

Die Ökonomie der Versorgung mit Gesundheitsleistungen

Von Detlev Zöllner, Bonn

I. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen als wirtschaftliches Geschehen

1. Der Markt für Gesundheitsleistungen

Die Menschen bedürfen im Laufe ihres Lebens der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung (Gesundheitsleistungen). Im Rahmen der Haushalte wird darüber entschieden, ob und in welchem Umfang dieser Bedarf sich als Nachfrage nach Gesundheitsleistungen äußert. Den nachfragenden Haushalten stehen Personen und Betriebe gegenüber, die Gesundheitsleistungen anbieten. Der Ausgleich zwischen dem Angebot an und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vollzieht sich auf dem Markt.

Der Markt für Gesundheitsleistungen ist nicht eindeutig abgrenzbar von anderen Märkten. Es gibt einen weiten Unbestimmtheitsbereich, innerhalb dessen allein subjektive Empfindungen sowohl der Anbieter als auch der Nachfrager darüber entscheiden, ob ein bestimmtes Gut (Dienstleistung) als ein solches zur Gesundheitssicherung anzusehen ist oder nicht. Eine Droge, ein ärztlicher Rat, ein Kuraufenthalt od. a. kann der Gesundheitssicherung dienen; das alles kann aber auch ausschließlich anderen Zwecken dienen. Der Anbieter kann der Meinung sein, daß die von ihm angebotene Leistung in erster Linie der Heilung oder Erhaltung der Gesundheit des Nachfragenden dient, während dieser die Leistung vorwiegend als Genuß ohne Bedeutung für den Gesundheitszustand ansieht. Umgekehrt kann ein Nachfrager ein Bedürfnis nach Leistungen verspüren, die nur er, nicht aber der Anbieter als wichtig für den Gesundheitszustand ansieht. In beiden Fällen kann es zum Austausch von Leistungen kommen, ohne daß im Einzelfall eindeutig feststellbar wäre, ob es sich um Gesundheitsleistungen oder um andere Leistungen handelt.

Ein praktisches Abgrenzungsmerkmal ergibt sich, wenn man von den Angebotsträgern ausgeht. Da die Erbringung ärztlicher Dienstleistungen an rechtliche Voraussetzungen geknüpft ist, hat man damit ein Abgrenzungsmerkmal, das geeignet ist, die Märkte für Güter und

Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung zu umschreiben. Es erscheint zweckmäßig, die von Ärzten (Zahnärzten) erbrachten Dienstleistungen, die auf Grund ärztlicher Verordnung ge- bzw. verkauften Güter (Heil- und Hilfsmittel) sowie die auf Grund ärztlicher Verordnung erbrachten Dienstleistungen medizinischer Hilfsberufe (Heilgymnast, Masseur, Krankenschwester) und Krankenpflegeanstalten als der Gesundheitssicherung dienend anzusehen. Der Markt für Gesundheitsleistungen umfaßt danach alle von Ärzten (Zahnärzten) erbrachten Leistungen und die auf Grund ärztlicher Anordnung erbrachten Güter und Leistungen von Nicht-Ärzten. Die letzte Beantwortung der Frage, ob eine bestimmte Leistung der Gesundheitssicherung dient, obliegt somit der medizinischen Wissenschaft.

Bei gegebener Bedarfsstruktur des Haushalts und gegebenen Preisen aller übrigen Güter und Dienstleistungen bestimmt sich die Nachfrage des Haushalts nach Gesundheitsleistungen durch den Preis der Gesundheitsleistungen und das Haushaltseinkommen. Als Summe der Nachfrage aller Haushalte ergibt sich die Gesamtnachfrage. Das Angebot auf dem Markt für Gesundheitsleistungen bestimmt sich durch die Zahl der Angebotsträger, deren Produktionskapazität und Produktionswilligkeit. Es kann unterstellt werden, daß die Angebotsträger — mindestens auch — eine Maximierung ihres Einkommens (Gewinns) bzw., soweit sie öffentlich-rechtlichen Status haben, eine Minimierung der Kosten anstreben. Aktionsparameter der Anbieter sind die Menge der angebotenen Leistungen (Güter) sowie deren Preis.

2. Besonderheiten des Marktes

Der Markt für Gesundheitsleistungen weist einige charakteristische Besonderheiten auf, deren Kenntnis für das Verständnis des sich auf ihm vollziehenden Marktgeschehens wichtig ist.

a) Die Inhomogenität und Unelastizität des Angebots

Wenn man von dem Angebot an industriell vorgefertigten Arzneien absieht, so ist das Angebot auf dem Markt für Gesundheitsleistungen in besonderem Maße inhomogen. Dies gilt insbesondere für ärztliche Dienstleistungen. Sehr oft wird nicht ein ärztlicher Rat schlechthin, sondern die Konsultation eines bestimmten Arztes nachgefragt. Es liegen persongebundene Präferenzen der Nachfrager vor, die ihnen die Angebotsträger nicht beliebig austauschbar erscheinen lassen. Der Begriff eines Marktes für ärztliche Dienstleistungen ist daher eine Abstraktion, die sich von der Wirklichkeit weiter entfernt als in den

meisten anderen Bereichen; es handelt sich in Wahrheit um viele Teilmärkte.

Das Angebot auf jedem der Teilmärkte ist begrenzt durch die Leistungskapazität des Anbieters, die wegen der Person-Gebundenheit des Angebots nur innerhalb enger Grenzen erweiterungsfähig ist. Wegen der personengebundenen Präferenzen der Nachfrage häuft sich diese leicht auf einzelnen Teilmärkten, d. h. bei einzelnen, nach Meinung der Nachfrager besonders qualifizierten Ärzten. Da diese wegen der begrenzten Leistungskapazität ihr Angebot nicht beliebig vermehren können, entstehen auf diesen Teilmärkten Engpässe. Ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage kann unter solchen Umständen nur bei einem höheren Preis herbeigeführt werden. Aus diesem Grunde sind die Preisunterschiede zwischen den Teilmärkten für ärztliche Leistungen oft erheblich.

Andererseits ist jeder der Anbieter bei gegebenen Preisen bestrebt, ein Minimum an Leistungen zu erbringen, um seine wirtschaftliche Existenz sicherzustellen. Dieser Umstand bewirkt bei sinkenden Preisen inverse Reaktionen des Angebots, d. h. Preissenkungen lösen tendenziell nicht eine Verminderung, sondern eine Vermehrung des Angebots aus. Die Menge der angebotenen Leistungen auf einem Teilmarkt für Gesundheitsleistungen kann also nur innerhalb enger Grenzen einer wechselnden Nachfrage angepaßt werden.

