



**Hamburgisches
WeltWirtschafts
Institut**

Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen.

Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems

**Prof. Dr. Thomas Straubhaar
Gunnar Geyer
Dr. Heinz Locher
Dr. Jochen Pimpertz
Dr. Henning Vöpel**

Hamburg, April 2006

Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut (HWWI) gGmbH
Neuer Jungfernstieg 21
20354 Hamburg
www.hwvi.org

Vorwort

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird wegen anhaltender Finanzierungsprobleme in der Öffentlichkeit überwiegend als Kostenfaktor wahrgenommen. Entsprechend hat sich die gesundheitspolitische Diskussion vor allem auf Vorschläge und Maßnahmen zur Kostendämpfung und Begrenzung der Gesundheitsausgaben verengt. Tatsächlich aber weist der Gesundheitsmarkt aus ökonomischer Sicht aufgrund günstiger Angebots- und Nachfrageperspektiven ein hohes Wachstums- und Beschäftigungspotenzial auf. So bieten neue Technologien aussichtsreiche Möglichkeiten für Innovationen im Bereich der Pharmaprodukte und der Medizintechnik. Darüber hinaus besteht infolge der demographischen Alterung in Deutschland in der Gesellschaft ein steigender Bedarf insbesondere an Pflege-, aber auch anderen Gesundheitsleistungen, unterstützt durch wachsende Einkommen vor dem Renteneintritt, steigende Vermögen und ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein.

Dieser latent vorhandene Bedarf wird durch die gegenwärtigen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen und aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen des Krankenversicherungssystems jedoch nicht in vollem Umfang nachfragewirksam. Die Präferenzen der Patienten und Versicherten können nicht direkt am Markt offenbart werden, und es kommt infolge dessen zu einer ineffizienten, d.h. nicht präferenz- und knappheitsgesteuerten Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen. Aufgrund des hohen Ausgaben- und Finanzierungsanteils ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dabei von zentraler Bedeutung. Die Frage lautet daher – entsprechend dem Titel der vorliegenden Untersuchung –, wie aus ordnungspolitischer Sicht ein „modernes Krankenversicherungssystem“ auszugestalten und damit mehr ökonomische Effizienz zu ermöglichen ist, um das vorhandene Wachstums- und Beschäftigungspotenzial des Gesundheitssektors auszuschöpfen.

Kaum ein Politikfeld wird jedoch so von der Diskussion um die Vereinbarkeit von ökonomischen Effizienzkriterien einerseits und sozialpolitischen Zielen und normativen Prämissen andererseits bestimmt wie die Gesundheitspolitik. Dies macht es gleichermaßen schwierig wie unumgänglich, ein Krankenversicherungssystem zu implementieren, welches ökonomisch effizient und zugleich politisch zustimmungsfähig und somit umsetzbar ist. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es einerseits, ein Reformmodell zu entwickeln, das diese Anforderungen an ein „modernes Krankenversicherungssystem“ erfüllt. Andererseits werden in einer empirischen Analyse die Beschäftigungswirkungen des Reformmodells quantifiziert. Durch die Gegenüberstellung qualitativer Reformmaßnahmen und ihrer quantitativen Beschäftigungseffekte werden grundsätzliche Politik-Optionen im Gesundheitswesen aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

VERZEICHNIS DER TABELLEN	7
VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN.....	8
VERZEICHNIS DER BOXEN.....	9
VERZEICHNIS DER ANNEXE	9
EINLEITUNG.....	11
1 BESCHÄFTIGUNGSHEMMENDE FAKTOREN IM GESUNDHEITSWESEN	23
1.1 GESUNDHEITSWESEN UND KRANKENVERSICHERUNG - EINE BEGRIFFSKLÄRUNG	23
1.2 AUFGABEN, INSTRUMENTE UND ORGANE DER REGULIERUNG IM STATUS-QUO	26
1.3 ENTWICKLUNGSSTAND UND PROBLEME DES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS	30
2 BESCHÄFTIGUNGSDETERMINANTEN AUF UNTERSCHIEDLICH VERFASSTEN GESUNDHEITSMÄRKTEN	35
2.1 ZUR FRAGESTELLUNG UND VORGEHENSWEISE.....	35
2.2 REGLEMENTIERTE GESUNDHEITSMÄRKTE IM STATUS-QUO	38
2.2.1 Staatliche Eingriffe unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung	38
2.2.2 Zur Relevanz der GKV für die Gesundheitsmärkte.....	43
2.3 NOTWENDIGE REGULIERUNGEN IN EINEM „LIBERALEN SZENARIO“ – GRENZEN DES WETTBEWERBS AUF GESUNDHEITS- UND VERSICHERUNGSMÄRKTEN.....	46
2.3.1 Versicherungspflicht und Leistungsumfang	46
2.3.2 Informationsasymmetrie auf Versicherungsmärkten	49
2.3.2.1 <i>Adverse Selektionsprozesse auf Versicherungsmärkten.....</i>	49
2.3.2.2 <i>„Rosinenpicken“ durch die Krankenversicherungen</i>	50
2.3.2.3 <i>Opportunistisches Verhalten der Versicherten (Moral-hazard-Verhalten).....</i>	50
2.3.3 Informationsasymmetrie auf Versorgungsmärkten.....	52
2.3.4 Zwischenergebnis	55
2.4 HINREICHENDE REGULIERUNGEN IN EINEM „LIBERALEN SZENARIO“ – WETTBEWERB UND SOLIDARISCHE KRANKENVERSICHERUNG	57
2.4.1 Zweckgebundene Transfers für Geringverdiener	58
2.4.2 Vermeidung von Risikoselektion auf Versicherungsmärkten: Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot	59
2.4.3 Exkurs: Zur Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs	63
2.4.3.1 <i>Kein Risikostrukturausgleich bei einkommensunabhängiger Finanzierung.....</i>	63
2.4.3.2 <i>Risikostrukturausgleich bei unterschiedlichen Zielsetzungen.....</i>	65
2.4.3.3 <i>Trade-off zwischen Umverteilungs- und Effizienzziel.....</i>	67
2.4.3.4 <i>Integration von Umlageverfahren und Kapitaldeckung in einen RSA.....</i>	68
2.4.4 Wettbewerb auf Gesundheitsmärkten	69
2.4.5 Zusammenfassung: Elemente eines „liberalen Szenarios“ und Beschäftigungswirkungen.....	72
2.4.5.1 <i>Solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten.....</i>	72

2.4.5.2	<i>Konsequenzen für die Beschäftigung auf Gesundheitsmärkten</i>	76
2.5	INSTITUTIONEN, REGULIERUNG UND WETTBEWERB IM GESUNDHEITSWESEN	78
2.6	MEDIZINISCH-TECHNISCHE INNOVATIONEN – INSTITUTIONELL BEDINGTES AUSGABENPROBLEM	80
2.6.1	Konzentration auf Versicherungsleistungen durch “Nullpreis-Illusion”	80
2.6.2	Ausgabeneffekte in Abhängigkeit von institutionellen Vorgaben	82
3	EMPIRISCHE ANALYSE DER BESCHÄFTIGUNGSWIRKUNGEN UNTERSCHIEDLICH VERFASSTER GESUNDHEITSMÄRKTE	87
3.1	FRAGESTELLUNG UND VORGEHENSWEISE	87
3.2	EMPIRISCHER BEFUND ZUR BISHERIGEN WACHSTUMS- UND BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN	88
3.3	PROJEKTION DER WACHSTUMS- UND BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN UNTER ALTERNATIVEN SZENARIEN	90
3.3.1	Methodik.....	90
3.3.2	Ordnungspolitische Szenarien des Gesundheitswesens	92
3.3.3	Ein sektorales Simulationsmodell.....	98
3.3.4	Kalibrierung der Szenarien	102
3.3.5	Simulationsergebnisse	108
3.4	DIE ZUKUNFT DER BESCHÄFTIGUNG IN EINEM SICH WANDELNDEN GESUNDHEITSWESEN – ZUR INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	114
3.5	ZUSAMMENFASSUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG	119
4	ERGEBNISSE UND IMPLIKATIONEN DES GUTACHTENS	123
	ANHANG	129
	LITERATUR	135

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Überblick über Studien zur Beschäftigungsprognose und -entwicklung im Gesundheitswesen.....	19
Tabelle 2: Ordnungspolitische Grundregelungen, Organe und Instrumente	29
Tabelle 3: Formen der Steuerung von Politikfeldern und ihre Charakteristika.....	30
Tabelle 4: Beschäftigungsentwicklung 1998 - 2003 im Gesundheitswesen	88
Tabelle 5: Beschäftigung im Gesundheitswesen nach Art und Einrichtung (2003, in Tsd.).....	88
Tabelle 6: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1998 - 2003.....	89
Tabelle 7: Schema des „Gesundheitsmarktes“ und seiner Finanzierung.....	98
Tabelle 8: Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Marktsegment und Finanzierungsart (2003, in Mio. Euro und in vH).....	99
Tabelle 9: Gesundheitsökonomische Kennzahlen für Deutschland (in Mio. Euro und BIP-Preisen von 2000) ..	102
Tabelle 10: Parameterwerte für die Simulationsrechnungen.....	107
Tabelle 11: Simulationsergebnis zur Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP (in vH).....	109
Tabelle 12: Simulationsergebnis zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben (in Mio. €).....	109
Tabelle 13: Simulationsergebnis zur Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen (in Tsd.).....	110
Tabelle 14: Jährliche Wachstumsraten von Gesundheitsausgaben und Beschäftigung	113
Tabelle 15: Simulationsergebnis zur Entwicklung des Anteils der Beschäftigung im Gesundheitssektor an der Gesamtbeschäftigung (in vH).....	113
Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse zur Beschäftigungsentwicklung.....	121

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland je Einwohner (1993 - 2003, in Euro)	11
Abbildung 2: Der Zusammenhang zwischen Einkommen (BIP) und Gesundheitsausgaben (1992 bis 2003, in Tsd. € sowie Preisen von 2000).....	13
Abbildung 3: Einfluss der Regulierungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Arbeitsnachfrage auf Gesundheitsmärkten	20
Abbildung 4: Determinanten von Gesundheit.....	23
Abbildung 5: Ökonomische Effekte einer Deregulierung des Gesundheitswesens	34
Abbildung 6: Kennzeichen der Gesundheitsmärkte im Status-quo.....	39
Abbildung 7: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (in vH der Gesundheitsausgaben 2003)	44
Abbildung 8: Bevölkerung nach dem Krankenversicherungsschutz (in vH)	47
Abbildung 9: Übersicht über die notwendigen Regulierungen des „liberalen Szenarios“	57
Abbildung 10: Übersicht über die hinreichenden Regulierungen des „liberalen Szenarios“	63
Abbildung 11: Steuerungsmerkmale auf Gesundheitsmärkten mit solidarischer Krankenversicherung	75
Abbildung 12: Öffentliche und gesamte Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (in vH des BIP im Jahr 2003)	90
Abbildung 13: Extremszenarien eines Krankenversicherungssystems im Vergleich (Status-quo- versus „liberales“ Szenario).....	93
Abbildung 14: Beschäftigungseffekte im Gesundheitswesen (in Tsd.)	111
Abbildung 15: Deregulierungseffekte (Veränderung gegenüber dem Status-quo in Tsd.)	112

Verzeichnis der Boxen

<i>Box 1: Zum Regulierungsbegriff im Gesundheitswesen</i>	30
<i>Box 2: Wahlfreiheit und finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten: Führt dies wirklich zu mehr privaten Gesundheitsausgaben?</i>	51
<i>Box 3: Beispiel für Mengenausweitung durch medizinisch-technischen Fortschritt im stationären Bereich</i>	86
<i>Box 4: Ordnungspolitischer Systemwechsel und „J-Kurven-Effekt“</i>	97
<i>Box 5: Das Simulationsmodell ohne Formeln - eine Beschreibung</i>	107
<i>Box 6: Die Zukunft der Beschäftigung im Gesundheitswesen</i>	117

Verzeichnis der Annexe

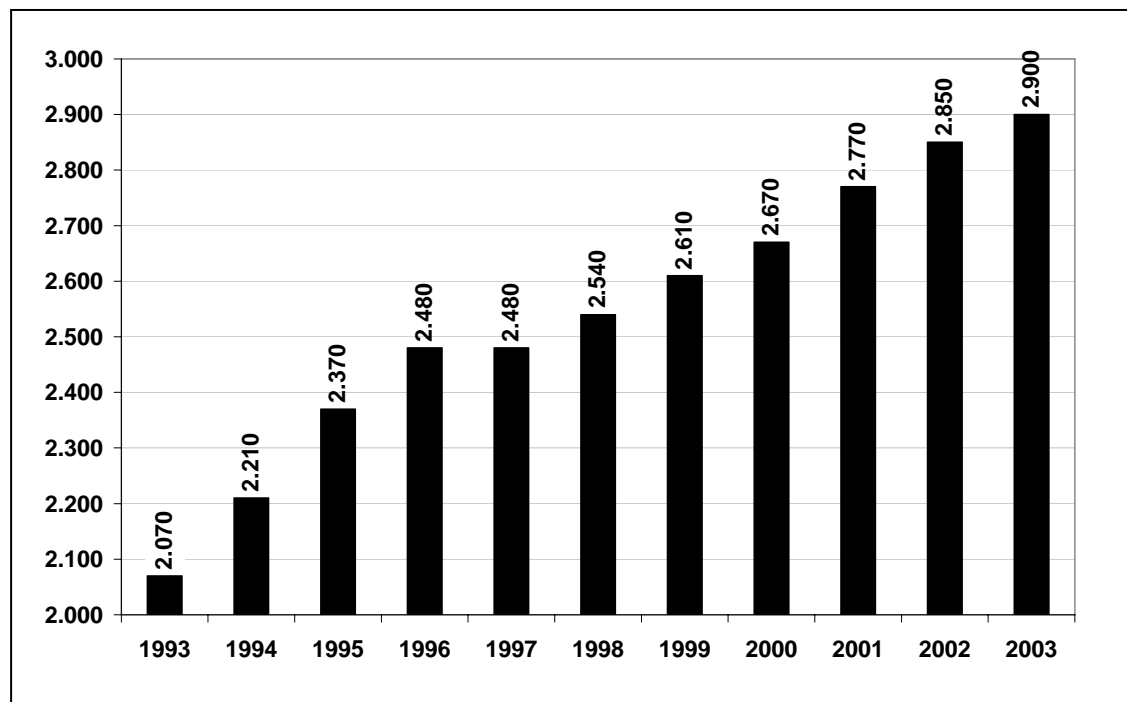
Annex 1: Mikroökonomische Fundierung der Gesundheitsnachfrage	129
Annex 2: Ausgewählte Merkmale unterschiedlich verfasster Gesundheitssysteme.....	132

Einleitung

Fragestellungen

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird wegen anhaltender Finanzierungsprobleme in der Öffentlichkeit überwiegend als Kostenfaktor wahrgenommen. Diese Wahrnehmung ergibt sich durch die Beobachtung absolut steigender Gesundheitsausgaben auf der einen und die Diskussion um die chronischen Finanzierungsprobleme der und Kostendämpfungsmaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der anderen Seite. Beachtet wird dabei allerdings nicht, dass der Gesundheitssektor Deutschlands in seinem Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) überdurchschnittlich gewachsen ist und sämtliche Kostendämpfungsmaßnahmen immer dazu geführt haben, dass die Finanzierung der GKV ex-post über mehrere Jahre relativ ausgeglichen war.¹

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland je Einwohner (1993 - 2003, in Euro)



Quelle: SVR 2005, Tabelle 70

Der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse auf der Einnahmenseite und die demographische Entwicklung auf der Ausgabenseite lassen aber in Zukunft einen weiter zunehmenden Beitragssatzerhöhungsdruck erwarten.² Ungeachtet eines großen

¹ Vgl. SVR 2005, Tabelle 72

² Vgl. SVR 2005, S. 342ff.

Anteils versicherungsfremder Elemente³ in der gesamten Sozialversicherung, also auch in der GKV, stellt sich einerseits die Frage, ob denn - v.a. die nie nachhaltigen Kostendämpfungsmaßnahmen - eine richtige und dauerhafte Maßnahme sein können. Diese Therapie setzt am Symptom, nicht an der Ursache an.

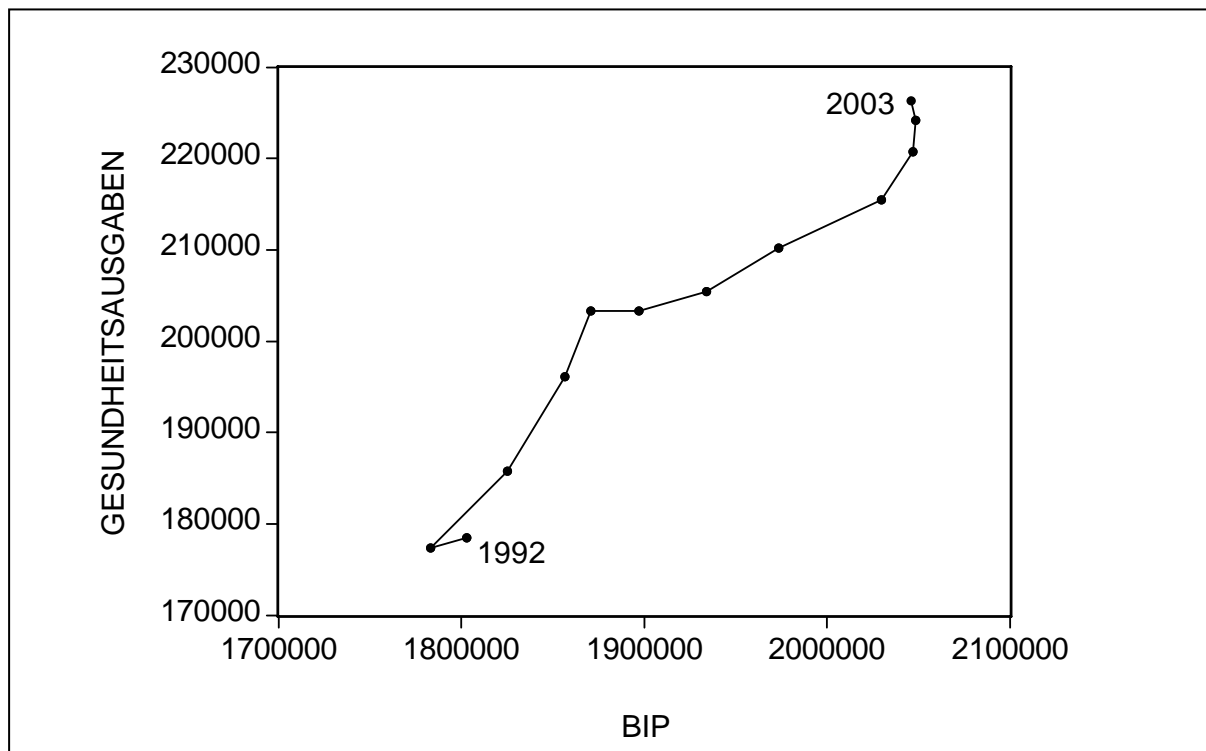
Andererseits verdeckt die oben genannte Diskussion den Blick darauf, dass der Gesundheitssektor volkswirtschaftlich eine der bedeutenden Wachstumsbranchen darstellt. So ist der Gesundheitssektor in den letzten Jahren im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überproportional gewachsen, und auch für die Zukunft ist ein hohes Wachstums- und Beschäftigungspotenzial zu erwarten. Die Gründe hierfür sind vor allem steigende **Einkommen und Vermögen**, die **demographische Alterung** der Gesellschaft sowie der **medizinisch-technische Fortschritt**.

So führen steigende **Einkommen und Vermögen** zu einer Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, da diese für die Konsumenten ein *superiores Gut*⁴ darstellen (vgl. Abbildung 2).

3 „Als versicherungsfremd ist eine Leistung oder eine Abgabe dann zu qualifizieren, wenn dahinter ein gesamtgesellschaftliches Anliegen steht, welches über Steuern und damit von allen Steuerzahlern statt über lohnbezogene Beiträge eines abgegrenzten Versichertenkreises zu finanzieren ist.“ (SVR 2005, S. 345). Der SVR berechnet für das Jahr 2003 entsprechend dem durchschnittlichen Gesundheitsrisiko einen Krankenversicherungsbeitrag von jährlich 2.060 € „Entsprechend ist derjenige Anteil des tatsächlichen individuellen GKV-Beitrags, der diese Summe übersteigt, versicherungsfremde Umverteilung beziehungsweise eine versicherungsfremde Steuer.“ (ebd. S. 361).

4 Superiore Güter werden mit steigendem Einkommen vermehrt nachgefragt. Eine Erhöhung des Einkommens führt also nicht dazu, dass auf Ausgaben für Gesundheit verzichtet wird oder dass die Nachfrage auf einem bestimmten Niveau konstant bleibt.

Abbildung 2: Der Zusammenhang zwischen Einkommen (BIP) und Gesundheitsausgaben (1992 bis 2003, in Tsd. € sowie Preisen von 2000)



Quelle: Eigene Darstellung nach *OECD Health Data 2005*

Hinzu kommt infolge der **demografischen Alterung** der Gesellschaft ein wachsender Bedarf insbesondere an Pflege-, aber auch anderen Gesundheitsleistungen, der wiederum durch die steigenden Einkommen und Vermögen finanziert wird. Beide Faktoren lassen von der Nachfrageseite her für die Zukunft einen beträchtlichen Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben erwarten.

Darüber hinaus besteht auf der Angebotsseite von Gesundheitsleistungen aufgrund neuer Technologien wie der Bio-, Gen- und Nanotechnologie ein hohes Maß an Innovationspotenzial, das sich über den **medizinisch-technischen Fortschritt** in effizienteren Behandlungsverfahren, neuen Produkten z.B. in der Medizinaltechnik und im Pharmabereich sowie einer insgesamt größeren Produktvielfalt für die Versicherten und Patienten äußert.

Angesichts solcher Entwicklungschancen wird der Gesundheitssektor häufig sogar als möglicher Träger einer neuen langen Wachstumswelle, eines so genannten Kondratieff-Zyklus gesehen, der durch technologische „Basisinnovationen“ von der Angebotsseite her ausgelöst und auf der Nachfrageseite durch einen entsprechenden Bedarf konsumtiv gestützt wird.⁵

⁵ Vgl. Nefiodow, L.A. (1999)

Folgt man dieser These, leiten sich aus dem Gesundheitssektor signifikante sektorale, aber auch volkswirtschaftliche Wachstumsimpulse und Beschäftigungseffekte ab. Dies gilt umso mehr, als der Gesundheitssektor typischerweise einen hohen personal- und arbeitsintensiven Dienstleistungsanteil – insbesondere in der Pflege und der stationären Versorgung – aufweist, und genau dort der größte Bedarf an Arbeitskräften für die Zukunft zu erwarten ist. Zugleich ist in vielen Industrieländern ein allgemeiner Strukturwandel vom Sekundär- zum Tertiärsektor zu beobachten, der derzeit von hoher und zunehmender Arbeitslosigkeit begleitet wird. Aufgrund der genannten Voraussetzungen kann der Gesundheitssektor daher einen wesentlichen Beitrag zur Beschleunigung des Strukturwandels und zur Lösung des Beschäftigungsproblems leisten.

Inwieweit jedoch das Wachstums- und Beschäftigungspotenzial des Gesundheitssektors ausgeschöpft werden kann, d.h. der wachsende Bedarf seitens der Patienten und Versicherten nachfragewirksam und präferenzgerecht entfaltet und der medizinisch-technische Fortschritt an diese „weitergegeben“ werden kann, ist eng an die **institutionellen Rahmenbedingungen** im Gesundheitswesen geknüpft. Diesbezüglich stellt sich die Frage, ob seitens der Akteure im Gesundheitswesen hinreichend viele Wettbewerbsparameter und Handlungsspielräume bestehen oder aber regulierungsbedingte Rigiditäten die Realisierung des Wachstums- und Beschäftigungspotenzials im Gesundheitssektor behindern, weil potenzielle Nachfrage und Innovationen durch Ineffizienzen des Gesundheitssystems verloren gehen.⁶

Fehlende und falsche Anreizmechanismen im deutschen Gesundheitswesen haben in der Vergangenheit zudem zu einem strukturellen Finanzierungsproblem geführt. Folge dieses Problems ist die starke (aber nur sehr beschränkt wirksame) politische und öffentliche Fokussierung auf Kostendämpfungsmaßnahmen, womit die Entfaltung des Gesundheitssektors als Wachstumsbranche, Innovations- und Technologie-Cluster sowie als Standortfaktor mit den entsprechenden Beschäftigungseffekten institutionell erheblich behindert wird. Es stellt sich daher die Frage, nach welchen ordnungspolitischen Kriterien das Gesundheitswesen zu organisieren und institutionell auszugestalten ist, um das hohe Wachstums- und Beschäftigungspotenzial (und folglich die Wohlfahrtswirkungen) des Gesundheitssektors zu aktivieren und auszuschöpfen. Zentral ist dabei, wie der latent vorhandene Bedarf an Gesundheitsleistungen nachfragewirksam entfaltet werden kann, d.h. wie die Präferenzen der Patienten und Versicherten am Markt direkt und stärker offenbart werden können.

⁶ Vgl. *Schumpeter, J.A.* (1912), der den Zusammenhang von wirtschaftlichem, gesellschaftlichem und institutionellem Wandel bei der „Durchsetzung neuer Kombinationen“, d.h. neuer Produkte, Märkte und Organisationsformen, betont.

Aufgrund der maßgeblichen Bedeutung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Ausgabenträger im Gesundheitswesen stellt sich diese Frage insbesondere in Bezug auf das Krankenversicherungssystem: Werden Gesundheitsleistungen ausschließlich als Versicherungsleistungen im Rahmen der Grundabsicherung durch die Gesetzliche Krankenversicherung nachgefragt oder aber auch über private Zusatzversicherungen und frei finanzierte Gesundheitsnachfrage abgedeckt, und inwiefern sind diesbezüglich Handlungsoptionen und -spielräume für die Akteure im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenversicherungssystem zu schaffen, damit bislang ungenutzt gebliebene Effizienzpotenziale entlang der Wertschöpfungskette „Prävention-Diagnostik-Therapie-Pflege-Rehabilitation“ durch vertikale und horizontale Integration realisiert werden können.

Gegenstand der nachfolgenden Untersuchung ist daher die Frage, welche systemimmanenten, d.h. ordnungspolitischen und institutionellen Gründe dafür verantwortlich sind, dass die oben genannten Wachstums- und Beschäftigungspotenziale im Gesundheitswesen derzeit nicht ausgeschöpft werden. Zusammenfassend behandelt das vorliegende Gutachten folgende Fragestellungen:

- 1. Welches sind die Wachstums- und Beschäftigungspotenziale im Gesundheitswesen und welches die wachstums- und beschäftigungshemmenden Faktoren im derzeitigen System?*
- 2. Welchen Einfluss hat diesbezüglich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und welche Beschäftigungsdeterminanten eines „modernen Krankenversicherungssystems“ lassen sich aus ordnungspolitischer und institutioneller Sicht identifizieren?*
- 3. Welche empirischen Beschäftigungswirkungen können bei Umsetzung eines modernen Krankenversicherungssystems gegenüber dem Status-quo erzielt werden?*

Das Gutachten lässt sich von der Annahme leiten, dass ein „modernes Krankenversicherungssystem“ zu Effizienzgewinnen führt. Diese Effizienzgewinne führen zu möglichen Beitragssenkungen und daraus resultierend zu Einkommenszuwächsen bei den Versicherten und/oder bei gleichen Beiträgen zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs der Krankenversicherungen. Beides wirkt sich – bei den Einkommenszuwächsen indirekt aufgrund der Eigenschaft von Gesundheitsleistungen als superiores Gut – auf die Beschäftigung im Gesundheitswesen aus.

Vorgehensweise

Diese zentralen Fragestellungen des Gutachtens werden sowohl theoretisch-qualitativ als auch empirisch-quantitativ untersucht. In Kapitel 2 erfolgt zunächst die theoretisch-qualitative Analyse, in der ein „modernes Krankenversicherungssystem“ entwickelt und ordnungspolitisch begründet wird. Ein „modernes Krankenversicherungssystem“ kann dabei unterschiedlich ausgestaltet sein. Dies hängt maßgeblich davon ab, welche zusätzlichen Restriktionen unterstellt werden. Diese können sowohl ökonomisch als auch normativ und durch sozialpolitische Ziele begründet sein. Grundsätzlich lässt sich zwischen dem Status-quo, einer vollständigen Deregulierung des Gesundheitswesens sowie „Mischformen“ zwischen diesen beiden politisch wählen. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, ein solches Modell eines „modernen Krankenversicherungssystems“ zu entwickeln, welches einerseits ökonomisch effizient und andererseits politisch zustimmungsfähig ist. Insbesondere geht es darum, innerhalb eines solchen „modernen Krankenversicherungssystems“ für seine Akteure die für die Entfaltung des Entwicklungspotenzials im Gesundheitssektor notwendigen Wettbewerbsparameter und Handlungsoptionen ordnungspolitisch zu begründen. Ferner wird das solchermaßen fundierte Reformmodell eines „modernen Krankenversicherungssystems“ unter institutionellen und wettbewerbspolitischen Aspekten diskutiert. Es wird gezeigt, wie Wettbewerb im Gesundheitswesen durch ein Regulierungssystem funktionsfähig implementiert werden kann. In Kapitel 3 werden auf der Grundlage des im zweiten Kapitel entwickelten Reformmodells verschiedene Szenarien formuliert, die einen unterschiedlichen Deregulierungsgrad aufweisen. In einer empirischen Analyse werden dann die jeweiligen Beschäftigungswirkungen dieser Szenarien bestimmt. Ziel ist es, die Deregulierungswirkungen gegenüber dem Status-quo aufzuzeigen. Hierbei wird zwischen einem „liberalen Szenario“, das eine vollständige Deregulierung des Gesundheitswesens aufweist, und einem „Übergangsszenario“ unterschieden, das eine schrittweise Deregulierung beinhaltet und ökonomische Effizienz mit sozialpolitischen Zielsetzungen verbindet.

Literaturüberblick

In jüngster Zeit sind verschiedene Studien über die ökonomischen Perspektiven des Gesundheitswesens publiziert worden, die an dieser Stelle kurz referiert werden sollen.

Eine Studie der *Allianz*⁷ prognostiziert für das Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2002 einen Beschäftigungszuwachs von lediglich 57.000 Arbeitsplätzen in einem Status-quo-Szenario des

⁷ Vgl. Stanowsky, Jürgen et al. (2004).

Gesundheitssektors. In einem Wettbewerbsszenario wird ein Beschäftigungsanstieg von maximal 189.000 Arbeitsplätzen berechnet. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von 0,1 vH bzw. 0,4 vH in der Beschäftigung im Gesundheitssektor. Die vergleichsweise geringen Beschäftigungseffekte werden mit vermuteten Effizienzsteigerungen im Gesundheitssektor begründet, die die nachfrageseitigen, v.a. demographisch bedingten Wachstums- und Beschäftigungspotenziale zum großen Teil kompensieren. Die Studie lässt jedoch methodisch weitgehend offen, wie und aus welchem Ansatz die Beschäftigungsprognose exakt abgeleitet wird. Zu irreführenden Ergebnissen kann darüber hinaus die Verwendung nominaler statt realer, d.h. preisbereinigter Wachstumsraten führen.

In einer Studie für das Land Niedersachsen hat *BASYS*⁸ den regionalen Beschäftigungszuwachs im Gesundheitssektor von 2000 bis 2005 bzw. bis 2010 untersucht. Es wird dabei zwischen einem „Kostendämpfungsszenario“ und einem „Weiterentwicklungsszenario“ unterschieden. Im Kostendämpfungsszenario ergibt sich bezogen auf 2000 ein Beschäftigungsrückgang von 1.240 Arbeitsplätzen bis 2005, bis 2010 jedoch ein Netto-Anstieg von 10.828 Arbeitsplätzen. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von – 0,1 vH bzw. 0,8 vH. Im Weiterentwicklungsszenario wird bis 2005 ein landesweiter Beschäftigungsanstieg im Gesundheitssektor von 10.164 und bis 2010 von 37.558 Arbeitsplätzen prognostiziert; dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von 0,7 vH bzw. 1,8 vH. Kritisch bleibt auch hier anzumerken, dass die einzelnen Szenarien und die entsprechenden Beschäftigungsprognosen auf z.T. sehr starken *Ceteris-paribus*-Annahmen in Bezug auf einzelne Parameter und Wirkungszusammenhänge wie z.B. der Export- und der Vorleistungsquote basieren.

Das *DIW*⁹ hat auf der Grundlage einer Input-Output-Analyse für Deutschland von 1995 die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor prognostiziert. Für 2005 wurde der Beschäftigungsstand im Gesundheitssektor auf ca. 4,5 Mio. geschätzt; 2003 wurde ein Stand von 4,2 Mio. nachgewiesen. Aus methodischer Sicht weist eine Input-Output-Analyse den Vorteil auf, intersektorale „Produktionsbeziehungen“ vollständig zu erfassen, so dass mögliche Rückkopplungseffekte berücksichtigt werden können. Allerdings wird implizit die Annahme der Konstanz der in der Vergangenheit beobachteten Zusammenhänge für den gesamten Prognosezeitraum gemacht. Diese Annahme ist aber – wie bei jeder Prognose – der grundsätzlichen Unsicherheit über die Zukunft geschuldet.

8 Vgl. *BASYS* (2003).

9 Vgl. *DIW* (2001).

In einer Studie des WZB von Josef Hilbert¹⁰ werden in Anlehnung an Bandemeier et al. (1998) für 2010 die Beschäftigungspotenziale der Gesundheits- und Sozialwirtschaft in drei verschiedenen „Modellen“ prognostiziert. Dabei wird in dem „statistischen Modell“, das i.W. einer Fortschreibung des Status-quo entspricht, von Mitte der 90er Jahre bis 2010 ein Beschäftigungszuwachs von 956.000, in einem „neoliberalen Modell“ von 459.000 und in einem „Dienstleistungsmodell“ von 966.000 Arbeitsplätzen berechnet. Dies entspricht in etwa einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von 1,0 bis 2,1 vH. Methodisch ist das Vorgehen äußerst kritisch zu bewerten, da die unterstellten „Modelle“ mit sehr starken Annahmen und insbesondere auch unterschiedlichen gesamtwirtschaftlichen Wachstumspfaden beschrieben werden, die z.T. auf vermuteten, aber nicht näher begründete Effekte beruhen.

Der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*¹¹ hat bereits in einem Sondergutachten von 1996 auf die Ambivalenz des Gesundheitswesens als Kostenfaktor und Zukunftsbranche hingewiesen. Insbesondere das Beschäftigungspotenzial im Gesundheitswesen wird dabei thematisiert. Allerdings nur qualitativ werden verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens in Bezug auf ihren zukünftigen Personalbedarf bewertet.

In Tabelle 1 sind noch einmal in einer Übersicht die genannten Untersuchungen zusammengefasst. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die Ergebnisse der Studien als durchschnittliche jährliche Zuwachsrate ausgewiesen. Es zeigt sich, dass die aufgeführten Untersuchungen in ihren Prognose-Ergebnissen für die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate der Beschäftigung im Gesundheitswesen eine Spanne von 0,38 vH (Allianz-Studie) bis 2,1 vH (WZB-Studie) abdecken. Die empirische Referenz für die Jahre 1998 bis 2003 liegt bei 0,51 vH und damit innerhalb dieser Spanne.

Methodisch arbeiten die aufgeführten Untersuchungen überwiegend mit einem Szenarien-Ansatz, d.h. anhand von (mehr oder weniger begründeten) Ceteris-paribus-Annahmen werden verschiedene Szenarien beschrieben und bezüglich ihrer Beschäftigungswirkungen untersucht. Hierbei ist jedoch kritisch anzumerken, dass die exakte Methode und die Begründung ihrer Annahmen oft nicht vollständig offen gelegt werden. Eine Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich ihrer Validität ist daher nicht in allen Fällen zweifelsfrei möglich.

10 Vgl. Hilbert, Josef (2000).

11 Vgl. SVRiG (1998).

Tabelle 1: Überblick über Studien zur Beschäftigungsprognose und -entwicklung im Gesundheitswesen

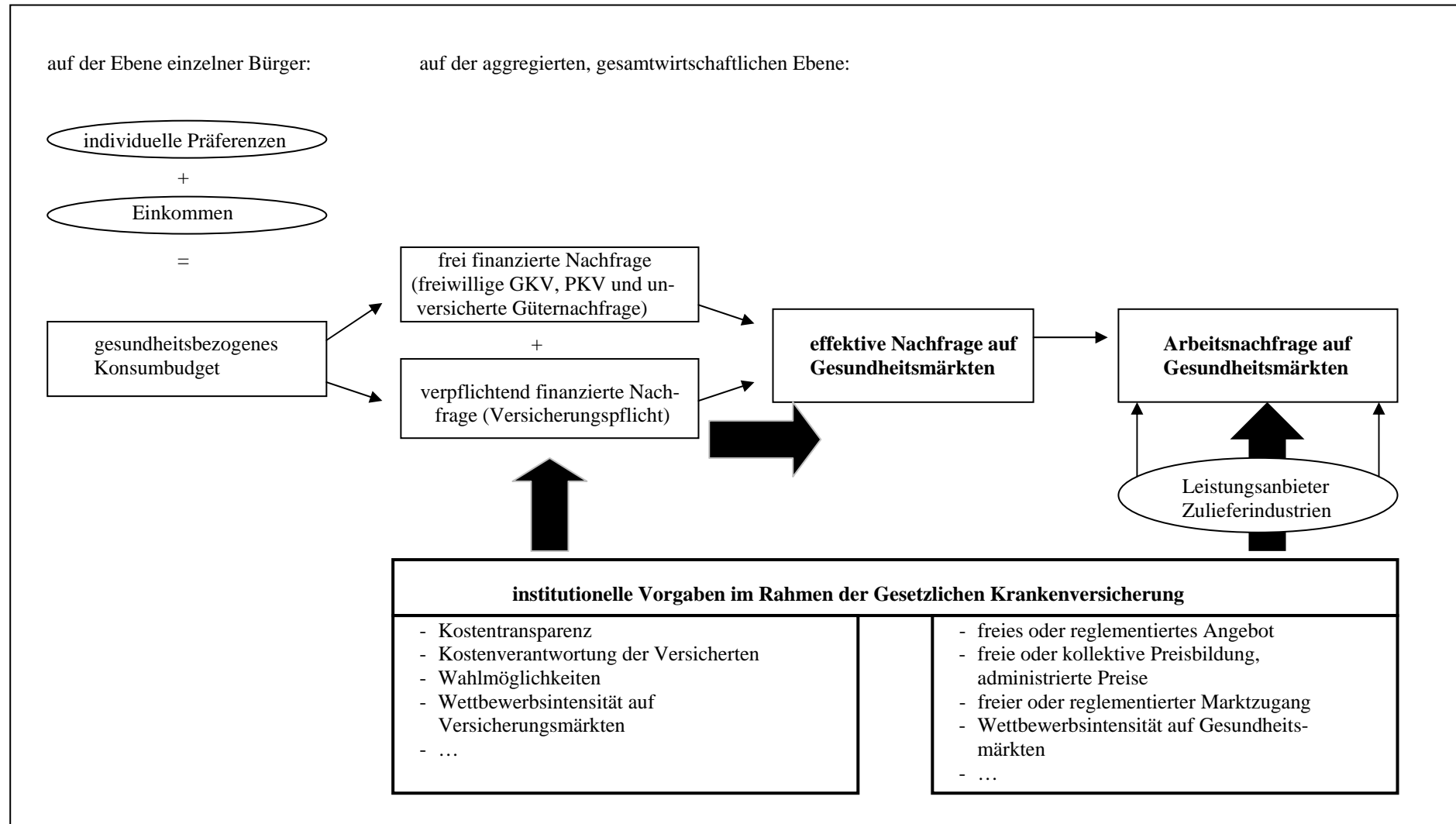
Studie/Autor(en)	Methode	Prognosehorizont	Ergebnis (durchschnittliche jährliche WR in vH)
Empirische Referenz (1998-2003)	-	-	ca. 0,51
Allianz-Studie (Stanowsky et al., 2004)	Ceteris-paribus-Annahmen, Szenarien-Ansatz	2020	ca. 0,38
BASYS-Studie für Niedersachsen (2003)	Ceteris-paribus- und Ad-hoc-Annahmen, Szenarien-Ansatz	2000-2005	ca. 0,7
		2005-2010	ca. 1,8
DIW (2001)	Gesamtwirtschaftliches Simulationsmodell auf Basis von Input-Output-Rechnungen von 1995	2005	ca. 1,2
WZB (Hilbert, 2000)	Stark stilisierte Modell-Annahmen	2010	ca. 1,0-2,1
SVRiG (1998)	Qualitative Bewertung einzelner Bereiche im Gesundheitswesen	-	-

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Methodische und inhaltliche Abgrenzung der HWWI-Studie

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht die Frage, welche sektoralen Beschäftigungseffekte sich im Gesundheitswesen aus einer Deregulierung des Krankenversicherungssystems ergeben, d.h. **welche Beschäftigungseffekte entstehen, wenn eine exogen gegebene effektive Gesundheitsnachfrage seitens der Versicherten und Patienten auf ordnungspolitisch unterschiedlich ausgestaltete Krankenversicherungssysteme trifft**. Diese umfasst dabei sowohl die frei finanzierte Nachfrage, d.h. freiwillige Versicherungen in der GKV und PKV sowie unversicherte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, als auch die gesetzlich verpflichtend finanzierte Nachfrage im Rahmen der Pflichtversicherung. Durch ein ineffizientes Gesundheitswesen entstehen jedoch „Versickerungsverluste“, und ein Teil der effektiven Nachfrage bleibt beschäftigungsunwirksam. Die Regulierungen speziell in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben somit mittelbaren und unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsnachfrage auf den Gesundheitsmärkten (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Einfluss der Regulierungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Arbeitsnachfrage auf Gesundheitsmärkten



Quelle: Eigene Zusammenstellung

Was die adäquate Abgrenzung des „Gesundheitsmarktes“ betrifft, so ist zu beachten, dass dieser sich mit Änderung seiner ordnungspolitischen Ausgestaltung selbst in Größe, Zusammensetzung und Struktur verändert und einem dynamischen Wandlungsprozess unterliegt, dessen Ergebnis im Einzelnen ex ante nur schwer prognostizierbar ist. Während die ordnungspolitische Argumentation in Kapitel 2 des Gutachtens also notwendigerweise einer weiteren und offeneren Definition des „Gesundheitsmarktes“ folgt, bezieht sich die empirische Analyse der Beschäftigungswirkungen in Kapitel 3 auf die Abgrenzung des „Gesundheitsmarktes“ gemäß der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes, um eine einheitliche und nachvollziehbare Datenbasis zu gewährleisten.¹² Durch den Gesundheitsmarkt und dessen Regulierung induzierte intersektorale Nachfrage- und Beschäftigungseffekte sind von der Betrachtung daher ausgenommen. Dies betrifft z.B. zusätzliche Beschäftigung in der Bauindustrie infolge der Errichtung von neuen Pflegeheimen¹³ oder zusätzliche Beschäftigung von Steuerberatern bei zusätzlichen Aufträgen in der Medizintechnikindustrie. Ebenfalls werden nicht die gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungswirkungen modelliert, die sich bei einer Deregulierung des Krankenversicherungssystems z.B. aus einer Senkung der Lohnnebenkosten ergeben könnten. Die hier betrachteten Beschäftigungswirkungen beziehen sich allein auf den Gesundheitssektor. Es wird ferner nicht das Arbeitsangebot im Gesundheitssektor oder der Mangel an Fachkräften in Teilbereichen untersucht, sondern ausschließlich die sektorale Arbeitsnachfrage.

Des Weiteren werden der Im- und Export von Gesundheitsleistungen und die davon ausgehenden Beschäftigungswirkungen ausdrücklich nicht behandelt.

Ebenfalls nicht betrachtet wird der Effekt der demographischen Alterung in Deutschland auf die Gesundheitsausgaben. Da diesbezüglich erst ab 2030 ein signifikanter Einfluss zu erwarten ist, bleibt der hier betrachtete Prognosehorizont bis 2020 hiervon weitgehend ausgenommen.¹⁴

Aus methodischer Sicht grenzt sich die vorliegende Studie von den in Tabelle 1 aufgeführten Untersuchungen insofern ab, als zunächst ein ordnungspolitisches Referenzmodell („liberales Szenario“) für ein „modernes Krankenversicherungssystem“ abgeleitet - Was wäre das ordnungspolitisch effizienteste Krankenversicherungssystem? - und dem Status-quo im Gesundheitswesen als ein Extrempunkt gegenübergestellt wird. Da das ordnungspolitische Ideal - das

12 Zur Abgrenzung der Gesundheitsausgabenrechnung siehe *Statistisches Bundesamt* (2005b).

13 Im Übrigen ist der Bau von Pflegeheimen überwiegend demographisch initiiert. Die demographische Alterung wird aber in diesem Gutachten nicht modelliert (zur Begründung siehe diese Seite).