Ähnliches gilt auch für das Angebot auf dem Gesamtmarkt. Hier ist eine Anpassung des Angebots an Änderungen der Nachfrage nur durch Vermehrung der Zahl der Anbieter möglich. Eine solche Vermehrung jedoch ist wegen der hohen Qualifikation und der langen Ausbildungsdauer der Ärzte nur langfristig möglich. Das Gesamtangebot ist daher bei gegebener Zahl der Anbieter vergleichsweise unelastisch gegenüber Änderungen der Gesamtnachfrage.

b) Die Beeinflußbarkeit der Nachfrage durch die Anbieter

Im Gegensatz zu anderen Gütern und Dienstleistungen sind diejenigen zur Gesundheitssicherung kaum einer Bedarfsplanung zugänglich. Der Bedarf tritt spontan auf, weil die Krankheit als Einzelereignis nicht vorhersehbar ist. Zwar läßt sich aus der Erfahrung ableiten, daß über längere Zeiträume hinweg im Durchschnitt mit einer bestimmten Krankheitshäufigkeit gerechnet werden muß, die es angezeigt erscheinen läßt, auch bei nicht unmittelbarem Bedarf stets einen Teil des Einkommens diesem für die Zukunft wahrscheinlichen Bedarf zu widmen. Einer solchen vorsorglichen Einkommensverwendung im Hinblick auf künftig wahrscheinlich zu erwartenden Bedarf steht das psychologische Phänomen der Minderschätzung künftiger Bedürfnisse entgegen.

Neben der Minderschätzung künftiger Bedürfnisse gibt es im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen noch einen speziellen Effekt, den man auch als Regel der Überschätzung gegenwärtigen Bedarfs bezeichnen kann. Im Zustande der Krankheit unterliegt der Mensch leicht Angstgefühlen; er empfindet seinen Bedarf mit vitaler Dringlichkeit, die seine Urteilsfähigkeit trübt und Gleichgültigkeit erzeugt. Der Patient scheut in dieser Situation keine wirtschaftlichen Opfer und erwartet oft unnötige Aufwendungen. Jede nur vage angedeutete Möglichkeit zusätzlichen Aufwandes wird vom Kranken als dringendes Bedürfnis empfunden, dessen Befriedigung auch von seinen Angehörigen nur ungern, jedenfalls aber nicht unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Widerstand entgegengesetzt wird. Zu dieser subjektiv bedingten Begrenzung der Urteilsfähigkeit des Nachfragers kommen auch objektive Umstände.

Während der Nachfrager auf einem Markt im allgemeinen die erwünschte Leistung nach Art und Menge genau bestimmen kann, ist ihm dies auf dem Markt für Gesundheitsleistungen nur sehr bedingt möglich. Im Falle der Krankheit oder Gesundheitsstörung empfindet er das Bedürfnis, die Gesundheit wiederherzustellen. Er sucht deshalb den Arzt in seiner Funktion als Ratgeber auf. Der Arzt ist aber zugleich auch Anbieter der angeratenen Leistungen. Da der Nachfrager das zur Bedürfnisbefriedigung Erforderliche nicht beurteilen kann, ist der Anbieter in der Lage (und verpflichtet), Art und Menge der von ihm zu erbringenden und vom Patienten nachzufragenden Leistungen fast ohne Einschränkung selbst zu bestimmen. Die Beeinflußbarkeit der Nachfrage durch die Anbieter erklärt u. a., daß es ungeachtet der dargestellten Unelastizität des Angebots unter Absehung von Extremsituationen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen weder eine Unterbeschäftigung noch eine Versorgungslücke als Massenerscheinung gibt.

c) Die Koppelung zwischen Gesundheitsleistung und Freizeit

Der Zustand Krankheit ist nicht exakt definierbar. Die medizinische Wissenschaft legt dar, daß insbesondere angesichts der funktionellen Störungen sowie psychisch und sensorisch abnormer Zustände „es letztlich der Patient ist, welcher bestimmt, in welchem Ausmaß er gesund oder krank ist“¹. Für die wirtschaftliche Betrachtung besagt dieser Satz, daß die Auslösung der Leistung letztlich beim Nachfrager liegt. Wenn oben darauf hingewiesen wurde, daß Art und Menge der

¹ Hans Schaefer: Die Theorie der Krankheit und das Verhältnis Patient — Arzt — Krankenhaus. In: Bericht über den deutschen Krankenkassentag 1960. Hrsg. vom Bundesverband der OKK. Bad Godesberg 1960. S. 52 f. Vgl. auch Viktor v. Weizsäcker: Der kranke Mensch. Stuttgart 1951. S. 255.

Leistung vom Anbieter beeinflußt werden kann, so gilt dies nur unter der Voraussetzung, daß der Nachfrager (Patient) beim Anbieter (Arzt) erscheint und eine Leistungsgewährung auslöst. Nachdem sie ausgelöst ist, ist der Nachfrager darauf angewiesen und geneigt, die Leistungsbestimmung nach Art und Menge dem Anbieter zu überlassen. Andererseits ist jedoch der Anbieter kaum in der Lage, den Leistungsgrund schlechthin zu leugnen, solange er vom Nachfrager behauptet wird. Der Nachfrager hat einen beträchtlichen Spielraum, innerhalb dessen er unwidersprochen bestimmen kann, ob eine Leistung ausgelöst wird oder nicht.

Dieser Umstand gewinnt besondere Bedeutung dadurch, daß Gesundheitsleistungen oft gekoppelt sind mit der Gewährung von Freizeit. Da zur Wiederherstellung der Gesundheit oft auch Freistellung von Pflichten (Arbeit, Schulbesuch od. a.) nötig ist, kann das Bedürfnis nach Freizeit in bestimmten Situationen vorrangig sein oder empfunden werden. Da Freizeit zu erlangen ist, indem ärztliche Leistungen beansprucht werden, kann in dieser Situation die Nachfrage nach diesen Leistungen sekundär induziert sein. Aber auch wenn man von dem Extremfall absieht, in dem das Bedürfnis nach Freizeit ursächlich für die Auslösung von Gesundheitsleistungen ist, wird man allgemein als eine Eigentümlichkeit des Marktes für Gesundheitsleistungen den Umstand zu erkennen haben, daß mit solchen Leistungen in einer Vielzahl von Fällen auch die Gewährung von Freizeit verbunden ist. Dieser Sachverhalt wird um so wichtiger, je weniger die wegen Krankheit gewährte Freizeit wirtschaftliche Einbußen zur Folge hat. Da, wie dargelegt, die Auslösung ärztlicher Leistungen vom Nachfrager bestimmt wird, muß damit gerechnet werden, daß die Koppelung mit der Gewährung von Freizeit die Häufigkeit der Leistungsauslösung beeinflußt.