14 Vgl. die 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des *Statistischen Bundesamtes* (2005a). Eine eingehende Untersuchung über den Zusammenhang zwischen demographischer Alterung und Gesundheitskosten geben *Steinmann, Lukas/Telser, Harry* (2005) in einer Studie von „Avenir Suisse“.

„liberale Szenario“ als das andere Extrempunkt - möglicherweise weder politisch durchsetzbar noch sozialpolitisch und gesellschaftlich gewünscht sein kann, wird in einem zweiten Schritt dann dieses Referenzmodell in verschiedenen Szenarien mit unterschiedlichem Deregulierungsgrad – „Übergangsszenarien“ – abgebildet, die wiederum als Grundlage für die empirische Analyse der Beschäftigungswirkungen dienen. Die unterschiedlichen Szenarien definieren dabei eine Bandbreite an Politikoptionen zwischen den beiden Extrempunkten, aus denen unter Abwägung ökonomischer und sozialpolitischer Ziele „gewählt“ werden kann. Somit lässt sich ein Maßnahmenkatalog ableiten, der dem gesellschaftlichen Konsens genügt. Die quantitative Erfassung der ökonomischen Effekte von Ordnungspolitik impliziert jedoch ein Aggregationsproblem. Diesem Problem wird begegnet, indem die einzelnen Reformmaßnahmen der verschiedenen Szenarien zu einem Deregulierungsmaß aggregiert und auf diese Weise für die empirische Analyse operationalisiert werden.

Da zudem bei einem ordnungspolitischen Systemwechsel ex-ante keinen Daten über die dadurch induzierten Verhaltensänderungen vorliegen, müssen die ökonomischen Wirkungen der verschiedenen Reformmaßnahmen mittels eines Simulationsmodells analysiert werden. Eine einfache Trendextrapolierung würde lediglich die zukünftige Entwicklung des Status-quo unter Konstanzhaltung der Durchschnittswerte aus der Vergangenheit abbilden. Ein ordnungspolitischer und institutioneller Systemwechsel induziert jedoch Verhaltensänderungen, die ihrerseits Anpassungsprozessen unterliegen und daher nicht ohne weiteres in die Zukunft fortgeschrieben werden können.

Der in der vorliegenden Studie verwendete Ansatz stellt nicht allein einen theoretischen und empirischen Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland dar, sondern will zugleich einen wissenschaftlichen und methodischen Anstoß für weitere Forschung in der quantitativen Analyse von Ordnungspolitik geben.

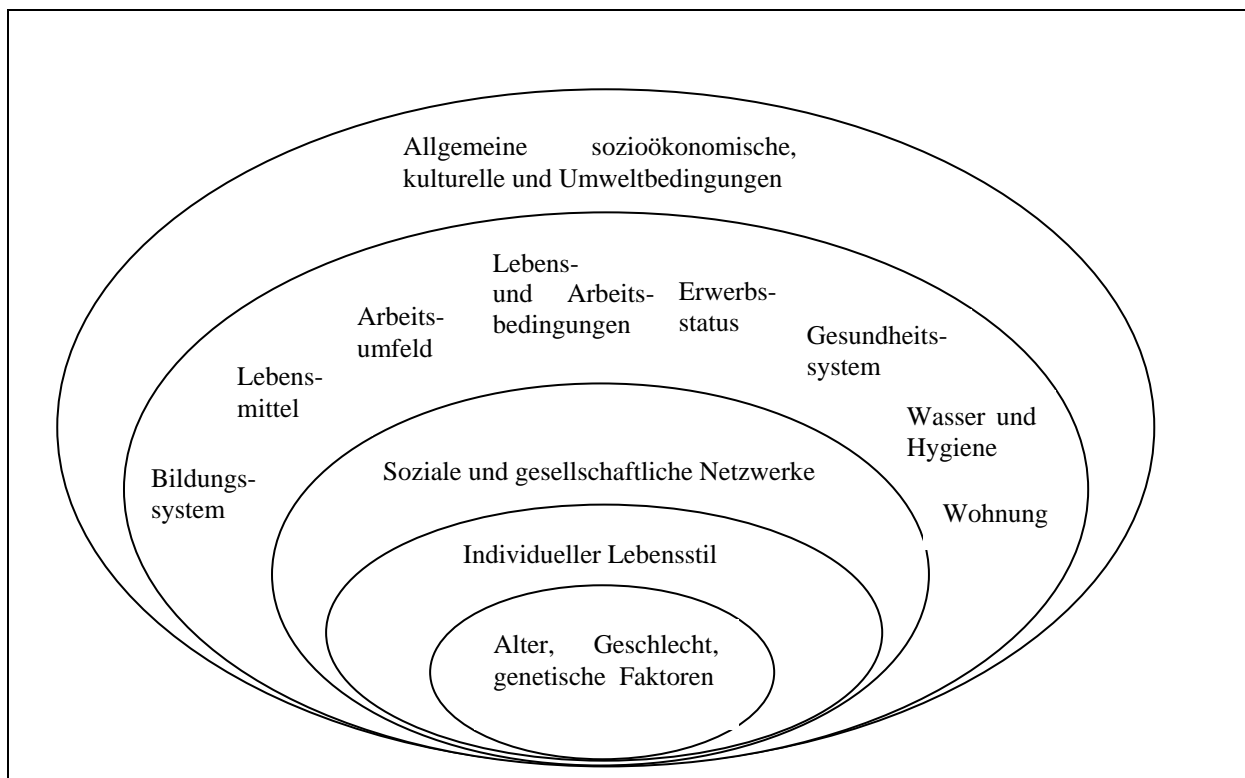
1 Beschäftigungshemmende Faktoren im Gesundheitswesen

1.1 Gesundheitswesen und Krankenversicherung - eine Begriffsklärung

Wie aus dem Titel hervorgeht, befasst sich das vorliegende Gutachten mit Erkenntnissen über die Beschäftigungswirkungen des Krankenversicherungssystems als Teil des Gesundheitswesens. Da der Begriff „Gesundheitswesen“ in der öffentlichen Diskussion vielfältig verwendet wird, ist eine Klärung und Abgrenzung zu anderen gesundheitsbezogenen Märkten notwendig.

Zunächst sind die sozioökonomischen Determinanten von „Gesundheit“ vielfältig, interdependent und somit komplex. Abbildung 4 zeigt, welche Kreise „Gesundheit“ in individuellen, gesellschaftlichen und institutionellen Lebensbereichen und -systemen zieht. Es ist klar, dass z.B. die Überprüfung der Einhaltung des Arbeitsschutzes nicht Aufgabe einer Krankenversicherung ist, dennoch die Nichteinhaltung sehr wohl auf die Gesundheit des Individuums mit entsprechenden Folgen für die Krankenversicherung führt.

Abbildung 4: Determinanten von Gesundheit



Quelle: Busse, Reinhard / Schlette, Sophia (2005), S. 17

Entsprechend vielfältig, interdependent und komplex sind die Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Leistungs- und Arbeitsmärkte. Um für die Analyse der Beschäftigungswirkungen den Untersuchungsgegenstand und -bereich zu definieren, ist an dieser Stelle daher zunächst darzustellen, welche Bereiche des Lebens eigentlich unter Gesundheitswesen gefasst werden könnten, um danach eine eindeutige und trennscharfe Abgrenzung derjenigen „Märkte“ vorzunehmen, die im weiteren Gutachten als „Krankenversicherungssystem“ verstanden werden sollen.

Im Zentrum eines Gesundheitswesens steht die **Gesundheitsversorgung (Healthcare)** mit ihren Leistungen in Diagnostik, Behandlung und Pflege, unabhängig vom Ort bzw. der Art der Leistungserbringung (ambulant, stationär, häusliche Krankenpflege). In der Regel werden die vom Gesundheitsversorgungssystem erbrachten Leistungen der Prävention und Krankheitsfrüherkennung sowie der Rehabilitationsbereich hier mitgemeint.

Engere oder weitere Bezüge haben dazu die pharmazeutische Industrie, Apotheken und Drogerien, die Medizinaltechnik und das gesundheitsbezogene Handwerk (z.B. Optiker, solche im Bereich der Orthopädie), der Handel mit Gesundheitsprodukten sowie das Kur- und Bäderwesen.

Von erheblichem Gewicht ist die sog. **Zulieferindustrie**, welche Leistungen in Bereichen und Funktionen wie Informatik und Kommunikation, Reinigung, Bauten und Unterhalt usw. erbringt.

Unmittelbar an die Gesundheitsversorgung im engeren Sinne angrenzend sind Leistungen, die den strengen methodischen Anforderungen der sog. „Schulmedizin“ (evidenced based medicine) nur teilweise oder nicht genügen oder eine derartige Verankerung gar nicht anstreben (alternativ- oder komplementärmedizinische Leistungen sowie die sog. Wohlbefindlichkeitsmedizin mit fließenden Übergängen zu Wellness, allgemeiner Fitness und Sport). Dazu gehören auch Scheininnovationen (vor allem im Medikamentenbereich) und das Phänomen des „Disease Mongering“ – das Erfinden bzw. Definieren neuer Krankheiten, z.B., indem normale Prozesse des Lebens als medizinisches Problem bezeichnet werden (Beispiel Haarausfall). Das Krankenversicherungssystem hat in all diesen Fragen sehr sorgfältige Differenzierungen vorzunehmen.

Zu einem äußeren Kreis gehört der Bereich der **Öffentlichen Gesundheit (Public Health)**. Er umfasst namentlich die Teilbereiche Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, wie etwa Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholmissbrauchs oder in Fragen der Ernährung, der Bewegung usw. In diesem Zusammenhang sind auch die „klassischen“ Bemühungen um die kollektive Gesundheit zu erwähnen, wie sie schon zu Beginn des 20. Jahr-

hunderts angegangen worden waren und heute von neuer Aktualität sind. Dazu gehören etwa Probleme im Wohnbereich oder die Zusammenhänge zwischen der sozialen Stellung Einzelner und ihrer Gesundheit oder die Bezüge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ob einzelne dieser Maßnahmen und Leistungen Gegenstand des Krankenversicherungssystems sind, wird kontrovers beurteilt. Tatsache ist, dass die Folgen unterbliebener Maßnahmen vielfältige Leistungen und erhebliche Zahlungen des Krankenversicherungssystems auslösen.

Zu einem noch weiter außen gelegenen Kreis gehören übrige Politikbereiche mit erheblichem Einfluss auf die Volksgesundheit, wie etwa die Verkehrssicherheit, die Umweltpolitik oder die Regelung des Waffentragens. Diesbezügliche Maßnahmen und vor allem ihre Unterlassung haben für ein Gesundheitsversorgungs- bzw. Krankenversicherungssystem erhebliche Konsequenzen.

Für jeden dieser Bereiche sind **spezifische Denkweisen, Instrumente und Handlungsträger** charakteristisch. Um Fehlentwicklungen vorzubeugen, sollten Vermischungen vermieden werden, wie etwa die „Medizinalisierung“ des Umgangs mit gesellschaftspolitischen Fragen oder – vorliegend im Zentrum – die Frage nach deren Einbezug in ein Krankenversicherungssystem und damit die Analyse der diesbezüglichen Beschäftigungswirkungen.

Für das Gutachten gilt der strenge Bezug auf das Krankenversicherungssystem. Mit dem **Begriff „Krankenversicherung“** decken wir dabei alle Bemühungen und Maßnahmen der Diagnose, Behandlung, Pflege und Rehabilitation ab, unabhängig davon, ob es sich um „Krankheiten“ oder „Unfälle“ (im Sinne der jeweiligen Legaldefinition) handelt. Als **„Krankenversicherungssystem“** ist die Gesamtheit der institutionell und ordnungspolitisch ausgestalteten Beziehungen zwischen seinen Akteuren, den Versicherten bzw. Patienten, der Krankenversicherung (gesetzlich und privat) und den Leistungsanbietern (wie Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen, etc.) zu verstehen. Da es sich um die institutionell und ordnungspolitisch beeinflussten und durch die Modernisierung des Krankenversicherungssystems beeinflussbaren Beziehungen zwischen den Akteuren handelt, bestimmt sich auch die effektive Nachfrage innerhalb dieses Systems. Z.B. werden die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Katalog), da in der Beziehung zwischen den Ärzten und den Versicherten erbracht, als effektive Nachfrage auf Gesundheitsmärkten und damit auch für die Beschäftigung als relevant definiert. Wellness-Reisen dagegen nicht, da hier der Leistungsanbieter nicht innerhalb des Krankenversicherungssystems - nach dem Status-quo! - zu finden ist.¹⁵ **Die Abgrenzung des**

¹⁵ Der Arzt auf dem Kreuzfahrtschiff hat keinen Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung und rechnet direkt mit seinen Patienten ab, nicht mit der Versicherung.

Krankenversicherungssystem und der damit einhergehenden Nachfrage geht im Gutachten immer vom Status-quo aus.

Die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitswesen (in seinen verschiedenen Definitionen), der Krankenversicherung (unabhängig von ihrer gesetzlichen Regelung und allfälligen Untergliederung) und der Volkswirtschaft generell sowie der Beschäftigung im Speziellen sind vielfältig und komplex. So kam der Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit betroffener Menschen und damit der Ermöglichung ihres Beitrags zum Sozialprodukt seit jeher eine zentrale Funktion zu. Damit verbunden sind weitere, unmittelbare und mittelbare Beschäftigungswirkungen infolge des für Heilung und Rehabilitation notwendigen Einsatzes hoch qualifizierter Arbeitskräfte und die Nachfrage nach vorgelagerten Leistungen (Gebäude, Geräte, Hotellerie usw.). Vergleichbare unmittelbare Beschäftigungswirkungen ergeben sich natürlich auch bei der Behandlung und Pflege von Menschen, die nicht mehr in den Arbeitsprozess wieder eingegliedert werden, z.B. bei betagten Patientinnen und Patienten.

Im Vordergrund der vorliegenden Studie steht ein Teilaspekt dieser vielfältigen Beziehungen, die direkten Beschäftigungswirkungen außerhalb der vorgelagerten Leistungen und folgend die Frage, ob und wie durch eine bestimmte Art und Weise der Regelung und Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems direkte Beschäftigungswirkungen erzielt werden können. Ausschlaggebend ist die **reale Nachfrage der Versicherten/Patienten** nach Gesundheitsleistungen, sei es frei finanziert oder über die Krankenversicherung (GKV oder PKV) abgedeckt.

1.2 Aufgaben, Instrumente und Organe der Regulierung im Status-quo

Die Festlegung von Zielen und Inhalten der Gesundheitspolitik generell und die Regelung der Gesetzlichen Krankenversicherung können nicht losgelöst von der Frage erfolgen, mittels welcher Organe und Instrumente der Staat oder allenfalls von ihm hierfür Beauftragte tätig werden. Im Gegenteil: Inhaltliche und institutionelle Aspekte bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Das vorliegende Kapitel erläutert diese Zusammenhänge auf einer allgemeinen Ebene und gibt somit das Vorverständnis dafür, was auf der Durchführungsebene der Einführung, der Umsetzung und Überwachung neuer institutioneller Rahmenbedingungen im Krankenversicherungssystem (vgl. die Herleitung in Kapitel 2).

Die Verknüpfung des Gesundheitssystems mit dem politisch-administrativen System stellt eine außerordentlich anspruchsvolle Aufgabe dar. Auch wenn anerkannt wird, dass der Staat als Hoheitsträger für verschiedene Belange in der Schlussverantwortung steht, sind empirisch

verschiedene Formen der Umsetzung der erforderlichen Steuerungsaufgaben, der hierfür tätigen Organe sowie der eingesetzten Instrumente zu beobachten.

Die **Steuerungsaufgaben** umfassen je nach der gewählten inhaltlichen Regelung des Eigentums der Produktionsmittel und der Finanzierung des Gesundheitssystems verschiedene Funktionen wie

- die Festlegung und Abstimmung der Pläne der einzelnen operationell tätigen Leistungserbringer,
- die Regelung der Marktzulassung von Leistungserbringern und Krankenversicherern,
- die Festlegung und laufende Überprüfung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung,
- die Kontrolle der Einhaltung von Regelungen,
- der Erlass allfälliger Sanktionen bei deren Nichteinhaltung sowie
- die Regelung der Beziehungen unter gleichartigen Akteuren (also z.B. unter Leistungserbringern) sowie zwischen Marktpartnern (z.B. zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern).

Am Beispiel der Steuerungsaufgabe „Abstimmung der Pläne der einzelnen operationell tätigen Leistungserbringer“ zeigt sich, dass der Regulierungsbedarf für den Staat bei geeigneter ordnungspolitischer Grundregelung erheblich begrenzt werden kann. So stimmen bei einer marktwirtschaftlichen Ordnung die einzelnen Wirtschaftssubjekte ihre Pläne selber gegenseitig über Marktmechanismen ab. Entsprechend können bei einer Modernisierung eines Krankenversicherungssystems in Richtung „mehr Markt“ unter Beachtung sozialpolitischer Prämissen bereits erste Effizienzgewinne durch den Wegfall von Bürokratiekosten erzielt werden.

Zur Steuerung stehen verschiedenste **Instrumente** zur Verfügung, welche in die Kategorien Konzepte, Rechtsetzung und Rechtsumsetzung, Finanzen, weitere Normen, Informationssysteme usw. gegliedert werden können, z.B.

- Zulassungsvorschriften für Versicherer und Leistungserbringer,
- Krankenhausbedarfsplanungen,
- Globalbudgets,
- Vorschriften zur Leistungsabrechnung oder

- Regelungen zugunsten der Patientensicherheit und hinsichtlich des Qualitätsmanagements.

Um die notwendigen Steuerungsaufgaben zu erfüllen, sind verschiedene **Organe** denkbar:

- die traditionelle Ministerialbürokratie,
- unabhängige Regulierungsbehörden,
- ausgelagerte Akteure, z.B. Organe der Selbstverwaltung,
- weitere Akteure, z.B. Akkreditierungs- und Zertifizierungsagenturen.

Zusätzlich stellt sich die Frage, **auf welcher staatlichen Ebene** diese Regulierungen sinnvollerweise erfolgen sollten. Konkret bieten sich hierfür an

- die Ebene von Teilstaaten (in Deutschland der Länder, evt. von Länderverbänden im Sinne des kooperativen Föderalismus),
- die Ebene des Gesamtstaates oder
- die Ebene der Europäischen Union.

Kombinationen sind denkbar, aber der Gefahr der Verwischung von Zuständigkeiten und Verantwortungen wegen nicht unproblematisch, ebenso wie eine Aufteilung zwischen der Zuständigkeit für Rechtserlasse und der Rechtsumsetzung bzw. –kontrolle (EU-Erlasse, Umsetzung in den Mitgliedsstaaten). Aus rechtlicher (EU-Verträge) und „funktioneller“ Sicht steht gegenwärtig eine Konzentration der wichtigsten Kompetenzen auf gesamtstaatlicher Ebene im Vordergrund. Wie in andern Bereichen wird aber der Einfluss der EU direkt (soweit diesbezügliche Teilkompetenzen übertragen wurden) und indirekt (durch die Wirkung allgemeiner Grundsätze wie den verschiedenen Freiheiten) „par la bande“ zunehmen.

Ordnungspolitische Grundregelungen (z.B. staatlicher Gesundheitsdienst oder private wettbewerblich verfasste Märkte), dafür charakteristische **Organe** (z.B. Ministerialbürokratie) und hierfür spezifische **Instrumente** (Krankenhausbedarfsplanung) bedingen sich gegenseitig und sind nicht beliebig möglich (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Ordnungspolitische Grundregelungen, Organe und Instrumente

Ordnung	Charakteristikum 1	Charakteristikum 2	Charakteristikum 3
Staatlicher Gesundheitsdienst	Zentrale Behörde „Selber rudern statt steuern“	Hoher Grad des Zentralismus	Top down
Direkte politische Steuerung	Dirigistische Eingriffe durch Ministerialbürokratie	Steuerung bis auf die Mikroebene	Top down
Selbstverwaltung	Verhandlungsregelungen gesucht	Gruppendruck	Horizontale Beziehungen im Vordergrund
Regulierung	Definition von Rahmenbedingungen, Systemmanagement	Steuerung durch Umsetzung der Regeln	Große Freiräume der operationellen Akteure

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Viele der gegenwärtig zu beobachtenden Probleme des deutschen Gesundheitswesens sind durch ein fehlendes „Denken in Ordnungen“ (Walter Eucken) und demzufolge durch eine zunehmend eklektischer werdende Verbindung von direkter politischer Steuerung und immer ohnmächtiger werdender Selbstverwaltung erklärbar. Dies drückt sich nicht zuletzt durch die Schaffung neuer, zusätzlicher Gremien wie dem mit einem breit gefassten gesetzlichen Auftrag ausgestatteten gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (ehemals BAK) für den ambulanten Bereich und stationären Bereich (Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss) aus, der als Folge der „Reform“ 2000 entstanden ist.

Für ein Gesundheitswesen das, wie in Kapitel 2 dargestellt wird, auf der Basis einer sozialpolitisch abgesicherten marktwirtschaftlichen Koordination verschiedenster Leistungserbringer und Krankenversicherer funktioniert, ist die Schaffung einer unabhängigen Regulierungsbehörde die geeignete Organisationsform (Konzept der „embedded markets“¹⁶).

16 Vgl. dazu Kay, John (2003).

Box 1: Zum Regulierungsbegriff im Gesundheitswesen

Regulierung ist ein methodischer Ansatz zur Steuerung von Politikfeldern bzw. Wirtschafts- und Gesellschaftsbereichen, in denen öffentliche, aber nicht unmittelbar hoheitliche Aufgaben ganz oder teilweise durch Dritte wahrgenommen werden. Dies ist im postulierten Konzept für das deutsche Gesundheitswesen der Fall. Regulierung stellt einen Prozess und nicht einen einmaligen Akt dar.

Die anderen institutionellen bzw. methodischen Ansätze wie die traditionelle Regierungs- und Verwaltungstätigkeit, Formen und Instrumente des so genannten „New Public-Managements“ oder der korporativistische Ansatz der Selbstverwaltung sind bei Vorliegen der oben erwähnten Charakteristika weniger oder nicht geeignet (s. folgende Tabelle 3).

Tabelle 3: Formen der Steuerung von Politikfeldern und ihre Charakteristika

Typus/Systemcharakteristika	Hoheitlich	Spezifisches öffentliches Interesse	Wettbewerb	Private und öffentliche Marktpartner
<i>Ministerialbürokratie</i>	+	<i>Mehr als das</i>	-	-
<i>New Public Management</i>	+	+	-	-
Regulierung	-	+	+	+
<i>Normale Rechtsordnung</i>	-	-	+	+

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Angesichts des bestehenden Wettbewerbs und des gewichtigen Anteils privater Marktteilnehmer, aber auch unter Berücksichtigung des gegenüber anderen, „normalen“ Wirtschaftsbereichen (z.B. des Tourismus) spezifischen öffentlichen Interesses, eignet sich der Regulierungsansatz für das Gesundheitswesen am besten. **Regulierung ist dabei nicht zwingend mit staatlichen Eingriffen gleichzusetzen.**

1.3 Entwicklungsstand und Probleme des Krankenversicherungssystems

Das deutsche Gesundheitswesen weist im Status-quo einen hohen Grad an staatlicher Regulierung auf. Dies gilt insbesondere für das Krankenversicherungssystem, welches aufgrund seines hohen Ausgaben- und Finanzierungsanteils eine zentrale Stellung innerhalb des Gesundheitswesens einnimmt.

Das Ausmaß an Regulierung hat zu einer Reihe von spezifischen, positiv zu bewertenden Merkmalen geführt, die in ihrer Gesamtheit heute den Status-quo im deutschen Krankenversicherungssystem beschreiben. Dazu gehören:

- ein hoher Versicherungsgrad,

- ein umfassender Leistungskatalog in der obligatorischen (gesetzlichen) Krankenversicherung
- sowie ein unbeschränkter Zugang zur Inanspruchnahme von Leistungen ohne wesentliche Wartezeiten.

Neben diesen Vorzügen weist das deutsche Krankenversicherungssystem zugleich eine Reihe von immanenten Mängeln auf, wie z.B.:

- strukturelle **Finanzierungsprobleme** als Folge der Bindung des Beitragsvolumens an die Lohnsummenentwicklung auf der Einnahmeseite und einer unbeschränkten, weitgehend kostenlosen Inanspruchnahme von Leistungen auf der Ausgabenseite,
- **Steuerungsprobleme** aufgrund geteilter Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und verschiedenen Organen der Selbstverwaltung,
- **Koordinierungsprobleme** und „Doppelspurigkeiten“ aufgrund einer ausgeprägten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor
- sowie Effizienz-, Flexibilitäts- und Innovationsmängel als Folge einer bürokratischen **Überreglementierung**.

Eine der unmittelbaren Folgen dieser Mängel ist, dass Gesundheitsleistungen von der Nachfrageseite her wie ein „quasi-öffentliches“ Gut behandelt werden, welches für den Konsumenten unbeschränkt, kostenlos und nicht-ausschließbar zur Verfügung stünde. Tatsächlich aber führt Nicht-Ausschließbarkeit bei gleichzeitiger Rivalität im Konsum zu einer Überbeanspruchung der Krankenversicherungen¹⁷, da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei individuellen Grenzkosten von oder nahe Null bis zur „Sättigungsgrenze“ erfolgt. Individuelle und kollektive Rationalität fallen hier also auseinander und bedingen den „Allmende-Gut“-Charakter von Gesundheitsleistungen.

Das hierdurch verursachte Finanzierungsproblem hat zu dem Versuch geführt, die Gesundheitsausgaben durch eine Reihe von Kostendämpfungsmaßnahmen zu begrenzen. Die fakti-

¹⁷ Die - notwendige - Versicherungspflicht führt dazu, dass nahezu jeder versichert ist und somit niemand vom Konsum der Gesundheitsleistungen ausgeschlossen ist. Gleichzeitig führt der Konsum von Gesundheitsleistungen durch Bürger A aufgrund begrenzter Ressourcen zu einer Beeinträchtigung der Konsummöglichkeiten im Gesundheitswesen von Bürger B (Rivalität). Es ist demzufolge individuell rational, soviel Gesundheitsleistungen wie möglich zu konsumieren, bevor es ein anderer macht. Kollektiv wäre es dagegen rational, sparsam mit den Ressourcen umzugehen.

sche Rationierung an Gesundheitsleistungen bedeutet jedoch einen ineffizienten, weil nicht präferenzgerechten Eingriff in die Konsumentensouveränität.¹⁸

Die kostendämpfende Nachfragesteuerung in der Krankenversicherung führt zugleich zu einer Fehlallokation der Ressourcen auf der Angebotsseite. Da der Wettbewerb im Gesundheitswesen auf Seiten der Leistungsanbieter nicht oder nur bedingt über Preise, sondern vor allem über Qualität und Innovationen der Produkte ausgetragen wird, wird die Richtung und Höhe der Investitionen in den medizinisch-technischen Fortschritt und der Innovationen im Bereich der Medizinaltechnik und pharmazeutischen Produkte folglich nicht allein nach ökonomischen Effizienzkriterien, sondern vor allem nach Maßgabe medizinischer „Machbarkeit“ gesteuert. Die institutionelle Rigidität insbesondere im Krankenversicherungssystem führt also sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite zu Fehlsteuerungen, welche die Entstehung eines „Gesundheitsmarktes“, auf dem die Präferenzen der Konsumenten direkt am Markt offenbart werden und somit das System effizienter gesteuert wird, behindern und so das Entwicklungspotenzial des Gesundheitssektors ungenutzt lassen.

Die möglichen qualitativen Effekte einer Deregulierung des Gesundheitswesens sind in Abbildung 5 aufgeführt. Auf der Nachfrageseite, dem rechten Strang in der Abbildung 5, führt eine stärkere Deregulierung des Gesundheitswesens zu verschiedenen Substitutions- und Einkommenseffekten, die vor allem eine Umschichtung staatlicher zu privaten Gesundheitsausgaben zur Folge haben. Hierdurch kommt es zur Entstehung neuer Gesundheitsmärkte, wobei im Zusammenhang mit der in diesem Gutachten verwendeten Abgrenzung zu beachten ist, dass Beschäftigungswirkungen auf diesen neuen Märkten nur dann in den quantitativen Aussagen enthalten sind, wenn durch die Deregulierung, also die Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen für das Krankenversicherungssystem, diese Märkte in das bisherige System aus Leistungsanbietern, Krankenkassen und Versicherten einbezogen sind.¹⁹ Ferner führt eine Deregulierung des Gesundheitswesens auf der Angebotsseite, dem linken Strang in Abbildung 5, zu mehr Wettbewerb, der sich durch steigende F&E-Investitionen und verschiedene Produkt- und Prozessinnovationen in Preis- und Qualitätseffekten äußert. Der medizinisch-technische Fortschritt ist dabei durch eine ökonomische Ambivalenz charakterisiert, da dieser sowohl effizienz- als auch kostensteigernd als auch beides zugleich sein kann (für den Effekt der Kostensteigerung vgl. dazu das Fallbeispiel in *Box 3*, S. 86). So sind beispielsweise neue Behandlungsmethoden und –verfahren denkbar (z.B. minimalinvasive Chi-

¹⁸ Vgl. Annex 1, in dem eine formale mikroökonomische Begründung hierfür gegeben wird.

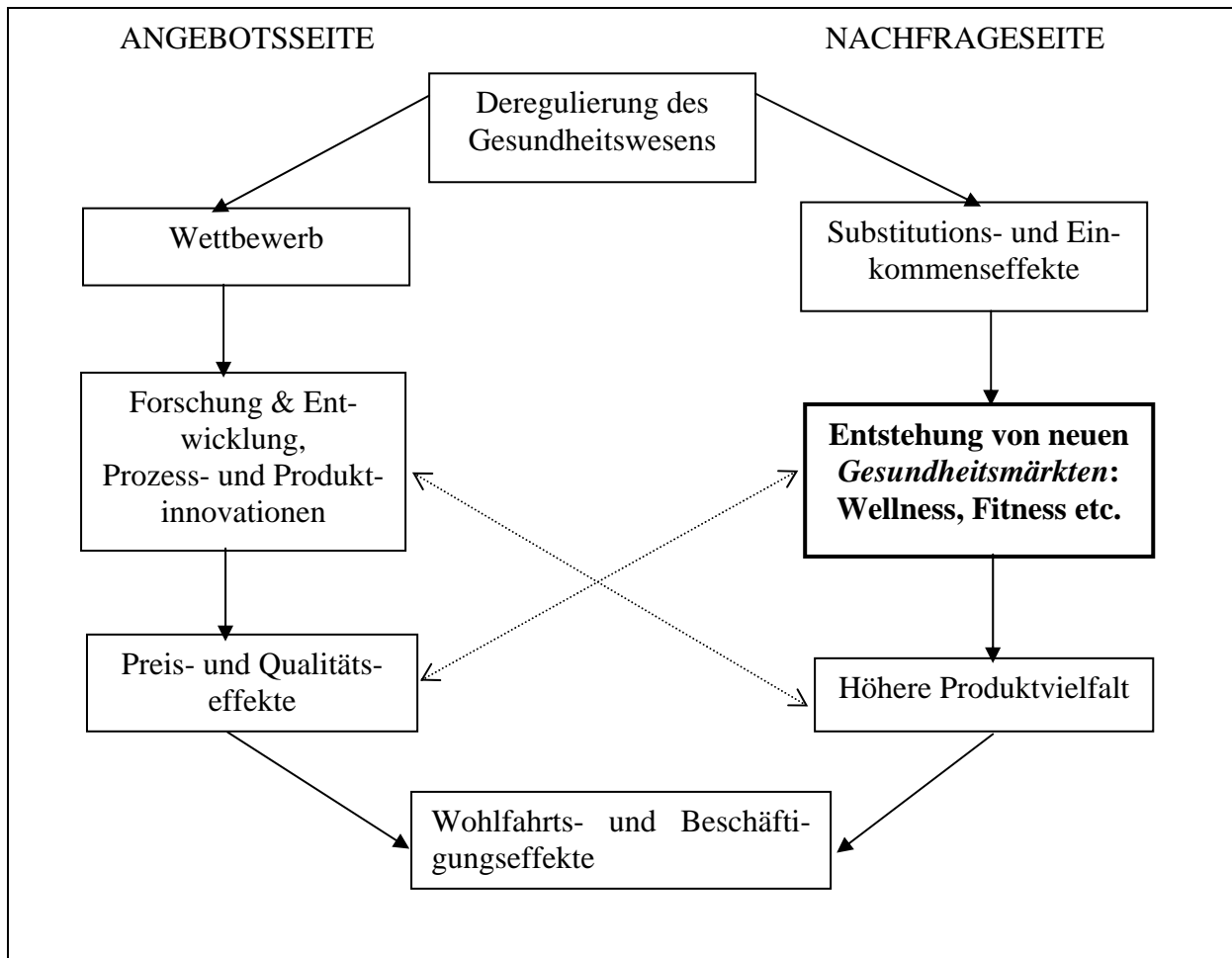
¹⁹ Solange Fitness und Wellness nicht im neuen Leistungskatalog einer Krankenkasse des „modernen Krankenversicherungssystems“ enthalten sind, sind die resultierenden Beschäftigungswirkungen nicht im Simulationsmodell des Kapitels 3.3 erfasst.

urgie), welche die durchschnittliche Verweildauer des Krankenhausaufenthaltes von Patienten verkürzen und dadurch zusätzliche, d.h. freiwerdende Kapazitäten schaffen. Zugleich aber sind solche Methoden und Verfahren einerseits in ihrer Anwendung bzw. Anschaffung zu meist teurer und führen andererseits aufgrund verkürzter Behandlungsdauer und geringeren Risiken zu einer Ausweitung auf mehr Krankheitsfälle, d.h. eine größere Anzahl von Patienten kann therapiert werden. Effizienzsteigerungen und medizinisch-technische Innovationen können aufgrund dieser beiden genannten Effekte also im Endeffekt – z.T. system- bzw. institutionell bedingt - kostensteigernd wirken (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.6).

Insgesamt führen diese qualitativen Effekte einer Deregulierung des Gesundheitswesens auf der Angebots- und der Nachfrageseite schließlich zu positiven Wohlfahrts- und Beschäftigungswirkungen, die unter dem Krankenversicherungssystem im Status-quo aufgrund der genannten anreizökonomischen Fehlsteuerungen nicht realisiert werden können. Das vorhandene Wachstumspotenzial des Gesundheitssektors insbesondere in Bezug auf die Beschäftigung wird daher unter dem gegenwärtigen System nicht ausgeschöpft. Dabei ist sowohl zwischen direkten und indirekten als auch zwischen statischen und dynamischen Beschäftigungseffekte zu unterscheiden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) spielt dabei, wie eingangs bereits erwähnt, aufgrund des hohen Ausgaben- und Finanzierungsanteils in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle. Es ist daher zu fragen, wie ein „modernes Krankenversicherungssystem“ aus ordnungspolitischer und institutioneller Sicht auszugestalten ist, um das aufgezeigte Wachstums- und Beschäftigungspotenzial des Gesundheitswesens auszuschöpfen. Diese Frage wird im folgenden Kapitel 2 behandelt.

Abbildung 5: Ökonomische Effekte einer Deregulierung des Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Zusammenstellung

2 Beschäftigungsdeterminanten auf unterschiedlich verfassten Gesundheitsmärkten

2.1 Zur Fragestellung und Vorgehensweise

Im folgenden Kapitel werden ordnungspolitische Leitlinien für ein „modernes“ Krankenversicherungssystem entwickelt und mit den Rahmenbedingungen im Status-quo verglichen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse lassen sich Szenarien entwickeln, für die im weiteren Untersuchungsverlauf Beschäftigungspotenziale geschätzt werden können.

Warum ist die Ordnung des Krankenversicherungssystems von entscheidender Bedeutung für die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen? Einerseits leitet sich die Arbeitsnachfrage aus der Güternachfrage ab (vgl. Abbildung 3). **Da aber über die Gesetzliche und Private Krankenversicherung ein Großteil der Nachfrage nach medizinischen Leistungen gebündelt wird, wirken sich die auf den Versicherungsmärkten herrschenden Bedingungen mittelbar auf den gesundheitsbezogenen Arbeitsmarkt aus.** Sofern die Regulierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Ineffizienzen führt, wird der Versicherungsschutz auf einem überhöhten Kostenniveau erkaufte. Mit einem gegebenen Budget werden real weniger Leistungen konsumiert. Da spiegelbildlich frei finanzierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verdrängt wird, ohne dass dieser Minderung ein entsprechend höherer realer Konsum in der gesetzlichen Versorgung gegenüber steht, werden weder das Nachfrage- noch das daraus abgeleitete Beschäftigungspotenzial ausgeschöpft.

Andererseits regelt der Gesetzgeber weite Bereiche der Leistungserstellung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und nimmt somit unmittelbar Einfluss auf die Beschäftigung. Die Eingriffe bleiben aber nicht auf den Nachfrageanteil der GKV beschränkt, da die Anbieter auf Gesundheitsmärkten auch privat Versicherte versorgen und zumindest einen Teil der frei finanzierten Nachfrage bedienen. Sofern die unmittelbare Reglementierung des Versorgungsgeschehens zu Ineffizienzen führt, bleibt die Arbeitsnachfrage hinter dem Beschäftigungspotenzial zurück.

In einem ersten Abschnitt gilt es, die Reichweite der Reglementierungen in der GKV abzuschätzen, um eine Vorstellung über die Relevanz der auf das Ordnungsproblem zugespitzen Fragestellung zu erlangen (Abschnitt 2.2). Wenn aber Beschäftigungseffekte in Abhängigkeit von den institutionellen Rahmenbedingungen auf den Gesundheits- und Versicherungsmärkten auftreten, dann gilt es eine ökonomische Referenz zu entwickeln, anhand derer unterschiedlich verfasste Gesundheitssysteme beurteilt sowie deren beschäftigungspolitischen Imp-

likationen abgeleitet werden können. Diese Referenz wird im Folgenden in zwei Stufen als „liberales Szenario“ abgeleitet, indem zunächst nach einer ökonomisch effizienten Ordnung im Sinne notwendiger Regulierungen (Abschnitt 2.3) und anschließend nach einer effizienten Umsetzung ergänzender Sozialziele durch Erweiterung um hinreichende Regulierungen (Abschnitt 2.4) gefragt wird. Sofern sich die Ordnungsbedingungen im Status-quo unterscheiden, bilden das „liberale“ und das „Status-quo-Szenario“ die beiden Extreme hinsichtlich möglicher Beschäftigungspotenziale auf Gesundheitsmärkten. Dazwischen, also abgestuft nach der Eingriffsintensität in die wirtschaftlichen Freiheiten der Akteure auf den Gesundheitsmärkten, lassen sich im weiteren Verlauf der Studie (Kapitel 3.3) so genannte „Übergangsszenarien“ bilden, die für eine moderne Weiterentwicklung des Gesundheitssystems stehen.

Was aber zeichnet ein „liberales Szenario“ im Gegensatz zum Status-quo aus?²⁰ Vor allem ist eine effiziente Bereitstellung von Versorgungs- und Versicherungsleistungen zu nennen. Denn auch in der medizinischen Versorgung und auf den angrenzenden Gesundheitsmärkten gilt die Knappheit der Ressourcen. Nicht alles, was einen medizinischen Nutzen birgt, macht auch ökonomisch Sinn.²¹ Nur wenn der Nutzen einer zusätzlich konsumierten Gesundheitsleistung die erforderlichen Produktionskosten übersteigt, ist dessen Bereitstellung ökonomisch sinnvoll. Nicht knappheitsgerechte Anreize führen dagegen zu einer Verschwendung von Ressourcen, die im Gesundheitswesen oder alternativen Verwendungen Nutzen stiftend eingesetzt werden können.

In der ökonomischen Modellwelt gilt dieses Erfordernis – vereinfacht gesprochen – auf privaten, wettbewerblich verfassten Märkten als erfüllt. Der Ressourceneinsatz wird über eine freie Preisbildung knappheits- und präferenzgerecht gesteuert. Eine zentrale Rolle kommt dem Wettbewerb zwischen den Anbietern zu, der für eine kostengünstige Bereitstellung der Güter und Dienstleistungen sowie für eine stetige und präferenzgerechte Weiterentwicklung des

20 Diese Frage lässt sich nur normativ beantworten und stellt insoweit einen methodischen Bruch zu dem empirisch-analytischen Ansatz dar, der zur Schätzung der Beschäftigungswirkungen unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitsmärkte gewählt wird. Gleichwohl wird dieser Schritt notwendig, um Beschäftigungseffekte vor dem Hintergrund einer ökonomisch begründeten Referenz beurteilen und im Umkehrschluss Empfehlungen für die Gestaltung der Gesundheitsmärkte auch mit Blick auf Beschäftigungspotenziale geben zu können.

21 Diese Aussage widerspricht nur scheinbar der oftmals vorgetragenen Behauptung, Gesundheit sei das höchste Gut. Aus ökonomischer Perspektive ist Gesundheit kein Gut, sondern ein Ziel, das in Konkurrenz zu weiteren Präferenzen steht. Ein wünschenswerter Gesundheitszustand kann unter anderem über den Konsum gesundheitsdienlicher Güter und Dienstleistungen angestrebt werden. Damit stellt sich ein mikroökonomisches Optimierungsproblem, bei dem es bei gegebenem Einkommen und mit Blick auf die angestrebten Ziele zwischen dem Konsum von gesundheitsbezogenen Leistungen und übrigen Gütern abzuwägen gilt. Vgl. dazu unter anderen *Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter (1997), S. 1, 5-8.*

Angebots sorgt. Erst unter diesen Bedingungen können die durch die Nachfrage ausgelösten Beschäftigungseffekte auch als wohlfahrtssteigernd interpretiert werden.²²

Aber funktionieren Gesundheitsmärkte nach diesem einfachen Ideal? Dagegen wird mit Besonderheiten bei medizinischen Leistungen und Krankenversicherungen argumentiert, die zu einem Marktversagen führen können.²³ Diese Gründe können ein Abweichen von einem unregulierten Marktmodell hin zu notwendiger Regulierung rechtfertigen. Deshalb ist zu untersuchen, ob und welche staatlichen Interventionen notwendig werden, um potenzielles Versagen einer marktwirtschaftlichen Steuerung bei Gesundheits- und Krankenversicherungsleistungen zu überwinden (Abschnitt 2.3). Die Ergebnisse lassen sich in einem Katalog notwendiger Bedingungen zusammen fassen, die zusätzlich, d. h. über die Sicherung einer privaten Wirtschaftsordnung hinaus, durch den Staat gewährleistet sein müssen, um eine knappheitsgerechte Koordination im Krankenversicherungssystem zu ermöglichen.

Doch „modern“ wird ein Krankenversicherungssystem nicht allein aufgrund des Effizienzziels. Unterstellt man die im Status-quo angestrebten Sozialziele als allgemein zustimmungsfähig²⁴, dann bedarf es zusätzlicher Eingriffe, die zum Beispiel allen Bürgern die Teilhabe an einer ausreichenden medizinischen Versorgung garantieren oder etwa das Solidarprinzip im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht durchsetzen. Diese ergänzenden Ziele können Eingriffe nahe legen, die ein Abweichen vom marktwirtschaftlichen Referenzmodell rechtfertigen. Deshalb ist in einem weiteren Schritt zu klären, wie sozialpolitische Instrumente bei einer grundsätzlich knappheitsgerechten Steuerung auszugestaltet sind, um regulierungsbedingte Wohlfahrtseinbußen auf privat organisierten Märkten zu minimieren

22 Anderenfalls ließe sich die Fragestellung der Untersuchung auf eine Maximierung der Beschäftigung auf Gesundheitsmärkten verkürzen. Stark vereinfacht ließe sich dieses Ziel durch eine zwangsweise höhere Ressourcenzuweisung in das bestehende Gesundheitswesen erreichen. Trotz der in Aussicht stehenden zusätzlichen Einkommen im Gesundheitssektor würden bei einem solchen Vorgehen Opportunitätskosten vernachlässigt, die durch den Abzug von knappen Mitteln aus alternativen Verwendungen hervorgerufen werden. Dazu gehören unmittelbare Nutzeneinbußen bei den Individuen, denen mehr Mittel zur Finanzierung medizinischer Leistungen abverlangt werden als individuell erwünscht, aber auch negative Beschäftigungseffekte, weil die Nachfrage auf den übrigen Gütermärkten und die daraus abgeleitete Arbeitsnachfrage zwangsläufig sinkt. Darüber hinaus erlaubt eine derart verkürzte Fragestellung keine Aussage darüber, ob das Beschäftigungspotenzial bei gegebenem Mitteleinsatz ausgeschöpft wird oder ob Beschäftigungschancen durch Fehlanreize verloren gehen.

23 Zur allgemeinen Begründung staatlicher Interventionen aufgrund von Marktversagen vgl. *Watrin, Christian* (1986).

24 Mit dem Kriterium der „allgemeinen Zustimmungsfähigkeit“ lassen sich nach dem konstitutionenökonomischen Ansatz sozialpolitische Zielsetzungen begründen. Dieser Ansatz wird aber nicht weiter verfolgt, sondern sozialpolitische Ziele nach Maßgabe des Status-quo als exogen gegeben betrachtet. Gleichwohl lässt sich deren instrumentelle Umsetzung ökonomisch analysieren.

(Abschnitt 2.4).²⁵ Vor dem Hintergrund dieser Referenz – also dem sozialpolitisch angepassten „liberalen“ Szenario – lassen sich die Eingriffe im Status-quo mit Blick auf mögliche Beschäftigungseffekte beurteilen.

Ein weitgehend wettbewerblich gesteuertes Krankenversicherungssystem bedarf besonderer administrativer Vorkehrungen, die naturgemäß anders ausgestaltet sein müssen, als etwa ein stärker zentral gelenktes System. In einem weiteren Abschnitt (Kapitel 2.5) sollen deshalb die institutionellen Vorkehrungen diskutiert werden, unter denen das hier vorgeschlagene Referenzmodell in die Praxis umgesetzt werden kann.

Neben den Anreizen für einen optimalen Ressourceneinsatz und der Verwirklichung sozialpolitischer Ziele beruht die Akzeptanz eines „modernen“ Gesundheitssystems schließlich auch auf der Weiterentwicklung medizinischer Standards und der Anpassung der Versorgung an diese Entwicklung. Deshalb wird in einem abschließenden Exkurs der Frage nachgegangen, wie die Anreize im Status-quo und in einem „modernen“ Krankenversicherungssystem mit Blick auf medizinisch-technische Innovationen und deren Verbreitung wirken (Abschnitt 2.6).

2.2 Reglementierte Gesundheitsmärkte im Status-quo

2.2.1 Staatliche Eingriffe unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung

In einer ersten Bestandsaufnahme werden nachfrage- und angebotsseitige Interventionskomplexe identifiziert und deren Reichweite abgeschätzt. Ausgangspunkt bildet die Gesetzliche Krankenversicherung. Da das GKV-System über einen umfassenden obligatorischen Leistungskatalog²⁶ die Kostenübernahme für den überwiegenden Teil krankheitsbedingter Behandlungen garantiert, erfolgt der Zugang zu den Gesundheitsmärkten für das Gros der Bevölkerung primär unter den gesetzlichen Vorgaben.

Die auf die GKV entfallende Nachfrage unterliegt zahlreichen, überwiegend sozialpolitisch motivierten Restriktionen, die sich auch auf die Leistungsmärkte erstrecken. Nach den Hauptakteuren gegliedert – die Versicherten respektive Patienten, die Krankenversicherungen und

²⁵ Diese Überlegung berücksichtigt zum einen das grundlegende Konzept der Sozialen Marktwirtschaft, wonach staatliche Interventionen dem Kriterium der Marktkonformität genügen sollen. Siehe *Müller-Armack, Alfred* (1956), S. 391. Zum anderen führen staatliche Eingriffe trotz Marktunvollkommenheiten nicht zwangsläufig zu Wohlfahrtssteigerungen. Denn auch die Koordination über politische Märkte unterliegt Unvollkommenheiten (Staatsversagen), die unter anderem auf den Anreizen für politische Akteure und der Organisierbarkeit von Interessen beruhen. Vgl. *Watrin, Christian* (1985).

²⁶ Zu dieser Einschätzung gelangt unter anderen die Studie des IGSF in Kiel, siehe *Beske, Fritz u. a.* (2005), S. 16-22.

die Leistungsanbieter – lassen sich komplexe Eingriffe und deren Wirkungen zusammenfassen, die sich als grobe Übersicht in Abbildung 6 wieder finden.

Abbildung 6: Kennzeichen der Gesundheitsmärkte im Status-quo

Leistungsanbieter	Krankenversicherung	Versicherter / Patient
Fehlender Kostenwettbewerb	mangelnde Wettbewerbsoptionen	Eingeschränkte Versicherungspflicht
Monopolistische Anbietervertretung	auf den „Beschaffungsmärkten“	Steuerähnliche Beitragsfinanzierung
Duale Krankenhausfinanzierung		auf den „Absatzmärkten“
Reglementierte Arzneimitteldistribution	Risikostrukturausgleich	Freie Wahl des Behandlers
Hoheitliche Krankenhausbedarfsplanung	Keine Tariffdifferenzierung	Geringe direkte Kostenbeteiligung, „Nullpreis-Illusion“
Reglementierter Marktzugang - Sicherstellungsauftrag	Mittelbare Staatsverwaltung	Freie Kassenwahl
	<i>Diskriminierungsverbot</i>	
	<i>Kontrahierungszwang (KV – Versicherter)</i>	

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Aus der Perspektive der Versicherten:

- Eingeschränkte Versicherungspflicht.** Versicherungspflichtig sind grundsätzlich alle Arbeitnehmer mit Entgelten bis zur Versicherungspflichtgrenze, Familienangehörige ohne Erwerbseinkommen sind beitragsfrei versichert. Freiwillig können sich auch Arbeitnehmer mit höheren Arbeitsentgelten und Selbstständige versichern. Sie sind aber ebenso wie die Beamten von einer Versicherungspflicht ausgenommen. Staatsdiener werden in der Regel im Umfang der gesetzlichen Versorgung über die Beihilfe unterstützt. Gleichwohl waren im Jahr 2004 durchschnittlich knapp 70,3 Millionen Menschen bzw. rund 87,3 vH der Bevölkerung durch das gesetzliche System versichert.²⁷

²⁷ Siehe BMGS (2005).

- **Steuerähnliche Beitragsfinanzierung.** Die Finanzierung erfolgt über lohn- und rentenabhängige Beiträge. Damit wird der individuelle Beitrag von den Kosten des Versicherungsschutzes entkoppelt.²⁸
- **Freie Wahl des Behandlers.** Den Patienten wird im Rahmen des obligatorisch abgesicherten Leistungskatalogs eine freie Auswahl unter den Vertragsärzten und Therapeuten, den stationären Einrichtungen und weitgehend bei den Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln eingeräumt. Etwaige Minderausgaben durch eine kostenbewusste Auswahl spiegeln sich nicht in den Versicherungsbeiträgen.²⁹
- **„Nullpreis-Illusion“.** Der Zugang zu den medizinischen Leistungen erfolgt nach Zahlung des lohnsteuerähnlichen Beitrags quasi kostenlos, da direkte Kostenbeteiligungen nur in eingeschränktem Umfang vorgesehen sind.³⁰
- **Freie Kassenwahl.** Die gesetzlich Versicherten können seit 1996 zwischen verschiedenen gesetzlichen Kassen wählen. Dabei unterliegen die Krankenversicherer einem Kontrahierungszwang und im Beitrag dürfen sie nicht nach dem Risiko des Versicherten diskriminieren.

Aus der Kassenperspektive:

- **Finanzausgleich zwischen Kassen.** Ein Risikostrukturausgleich verteilt die Mittel zwischen den Krankenkassen nach ausgaben- und einnahmenorientierten Kriterien um. Hintergrund ist das Bestreben, in einer solidarischen Krankenversicherung Wettbewerbsvorteile aufgrund günstiger Versichertenstrukturen zu eliminieren, um so allen Marktteilnehmern gleiche Wettbewerbschancen zu eröffnen.³¹
- **Keine Tariffdifferenzierung.** Auf ihrer „Absatzseite“ können die Kassen grundsätzlich nicht den Beitragssatz nach unterschiedlichen Leistungstarifen differenzieren – auch dann nicht, wenn sich ihre Mitglieder abweichend von der grundsätzlich freien Anbieterwahl freiwillig auf vertraglich bevorzugte Versorgungsangebote beschränken

28 Vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 236.

29 Zur Rolle der kostenlosen freien Arztwahl im Zusammenhang mit der wettbewerblichen Disziplinierung externen Moral-hazard-Verhaltens (angebotsinduzierte Nachfrage) vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 146-150 und 247-248.

30 So wird zum Beispiel in Schweden, das sein Gesundheitssystem wesentlich stärker als Deutschland in Anlehnung an den staatlichen Fürsorgegedanken konzipiert, eine Praxisgebühr für jeden Arztkontakt fällig. Die Gebühr ist nicht nur höher als die in Deutschland verlangten 10 Euro pro Quartal, sie steigt auch mit dem Grad der Dringlichkeit an, also etwa bei der Notfallversorgung, und wird zusätzlich bei einem Facharztbesuch erhoben. Vgl. *iwd Nr. 37/2002*, S. 4.

31 Zur ordnungspolitischen Beurteilung siehe Abschnitt 2.4.3.

(z.B. Hausarztmodell, integrierte Versorgung etc.).³² Im Rahmen nachträglicher Bonifikationen bestehen nur eingeschränkte Optionen, kostenbewusstes Nachfrageverhalten zu honorieren – mithin werden Effizienzvorteile einer kostenbewussten Nachfrage zumindest zum Teil von der gesamten Versichertengemeinschaft vereinnahmt.

- **Mittelbare Staatsverwaltung.** Gesetzliche Krankenkassen stehen zwar im Wettbewerb, sind aber nicht mit den unternehmerischen Freiheiten ausgestattet, die üblicherweise auf unregulierten Märkten herrschen. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen sie den Vorschriften des Bundesversicherungsamtes. Sie werden grundsätzlich im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung von paritätisch durch Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter besetzten Organen geführt. Die Einrichtung landesunmittelbarer Krankenkassen sowie das Verbot kassenartenübergreifender Fusionen behindert eine marktgerechte Konzentration der Versicherungsanbieter.

Aus Sicht der Leistungsanbieter:

- **Monopolistische Anbietervertretung** sowie Zwangsmitgliedschaft und zentralisierte Verhandlungen. Auf ihrer „Beschaffungsseite“ haben die Kassen kaum Möglichkeiten, auf die Kostenstrukturen der Leistungserstellung und damit auf die Kosten des Versicherungsschutzes einzuwirken. Gleiches gilt für Umfang, und Qualität der Leistungen. Für sie besteht eine Zwangsmitgliedschaft in den Spitzenverbänden einzelner Kassenarten, die die Entgeltvereinbarungen federführend verhandeln. Spiegelbildlich besteht auch für die vertragsärztlichen Anbieter der ambulanten Versorgung eine Pflichtmitgliedschaft in der monopolistisch organisierten Anbieterselbstverwaltung. In der Folge sind nicht nur einzelne Krankenkassen an die zentralen Entgeltvereinbarungen ihrer Spitzenverbände gebunden, auch für die Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung ist ein Abweichen von Entgeltvereinbarungen zugunsten der Versichertengemeinschaft ausgeschlossen.
- **Fehlender Kostenwettbewerb** in der ambulanten Versorgung. Vertragspartner im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen (und vertragszahnärztlichen) Versorgung sind auf der einen Seite die Spitzenverbände der Krankenkassen, auf der anderen Seite die kassenärztlichen Vereinigungen – das vom Gesetzgeber eingesetzte Selbstverwaltungsorgan aller zur Versorgung zugelassenen Ärzte. Zwar werden die Honorare nicht im Detail ausgehandelt, da die Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen über Bud-

32 Vgl. *Knappe, Eckhard / Hörter, Stefan* (2001), S. 314-319.

gets gesteuert werden.³³ Gleichwohl differenzieren die Entgelte im Ergebnis nicht nach den unterschiedlichen Produktionskosten einzelner Anbieter, sondern spiegeln im günstigsten Fall den Kostendurchschnitt der vertretenen Ärzteschaft. Im Ergebnis konkurrieren die Ärzte nicht über den Preis ihrer Angebote.³⁴

- **Reglementierter Marktzugang.** Im Rahmen ihres **Sicherstellungsauftrages** steuern die kassenärztlichen Vereinigungen über die medizinische Qualifikation hinaus den regionalen Zugang der Ärzte zu den Versorgungsmärkten für gesetzlich Versicherte und beeinflussen somit auch die Wettbewerbsintensität auf regional abgegrenzten Gesundheitsmärkten.³⁵
- **Duale Krankenhausfinanzierung.** Im Rahmen der stationären Versorgung werden zwar grundsätzlich krankenspezifische Budgets mit den Krankenkassen ausgehandelt. Zusätzlich wird mit der schrittweisen Umstellung auf Fallpauschalen (vorläufig unter dem Regime der Budgetierung) ein Anreiz zur effizienzsteigernden Spezialisierung gegeben. Gleichwohl erfolgt die Finanzierung der stationären Versorgung nicht transparent, sondern getrennt nach den Investitionskosten aus dem Steueraufkommen und den Betriebskosten aus dem Beitragsaufkommen.
- **Hoheitliche Krankenhausbedarfsplanung.** Da der Steuerzahler für einen Großteil der Krankenhausinfrastruktur aufkommt, steuert der Gesetzgeber, sprich die Gebietskörperschaften, den Marktzugang im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung. Zwar können privat finanzierte Einrichtungen ihren Standort frei wählen, gleichwohl wird die Investitionsentscheidung maßgeblich durch die Option auf öffentliche Zuschüsse verzerrt. Zudem wird der Zugang zur Versorgung gesetzlich Versicherter erst durch die Aufnahme in den öffentlichen Krankenhausplan garantiert.³⁶
- **Reglementierte Arzneimitteldistribution.** Schließlich wird auf dem Arzneimittelmarkt nicht nur das Verfahren zur Medikamentenzulassung mit Blick auf die Qualitätssicherung stark reglementiert. Das gesamte System der Distribution unterliegt differenzierten Eingriffen: von Preisverordnungen für Großhandel und Apotheken, Festbeträgen für die Industrie und Zuzahlungsvorgaben für Patienten über Mehr- und

33 Das individuelle Leistungsentgelt ergibt sich erst ex post nach dem eigenen Anteil an den insgesamt in einem Zeitraum abgerechneten Leistungen, die ihrerseits nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeschlüsselt werden.

34 Vgl. *Breyer, Friedrich* (2000), S. 183.

35 Vgl. *Breyer, Friedrich* (2000), S. 183.

36 Zur Diskussion möglicher Gründe für das Vorhalten von Behandlungskapazitäten durch staatliche Lenkung bzw. zur Subventionierung privat bereitgestellter Kapazitäten vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 72-75 und die dort zitierte Literatur.

Fremdbesitzbeschränkungen und Werbeverboten für Apotheken bis hin zu Verordnungsbeschränkungen für niedergelassene Ärzte und Wettbewerbsbeschränkungen für Krankenhausapotheken.

In der Folge ergibt sich der Zugang zu medizinischen Leistungen für die gesetzlich versicherten Patienten aus einem schwer durchschaubaren Dickicht aus administrativen Bestimmungen, bürokratischen Verhandlungen und politischen Vorgaben. Im Rahmen des obligatorisch zu versichernden Leistungskatalogs ist dagegen der Kostenwettbewerb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten nur sehr schwach ausgeprägt.³⁷

2.2.2 Zur Relevanz der GKV für die Gesundheitsmärkte

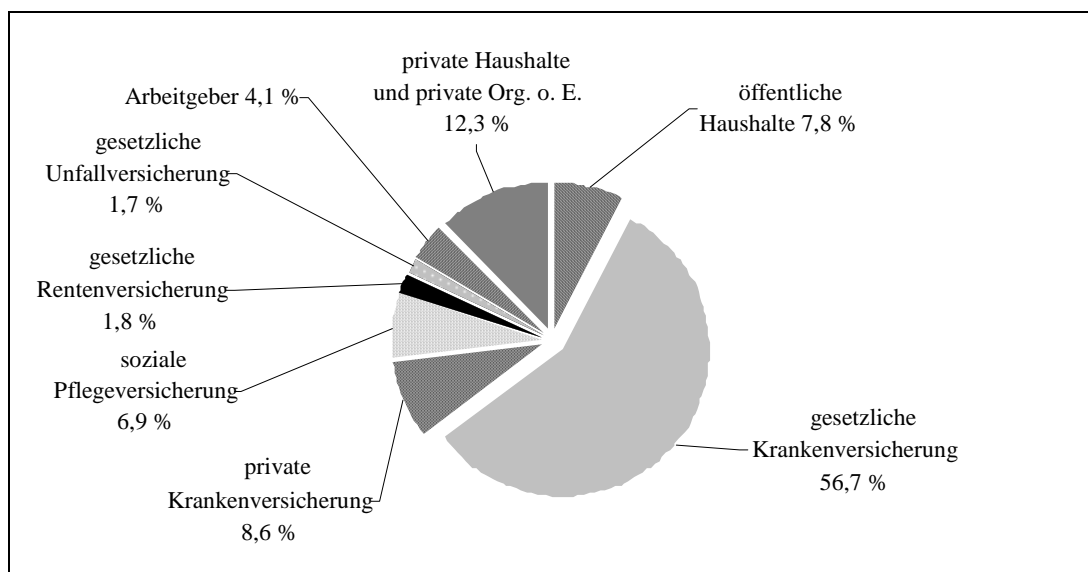
Nach der engen Abgrenzung der Gesundheitsmärkte – im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung durch das Statistische Bundesamt – entfallen 56,7 vH der Nachfrage nach medizinischen Leistungen auf den Leistungsbereich der GKV (Abbildung 7). Gleichwohl wirken sich die Regeln dieses Subsystems weit über dessen Grenzen hinaus auf die Beschäftigungsbedingungen auf den Gesundheitsmärkten aus. Denn die Versorgung der nicht gesetzlich Versicherten erfolgt nicht etwa auf separierten Gütermärkten. **Vielmehr beeinflussen die beschäftigungswirksamen Angebotsbedingungen des GKV-Systems auch Marktanteile, die auf andere Versicherungssysteme oder die frei finanzierte Nachfrage entfallen.**

So erfasst die privat finanzierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zum einen die Zuzahlungen für gesetzlich versicherte Leistungen und wird damit unmittelbar durch die Versicherungsbedingungen der GKV determiniert. Dies ist besonders augenfällig beim Zahnersatz, dessen Kosten nur zu einem Bruchteil von der gesetzlichen Versicherung getragen wird, gilt aber auch zum Beispiel für nichtärztliche Heilbehandlungen wie Massagen. Zum anderen wird durch die umfassende Abgrenzung des obligatorisch zu versichernden Leistungskatalogs mittelbar das Angebot für frei finanzierte Leistungen beschränkt. Dieser zusätzliche Marktanteil wird ebenfalls durch Anbieter von GKV-Leistungen bedient. **Sofern also gesetzlich vorgeschriebene und frei finanzierte Leistungen in einer Praxis oder einem Krankenhaus angeboten werden, ist davon auszugehen, dass sie gleichermaßen unter den Angebotsbedingungen des GKV-Systems erstellt werden.** Denn betriebswirtschaftlich macht es wenig Sinn, für unterschiedlich finanzierte Nachfrage differenzierte Produktionsstrukturen vorzuhal-

³⁷ Vgl. *Knappe, Eckhard / Roppel, Ulrich* (1986), S. 127f.

ten, also zum Beispiel in einer Praxis medizinische Geräte, die auch in der gesetzlichen Versorgung Anwendung finden, separat für die Versorgung privat versicherter Patienten oder Selbstzahler vorzuhalten. Allerdings bestehen Ausnahmen, etwa wenn zusätzliche diagnostische oder therapeutische Angebote ausschließlich außerhalb der gesetzlichen Versorgung zur Anwendung gelangen oder das Angebot von Kuren speziell auf Privatzahler abgestellt wird. In diesem Zusammenhang ist zu vermuten, dass ein Teil der privat finanzierten Nachfrage erst durch das Angebot gesetzlicher Leistungen initiiert wird – etwa im Bereich alternativer Heilmethoden, die auch von vertragsärztlich gebundenen Schulmedizinern angeboten werden und deren Nachfrage oftmals erst durch den Kontakt zum Beispiel zum Hausarzt geweckt wird. Gleichwohl werden die Bedingungen für einen Teil der frei finanzierten Leistungen auch durch die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Versorgung bestimmt (IGeL-Katalog). Folglich muss die privat finanzierte Nachfrage von insgesamt 12,3 vH aller Gesundheitsausgaben bzw. der daraus resultierende Beschäftigungseffekt zumindest anteilig dem mittelbaren Einflussbereich gesetzlicher Regulierungen zugerechnet werden.

Abbildung 7: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (in vH der Gesundheitsausgaben 2003)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b)

Weitere 8,6 vH der Gesundheitsausgaben entfallen auf die Private Krankenversicherung (PKV). Zwar folgt dieses System anderen Finanzierungsregeln als die GKV und bleibt insbesondere von den sozialpolitisch motivierten Eingriffen des Gesetzgebers ausgespart. Dennoch erfolgt die medizinische Versorgung privat Versicherter überwiegend durch Anbieter, die der vertragsärztlichen Versorgung angeschlossen sind. Dabei ist zu unterstellen, dass hinsichtlich

der Kostenstrukturen die durch die gesetzliche Versorgung vorgegebenen Bedingungen auch die Angebote für privat Versicherte beeinflussen – mit Ausnahme spezieller diagnostischer und therapeutischer Verfahren, deren Kosten nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, die aber privat abgegolten werden können (z.B. alternative Heilmethoden). Zwar können Honorarvereinbarungen mit den Privatpatienten grundsätzlich frei getroffen werden. Die Gebührenordnung (GOÄ) orientiert sich aber an der Struktur der GKV-Entgelte (Variationen ergeben sich im Einzelfall vor allem über die Anwendung von Steigerungssätzen). Das liegt unter anderem an dem Kostenerstattungs-Verhalten der privaten Krankenversicherungen. Denn aufgrund der mangelnden Versichertendichte infolge des geringen Marktanteils lohnt es sich für einzelne Versicherungsunternehmen kaum, ein eigenes flächendeckendes vertragsärztliches Netzwerk aufzubauen, um die Kosten der Versorgung zu beeinflussen. Umgekehrt gelingt es angesichts des geringen Marktanteils privat Versicherter auf räumlich eng abgrenzten Märkten nur wenigen Anbietern, sich auf die privatärztliche Versorgung zu spezialisieren – es sei denn, das Leistungsangebot liegt, wie z.B. oftmals im Bereich der plastischen Chirurgie, von vornherein außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs. Ähnliches gilt für die Alimentierung der beihilfeberechtigten Staatsdiener, deren medizinische Behandlung – analog zu den privat Krankenversicherten – überwiegend innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt. Mithin steht der auf die Beihilfe entfallende Anteil der öffentlichen Ausgaben ebenfalls unter dem Einfluss der angebotswirksamen Reglementierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Weitere öffentliche Mittel fließen in die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur und unterliegen damit weitgehender politischer Einflussnahme statt wettbewerblicher Steuerung. Einen geringeren Anteil an den insgesamt 7,8 vH der öffentlichen Haushalte an den Gesundheitsausgaben machen der öffentliche Gesundheitsdienst oder öffentliche Gesundheitskampagnen, die etwa durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geführt wird, aus.

Insgesamt sind bis zu 85,4 vH der Gesundheitsausgaben, wenngleich nur ca. 75,0 vH öffentlich finanziert, direkt oder indirekt von den Regulierungen der GKV betroffen. Da auch die durch die gesetzlichen Renten-, Pflege- und Unfallversicherungen gebündelte Nachfrage ähnlichen, sozialpolitisch motivierten Eingriffen unterworfen ist, kommt letztlich nur ein verschwindend geringer Nachfrageanteil in einem unreglementierten Segment des eng abgegrenzten Gesundheitswesens zum Tragen. **Die Ordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist folglich von zentraler Bedeutung für die Nachfrage auf Gesundheitsmärkten und die daraus abgeleiteten Beschäftigungseffekte.**

2.3 Notwendige Regulierungen in einem „liberalen Szenario“ – Grenzen des Wettbewerbs auf Gesundheits- und Versicherungsmärkten

Um bestehende Interventionen und deren Einfluss auf die Beschäftigung auf Gesundheitsmärkten beurteilen zu können, ist zunächst losgelöst vom Status-quo (s. Kapitel 2.2) zu fragen, welche Eingriffe über die Sicherung der marktwirtschaftlichen Ordnung hinaus ökonomisch gerechtfertigt sind. Dazu werden in einem ersten Schritt ungeachtet sozialpolitischer Zielsetzungen, also verkürzt auf das Effizienzziel, Grundzüge eines „liberalen Szenarios“ abgeleitet. Methodisch ist dieser Ansatz notwendig, um eine Beurteilungsreferenz für unterschiedlich ausgestaltete Systeme vorzuhalten. Welche Besonderheiten können auf freien Gesundheitsmärkten zu einem Marktversagen führen und wie können die Marktakteure oder ggf. staatliche Eingriffe helfen, Marktversagen zu überwinden?

2.3.1 Versicherungspflicht und Leistungsumfang

Eine allgemeine Versicherungspflicht ist ökonomisch mit dem Interesse der Steuerzahler begründet, sich vor einer möglichen Ausbeutung durch **Freifahrerverhalten** zu schützen. Ausgangspunkt ist die Entscheidung der Gesellschaft, aus humanitären Gründen eine medizinische Versorgung im Notfall auch ohne Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit eines Patienten zu gewähren. Unter dieser Voraussetzung kann es für einzelne Individuen rational sein, im Vertrauen auf die kollektiv bereitgestellte Hilfe ex ante keine Versicherung abzuschließen, obwohl die Finanzierung eines eigenen Versicherungsschutzes möglich wäre. Im Erkrankungsfall müsste nach Aufzehren eigener Mittel die Gesellschaft, sprich der Steuerzahler für die Behandlungskosten auftreten.

Zum einen hängt die Wahrscheinlichkeit eines Freifahrerverhaltens von der individuellen Risikopräferenz ab. Je höher Konsumalternativen gegenüber der medizinischen Versorgung wert geschätzt werden, desto eher unterbleiben die Investitionen in einen privaten Krankenversicherungsschutz. Zum anderen beeinflusst der Umfang des kollektiv bereitgestellten Leistungsversprechens die Wahrscheinlichkeit, einen eigenen Versicherungsschutz aufzubauen.

Wenn sich also eine Gesellschaft für eine steuerfinanzierte Notfallhilfe entscheidet, kann der Gefahr durch Freifahrerverhalten mit einer allgemeinen, bevölkerungsumfassenden - nicht zwingend gesetzlich organisierten! - **Krankenversicherungspflicht** begegnet werden.³⁸

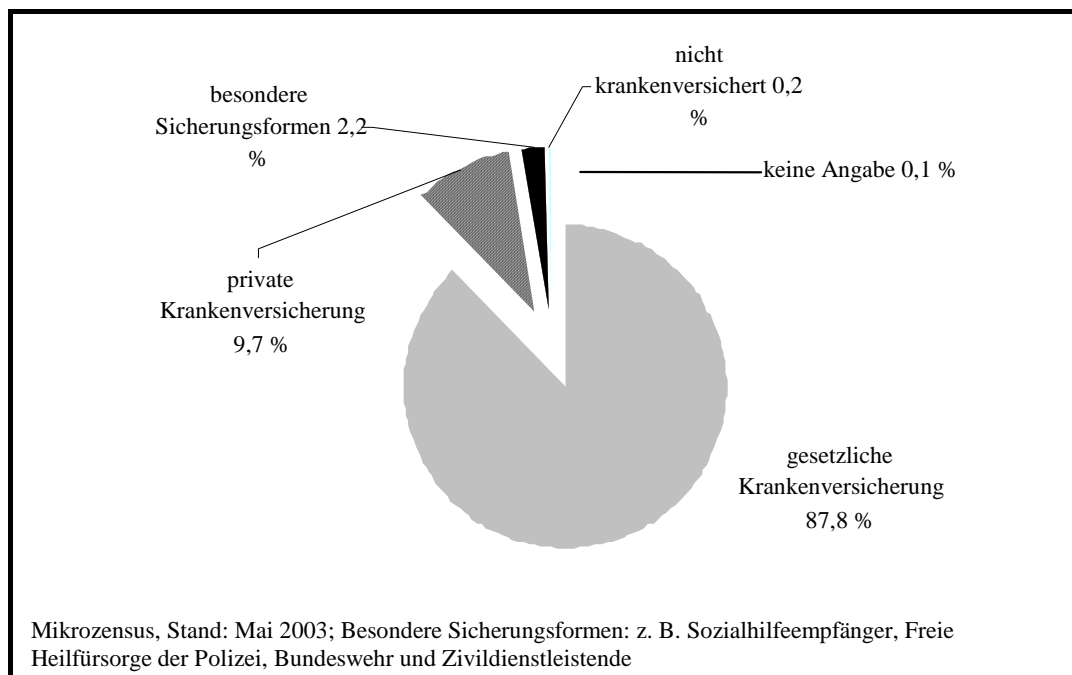
38 Zu einer ausführlichen Darstellung siehe *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 78-82.

Jeder leistungsfähige Bürger wird verpflichtet, für seinen Krankenschutz selber Sorge zu tragen.³⁹

Aus diesem Begründungszusammenhang ergeben sich weit reichende Implikationen:

- Eine Unterscheidung der Versicherungspflicht nach dem Erwerbsstatus wie im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zu begründen, weil die für das potenzielle Freifahrerverhalten ausschlaggebenden Faktoren nicht daran gekoppelt sind, ob jemand abhängig oder selbständig erwerbstätig ist.
- Darüber hinaus ist aber ein einheitliches Versicherungssystem nicht aus der allgemeinen Versicherungspflicht abzuleiten.⁴⁰ Denn der Schutz der Gesellschaft vor Ausbeutung durch Freifahrerverhalten kann sowohl in einem umlagefinanzierten System (GKV) als auch in einem kapitalgedeckten System (PKV) oder im Rahmen anderer Sicherungsformen erfolgen (z.B. durch die Beihilfeverpflichtung des öffentlichen Dienstherren für Beamte).

Abbildung 8: Bevölkerung nach dem Krankenversicherungsschutz (in vH)



Quelle: *Statistisches Bundesamt* (2003)

³⁹ Wer nicht leistungsfähig ist, der kann entweder im Erkrankungsfall auf die Hilfe der Gesellschaft verwiesen werden, oder seine Aufwendungen für den notwendigen Krankenversicherungsschutz werden zweckgebunden aus Steuermitteln erstattet.

⁴⁰ Eine andere Auffassung vertritt der Sachverständigenrat, der vor allem mit wettbewerbspolitischen Argumenten für ein einheitliches Versicherungssystem votiert. Siehe *SVR* (2004), TZ 487 – 494.

- Eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht würde sich im Status-quo kaum auswirken. Unterstellt man, dass im PKV-System ebenso wie in den sonstigen Sicherungsformen mindestens der gesetzliche Leistungskatalog der GKV abgesichert wird, dann besteht für 99,8 vH der Bevölkerung bereits ein Versicherungsschutz, der Freifahrerverhalten zu Lasten des Steuerzahlers ausschließt (Abbildung 8). Gleichwohl ist mit Blick auf mögliche zukünftige Entwicklungen eine allgemeine Versicherungspflicht geboten.
- Schließlich ist die allgemeine Versicherungspflicht nur in dem Umfang ökonomisch begründet, in dem die Gesellschaft ein Leistungsversprechen aus humanitären Motiven gibt. Umgekehrt sind all jene Leistungen privat abzusichern, für die der Steuerzahler auch dann nicht aufkommt, wenn der Patient zahlungsunfähig ist.⁴¹
- Eine ökonomisch begründete Abgrenzung des zu versichernden Leistungskatalogs erweist sich allerdings in der politischen Praxis als schwierig. Zum einen gilt es medizinische Kriterien einzubeziehen, die sich einer ökonomischen Beurteilung entziehen. Zum anderen existiert kein klar abgegrenzter Katalog an Leistungsversprechen, den die Gesellschaft aus humanitären Gründen und im Notfall steuerfinanziert bereitstellt. Vielmehr orientiert sich eine derartige Hilfe an dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichwohl gibt es Teilbereiche, deren Ausgliederung aus der bestehenden gesetzlichen Versicherungspflicht begründbar erscheinen.⁴²

41 Theoretisch kann eine Mindestsicherungspflicht zur Abwehr von Freifahrerverhalten zu Wohlfahrtsverlusten führen, wenn dadurch Bürger mit einer Präferenz für einen niedrigeren Krankenversicherungsschutz zu einem „Mehrkonsum“ gezwungen werden. Modelliert man dagegen eine konstitutionenökonomische Abwägung hinter dem Schleier der Unsicherheit, also in Unkenntnis des eigenen Gesundheitszustands und der eigenen wirtschaftlichen Möglichkeiten, und bezieht dabei sowohl das humanitäre Motiv für eine notfalls steuerfinanzierte Hilfe als auch die Entscheidung über den Umfang einer Mindestsicherungspflicht ein, dann kann auch für den Fall allgemeine Zustimmungsfähigkeit unterstellt werden, in dem sich die Individuen ex post in Kenntnis ihres Gesundheitszustandes und ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten für einen geringeren Versicherungsumfang entscheiden würden. Vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 78-85.

42 Unter anderen vgl. *Pimpertz, Jochen* (2002), S. 34-39. Mit Blick auf die Erfahrungen im schweizerischen Gesundheitswesen lässt sich für ein Ausklammern der zahnmedizinischen Versorgung votieren. Hintergrund ist, dass aus zahnmedizinischer Sicht ein einmal konservierter Zahngesundheitszustand in der Regel auch über längere Phasen durch geeignete Pflege zu erhalten ist. Die Einbeziehung der offenkundig verhaltensabhängig begründeten Aufwendungen für die zahnmedizinische Behandlung in ein solidarisch finanziertes Krankenversicherungssystem ist demnach kaum zu legitimieren, es sei denn, man hält die privaten Pflegeaufwendungen nur bedingt für zumutbar. Darüber hinaus spricht sich der Autor gegen eine Versicherungspflicht für Leistungen aus, die keinen unmittelbaren medizinischen Versorgungscharakter haben – zum Beispiel Erholungskuren – oder als einkommensähnliche Leistungen wie die Betriebs- und Haushaltshilfe eher in ein bedürftigkeitsgeprüftes Transfersystem wie die Sozialhilfe gehören. Abgesehen von den zahnmedizinischen Aufwendungen machen die übrigen Positionen jedoch nur einen geringen Anteil an dem gesamten Leistungsvolumen aus.

2.3.2 Informationsasymmetrie auf Versicherungsmärkten

Trotz Versicherungspflicht kann es auf unregulierten Versicherungsmärkten zu einem Marktversagen kommen. Ursächlich sind asymmetrische Informationsverteilungen zwischen den jeweiligen Marktakteuren, in diesem Falle die Krankenkassen auf der einen und die Versicherten auf der anderen Seite, die zu strategischem Verhalten und in der Folge zu unerwünschten Ergebnissen führen können.⁴³

2.3.2.1 *Adverse Selektionsprozesse auf Versicherungsmärkten*

Angenommen sei, dass die Krankenversicherungen lediglich die Risikoverteilung in der gesamten Bevölkerung kennen, das gesundheitsbezogene Risiko im Einzelfall aber nur den Bürgern selbst bekannt ist. Die Krankenversicherungen sind dadurch gezwungen, einen Versicherungstarif nach der durchschnittlichen Erkrankungswahrscheinlichkeit zu kalkulieren. Marktversagen kann auf unregulierten Märkten auftreten, wenn aufgrund der erforderlichen Prämienhöhe eine Versicherung für gute Risiken unattraktiv erscheint. Verzichten diese auf den relativ teuren Versicherungsschutz zugunsten einer privaten Vorsorge, dann verbleiben lediglich schlechte Risiken am Markt. Da sich die **Negativauslese** fortsetzen wird, versagt ex ante eine effiziente Risikopoolung.⁴⁴

Gleichwohl kann es auch auf privaten Versicherungsmärkten zu einem bevölkerungsumfassenden Versicherungsschutz kommen, wenn man unterschiedliche, nach Risiko differenzierte Verträge zulässt. Wie kann aber ein separierendes Gleichgewicht entstehen, wenn die Krankenversicherungen das zu versichernde Risiko im Einzelfall nicht ex ante feststellen können? Der Impuls zur Risikodifferenzierung geht in diesem Fall von Versichertenseite aus: Gute Risiken können über die Wahl des Versicherungsumfangs signalisieren, welcher Risikoklasse sie zuzurechnen sind. Denn zum Beispiel die Wahl eines **hohen Selbstbehalts** ist nur für Versicherte rational, die eine verhältnismäßig geringe Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen erwarten. Dagegen würde sich ein solcher Vertrag für schlechtere Risiken nicht lohnen. Sie tendieren zu einem niedrigeren Selbstbehalt, um die privat zu tragenden Kosten für den Fall der häufiger erwarteten Inanspruchnahme zu minimieren. Gleichwohl ist es auch für sie rational, einem separierenden Tarif beizutreten. Denn solange sie eine Erkrankungswahr-

43 Vgl. dazu grundlegend Akerlof, George A. (1970), S. 488-500.

44 Vgl. stellvertretend Kessner, Ekkehard (1998), S. 303.

scheinlichkeit von kleiner 1 aufweisen, profitieren sie von dem Zustandekommen eines Versicherungsausgleichs innerhalb der eigenen Risikogruppe.⁴⁵

Allerdings muss ausgeschlossen werden, dass Individuen mit einer Präferenz für einen niedrigen Krankenversicherungsschutz das Mindestsicherungsniveau unterschreiten.⁴⁶ Dies kann durch entsprechende Auflagen für die Versicherungswirtschaft sichergestellt werden, die ihrerseits einer **unabhängigen Aufsicht** zu unterstellen ist.

2.3.2.2 „Rosinenpicken“ durch die Krankenversicherungen

Umgekehrt stellt sich die Situation dar, wenn es Krankenversicherungen möglich ist, etwa anhand von Alter, Geschlecht etc. das Risiko der Versicherten im Einzelfall festzustellen, aber die Versicherungsnehmer selber über ihr persönliches Erkrankungsrisiko im Unklaren bleiben. Dann kann es für die Versicherungswirtschaft vorteilhaft sein, sich auf die Versicherung der guten Risiken zu konzentrieren, sprich „**Rosinenpicken**“ zu betreiben.⁴⁷ Für schlechte Risiken droht ein Versicherungsangebot zu unterbleiben, insbesondere wenn die erforderliche Prämie prohibitiv hoch ausfällt. Um der allgemeinen Versicherungspflicht gerecht zu werden, würde es allerdings ausreichen, die **Zahlungsfähigkeit schlechter Risiken zu gewährleisten**. Wird dies über Einkommenstransfers aus Steuermitteln angestrebt, dann lohnt sich auch das Angebot eines kostendeckend kalkulierten Tarifs für Personen mit hoher Schadenserwartung. Dagegen würde ein Kontrahierungszwang notwendig, sobald die finanziellen Folgen einer Risikodifferenzierung innerhalb der Krankenversicherung ausgeglichen werden sollen.⁴⁸

2.3.2.3 Opportunistisches Verhalten der Versicherten (Moral-hazard-Verhalten)

Marktversagen kann aber auch durch **opportunistisches Verhalten der Versicherten** ausgelöst werden. Ausgangspunkt ist wiederum eine asymmetrische Informationsverteilung zu Lasten der Krankenversicherungen.⁴⁹ Ex ante kann es zu Moral-hazard-Verhalten kommen, weil der Abschluss der Versicherung den Anreiz mindert, individuelle Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Ex post kann die Nachfrage nach bereits eingetretenem Schadensfall dahingehend

45 Diese Argumentation basiert auf einer clubtheoretischen Interpretation der Krankenversicherung. Vgl. dazu Breuer, Michael (1999), S. 333-339.

46 Siehe dazu auch FN 41.

47 Vgl. Berthold, Norbert (1988), S. 349-350.

48 Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter (1997), S. 161-163.

49 Dazu grundlegend Varian, Hal R. (1990), S. 588-589.

ausgedehnt werden, dass vermeintlich bessere und in der Regel teurere Behandlungsalternativen, als im Durchschnitt kalkuliert, gewählt werden.⁵⁰ In beiden Fällen wird zur Ausgabendeckung eine höhere Prämie erforderlich, weil sich der Schadenserwartungswert in der Versicherungsgemeinschaft ex post erhöht. Marktversagen tritt dann auf, wenn aufgrund der notwendigen Prämienanpassung die Krankenversicherung für Personen mit geringer Schadenserwartung unattraktiv wird. Verzichten die guten Risiken auf den relativ teuren Versicherungsschutz, dann verbleiben lediglich schlechte Risiken am Markt.

Unterstellt man jedoch, dass die Individuen eine Versicherungslösung anstreben, weil ein Versicherungsausgleich grundsätzlich vorteilhaft ist, dann können sie über die Wahl eines Selbstbehaltes ein potenzielles Marktversagen verhindern. Denn durch die **direkte Kostenbeteiligung im Schadensfall** bleibt zum einen der Anreiz erhalten, individuelle Vorsorge auch bei Versicherungsschutz zu betreiben, zum anderen wird der Anreiz zu einer Nachfrageausdehnung im Schadensfall minimiert.

Dabei ist die freie Wahl des Umfangs einer direkten Kostenbeteiligung grundsätzlich optimal, sofern dadurch nicht die Mindestversicherungspflicht verletzt wird.⁵¹ Unter dieser Prämisse sind unterschiedliche Formen der direkten Kostenbeteiligung denkbar – zum Beispiel prozentuale Selbstbehalte, feste Zuzahlungen oder Gebühren sowie Leistungsausschlüsse für bestimmte Versorgungsangebote –, die in Abhängigkeit von der Preiselastizität der Nachfrage im Einzelfall effizient sein können.⁵²

Box 2: Wahlfreiheit und finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten: Führt dies wirklich zu mehr privaten Gesundheitsausgaben?

Das Gutachten behauptet, dass die Versicherten mehr Geld für Ihre Gesundheit investieren werden, wenn die Versicherten mehr Wahlfreiheiten hätten und finanzielle Eigenverantwortung übernehmen müssen. Die Erfahrungen insbesondere der Zahnärzte und Zahntechniker mit der Festzuschussregelung zeigen allerdings ein anderes Bild (deutlich schrumpfende Umsätze).

Ein Grund für diese Ambivalenz liegt darin, dass im Bereich des Zahnersatzes nur eine unvollständige Deregulierung stattgefunden hat. Nach wie vor ist dieser Bereich größtenteils reglementiert. Das Gutachten stellt gerade fest, dass alle effizienzmindernenden und beschäftigungshemmenden Regulierungen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems nahezu vollständig auf den privat versicherten Bereich ausstrahlen bzw. in diesem äquivalent angewendet werden. Eine unter mehrheitlich kassenärztlichen Rahmenbedingungen durchgeführte Tätigkeit wird nicht unbedingt effizienter, wenn eine privat versicherte Leistung erbracht werden muss (Bsp.: Keine getrennten medizinischen Geräte für Kassen- und Privatpatienten).

50 Vgl. Breyer, Friedrich (1984), S. 289.

51 Vgl. Breyer, Friedrich (1992), S. 39-45.

52 Vgl. Pimpertz, Jochen (2001), S. 128-133.

Ein weiterer Grund ist, dass - speziell auf den Zahnersatz bezogen - berücksichtigt werden muss, dass es zunächst zu einer Zurückhaltung der Patienten kommt, weil der Umgang mit den neuen Erstattungsregeln noch unbekannt und ungeübt ist. Hier vorschnell auf negative Folgen einer Deregulierung zu schließen, wäre sicherlich übereilt. Als vor Jahren der Zuschuss der Krankenkassen zum Brillengestell gestrichen wurde und in der Folge auch die verbleibenden Zuschüsse zur Sehhilfe abgeschmolzen wurden, wollten bereits viele den Untergang des gesamten Optiker-Berufsstands prophezeien. Wer heute durch eine Fußgängerzone geht, kann selbst beurteilen, ob diese Prognose eingetroffen ist.

Die Befragungen von Patienten, welche IGeL in Anspruch nehmen zeigt außerdem, dass eine Nachfrage von bis zu 150 €/Jahr (Bedarf + Kaufkraft) besteht. Die Bevölkerung muss nach jahrzehntelanger Fehlinformation über die garantierte Gratis-Versorgung (Beispiel Großbritannien: „free at the point of care“) lernen, Eigeninitiative und Eigennachfrage zu formulieren und in Anspruch zu nehmen. Das geht nicht innerhalb weniger Monate.