Wenn dem Anbieter neben der Erbringung der Gesundheitsleistung auch die Gewährung von Freizeit obliegt — wie es im deutschen System der Krankenversicherung der Fall ist —, so kann er sich vor der Situation sehen, daß eine mangelhafte Befriedigung der Nachfrage nach Freizeit den Nachfrager veranlaßt, auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einzustellen oder auf einem anderen Teilmarkt zu befriedigen. Dieser Zusammenhang erschwert es dem Arzt unter Umständen, die Notwendigkeit der Gewährung von Freizeit allein nach medizinischen Maßstäben zu beurteilen. Aus diesem Grunde hat man z. B. in den Niederlanden die Funktionen der ärztlichen Behandlung und der Gewährung von Freizeit getrennt. Allein das erstere obliegt dort dem praktischen Arzt, während besondere Vertrauensärzte über die Arbeitsunfähigkeit entscheiden.

3. Die Einkommenselastizität der Nachfrage

Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen sind Teil der gesamten Konsumausgaben der Haushalte. Drückt man diesen Teil als Vomhundertsatz aus, so kann man von der auf Gesundheitsleistungen entfallenden Ausgabenquote sprechen. Es ist bekannt, daß bestimmte Ausgabenquoten, wie z. B. diejenige für Nahrungsmittel (Engelsches Gesetz) oder für Wohnungsbedarf (Schwabesches Gesetz) mit steigendem Einkommen charakteristischen Veränderungen unterliegen. Allgemein hat die Erfahrung erwiesen, daß mit steigendem Einkommen geringere Teile des Einkommens für Bedürfnisse verwendet werden, die im primären Produktionsbereich befriedigt werden. Dagegen werden immer größere Einkommensteile dazu verwandt, Güter und Dienstleistungen des sekundären und insbesondere des tertiären Produktionsbereichs zu kaufen. Die Güter und Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung werden im tertiären Produktionsbereich erbracht. Man kann also vermuten, daß mit absolut steigendem Einkommen die Ausgabenquote für diese Güter und Dienste ebenfalls steigt.

Für eine Nachprüfung dieser Vermutung steht nur spärliches Material zur Verfügung. Ein gesonderter Posten „Gesundheitssicherung“ od. ä. wird in den amtlichen deutschen Haushaltsrechnungen nicht nachgewiesen, weil die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung direkt vom Lohn einbehalten werden und nicht als Verbrauchsausgaben erscheinen. Ferner erstrecken sich die Haushaltsrechnungen nur auf versicherungspflichtige Arbeitnehmer (mittlere Verbrauchergruppe) und Sozialleistungsempfänger (untere Verbrauchergruppe). Immerhin lassen die vorhandenen Beobachtungen einzelner Haushalte keinen Zweifel daran zu, daß die Ausgabenquote für Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Einkommen steigt. Bei einer Erhebung in 300 Haushalten im Jahre 1927 ergab sich, daß die „Ausgaben für den Arzt“ in vH des Einkommens betragen: 0,62 bei einem Einkommen bis zu 3000 RM jährlich, 1,53 bei Einkommen zwischen 3000 und 6000 RM und 2,11 bei Einkommen über 6000 RM².

Angaben aus den USA zeigen, daß bei einem Einkommen von 1000 Dollar der Anteil der Ausgaben für „medizinische und persönliche Fürsorge“ 5,0 vH betrug, während er bei einem Einkommen von 5000 Dollar 8,3 vH ausmachte³.

Das Verhalten der Ausgabenquote für Güter und Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe könnte auch untersucht werden, indem man die diesbezüglichen Ge-

² Der Haushalt des Kaufmannsgehilfen. Hrsg. vom Deutschnationalen Handlungsgesellenverband. Hamburg 1927.

³ Paul A. Samuelson: Volkswirtschaftslehre. 1. Aufl. Köln 1952. S. 236.

samtausgaben aller Haushalte zum Volkseinkommen in Beziehung setzt und den zeitlichen Ablauf mit steigendem Volkseinkommen betrachtet. Doch lassen sich die Ausgaben der Haushalte nicht erfassen. Lediglich Näherungswerte ergeben sich durch die Erfassung der Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherungs-Institute, wie sie im folgenden für einige Jahre von 1927 ab zusammengestellt sind:

Jahr	Bruttoschadenszahlung der privaten Krankenversicherung	Ausgaben der gesetzlichen Krankenvers. (ohne Barleistungen)	Insgesamt	
	in Mill. RM/DM		in Mill. RM/DM	in v H. des Volkseinkommens
1927	19	1 142	1 161	1,6
1930	39	1 411	1 450	2,0
1939	232	1 458	1 690	1,9
1950	341	1 842	2 183	2,9
1960	842	6 952	7 794	3,6

Man erkennt, daß die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in der Zeit von 1927 bis 1960 von 1,6 vH auf 3,6 vH des Volkseinkommens gestiegen sind. Die nicht über Versicherungseinrichtungen laufenden Ausgaben sind in den obigen Zahlen jedoch nicht enthalten und können kaum zutreffend geschätzt werden. Es fehlen Ausgaben der Privathaushalte, der Betriebe, der Renten- und Unfallversicherungsträger, der Kriegsopferversorgung und Sozialhilfe. Da die Unsicherheitsfaktoren insgesamt jedoch die Gesamtausgaben erhöhen und in wichtigen Bereichen — wie z. B. die Gesundheitsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger — stärker stiegen als das Volkseinkommen, besteht kein Zweifel an der Tatsache, daß die Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung größer als 1 ist, d. h. daß die Nachfrage nach diesen Leistungen prozentual stärker steigt als das Einkommen⁴. Für die in absehbarer Zukunft zu erwartende durchschnittliche Einkommenshöhe ist davon auszugehen, daß dieser Sachverhalt sich nicht ändern wird. Man hat also damit zu rechnen, daß ein größer werdender Anteil des Volkseinkommens für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird und daß die Beiträge für Krankenversicherungssysteme steigen werden⁵.

⁴ Vgl. auch Elisabeth *Liefmann-Keil*: Über die volkswirtschaftliche Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit. Bundesgesundheitsblatt. 1964. Nr. 12. S. 180.

⁵ Detlev *Zöllner*: Die langfristige Ausgaben-Entwicklung der Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt. 1958. S. 222 ff.

II. Motive öffentlicher Eingriffe in das Marktgeschehen

Der empirische Befund ergibt, daß die Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen zur Gesundheitssicherung nur selten ganz dem freien Markt überlassen bleibt. In fast allen industrialisierten Ländern greift der Staat in irgendeiner Form in das Marktgeschehen ein. In der Regel geschieht dies durch Einführung eines Systems der sozialen Sicherheit, das in der einen oder anderen Form Gesundheitsleistungen vorsieht. Von den voll industrialisierten Ländern gewährt das System der sozialen Sicherheit allein in den USA keine Leistungen im Krankheitsfalle⁶. Aber auch in diesem Lande wird die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung diskutiert. Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen erregt demnach offenbar regelmäßig öffentliches Interesse. Ausgehend von der Situation des beginnenden Industriezeitalters entwickelten sich die folgenden Motive für eine staatliche Einflußnahme auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen, die mit wechselnder Gewichtung auch gegenwärtig noch lebendig sind:

a) *Mitleid*. Siechtum und früher Tod geben unmittelbar Anlaß zu zwischenmenschlichen Mitleid-Gefühlen. Das im Caritas-Gedanken begründete Mitleid ist im Laufe der Zeit unter dem Einfluß der Aufklärung abstrahiert und in den Begriff der Gerechtigkeit aufgenommen worden, der vielleicht weniger konkret auf den Mitmenschen bezogen ist, dafür aber als Prinzip an Gestaltungskraft gewonnen hat.

b) *Erhöhung der Sekurität*. Mit zunehmender Industrialisierung wird ein verstärktes Sekuritätsbedürfnis empfunden und von der Öffentlichkeit anerkannt. Zur Befriedigung dieses Sekuritätsbedürfnisses gehört auch die Sicherstellung einer hinreichenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Man wünscht diese Sicherstellung für sich selbst, aber auch für den anderen, denn sie ist auch ein Akt des Selbstschutzes derjenigen Mitglieder der Gesellschaft, die an sich ausreichend mit Gesundheitsleistungen versorgt sind. Seuchenbekämpfung und hygienische Erfordernisse lassen eine umfassende Versorgung wünschenswert erscheinen. Dies führt in Teilbereichen dazu, daß die öffentliche Hand von sich aus Leistungen anbietet und sogar mit einem Annahmezwang ausstattet (z. B. Impfwang).

c) *Erhöhung der Arbeitsfähigkeit*. Es erscheint als wirtschaftlicher Verlust, wenn Teile der Bevölkerung wegen Krankheit und Tod im erwerbsfähigen Alter aus der Produktion ausscheiden. Mit zunehmender Rationalität des Wirtschaftslebens und zunehmender relativer Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit wird dieser Verlust

⁶ Vgl. hierzu Näheres: Detlev Zöllner: *Öffentliche Sozialleistungen und wirtschaftliche Entwicklung*, Berlin 1963. S. 99.

größer und macht Aufwendungen zu seiner Vermeidung zunehmend rentabel. Eine Senkung der Morbidität und der Mortalität ist daher in industrialisierten Ländern ein Gebot der wirtschaftlichen Vernunft.

Die genannten Motive sind ursächlich dafür, daß es in industrialisierten Ländern unbestrittener Bestandteil der öffentlichen Meinung ist, daß im Rahmen des Verfügbaren jedermann hinreichend mit Gesundheitsleistungen versorgt sein sollte. Man kann diesen oder einen ähnlich formulierten Satz als Grundsatz der optimalen Versorgung bezeichnen. Es stellt sich allerdings die Frage, an Hand welcher Merkmale und Maßstäbe die optimale Versorgung definiert werden kann.

III. Die Normierung der optimalen Versorgung

1. Die Anbieter als Mengenfixierer

Art und Umfang der von der Öffentlichkeit für erforderlich gehaltenen medizinischen Versorgung sind in mehreren gesetzlichen Bestimmungen umschrieben. So heißt es z. B. im Bundessozialhilfegesetz (§ 37): „Kranken ist Krankenhilfe zu gewähren. Die Krankenhilfe umfaßt ärztliche ... Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln ... sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen.“ Die für den Großteil der Bevölkerung maßgebende Norm findet sich im zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung. Es heißt dort, daß Arbeiter, Angestellte usw. „für den Fall der Krankheit“ (§ 165) versichert werden. Gegenstand der Versicherung sind „Leistungen ... an Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und an Familienhilfe“ (§ 179). Die Krankenhilfe umfaßt die Gewährung von Krankengeld sowie Krankenpflege. Die hier allein interessierende Krankenpflege wird gewährt „vom Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln ... Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 182)⁷. Das Gesetz gibt also für Art und Umfang der medizinischen Versorgung vier Kriterien: 1. Die Versorgung wird gewährt, sofern Krankheit vorliegt; 2. als Versorgung wird gewährt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei; 3. ärztliche Behandlung und Arzneiversorgung müssen ausreichend und zweckmäßig sein und 4. dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

⁷ Das gleiche gilt nach § 11 des Bundesversorgungsgesetzes auch für Art und Umfang der den Kriegsbeschädigten zu gewährenden Heilbehandlung.

Zentrale Begriffe dieser Normen sind also: Krankheit, ärztliche Behandlung, ausreichend, zweckmäßig und notwendig. Es fällt auf, daß diese Begriffe unbestimmt sind. Wie und durch wen wird diesen Begriffen ein konkreter Inhalt gegeben?

Was den Begriff „Krankheit“ angeht, so wird er in zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen gebraucht, die zwar Rechtsfolgen an ihn knüpfen, ihn jedoch nicht näher definieren. Die am weitesten gehende juristische Definition besagt, daß man Krankheit aufzufassen habe als einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Krankenpflege . . . oder in Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt“⁸. An dieser kommentierenden Definition tritt noch plastischer hervor als an dem Begriff „Krankheit“ selbst, daß allein der Arzt darüber befinden kann, ob ein gegebener Zustand mit Krankheit identisch ist oder nicht. Niemand außer dem medizinisch geschulten Sachverständigen kann beurteilen, ob ein Körper- oder Geisteszustand regelwidrig ist und ob er Krankenpflege, d. h. ärztliche Behandlung, notwendig erscheinen läßt.

Das gleiche gilt, wie leicht ersichtlich ist, für alle anderen gesetzlichen Begriffe. Liegt Krankheit vor, d. h. ist ärztliche Behandlung notwendig, so kann der konkrete Inhalt dieser Behandlung ebenfalls nur von der medizinischen Wissenschaft bestimmt werden. Und diese Disziplin allein kann Verbindliches darüber aussagen, was als „ausreichend“ und „zweckmäßig“ anzusehen ist und ob „das Maß des Notwendigen“ überschritten ist oder nicht. Man kann also sagen, daß das Prinzip der optimalen Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen von der Öffentlichkeit in der Weise verwirklicht wird, daß eine Norm fixiert wird, die man (für die hier gestellte Frage) auch so ausdrücken kann: Wenn nach ärztlichem Urteil eine ärztliche Behandlung notwendig ist, soll diese in dem Umfang gewährt werden, der nach ärztlichem Urteil ausreichend und zweckmäßig ist, ohne das Maß des Notwendigen zu überschreiten. Bezogen auf den Markt für Gesundheitsleistungen bedeutet dies: Wenn Gesundheitsleistungen nachgefragt werden, so soll diese Nachfrage dann und in dem Umfang befriedigt werden, wenn und soweit sie nach dem Urteil des Anbieters ausreichend und zweckmäßig sind, ohne das Maß des Notwendigen zu überschreiten. Der oben (I, 2, b) ausgesprochene allgemeine Satz, daß der Bedarf an Gesundheitsleistungen dem Einfluß der Anbieter unterliegt, ist also dahin zu ergänzen, daß auch die durch öffentliche Regelungen normierte optimale Versorgung mit Gesundheitsleistungen nach Art und Umfang von den Anbietern — und zwar ausschließlich von diesen — konkretisiert wird. Die Anbieter sind hin-

⁸ Horst Peters: *Handbuch der Krankenversicherung*. Teil 2. 16. Aufl. Stuttgart 1956. S. 115.

sichtlich der durch öffentliche Regelungen normierten Versorgung Mengendifferenzierer.