2.3.3 Informationsasymmetrie auf Versorgungsmärkten

Asymmetrische Informationsverteilungen beeinflussen auch das Leistungsgeschehen auf den Versorgungsmärkten, also in der Beziehung zwischen den Versicherten (in diesem Fall Patienten) und den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen, etc.). Typischerweise wird dabei von einer **Informationsasymmetrie zu Lasten des Patienten** ausgegangen, der einen Behandler sowohl mit der Diagnose (Nachfrage) als auch der Therapie (Angebot) beauftragt. Mithin kann der Therapeut – so die These – über Nachfrage und Angebot *uno actu* entscheiden und somit sein Einkommen zu Lasten der Patienten selbst bestimmen.⁵³ Angebotsinduzierte Nachfrage ist zwar grundsätzlich bei allen Vertrauensgütern denkbar – z.B. auch bei der Rechtsberatung –, auf Gesundheitsmärkten ist sie aber von besonderer Bedeutung. Denn zum einen besteht bei akuten Erkrankungen nur ein eng begrenzter Spielraum für den Patienten, alternative Angebote zu prüfen und eine Abwägung unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten zu treffen. Zum anderen tendiert gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen die Zahlungsbereitschaft gegen unendlich. Beides eröffnet dem behandelnden Arzt einen weiten Spielraum für opportunistisches Verhalten.⁵⁴

Allerdings gibt es rationale Strategien zum Schutz vor einer möglichen Ausbeutung durch eine angebotsinduzierte Nachfrage. Zunächst bleibt festzustellen, dass die Informationskosten zur Auswahl eines geeigneten Leistungsanbieters sowie die Ausgestaltung einer optimalen Honorarform, die Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage reduziert, für das einzelne Indi-

viduum prohibitiv hoch sind. Immerhin kann durch den Abschluss eines Versicherungsvertrages ex ante die Zahlungsbereitschaft für den Erkrankungsfall sichergestellt werden. Das Kostenrisiko durch eine nicht präferenzgerechte und durch den Anbieter bestimmte Ausdehnung der Nachfrage wird auf die Versichertengemeinschaft überwältigt. Das Grundproblem bleibt jedoch auf Versicherungsseite weiter bestehen.

Deshalb ist es in einem zweiten Schritt sinnvoll, Krankenversicherungen nicht nur mit dem versicherungstechnischen Risikoausgleich im Kollektiv zu beauftragen. **Krankenversicherungen nehmen auch die Auswahl von Leistungsanbietern und die Gestaltung von Vergütungsvereinbarungen vor.** Denn die Krankenversicherungen verfügen zum einen über Informationen wie die Häufigkeit von Diagnosen, die erforderlichen Behandlungen und die damit verbundenen Kosten, die es ihnen erlauben, Leistungsangebote zu beurteilen. Zum anderen können sie auf regional abgegrenzten Märkten die Nachfrage ihrer Mitglieder bündeln und entsprechend ihrer Marktmacht die Entgeltregeln ex ante mit bestimmen. **Als Sachverwalter der Patienteninteressen können die Krankenversicherungen so der Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage vorbeugen.**

Dabei stellt sich aus volkswirtschaftlicher Sicht weniger die Frage nach der optimalen Honorarform.⁵⁵ Denn dies ist letztlich eine betriebswirtschaftliche Frage, die auf regional beschränkten Märkten in Abhängigkeit von den Präferenzen der Versicherten, vom Marktanteil der Mitglieder einer Krankenversicherung und von der Anbieterdichte sowie der Organisation der Anbieterinteressen beantwortet werden muss.⁵⁶

Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist vielmehr entscheidend, dass eine hinreichende Wettbewerbsintensität sowohl auf den Versicherungs- als auch auf den Versorgungs-/Leistungsmärkten gewährleistet ist:

- Auf den Versorgungsmärkten müssen die Krankenversicherungen zwischen konkurrierenden Anbietern wählen können, um ineffiziente Angebote von der vertragsärztlichen Versorgung ausschließen zu können. Dies erfasst sowohl die ambulante und sta-

53 Vgl. *Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter* (1997), 242-259. Die Autoren kommen bei der Auswertung empirischer Studien zu dem Schluss, dass die Ausweitung des Angebots sowohl in den USA als auch in Deutschland bis in die 80er Jahre auch als Abbau eines Nachfrageüberhangs gedeutet werden kann, sich aber für spätere Zeiträume Indizien für eine angebotsinduzierte Nachfrageausdehnung ergeben.

54 Vgl. dazu *Pimpertz, Jochen* (2001, S. 33-35 und die dort angegebene Literatur.

55 Dazu stellvertretend *Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter* (1997), S. 293-310.

56 Deshalb ist es nicht sinnvoll, dass der Gesetzgeber eine als effizient erachteter Versorgungsformen vorschreibt – etwa das Hausarztmodell, die integrierte Versorgung oder die Ausgestaltung als HMO –, sondern dass die Versicherungsunternehmen in die Lage versetzt werden, eigene Versorgungsnetzwerke zu gestalten, um präferenzgerechte Tarife anbieten zu können. So kann sich unter bestimmten Bedingungen ein Tarif mit freier Arztwahl als präferenzgerecht und effizient erweisen, unter anderen Marktgegebenheiten aber zum Beispiel die Versorgung der Patienten in einer versicherungseigenen Einrichtung.

tionäre Versorgung als auch die Auswahl geeigneter Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dadurch entsteht ein Qualitäts- und Leistungswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, der einer angebotsinduzierten Nachfrageausweitung vorbeugen hilft. Damit würde z.B. in der ambulanten Versorgung die Niederlassung in Form einer ärztlichen Praxis den Leistungsanbietern nicht automatisch den Zugang zur Versorgung aller Versicherten eröffnen. Vielmehr müssen sich die Anbieter nach Qualitäts- und Kostengesichtspunkten für die vertragsärztliche Versorgung einzelner Versicherungsmitglieder empfehlen. Ähnliches gilt für die stationäre Versorgung, in der die Krankenhausbetreiber präferenzgerechte Angebote unter Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten offerieren müssten, um für die Versorgung der Versicherten eines Tarifs zugelassen zu werden.

- Darüber hinaus ist es im Interesse der Versicherten, dass Wettbewerb auf den Versicherungsmärkten herrscht. Über die Wahl zwischen konkurrierenden Versicherungstarifen mit unterschiedlichen Versorgungsangeboten ist gewährleistet, dass die Krankenversicherungen im Wettbewerb eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig effiziente Organisation des Leistungsgeschehens anstreben.

Deshalb sind sowohl die Leistungs- als auch die Versicherungsmärkte einer **unabhängigen Wettbewerbsaufsicht** zu unterstellen.⁵⁷ Fraglich ist, ob zur Erfüllung der Mindestversicherungspflicht zusätzlich ein Sicherstellungsauftrag für die Krankenversicherungsunternehmen notwendig wird. Denn es wäre denkbar, dass einzelne Krankenversicherer Wettbewerbsvorteile dadurch anstreben, dass sie zwar formal den mindestens abzusichernden Leistungsumfang garantieren, aber über eine geringe Dichte an vertraglich gebundenen Versorgungsanbietern de facto die Mindestsicherungspflicht unterschreiten, um Kostenvorteile zu erzielen. Dieser Fall wird relevant, wenn die Versicherten bei der Wahl eines Versicherungstarifs ex ante nicht abschätzen können, welche Versorgerdichte notwendig ist, damit auch im akuten Notfall der Zugang zu den notwendigen medizinischen Leistungen gewährleistet wird. Da eine solche Strategie für alle Versicherungsanbieter rational wäre, droht ein Aushöhlen der Mindestversicherungspflicht.

Gleichwohl ist ein solches Verhalten nur dann von Bedeutung, wenn eine nennenswerte Anzahl an Versicherten einen niedrigen Versorgungsgrad präferieren. Dies ist aber bei der üblicherweise unterstellten risikoneutralen bzw. risikoaversen Entscheidungsstruktur der Versicherungsnehmer kaum zu erwarten. Davon abgesehen können aber über die Versicherungsaufsicht solche Verträge ausgeschlossen werden, bei denen die Mindestsicherungspflicht im

Einzelfall unterlaufen wird. Dies muss nicht zwangsläufig über einen Sicherstellungsauftrag geschehen. Denn angesichts einer möglicherweise geringen Versicherten- oder Anbieterdichte in einem regional begrenzten Markt kann die Verpflichtung zu einer umfassenden flächendeckenden Versorgung in einem versicherungseigenen Netzwerk zu prohibitiv hohen Kosten führen. Zur Einhaltung der Mindestsicherungspflicht reicht es jedoch vollkommen aus, wenn für Versicherte, für die sich die Organisation eines eigenen wohnortnahe Vollversorgungsnetzwerkes nicht lohnt, die Kostenübernahme im Zweifel auch bei nicht exklusiv gebundenen Anbietern zugesichert wird (siehe Kapitel 2.4.4).

2.3.4 Zwischenergebnis

Da sich die Arbeitsmarktnachfrage im Gesundheitssektor grundsätzlich aus der Güternachfrage ableitet und diese zu einem Großteil über Versicherungsmärkte gebündelt wird, ist zunächst die Ordnung eines effizienten Krankenversicherungsmarktes Voraussetzung für eine wohlfahrtssteigernde Beschäftigungsentwicklung auf Gesundheitsmärkten. Über die Sicherung einer privaten Wirtschaftsordnung hinaus müssen dazu folgende Rahmenbedingungen erfüllt sein:

- Eine **allgemeine Mindestversicherungspflicht** beugt Freifahrerverhalten vor. Sie ist auf den Umfang der aus humanitären Motiven zugesagten, notfalls aus Steuermitteln finanzierten medizinischen Hilfe der Gesellschaft beschränkt und begründet kein einheitliches Zwangsversicherungssystem. Weitergehende Regulierungen sind nur im Rahmen der Mindestsicherungspflicht legitimiert.
- Eine **unabhängige Versicherungsaufsicht**⁵⁸ verhindert ein Unterschreiten des mindestens zu versichernden Leistungskatalogs, etwa durch den Ausschluss von Vereinbarungen über direkte Kostenbeteiligungen oder Beschränkungen des Zugangs zu Leistungsanbietern, die de facto einem Leistungsausschluss gleich kommen.

Im Rahmen der Mindestversicherungspflicht sind die Versicherungsbedingungen, insbesondere die Wahl von direkten Kostenbeteiligungen, frei gestaltbar.⁵⁹ Darüber hinaus gehende Leistungs- und Versicherungsabsprachen können frei von staatlichen Reglementierungen ge-

57 Vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 146-151 sowie Kapitel 2.5 dieses Gutachtens.

58 Vgl. dazu auch Kapitel 2.5.

59 Auch die Wahl einer umlagefinanzierten oder kapitalgedeckten Versicherungsform kann grundsätzlich den Bürgern frei gestellt bleiben. Bei anwartschaftsgedeckten Policen ist im Fall eines Versicherungsverwechslens allerdings zusätzlich die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen zu fordern, um wettbewerbsschädliche „lock-in-Effekte“ zu vermeiden. Stellvertretend vgl. *SVR* (1996), S. 251-252.

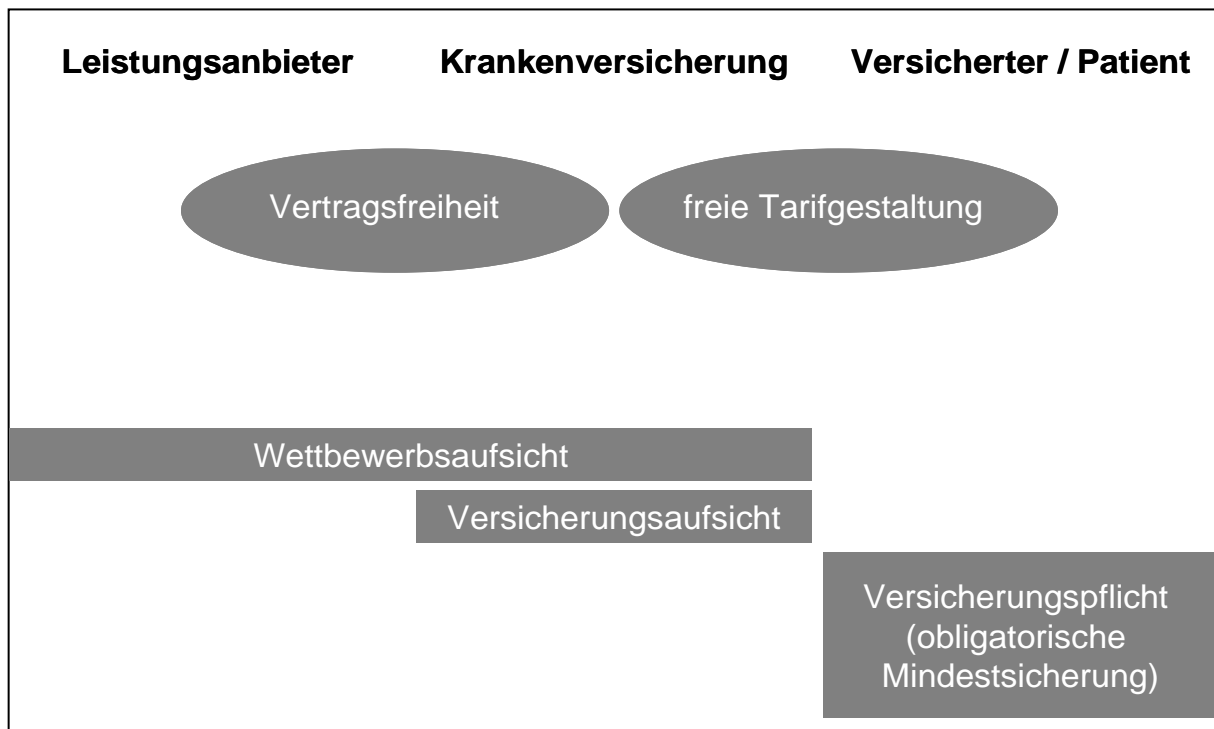
troffen werden. Insbesondere steht das Angebot zusätzlicher Versicherungsleistungen auch den Anbietern des gesetzlichen Versicherungsschutzes offen.

Die Beschäftigungsentwicklung hängt des Weiteren von den Leistungsanreizen auf den Gesundheitsmärkten ab. Unter der Voraussetzung, dass die Bürger ihr Versicherungsunternehmen mit der Auswahl geeigneter Versorgungsanbieter sowie der Vertragsgestaltung beauftragen, ist die wettbewerbliche Organisation von Versicherungs- und Leistungsmärkten rational. Denn erst der Konkurrenzdruck zwingt die Versicherungen auf der einen Seite, das Versorgungsgeschehen für ihre Klientel effizient zu organisieren, und die Leistungsanbieter auf der anderen Seite, sich auch mit Blick auf Kosten und Qualität für die Versorgung der Versicherten zu empfehlen.

- Um eine optimale Wettbewerbsintensität zu gewährleisten, unterliegen die Akteure einer unabhängigen **Wettbewerbsaufsicht für die Versicherungs- und Leistungsmärkte**.

Im Ergebnis verfügen alle Bürger über einen Versicherungsschutz, der mindestens die obligatorisch zu versichernden Leistungen abdeckt. Im Einzelfall unterscheiden sich die Versicherungstarife aber nach der Risikostruktur der Mitglieder sowie entsprechend der Präferenzen der Individuen – zum einen hinsichtlich etwaiger Zuzahlungsmodalitäten, zum anderen hinsichtlich der Auswahl der zur Versorgung zugelassenen Leistungsanbieter. Dabei unterliegen die Anbieter auf den Gesundheitsmärkten einem Qualitäts- und Kostenwettbewerb, die Versicherungsgesellschaften sind als privatwirtschaftliche Unternehmen zu führen. Abbildung 9 gibt noch einmal einen Überblick über die notwendigen Regulierungen eines nahezu völlig deregulierten, ordnungspolitisch idealen und ökonomisch effizienten Krankenversicherungssystems.

Abbildung 9: Übersicht über die notwendigen Regulierungen des „liberalen Szenarios“



Quelle: Eigene Zusammenstellung

2.4 Hinreichende Regulierungen in einem „liberalen Szenario“ – Wettbewerb und solidarische Krankenversicherung

Trotz einer effizienten Regulierung der Gesundheitsmärkte können die Verteilungsergebnisse, die der Markt generiert, politisch unerwünscht respektive nicht allgemein zustimmungsfähig sein. Deshalb ist im weiteren Verlauf zu untersuchen, welche sozialpolitischen Ziele auf Gesundheitsmärkten verfolgt und mittels welcher Instrumente diese umgesetzt werden können, wenn gleichzeitig eine knappheitsgerechte Steuerung auf Gesundheitsmärkten weitgehend ungestört von sozialpolitischen Interventionen erfolgen soll. **Der Entwurf eines „liberalen Szenarios“ mit den lediglich notwendigen Regulierungen ist dementsprechend um hinreichende Regulierungen zu ergänzen.**

Welche Sozialziele sind in einem modernen Gesundheitssystem zu berücksichtigen? Die Gewährleistung einer ausreichenden Mindestsicherung unabhängig von der Leistungsfähigkeit – also auch für Geringverdiener – scheint unbestritten. Weniger eindeutig ist dagegen, ob die Organisation einer bevölkerungsumfassenden Mindestsicherung dem Solidaritätsgedanken folgen soll und was konkret unter Solidarität verstanden wird. Darüber hinaus ist fraglich, ob

die freie Wahl der Behandler sowie die Organisation einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung für eine solidarisch organisierte Krankenversicherung notwendig sind.

2.4.1 Zweckgebundene Transfers für Geringverdiener

Auf freien, nicht reglementierten Versicherungsmärkten stellt sich ein Gleichgewicht mit risikoäquivalenten Tarifen ein.⁶⁰ Insbesondere schlechte Risiken und finanziell nicht leistungsfähige Haushalte können durch die entsprechenden Prämien überfordert werden. Damit droht für diesen Personenkreis ein Verstoß gegen die Versicherungspflicht. Grundsätzlich könnte dieser Verstoß dadurch geheilt werden, dass bei Bedürftigkeit die notwendigen Behandlungskosten im Rahmen der allgemeinen Existenzsicherung (Sozialhilfe) aus Steuermitteln finanziert werden. Damit würden aber die Bedürftigen aus einem grundsätzlich vorteilhaften Versicherungsausgleich ausgeschlossen. Zudem können Anreize zum Freifahrerverhalten entstehen, weil insbesondere für den Personenkreis, der aufgrund seiner Arbeitsmarktchancen nur Verdienste knapp über dem Sozialhilfeniveau erwarten kann, aber ein hohes Erkrankungsrisiko trägt, ein Verbleib in der Sozialhilfe vorteilhaft sein kann.

Damit allen Bürgern der Zugang zu einem ausreichenden Versicherungsschutz möglich wird, können alternativ zweckgebundene Zuschüsse aus Steuermitteln zur Finanzierung der notwendigen Prämien bei Bedürftigkeit gewährt werden.⁶¹ Dies erlaubt den bedürftigen Bürgern eine präferenzgerechte Wahl auf Versicherungs- und Leistungsmärkten und integriert sie in einen effizienten Versicherungsausgleich. Sofern nämlich Bedürftige gute Gesundheitsrisiken darstellen, verbessern sie auch den Risikoausgleich für leistungsfähige Versicherte.⁶²

Grundsätzlich kann die Einkommensumverteilung, die notwendig wird, um auch den finanziell weniger Leistungsfähigen einen Mindestversicherungsschutz zu ermöglichen, auch innerhalb des Krankenversicherungssystems angelegt werden. Dies geschieht zum Beispiel im

60 Vgl. *Scotchmer, Suzanne / Holtz Wooders, Myrna* (1987), S. 159-173. Die Autoren interpretieren nach Risiken differenzierte Versicherungstarife als Club-Güter, die mit Blick auf das Erkrankungsrisiko homogene Mitgliederstrukturen aufweisen. Voraussetzung für ein stabiles Gleichgewicht auf Versicherungsmärkten sind optimale Clubgrößen (Versicherungsausgleich) und Zusammensetzungen einzelner Versichertengemeinschaft (homogene Risikostrukturen). Diese ergeben sich aus dem marktlichen Anpassungsmechanismus, da bei einem Abweichen von der optimalen Größe Anreize entstehen, aus dem Club auszutreten respektive anderen Tarifen beizutreten.

61 Vgl. *Schönbeck, Wilfried* (1988), S. 51.

62 Damit sind finanziell Bedürftige auf den Gesundheitsmärkten nicht als solche zu erkennen und können infolgedessen auch nicht aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit diskriminiert werden. Denn weder für die Krankenversicherer noch den Leistungsanbieter wird offenbar, aus welchen Quellen die notwendigen Versicherungsprämien gespeist werden.

Status-quo über lohn- und rentenabhängige Beiträge bis zu Beitragsbemessungsgrenze⁶³ oder durch einkommensabhängige Beiträge im so genannten Bürgerversicherungsmodell.⁶⁴ Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des Beitragsrechts und der damit verbundenen Frage nach einer gerechten Beitragsbelastung hat diese Lösung aber zwangsläufig Einschränkungen des Wettbewerbs auf den Versicherungsmärkten zur Konsequenz:

- Durch einkommensbezogene Beiträge werden Finanzierungsbeitrag und Leistungsanspruch entkoppelt. Damit werden die für die Wahl eines präferenzgerechten Versicherungstarifs notwendigen Preissignale verzerrt. Nach Zahlung des steuerähnlichen Beitrags erfolgt der Zugang zu medizinischen Leistungen quasi kostenlos. Für die Versicherungsunternehmen droht ohne zusätzliche Maßnahmen opportunistisches Verhalten der Nachfrager (ex post Moral-hazard-Verhalten).
- Die im Krankenversicherungssystem angelegten Umverteilungsziele drohen immer dann verfehlt zu werden, wenn es den Versicherten gelingt, über eine zielgerichtete Risikoselektion ihren individuellen Beitrag zu senken. Insbesondere die guten Risiken sind dazu über die Wahl einer hohen Kostenbeteiligung in der Lage. Im Ergebnis können die Bürger mit ex ante niedrigeren Versicherungsrisiken geringere Beitragszahlungen realisieren und somit ihren Beitrag zur Einkommensumverteilung minimieren.

Um die monetären Umverteilungsziele zu erreichen, muss der Gesetzgeber also zum einen für alle Versicherten einheitliche Versicherungsbedingungen schaffen – insbesondere mit Blick auf die Zuzahlungsregeln –, die allerdings bestenfalls zufällig die individuellen Präferenzen treffen. Zum anderen müssen Regeln eingesetzt werden, die für den obligatorisch zu versichernden Leistungsumfang jede Selektion nach Erkrankungsrisiken durch die Versicherungsunternehmen („Rosinenpicken“) vermeiden.

2.4.2 Vermeidung von Risikoselektion auf Versicherungsmärkten: Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot

Auch wenn nach dem Risiko differenzierte Versicherungstarife grundsätzlich effizient sind, hat der Gesetzgeber im Rahmen der Versicherungspflicht eine „solidarische Krankenversicherung“ vorgesehen.⁶⁵ Eine entsprechende Ausgestaltung soll im Folgenden als allgemein zustimmungsfähig unterstellt werden. Inhaltlich bleibt der Solidaritätsbegriff

63 Zu den verteilungspolitischen Auswirkungen im Status-quo vgl. *Pimpertz, Jochen (2003a)*, S- 16-25.

64 Vgl. *Rürup-Kommission (2003)*, S. 149-161.

65 § 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs SGB V bezeichnet die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft.

aber abstrakt. Erst über die Abgrenzung zur privatwirtschaftlichen Versicherungsidee lässt sich konkretisieren, was Solidarität in der Krankenversicherung bedeutet. Im Status-quo sind fünf Dimensionen des Ausgleichs zwischen den Versicherten zu identifizieren, die sich aus dem Beitragsrecht ergeben.⁶⁶

- Der **Versicherungsausgleich** zwischen Erkrankten und Gesunden, in dessen Rahmen die tatsächlich auftretenden Behandlungskosten auf die Gemeinschaft umverteilt werden. Dieser Ausgleich ist Kennzeichen jeder Krankenversicherungen.
- Der **Solidarausgleich** im engeren Sinne, wonach eine ex ante Unterscheidung nach unterschiedlichen Erkrankungsrisiken ausgeschlossen wird. Hierin unterscheidet sich die GKV von dem bisher abgeleiteten Effizienzmodell.
- Der **Generationenausgleich**, weil trotz altersbedingt steigender Kostenrisiken junge und ältere Mitglieder bei gleichem Einkommen gleich hohe Beiträge entrichten. Bei steigender Lebenserwartung und niedriger Geburtenrate führt die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung im Umlageverfahren zwangsläufig zu einer intergenerativen Lastverschiebung. Dagegen sind kapitalgedeckte Versicherungsformen zumindest gegenüber einer sinkenden Geburtenzahl weitgehend immun, weil jede Versichertenkohorte innerhalb ihres Tarifs für die altersabhängig steigenden Ausgaben selbständig vorsorgt, mithin nicht auf die Einzahlungen nachwachsender Generationen angewiesen ist.⁶⁷
- Der **Einkommensausgleich** durch eine proportionale Beitragsfinanzierung, die trotz gleicher Leistungsansprüche höhere Lohn- und Rentenbezüge (bis zur Bemessungsgrenze) stärker belastet als niedrigere Einkommen.⁶⁸ Die Einkommensumverteilung muss aber, wie gezeigt wurde, nicht zwingend innerhalb des Krankenversicherungssystems erfolgen, um die angestrebten verteilungspolitischen Ziele zu erreichen. Sie kann genauso gut über steuerfinanzierte Zuschüsse zu den Prämien erfolgen.

66 Vgl. Pimpertz, Jochen (2003a), S. 10-15.

67 Vgl. Pimpertz, Jochen (2004), S. 250-257. Insoweit ist die aktuelle Diskussion um die Einführung einer Bürgerversicherung im Umlagesystem wenig zielführend. Denn die Integration der bisher ausgeklammerten Privatversicherten in die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV würde erkaufte mit der Abschaffung des kapitalgedeckten PKV-Systems. Aber nur im Kapitaldeckungsverfahren ist gewährleistet, dass angesichts der demographischen Entwicklung nachfolgende Beitragszahler nicht mit den altersbedingt steigenden Risiken der älteren Generationen belastet werden. Mithin bieten die derzeit vorgestellten Modelle einer Bürgerversicherung zwar hinsichtlich der Treffsicherheit der Einkommensumverteilung eine Verbesserung gegenüber dem Status-quo, führen aber zu einer weiteren Belastung junger Beitragszahler und in der Folge zu einem Verstoß gegen die generationenbezogene Solidarität. Eine Auslagerung der Einkommensumverteilung in das Steuer-Transfer-System, wie sie in den Gesundheitsprämienmodellen vorgeschlagen wird, bietet dagegen die Möglichkeit, auch die privat Krankenversicherten einzubeziehen, ohne deren kapitalgedeckte Versicherung zu tangieren. Deren Beitrag zur Entlastung nachfolgender Generationen bleibt erhalten.

68 Vgl. Pimpertz, Jochen (2003a), S. 23-24.

- Der **Familienlastenausgleich**, in dessen Rahmen die Kinder und nicht erwerbstätigen Ehepartner beitragsfrei abgesichert sind. Auch dieses Ziel kann außerhalb der Krankenversicherung über das allgemeine Steuer-Transfer-System erreicht werden.

Wenn die einkommensbezogenen und familienpolitischen Ziele treffsicher außerhalb der Versicherungsmärkte organisiert werden können und an dieser Stelle von der Frage abstrahiert werden soll, über welchen Modus die altersbedingt steigenden Ausgaben in einer alternden Gesellschaft verursachergerecht finanziert werden können, dann reduziert sich der Solidaritätsgedanke in der Krankenversicherung auf die Vermeidung risikobezogener Selektion respektive von risikoäquivalenten Tarifen.⁶⁹ Alle weiteren „Solidaritätsgedanken“ sind dann als versicherungsfremde Leistungen der Krankenversicherung zu bezeichnen.⁷⁰

Souveräne Entscheidungen der Bürger vorausgesetzt, können durch einen **Kontrahierungszwang** gepaart mit einem **Diskriminierungsverbot** für die Versicherungsanbieter grundsätzlich Risikodifferenzierungen ausgeschlossen werden. Denn für den Fall, dass sich bei identischer Leistungszusage unterschiedliche Kosten des Versicherungsschutzes aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen der Versichertengemeinschaften ergeben, entstehen Anreize zum Wechsel des Anbieters, der aufgrund des Kontrahierungszwangs nicht verhindert werden kann. Ebenso können zuwanderungswillige Versicherte mit hohem Risiko nicht diskriminiert werden, sprich in einem risikoäquivalenten Tarif versichert werden.⁷¹ Über den Marktmechanismus kommt es deshalb im Idealfall zu einer Risikomischung, die dem durchschnittlichen Risiko aller Bürger entspricht.

Doch handelt es sich dabei um eine realistische Verhaltensannahme? Dafür spricht, dass die Individuen andernfalls in Kenntnis vorteilhafter Wechseloptionen auf Gewinnchancen verzichten würden – ein Verhalten, das auf anderen Märkten üblicherweise als irrational und von Einzelfällen abgesehen als wenig relevant angesehen wird. Gleichwohl wird es in einem dynamischen Prozess stets zu Preisunterschieden kommen, weil innovative Krankenversicherer einen Vorsprung am Markt erzielen und so genannte „Konsumptioniere“, also wechselfreudige Versicherte bereits auf marginale Preisunterschiede reagieren. Erst wenn die Preisunterschiede in Folge der Abwanderung hinreichend groß geworden sind, werden weniger

69 Damit ist zunächst eine Wohlfahrtseinbuße gegenüber dem effizienten Modell weitgehend freier Versicherungsmärkte angelegt, da eine präferenzgerechte Risikodifferenzierung ausgeschlossen werden soll. Dies ist aber mit Blick auf die unterstellte Akzeptanz des Solidarziels hinzunehmen, wenn man die vermuteten Wohlfahrtseinbußen (durch den Verzicht auf risikoäquivalente Tarife) als Kosten eines allgemein zustimmungsfähigen Versicherungssystems interpretiert. Zur konstitutionenökonomischen Begründung einer Mindestversicherungspflicht, die bewusst von einer Risikodifferenzierung abstrahiert, siehe *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 85-87.

70 Eine Auseinandersetzung damit und eine Quantifizierung des Umfangs dieser versicherungsfremden Leistungen finden sich in *SVR 2005*, S. 346ff.

71 Vgl. *Breyer, Friedrich* (1992), S. 36.

wechselfreudige Versicherte folgen und einen marktlichen Risikoausgleich herbeiführen – vorausgesetzt, andere institutionell bedingte Einflüsse verzerren nicht die Preissignale und Wechselanreize.

Da aber die Versicherten über die Wahl der direkten Kostenbeteiligung eine Risikoselektion herbei führen können, müssen im Rahmen der Mindestversicherungspflicht zusätzlich **einheitliche Selbstbehalte** für alle Bürger bestimmt werden.⁷² Über die optimale Höhe der Selbstbehalte kann letztlich nur politisch entschieden werden. Dies ist aber kein Argument gegen direkte Kostenbeteiligungen.

Damit ist für alle Bürger ein einheitlicher Versicherungsumfang garantiert, der ohne Ansehen des eigenen Erkrankungsrisikos erkaufte werden kann. Ein Wettbewerb ist dennoch sowohl auf den Versicherungs- als auch auf den Leistungsmärkten möglich. Voraussetzung ist, dass die Krankenversicherungen mit der Organisation von Versorgungsnetzwerken betraut werden und sie gleichzeitig die Möglichkeit haben, sowohl auf der „Beschaffungsseite“ Anbieter nach Qualitäts- und Kostengesichtspunkten auswählen zu können, als auch auf der „Absatzseite“ Tarife entsprechend der Kosten des Zugangs zur Versorgung differenzieren zu können.⁷³ Eine Risikoselektion bleibt ausgeschlossen, denn die Beschränkung auf ausgesuchte Versorger lohnt sich nicht nur für die guten Risiken. Im Gegenteil ist ein effizient organisiertes Versorgungsnetzwerk auch mit Blick auf die Behandlungsqualität vorzuziehen. Dieser Effekt bietet aber gerade den Hochrisikogruppen Anreize, sich für eine beschränkte Auswahl an Versorgern zu entscheiden. Entsprechend können günstige Risikogruppen nicht durch die Wahl exklusiver Versorgungsformen von der übrigen Versichertengemeinschaft separiert werden. Ein um die hinreichenden Regulierungen ergänztes „liberales Szenario“ hätte folglich die in Abbildung 10 dargestellte Struktur. Zu beachten ist zum Einen, dass ein Risikostrukturausgleich nicht als hinreichend klassifiziert werden kann (vgl. dazu den Exkurs im folgenden Kapitel 2.4.3). Zweitens gilt, dass die sozialpolitisch gewünschten Transfers zur Finanzierung der Krankenversicherungs-Prämien für Gering-Verdiener über das Steuersystem geleistet werden, **nicht** im Rahmen der Krankenversicherung. Sie sind in der Abbildung lediglich der Vollständigkeit halber erwähnt.

72 Vgl. Pimpertz, Jochen (2001), S. 126-128.

73 Vgl. Knappe, Eckhard / Hörter, Stefan (2001), S. 314.

Abbildung 10: Übersicht über die hinreichenden Regulierungen des „liberalen Szenarios“



Quelle: Eigene Zusammenstellung

2.4.3 Exkurs: Zur Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs

2.4.3.1 Kein Risikostrukturausgleich bei einkommensunabhängiger Finanzierung

Bisher wurde unterstellt, dass der Versicherungsausgleich über Prämien finanziert wird. Die notwendige Einkommensumverteilung zugunsten Geringverdiener erfolgt über das Steuer-Transfer-System. Auf dem Versicherungsmarkt gilt es, ausschließlich die gesundheitsbezogene Risikoselektion zu vermeiden. Dies, so die bisherige Analyse, gelingt über den Marktmechanismus, wenn die Krankenversicherungen einem Kontrahierungszwang mit Diskriminierungsverbot unterliegen. In einem solchen System können Argumente für einen ergänzenden Risikostrukturausgleich (RSA), wie er im Status-quo existiert, nicht überzeugen.

Für einen zusätzlichen RSA könnte **mangelnde Konsumentensouveränität** sprechen. So wird vorgebracht, dass bestimmte Kassenarten stärker als ihre Konkurrenten durch ältere Versicherte belastet sind, die entsprechend ihres Lebensalters typischerweise höhere Ausgabenrisiken aufweisen. Gleichzeitig erweisen sich ältere Versicherte weniger wechselfreudig als jüngere. De facto komme es zu einer Risikoselektion. Damit aus diesem Zusammenhang ein

altersbezogener Finanzausgleich abgeleitet werden kann, muss die geringe Wechselbereitschaft aber auf systematische Entscheidungsdefizite zurückgeführt werden.

Jedoch ergeben sich speziell für ältere Versicherte keine Indizien für eine mangelnde Konsumentensouveränität.⁷⁴ Im Gegenteil agieren ältere Bürger z.B. auf Finanz-, Immobilien- oder Konsumgütermärkten, ohne in den Verdacht eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit zu geraten.

Statt eine mangelnde Konsumentensouveränität zu vermuten liegt eine rationale Erklärung für die geringe Wechselbereitschaft älterer Versicherter in der **Subventionierung der Kosten marktneuen Verhaltens** durch den RSA.⁷⁵ Bei einem Vertrauensgut wie der medizinischen Versorgung ist ein Versicherungswechsel für die Individuen mit Kosten verbunden. Diese steigen, wenn mit dem altersbedingt steigenden Erkrankungsrisiko auch die Bedeutung der medizinischen Versorgung zunimmt. Der Versicherungswechsel im Alter ist also mit dem Verlust des aufgebauten Vertrauenskapitals belastet, der im Gegenzug durch die finanziellen Vorteile aus der Wahl eines günstigeren Krankenversicherers aufgewogen werden muss. Wird aber der Preisunterschied zwischen unterschiedlichen Versicherern durch den RSA nivelliert,⁷⁶ dann wird das Wechselkalkül zugunsten einer konservativen Wahl verzerrt. Denn je geringer der Prämienunterschied zwischen zwei konkurrierenden Anbietern ausfällt, desto wahrscheinlicher ist es, dass die potenziellen Kostenvorteile durch den Nutzen aus dem Erhalt des einmal aufgebauten Vertrauens überkompensiert werden.

Gleichwohl wird argumentiert, dass es zu **Wettbewerbsverzerrungen** kommt, die es über einen RSA auszugleichen gelte. Denn für Krankenversicherungen mit einer ungünstigen Mitgliederstruktur ergäben sich ohne RSA zwangsläufig teure Tarife, die eine Zuwanderung günstigerer Risiken verhindere. Dieses Argument trägt aber aus zweierlei Gründen nicht. Zum einen würde **ohne RSA eine deutlich höhere Prämien Differenz** zwischen günstigen und teuren Versicherungsanbietern entstehen, so dass sich auch für die hohen Risiken zunehmend ein Versicherungswechsel lohnt. Über den Marktmechanismus käme es also zu einer stärkeren Risikomischung in den konkurrierenden Versichertengemeinschaften, der auch die Wettbewerbsposition der mit älteren Mitgliedern belasteten Tarife verbessert. Zum anderen impliziert das Argument einen **Bestandsschutz für etablierte Krankenversicherungen**. Denn mit der Abwanderung der hohen Risiken zu günstigeren Anbietern würde der Bestand des Kran-

74 Zu einer ausführlichen Widerlegung meritorischer Begründungen vgl. *Tietzel, Manfred / Müller, Christian* (1988).

75 Vgl. *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 120.

76 Die Beitragssatzdifferenz zwischen günstigster und teuerster Kassenart hätte im Jahr 2003 ohne RSA 11 Prozentpunkte betragen, mit RSA waren es lediglich 1,9 Prozentpunkte. Siehe *o. V.* (2005), S. 16.

kenversicherung gefährdet, vorausgesetzt es gelingt nicht, neue Mitglieder anzuwerben. Ein solcher Bestandsschutz kann aber nicht mit dem Interesse der Versicherten begründet werden, solange die Versicherungspflicht auch beim Wechsel zum günstigeren Konkurrenten erfüllt werden kann und auf dem Versicherungsmarkt eine hinreichende Wettbewerbsintensität herrscht.

Umgekehrt wird angemahnt, dass ohne RSA kein Anreiz für die Kassen bestehe, ihre Dienstleistungen auf die **Versorgung von Hochrisikogruppen** wie z.B. chronisch Kranke zu konzentrieren. Dahinter steht die Vorstellung, dass eine optimale Betreuung nur in einem risikoselektierten Mitgliederbestand erfolgen kann. Damit die Versicherten mit hohen Risiken aber nicht vom allgemeinen Risikoausgleich ausgeschlossen werden, seien die Kosten auf alle Versicherungen umzuverteilen. Wenig plausibel scheint bereits die Behauptung, nur in einem separierten Risikopool sei eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Denn dann müssten die Krankenkassen unter anderem in der Lage sein, zielgruppenorientierte Angebote zu konfigurieren. Solange aber keine Vertragsfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern herrscht, kann dieses Argument den Status-quo nicht legitimieren.

Darüber hinaus kann der Aufbau einer zielgruppenorientierten wohnortnahen Versorgung an der geringen Versichertendichte einer Krankenkasse scheitern. Stattdessen ist aber denkbar, dass sich Leistungsanbieter auf die Versorgung einzelner Risikogruppen spezialisieren. Damit eine betriebswirtschaftlich rentable Auslastung der Kapazitäten gewährleistet ist, kann es sinnvoll sein, bei einer relativ geringen Versichertendichte auf exklusive Vereinbarungen mit einzelnen Kassen zu verzichten und stattdessen die Versorgung vor Ort für die Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen zu übernehmen. Damit wird die Versorgung der Hochrisikogruppen aus unterschiedlichen Versicherungen gebündelt. Mithin wird aber das Argument hinfällig, dass eine Konzentration auf spezielle Risikogruppen seitens der Versicherungsanbieter notwendig sei, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Denn **die Kosten spezieller Risikogruppen gehen in den allgemeinen Versicherungsausgleich** ein. Die Begründung für einen zusätzlichen Risikostrukturausgleich wird hinfällig.

2.4.3.2 Risikostrukturausgleich bei unterschiedlichen Zielsetzungen

Tatsächlich basiert die GKV im Status-quo aber auf einer grundsätzlich einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung. Gesundheitsbezogenes Risiko und Beitragskraft eines Mitglieds sind jedoch nicht systematisch korreliert. Mit anderen Worten: Beitragssatzvorteile einer Kasse können sich sowohl aus der Akkumulation guter Risiken als auch aus der Ansammlung

finanzkräftiger Beitragszahler ergeben. Um dennoch einen gesundheitsbezogenen Risikoausgleich zu erreichen, muss der RSA die Beitragsmittel zwischen den Kassen nach der Finanzkraft ihrer Mitglieder sowie nach dem Alter, Geschlecht und weiteren gesundheitsbezogenen Risikomerkmale umverteilen. Ursprünglich eingeführt, um die unterschiedlichen Startchancen beim Übergang zu einem System mit freier Kassenwahl auszugleichen, wurde der RSA mittlerweile fest etabliert und soll nach dem Willen zahlreicher Akteure morbiditätsorientiert ausgebaut werden.⁷⁷ Der RSA soll nicht nur für faire Wettbewerbsbedingungen sorgen, sondern im Idealfall den Wettbewerb sogar intensivieren.

Ohne eine detaillierte Analyse des bestehenden Finanzausgleichs anzustrengen, lassen sich mit Blick auf die wettbewerbspolitischen Implikationen zentrale Grundsätze für die Weiterentwicklung des RSA in einem beitragsfinanzierten System skizzieren und grundlegende Argumente gegen eine weitergehende Vertiefung des RSA anführen:⁷⁸

- **Wettbewerbsvoraussetzungen schaffen.** Pro forma besteht seit 1996 die freie Kassenwahl. Bisher werden den Kassen aber kaum Instrumente an die Hand gegeben, über die sie ihre Angebote auf wettbewerblich verfassten Versicherungs- und Gesundheitsmärkten differenzieren können. Im Status-quo sind solche Parameter allenfalls in Form von Hausarztmodellen und integrierter Versorgung vorgesehen. **Da aber mögliche Effizienzvorteile nicht durch niedrigere Beitragssätze exklusiv an jene Versicherten weiter gegeben werden können, die ihre Behandlerauswahl einschränken – von ex post Bonifikationen einmal abgesehen –, werden mögliche Kostensparnisse quasi sozialisiert.** Sie kommen zunächst allen Mitgliedern einer Kasse zu gute – auch solchen, die unverändert von dem Recht auf freie Wahl des Therapeuten Gebrauch machen. Mittelbar werden über den RSA auch die Beitragszahler fremder Kassen an den Einsparpotenzialen beteiligt. Dadurch werden aber die Anreize zu einer kostenbewussten Nachfrage für den einzelnen Versicherten im Keim erstickt. Spiegelbildlich erlahmt damit auch der Anreiz für die Krankenkassen, in effiziente Versorgungsmodelle zu investieren. Mithin entbehrt die wettbewerbspolitische Argumentation pro RSA der Voraussetzungen für einen effizienzsteigernden Wettbewerb. Damit es überhaupt zu einem Kostenwettbewerb kommt, muss den Kassen zum einen die

⁷⁷ Zusätzlich wird die Diskussion verkompliziert, wenn man vor dem Hintergrund einer bevölkerungsumfassenden Versicherungspflicht auch die private Krankenversicherung in den RSA einbeziehen wollte, wie es den Verfechtern der Bürgerversicherungsidee vorschwebt. Denn zum einen sind die im Umlage- respektive Kapitaldeckungsverfahren organisierten Systeme hinsichtlich ihrer Beitrags- respektive Prämienfinanzierung nicht kompatibel. Zum anderen müsste der PKV-Bestand vollkommen neuen Regeln unterworfen werden, um auch in diesem System solidarische Elemente in Analogie zur GKV zu implementieren.

⁷⁸ Dazu auch *Straub, Christoph / Pütz, Claudia* (2004), S. 12.

Vertragsfreiheit auf der „Beschaffungsseite“ eingeräumt werden, zum anderen die Gestaltungsfreiheit der Tarife auf der „Absatzseite“ nach Maßgabe der präferierten Versorgerauswahl. Ohne diese Voraussetzung würde eine weitere Vertiefung des RSA letztlich zu einer Einheitsversicherung führen und Wettbewerb a priori ausschließen.