2. Die Tendenz zur Zunahme des Versorgungsumfanges

Der Sachverhalt, daß die Ärzte als Anbieter letztlich den Inhalt der optimalen Versorgung bestimmen, muß im Zusammenhang mit den ständigen Fortschritten der ärztlichen Kunst gesehen werden. Die diagnostischen und therapeutischen Methoden der Medizin vermehren und erweitern sich außerordentlich rasch. „Mit der schnellen Zunahme des Katalogs der Heilungsmöglichkeiten hat sich der Bedarf öffentlicher Gesundheits- und Krankheitshilfe laufend erweitert. Die Not ist hier . . . erst greifbar und formulierbar geworden, seitdem spezifische Diagnosen und spezifische Therapien hervorgetreten sind für Leiden, die früher anders oder gar nicht diagnostiziert, jedenfalls aber als unvermeidliche Schicksalsschläge und Prüfungen hingenommen wurden. Für diesen Abschnitt der sozialen Sicherung ist daher die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft das Agens, von dem alles weitere bestimmt wird“⁹. Bei gegebenem Gesundheitszustand sind also die Anbieter mit fortschreitender Zeit in der Lage und von ihrer beruflichen Aufgabe her verpflichtet, ein erweitertes Angebot an Untersuchungs- und Heilmaßnahmen als notwendig zu erklären.

Die Fortschritte der ärztlichen Kunst werden — wenn auch vereinfacht und mit zeitlicher Verzögerung — auch von den Nachfragern wahrgenommen. Auch für sie werden, wie *Achinger* es ausdrückt, mit fortschreitender Zeit Notzustände greifbar und formulierbar, die bis dahin nicht formulierbar und daher nicht als Bedarf bewußt waren. Daraus folgt, daß der Patient häufiger ärztliche Hilfe sucht und sei es auch nur zur Beseitigung weniger wichtiger Gesundheitsstörungen oder gar nur zur Bestätigung der Gesundheit. Er wünscht, daß ärztlicher Rat ergänzt werde durch physikalisch-chemische Testergebnisse, und er verlangt Rezepte nicht nur für Heilmittel, sondern auch für Linderungs-, Reiz- oder Verschönerungsmittel. Die Erweiterung des Angebots löst also einen erweiterten Massenbedarf aus, d. h. sie verwandelt einen bis dahin nur latent vorhandenen, nicht marktwirksamen Bedarf in marktwirksame Nachfrage.

Die Ausweitung des Angebots an und die damit einhergehende Vergrößerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wirkt sich erwartungsgemäß in einer außerordentlichen Steigerung des Umsatzes auf dem Markt für diese Leistungen aus. Oben (I, 3) wurde gezeigt, daß im Laufe der Zeit ein immer größerer Anteil des Volkseinkom-

⁹ Hans *Achinger*: Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Hamburg 1958. S. 85.

mens für Gesundheitsleistungen verwendet wird. Ein anderes Indiz für den steigenden Umfang der Leistungen ist die zunehmende Arztdichte. Die folgende Zahlenreihe zeigt die Zahl der Ärzte je 10 000 Einwohner in Deutschland von 1876 bis 1963:

1876	3,2
1900	4,9
1930	7,3
1950	13,1
1963	16,3

Wenn man annimmt, daß im Durchschnitt je Arzt gegenwärtig dieselbe Leistungsmenge erbracht wird wie im Jahre 1876, so kann man sagen, daß pro Einwohner heute das Fünffache an ärztlichen Leistungen aufgewendet wird gegenüber damals. Wahrscheinlich ist jedoch die Leistungsintensität je Arzt gestiegen — u. a. durch verkürzte Wegezeiten und vermehrte Entlastung durch mechanische Hilfsmittel und medizinisches Hilfspersonal¹⁰.

Seit der Anspruch auf eine bestimmte medizinische Versorgung rechtlich fixiert worden ist, sind weitgehend die Ziele erreicht worden. derentwegen seinerzeit ein öffentlicher Eingriff in das Marktgeschehen erfolgte. Die medizinische Versorgung wurde wesentlich verbessert. Notzustände und Unsicherheitslagen wurden beseitigt. Der deutlichste Beweis für den Erfolg verbesserter medizinischer Versorgung ist die historisch einmalige, außerordentliche Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Ist dieses Ergebnis allein oder überwiegend Folge der Tatsache, daß eine bestimmte Versorgungslage rechtlich normiert wurde?

Das ist offenbar nicht der Fall. Zwei der wichtigsten Maßstäbe für Umfang und Erfolg der medizinischen Versorgung weisen im internationalen Vergleich zwischen industrialisierten Ländern keine charakteristischen Abweichungen auf, nämlich die Arztdichte und die durchschnittliche Lebenserwartung. Daraus folgt offenbar, daß die verbesserte medizinische Versorgung nicht Folge der Normierung des Versorgungsumfanges ist. Die Gleichförmigkeit der Entwicklung in industrialisierten Ländern zeigt, daß die technischen und ökonomischen Gegebenheiten entscheidend sind, wie der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, die Mengendifferenz-Position der Angebotsträger, der zunehmende Bedarf und die zunehmende Einkommenshöhe der Nachfrager. Die Erfahrung zeigt daher ebenso wie die Überlegung, daß es gleichgültig ist, welche sprachliche bzw. juristische Form die Anspruchsnorm auf medizinische Versorgung hat. Oben wurde gezeigt, daß die gesetzliche Normierung des Versorgungs-

¹⁰ Für die USA wird dieser Sachverhalt erwiesen von Seymour E. Harris: *The Economics of American Medicine*. New York 1963.

anspruches sich auch so ausdrücken läßt: Wenn Gesundheitsleistungen nachgefragt werden, so soll diese Nachfrage dann und in dem Umfange befriedigt werden, wenn und soweit sie nach dem Urteil des Anbieters ausreichend und zweckmäßig sind, ohne das Maß des Notwendigen zu überschreiten. Nunmehr wird deutlich, daß es allein darauf ankommt, jedermann in den Stand zu versetzen, die für erforderlich gehaltene Nachfrage zu entfalten. Der Grundsatz der optimalen Versorgung kann also auch so ausgedrückt werden: Jedermann soll jederzeit ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Der entscheidende Vorgang beim Eingriff des Staates in den Vorgang der medizinischen Versorgung ist nicht die Normierung des Versorgungsanspruches, sondern die Ermöglichung einer Nachfrage in dem für erforderlich gehaltenen Umfange durch jedermann.

IV. Die Ermöglichung der erforderlichen Nachfrage

1. Prinzipielle Möglichkeiten

Es wurde festgestellt, daß die Nachfrage der Haushalte nach Gesundheitsleistungen — ebenso wie die Nachfrage nach anderen Gütern und Dienstleistungen — bei gegebenen Preisen aller anderen Güter und Dienstleistungen von der Bedarfsstruktur des Haushalts, dem Preis der nachgefragten Güter und Dienstleistungen und dem Haushaltseinkommen abhängt. Wenn man also die Nachfrage der Haushalte nach Gesundheitsleistungen erhöhen will, so gibt es demnach prinzipiell vier Möglichkeiten:

- a) Eine Erhöhung der Einkommen der Haushalte mit der Wirkung, daß die Ausgabenquote für Gesundheitsleistungen steigt;
- b) eine Änderung der Bedarfsstruktur der Haushalte mit der Wirkung, daß der Bedarf an Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu anderen Bedürfnissen höher geschätzt wird;
- c) eine Senkung der Preise für Gesundheitsleistungen mit der Wirkung, daß diese Leistungen im Verhältnis zu anderen Leistungen billiger sind;
- d) eine Übernahme der Kosten für Gesundheitsleistungen durch Dritte mit der Wirkung, daß die nachfragehemmende Wirkung des Preises für den Haushalt ausgeschaltet wird.

Alle in der Praxis vorkommenden Methoden des öffentlichen Eingriffs in die Versorgung mit Gesundheitsleistungen lassen sich auf eine oder mehrere dieser vier Möglichkeiten zurückführen. Die Bemühungen der Gesundheitserziehung bewirken, auch wenn sie intentional vorrangig präventiven Zwecken dienen, über ein erhöhtes

Gesundheitsbewußtsein eine Änderung der Bedarfsstruktur der Haushalte. Deutlicher noch ist dies bei Anwendung des Versicherungszwanges, mit dem die Haushalte gezwungen werden, Teile ihres Einkommens so zu verwenden, wie es einer von der Allgemeinheit für richtig gehaltenen Bedarfsstruktur entsprechen würde. Die unentgeltliche Versorgung mit Gesundheitsleistungen und die Erstattung von Aufwendungen für Gesundheitsleistungen sind identisch mit einer Kostenübernahme durch Dritte.

Wenn man nun Maßnahmen für erforderlich hält, um jedem Haushalt die Entfaltung der für optimal gehaltenen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, so ist zu fragen, ob und unter welchen Bedingungen die vier genannten prinzipiellen Möglichkeiten dafür in Betracht kommen.

2. Praktische Möglichkeiten

Für die weiteren Betrachtungen im hier vorliegenden Zusammenhang kann die Möglichkeit einer Einkommenserhöhung ausgeschlossen werden, weil praktisch relevante Einkommenserhöhungen sich im Durchschnitt und abgesehen von langen Zeiträumen nicht hinreichend stark auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auswirken. So bleiben nur folgende Möglichkeiten:

a) Eine Änderung der Bedarfsstruktur der Haushalte könnte unter dem Gesichtspunkt eines minimalen Eingriffs in das Marktgeschehen durch psychologische Einwirkung (Gesundheitserziehung) versucht werden. Der Eingriff in das Marktgeschehen ist am wenigsten spürbar, wenn man versucht, eine verbesserte Versorgung dadurch zu erreichen, daß die Haushalte aus freiem Entschluß ihre Bedarfsstruktur in der Weise ändern, daß sie nach Art und Menge ausreichende Gesundheitsleistungen nachfragen. Doch von den Bemühungen der Gesundheitserziehung ist um so weniger eine hinreichende Änderung der Bedarfsstruktur der Haushalte zu erwarten, je geringer das Einkommen dieser Haushalte ist und/oder je höher die Preise für Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu den Preisen anderer Güter und Dienstleistungen sind. Angesichts gegebener Einkommen und Preise hat sich gezeigt, daß viele Haushalte nicht veranlaßt werden können, ihre Bedarfsstruktur so zu ändern, daß die für erforderlich gehaltene Versorgung erreicht wird.

b) Demnach müßte die Bedarfsstruktur der Haushalte obligatorisch korrigiert werden. Man könnte jeden Haushalt verpflichten, einen bestimmten absoluten Betrag oder einen bestimmten Teil seines Einkommens für Ausgaben zur Gesundheitssicherung zu reservieren. Dabei ergeben sich jedoch eine Reihe praktischer Schwierigkeiten, deren wichtigste der nicht vorhandene, erfahrungsgemäß aber not-

wendige Risikoausgleich ist. Die Verbindung von zweckbestimmtem Zwangssparen und Risikoausgleich führt zum Versicherungsprinzip. Es läge also nahe, alle Haushalte oder Haushalte unterhalb einer bestimmten Einkommenshöhe zum Abschluß eines Versicherungsvertrages zu verpflichten. Dieser z. B. bei der Fahrzeug-Haftpflicht angewandte Grundsatz würde den notwendigen Risikoausgleich herbeiführen und die Bedarfsstruktur der Haushalte in der für erforderlich gehaltenen Weise ändern. Es bestehen jedoch wichtige Unterschiede zur Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Erstens ist das mittlere Einkommen der Fahrzeughalter wesentlich höher als dasjenige der Personen mit zu geringer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Zweitens ist die durchschnittliche, vor allem aber die als erforderlich angesehene Ausgabenquote für Gesundheitsleistungen erheblich höher als diejenige für Fahrzeug-Haftpflichtversicherung. Und drittens ist der Bedarf an Gesundheitsleistungen in starkem Maße von der Zahl der unterhaltsberechtigten Familienangehörigen sowie dem Alter abhängig. Daraus ergeben sich bei bestimmten Bevölkerungsgruppen Belastungen für Gesundheitsleistungen, die für unzumutbar gehalten werden. Zur Zeit der beginnenden Industrialisierung galt dies wohl für die große Mehrheit der damals einbezogenen Arbeitnehmer. Die Einführung eines Versicherungszwanges für sich allein schien indiskutabel, weil damit der Forderung nach Zumutbarkeit der Belastung nicht entsprochen werden konnte. Man hielt Einkommensredistributionen nach dem Familienstand und nach der Einkommenshöhe sowie eine Beteiligung des Arbeitgebers an den Kosten der Krankenversicherung für erforderlich. Daraus entstand die Idee und praktische Gestaltung der Sozialversicherung. Da die Sozialversicherung jedoch die Gesundheitsleistungen kostenfrei zur Verfügung stellt, ist sie im hiesigen Zusammenhang systematisch als Maßnahme der Kostenübernahme zu sehen.

c) Weiter könnte daran gedacht werden, die Preise für Gesundheitsleistungen so niedrig zu fixieren, daß auch die Bezieher niedriger Einkommen bei gegebener Bedarfsstruktur eine ausreichend hohe Nachfrage entfalten. Die Fixierung der Preise auf einem Niveau, das dieser Forderung entspricht, würde einen außerordentlich starken Eingriff voraussetzen und auf starken Widerstand der Anbieter stoßen. Die Preisfixierung würde dem Grundsatz des minimalen Eingriffs in das Marktgeschehen widersprechen. Abgesehen hiervon wäre ein hinreichend niedriger Durchschnittspreis nicht durchsetzbar, weil er weit unter dem Gleichgewichtspreis liegen müßte. Man müßte das Entstehen eines schwarzen Marktes und weitere Korruptionerscheinungen gewärtigen. Es ist daher in der Praxis niemals mit Erfolg

versucht worden, eine ausreichende Nachfrage aller Haushalte allein mittels Preisfixierung sicherzustellen.