- **Ausgleichsbedarf nach Maßgabe effizienter Versorgung.** Damit nicht die Anreize zur Konfiguration präferenzgerechter und effizienter Versorgungsangebote ex ante im Keim erstickt werden, sollte sich darüber hinaus der Ausgleichsbedarf im Rahmen des RSA nach den jeweils aktuellen Minimalkosten der Versorgung richten. Legt man stattdessen wie im Status-quo Durchschnittskosten zugrunde, dann werden die Effizienzvorteile günstiger Tarife faktisch auf die Versichertengemeinschaft umverteilt. Mithin werden die Kosten einer selektiven Auswahl medizinischer Leistungsangebote von den Versicherten des betreffenden Tarifs getragen, die Kostenersparnisse aber sozialisiert. Unter diesen Bedingungen wäre es irrational, die effizienten Angebote zu wählen. Individuelle und kollektive Rationalität fallen auseinander, im Ergebnis erlahmt der Wettbewerb.
- **Vereinfachter Kriterienkatalog.** Schließlich sind die gesundheitsbezogenen Kriterien, nach denen der Finanzausgleich erfolgt, einfach zu halten, also zum Beispiel auf Alter und Geschlecht zu beschränken. Eine morbiditätsorientierte Weiterentwicklung birgt hingegen die Gefahr starker Rent-Seeking-Effekte, weil sich ein mögliches „up-coding“ weniger leicht kontrollieren lässt, aber für die Krankenversicherungen die Aussicht auf höhere Ausgleichszahlungen eröffnet. Da dieses Verhalten für alle Wettbewerber rational ist, droht in der Konsequenz eine Verteuerung des Versicherungsschutzes für alle Mitglieder gesetzlicher Kassen. Darüber hinaus wäre ein solcher Finanzausgleich mit erheblichen Bürokratiekosten belastet, da es nicht nur eine entsprechend tief gegliederte Klassifikation von Risikogruppen zu kontrollieren gilt, sondern für jedes Risikosegment zusätzlich minimale Kostenkombinationen der Versorgung zu ermitteln sind.

2.4.3.3 Trade-off zwischen Umverteilungs- und Effizienzziel

Stark vereinfacht lassen sich die Überlegungen zum Risikostrukturausgleich wie folgt zusammenfassen: **In einem prämienfinanzierten System mit zweckgebundenem Transferanspruch wird ein RSA überflüssig, weil der Einkommensausgleich treffsicher über das**

Steuer-Transfer-System bewerkstelligt wird und der gesundheitsbezogene Risikoausgleich über den Marktmechanismus erfolgen kann. Letzteres gelingt, weil Prämien die Kosten des Versicherungsschutzes transparent spiegeln und eine präferenzgerechte Entscheidung ermöglichen.

Dagegen ist in einem einkommensbezogenen beitragsfinanzierten System ein Finanzausgleich notwendig, wenn man unterstellt, dass Einkommen und Gesundheitsrisiko nicht korreliert sind. Dann besteht ein trade-off zwischen Umverteilungs- und Effizienzziel. Je genauer der Risikoausgleich modelliert wird, desto stärker werden wettbewerbliche Differenzierungen nivelliert. Damit sinkt aber ex ante der Anreiz für alle Akteure, nach effizienten Lösungen zu suchen, was sich wiederum negativ auf mögliche Beschäftigungspotenziale auswirkt. Aus diesem Grund sollte ein Risikostrukturausgleich, so man an einer einkommensbezogenen Finanzierung festhält, auf einfache Kriterien beschränkt und zusätzlich der Ausgleichsbedarf nach den minimal erforderlichen Kosten der Versorgung bemessen werden.

2.4.3.4 Integration von Umlageverfahren und Kapitaldeckung in einen RSA

Vor dem Hintergrund des Status-quo bleibt aber offen, wie das zweigeteilte System mit GKV und PKV in ein einheitliches System überführt werden kann, um einen bevölkerungsumfassenden gesundheitsbezogenen Solidarausgleich zu bewerkstelligen. **Bezüglich ihrer Finanzierungsregeln sind beide Versicherungssysteme nicht kompatibel.** Eine Abschaffung der PKV in ihrer heutigen Form verbietet sich aber, da für die privat Krankenversicherten, deren Anwartschaften kapitalgedeckt gesichert sind, Bestandsschutz zu wahren ist. Entsprechend bieten sich drei Möglichkeiten für den zukünftigen Umgang mit dem zweigeteilten System der Krankenversicherung:

- Grundsätzlich könnte **das zweigeteilte System beibehalten** werden, ohne dass die bisher abgeleiteten Aussagen für den nach heutigem Recht abgegrenzten Kreis der gesetzlich Krankenversicherten an Gültigkeit verlieren.
- **Die gesetzliche Versicherung könnte langfristig in ein kapitalgedecktes System überführt werden.** Denn nur auf diesem Weg gelingt es, die altersbedingt steigende Ausgabenlast verursachergerecht zuzurechnen und die angesichts der demographischen Entwicklung fortgesetzte intergenerative Lastverschiebung im Umlageverfahren zu unterbinden.⁷⁹ Gleichzeitig würden damit die Finanzierungsregeln der heutigen

⁷⁹ Vgl. Pimpertz, Jochen (2004), S. 250-259.

Systeme angeglichen, so dass die Versicherungspflichtgrenze als Trennlinie spätestens nach der Übergangsphase entfallen könnte. Dieses Szenario würde aber mindestens die Zeitspanne einer Generation beanspruchen, bis für alle Bürger ein ausreichend hoher Kapitalstock gebildet worden ist.

- Der bevölkerungsumfassende Solidarausgleich könnte schließlich über eine **Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf beide Systeme** angestrebt werden. Dies stößt aber angesichts der Inkompatibilitäten beider Finanzierungssysteme an Grenzen und würde im Vorfeld gravierende Veränderungen der jeweils systemspezifischen Finanzierungs- und Versicherungsregeln voraussetzen, die im Rahmen dieses Gutachtens nicht detailliert erörtert werden können.⁸⁰

2.4.4 Wettbewerb auf Gesundheitsmärkten

Abschließend bleibt zu klären, ob weitere Interventionen auf den Leistungsmärkten, die im Status-quo vorgesehen sind, sozialpolitisch zu begründen sind.

- Der Gesetzgeber räumt den Versicherten im Rahmen der vertraglichen Versorgung das Recht auf **freie Behandlerwahl** ein mit dem Ziel, einen **freien Zugang zur medizinischen Versorgung** zu gewährleisten.

Das obligatorische Anrecht auf eine freie Wahl des behandelnden Therapeuten oder der stationären Einrichtung impliziert einen quasi kostenlosen Zugang zu allen zugelassenen Angeboten im Rahmen der gesetzlichen Versorgung.⁸¹ Im Umkehrschluss kann eine freiwillige Beschränkung der Behandlerauswahl nicht im Versicherungspreis honoriert werden, da ansonsten das obligatorische Anrecht diskriminiert würde. Dies ist aber – wie in den vorangegangenen Überlegungen gezeigt wurde – von zentraler Bedeutung für eine wettbewerbliche Steuerung auf den Gesundheitsmärkten. **Denn erst wenn die ökonomischen Vorteile einer freiwilligen Selbstbeschränkung den betreffenden Versicherten exklusiv zugute kommen,**

⁸⁰ Wenn der RSA auf den Ausgleich von Gesundheitsrisiken beschränkt würde, erforderte dies zum Beispiel für die PKV einen getrennten Ausweis der Prämienanteile, die auf den Mindestsicherungsschutz, auf die Zusatzleistungen und auf das Altersvorsorgesparen entfallen, da letztere nicht in den RSA einfließen. Da es letztlich um die Umverteilung von Mitteln nach dem Erkrankungsrisiko geht, das Beitragsaufkommen in der GKV aber von der Höhe der Arbeitseinkommen sowie der Anzahl beitragsfrei Versicherter beeinflusst wird, müsste auch die GKV-Finanzierung auf ein Prämiensystem umgestellt und die Einkommensumverteilung ins Steuer-Transfer-System ausgelagert werden, um eine Vergleichbarkeit der Risiken in unterschiedlichen Systemen zu gewährleisten.

⁸¹ Vgl. Pimpertz, Jochen (2002), S. 22.

entstehen Anreize zur Nachfrage nach und zur Konfiguration von kostengünstigen Versorgungstarifen.

Dabei ist das quasi kostenlose Anrecht auf freie Versorgerwahl nicht notwendig, um den Zugang zur medizinischen Versorgung zu garantieren, so lange a) die Beschränkung in der Auswahl geeigneter Leistungsanbieter freiwillig, also präferenzgerecht erfolgt, und b) die Versicherungsaufsicht nur solche Tarife im Rahmen der Mindestsicherungspflicht zulässt, die faktisch nicht zu einem Unterschreiten des obligatorischen Leistungsumfangs führen. Damit wird jedoch das Anrecht auf eine freie Behandlerwahl nicht tangiert, sondern es werden lediglich die Kosten, die mit der gewünschten Versorgungsform einhergehen, verursachergerecht zugeordnet

- Gleichzeitig strebt der Gesetzgeber eine **flächendeckende und einheitliche Versorgung** an. Dazu wird im Bereich der ambulanten Versorgung ein **Sicherstellungsauftrag** formuliert. Dessen Erfüllung wird faktisch durch die vom Gesetzgeber installierte **monopolistische Anbieter selbstverwaltung** kontrolliert.

Bereits das Ziel einer einheitlichen Versorgung steht im Widerspruch zu einer wettbewerblichen Steuerung und verursacht Wohlfahrtsverluste, wenn man davon ausgeht, dass sich die Präferenzen bezüglich der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes und der Versorgung in der Bevölkerung unterscheiden.⁸² Zudem ist der Zugang zu den obligatorisch abzusichernden Leistungen auch bei einer Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsmodelle bereits durch die Versicherungsaufsicht gewährleistet.

Weiterhin setzt eine flächendeckende Versorgung voraus, dass die Nachfrage auf den relevanten, regional abgegrenzten Märkten hinreichend hoch ist, damit sich die Niederlassung eines Anbieters lohnt. Bei ausreichendem Nachfragevolumen ist eine Unterversorgung auszuschließen, da rationale Anbieter auf wettbewerblich verfassten Märkten nicht auf Gewinnchancen verzichten werden. Ein separater Sicherstellungsauftrag wird überflüssig. Anders dagegen in Regionen mit unzureichender Versichertendichte, wo es tatsächlich zu regionaler „Unterversorgung“ kommen kann.

Zunächst ist davon auszugehen, dass sich die medizinische Versorgungssituation in den Boden- und Mietpreisen widerspiegelt, also auch die Ansiedlung der Menschen in unterversorgten Regionen grundsätzlich als freiwillige Entscheidung unter rationaler Abwägung der Kosten und Nutzen zu interpretieren ist. **Dennoch kann aus politischen Motiven eine Subvention zur Ansiedlung von Leistungsanbietern erwogen werden**, etwa weil ansonsten die al-

82 Dazu vgl. *Breyer, Friedrich* (1992).

lein aus humanitären Motiven in Betracht zu ziehende medizinische Hilfe faktisch nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Finanzierungslasten sollten aber auf den Nutzerkreis, sprich auf die Bewohner der betroffenen Regionen beschränkt werden, da anderenfalls die Kosten der Ansiedlung im Raum verzerrt werden.⁸³ Eine denkbare Lösung wäre, die **Kosten einer subventionierten Niederlassung von den Kommunen tragen zu lassen, statt sie auf die Versichertengemeinschaft zu überwälzen.**⁸⁴

Schließlich erweist sich die Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf eine monopolistisch organisierte Anbieterselbstverwaltung mit Blick auf die Qualitätssicherung als wenig hilfreich, ist doch für den Monopolfall davon auszugehen, dass im günstigsten Fall die Interessen des Median-Anbieters vertreten werden statt die der Versicherten.

Während also aus sozialpolitischer Sicht ein Sicherstellungsauftrag mit Blick auf eine einheitliche und flächendeckende Versorgung nicht geboten erscheint, erweist sich dessen Übertragung auf eine monopolistische Anbietervertretung aus ökonomischer Sicht als kontraproduktiv. Denn die Monopolvertretung verhindert, dass die Krankenversicherungen ineffiziente oder qualitativ unzureichende Angebote von der Versorgung der eigenen Klientel ausschließen können. Damit sie aber ihre Tarife präferenzgerecht differenzieren können, ist die Auswahl zwischen konkurrierenden Einzelanbietern oder Anbieterorganisationen zwingend notwendig.

- Für den stationären Bereich sollen eine **hoheitliche Krankenhausplanung** und **steuerfinanzierte Infrastrukturinvestitionen** die flächendeckende Versorgung garantieren.

Wie im Fall der ambulanten Versorgung ist auch für den stationären Bereich zu hinterfragen, ob der Staat, sprich der Steuerzahler, Kapazitäten in allen Regionen vorhalten muss. Analog zum ambulanten Leistungsbereich ist eine Unterversorgung in Regionen mit ausreichender Versichertendichte nicht zu erwarten, Überkapazitäten würden im Wettbewerb aus Rentabilitätsgründen abgebaut. Bezüglich der Subventionierung ökonomisch nicht rentabler, aber politisch erwünschter Standorte gelten die gleichen Argumente wie für die ambulante Versorgung.⁸⁵ Lediglich für klinische Forschungsstandorte ist die regionale Beschränkung der Finanzierung auf die Nutzerregion aufzuheben, da sich insbesondere im Bereich der Grundlagenforschung externe Effekte ergeben, die eine Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln gebietet.

83 Vgl. Pimpertz, Jochen (2001), S. 72-75.

84 Für eine ausführliche Diskussion s. Zerth, Jürgen (2005).

85 Vgl. Pimpertz, Jochen (2001), S. 72-75.

- Darüber hinaus erweist sich die **Trennung nach ambulant und stationär zu erbringenden Leistungen** als ineffizient.

Zum einen werden **Synergien und Spezialisierungseffekte nicht ausgeschöpft**, zum anderen kann es zu ineffizienten Doppeluntersuchungen bei der Überweisung von Patienten zwischen beiden Versorgungsbereichen kommen.

- Schließlich sieht der Gesetzgeber die **Pflichtmitgliedschaft der Krankenversicherer in den Spitzenverbänden** der betreffenden Kassenart vor.

Dies impliziert eine **nicht sachgerechte Einschränkung der Vertragsfreiheit** einzelner Wettbewerber, die bislang an die Verhandlungsergebnisse ihrer Spitzenorganisationen gebunden sind. Für die wettbewerbliche Steuerung wäre es dagegen sinnvoll, dass von solchen Rahmenvereinbarungen abweichende Vertragsvereinbarungen ermöglicht werden. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch die stationäre Versorgung und letztlich auch für die präferenzgerechte Auswahl von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (z.B. die Beschränkung der Leistungszusage auf Generika).

2.4.5 Zusammenfassung: Elemente eines „liberalen Szenarios“ und Beschäftigungswirkungen

2.4.5.1 Solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten

Da sich das „liberale Szenario“ nicht allein auf das Effizienzziel bezieht, sondern sozialpolitische Überlegungen explizit einbezogen werden, ist der Katalog an Regulierungen, die für eine effiziente Ordnung der Versicherungs- und Leistungsmärkte notwendig sind (vgl. Kapitel 2.3), um hinreichende Bedingungen für eine solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten zu ergänzen.

Für die Versicherten bedeutet dies:

- Der Mindestsicherungsschutz kann für Bedürftige und Geringverdiener durch **zweckgebundene Transfers aus Steuermitteln** gewährleistet werden, ohne dass dadurch die Allokation beeinträchtigt wird oder Bedürftige auf den Gesundheitsmärkten ob ihrer Einkommensverhältnisse diskriminiert werden können. Die notwendige Einkommensumverteilung kann grundsätzlich auch innerhalb des Krankenversicherungssystems und beschränkt auf die Mindestsicherungspflicht über einkommensbezogene Bei-

träge erreicht werden. Dann ergeben sich aber möglicherweise Wohlfahrtsverluste aus dem trade-off zwischen Verteilungs- und Effizienzziel.

- Damit die Versicherten ihrerseits nicht über die Wahl direkter Kostenbeteiligungen eine Risikoselektion herbeiführen können, ist für den Bereich der Mindestsicherungspflicht ein **einheitlicher Selbstbehalt** festzulegen. Je nach Preiselastizität kann die direkte Kostenbeteiligung in Form von prozentualen Kostenbeteiligungen, Gebühren oder festen Zuzahlungen ausgestaltet werden. Die Höhe der Selbstbehalte kann letztlich nur politisch bestimmt werden. Gleichwohl sollte die Kostenbeteiligung spürbar ausfallen, um opportunistischem Verhalten durch die Versicherten vorzubeugen.
- Es existiert eine **Versicherungspflicht** in Höhe der obligatorischen Mindestsicherung.

Aus Perspektive der Krankenkassen gilt:

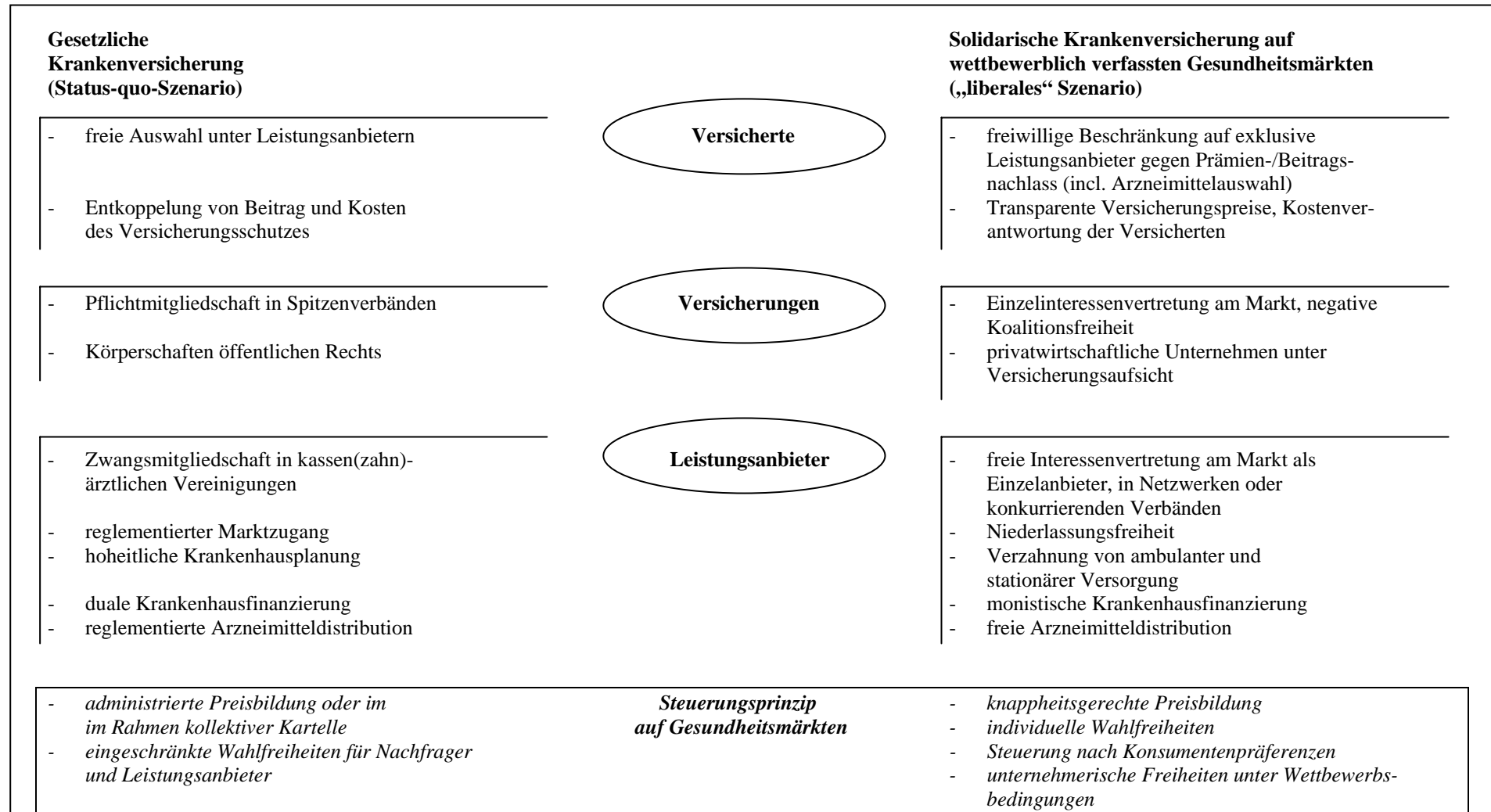
- Eine Selektion nach unterschiedlichen Gesundheitsrisiken wird auf einem wettbewerblich verfassten Versicherungsmarkt grundsätzlich über einen **Kontrahierungszwang mit Diskriminierungsverbot** für die Versicherungsanbieter verhindert. Dadurch können Versicherungswillige jedem präferenzgerechten Tarif beitreten, ohne von der Versicherung abgewiesen zu werden.
- Darüber hinaus ist ein **Risikostrukturausgleich** in einem prämienfinanzierten Versicherungssystem nicht zu begründen. Während die Einkommensumverteilung treffsicher über das allgemeine Steuer-Transfer-System erreicht wird, kommt der Risikoausgleich über den Marktmechanismus auf den Gesundheitsmärkten zustande. Anders dagegen in einem einkommensabhängig beitragsfinanzierten System, in dem Einkommensumverteilung und Risikoausgleich parallel angestrebt werden. Allerdings sollte ein RSA nur an allgemeinen gesundheitsbezogenen Kriterien festgemacht und der Ausgleichsbedarf auf die minimalen Kosten der Versorgung beschränkt werden, um Wettbewerbsanreize nicht im Keim zu ersticken.

Die Versorgung der Versicherten mindestens im Umfang der obligatorisch zu versichernden Leistungen ist bereits über die **Versicherungspflicht** und die **Versicherungs- und Wettbewerbsaufsicht** gewährleistet. Eine wettbewerbliche Differenzierung in den Versorgungsangeboten auch im Rahmen des Mindestversicherungsschutzes steht nicht im Konflikt zu den sozialpolitischen Zielen.

Folgende Regulierungen sind weder notwendig noch hinreichend:

- Zur Sicherstellung einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung sind weder das obligatorische Anrecht auf eine quasi **kostenlose freie Wahl des Therapeuten oder der stationären Einrichtung** notwendig, noch die Erteilung eines **Sicherstellungsauftrags** an eine **monopolistisch organisierte Anbieterselbstverwaltung** und damit der **reglementierte Marktzugang** oder die **hoheitliche Krankenhausbedarfsplanung** mit steuerfinanzierten Infrastrukturinvestitionen (**duale Krankenhausfinanzierung**). Ebenso wenig ist die Einschränkung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungsanbietern über die Pflichtmitgliedschaft in den Spitzenorganisationen der einzelnen Kassenarten sinnvoll. Weiterführende, sozialpolitisch motivierte Ergänzungen, wie die **reglementierte Arzneimitteldistribution**, sind überflüssig und erweisen sich aus ökonomischer Sicht als kontraproduktiv. Denn durch ihr Zusammenwirken wird verhindert, dass auf wettbewerblich verfassten Märkten, deren Steuerungsmerkmale Abbildung 11 zusammenfasst, kostengünstige Angebote konfiguriert werden können und sich eine Nachfrage nach präferenzgerechten Versicherungstarifen entfaltet.

Abbildung 11: Steuerungsmerkmale auf Gesundheitsmärkten mit solidarischer Krankenversicherung



Quelle: Eigene Zusammenstellung

2.4.5.2 Konsequenzen für die Beschäftigung auf Gesundheitsmärkten

Welche Aussagen lassen sich nun mit Blick auf die zu erwartenden Beschäftigungseffekte auf Gesundheitsmärkten im Vergleich von „liberalem“ und „Status-quo-Szenario“ als die Extrempunkte, zwischen denen ein Übergangsszenario entwickelt werden kann, ableiten? Dazu sind die bisher diagnostizierten Effekte unterschiedlicher Regulierungen zum einen mit Blick auf die Gesamtnachfrage nach Gesundheitsleistungen zu bewerten, zum anderen mit Blick auf die unmittelbaren Angebotsbedingungen. Dabei können die Aussagen nicht einzelnen Reglementierungen zugewiesen werden, weil eine Vielzahl staatlicher Eingriffe in einem interdependenten System wirken. Gleichwohl lassen sich Musteraussagen ableiten:

- Der mangelnde Kostenwettbewerb in der ambulanten Versorgung schützt im Status-quo vor allem die ineffizient wirtschaftenden Anbieter. Die Leistungen werden gegenüber dem Referenzszenario auf einem insgesamt überhöhten Kostenniveau erbracht – bei gegebenem Haushaltsbudget wird die Nachfrage nach knappheitsgerecht finanzierten „Gesundheitsgütern“ verdrängt. Real konsumieren die Nachfrager weniger Leistungen als auf wettbewerblich verfassten Märkten. Entsprechend wäre ein vergleichsweise niedriges Beschäftigungsniveau für den Status-quo zu erwarten. Gleichwohl kann sich ein gegenüber dem „liberalen“ Szenario höherer Beschäftigungsstand ergeben. Denn sofern die ineffizienten Angebotsstrukturen im Rahmen der gesetzlich reglementierten Versorgung auf einer hohen Beschäftigungsintensität beruhen, wird eine insgesamt ineffiziente, sprich zu hohe Arbeitsnachfrage konserviert.
- Aus dynamischer Perspektive ergibt sich aber für das aktuelle System im Status-quo eine deutlich geringere Anpassungsfähigkeit an eine wachsende Nachfrage als auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten. Denn zum einen ist mit verstärkten Rent-Seeking-Aktivitäten zu rechnen. Für die monopolistische Anbietervertretung ist es rational, Ressourcen unmittelbar zur Verhinderung eines Kostenwettbewerbs und damit zur Verteidigung einmal erreichter Verteilungspositionen zu investieren. Diese Ressourcen sind für die gesundheitliche Versorgung verloren. Zum anderen werden effiziente Angebotsstrukturen – sofern Rent-Seeking-Aktivitäten erfolgreich sind – dauerhaft vom Markt verdrängt. Damit bleibt ein ineffizientes Kostenniveau erhalten. Bei einer Einkommenselastizität von größer 1 für den Konsum von Gesundheitsleistungen impliziert dies nicht nur eine real schlechtere Versorgung unter den Bedingungen des Status-quo, sondern angesichts personalintensiv hergestellter Gesundheitsleistungen auch eine schwächere Beschäftigungsentwicklung als im „liberalen“ Szenario.

- Auch für die stationäre Versorgung gilt die Vermutung, dass angesichts der staatlichen Eingriffe der Wettbewerbsdruck und insbesondere die Preiskonkurrenz gegenüber der ordnungspolitischen Referenz des „liberalen“ Szenarios stark vermindert sind. Die Leistungen werden auf einem ineffizienten Kostenniveau angeboten. Analog zum ersten Fall ist deshalb auch hier zu erwarten, dass im Status-quo ein überhöhter Beschäftigungsstand aufgrund der einmal aufgebauten Überkapazitäten besteht. Aus dynamischer Sicht ergeben sich aber für den Status-quo geringere Beschäftigungspotenziale, insbesondere weil die Kapazitätsanpassung auf politisch bestimmten Märkten nicht nach Knappheitssignalen gesteuert erfolgt, neue Geschäftsfelder wie zum Beispiel die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (s. auch Kapitel 3.4) nicht zuletzt aufgrund erfolgreicher Interessenvertretungen weitgehend verschlossen bleiben und schließlich weil in weiten Bereichen das öffentliche Dienstrecht eine dynamische Personalentwicklung erschwert.
- Dieser Effekt trifft mittelbar auch die Zulieferindustrien einschließlich des Pharmasektors. Denn deren Absatzmärkte hängen zum Teil von der gesetzlich reglementierten Versorgung ab. Damit geht auch diesem Segment aufgrund des ineffizienten Kostenniveaus in der gesetzlichen Versorgung Nachfrage- und daraus abgeleitet Beschäftigungspotenzial verloren. Darüber hinaus wird durch eine interessengeleitete Kostendämpfungspolitik, die bewusst an den wettbewerbspolitischen Ausnahmen festhält, eine dynamische Angebotsentwicklung unterdrückt. Insbesondere die Investition in den heimischen Forschungs- und Entwicklungsstandort – etwa im Pharmabereich – leidet unter der Konservierung ineffizienter Angebotsstrukturen.

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass der Status-quo bei dynamischer Betrachtungsweise und Veränderung der exogenen Rahmenbedingungen zwar kurzfristig noch einen höheren Beschäftigungsstand aufweisen kann. Dies wird aber mit zunehmender Ineffizienz erkaufte und verhindert die Nutzung des im Gesundheitswesen vorhandenen Beschäftigungspotenzials, welches durch ein in Richtung des „liberalen“ Szenarios zu modernisierenden Krankenversicherungssystem aktiviert werden kann.⁸⁶

86 Für die Bedeutung eines möglichen „J-Kurven“-Effektes sei auf die Ausführungen in Kapitel 3.3.2 verwiesen.

2.5 Institutionen, Regulierung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

Zu klären bleibt, in welchem institutionellen Rahmen die Ordnung des Gesundheitswesens eingebettet sein muss, um ein „liberales Szenario“ in die Praxis umsetzen zu können. Die Aufgaben, die von einer Regulierungsinstanz des Gesundheitswesens wahrgenommen werden sollten, bestehen in einer **Wettbewerbs- und Versicherungsaufsicht** sowie in einem ganzheitlichen Systemmanagement, um die Funktionsfähigkeit und Stabilität des modernen Krankenversicherungssystems zu gewährleisten und zu fördern. Modell hierfür kann z.B. die Bundesnetzagentur, die Regulierungsinstanz der Bereiche Elektrizität, Gas, Telekommunikation und Post, oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sein. Damit soll auch Verwischungen und Interessenkonflikten vorgebeugt werden, wie sie gerade in jüngster Vergangenheit immer wieder zu beobachten waren, z.B. dem Missbrauch der Krankenversicherung zur Zielverfolgung in anderen Bereichen (andere Zweige der Sozialversicherung, allgemeine Umverteilungsziele etc.).

Der Wirkungsbereich der Wettbewerbs- und Versicherungsaufsicht soll auf den Vollzug der GKV konzentriert sein. Zusatzleistungen wie IGeL sowie private Krankenversicherungen sollen dabei grundsätzlich der Regulierung durch die BaFin nach den dort geltenden Regelungen im Bereich Versicherungsaufsicht unterliegen. Diese gehen wesentlich weniger weit als die Regulierung der Gesetzlichen Krankenversicherung; im Vordergrund stehen die Solvenz-aufsicht und die allgemeine Marktaufsicht, nicht aber sozialpolitische Ziele wie bei der GKV. Spezialisierte Akteure wie z.B. das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte⁸⁷ oder das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bleiben unter Beibehaltung ihrer Aufgaben bestehen. Sie bilden auch eine weitere Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem, dem politisch-administrativen System und dem Wirtschaftssystem.

Wie in andern Wirtschaftsbereichen bleibt ein abgestimmtes Wirken der branchenspezifischen Regulierer und des branchenübergreifend tätigen Bundeskartellamtes bestehen. Die vollständige Unterstellung aller GKV-Aktivitäten unter die Wettbewerbsgesetzgebung stärkt durch die Förderung des Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern und Krankenversicherern insbesondere die Stellung der Versicherten und Patienten. Die Förderung des Wettbewerbs ergibt sich namentlich durch das Verbot des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verlagerung von Vertragsbeziehungen auf die Ebene einzelner Krankenversicherer bzw. Gruppen von Leistungsanbietern. Ähnliche Wirkungen haben bereits die Einführung der

freien Kassenwahl und die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bewirkt. Sie könnten durch geeignete Reformen bei der Leistungsentschädigung noch verstärkt werden, z.B. durch das Verbot flächendeckender Tarife im DRG-System zugunsten einzelbetrieblich orientierter Vergütungsformen.

Eine Analyse der jüngsten Entscheide des Bundeskartellamtes zum Krankenhausmarkt ergibt, dass situations- und branchengerechte Lösungen möglich sind. Zu gleichen Ergebnissen führt eine Analyse der Praxis der amerikanischen Wettbewerbsbehörden. Es liegt nicht im Interesse einer wirksamen und wirtschaftlichen Versorgung, wenn überall lokale oder regionale private oder öffentliche Monopole oder markmächtige Unternehmen entstehen. Leitbild, Ziel und Schutzobjekt muss der mögliche Wettbewerb sein.

Der Nutzen eines solchermaßen gestalteten Krankenversicherungssystems ist vor allem in folgenden Punkten zu erwarten:

Ordnungspolitische Kohärenz

- Durch bewusste(re)s „Systemdenken“ und verstärkte ordnungspolitische Disziplin („What’s the system we are in?“) ist eine Abkehr vom ordnungspolitischen Eklektizismus mit widersprüchlichen Regelungen möglich mit der Konsequenz einer besseren Abstimmung und Harmonisierung von Zielen, Konzepten und Instrumenten.

Stärkung der Rolle der Versicherten/Patienten

- Vermehrte Steuerung aufgrund von Konsumpräferenzen (Preis- und Qualitätssensitivität der Nachfrage) und nicht durch „Stellvertreter“ aus dem politischen Bereich (Bedarfsplanungen) und dem Expertensystem (Definitionsmacht der Ärzteschaft), noch verstärkt durch das intransparente Sachleistungsprinzip und die Verbändestrukturen. .

Einsatz des Wettbewerbs

- Durch mehr Wettbewerb wird ein innovationsförderndes Such- und Entdeckungsverfahren anstelle des korporativistischen Aushandlungsverfahrens der beidseitigen Verbändestrukturen bei Leistungsanbietern und den Krankenversicherern etabliert.

Schaffung eines größeren Entwicklungspotenzials

- Ein höheres Entwicklungspotenzial im Gesundheitswesen hat nicht nur positive Beschäftigungswirkungen, sondern auch entsprechende Effekte im Hinblick auf die Entstehung und Anwendung medizinisch-technischer Innovationen.

2.6 Medizinisch-technische Innovationen – institutionell bedingtes Ausgabenproblem

Abschließend gilt es zu untersuchen, wie sich die Regulierungen im „liberalen“ Szenario und im Status-quo auf die Einführung und Verbreitung medizinisch-technischer Innovationen auswirken. Dabei geht es im Folgenden nicht um eine detaillierte Analyse einzelner Teilmärkte, sondern um die Ableitung von Musteraussagen in Abhängigkeit vom institutionellen Design, wie es im Status-quo respektive im „liberalen Szenario“ angelegt ist. Ausgangspunkt ist die Vermutung, dass medizinisch-technische Innovationen auf Gesundheitsmärkten – anders als auf unregulierten Gütermärkten – zu Ausgabensteigerungen führen (vgl. dazu das Fallbeispiel in *Box 3*, S. 86). Mit diesem Ansatz werden Effizienzgewinne zum Beispiel aufgrund der Einführung kostensenkender Verfahren keinesfalls negiert. Aber es lässt sich beobachten, dass potenzielle Kosteneinsparungen nicht beim Versicherten in Form sinkender Beitragslasten ankommen, obwohl offensichtlich ist, dass etwa mit der „Schlüssellochchirurgie“ erhebliche Kostensenkungspotenziale verbunden sind.⁸⁸ Wie kann die Ausgabenwirkung medizinisch-technischen Fortschritts erklärt werden?

2.6.1 Konzentration auf Versicherungsleistungen durch „Nullpreis-Illusion“

Der Konsum versicherter Leistungen unterliegt – so die These – im Gegensatz zur frei finanzierten Güternachfrage einer „Nullpreis-Illusion“. Nach Zahlung der Versicherungsprämie bzw. steuerähnlicher Beiträge erfolgt der Zugang zu den versicherten Leistungen quasi kostenlos. In der Folge wird das Preisverhältnis aus der Sicht der Versicherten zugunsten der Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen verzerrt, für deren Kosten Versicherungsschutz besteht. Gleichzeitig sind Innovationsanstrengungen auf den Gesundheitsmärkten kostenintensiv. Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen amortisieren sich um so eher, je höher die Zahlungsbereitschaft der Patienten und je größer der Marktanteil potenzieller Nachfrager ist. Da über die gesetzliche Versicherungspflicht ein großes Marktsegment abgedeckt wird, konzentriert sich ein Großteil der Innovationen auf das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung.

⁸⁸ Stellvertretend *Weisbrod, Burton A.* (1991), S. 534-546, der die These für das US-amerikanische Gesundheitswesen entwickelt. Für das deutsche Gesundheitssystem vertritt z.B. *Krämer* die Auffassung, die moderne Medizin treibe nicht durch ihre Fehler, sondern durch ihre Erfolge von einem Dilemma in das andere, und meint damit die Finanzierungsprobleme, die sich infolge medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts ergeben. Vgl. *Krämer, Walter* (1989), S. 58. Zur kritischen Auseinandersetzung mit dieser These vgl. *Meyer, Dirk* (1993), S. 348-253.

Dieser Effekt tritt in einem prämienfinanzierten Versicherungssystem mit Selbstbehalten, wie das hier als Referenz entwickelte „liberale“ Szenario einer solidarischen Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten (Kapitel 2.4) in abgeschwächter Form auf. Denn zum einen spiegeln Prämien die Kosten des Versicherungsschutzes. Sofern Innovationen zu Kostensteigerungen oder –senkungen führen – etwa eine verbreitete Anwendung von Diagnosemethoden, die wie z.B. bei der Computertomographie hohe Investitionen in die technische Ausstattung voraussetzen –, schlägt sich dies mittelbar im Versicherungspreis nieder. Über spürbare Selbstbehalte zum Beispiel in Form prozentualer Kostenbeteiligungen werden die Nachfrager unmittelbar an den ökonomischen Auswirkungen der Einführung von Innovationen beteiligt. Damit wird den Patienten eine Abwägung zwischen einem Teil der Behandlungskosten und dem zu erwartenden Zusatznutzen abverlangt und mittelbar die Illusion einer Nachfrage zum Preis von Null aufgelöst. Eine Verzerrung der Preisrelationen zwischen frei finanzierten und versicherten Leistungen ist dennoch nicht ausgeschlossen, da sich direkte Kostenbeteiligungen nur auf einen Teil der Behandlungskosten erstrecken.⁸⁹

Von größerer Relevanz ist das letzte Argument allerdings im Status-quo. Denn aufgrund der institutionell bedingten Anreize unterliegen die Nachfrager in einem weitaus größeren Umfang einer „Nullpreis-Illusion“. So fallen aufgrund der lohn- respektive rentenbezogenen Finanzierung individueller Beitrag und Kosten des versicherten Risikos auseinander. Nach Zahlung steuerähnlicher Beiträge erfolgt der Zugang zu medizinischen Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip, also quasi kostenlos. Unterstützt wird dieser Effekt durch den weitgehenden Verzicht auf direkte Kostenbeteiligungen und das obligatorische Anrecht auf freie Auswahl der Behandler sowie einen umfassenden Leistungskatalog.

Mögliche Anreizeffekte für medizinisch-technische Innovationen werden im Status-quo zusätzlich verzerrt, weil neue Methoden der Diagnose und Therapie in der ambulanten Versorgung einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen. Ohne ausdrückliche Einbeziehung in den gesetzlichen Leistungskatalog ist eine Abgeltung innovativer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich. Anders dagegen in der stationären Versorgung. Hier unterliegt die Einführung medizinisch-technischer Innovationen dem Verbotsvorbehalt. So lange die Anwendung und Abgeltung neuer Verfahren nicht ausdrücklich verboten wird, können diese auch im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegolten werden. Ohne auf die administrativen Details des Zulassungsverfahrens im Detail einzugehen, darf prima facie davon ausgegangen werden, dass die Freiheitsgrade für die Erforschung und Einführung medizinisch-technischer Neuerungen in der klinische Versorgung deutlich höher

⁸⁹ Vgl. Pimpertz, Jochen (2001), S. 182-185.

liegen und somit der Anreiz für F&E-Investitionen im Bereich des stationären Versorgungsgeschehens deutlich stärker wirken als für die ambulant bereitgestellten Leistungen. Dies ist mit Blick auf die Ausgabeneffekte innovativer Medizin insoweit bedenklich, als sich die stationäre Versorgung in der Regel auf komplexe Erkrankungen mit hohen Behandlungsaufwendungen konzentriert und in der Folge der medizinisch-technische Fortschritt die Ausgabendynamik verstärken kann. Ein systematisches Argument für die These, dass effizienzsteigernde Prozessinnovationen unterrepräsentiert sind oder die Kostenersparnisse nicht beim Versicherten ankommen, ist damit aber noch nicht gewonnen.

2.6.2 Ausgabeneffekte in Abhängigkeit von institutionellen Vorgaben

Mit der These der „Nullpreis-Illusion“ wird weiter behauptet, dass die Versicherten verstärkt nach hochqualitativen Leistungen und ohne Rücksicht auf die Behandlungskosten nachfragen. Denn im Status-quo wird auf eine Preisdifferenzierung nach den Produktionskosten verzichtet. Infolgedessen können die Patienten ihren Nutzen nicht optimieren, in dem sie wie bei anderen Gütern erwartete Qualität und Preisforderung abwägen. Vielmehr gelingt eine Nutzenoptimierung nur über die Nachfrage der augenscheinlich besten Medizin, sprich innovativer, technisch unterstützter Methoden der Diagnose und Therapie. Deshalb entsteht – so die weitere Argumentation – ein Anreiz für potenzielle Innovatoren, ihre Anstrengungen nicht nur auf den Versicherungssektor zu konzentrieren, sondern verstärkt nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung zu suchen. Kostensenkende Prozessinnovationen werden hingegen kaum nachgefragt. Im Ergebnis kommt es zu Einführungen kostenintensiver Neuerungen oder so genannter „add-on“-Technologien.⁹⁰

Damit es zu einer Verzerrung der Innovationsanreize kommt, müssen sich aber parallel zu der Nachfrageverschiebung hin zu den versicherten Gütern auch die Erwartungen der Innovatoren verschieben. Typischerweise entstehen Anreize für zusätzliche kostenintensive Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen nur dann, wenn die Investitionen einschließlich der Produktionskosten durch die zu erwartenden Marktpreise abgegolten werden. Dies gelingt – so die ökonomische Erklärung –, wenn mit der Einführung medizinisch-technischer Neuerungen temporär eine Monopolstellung am Markt erreicht werden kann. Der technische Vorsprung erlaubt – erfolgreichen Absatz vorausgesetzt – zumindest vorübergehend einen Monopolgewinn, der gegenüber einer Wettbewerbssituation die Amortisation der Forschungs- und Ent-

90 Vgl. Meyer, Dirk (1993), S. 350 sowie Oberender, Peter (1996), S. 94.

wicklungsausgaben verspricht. Aber auch damit kann noch kein ineffizientes Ausgabenniveau infolge medizinisch-technischer Innovationen erklärt werden, denn üblicherweise wird unterstellt, dass auf wettbewerblich verfassten Märkten eine Monopolstellung durch Nachahmer erodiert und der Monopolgewinn in Folge des einsetzenden Preisverfalls abgeschmolzen wird.

Nicht knappheitsgerechte F&E-Investitionen und Innovationskosten können erst dadurch erklärt werden, dass es den Akteuren entweder gelingt, ihre Monopolstellung mit Hilfe staatlicher Eingriffe dauerhaft zu konservieren, oder die Monopolrente über den üblicherweise unterstellten Umfang hinaus auszudehnen. Dies ist dann der Fall, wenn die Preissetzung des Monopolisten nicht durch seine Preis-Absatz-Funktion limitiert wird, sondern der Preiswiderstand der Nachfrager etwa infolge einer „Nullpreis-Illusion“ verringert ist. Angesichts einer annahmegemäß vollkommen preisunelastischen Nachfrage, d.h. die Nachfrager reagieren überhaupt nicht auf eine Preisänderung, kann der Monopolist den Preis in Abhängigkeit seiner Verhandlungsposition festsetzen. Damit resultiert die Höhe der Monopolrente aus der relativen Verhandlungsposition des Anbieters respektive der Krankenversicherungen.⁹¹ Je nach Verhandlungsmacht kann der Gewinn des Monopolisten über den üblicherweise im Monopolfall unterstellte Gewinn hinaus erhöht werden. Unter dieser Voraussetzung entstehen aber Anreize, über den knappheitsgerechten Umfang hinaus in Forschung und Entwicklung zu investieren und im Zweifel auch kostensteigernde Innovationen (z.B. „add-on“-Technologien) einzuführen.

Womit kann aber eine besondere Verhandlungsmacht der Leistungsanbieter und Hersteller medizinischer Güter begründet sein und wie kann diese aufgelöst werden?

- **Aufgrund der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung und Entkoppelung von individuellem Beitrag und Versicherungsrisiko ist der Widerstand der Versicherten gegen überhöhte Preisforderungen der Leistungsanbieter systematisch abgeschwächt.** Denn der Versicherte kann sich der steuerähnlichen Finanzierung nicht entziehen.⁹² **Lösung:** In einem prämienfinanzierten System hingegen werden etwaige Kostensteigerungen durch medizinisch-technische Innovationen transparent im Versicherungspreis gespiegelt und lassen einen höheren Zahlungswiderstand der Versicherten erwarten.

⁹¹ Zur modelltheoretischen Ableitung siehe *Pimpertz, Jochen* (2001), S. 186-189.

⁹² Vgl. *Oberender, Peter* (1996), S. 86-88. *Oberender* spricht von „Kostenexternalisierung“, weil es den Patienten gelingt, die Folgen einer einseitig qualitätsorientierten Nachfrage auf die Versichertengemeinschaft zu überwälzen, aber individuell nur nach Maßgabe ihres beitragspflichtigen Einkommens zur Verantwortung gezogen werden.