3. Insbesondere Kostenübernahme

Wegen der Schwierigkeiten bei der Anwendung aller bisher genannten Möglichkeiten laufen die öffentlichen Eingriffe zur Ermöglichung der erforderlichen Nachfrage überwiegend auf eine Kostenübernahme durch Dritte hinaus. Eine solche Kostenübernahme erfolgt in verschiedenen Formen. Es gibt die kostenlose Versorgung der Gesamtbevölkerung mit Gesundheitsleistungen durch den Staat (z. B. England), die kostenlose Versorgung von Bevölkerungsteilen durch Sonderinstitute der sozialen Sicherung (z. B. Deutschland) oder durch die Arbeitgeber (z. B. China) und schließlich die teilweise Kostenübernahme durch den Arbeitgeber, wie z. B. die Beihilfen im deutschen öffentlichen Dienst. Die Wirkung auf den Haushalt ist in allen diesen Fällen die gleiche: Es wird bewirkt, daß Ausgaben für Gesundheitsleistungen entweder nicht oder nur teilweise entstehen oder ganz oder teilweise erstattet werden. Für den Haushalt wirkt die Kostenübernahme durch Dritte wie eine Preissenkung. Da jedoch auf den Marktpreis direkt nicht eingewirkt wird, ist die Kostenübernahme systematisch von der Preissenkung im engeren Sinne zu unterscheiden. Es wird lediglich die nachfragehemmende Wirkung des Preises ausgeschaltet oder gemindert. Bei der Anwendung und Ausgestaltung der Methode der Kostenübernahme ist über drei Grundfragen zu entscheiden, nämlich: Für wen werden die Kosten übernommen? Wieweit werden die Kosten übernommen? Und: Durch wen und auf welche Weise werden die Kosten übernommen?

a) Der berechtigte Personenkreis

In einigen Ländern hat man sich dafür entschieden, der Gesamtbevölkerung Gesundheitsleistungen kostenlos oder fast kostenlos zur Verfügung zu stellen. Dies gilt z. B. für den staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens. Einer solchen Entscheidung werden in der Regel organisatorische oder verwaltungstechnische Erwägungen zugrunde liegen, kaum aber wohl die Annahme, daß alle Haushalte außerstande seien, die erforderliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu entfalten. Da die Nachfrage bei gegebener Bedarfsstruktur und gegebenen Preisen von der Einkommenshöhe abhängt, wird man immer nur für Teile der Haushalte unterstellen können, daß die Nachfrage ohne Eingriff unzureichend ist.

Deshalb ist die Kostenübernahme überwiegend auf bestimmte Haushalte begrenzt. Wichtigstes Abgrenzungsmerkmal ist den primären

Zusammenhängen entsprechend die Einkommenshöhe. In Deutschland gewährt z. B. die Sozialhilfe jedermann kostenfrei Krankenhilfe, sofern ihm die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist. Die Zumutbarkeit bemißt sich nach der Höhe des Einkommens. Nach der Höhe des Einkommens ist auch der krankenversicherungspflichtige Personenkreis in zahlreichen gesetzlichen Systemen der Krankenversicherung abgegrenzt, die Gesundheitsleistungen kostenfrei gewähren. Nicht immer ist die Einkommensgrenze dabei allein nach Maßgabe der erwarteten oder vorhandenen Nachfrageentfaltung bestimmt, sondern es kommen oft zusätzliche Gesichtspunkte hinzu, wie etwa die Solidarität, die Sicherung der Finanzierung u. a. Die Bestimmung der für die Kostenübernahme maßgeblichen Einkommenshöhe wird selten allein als Seinsfrage gesehen, oft kommen politisch-normative Erwägungen hinzu, die hier nicht näher interessieren.

Erwähnenswert ist jedoch, daß der Personenkreis, für den eine Kostenübernahme erfolgen soll, teilweise ohne Berücksichtigung der Einkommenshöhe abgegrenzt ist. In manchen wenig industrialisierten Ländern wird die Bevölkerung bestimmter Regionen kostenlos versorgt oder umgekehrt von der Versorgung ausgenommen (z. B. Griechenland, Ägypten, Burma). Solche Abgrenzungen nach dem Regionalprinzip hängen meist mit der Verfügbarkeit von Ärzten oder der technischen Durchführbarkeit der Versorgung zusammen. In China erhalten Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 100 Beschäftigten freie medizinische Versorgung durch den Arbeitgeber, wofür neben anderem wohl der Gesichtspunkt des Risikoausgleichs ausschlaggebend ist.

Geradezu das Gegenteil einer nach der Einkommenshöhe gestaffelten Kostenübernahme — wenn auch in indirekter Form — ist die steuerliche Absetzbarkeit von Beiträgen zur Krankenversicherung, wie sie in Deutschland gegeben ist. Mit gewissen Einschränkungen (Höchstbegrenzung) wird damit eine um so höhere Kostenübernahme vorgenommen, je höher das Einkommen ist; die unter dem Gesichtspunkt der Nachfrage eigentlich interessanten Einkommensgruppen sind von dieser Begünstigung ausgenommen, da sie einkommensteuerfrei sind. Wollte man die Kostenübernahme allein auf diesem Wege regeln, so müßte für Bezieher niedriger Einkommen eine negative Steuer, d. h. es müßten für Einkommen unterhalb der Besteuerungsgrenze Auszahlungen vorgesehen werden. In der gegenwärtigen Form der steuerlichen Begünstigung von Versicherungsbeiträgen kann man nur ein gewerbepolitisches, nicht aber ein sozialpolitisches Motiv erkennen.

Schließlich finden sich Abgrenzungen für die Kostenübernahme auch nach kausalen Gesichtspunkten. Wenn man von der Gewährung von Beihilfen an öffentlich Bedienstete absieht, weil es sich hier um eine

Form der Entlohnung, jedenfalls aber um private Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen handelt, so ist die Kostenübernahme für Soldaten wohl anders zu sehen. Ausschließlich nach dem Kausalprinzip und ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe erfolgt die kostenfreie Versorgung mit Gesundheitsleistungen für Personen, die einen Arbeitsunfall oder eine Kriegsbeschädigung erlitten haben.