- Die quasi kostenlose freie Auswahl der Behandler, der weitgehende Verzicht auf spürbare direkte Kostenbeteiligungen sowie das Sachleistungsprinzip führen zu einer **einseitig qualitätsorientierten Nachfrage ohne Rücksicht auf die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten. Lösung:** Dagegen führen insbesondere höhere Selbstbehalte zu einer größeren Preissensibilität der Nachfrage, die den Preissetzungsspielraum eines potenziellen Innovators beschränkt.⁹³
- **Der Widerstand der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber der Einführung und Abgeltung teurerer Innovationen ist systematisch verringert**, weil den Krankenkassen keine Option an die Hand gegeben wird, durch selektive Vertragsvereinbarungen Einfluss auf die Kosten der Versorgung zu nehmen. Die Entgeltverhandlungen für homogene Leistungen erfolgen einheitlich und zentralisiert.⁹⁴ In der Folge sind alle Krankenkassen von etwaigen Kostensteigerungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen. Da sich bei einer einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung der Wettbewerbsparameter „Beitragssatz“ für alle Konkurrenten gleichermaßen verändert, ist der Widerstand einer einzelnen Kasse gegen die Einführung kostentreibender Innovationen gering.⁹⁵ **Lösung:** Die Krankenversicherungen dürfen individuelle Verträge mit bestimmten Leistungsanbietern abschließen und die resultierenden Kostensenkungen können in Form von Beitragsreduzierungen an die Versicherten des entsprechenden Tarifs weiter gegeben werden. Zudem muss auf der Seite der Versicherten auf ein prämienfinanziertes System umgestellt werden.
- Da es den Kassen nicht möglich ist, auf die Kosten der Versorgung unmittelbar Einfluss zu nehmen, und sie gleichzeitig nicht den Versicherungspreis nach den erwarteten Kosten der jeweils präferierten Versorgungsform differenzieren dürfen, entsteht **keine Nachfrage nach kostengünstigen Versicherungsangeboten**. In der Folge versiegt auch der Anreiz für die Anbieter, in kostensenkende Prozessinnovationen zu investieren.⁹⁶ **Lösung:** Erst mit weitgehender Vertragsfreiheit für die Kassen auf ihrer „Beschaffungs-“, und „Absatzseite“ kann eine kostenbewusste Versichertennachfrage bedient werden und entsteht in der Folge auch ein Anreiz für die Leistungsanbieter, Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen auf Kostensenkungspotenziale zu lenken.

93 Stellvertretend vgl. *Knappe, Eckhard* (1988), S. 42-43.

94 Auf den Zusammenhang von angebotsinduzierter Nachfrage, institutionellen Anreizen und Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts verweist *Knappe, Eckhard* (1988), S. 43-44.

95 Vgl. *Oberender, Peter* (1985), S.32

96 Vgl. *Knappe, Eckhard* (1988), 43-44 sowie *Knappe, Eckhard / Rosar, Alexander* (1988), S. 395 und 403.

Fazit: Der ausgabentreibende Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts (s. das Fallbeispiel in *Box 3*) kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass institutionell bedingt eine Nachfrage nach kostensenkenden Prozessinnovationen nur schwach ausgeprägt ist. Zum anderen ist der Zahlungswiderstand der Akteure systematisch verringert, mit der Folge, dass auch ineffiziente Neuerungen oder sinnvolle Innovationen in einem ineffizienten Umfang zur Anwendung und Abrechnung gelangen. Aufgrund des Zusammenwirkens von mangelnder Kostenverantwortung der Versicherten und Patienten sowie der Wettbewerbsdefizite auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten werden entweder kostensenkende Innovationen kaum nachgefragt, oder - so denn Einsparpotenziale realisiert werden - können diese nicht wie auf unregulierten Gütermärkten in Form von Preisnachlässen an die Patienten respektive Versicherten weitergeleitet werden.⁹⁷

⁹⁷ Vgl. Pimpertz, Jochen (2002), S. 23-24.

Box 3: Beispiel für Mengenausweitung durch medizinisch-technischen Fortschritt im stationären Bereich

Für stationäre Behandlungsmethoden hat der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Verbotsvorbehalt, d.h. die medizinischen Behandler sind in der Auswahl der Behandlungsmethode grundsätzlich frei, solange die Behandlungsmethode nicht vom G-BA verboten wurde.⁹⁸

Für die Anwendung einer neuen Behandlungsmethode ist daher primär der medizinische Nutzen entscheidend, wie z.B. eine Verringerung der Operationsrisiken, geringere Schmerzen oder kürzere Liegezeiten und die damit einhergehende Möglichkeit einer früheren allgemeinen Mobilisation. Nicht primär entscheidend ist eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im Sinne eine Kosten- Nutzen- oder Kosten-Effektivitäts-Analyse.

Das durch den medizinisch-technischen Fortschritt erreichte geringere Behandlungsrisiko erweitert die Zahl der Patienten, bei denen die neue Behandlung eingesetzt werden kann. So können meistens auch ältere oder multimorbide Patienten nun auch grundsätzlich für ein Verfahren in Betracht (Indikationsausweitung). Wegen des geringeren Behandlungsrisikos steigt bei den Patienten die Bereitschaft zur Behandlung, die Zahl der Behandlungswilligen wird größer. Insgesamt kommt damit ein größeres Patientenpotenzial für eine Behandlung in Betracht (Mengenausweitung).

Beispiel: Behandlung der koronaren Herzkrankheit:

Die Bypass-Operation als traditionelle Methode ist eine vergleichsweise risikoreiche und komplizierte Operation am offenen Herzen. Sie verursacht Kosten in einer Größenordnung von 15.000 Euro.

Aufgrund der Weiterentwicklungen in der Fiberglastechnologie, der Mikrosteuerungstechnik und der bildgebenden Verfahren, steht seit Ende der siebziger Jahre die Ballondilatation (PTCA) zu Verfügung. Sie erweitert die Herzkranzgefäße mit Hilfe eines Ballonkatheters und ersetzt in vielen Fällen den Bypass. Das Verfahren belastet den Patienten deutlich geringer und erhält die ursprüngliche Anatomie. Die Durchschnittskosten belaufen sich auf 3.300 Euro.

Der angesichts dieser medizinisch-technischen Neuerung eigentlich zu erwartenden Kostenrückgang trat nicht ein. Zu beobachten ist eine massive Mengenausweitung bei der Ballondilatation, ohne dass gleichzeitig die Bypass-Operationen zurückgingen. Von 1979 bis 2002 stieg die Zahl der Ballondilatationen von 250 auf 207.937. Gleichzeitig wurden 1980 in Deutschland 4.887 Bypassoperationen durchgeführt, in 2002 noch 74.695.

(Quellen: Bruckenberger (2004 und 2003); Stanowsky et.al. (2004); SVRiG (1998))

98 Ein Beispiel für eine verbotene Behandlungsmethode ist die Protonentherapie bei Hirnmetastasen. Der G-BA gründete am 16.12.2003 seine Entscheidung mit fehlenden Daten zu klinisch relevanten Endpunkten (www.g-bda.de).

3 Empirische Analyse der Beschäftigungswirkungen unterschiedlich verfasster Gesundheitsmärkte

3.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Nachdem im zweiten Kapitel aus ordnungspolitischer und institutioneller Sicht ein „modernes Krankenversicherungssystem“ entwickelt worden ist, welches sowohl ökonomisch effizient, d.h. knappheits- und präferenzgerecht, als auch solidarisch und somit politisch zustimmungsfähig ist, werden im Folgenden die bislang qualitativ abgeleiteten Beschäftigungseffekte quantifiziert. Hierfür wird ein empirisches Modell spezifiziert, anhand dessen die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor prognostiziert wird. Die konkrete Fragestellung lautet dabei, zu welchen Beschäftigungseffekten verschiedene ordnungspolitische Szenarien, die sich in dem Grad der Umsetzung der vorgeschlagenen Reformmaßnahmen unterscheiden, im Einzelnen führen und welche zusätzlichen Beschäftigungszuwächse sich aus der jeweiligen Deregulierung des Gesundheitswesens gegenüber dem Status-quo ergeben. Der Deregulierungspfad entspricht also der Wegstrecke vom relativ überregulierten Status-quo-Szenario in Richtung des mit den hinreichenden Regulierungen ausgestalteten „liberalen“ Szenarios. Ziel ist es, den in Kapitel 2 abgeleiteten Politik-Optionen in der Ausgestaltung eines Krankenversicherungssystems konkrete, d.h. quantifizierbare Beschäftigungseffekte gegenüberzustellen.

Der quantitativen Analyse wird ein empirischer Befund zur bisherigen Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland vorangestellt, um zugleich eine empirische Referenz als Ausgangs- und Vergleichswert für die Beschäftigungsprognose zu erhalten. Anschließend wird eine Methode dargestellt, mit deren Hilfe die Beschäftigungswirkungen adäquat prognostiziert werden können. Hierbei kommt es darauf an, die zuvor abgeleiteten qualitativen Effekte messbar zu machen, d.h. in empirische Größen zu überführen, die geeignet sind, die jeweiligen theoretischen Größen abzubilden. Abschließend werden auf der Grundlage des zuvor dargestellten Modells die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung für die verschiedenen ordnungspolitischen Szenarien projiziert. Die Projektion wird dabei für die Jahre 2010 und 2020 vorgenommen. Eine weiter in die Zukunft reichende Projektion ist aufgrund sich überlagernder Effekte, insbesondere infolge des ab 2030 signifikanten demographischen Einflusses, in Bezug auf die Validität der Ergebnisse nicht sinnvoll.

3.2 Empirischer Befund zur bisherigen Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen

Die Beschäftigungsentwicklung im deutschen Gesundheitswesen weist in den Jahren 1998 bis 2003 einen positiven Trend auf. So stieg die Anzahl der Beschäftigten in diesem Zeitraum um 106.000 von 4,104 Mio. im Jahr 1998 auf 4,210 Mio. im Jahr 2003 (vgl. Tabelle 4). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 0,51 vH

Tabelle 4: Beschäftigungsentwicklung 1998 - 2003 im Gesundheitswesen

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Beschäftigte im Gesundheitswesen (Tsd.)	4.104	4.096	4.088	4.131	4.185	4.210
Anteil an allen Beschäftigten (vH)	10,5	10,3	10,2	10,3	10,6	10,7
Vollzeitäquivalente (Tsd.)	3.279	3.255	3.231	3.245	3.267	3.283

Quelle: *Statistisches Bundesamt* (2005b)

Ein anderes Bild ergibt sich bei den Vollzeitäquivalenten. Bei Umrechnung der absoluten Anzahl der Beschäftigten, d.h. einschließlich aller Teilzeitarbeitsplätze, in Vollzeitarbeitsplätze stieg die Beschäftigung im gleichen Zeitraum um nur 4.000 Arbeitsplätze.

Diese Differenz zwischen der absoluten Anzahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen und den entsprechenden Vollzeitäquivalenten macht eine genauere Betrachtung der Beschäftigungsstruktur im Gesundheitswesen erforderlich. Für 2003 ergibt sich dabei folgende Struktur, wie Tabelle 5 zeigt:

Tabelle 5: Beschäftigung im Gesundheitswesen nach Art und Einrichtung (2003, in Tsd.)

	Insgesamt	Davon Teilzeit	Frauen	Davon Teilzeit
Einrichtungen insgesamt	4.210	1.227	3.020	1.125
Gesundheitsschutz	45	9	22	7
Ambulante Einrichtungen	1.737	476	1.310	443
Stationäre Einrichtungen	1.773	624	1.372	579
Rettungsdienste	47	8	17	6
Verwaltung	214	39	98	31
Sonstige Einrichtungen	98	22	59	19
Vorleistungsindustrien	296	49	142	40

Quelle: *Statistisches Bundesamt* (2005b)

Es wird deutlich, dass der Anteil der Teilzeitarbeit im Gesundheitswesen mit knapp 30 vH außerordentlich hoch ist. Des Weiteren ist der Anteil der Frauen an den Beschäftigten mit ca.

70 vH ebenfalls sehr hoch. Fast 92 vH der Teilzeitarbeitsplätze im Gesundheitswesen entfallen dabei auf Frauen; jeder vierte Beschäftigte im Gesundheitswesen ist somit weiblich und teilzeitbeschäftigt. Spricht man über zukünftige Arbeitsmärkte, dann kommt dem Gesundheitswesen nicht nur als personalintensive Dienstleistungsbranche, sondern zugleich auch im Zuge des so genannten „gender-mainstreaming“ und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen eine besondere Rolle zu. Was die Einrichtungen betrifft, so machen die ambulanten und stationären Einrichtungen jeweils ca. 40 vH der Gesundheitsausgaben aus. Die Gesundheitsausgaben selbst sind im gleichen Zeitraum nominal deutlich gestiegen, wie sich aus nachstehender Tabelle 6 entnehmen lässt:

Tabelle 6: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1998 - 2003

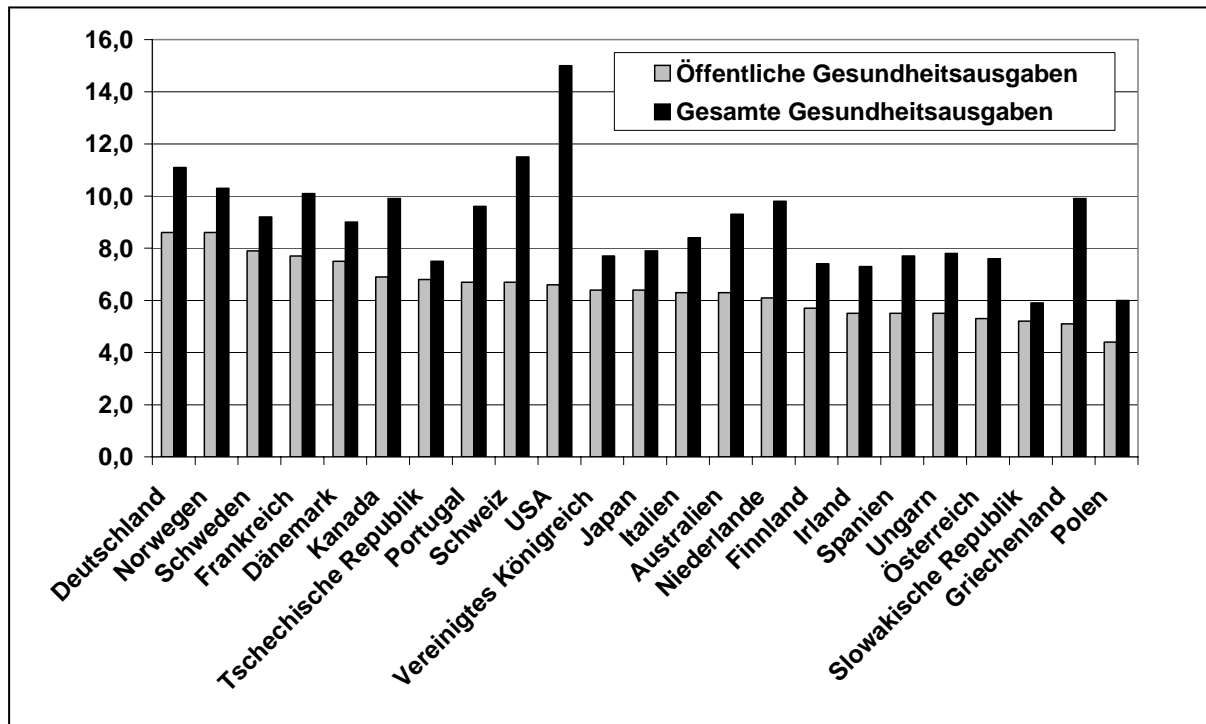
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gesundheitsausgaben (Mio €)	208.445	214.270	218.784	227.788	234.967	239.703
Davon öffentlich (vH)	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5	78,2
Anteil am BIP (vH)	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1

Quelle: *OECD Health Data 2005*

Die nominalen Gesundheitsausgaben sind demzufolge mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von ca. 2,83 vH gestiegen. Was den Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP betrifft, so ist dieser um 0,5 Prozentpunkte auf nunmehr 11,1 vH gestiegen; im Vergleich zu anderen volkswirtschaftlichen Sektoren ist das Gesundheitswesen damit überproportional gewachsen.

Der Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben liegt im Durchschnitt der Jahre 1992 bis 2003 bei ca. 78,6 vH. Im internationalen Vergleich (vgl. Abbildung 12) zeigt sich für 2003, dass Deutschland mit 11,1 vH hinter der Schweiz mit 11,5 vH und den USA mit 15,0 vH auf Platz drei der OECD-Länder beim Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP liegt. Zugleich ist der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland mit 8,6 vH neben Norwegen einer der höchsten. Dies entspricht einem Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben von ca. 78,2 vH für Deutschland.

Abbildung 12: Öffentliche und gesamte Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (in vH des BIP im Jahr 2003)



Quelle: OECD Health Data 2005

3.3 Projektion der Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen unter alternativen Szenarien

3.3.1 Methodik

Eine Prognose über die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor ist mit vielfältigen methodischen Problemen behaftet. Zum einen ist die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor das Resultat verschiedener Nachfrage- und Angebotsdeterminanten auf vielen unterschiedlichen Leistungs- und Arbeitsmärkten im Gesundheitswesen. Diese können daher nicht ohne weitere Annahmen eindeutig identifiziert und in ihrem Einfluss isoliert geschätzt werden. Dies gilt umso mehr, als der Gesundheitssektor durch eine starke und komplexe Regulierung gekennzeichnet ist, deren Effekte sich teilweise überlagern, und insofern das Gesundheitswesen nicht oder nur sehr eingeschränkt als „Markt“ im ökonomischen Sinne zu behandeln ist. Aus diesem Grund sind für die empirische Analyse die verschiedenen Teilmärkte und –einflüsse zu aggregieren; zwar gehen auf diese Weise In-

formationen verloren, andererseits werden durch die hierdurch gewonnene Reduktion an Komplexität gravierende methodische Probleme umgangen.

Ein weiteres Problem methodischer Art besteht darin, dass die Wachstums- und insbesondere die Beschäftigungswirkungen einer Deregulierung des Gesetzlichen Krankenversicherungssystems *ex ante* nur schwer zu prognostizieren sind, da – anders als bei einer *ex-post*-Analyse – noch keine Daten vorliegen, anhand derer die Deregulierungseffekte isoliert geschätzt werden könnten.⁹⁹ Folglich müssen bei einem ordnungspolitischen Regimewechsel zusätzliche theoretische Vorinformationen bzw. Annahmen über die Wirkungsrichtung der jeweiligen Maßnahmen zur quantitativen Abschätzung ihrer Effekte in die empirische Analyse einfließen. Dieses Problem wird dadurch verstärkt, dass die in Kapitel 2 abgeleiteten mikroökonomischen Reformmaßnahmen durch makroökonomische Variablen approximiert und dadurch operationalisierbar gemacht werden müssen. Hiermit ist wiederum ein unvermeidliches Aggregationsproblem bei dem Wechsel von der theoretischen auf die empirische Ebene verbunden.

Es stellt sich deshalb vor diesem Hintergrund – nämlich dem Problem einer Out-of-sample-Projektion der Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor unter einem veränderten ordnungspolitischen Regime – die Frage nach einer adäquaten Methode. In der Literatur existiert bereits eine Reihe von ökonometrischen Untersuchungen über die makroökonomischen Bestimmungsgrößen der Gesundheitsausgaben. Auf der Nachfrageseite werden als die wesentlichen makroökonomischen Determinanten der Gesundheitsausgaben das volkswirtschaftliche Einkommen und die demographische Entwicklung und auf der Angebotsseite der medizinisch-technische Fortschritt und verschiedene institutionelle Variablen genannt. Verschiedene Querschnitts-, Zeitreihen- und Panel-Analysen bilden dabei das methodische Spektrum an Untersuchungen. Die Ergebnisse sind indes wenig robust in Bezug auf die Spezifikation des zugrunde liegenden empirischen Modells. So gibt es eine Vielzahl von Schätzungen einzelner Parameter, die insgesamt keine eindeutige und gesicherte, d.h. signifikante empirische Evidenz in Bezug auf die Wirkungsrichtung von Variablen und ihrer Größenordnung zulassen und insofern nicht zweifelsfrei zu identifizieren sind.¹⁰⁰

Aufgrund der erläuterten methodischen Probleme wird in der folgenden Analyse ein aggregiertes Simulationsmodell verwendet, das im Folgenden entwickelt wird. Anschließend wer-

99 Dies meint, dass es bisher - anders als bspw. für den Telekommunikationssektor - keine messbaren Erfahrungen gibt, wie Deregulierung im Gesundheitswesen wirkt.

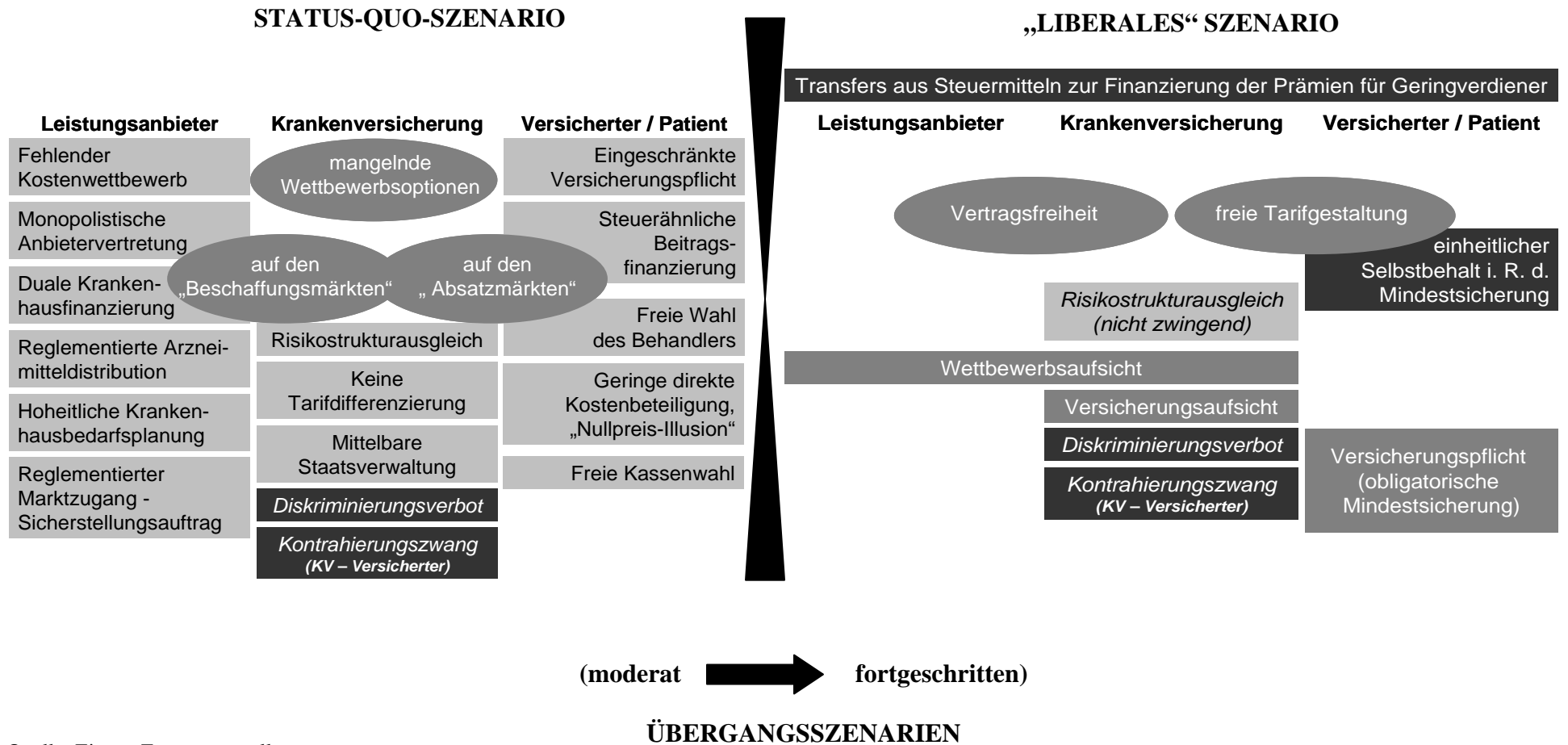
100 Einen Überblick über die wichtigsten ökonometrischen Untersuchungen geben *Docteur, E. / Oxley, H., Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD, Economics Department Working Papers Nr. 374 (2003), S. 70 ff. Für Deutschland haben *Breyer, Friedrich / Ulrich, Volker* (2000) eine Untersuchung durchgeführt.

den verschiedene ordnungspolitische Szenarien definiert und schließlich auf der Grundlage empirischer Daten kalibriert und berechnet. Ziel ist es, einen Korridor anzugeben, innerhalb dessen sich die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen bei alternativer ordnungspolitischer Ausgestaltung bewegt. Aus methodischer Sicht weist diese Vorgehensweise gegenüber vergleichbaren Studien (vgl. Tabelle 1) den Vorteil auf, dass mit Hilfe eines Simulationsmodells nicht nur der Status-quo, sondern auch alternative ordnungspolitische Szenarien abgebildet werden kann. Einschränkend ist aber an dieser Stelle zu erwähnen, dass zur Projektion der Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen nichtsdestotrotz z.T. starke Ceteris-paribus-Annahmen über bestimmte Wirkungszusammenhänge getroffen werden müssen. So ist etwa die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen nicht allein von der Wachstumsentwicklung in diesem Sektor abhängig, sondern z.B. auch von den Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt. Insofern wird mit der vorliegenden Analyse eine Potenzialschätzung der zukünftigen Arbeitsnachfrage im Gesundheitswesen gegeben. Dennoch erlaubt ein solches Simulationsmodell eine quantitative Abschätzung der Wachstums- und Beschäftigungseffekte verschiedener ordnungspolitischer Szenarien, die durch eine schrittweise Senkung des staatlichen Einflusses (Deregulierung) auf das Krankenversicherungssystem modelliert werden. Qualitativ spiegelt sich dies in einem Maßnahmenkatalog zur schrittweisen Deregulierung des Krankenversicherungssystems wider, quantitativ wird der sinkende staatliche Einfluss auf das Krankenversicherungssystem durch eine Senkung des Anteils öffentlicher Gesundheitsausgaben abgebildet.

3.3.2 Ordnungspolitische Szenarien des Gesundheitswesens

Mit dem „liberalen“ und dem „Status-quo-Szenario“ stehen sich zwei Extrempositionen einander gegenüber, die zusammenfassend noch einmal in der Abbildung 13 illustriert sind. Beide Szenarien markieren gewissermaßen den Raum möglicher Reformen, die zu einer knappheits- und präferenzgerechten Steuerung auf den Gesundheitsmärkten führen. Da aber kein funktionaler Zusammenhang zwischen den mikroökonomisch begründeten Ordnungsfragen auf der einen Seite und den makroökonomischen Schätzgrößen auf der anderen Seite besteht, können „Übergangsszenarien“, die zum jetzigen Zeitpunkt realisierbare Reformschritte skizzieren sollen, nur unter Plausibilitätsannahmen abgeleitet werden.

Abbildung 13: Extremszenarien eines Krankenversicherungssystems im Vergleich (Status-quo- versus „liberales“ Szenario)



Quelle: Eigene Zusammenstellung

In zwei Varianten sollen nun „Übergangsszenarien“ skizziert und im weiteren Verlauf in die Schätzung von Beschäftigungspotenzialen einbezogen werden. Damit ist jedoch nicht gesagt, dass solche Übergangsszenarien nicht dauerhaft günstige Ergebnisse zeitigen können. Es ist auch denkbar, dass aufgrund der Präferenzen der Bürger weitergehende Reformschritte zur Realisierung des „liberalen Szenarios“ unerwünscht sind und demzufolge eines der Übergangsszenarien als erstrebenswerte Referenz angesehen wird. Der Begriff des „Übergangsszenarios“ soll hier nur deutlich machen, dass es sich um graduelle Veränderungen des Status-quo-Szenarios hin zu einem stärker marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen handelt. **Sozialpolitische Erwägungen werden dabei nicht geopfert, haben die zur Realisierung sozialpolitischer Ziele notwendigen und hinreichenden Bedingungen doch bereits Eingang in das „liberale Szenario“ gefunden.**

Vorrang sollen zunächst jene Reformfelder genießen, die unmittelbar auf die Kosten der Leistungserstellung Einfluss haben respektive zu einem erhöhten Wettbewerbsdruck auf den Leistungsmärkten, mit der Folge von Effizienzgewinnen, führen könnten.¹⁰¹ Die mit der Finanzierung verbundenen Fragen einer gerechten Beitragsbelastung werden nicht tangiert, die Finanzierungsmodalitäten der GKV bleiben zunächst unverändert – auch mit Blick auf die politisch bisher ungeklärten Fragen, die mit den Alternativen der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie verbunden sind. Wie in den vorangegangenen Überlegungen gezeigt werden konnte, ist in einem beitragsfinanzierten System, in dem parallel Risikoausgleich und Einkommensumverteilung angelegt sind, ein Risikostrukturausgleich notwendig. Dieser soll allerdings auf der Grundlage der in Kapitel 2.4.3 abgeleiteten Kriterien vorgenommen werden. Darüber hinaus bleibt die Zweiteilung in ein GKV- und ein PKV-System vorläufig erhalten. Auf der Leistungsseite stehen dagegen jene Reglementierungen zur Disposition, die sich in der Ableitung des „liberalen Szenarios“ als wettbewerbshemmend erwiesen haben.

101 Dieses Vorgehen folgt der Diagnose, dass die gesetzliche Krankenversicherung vorrangig unter einem überproportionalen Ausgabenwachstum leidet, vgl. dazu *Pimpertz, Jochen* (2003b), S. 24-34.

Das „Übergangsszenario (moderat)“ beschreibt einen möglichen Einstieg in eine stärker wettbewerbsorientierte und preisgesteuerte Lenkung auf Gesundheitsmärkten:

- *Einstieg in den Vertragswettbewerb zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern.*
 - *Dazu sind konkurrierende Anbieterinteressenvertretungen zuzulassen,*
 - *einzelne Krankenversicherer können sich frei in Verbänden organisieren oder von den Vereinbarungen ihrer Spitzenorganisationen abweichen.*
- *Einstieg in differenzierte Tarifangebote.*
 - *Dazu sind Differenzierung im Beitragsrecht nach der präferierten Versorgungsform, z.B. in Form von Beitragsrabatten (Tarife für freie Arzt- und Krankenhauswahl) vorzusehen.*
- *Liberalisierung der Arzneimitteldistribution.*
- *Beschränkung des Risikostrukturausgleichs.*
- *Einstieg in ein wettbewerblich gesteuertes Fallpauschalensystem in der klinischen Versorgung.*
 - *Dazu bedarf es einer umfassenden Einführung von Fallpauschalen zur Entlohnung stationär erbrachter Leistungen.*
 - *Die Budgetierung sollte mittelfristig aufgehoben und*
 - *der Basisfallwert frei zwischen Krankenversicherern und Klinikbetreibern ausgehandelt werden.*
 - *Darüber hinaus ist die institutionelle Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen aufzuheben.*

Begleitend sollten die Selbstbehalte im Rahmen des obligatorisch zu versichernden Leistungskatalogs einheitlich für alle Versicherten erhöht werden, um das Kostenbewusstsein der Nachfrager zu schärfen. Auch wenn im Rahmen der hier abgeleiteten Ordnungsprinzipien eine zumindest begrenzt freie Wählbarkeit von Selbstbehalttarifen nicht begründet werden konnte, ließen sich die Kostenverantwortung der Versicherten und damit die Effizienz auf den Versicherungsmärkten eben dadurch stärken. Ein solcher Schritt impliziert allerdings, dass die Konsumentenpräferenzen respektive Wahlrechte höher bewertet werden als im Status-quo-Szenarios. In der Folge wären entsprechende Abstriche beim Umfang des Solidarausgleichs innerhalb der GKV hinzunehmen.

Das „Übergangsszenario (fortgeschritten)“ beschreibt weitere Reformen, den einmal eingeschlagenen Weg zu marktwirtschaftlichen Steuerungsprinzipien zu vertiefen. Zum Beispiel:

- *Präferenzgerecht beschränkte Auswahl an Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.*
 - *Den Krankenversicherern kann die Möglichkeit eröffnet werden, das tarifliche Leistungsversprechen bei den Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung präferenzgerecht zu gestalten – etwa im Hinblick auf die Arzneimittelbeschaffung und -distribution oder die Beschränkung der Leistungszusage zum Beispiel auf Generika.*
- *Aufgabe der dualen Krankenhausfinanzierung und der staatlichen Krankenhausplanung.*
 - *Beides bedarf der Vernetzung mit weiteren Politikfeldern. Wenn etwa die Krankenhausinfrastruktur aus Beitrags- statt aus Steuermitteln finanziert werden soll, also die Finanzierungslasten vom Steuer- auf den Beitragszahler verlagert werden, dann muss dieser Schritt durch eine Steuerreform begleitet werden, um eine entsprechende Entlastung der Steuerzahler sicher zu stellen.*
 - *Ebenso erfordert die Abkehr von der hoheitlichen Krankenhausplanung eine entsprechende Beschränkung der legislativen und administrativen Kompetenzen und muss letztlich auch in einer Reform des Finanzausgleichs zwischen der Gebietskörperschaften Berücksichtigung finden.*

Aufgrund des fehlenden funktionalen Zusammenhangs zwischen einzelnen Reformelementen und deren Auswirkungen auf makroökonomische Größen kann auch der Katalog vertiefender Reformschritte nicht abschließend definiert werden oder aufgrund anderer Plausibilitätsüberlegungen alternativ gefasst werden. Entscheidend ist, dass mit der Vertiefung der Reformen ein steigender Grad an wirtschaftlichen Entscheidungsfreiheiten und Verantwortungen der betroffenen Akteure verbunden ist.

Box 4: Ordnungspolitischer Systemwechsel und „J-Kurven-Effekt“

Modelliert man einen Übergang vom Status-quo-Szenario zum Übergangsszenario, dann kann für die Übergangsphase ein so genannter „J-Kurven-Effekt“ bei der Beschäftigungsentwicklung vermutet werden. Ausgehend von der These, dass im Status-quo-Szenario der mangelnde Kostenwettbewerb zum Aufbau von Überkapazitäten und zum Schutz ineffizienter (personalintensiver) Angebotsstrukturen geführt hat, muss damit gerechnet werden, dass infolge des „Markttests“ zunächst Beschäftigung abgebaut wird. Es ist ökonomisch gewünscht und für die Gesamtwohlfahrt letztlich positiv, dass ineffiziente Strukturen den „Markttest“ nicht überleben. Es kann zunächst zu einem Beschäftigungsrückgang im Bereich des gesetzlichen Leistungskatalogs kommen. Die Frage aber ist, ob dieser im weiteren Zeitablauf nicht überkompensiert wird. Denn insgesamt werden die gleichen Leistungen effizienter, also günstiger angeboten, da das Kostenniveau für bisher ineffizient bereit gestellte Leistungen sinkt. Bei gegebenem Haushaltsbudget können somit gleiche Leistungen preiswerter konsumiert werden. Den Versicherten verbleibt bei unverändertem Gesundheitsschutz mehr Einkommen zur Verfügung. Wichtig ist außerdem, darauf hinzuweisen, dass im Status-quo private Nachfrage durch staatliche verdrängt wird, für die aufgrund des Kostendrucks jedoch institutionelle Budgetrestriktionen auferlegt werden. Diese führen jedoch zu einer, da nicht den Präferenzen der Versicherten entsprechend, ineffizienten Beschränkung der Gesundheitsausgaben.

*Gleichzeitig ist empirisch nachgewiesen, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit jedem zusätzlichen verfügbaren Einkommen überproportional steigt – die Ökonomen sprechen von einer Einkommenselastizität der Nachfrage von größer eins. Dieser Effekt setzt Mittel frei, die - begründet durch die Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von größer eins - wieder ins Gesundheitssystem fließen und zu einer **Erhöhung der Gesamtnachfrage auf den Gesundheitsmärkten** führen. Damit nimmt das relative Gewicht der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen ab, wobei aber durchaus möglich ist, dass durch die gesetzlichen Krankenkassen auch zusätzliche Leistungspakete abgesichert werden. Während also die Bedeutung des gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsumfangs sinkt, kann der Marktanteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen über das Zusatzversicherungsgeschäft wachsen. Daraus resultiert in der mittleren Frist eine Beschäftigungsnachfrage, die den „J-Kurven-Effekt“ überkompensiert. Das deutsche Gesundheitswesen kennt schließlich nicht nur Überkapazitäten, sondern auch Bereiche der Unterversorgung, z.B. im Transplantationsbereich (nicht ausgeschöpftes Potenzial an Spenderorganen). Deregulierung in Richtung eines modernen Krankenversicherungssystems kann hier zu Effekten in beiden Richtungen - nicht nur Abbau von Überkapazitäten und damit mehr Effizienz im System, sondern auch Marktausweitung - führen.*

***Fazit:** Dass es in der Umstellungsphase zu Strukturbrüchen kommen kann, ist nicht auszuschließen. Allerdings darf man bereits kurzfristig mit dem Einsetzen des positiven Beschäftigungstrends rechnen. Aufgrund der hohen Einkommenselastizität der Nachfrage ist die Kompensation des „J-Kurven-Effekts“ bereits in der Übergangsphase möglich. Es sei darauf hingewiesen, dass sich der „J-Kurven-Effekt“ immer weiter in die Zukunft verschiebt und sich somit die Wachstums- und Beschäftigungseffekte verzögern, je später mit den entsprechenden Deregulierungsmaßnahmen begonnen wird.*

3.3.3 Ein sektorales Simulationsmodell

Um die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen zu prognostizieren, wird an dieser Stelle ein Simulationsmodell entwickelt, welches anschließend für die verschiedenen ordnungspolitischen Szenarien kalibriert und berechnet wird. Für die Analyse der Beschäftigungswirkungen, die durch ein „modernes Krankenversicherungssystem“ auf den gesamten Gesundheitsmarkt induziert werden, ist der Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben von zentraler Bedeutung, da die Frage der Finanzierung in Bezug auf die jeweiligen Ausgabenträger entscheidend für die Einkommens- und Substitutionseffekte sind, die durch eine Änderung der staatlichen Regulierung im Gesundheitswesen auf Seiten der Patienten und Versicherten ausgelöst werden. Öffentliche Gesundheitsausgaben sind regulierungs- und interventionsbedingt. **Der Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben kann daher als Proxy-Variable für die Regulierungsdichte im Gesundheitswesen und die Verdrängung privater Gesundheitsnachfrage, die eine höhere Einkommenselastizität als die staatliche aufweist, betrachtet werden.**

Vereinfachend lässt sich der Gesundheitsmarkt dabei in einen Versicherungsmarkt und einen Nicht-Versicherungsmarkt unterteilen, die über die jeweilige institutionelle Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Beziehung zueinander stehen. Gleiches gilt für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben, die sowohl öffentlich als auch privat sein kann sowie Mischformen enthalten kann. Eine Unterscheidung nach Gesundheitseinrichtungen, z.B. in ambulante und stationäre Einrichtungen, ist an dieser Stelle ausdrücklich nicht zielführend, da diese selbst einem möglichen Veränderungsprozess infolge institutioneller Reformen unterliegen können und folglich nicht exakt prognostizierbar sind.

In einer Matrix lässt sich diese Unterscheidung wie folgt veranschaulichen (Tabelle 7):

Tabelle 7: Schema des „Gesundheitsmarktes“ und seiner Finanzierung

Finanzierung	Gesundheitsmarkt	
	„übrige“ Gesundheitsmärkte	Versicherungsmarkt
Öffentlich (öffentliche Haushalte, Parafisci etc.)	Öffentliche „Gesundheitsinfrastruktur“: Bäder, Sportplätze Und andere öffentliche Güter	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
Privat (private Haushalte, Unter- nehmen etc.)	Private Vorsorge, Wellness, Ernährung, Fitness, gesundheits-relevante Freizeit- wirtschaft	Private Krankenversicherung (PKV)

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Für 2003 ergibt sich in Deutschland für die vier Segmente folgende Verteilung der Gesundheitsausgaben (Tabelle 8):¹⁰²

Tabelle 8: Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Marktsegment und Finanzierungsart (2003, in Mio. Euro und in vH)

<i>Finanzierung</i>	<i>Gesundheitsmarkt</i>		<i>Summe</i>
	<i>übrige Gesundheitsmärkte</i>	<i>Versicherungsmarkt</i>	
<i>Öffentlich</i>	43.726 (18,2%)	136.031 (56,7%)	179.757 (75,0%)
<i>Privat</i>	39.332 (16,4%)	20.612 (8,6%)	59.944 (25,0%)
<i>Summe</i>	83.058 (34,6%)	156.643 (65,4%)	239.703 (100,0%)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b)

Eine Veränderung der institutionellen Ausgestaltung des Gesundheitsmarktes führt nun über Einkommens- und Substitutionseffekte zu Verschiebungen der Gesamtgesundheitsausgaben zwischen den vier Segmenten. Zwei Fragen ergeben sich dabei im Zusammenhang mit einem institutionellen Regimewechsel im Gesundheitswesen:

1. Wie verändert sich die **relative Größe** zwischen den vier Segmenten?
2. Wie verändert sich die **absolute Höhe** der gesamten Gesundheitsausgaben?

Da – wie bereits oben erläutert – die Wirkungsrichtung und –höhe der Einkommens- und Substitutionseffekte infolge einer institutionellen Veränderung des Gesundheitswesens nicht abschätzbar sind, soll im Folgenden nur die Frage der Finanzierung, d.h. öffentlich oder privat, in Bezug auf die Höhe der Gesundheitsausgaben und der daraus abgeleiteten Beschäftigungswirkungen im Rahmen der empirischen Analyse näher untersucht werden. Hierzu müssen zunächst die Ausführungen aus Kapitel 2 direkt in einzelne ordnungspolitische Szenarien mit unterschiedlichem Deregulierungsgrad transformiert werden (vgl. Abschnitt 3.3.4), um auf diese Weise eine Operationalisierung der theoretischen Argumentation für die empirische Analyse zu erhalten. Ausgehend von einer gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgabenfunktion, die als Determinanten der Gesundheitsnachfrage das Einkommen und die demographi-

¹⁰² Vgl. Abbildung 5, in der die Gesundheitsausgaben nach ihren Ausgabenträgern dargestellt werden. Der in Tabelle 8 ausgewiesene Wert der öffentlichen Gesundheitsausgaben von ca. 75 v.H. weicht von dem in Tabelle 6 (78,2 v.H.) insofern ab, als die methodische Abgrenzung der Gesundheitsausgaben nach der Systematik des Statistischen Bundesamtes bzw. der Gesundheitsausgabenrechnung und jener der OECD (System of Health Accounts) unterschiedlich ist. Im weiteren Verlauf wird aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit der OECD-Wert verwendet.

sche Entwicklung und auf der Angebotsseite den medizinisch-technischen Fortschritt und die institutionellen Rahmenbedingungen enthält, lässt sich das Modell formal wie folgt schreiben:

$$\hat{G} = \underbrace{[\psi \cdot \eta_{G,Y}^{öffentlich} + (1 - \psi) \eta_{G,Y}^{privat}]}_{\eta_{G,Y}^{gesamt}} \hat{Y} + \beta, \quad (1)$$

wobei:

β : konstanter Parameter des medizinisch-technischen Fortschritts

ψ : Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben

\hat{G} : Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben

\hat{Y} : Wachstumsrate des gesamtwirtschaftlichen Einkommens

$\eta_{G,Y}^{öffentlich}$: Einkommenselastizität der öffentlichen Gesundheitsausgaben

$\eta_{G,Y}^{privat}$: Einkommenselastizität der privaten Gesundheitsausgaben.

Die gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität ($\eta_{G,Y}^{gesamt}$) setzt sich in Gleichung (1) also aus einer gewichteten Summe der einzelnen Elastizitäten zusammen, wobei zwischen öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben unterschieden wird; ψ gibt dabei den Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben an und kann – wie bereits an anderer Stelle erwähnt – als institutioneller Parameter interpretiert werden, der die Höhe staatlicher Regulierung im Gesundheitswesen misst. Für den medizinisch-technischen Fortschritt wird ferner angenommen, dass dieser sich aufgrund neuer innovativer Produkte und größerer Produktvielfalt als positiver konstanter Trend ($\beta > 0$) auf die Gesundheitsausgaben auswirkt. Dennoch ist auf die grundsätzliche Ambivalenz des technischen Fortschritts v.a. in der Medizintechnik und im Pharmabereich hinzuweisen (vgl. die Ausführungen in Kapitel 2.6). So kann dieser entweder kosten- oder effizienzsteigernd und somit verschieden, d.h. steigernd oder senkend auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben wirken.

Die grundsätzliche Idee des Modells besteht darin, die gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben in eine private und eine öffentliche Einkommenselastizität zu disaggregieren, um auf diese Weise über den Parameter ψ den Einfluss staatlicher Re-

gulierung auf die Höhe der Gesundheitsausgaben abzubilden.¹⁰³ Durch Variation von ψ können somit Deregulierungseffekte im Rahmen dieses Modells simuliert werden. Nicht modelliert wird hingegen der Anpassungspfad zu dem neuen „Gleichgewicht“. **Mit Blick den beschriebenen möglichen „J-Kurven“-Effekt eines ordnungspolitischen Systemwechsels (vgl. Box 4, S. 97) ist jedoch anzumerken, dass dieser sich immer weiter in die Zukunft verschiebt und sich somit die Wachstums- und Beschäftigungseffekte verzögern, je später mit den entsprechenden Deregulierungsmaßnahmen begonnen wird.**

Entsprechend dieser Modell-Spezifikation sollen die Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP (hier als gesamtwirtschaftliche Einkommensgröße verwendet), der absolute Beschäftigungszuwachs im Gesundheitswesen und die Entwicklung des relativen Beschäftigungsbeitrags des Gesundheitswesens zur gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung berechnet werden.

Die Veränderung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP, hier mit γ bezeichnet, berechnet sich dabei aus:

$$d\gamma_t = \frac{G_0}{Y_0} (\hat{G}_t - \hat{Y}_t), \quad (2)$$

Der absolute Beschäftigungszuwachs im Gesundheitswesen (dL_G) ergibt sich gemäß folgender Gleichung dann als

$$dL_{G_t} = L_{G_0} (\hat{G}_t - \alpha_G), \quad (3)$$

wobei α_G die Veränderungsrate der Arbeitsproduktivität im Gesundheitssektor bezeichnet.

Die Veränderung des relativen Beschäftigungsbeitrags des Gesundheitswesens zur gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung (θ) ergibt sich aus:

$$d\theta_t = \frac{L_{G_0}}{L_{Y_0}} [(\hat{G}_t - \hat{Y}_t) + (\alpha_Y - \alpha_G)], \quad (4)$$

103 Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich bei der Einkommenselastizität grundsätzlich um ein mikroökonomisches Konzept handelt, welches sich aufgrund des Aggregationsproblems nicht ohne zusätzliche Annahmen auf die Makroebene übertragen lässt; da die Elastizität ein Punktmaß ist, also an einer bestimmten Stelle einer Funktion gilt, ist eine Extrapolierung entlang des Einkommenspfades nur approximativ möglich. Darüber hinaus wird für den „Extrapolierungshorizont“ Konstanz der Einkommensverteilung angenommen.

wobei α_Y den gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt bezeichnet.

Für das hier entwickelte Simulationsmodell werden nun für verschiedene ordnungspolitische Szenarien die Wachstums- und Beschäftigungseffekte der entsprechenden Deregulierung des Gesundheitswesens berechnet. Zuvor jedoch müssen die verschiedenen Szenarien definiert und anschließend entsprechend den Parametern des Modells kalibriert werden, d.h. es müssen diesen aufgrund empirischer Plausibilitätsüberlegungen konkrete Werte zugewiesen werden.

3.3.4 Kalibrierung der Szenarien

Die Kalibrierung des Modells erfordert zunächst eine empirisch begründete Abschätzung der relevanten Einkommenselastizitäten, da die Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Ausgabenanteilen als Maß für die Regulierungsdichte im Gesundheitswesen dienen soll. Die jeweiligen Elastizitäten lassen sich empirisch aus den Daten der nachstehenden Tabelle 9 bestimmen, wobei hier die realen, d.h. preisbereinigten Größen maßgeblich sind.

Tabelle 9: Gesundheitsökonomische Kennzahlen für Deutschland (in Mio. Euro und BIP-Preisen von 2000)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
BIP	1.802.861	1.783.312	1.825.113	1.856.627	1.870.932	1.897.020	1.934.042
Gesundheits-	178.481	177.313	185.727	196.119	203.344	203.258	205.404
Ausgaben							
Öffentlich	144.460	142.197	149.038	157.920	163.833	160.536	161.362
Privat	34.021	35.116	36.689	38.199	39.509	42.721	44.042

	1999	2000	2001	2002	2003	WR
BIP	1.973.666	2.030.000	2.046.980	2.048.707	2.046.149	1,16
Gesundheits-	210.159	215.432	220.775	224.180	226.251	2,18
Ausgaben						
Öffentlich	164.944	169.248	173.064	176.113	176.970	1,86
Privat	45.215	46.184	47.710	48.067	49.281	3,43

Quelle: *OECD Health Data 2005*

Aus der Gleichung

$$\frac{\hat{G}}{\hat{Y}} = \psi \frac{\hat{G}_{\text{öffentlich}}}{\hat{Y}} + (1 - \psi) \frac{\hat{G}_{\text{privat}}}{\hat{Y}} \quad (5)$$

bzw.

$$\eta_{G,Y}^{\text{gesamt}} = \psi \cdot \mu_{G,Y}^{\text{öffentlich}} + (1 - \psi) \cdot \eta_{G,Y}^{\text{privat}} \quad (6)$$

erhält man empirische Durchschnittswerte für die Periode 1992-2003, sofern ein autonomer Wachstumstrend bei den Gesundheitsausgaben von $\beta = 0,0065$ angenommen wird, unter dem alle angebotsseitigen Effekte subsumiert werden. Mit diesen Werten wird das Status-quo-Szenario wie folgt kalibriert:

Status-quo-Szenario

Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben: $\psi = 0,79$

Rate des medizinisch-technischen Fortschritts: $\beta = 0,0065$

Öffentliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{\text{öffentlich}} = 1,04$

Private Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{\text{privat}} = 2,40$

Gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{\text{gesamt}} = 1,32$.

Es zeigt sich, dass die Einkommenselastizität der öffentlichen Gesundheitsausgaben deutlich geringer ist als die Einkommenselastizität der privaten Gesundheitsausgaben und in der Nähe von eins liegt, was einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der öffentlichen Haushalte und insbesondere der GKV entspricht. Damit wird auch klar, dass ein ordnungspolitischer Systemwechsel hin zu mehr privaten Gesundheitsausgaben für ein schnelleres Wachstum und somit mehr Beschäftigung im Gesundheitssektor sorgen kann. Vereinfacht ausgedrückt: Zusätzliches Einkommen privater Haushalte, z.B. durch Reduzierung der gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge führt zu höheren gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben. Zusätzliches Einkommen der öffentlichen Haushalte (= Beitragseinnahmen in der GKV) dagegen lässt die gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben kaum steigen.

Die auf diese Weise für Deutschland ermittelten Werte erhalten durch die Ergebnisse einer Regressionsanalyse für die betrachtete Periode 1992 bis 2003 zusätzliche empirische Evidenz. Die Ergebnisse lauten dabei wie folgt:¹⁰⁴

$\hat{G} = 1,37 \cdot \hat{Y} + 0,0065$ <p style="text-align: center; margin: 0;">(7,53**) (1,08)</p>	$R^2(adj.) = 0,84$	(RS I)
--	--------------------	--------

Eine alternative Spezifikation, die den Einfluss des Anteils staatlich finanzierter Gesundheitsausgaben berücksichtigt, liefert folgendes Ergebnis:

$\hat{G} = 0,66 \cdot \hat{Y} + 1,82 \cdot \hat{\psi} + 0,0196$ <p style="text-align: center; margin: 0;">(2,98*) (3,78**) (3,73**)</p>	$R^2(adj.) = 0,93$	(RS II)
---	--------------------	---------

Wie sich zeigt, weist der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben einen signifikanten positiven Einfluss auf die Gesundheitsausgaben auf. Dieses Ergebnis ist jedoch insofern irreführend, als hier der Einfluss des zugrunde liegenden institutionellen Regimes des Gesundheitswesens „mitgeschätzt“ wird. Bei einer hohen Regulierung und Rigidität des Gesundheitswesens und einer entsprechend kurzfristig unelastischen Anpassungsreaktion seitens der privaten Konsumenten führt eine Veränderung staatlicher „Politik-Parameter“ zu großen Veränderungen der staatlichen und folglich auch der gesamten Gesundheitsausgaben. Aus diesem Grund soll die Regressionsschätzung I als Grundlage für die Kalibrierung des Simulationsmodells dienen. Wie sich zeigt, entspricht die dort geschätzte Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben von 1,37 näherungsweise dem aus Tabelle 6 ermitteltem Wert.¹⁰⁵

Die in Abschnitt 3.3.2 formulierten ordnungspolitischen Szenarien müssen nun entsprechend dem oben entwickelten empirischen Modell kalibriert und hinsichtlich ihrer quantitativen Beschäftigungswirkungen untersucht werden. Durch Variation des Anteils der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben ψ und des autonomen Wachstumstrends β werden die entsprechenden Szenarien spezifiziert. Für das „Übergangsszenario“ werden dabei die Parameterwerte stufenweise für eine „moderate“ und eine „fortgeschrittene“ Variante verändert, so dass eine Unter- und eine Obergrenze für die quantitativen Beschäftigungswirkungen angegeben werden kann

104 In Klammern sind die zugehörigen t-Werte angegeben; * bedeutet „signifikant auf dem 5%-Niveau“, ** „signifikant auf dem 1%-Niveau“. Zuvor sind die entsprechenden Zeitreihen auf Stationarität (nach dem ADF-Test) und auf Kointegration (nach dem *Johansen*-Test) überprüft worden. Die Zeitreihen sind demnach nichtstationär und weisen keine Kointegrationsbeziehungen auf. Der Schätz-Ansatz ist daher in den ersten Differenzen der logarithmierten Werte geschätzt worden.

105 Dieser Wert entspricht zugleich näherungsweise dem Ergebnis der Regressionsanalyse von *Reinhardt, Uwe E. et al.* (2002), S. 172.

Das Übergangsszenario in der „moderaten Version“ sieht eine Absenkung des Anteils der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben um 9 Prozentpunkte auf $\psi = 0,70$ vor. Die gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben erhöht sich dadurch von $\eta_{G,Y}^{gesamt} = 1,32$ auf $\eta_{G,Y}^{gesamt} = 1,45$, da die Einkommenselastizität privater Gesundheitsausgaben größer als jene öffentlicher Gesundheitsausgaben ist und nunmehr stärker gewichtet wird. Für den autonomen Wachstumstrend β wird angenommen, dass dieser sich bei einer Absenkung des Anteils öffentlicher Gesundheitsausgaben um zehn Prozentpunkte um einen Prozentpunkt erhöht. Durch Variation dieser beiden Parameter werden sowohl die Nachfrage- als auch die Angebotseffekte einer Deregulierung auf die Gesundheitsausgaben erfasst.

Übergangsszenario („moderate“ Deregulierung)

Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben: $\psi = 0,70$

Rate des medizinisch-technischen Fortschritts: $\beta = 0,0075$

Öffentliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{öffentlich} = 1,04$

Private Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{privat} = 2,40$

Gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{gesamt} = 1,45$

Als drittes Szenario wird eine fortgeschrittene Version des Übergangsszenarios definiert; hierfür wird angenommen, dass $\psi = 0,60$ und $\beta = 0,0085$. In diesem Fall erhöht sich die gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität auf $\eta_{G,Y}^{gesamt} = 1,58$.

Übergangsszenario („fortgeschrittene“ Deregulierung)

Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben: $\psi = 0,60$

Rate des medizinisch-technischen Fortschritts: $\beta = 0,0085$

Öffentliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{öffentlich} = 1,04$

Private Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{privat} = 2,40$

Gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität: $\eta_{G,Y}^{gesamt} = 1,58$

Als „liberales Szenario“ schließlich dient ein „vollständig“ dereguliertes Gesundheitssystem, für das ein Wert von $\psi = 0,50$ bei dem Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben ange-

nommen wird. Die USA, deren Anteil an öffentlichen Gesundheitsausgaben derzeit bei ca. 45 vH liegt, stellen hierfür die empirische, nicht sozialpolitische(!) Referenz dar.

<i>Liberales Szenario („vollständige“ Deregulierung)</i>	
<i>Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben:</i>	$\psi = 0,50$
<i>Rate des medizinisch-technischen Fortschritts:</i>	$\beta = 0,0095$
<i>Öffentliche Einkommenselastizität:</i>	$\eta_{G,Y}^{\text{öffentlich}} = 1,04$
<i>Private Einkommenselastizität:</i>	$\eta_{G,Y}^{\text{privat}} = 2,40$
<i>Gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität:</i>	$\eta_{G,Y}^{\text{gesamt}} = 1,70$

Für diese insgesamt vier ordnungspolitischen Szenarien werden des Weiteren Annahmen in Bezug auf die makroökonomischen Rahmenbedingungen getroffen; so wird für die Simulationsrechnung von einem Einkommenswachstumspfad von 1,3 vH ausgegangen, was in etwa der Wachstumsrate des Produktionspotenzials entspricht.¹⁰⁶ Darüber hinaus wird aufgrund empirischer Daten für den Gesundheitssektor eine Veränderungsrate der Arbeitsproduktivität von $\alpha_G = 0,015$ und für die Gesamtwirtschaft eine Veränderungsrate der Arbeitsproduktivität von $\alpha_Y = 0,013$ angenommen.¹⁰⁷

Die verschiedenen Modellspezifikationen und die jeweils zugrunde liegenden Annahmen sind in nachstehender Tabelle 10 noch einmal zusammengefasst:

106 Der Sachverständigenrat schätzt die Wachstumsrate des Produktionspotenzials für 2004 auf 1,1 bis 1,3 v.H., vgl. SVR (2004), Ziffer 199, S. 129.

107 Ähnliche Werte werden in dem BASYS-Gutachten (2003), S. 115 f., zugrunde gelegt.

Tabelle 10: Parameterwerte für die Simulationsrechnungen

	Status-quo-Szenario	Übergangs-Szenario (moderat)	Übergangs-Szenario (fortgeschritten)	Liberales Szenario
<i>Wachstumsrate des gesamtwirtschaftlichen Einkommens</i>				
\hat{Y}	0,013	0,013	0,013	0,013
<i>Veränderung der Arbeitsproduktivität in der Gesamtwirtschaft</i>				
α_Y	0,013	0,013	0,013	0,013
<i>Veränderung der Arbeitsproduktivität im Gesundheitssektor</i>				
α_G	0,015	0,015	0,015	0,015
<i>Konstanter Parameter des medizinisch-technischen Fortschritts</i>				
β	0,0065	0,0075	0,0085	0,0095
<i>Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben</i>				
ψ	0,79	0,70	0,60	0,50
<i>Einkommenselastizität der öffentlichen Gesundheitsausgaben</i>				
$\eta_{G,Y}^{\text{öffentl.}}$	1,04	1,04	1,04	1,04
<i>Einkommenselastizität der privaten Gesundheitsausgaben</i>				
$\eta_{G,Y}^{\text{privat}}$	2,40	2,40	2,40	2,40
<i>Gesamtwirtschaftliche Einkommenselastizität</i>				
$\eta_{G,Y}^{\text{gesamt}}$	1,32	1,45	1,58	1,70

Quelle: Eigene Berechnungen

Box 5: Das Simulationsmodell ohne Formeln - eine Beschreibung

Das Modell basiert auf der Idee, dass private und öffentliche Gesundheitsausgaben in unterschiedlicher Weise vom Wirtschaftswachstum und der Einkommensentwicklung abhängen. Aufgrund der derzeitigen institutionellen Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems in Deutschland sind die Gesundheitsausgaben überwiegend öffentlich. Wegen des latenten Kostendrucks im Gesundheitswesen wird nun jedoch versucht, die öffentlichen Gesundheitsausgaben durch Kostendämpfungsmaßnahmen zu begrenzen, was faktisch einer Rationierung der Patienten und Versicherten an Gesundheitsleistungen gleich kommt. Zugleich werden durch den hohen Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben und falsche bzw. fehlende Anreizwirkungen im Gesundheitswesen die privaten Gesundheitsausgaben „verdrängt“. Durch die hier vorgeschlagene Modernisierung des Krankenversicherungssystems sollen vorwiegend drei Ziele erreicht werden, die einzeln, aber v.a. in der Summe zu mehr Beschäftigung im Gesundheitswesen führen:

Erstens werden durch den Beginn des ordnungspolitischen Systemwechsels Ineffizienzen abgeschafft und darüber hinaus in vielen Bereichen des Krankenversicherungssystems Effizienzgewinne erzielt.

Gelingt es zweitens, öffentliche zu privaten Gesundheitsausgaben umzuschichten, sind die gesamten Gesundheitsausgaben zum einen stärker präferenzgesteuert und zum anderen weniger stark durch die „knappen öffentlichen Kassen“ begrenzt. Daraus schließlich ergibt sich von der „Nachfrageseite“ her ein Wachstumseffekt bei den Gesundheitsausgaben und als Folge eine Erhöhung der Beschäftigung.

Des Weiteren wird drittens unterstellt, dass die Modernisierung des Krankenversicherungssystems zu mehr Innovationen im Bereich des medizinisch-technischen Fortschritts führt, die über eine größere Produktvielfalt, bessere und effizientere Behandlungsverfahren etc. einen positiven Ausgaben- und Beschäftigungseffekt von der „Angebotsseite“ her bewirken.

Die vier deskriptiv entwickelten Szenarien - der Status-quo, die Übergangsszenarien moderat und fortgeschritten und das „liberale“ Szenario - unterscheiden sich in der quantitativen Simulation insbesondere im unterschiedlichen Regulierungsgrad. Während der Regulierungsgrad - und alle anderen Werte - im Status-quo eindeutig empirisch anhand des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben an allen Gesundheitsausgaben gemessen werden kann ($79 \text{ vH} = 0,79$ im Modell, alle Werte s. Tabelle 10), werden für die Zukunftsszenarien entsprechende Annahmen getroffen - bis hin zu einem Wert von $50 \text{ vH} = 0,50$ bei höchstmöglicher Deregulierung im „liberalen“ Szenario (zum Vergleich: In den USA beträgt dieser Wert schon heute $0,45$).

Da für die Jahre 1992 - 2003 alle Werte für den Status-quo bekannt sind, kann die theoretisch entwickelte Formel des Modells mit diesen Daten „gefüttert werden“. Da zusätzlich der in diesem Zeitraum entstandene Beschäftigungszuwachs im Gesundheitssektor als Datenreihe, also als das durch die Formel zu berechnende Ergebnis, vorliegt, ist es nunmehr möglich, die Formel und somit das Modell so lange zu verändern (kalibrieren), bis die verfügbaren Daten der Vergangenheit in der Berechnung auch den Beschäftigungszuwachs der Vergangenheit widerspiegeln. Wenn das Modell dann perfekt kalibriert ist, können die Simulationen mit den jeweiligen Werten (s. wiederum Tabelle 10) vorgenommen und entsprechende Zahlen für die zukünftige Beschäftigung berechnet werden.

3.3.5 Simulationsergebnisse

Für die in Tabelle 10 aufgeführten Parameterkonstellationen soll für die Jahre 2010 und 2020 anhand verschiedener Indikatoren die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor projiziert werden. Die Simulationsergebnisse für die Projektion des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP sind in Tabelle 11 dargestellt. Wie sich zeigt, steigt in dem Übergangsszenario der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von $11,1 \text{ vH}$ im Jahr 2003 auf bis zu maximal $12,4 \text{ vH}$ im Jahr 2010 bzw. bis zu $14,4 \text{ vH}$ im Jahr 2020. Gegenüber dem Status-quo-Szenario bedeutet dies eine zusätzliche Erhöhung um $0,4 \text{ vH}$ bzw. $1,1 \text{ vH}$. Eine Senkung des Anteils der öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsausgaben von derzeit ca. 78 vH auf ca. 50 vH , wie derzeit ungefähr in den USA, würde dem Simulationsergebnis zufolge dazu führen, dass bis 2020 der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP um fast vier Prozentpunkte auf $14,9 \text{ vH}$ steigt; dies entspricht zugleich dem heutigen Wert für die USA.

Tabelle 11: Simulationsergebnis zur Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP (in vH)

	2010	2020
Status-quo-Szenario	12,0	13,3
Übergangsszenario (mod.)	12,2	13,8
Übergangsszenario (fortg.)	12,4	14,4
Liberales Szenario	12,6	14,9

Quelle: Eigene Berechnungen

In absoluten Zahlen bedeutet dies folgendes:

Tabelle 12: Simulationsergebnis zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben (in Mio. €)

<i>Vergleichswert für 2003: 239.703</i>	2010	2020
Status-quo-Szenario	282.000	357.000
Übergangsszenario (mod.)	288.000	373.000
Übergangsszenario (fortg.)	293.000	390.000
Liberales Szenario	298.000	407.000

Quelle: Eigene Berechnungen

Diese „Mehrausgaben“ ergeben sich im Zeitablauf durch allgemeine Einkommensentwicklung und im Vergleich zwischen den Szenarien durch die im Rahmen der Modernisierung des Krankenversicherungssystems erfolgten Umschichtung öffentlicher zu privaten Gesundheitsausgaben, da diese eine höhere Einkommenselastizität aufweisen.

Für die absolute Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor ergibt sich in Tabelle 13 folgendes Simulationsergebnis:

Tabelle 13: Simulationsergebnis zur Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen (in Tsd.)

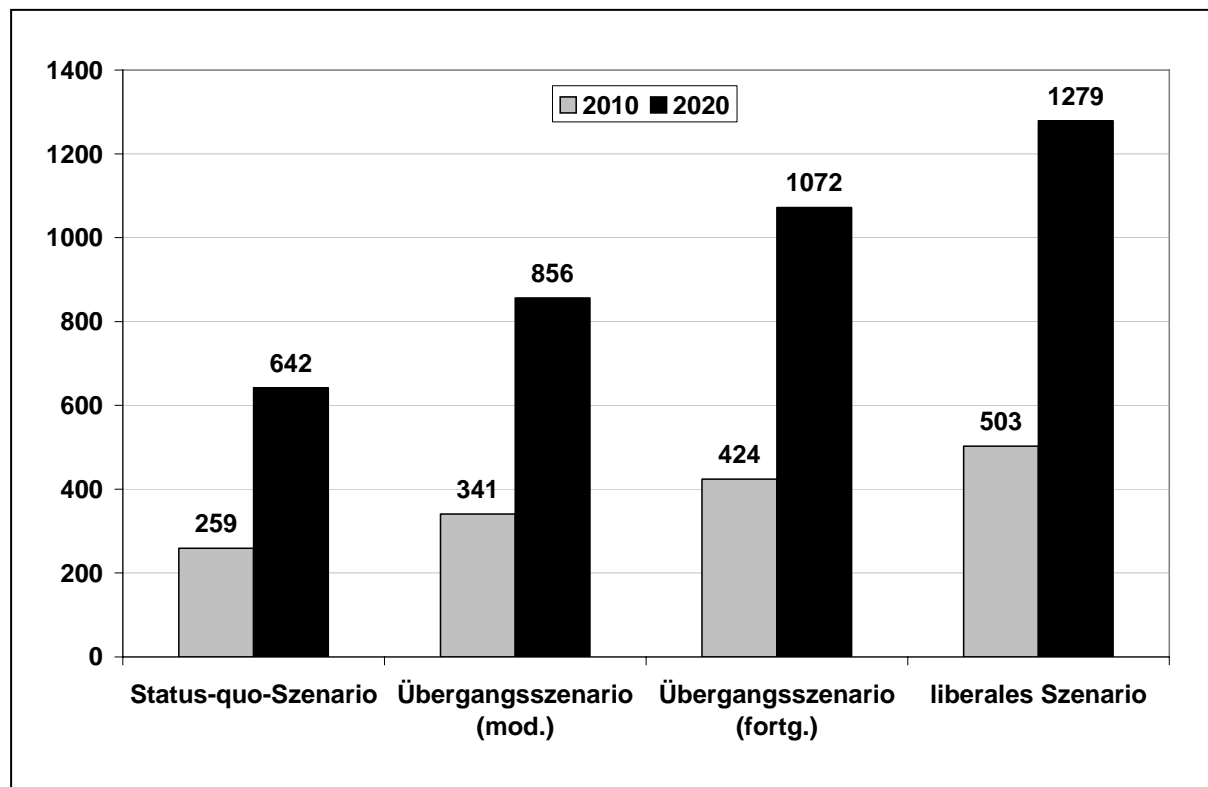
	2010	2020
Status-quo-Szenario	4.469 (+259)	4.852 (+642)
Übergangsszenario (mod.)	4.551 (+341)	5.066 (+856)
Übergangsszenario (fortg.)	4.634 (+424)	5.482 (+1.072)
Liberales Szenario	4.713 (+503)	5.489 (+1.279)

Quelle: Eigene Berechnungen

Wie man erkennt, steigt bereits im Status-quo-Szenario, also in dem Fall ohne jegliche ordnungspolitische Änderung im Krankenversicherungssystem, die Beschäftigung im Gesundheitswesen signifikant an. Diese Beschäftigungszuwächse sind im Wesentlichen durch das allgemeine Wirtschaftswachstum und dadurch verursachte Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen bedingt. Deregulierungsbedingte Beschäftigungseffekte sind daher als Differenz zum Status-quo-Szenario zu verstehen.

Graphisch lässt sich das Simulationsergebnis in Bezug auf die Beschäftigungszuwächse für die einzelnen Szenarien durch folgende Abbildung 14 veranschaulichen:

Abbildung 14: Beschäftigungseffekte im Gesundheitswesen (in Tsd.)



Quelle: Eigene Berechnungen

Es zeigt sich, dass in den Übergangsszenarien bis zum Jahr 2010 gegenüber dem Status-quo-Szenario als Untergrenze 82.000 (moderat) und als Obergrenze 165.000 (fortgeschritten) zusätzliche Arbeitsplätze im Gesundheitswesen entstehen. Die Beschäftigungsdynamik beschleunigt sich bis zum Jahr 2020 auf 214.000 bis 430.000 zusätzliche Arbeitsplätze. **Im liberalen Szenario beträgt die Anzahl der gegenüber dem Status-quo zusätzlich geschaffenen Arbeitsplätze 244.000 bis zum Jahr 2010 und 637.000 bis zum Jahr 2020.**

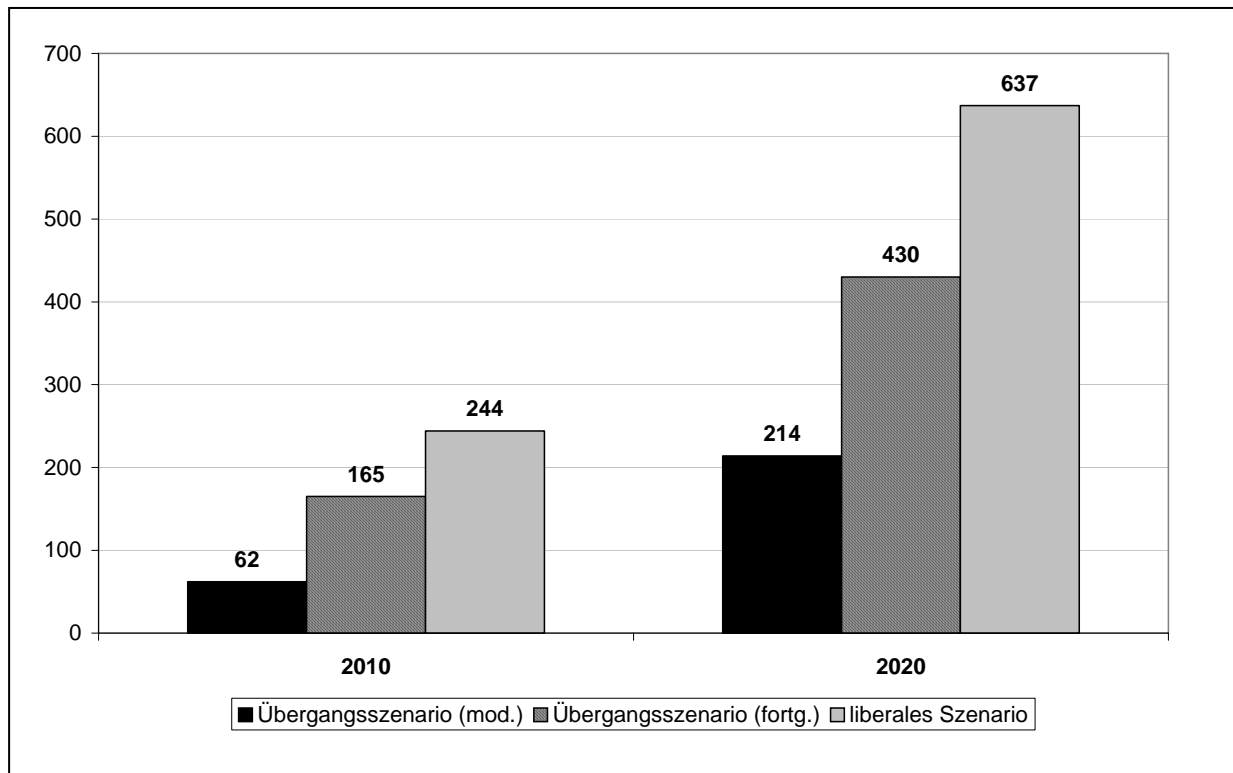
Es muss jedoch bei der Interpretation dieser Ergebnisse einschränkend erwähnt werden, dass es sich hierbei ausdrücklich um Beschäftigungspotenziale im Gesundheitssektor handelt. Auch hier gilt, dass die Beschäftigungswirkungen eines reformierten Gesundheitswesens zeitverzögert induziert werden und eventuelle Anpassungsprozesse und -kosten nicht berücksichtigt worden sind. Des Weiteren sind die Frist und die Höhe, in der die Beschäftigungseffekte auftreten, von weiteren exogenen Faktoren abhängig, wie z.B. dem Arbeitsmarkt etc, die hier ausdrücklich nicht Gegenstand der Untersuchung sind.¹⁰⁸ Zusätzlich sei darauf hingewiesen,

¹⁰⁸ So kann es, wie bereits erwähnt, infolge einer Deregulierung des Krankenversicherungssystems zu einem sog. „J-Kurveneffekt“ kommen; kurzfristig sinkt dann aufgrund der Realisierung von Effizienz- und Rationalisierungspotenzialen sowie einer unelastischen Anpassungsreaktion seitens der Akteure an die veränderten Rahmenbedingungen die Beschäftigung, bevor schließlich das höhere Beschäftigungsniveau erreicht wird (vgl. Box 4).

dass es sich bei den angegebenen Zahlen um die absolute Anzahl an Arbeitsplätzen, also einschließlich aller Teilzeitarbeitsplätze, und nicht um Vollzeitäquivalente handelt.

Was die deregulierungsbedingten Beschäftigungseffekte, also die zusätzlich mögliche Beschäftigung durch den Beginn des ordnungspolitischen Systemwechsels, betrifft, so erhält man folgende graphische Darstellung (Abbildung 15):

Abbildung 15: Deregulierungseffekte (Veränderung gegenüber dem Status-quo in Tsd.)



Quelle: Eigene Berechnungen

Aussagekräftiger werden die zuvor ermittelten absoluten Beschäftigungsentwicklungen, wenn diese als durchschnittliche jährliche Wachstumsraten dargestellt und in Relation zu der jeweiligen Wachstumsrate der realen Gesundheitsausgaben gesetzt werden. Zusammenfassend lassen sich die verschiedenen Modellsimulationen dann wie folgt in Tabelle 14 darstellen. Es zeigt sich zunächst, dass sich die empirischen Durchschnittswerte der Jahre 1992 bis 2003 in der Größenordnung des Status-quo-Szenario liegen, was zunächst als Indiz für eine adäquate Kalibrierung des Modells angesehen werden kann. Ferner lässt sich erkennen, dass mit zunehmender Deregulierung die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und der Beschäftigung im Gesundheitswesen monoton zunehmen.

Tabelle 14: Jährliche Wachstumsraten von Gesundheitsausgaben und Beschäftigung

	Jährliche Wachstumsrate Gesundheitsausgaben (1992-2003: Ø 2,18%)	Jährliche Wachstumsrate Beschäftigung (1992-2003: Ø 0,51%)
Status-quo-Szenario	2,37	0,84
Übergangsszenario (mod.)	2,64	1,09
Übergangsszenario (fortg.)	2,90	1,34
Liberales Szenario	3,16	1,57

Quelle: Eigene Berechnungen

Was dies für den Beitrag des Gesundheitswesens für die gesamtwirtschaftliche Beschäftigung bedeutet, ist in Tabelle 15 dargestellt:

Tabelle 15: Simulationsergebnis zur Entwicklung des Anteils der Beschäftigung im Gesundheitssektor an der Gesamtbeschäftigung (in vH)

	2010	2020
Status-quo-Szenario	11,4	12,4
Übergangsszenario (mod.)	11,6	13,0
Übergangsszenario (fortg.)	11,8	13,5
Liberales Szenario	12,0	14,0

Quelle: Eigene Berechnungen

Demnach steigt in dem „liberalen Szenario“ einer vollständigen Deregulierung des Gesundheitswesens der Beschäftigungsanteil von 10,7 vH im Jahr 2003 auf bis zu 12,0 vH im Jahr 2010 bzw. 14,0 vH im Jahr 2020. Der Deregulierungseffekt beträgt demnach im Vergleich zum Status-quo-Szenario fast zwei Prozentpunkte bis zum Jahr 2020. Im Übergangsszenario steigt der Beschäftigungsbeitrag des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2010 auf bis zu 11,8 vH und bis zum Jahr 2020 auf bis zu 13,5 vH; dieser liegt damit ebenfalls deutlich über dem Beschäftigungsbeitrag im Status-quo-Szenario von ca. 11,4 vH im Jahr 2010 bzw. 12,4 vH im Jahr 2020.

Setzt man die Simulationsergebnisse für den Zeitraum bis 2010 in Beziehung zur gesamtwirtschaftlichen Situation des deutschen Arbeitsmarktes, lassen sich folgende Aussagen ableiten: Im Jahr 2004 waren im Jahresdurchschnitt 4,378 Mio. Erwerbspersonen als arbeitslos registriert. Bei 42,201 Mio. Erwerbspersonen insgesamt ergibt sich eine Arbeitslosenquote von

10,37 vH. Werden *ceteris paribus* im „liberalen“ Szenario 503.000 zusätzliche, d.h. Netto-Arbeitsplätze bis 2010 im Gesundheitswesen geschaffen, sinkt die Zahl der als arbeitslos registrierten Erwerbspersonen auf 3,875 Mio., was bei konstanten Erwerbspersonen insgesamt **heute**, d.h. wenn bereits heute ein modernes Krankenversicherungssystem nach dem hier entworfenen liberalen Szenario existieren würde, einer Senkung der Arbeitslosenquote um 1,19 Prozentpunkte auf 9,18 vH entspräche.

3.4 Die Zukunft der Beschäftigung in einem sich wandelnden Gesundheitswesen – zur Interpretation der Ergebnisse

Zur Berechnung der Beschäftigungszuwächse im Gesundheitswesen gehen in das in 3.3 verwendete Simulationsmodell hochaggregierte Größen ein. Entsprechend ergeben sich gleichfalls hochaggregierte Größen als Ergebnis aus der Simulation. Somit stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse disaggregiert und die Beschäftigungszuwächse verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitswesens, z.B. dem ambulanten und dem stationären Sektor zurechenbar sind. Die Anreizstrukturen im Gesundheitswesen werden durch die vorgeschlagenen Maßnahmen grundlegend verändert, so dass die Wirkungsrichtung und –höhe einzelner dieser Maßnahmen nicht in jedem Fall zweifelsfrei prognostiziert werden können. Eine Disaggregation der Ergebnisse und Zurechnung auf Teilbereiche setzt Annahmen über das zukünftige Verhalten der Akteure unter verändertem Anreizsystem voraus, die aber selbst dem Anpassungsprozess unterliegen und deren Rechtfertigungen daher in der Zukunft liegen (sog. „Lucas-Kritik“). Eine naheliegende, aber deshalb nicht weniger zu begründende Annahme könnte sein, von der Konstanz relativer Beschäftigungsanteile einzelner Gesundheitsbereiche im Zeitablauf auszugehen. Entsprechend ergäbe sich ein Zuwachs an qualifizierten / unqualifizierten, männlichen / weiblichen, ambulant / stationär Beschäftigten gemäß dem beobachteten Verhältnis in 2003. Ganz allgemein kann jedoch folgende Aussage getroffen werden: Bereiche, in denen infolge der Deregulierung die private Nachfrage größer als die vormals staatliche ist, d.h. $\eta_{G_i,Y}^{privat} > \eta_{G_i,Y}^{öffentlich}$ gilt, werden die Beschäftigungszuwächse positiv, und in solchen, in denen die private Nachfrage geringer als die staatliche ist, d.h. $\eta_{G_j,Y}^{privat} < \eta_{G_j,Y}^{öffentlich}$ gilt, negativ sein. Da jedoch für die resultierenden Nachfrageverschiebungen insgesamt, d.h. kumuliert über alle Teilbereiche gilt $\eta_{G,Y}^{privat} > \eta_{G,Y}^{öffentlich}$, ist insgesamt von einem positiven Nachfrageeffekt und bei Annahme identischer (oder nicht nennenswert unterschiedlicher) Arbeitsinten-

sitäten in allen Teilbereichen zugleich von einem positiven Beschäftigungseffekt in der ausgewiesenen Größenordnung auszugehen.

Ohne den Boden der empirischen Analyse zu verlassen, können jedoch an dieser Stelle einige begründete Mutmaßungen über die Zukunft der Beschäftigung in einem modernen Krankenversicherungssystem und Gesundheitswesen angestellt werden. Denn es ist naheliegend und verständlich, dass angesichts der modellabhängig prognostizierten großen Zahl zusätzlicher Arbeitsplätze die Frage aufgeworfen wird, welcher Art diese Arbeitsplätze sind (z.B. differenziert nach Berufsgruppen) oder in welchen Bereichen sie entstehen.

Die in die Prognosemodelle eingegangene Wachstumsformel ist hochaggregiert und gestattet keine unmittelbaren Interpolationen. Es ist zudem ein Charakteristikum des Wettbewerbs, als ergebnisoffenes Entdeckungsverfahren neue, kreative Lösungsansätze hervorzubringen, die sich der Fortschreibung des Status-quo entziehen. Trotzdem erscheint es zulässig, aufgrund von Erfahrungen in andern Ländern und in andern Wirtschaftszweigen mögliche Entwicklungstendenzen aufzuzeigen. Deren Potenzial zur Schaffung von zusätzlichen Arbeitsplätzen hängt in hohem Maße vom Ausmaß der noch vorzunehmenden Deregulierungen ab, etwa bezüglich der Berufsordnungen (Arten von Berufen, Rechtsformen zum Betrieb von Berufen und Institutionen des Gesundheitswesens) sowie der zulässigen Werbemöglichkeiten.

Häufig beobachtete Phänomene nach der Liberalisierung von Märkten sind z.B.:

- **Veränderte Industriestruktur**

- Desintegration von Geschäftsmodellen, z.B. anhand von Wertschöpfungsstufen oder Prozessketten
- Entstehen neuer Geschäftsmodelle, z.B. konzentriert auf eine Wertschöpfungsstufe oder einen Teilprozess (new intermediates)
- **Beispiele in anderen Industrien:** Internet-Suchmaschinen, Versandbuchhandlungen
- **Mögliche Beispiele im Gesundheitswesen:**
- Krankenhausketten, Anbieter an der Schnittstelle ambulant-stationär
- Auftreten fokussierter Spezialisten: Traditionelle Chinesische Medizin, Schmerzzentren, Walk-in-Permanenzen
- Anbieter im Grenzbereich Gesundheitswesen-Detailhandel: Optikerketten
- Investmentbanking zur Ermöglichung der Kapitalbeschaffung durch Börsennotierung

- Zertifizierung von Leistungsanbietern (Qualitätsmanagement)
 - Beratungsunternehmungen für Unternehmungen und Einzelpersonen wie DocConsult (Planung von Facharzt-Zentren), Prämienvergleiche von Krankenversicherern, spezialisierte Rechtsberatung
- **Neue Marktformen**
 - Veränderungen der Angebotsstruktur als Folge veränderten Nachfragecharakteristika, z.B. höherer oder niedriger Konzentrationsgrad, Bildung von Allianzen, spin offs, In- und Outsourcing
 - **Mögliche Beispiele im Gesundheitswesen:**
 - Internetvertrieb von Arzneimitteln, e-Health, Outsourcing aller nicht-medizinischen Leistungen an spezialisierte Anbieter (Facility Management, Catering, etc.)
- **Neue Berufsbilder**
 - Entstehen neuer Berufsbilder, z.B. neue Spezialisten für Teilfunktionen.
 - **Mögliche Beispiele im Gesundheitswesen:**
 - Als Folge der verstärkten Standardisierung chirurgischer Eingriffe, nicht zuletzt durch neue Entschädigungsformen wie DRG's ausgelöst, Schaffung des nicht-ärztlichen Berufes des „Physician Assistant“
 - Übernahme traditionell primärärztlicher Funktionen durch speziell hierfür weitergebildetes Pflegepersonal (Erstkontakte, Triage anhand von Regeln und Leitlinien durch „Nurse Practitioners“)
 - Medizinische Assistenten für Anästhesie (Certified Registered Nurse Anesthetists)
- **Neue Produkte und Dienstleistungen**
 - Das Angebot neue Produkte und Dienstleistungen ist unmittelbar mit dem Auftreten neuer Wettbewerber verbunden.
 - **Beispiel in anderen Industrien:** Mobiltelefone (Hardware, Verbindungen, Klingeltöne usw).
 - **Mögliche Beispiele im Gesundheitswesen:**

- Neue Lösungen im Transplantationsbereich: Vorbenennung der (priorisierten) Empfänger zur besseren Ausschöpfung des Spenderpotentials
- Umfassende diagnostische Dienstleistungen (Check-ups)
- Tarifvergleiche für Krankenversicherer auf dem Internet
- Kreditfinanzierung von Wahlleistungen
- Bankdienstleistungen zur Bewirtschaftung von sog. Health Saving Accounts (Formen der Kapitaldeckung künftiger Zahlungen)
- Pharmaceutical Benefit Management (Übernahme der Einkaufsfunktion bei Medikamenten)

Eine nähere Betrachtung für einige der hier genannten Aspekte zur Zukunft der Beschäftigung im Gesundheitswesen geben die Ausführungen in *Box 6*.

Box 6: Die Zukunft der Beschäftigung im Gesundheitswesen

Trotz aller erläuterten methodischen Probleme der Disaggregation, stellen sich angesichts der großen Zahl zusätzlicher Beschäftigungsmöglichkeiten durch ein modernes Krankenversicherungssystem (über 600.000 im liberalen Szenario) zu Recht einige Fragen, die im Folgenden anhand der Ausführungen des Gutachtens und weiter gehender Überlegungen beantwortet werden sollen.

Wo werden diese Arbeitsplätze entstehen?

Aus methodischen Gründen lässt sich zwar eine Projektion der Beschäftigungspotenziale nicht auf einzelne Leistungssegmente des Gesundheitswesens herunter brechen. Aber die Erfahrungen mit der Liberalisierung in anderen Sektoren sowie im Ausland lassen doch einige plausible Vermutungen zu:

Die prognostizierten Arbeitsplätze entstehen im Inland, da der Import von Gesundheitsleistungen in der Studie nicht betrachtet wird (siehe die methodische Abgrenzung in der Einleitung). Wird der vorgeschlagene Maßnahmenkatalog umgesetzt, haben auch Krankenhäuser die Möglichkeit, einen Teil der durch die bessere Effizienz des Systems freiwerdenden Nachfrage auf sich zu vereinen. Somit können Arbeitsplätze in den Krankenhäusern entstehen, etwa durch Ausdehnung des Leistungsangebots auf bisher ausschließlich ambulant erbrachte Leistungen, durch Ausweitung der Angebote auf allgemeine gesundheitsbezogene Dienstleistungen oder zum Beispiel durch Einbeziehung alternativer Behandlungsmethoden. Zusätzliche Arbeitsmarkteffekte können - bspw. in der Pharmaindustrie - entstehen, wenn es gelingt, den Standort Deutschland wieder attraktiver für Forschung und Entwicklung zu machen.

Ein weiterer Beschäftigungsimpuls ist in der ambulanten Versorgung zu erwarten. Zwar würde eine Marktöffnung ineffiziente Anbieter vom Markt drängen. Insgesamt würden aber die bisherigen gesetzlichen Leistungen günstiger angeboten – etwa weil es gelingt, zum Beispiel in Praxisnetzwerken die Versorgung effizienter zu organisieren. Ein Großteil der frei werdenden Mittel wird aber aller Voraussicht nach zusätzlich im Gesundheitswesen konsumiert. Zusätzliche Leistungsbereiche etwa bei den alternativen Heilmethoden oder durch eine wei-

tergehende Spezialisierung der fachärztlichen Tätigkeit können hier neue Beschäftigungsfelder für Mediziner und Dienstleister eröffnen.

Wie in den meisten Gesundheitssystemen bestehen auch in Deutschland erhebliche Defizite im Übergang ambulant-stationär-Rehabilitation-ambulant. Hier besteht eine schlechte bzw. eine Unterversorgung. Neue Arbeitsplätze werden an diesen Schnittstellen bzw. in neuen, bereichsübergreifenden neuen Unternehmensmodellen entstehen. Wenn einmal die spezifisch deutschen gesetzgeberischen Mauern zwischen ambulant und stationär in der Folge einer Einführung des hier postulierten modernen Krankenversicherungssystems niedergefallen sein werden, kann sich dieser Prozess beschleunigen. Von bürokratischen Extremen, wie den überadministrierten Modellen der integrierten Versorgung und der Behinderung der im Krankenhaus betriebenen medizinischen Versorgungszentren durch die ärztliche Selbstverwaltung, kann dann Abstand genommen werden. Die allenfalls kurzfristig entstehenden Mehrausgaben werden - auch gesamtwirtschaftlich - durch die Einsparung späterer teurerer Krankheitsepisoden oder durch niedrigere Invaliditätsrenten mehr als kompensiert.

Das Gesundheitswesen ist, wie im Gutachten immer wieder betont, ein personalintensiver Bereich. Außerdem gibt es in Teilbereichen des Gesundheitswesens (Pflege) einen großen Bedarf an niedrig qualifizierten Arbeitskräften. Schon heute wird über Ärztemangel und Pflegenotstand geklagt. Ist nicht zu erwarten, dass die zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten v.a. durch Zuwanderer (z.B. aus den EU-Staaten Mittel- und Osteuropas) genutzt werden?

Grundsätzlich ist Zuwanderung makroökonomisch sinnvoll, gerade dann, wenn die Zuwanderer Engpässe auf Teilarbeitsmärkten ausgleichen (vgl. Straubhaar 2002). Ärztemangel und Pflegenotstand ist auch auf die im Gutachten beschriebenen Mängel des Krankenversicherungssystems im Status-quo zurückzuführen. Es ist außerdem möglich, dass im Bereich der niedrig qualifizierten Tätigkeiten auch Zuwanderer die neuen Arbeitsplätze besetzen. Dieses Grundproblem ist aber kein spezifisches des Krankenversicherungssystems, sondern begründet sich durch die generellen Systemfehler des deutschen Arbeitsmarktes. Insofern muss dieses „Problem“ zuallererst durch Deregulierung des Arbeitsmarktes, nicht durch ein modernes Krankenversicherungssystem gelöst werden. Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass Tausende qualifizierter **deutscher** Arbeitskräfte allein in der Schweiz tätig sind. Sie gehen dem deutschen Gesundheitswesen namentlich wegen unattraktiver Anstellungs- und Arbeitsbedingungen verloren. Diese Anstellungs- und Arbeitsbedingungen wieder attraktiver zu machen und damit die im Ausland tätigen deutschen Ärzte wieder nach Deutschland zu holen, sollte auch Teil der hier vorgeschlagenen Reformen sein.

Wie viel Beschäftigung entsteht bei den Krankenkassen? Wie viele Arbeitsplätze fallen durch mögliche Kassenfusionen weg?

Aufgrund der Aggregation der Daten können schon innerhalb des Sektors Krankenversicherungssystem sehr schwer valide und begründbare Vorhersagen gemacht werden. Diese möglicherweise auf einzelne Kassen aufzusplitten, ist mit einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise schwer vereinbar. Mehr Effizienz in der Verwaltung von Krankenversicherung wird auch zunächst Jobs bei den Krankenkassen kosten. Aber auch hier greift der „J-Kurven-Effekt“: Je schneller eine Krankenkasse effizient wird und/oder durch Fusionen Skalenvorteile realisiert, desto attraktiver ist sie aufgrund niedriger Beiträge und/oder attraktiver (Zusatz-)Leistungen für die Versicherten. Das ist das normale Wirken des Wettbewerbs. Eine attraktive Krankenkasse wird dann im Zeitablauf ihren Umsatz aufgrund einer steigenden Anzahl von Mitgliedern und aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit ein superiores Gut ist, wieder steigern können und somit Neueinstellungen vornehmen.

Ausschlaggebend wird weiter sein, welche neuen Geschäftsfelder im Zusatzversicherungsgeschäft den gesetzlichen Krankenkassen eröffnet wird. Sofern die Krankenkassen weitere Rollen übernehmen, stellt eine Stellenzunahme bei den Krankenkassen einen echten Gewinn für das Gesundheitswesen dar. Keine Krankenkasse braucht sich dann - bei Vorlage eines attraktiven und effizient erbrachten Leistungskataloges - für ihre "Verwaltungskosten" rechtfertigen, entsprechend vielleicht vorschnell einen Stellenabbau vornehmen. Sinnvolle zusätzliche Funktionen sind z.B. die Identifizierung von Leistungserbringern mit einem guten Qualitäts-/Kosten-Verhältnis, das Schnüren von neuen Versicherungspaketen mit Optionsmöglichkeiten für Versicherte, innovative Modelle wie „pay for performance“ etc. Dass alles setzt einerseits die hier vorgeschlagene Modernisierung der institutionellen Rahmenbedingungen voraus, wie z.B. die Aufhebung ihres Vertragszwangs mit Leistungserbringern, bedarf andererseits aber auch eines innovativen Managements.

3.5 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung

Die vorangegangene empirische Untersuchung zu den Beschäftigungswirkungen eines modernen Gesundheitswesens hat aufgezeigt, dass eine Deregulierung des Gesundheitswesens zu einem deutlich positiven Beschäftigungszuwachs führt. Der Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben diente dabei als Proxy-Variable zur Messung der staatlichen Regulierung im Gesundheitswesen. Basierend auf der ordnungspolitischen Argumentation in den Kapiteln 1 und 2 konnte gezeigt werden, dass eine Senkung des Anteils öffentlicher Gesundheitsausgaben und damit einhergehend eine Erhöhung des Anteils privater Gesundheitsausgaben nicht nur eine präferenzgerechte und effiziente Gesundheitsversorgung bedeutet, sondern zugleich auch einen positiven Beschäftigungseffekt induziert. Werden derzeit die Gesundheitsausgaben durch Kostendämpfungsgesetze begrenzt und dadurch die Konsumenten faktisch an Gesundheitsleistungen in nicht ihren Präferenzen entsprechender und somit ineffizienter Weise rationiert, so führt eine Deregulierung des Gesundheitswesens zu einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben und in der Folge zu mehr Beschäftigung. Neben diesem nachfrageseitigen Argument kommt ein angebotsseitiger Effekt einer Deregulierung zum Tragen, der sich auf dynamische Wettbewerbswirkungen bezieht und verschiedene Prozess- und Produktinnovationen und die Nutzung neuer Technologien, wie etwa der Bio-, Gen- und Nanotechnologie, beinhaltet.

Der für diese Untersuchung gewählte Ansatz eines Simulationsmodells diente dabei dem Zweck, die Wachstums- und Beschäftigungspotenziale im Gesundheitssektor zu evaluieren. Aufgrund der Tatsache, dass in der bisherigen gesundheitsökonomischen Literatur keine eindeutige empirische Evidenz über die makroökonomischen Determinanten der gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben existiert und die Parameterschätzungen wenig robust in

Bezug auf alternative Spezifikationen sind, wurde das hier verwendete Simulationsmodell für verschiedene Parameterkonstellationen berechnet, die zusätzliche Annahmen in Bezug auf die makroökonomischen Rahmenbedingungen beinhalten. Die jeweilige Kalibrierung des Modells erfolgte dabei auf der Grundlage der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes und Daten der OECD nach dem vereinheitlichten „System of Health Accounts“. Das zugrunde gelegte Simulationsmodell wurde für insgesamt vier verschiedene ordnungspolitische Szenarien des Gesundheitswesens berechnet: ein „Status-quo-Szenario“, ein „Übergangsszenario“ in einer „moderaten“ und einer „fortgeschrittenen“ Version des in Kapitel 2 entwickelten Reformmodells sowie schließlich ein „liberales Szenario“ einer „vollständigen“ Deregulierung des Gesundheitswesens, für das die empirischen Werte der USA zugrunde gelegt worden sind.

Es zeigt sich, dass unter den für Deutschland realistischen „Übergangsszenarien“ des Reformmodells, welches sowohl ökonomisch effizient als auch bezüglich seiner sozialpolitischen Ziele zustimmungsfähig ist, deutliche Beschäftigungszuwächse gegenüber dem „Status-quo“-Szenario in einer Größenordnung von ca. 165.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2010 und ca. 430.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2020 realisiert werden können. Im Szenario einer „vollständigen“ Deregulierung würde die Beschäftigung im Gesundheitswesen bis 2010 um knapp 250.000 und bis 2020 um über 600.000 zusätzliche Arbeitsplätze steigen.

Wie eingangs dieser Studie bereits erwähnt, lassen sich nun bei Gegenüberstellung qualitativer Deregulierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und ihrer jeweiligen quantitativen Beschäftigungseffekte ein Kontinuum an Politik-Optionen für eine ordnungspolitische Ausgestaltung des Gesundheitswesens definieren, das einen *Trade-off* von beschäftigungs- und sozialpolitischen Zielen beinhaltet. Die vorliegende Studie hat hierzu einen Vorschlag entwickelt, der ein wettbewerbliches Reformmodell eines „modernen Krankenversicherungssystems“ enthält, welches sowohl ökonomisch effizient, d.h. anreiz-kompatibel und präferenzgerecht, als auch politisch zustimmungsfähig ist. Es wurde anschließend in der empirischen Analyse gezeigt, dass das in Kapitel 2 entwickelte und ordnungspolitisch begründete Reformmodell signifikante Wachstums- und Beschäftigungseffekte im Gesundheitswesen induziert.

Die folgende Tabelle 16 greift noch einmal die Übersicht über die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen (vgl. Tabelle 1, S. 19) auf, ergänzt um die Resultate der vorliegenden Studie:

Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse zur Beschäftigungsentwicklung

Studie/Autor(en)	Methode	Prognosehorizont	Ergebnis (durchschnittliche jährliche WR in vH)
Empirische Referenz (1998-2003)	-	-	ca. 0,51
HWWI-Studie (2006)	Simulationsmodell + Regressions-schätzung, Szenarien-Ansatz	2010 / 2020	<u>Status-quo-Szenario:</u> ca. 0,84 <u>Übergangsszenario (moderat):</u> ca. 1,09 <u>Übergangsszenario (fortgeschritten):</u> ca. 1,34 <u>„Liberales“ Szenario:</u> ca. 1,57
Allianz-Studie (Stanowsky et al., 2004)	Ceteris-paribus- und Ad-hoc-Annahmen, Szenarien-Ansatz	2020	ca. 0,38
BASYS-Studie für Niedersachsen (2003)	Ceteris-paribus- und Ad-hoc-Annahmen, Szenarien-Ansatz	2000-2005	ca. 0,7
		2005-2010	ca. 1,8
DIW (2001)	Gesamtwirtschaftliches Simulationsmodell auf Basis von Input-Output-Rechnungen von 1995	2005	ca. 1,2
WZB (Hilbert, 2000)	Stark stilisierte Modell-Annahmen	2010	ca. 1,0-2,1
SVRiG (1998)	Qualitative Bewertung einzelner Bereiche im Gesundheitswesen	-	-

Quelle: Eigene Zusammenstellung

4 Ergebnisse und Implikationen des Gutachtens

Die **Ergebnisse** der vorliegenden Untersuchung lassen sich mit Blick auf die eingangs formulierten Fragen wie folgt zusammenfassen:

1. *Welches sind die Wachstums- und Beschäftigungspotenziale im Gesundheitswesen und welches die wachstums- und beschäftigungshemmenden Faktoren im derzeitigen Systems?*
- Wachstums- und Beschäftigungspotenziale im Gesundheitswesen ergeben sich v.a. durch eine Änderung der institutionellen Rahmenbedingungen. Je weniger reguliert ein Krankenversicherungssystem - unter Beachtung eines Mindestmaßes an notwendigen Regulierungen aufgrund möglichen Marktversagens - ist, desto effizienter ist es und desto größer ist das verfügbare Einkommen. Von diesem zusätzlichen verfügbaren Einkommen wird aber ein überproportional großer Teil (superiores Gut Gesundheit, s. Fußnote 4, S. 11) wieder in Form von Gesundheitsleistungen konsumiert. Durch diese steigende Nachfrage kommt es zum Entstehen neuer Jobs. Zusätzlich kommt es durch ein modernes Krankenversicherungssystem zu einer Umschichtung von öffentlichen zu privaten Gesundheitsausgaben. Dies hat wiederum wegen der stärkeren Einkommensabhängigkeit (superiores Gut) der privaten Gesundheitsausgaben (im Gegensatz dazu: nicht-präferenzgerechte Kostendämpfungsmaßnahmen bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben) einen positiven Wachstumseffekt bei den Gesamtgesundheitsausgaben. Der in diesem Gutachten vorgeschlagene Maßnahmenkatalog zur Schaffung eines weniger regulierten, modernen Krankenversicherungssystems führt zur Realisierung von bisher unausgeschöpften Effizienzreserven im Gesundheitswesen. Dennoch kommt es dadurch zu einem deutlichen Beschäftigungszuwachs gegenüber dem Status quo. Zusätzlich weist das Gesundheitswesen in Deutschland aufgrund neuer Technologien wie z.B. der Gen-, Bio- und Nanotechnologie mit entsprechenden Innovationen für die Medizinaltechnik und pharmazeutischen Produkte sowie eines u.a. infolge der demographischen Alterung steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen seitens der Patienten und Versicherten ein hohes Wachstums- und Beschäftigungspotenzial auf.
 - Wachstums- und beschäftigungshemmend wirken dagegen falsche oder fehlende Anreizmechanismen im deutschen Gesundheitswesen, die in der Vergangenheit zu einem strukturellen Finanzierungsproblem geführt haben, welches die Gesundheitspolitik zu

wiederholten Kostendämpfungsmaßnahmen veranlasst hat. Individuelle und kollektive Rationalität fallen durch die „Null-Preis-Illusion“ bei Gesundheitsleistungen auseinander, wodurch Anreize zu kostenbewusstem Verhalten seitens der Patienten und Versicherten unterbleiben. Als wachstums- und beschäftigungshemmende Faktoren lassen sich des Weiteren Wettbewerbsdefizite sowohl auf der „Beschaffungsseite“ als auch der „Absatzseite“ der Krankenkassen identifizieren: mangelnde Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungsanbietern und eine nicht ausreichend differenzierte Tarifgestaltung gegenüber den Patienten und Versicherten sowie eine reglementierte Arzneimittel-distribution. Erst eine Änderung dieser Rahmenbedingungen führt zu mehr Effizienz und folgend zu einer Erschließung des vorhandenen Wachstums- und Beschäftigungspotenzial.

2. *Welchen Einfluss hat diesbezüglich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und welche Beschäftigungsdeterminanten eines „modernen Krankenversicherungssystems“ lassen sich aus ordnungspolitischer und institutioneller Sicht identifizieren?*

- Aufgrund des hohen Ausgaben- und Finanzierungsanteils der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) ist die Ordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung von zentraler Bedeutung für die Nachfrage auf Gesundheitsmärkten und die daraus abgeleiteten Beschäftigungseffekte. Da das GKV-System über einen umfassenden obligatorischen Leistungskatalog die Kostenübernahme für den überwiegenden Teil krankheitsbedingter Behandlungen garantiert, erfolgt der Zugang zu den Gesundheitsmärkten für das Gros der Bevölkerung primär unter den gesetzlichen Vorgaben. Schließlich beeinflussen die beschäftigungswirksamen Angebotsbedingungen des GKV-Systems auch Marktanteile, die auf andere Versicherungssysteme oder die frei finanzierte Nachfrage entfallen.
- Das in dem vorliegenden Gutachten erarbeitete Reformmodell eines „modernen Krankenversicherungssystems“ zeigt aus ordnungspolitischer Sicht Möglichkeiten auf, das Krankenversicherungssystem ökonomisch effizient, d.h. präferenz- und knappheitsgerecht, und zugleich politisch zustimmungsfähig, d.h. unter der Restriktion sozialpolitischer Zielsetzungen (z.B. solidarischer Finanzierung), zu gestalten. Hierfür wird ein Katalog qualitativer Maßnahmen zur schrittweisen, institutionellen Umsetzung des Reformmodells vorgeschlagen. Als die wesentlichen Beschäftigungsdeterminanten im Gesundheitswesen lassen sich, im Umkehrschluss zu den beschäftigungshemmenden Faktoren, mehr Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern und höhere Eigenver-

antwortung in der individuellen Wahl der Versicherungsleistungen bei den Patienten und Versicherten identifizieren.

3. *Welche empirischen Beschäftigungswirkungen können bei Umsetzung eines modernen Krankenversicherungssystems gegenüber dem Status-quo erzielt werden?*

- Anhand verschiedener Szenarien, die einen unterschiedlichen Regulierungsgrad - gemessen am Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben - aufweisen, werden in einem Simulationsmodell die jeweiligen Beschäftigungseffekte quantifiziert. Es zeigt sich, dass das „liberale“ Reformmodell - in dem der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben von aktuell 79 vH auf 50 vH gesenkt wird - gegenüber dem Status-quo signifikante Beschäftigungszuwächse in Höhe von mehr als 600.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen generiert. Dies entspricht einer Verdopplung des Beschäftigungszuwachses im Status-quo.
- Ein effizientes, zugleich allgemein zustimmungsfähiges und somit politisch umsetzbares Übergangsszenario generiert immer noch bis zu 430.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2020 gegenüber dem Status-quo-Szenario.
- Ein so genannter „J-Kurven-Effekt“, d.h. zunächst eine Abnahme der Beschäftigung und später eine Zunahme über das Ausgangsniveau hinaus, ist nicht ausgeschlossen. Wie schnell dieser Effekt überwunden wird, hängt vom Tempo der Umsetzung der hier vorgeschlagenen Reformen ab. Das Gutachten geht davon aus, dass die mögliche kurzfristige Abnahme der Beschäftigung bis 2010 statt gefunden hat. Es sprechen aber viele Gründe dafür, dass der „J-Kurven-Effekt“ nur von sehr geringer Bedeutung sein wird.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich schließlich folgende **wirtschaftspolitische Implikationen und Maßnahmen** in Bezug auf ein „modernes Krankenversicherungssystem“ ableiten, die letztendlich das in Kapitel 2.4 entworfene solidarische Krankenversicherungssystem auf wettbewerblich verfassten Gesundheitsmärkten zum Ziel haben:

- Ein „modernes Krankenversicherungssystem“ ist derart zu gestalten, dass über anreizkompatible Mechanismen eine präferenz- und knappheitsgerechte Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen induziert wird. Dabei kann folgender modularer Maßnahmenkatalog, wie er in Abschnitt 3.3.2 für die „Übergangsszenarien“ formuliert worden ist, als Grundlage für eine ordnungspolitische Aus- bzw. Umgestaltung des Gesundheitswesens dienen (vgl. auch ausführlich Annex 2):

- Einstieg in den Vertragswettbewerb zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern,
 - Einstieg in differenzierte Tarifangebote,
 - Liberalisierung der Arzneimitteldistribution,
 - Aufhebung der institutionellen Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen,
 - Beschränkung des Risikostrukturausgleichs.
- Durch zusätzliche Wettbewerbsparameter sind diesbezüglich für die Akteure des Gesundheitswesens und insbesondere die Krankenversicherungen Handlungsoptionen zur Ausschöpfung des vorhandenen Wachstums- und Beschäftigungspotenzials im Gesundheitssektor zu schaffen.
 - Es bestehen jedoch bei dem Übergang zu freier Vertragsgestaltung zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungsanbietern sowie zur freien Tarifgestaltung gegenüber den Patienten und Versicherten auf Seiten der Krankenkassen weiterhin ein Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Des Weiteren besteht eine Versicherungspflicht im Umfang einer obligatorischen Mindestsicherung. Im Rahmen der Mindestsicherung sind zur Vermeidung der Risikoselektion einheitliche Selbstbehalte zwingend.
 - Zur Sicherstellung eines funktionsfähigen Krankenversicherungssystems bedarf es einer Regulierungsinstanz (z.B. nach dem Vorbild der BaFin) mit dem Auftrag einer Wettbewerbs- und Versicherungsaufsicht.

Neben der Ausgestaltung und Durchführung des ordnungspolitischen Systemwechsels anhand der hier vorgeschlagenen Maßnahmen kommt auf die Wirtschaftspolitik die Aufgabe der begleitenden Steuerung der Beschäftigung, in Falle dieses Gutachtens des Beschäftigungszuwachses, zu. Dies umfasst v.a. Maßnahmen auf dem Gesamtarbeitsmarkt, da dieser nicht vom Teilarbeitsmarkt des Gesundheitssektors zu trennen ist. **Ein modernes Krankenversicherungssystem kann sein Beschäftigungspotenzial nicht oder nur unvollständig entfalten, wenn weiterhin umfangreiche Rigiditäten (Stichwort: Niedriglohnarbeitsplätze) auf dem gesamtwirtschaftlichen Arbeitsmarkt existieren.** Weitere - nicht als abschließend zu betrachtende - angrenzende Politikfelder sind die Neuordnung der finanziellen Beziehungen zwischen Bund und Ländern (Stichwort: duale Krankenhausfinanzierung); die rechtlichen Rahmenbedingungen für unternehmerisches Handeln der gesetzlichen Krankenversicherungen (Stichwort: private Rechtsform statt öffentlich-rechtliche Körperschaften, Möglichkeiten

zur Fusion/Übernahme) oder Reformen und Systemwechsel in den anderen Sozialversicherungen (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen).

Anhang

Annex 1: Mikroökonomische Fundierung der Gesundheitsnachfrage

Gesundheit als Konsumgut

Das repräsentative Wirtschaftssubjekt i habe folgende Nutzenfunktion:

$$U_i = f_i(\bar{g}, x_i) \quad (A1)$$

mit den üblichen Eigenschaften $f' > 0, f'' < 0$, wobei \bar{g} das institutionell fixierte Niveau an Gesundheitsleistungen ist, das vom Konsumenten wie ein öffentliches Gut betrachtet wird, und x_i ein Konsumgüterbündel darstellt. Sei ferner τ der Beitragssatz zur Finanzierung des Gesundheitswesens, m_i das Einkommen und p der Preisindex für den Warenkorb x_i , dann gilt für den Haushalt i als Budgetrestriktion

$$m_i - \tau \cdot m_i = p \cdot x_i \quad (A2)$$

und als Finanzierungsrestriktion des Gesundheitswesens

$$\bar{G} = n \cdot \bar{g} = \sum_{i=1}^n \tau \cdot m_i, \quad (A3)$$

wobei \bar{G} die gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben und n die Anzahl der Wirtschaftssubjekte ist.

Um jedoch das optimale Niveau an Gesundheitsversorgung zu ermitteln, sei folgendes Optimierungsproblem betrachtet, wobei eine quasi-lineare Nutzenfunktion unterstellt sei:

$$\max_{g_i, x_i} U_i = a_i \cdot \ln g_i + \ln x_i, \quad (A4)$$

wobei g_i die „private“ Gesundheitsnachfrage und a_i der entsprechende Präferenzparameter ist. Für die Konsumentscheidung des Haushalts gilt zusätzlich folgende Budgetrestriktion:

$$m_i = g_i + p \cdot x_i. \quad (A5)$$

Für die optimale private Nachfrage nach Gesundheitsleistungen g_i^* ergibt sich:

$$g_i^* = \frac{a_i}{1 + a_i} m_i. \quad (A6)$$

Man sieht anhand der Gleichung (6), dass die private Zusatznachfrage nach Gesundheitsleistungen eine steigende Funktion des Einkommens m_i und des Präferenzparameters a_i ist. Ferner zeigt sich, dass eine Regulierung des Gesundheitswesens nur dann effizient, d.h. präferenzgerecht ist, falls der Beitragssatz τ der relativen Präferenz für „Gesundheit“ für jedes Individuum, d.h. $\forall i$ entspricht:

$$g_i^* = \bar{g} \Leftrightarrow \frac{a_i}{1 + a_i} = \tau. \quad (A7)$$

Gilt nun weiterhin, dass

$$G^* = \sum_{i=1}^n g_i^* > n \cdot \bar{g} = \bar{G}, \quad (\text{A8})$$

so bedeutet dies, dass es eine positive private Zusatznachfrage nach Gesundheitsleistungen gibt.

Dereguliert man das Gesundheitswesen in dem Sinne, dass private Zusatzleistungen nachgefragt werden können, ergibt sich folgendes modifiziertes Optimierungsproblem:

$$\max_{g_i, x_i} U_i = a_i \cdot \ln(\bar{g} + g_i) + \ln x_i \quad (\text{A9})$$

unter der Budgetrestriktion

$$m_i - \tau \cdot m_i = g_i + p \cdot x_i. \quad (\text{A10})$$

Als optimale private Zusatznachfrage erhält man

$$\hat{g}_i = \frac{a_i}{1+a_i} (1-\tau) m_i - \frac{1}{1+a_i} \bar{g}. \quad (\text{A11})$$

Die gesamte Gesundheitsnachfrage \tilde{g}_i ergibt sich dann als

$$\tilde{g}_i = \begin{cases} \hat{g}_i + \bar{g} & \text{sofern } \frac{a_i}{1+a_i} (1-\tau) m_i - \frac{1}{1+a_i} \bar{g} > 0 \\ \bar{g} & \text{sofern } \frac{a_i}{1+a_i} (1-\tau) m_i - \frac{1}{1+a_i} \bar{g} = 0 \end{cases} \quad (\text{A12})$$

Damit ergibt sich als Summe aus „staatlicher“ und „privater“ Gesundheitsnachfrage eine Gesamtgesundheitsnachfrage in Höhe von:

$$\tilde{G} = \sum_{i=1}^n \hat{g}_i + n \cdot \bar{g} > \sum_{i=1}^n g_i^* = G^*. \quad (\text{A13})$$

Damit ist mikroökonomisch gezeigt, daß eine Rationierung der Konsumenten an Gesundheitsleistungen durch eine institutionelle Fixierung einer Obergrenze für Gesundheitsausgaben ineffizient und nicht präferenzgerecht ist; es besteht ein crowding-out privater durch staatliche Gesundheitsausgaben. Zudem besteht durch den Allmende-Charakter des Gesundheitswesens (Nicht-Ausschluss von der Inanspruchnahme von Leistungen bei gleichzeitiger Rivalität im Konsum) ein latentes Finanzierungsproblem.

Ein weiterer Effekt, der hier nicht näher modelliert wird, aber oben schon erwähnt wurde, bezieht sich auf die Verschiebung der Ausgaben von der Gesundheitsvorsorge hin zur Gesundheitsversorgung durch die (Zwangs-) Versicherung von Gesundheitsrisiken. Hierdurch wird die Entwicklung eines auf Präventionsleistungen ausgerichteten Gesundheitsmarktes behindert, was wiederum die privaten Aufwendungen für die Vermeidung von Krankheiten mindert und auf diese Weise über externe Effekte die „sozialen Kosten“ der Gesundheitsversorgung erhöht. „Selbstbehalte“ als Preis bzw. Gebühr für die Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung können hier in gewissem Umfang einen Substitutionseffekt bewirken und so nicht nur als Finanzierungs-, sondern zugleich als Lenkungsinstrument dienen.

Gesundheit als Produktionsfaktor

„Gesundheit“ spielt nicht nur als Konsumgut in der Ausgabenentscheidung von privaten Haushalten, sondern auch als Produktionsfaktor für Unternehmen eine wichtige Rolle. Dabei hat „Gesundheit“ einen direkten Einfluß auf die Qualität und die Nutzung von Humankapital wie auch auf die Höhe der Arbeitsproduktivität bzw. den Krankheitsstand in Unternehmen. Um die Bedeutung von „Gesundheit“ als Produktionsfaktor zu modellieren, sei folgende Produktionsfunktion vom Cobb-Douglas-Typ für das repräsentative Unternehmen j unterstellt:

$$Y_j = A \cdot (\bar{g} \cdot L_j)^{1-\alpha} \cdot K_j^\alpha \quad (\text{A14})$$

für $\forall j = 1, \dots, q$ und den üblichen Eigenschaften $f' > 0, f'' < 0$, wobei A den technischen Fortschritt, L den Arbeitsinput und K den Kapitalstock bezeichnet. Das allgemeine Gesundheitsniveau \bar{g} führt zu einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität, so dass $\bar{g} \cdot L_j$ den Arbeitsinput in Effizienzeinheiten angibt. Gleichung (14) lässt sich in intensiver Form wie folgt schreiben:

$$y_j = A \cdot k_j^\alpha \cdot \bar{g}^{1-\alpha} \quad (\text{A14b})$$

Für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch die Unternehmen gelte:

$$\bar{G} = q \cdot \bar{g} = \sum_{j=1}^q \lambda \cdot Y_j = \sum_{j=1}^q \lambda \cdot y_j \cdot L_j \quad (\text{A15})$$

Den optimalen Gesundheitsstatus der Arbeitnehmer g_j^* bei gegebener Kapitalintensität $\bar{k}_j(w, r)$ in Abhängigkeit vom Lohnsatz w und dem Zinssatz r erhält man aus dem Optimierungsansatz

$$\max_{g_j} (1-\lambda)A \cdot \bar{k}_j^\alpha \cdot g_j^{1-\alpha} - g_j \quad (\text{A16})$$

an der Stelle, an der die Grenzkosten dem Nettogrenzerlös entsprechen, also:

$$g_j^* = [(1-\lambda)(1-\alpha)A]^{1/\alpha} \cdot \bar{k}_j \quad (\text{A17})$$

Die zusätzliche Gesundheitsnachfrage der Unternehmen ergibt sich folglich aus

$$\hat{g}_j = \begin{cases} g_j^* - \bar{g} & \text{sofern } g_j^* > \bar{g} \\ 0 & \text{sofern } g_j^* \leq \bar{g} \end{cases} \quad (\text{A18})$$

Für die gesamte Nachfrage \tilde{G} gilt folglich:

$$\tilde{G} = \sum_{j=1}^q \hat{g}_j + q \cdot \bar{g} > \bar{G} = q \cdot \bar{g} \quad (\text{A19})$$

Es wurde damit gezeigt, dass auch aus produktionstheoretischer Sicht dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung und insbesondere der Arbeitnehmer eine wichtige Funktion zukommt, aus der sich ebenfalls – hier nicht als Konsumgut, sondern als Produktionsfaktor – ein Nachfragepotenzial nach Gesundheitsleistungen ergibt.

Annex 2: Ausgewählte Merkmale unterschiedlich verfasster Gesundheitssysteme

	Gesetzliche Krankenversicherung („Status-quo-Szenario“)	Solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheits- und Versicherungsmärkten („liberales Szenario“)		
Auf der Seite der Versicherten				
Versicherungspflicht	Arbeitnehmer mit Entgelten bis zur Beitragsbemessungsgrenze	alle Bürger, zum Schutz vor Freifahrerverhalten; Vorläufiges Beibehalten der „Friedensgrenze“ zwischen privater und bisher Gesetzlicher Krankenversicherung		
Leistungskatalog	Umfassend	beschränkt (zum Beispiel Auslagerung der zahnmedizinischen Versorgung in die private Verantwortung)		
Finanzierung	lohn- und rentenbezogene Beitragsfinanzierung	Prämien	ODER	lohn- und rentenbezogene Beitragsfinanzierung
Selbstbehalte	Überwiegend Gebühren, i. d. R. bis maximal 2 vH des Haushaltseinkommens	einheitliche, aber höhere Selbstbehalte Ausgestaltung in Abhängigkeit von der Preiselastizität der Nachfrage (Gebühren und prozentuale Kostenbeteiligungen)		
Kostentransparenz für Versicherte	Gering; Entkoppelung von Finanzierungsbeitrag und Leistungsanspruch	hoch; Prämien spiegeln Kosten des Versorgungsanspruchs	ODER	mittel; Entkoppelung von Finanzierungsbeitrag und Leistungsanspruch, aber Steuerungswirkung direkter Kostenbeteiligungen
Wahlfreiheit auf Versicherungsmärkten	Beschränkt auf Auswahl der gesetzlichen Krankenkasse	freie Wahl unter privatwirtschaftlichen organisierten Versicherungsanbietern		
Wahlfreiheit auf Versorgungsmärkten	freie Auswahl der Behandler und stationären Einrichtungen	grds. freie Auswahl der Behandler und stationärer Einrichtungen, freiwillige Einschränkung gegen entsprechende Prämien-/Beitragsnachlässe möglich		

	Gesetzliche Krankenversicherung („Status-quo-Szenario“)	Solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheits- und Versicherungsmärkten („liberales Szenario“)		
Auf den Versicherungsmärkten				
Organisation	Körperschaften öffentlichen Rechts Aufgaben mittelbarer Staatsverwaltung; Pflichtmitgliedschaft in Spitzenverbänden der jeweiligen Kassenart	privatwirtschaftlich organisierte Versicherungsgesellschaften staatlich konzessioniert für das Angebot der Mindestversicherungspflicht (Versicherungsaufsicht) (negative) Koalitionsfreiheit		
Einfluss auf die Versorgungskosten („Beschaffungsmärkte“)	Entgeltverhandlung nur über die Spitzenorganisationen der	freier Vertragswettbewerb zwischen einzelnen Krankenversicherern und einzelnen Anbietern oder konkurrierenden Anbieternetzwerken		
Einfluss auf die Tarifgestaltung („Absatzmärkte“)	Beitragssatzdifferenzierung nach Versorgungsangebot nicht möglich, beschränkte Optionen im Rahmen von Bonifikationen	freie Tarifgestaltung im Rahmen der Mindestsicherungspflicht nach Maßgabe der gewünschten Versorgungsangebote (z.B. im Rahmen von Hausarztmodellen, integrierter Versorgung etc.)		
Risikostrukturausgleich	nach Finanzkraft der Mitglieder und krankheitsbezogenen Merkmalen; morbiditätsbezogene Vertiefung geplant	kein Risikostrukturausgleich	ODER	reduziert auf einfache Merkmale; Ausgleichsbedarf an jeweils minimalen Versorgungskosten orientiert

	Gesetzliche Krankenversicherung („Status-quo-Szenario“)	Solidarische Krankenversicherung auf wettbewerblich verfassten Gesundheits- und Versicherungsmärkten („liberales Szenario“)
Auf den Versorgungsmärkten		
Organisation	Zwangsmitgliedschaft in monopolistischen kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen; Interessenvertretung stationärer Einrichtung über Spitzenverband	(negative) Koalitionsfreiheit; freie Wahl eigener Interessenvertretung
Sicherstellungsauftrag	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen	keine Sicherstellungsauftrag, Versicherungsaufsicht
Preisbildung auf Versorgungsmärkten	Kollektive Entgeltverhandlungen; im Bereich der ambulanten Versorgung einheitliche Entgelte für homogene Leistungen im Bereich der stationären Versorgung Umstieg auf Fallpauschalensystem Budgetierung der Gesamtausgaben	grds. freie Preisbildung ambulante Versorgung: Einzelvereinbarungen möglich, nach Leistungsanbieter differenzierte Entgeltstrukturen, keine Budgetierung auf Länder- oder Bundesebene stationäre Versorgung: freie Verhandelbarkeit des Basisfallwertes, Aufheben der Budgetierung
Marktzugang	in der ambulanten Versorgung über die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen reglementiert in der stationären Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung (und steuerfinanzierte Zuschüsse zu Infrastrukturinvestitionen)	in der ambulanten Versorgung freier Marktzugang nach Approbation, keine Reglementierungen für die Ausübung der Tätigkeiten in freier Praxis, in Praxisnetzwerken oder als angestellter Behandler in der stationären Versorgung mittelfristiger Umstieg auf monistische Finanzierung und Aufgabe der hoheitlichen Krankenhausplanung

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Literatur

- Akerlof, George A.* (1970): The market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, S. 488-500.
- BASYS* (2003): Entwicklungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Niedersachsen, Augsburg.
- Berthold, Norbert* (1988): Marktversagen, Staatliche Intervention und Organisationsformen Sozialer Sicherung, in: *Rolf, Gabriele u. a.* (Hrsg.), Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt a. M. und New York, S. 339-369.
- Beske, Fritz u. a.* (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern, Band 1: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, Kiel.
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2005): Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitte 1998 bis 2004, Ergebnisse der GKV-Statistik KM 1, URL: <http://www.bmgs.bund.de> [Stand: 2005-09-01].
- Breuer, Michael* (1999): Ansätze für eine effiziente Organisationsstruktur in der Schweizer Sozialversicherung: Lehren aus der ökonomischen Theorie des Clubs, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Vol. 135, S. 329-348.
- Breyer, Friedrich* (1984): Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 140, S. 288-307.
- Breyer, Friedrich* (1992): Wahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine wohlfahrtstheoretische Analyse, in: *Gäfgen, Gérard* (Hrsg.), Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 13, Baden-Baden, S. 33-52.
- Breyer, Friedrich* (2000): Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, in: *Hauser, Richard* (Hrsg.), Die Zukunft des Sozialstaats, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F. Bd. 271, Berlin, S. 167-199.
- Breyer, Friedrich / Ulrich, Volker* (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse", Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, vol. 220, 1-17.
- Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter* (1997): Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Berlin u. a.
- Bruckenberg, Ernst* (2004): 16. Herzbericht mit Transplantationschirurgie, Selbstverlag, www.bruckenberg.de [Stand 2005-11-15]
- Bruckenberg, Ernst* (2003): 15. Herzbericht mit Transplantationschirurgie, Selbstverlag, www.bruckenberg.de [Stand 2005-11-15]
- Busse, Reinhard / Schlette, Sophia* (2005): Gesundheitspolitik in Industrieländern, Gütersloh.
- DIW* (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Berlin.
- Docteur, Elizabeth / Oxley, Howard* (2003): Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, OECD Economics Department Working Papers, Nr. 374, Paris.

- Eucken, Walter* (1990): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, Tübingen.
- Hilbert, Josef* (2000): Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive – Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Institut für Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen.
- iwd – Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln* (2003): Die Patienten mit ins Boot holen, *iwd*, 28. Jg., Nr. 37 vom 12.09.2002, S. 4-5.
- Kay, John* (2004): The Truth About Markets. London.
- Kessner, Ekkehard* (1998): Adverse Selektion auf Versicherungsmärkten, in: *WiSt* 1998, Heft 6, S. 303-306.
- Klusen, Norbert* (2001): Das deutsche Krankenversicherungssystem braucht Reformen: Öffentliche versus private Verantwortlichkeit aus der Sicht einer gesetzlichen Krankenkasse, in: *Henke, Klaus-Dirk / Dräger, Christian* (Hrsg.): Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität, Baden-Baden.
- Klusen, Norbert / Straub, Christoph* (2003): *Bausteine für ein neues Gesundheitswesen, Baden-Baden*
- Knappe, Eckhard* (1988): Innovations- und Diffusionsprozesse technischer Entwicklungen im ambulanten und stationären Sektor, in: *Gäpfen, Gérard und Oberender, Peter* (Hrsg.), Technologischer Wandel im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd.2, Baden-Baden, S. 35-56.
- Knappe, Eckhard / Hörter, Stefan* (2001): Notwendige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 50. Jg., Heft 3, S. 311-322.
- Knappe, Eckhard / Roppel, Ulrich* (1986): Allokationsprobleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *WiSt*, 15. Jg., S. 127-134.
- Knappe Eckhard / Rosar, Alexander* (1988): Medizinisch-technischer Fortschritt unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitssektors, in: *Klaus, Joachim und Klemmer, Paul* (Hrsg.), Wirtschaftliche Strukturprobleme und soziale Fragen – Analyse und Gestaltungsaufgaben, Berlin, S. 389-411.
- Krämer, Walter* (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens: Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt a. M.
- Meyer, Dirk* (1993): Der Nulltarif im Gesundheitswesen zur Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts, in: *WiSt* 1993, Heft 7, S. 348-352.
- Müller-Armack, Alfred* (1956): Soziale Marktwirtschaft, in: *Handwörterbuch der Sozialwissenschaft*, 9. Band, Stuttgart u. a. , S. 390-392.
- Nefiodow, Leo A.* (2001) : Der sechste Kondratieff, 5. Auflage, St. Augustin.
- Oberender, Peter* (1985): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine Neuorientierung, in: *Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik*, 32. Jg., S. 32-36.
- Oberender, Peter* (1996): Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Krankenversicherung, in: *Siebert, Horst* (Hrsg.), Sozialpolitik auf dem Prüfstand – Leitlinien für Reformen, Tübingen, S. 85-110.

- Oberender, Peter O. / Zerth, Jürgen* (2004): Ordnungswirtschaftliche Konsequenzen einer flächendeckenden Versorgung im liberalisierten Gesundheitswesen: Notwendigkeit einer Regulierung? in: *Cassel, Dieter* (Hrsg.), Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden..
- Oberender, Peter, Zerth, Jürgen* (2005): Zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Implikationen. Diskussionspapier 13-05, Bayreuth.
- OECD* (2005): Health Data 2005, CD-ROM, Paris.
- o. V.* (2005): Risikostrukturausgleich – Volumen weiter gestiegen, in: Soziale Selbstverwaltung, Heft 2, Februar 2005, S. 16.
- Pimpertz, Jochen* (2001): Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 121, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (Hrsg.), Köln.
- Pimpertz, Jochen* (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 271, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Köln.
- Pimpertz, Jochen* (2003a): Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zur Ordnungspolitik Nr. 2, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Köln.
- Pimpertz, Jochen* (2003b): Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: iw-trends, Vierteljahreszeitschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 30. Jg., Heft 1, S. 24-34.
- Pimpertz, Jochen* (2004): Kapitel II.8 Soziale Sicherung, in: Perspektive 2050 – Ökonomik des demographischen Wandels, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Köln, S. 239-264.
- Reinhardt, Uwe E. / Hussey, Peter S. / Anderson, Gerard F.* (2002): Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data 1999, in: Health Affairs, Vol. 21, No. 3, S. 169-181.
- Rürup-Kommission – Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme* (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, URL: <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/index.html> [Stand: 2003-09-01].
- Schönbeck, Wilfried* (1988): Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatliche Intervention, in: *Rolf, Gabriele et al.* (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt a. M. und New York, S. 45-63.
- Schumpeter, J.A.* (1912): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung, Leipzig.
- Scotchmer, Suzanne / Holtz Wooder, Myrna* (1987): Competitive Equilibrium and the Core in Club Economics with Anonymous Crowding, in: Journal of Public Economics, Vol. 34, S. 159-173.
- Stanowsky, Jürgen / Schmax, Sabine / Sandvoß, Rolf* (2004): Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor?, Allianz Group, Dresdner Bank, Economic Research, Working Paper Nr. 17, Frankfurt a. Main.
- Statistisches Bundesamt* (2003): Mikrozensus 2003, URL: <http://www.destatis.de> [Stand: 2003-06-01].
- Statistisches Bundesamt* (2005a): 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bev_svg_var.php [Stand: 2005-10-30].
- Statistisches Bundesamt* (2005b): Gesundheitsausgaben, URL: <http://www.destatis.de> [Stand: 2005-07-19].

- Straub, Christoph / Pütz, Claudia* (2004): Perfektionswahn statt echter wettbewerblicher Reformen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 58. Jg., Heft 11/12, S. 10-13.
- Straubhaar, Thomas* (2002): Migration im 21. Jahrhundert - Von der Bedrohung zur Rettung sozialer Marktwirtschaften, Tübingen
- Steinmann, Lukas / Telser, Harry* (2005): Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft – Weshalb nicht die Zunahme älterer Menschen, sondern falsche Anreize das Gesundheitswesen unter Druck setzen, „Avenir Suisse“, Zürich.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (1996): Reformen voranbringen, Jahresgutachten 1996/1997, Stuttgart.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/2005, Stuttgart.
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (2005): Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/2006, Wiesbaden.
- SVRiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1998): Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung (Sondergutachten 1996), Baden-Baden.
- Tietzel, Manfred / Müller, Christian* (1988): Noch mehr zur Meritorik, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Bd. 118, S. 87-127.
- Varian, Hal R.* (1990): Intermediate Microeconomics. A Modern Approach, 2nd ed., New York und London.
- Watrin, Christian* (1985): Staatsaufgaben – Die ökonomische Sicht, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 34. Jg., S. 131-159.
- Watrin, Christian* (1986): „Marktversagen“ versus „Staatsversagen“, Schriftenreihe des Vororts Nr. 42, Schweizerischer Handels- und Industrie-Verein, Zürich.
- Weisbrod, Burton A.* (1991): The Health Care Quadrilemma, in: Journal of Economic Literature, Vol. XXIX (June 1991), S. 523-552.
- Zerth, Jürgen* (2005): Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem. Eine institutionenökonomische Analyse der Sicherstellungsgarantie, Baden-Baden.