Es wird also deutlich, daß es auf die Frage, für wen die Kosten der medizinischen Versorgung übernommen werden, eine Reihe verschiedener Antworten gibt. Je nach der Gewichtung der dafür maßgebenden Gesichtspunkte werden im Ergebnis für einen mehr oder minder großen Teil der Bevölkerung die Kosten für Gesundheitsleistungen übernommen. Für die wirtschaftlichen Wirkungen ist wichtig, wie groß dieser Teil im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung ist und wieviel der entstehenden Kosten übernommen wird.

b) Der Umfang der Übernahme

Auch in dieser Hinsicht gibt es beträchtliche Unterschiede. Die restlose Übernahme aller entstehenden Kosten dürfte kaum vorkommen. Besonders in Versicherungssystemen finden sich zeitliche Begrenzungen der Kostenübernahme (Aussteuerung). Sie bewirken für den Haushalt nicht notwendig einen Wegfall der Kostenübernahme, sondern oft nur den Wechsel des Kostenübernehmers, einen Wechsel etwa von der Krankenversicherung zur Rentenversicherung oder zur Fürsorge. Allerdings gibt es Länder, in denen die letztgenannten Sicherungszweige nicht vorhanden sind, so daß die Kostenübernahme nach der Aussteuerung tatsächlich wegfällt.

Häufig sind auch finanzielle Begrenzungen derart, daß nur ein bestimmter Teil der Krankheitskosten übernommen wird. Gleichsinnig wirken die verschiedenen Formen der Selbstbeteiligung, der Gebührenerhebung usw., die hier nicht näher zu behandeln sind.

Jede Art der Begrenzung des Umfangs der Kostenübernahme entscheidet über das Maß, in dem die Nachfrageausweitung ermöglicht wird. Da der Bedarf an Gesundheitsleistungen prinzipiell unbeschränkt ist, gibt es auch für die Nachfrage keine eindeutige Grenze, sofern die nachfragehemmende Wirkung des Preises ausgeschaltet ist. Beschränkungen der Kostenübernahme lassen diese Wirkung des Preises teilweise in Kraft. Es ist also darüber zu entscheiden, ob, wo und in welchem Umfange dies der Fall sein soll.

Dabei fällt auf, daß die meisten praktisch vorkommenden Begrenzungen des Umfangs der Kostenübernahme inkonsequent sind. Zeitlich und prozentual am Gesamtaufwand ausgerichtete Begrenzungen haben zur Folge, daß die Kosten für den Haushalt um so höher

werden, je länger und/oder schwerer die Krankheit ist. Dem Ziel einer Ermöglichung der erforderlichen Nachfrage würde es gemäß sein, den Umfang der Kostenübernahme zu steigern, je länger die Krankheit andauert und/oder je höher die Kosten sind. Offenbar werden die genannten Regelungen nicht allein unter der eigentlich zugrunde liegenden Zielsetzung, sondern auch unter vordergründigen fiskalischen Gesichtspunkten gesehen.

c) Die Art der Übernahme

Für jedes System der Kostenübernahme ist schließlich darüber zu entscheiden, wer die Kosten der medizinischen Versorgung übernehmen und in welcher Form die Übernahme erfolgen soll. Der Staat kann sie selbst übernehmen, wie es fast regelmäßig für bedürftige Personen im Rahmen der Sozialhilfe und zuweilen für die Gesamtbevölkerung im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes geschieht. Er kann die Übernahme anderen Spezialeinrichtungen übertragen, wie es bei vielen Einrichtungen der sozialen Sicherheit der Fall ist. Und schließlich kann er die Kostenübernahme den Arbeitgebern übertragen. Entscheidend kommt es jedoch darauf an, in welcher Form die Kostenübernahme erfolgt. Werden den Haushalten die Kosten der medizinischen Versorgung erstattet, so steht den Anbietern von Gesundheitsleistungen weiterhin eine Vielzahl von Nachfragen gegenüber. Der Kostenübernehmer hat keine Beziehungen zum Anbieter und daher keinen direkten Einfluß auf das Marktgeschehen. Werden die Kosten dagegen nicht den Haushalten, sondern den Anbietern erstattet, so hat der Kostenübernehmer Beziehungen zum Anbieter und gewinnt Einfluß auf das Marktgeschehen. Dieser Einfluß wird um so größer sein, je größer der berechnete Personenkreis, je größer der Umfang der Kostenübernahme und je kleiner die Zahl der Kostenübernehmer ist.

V. Die Finanzierung der Kostenübernahme

In dem Maße, in dem der Preis als nachfragebegrenzender Faktor ausgeschaltet ist, bestimmt sich die Nachfrage des Haushalts nach Gesundheitsleistungen nach dem Bedarf. Der Bedarf des Haushalts an Gesundheitsleistungen steigt unter sonst gleichen Verhältnissen mit der Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen, ihrem Alter und ihrer Morbidität. Diese drei Faktoren bestimmen bei gegebenem Preis die dem Haushalt im Durchschnitt längerer Zeiträume entstehenden Kosten. Bei gleicher Einkommenshöhe wird die Kostenübernahme um so eher und in um so höherem Umfange erfolgen, je

höher die Kosten im Verhältnis zum Einkommen sind; denn eine andere Entscheidung würde dem Motiv der Kostenübernahme — Ermöglichung der erforderlichen Nachfrage — widersprechen.

Wenn die entstehenden Kosten nicht mehr vom Haushalt aufzubringen sind, sondern von dritten Stellen übernommen werden, so ist darüber zu entscheiden, wie diese Stellen ihre Kosten finanzieren. Wird die Kostenübernahme dem Arbeitgeber auferlegt, so erscheinen diesem die Kosten für Gesundheitsleistungen als Arbeits-, d. h. Produktionskosten. Für den Arbeitnehmer stellen sie sich als zweckgebundener Zuschlag zum Lohn dar. Aus der Sicht des Arbeitgebers variieren die speziellen Lohnkosten, d. h. die Kosten für Gesundheitsleistungen im Einzelfalle also mit dem Familienstand, dem Alter und der Morbidität des Arbeitnehmers. Man wird also mit Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen haben. Die Kostenübernahme durch den Arbeitgeber stößt auch auf praktische Schwierigkeiten. Sie würde insbesondere Betrieben mit wenig Beschäftigten ein nicht kalkulierbares Risiko und erhebliche Verwaltungsarbeit auferlegen. Dazu kämen Fragen der Rechtssicherheit, der ärztlichen Schweigepflicht, der Betreuung Arbeitsloser und schließlich die Tatsache, daß mittels dieser Methode die Kostenübernahme für Arbeitslose und selbständig Erwerbstätige nicht bewirkt werden kann. Die allgemeine Einführung dieser Methode scheitert also vor allem an seiner mangelnden Praktikabilität. Sie findet sich daher ausschließlich im öffentlichen Dienst, wo Kosten, Verwaltungsaufwand und Rechtssicherheit in anderem Licht erscheinen als im Bereich der Privatwirtschaft.

In der Regel wird die erforderliche Nachfrage dadurch ermöglicht, daß staatliche Stellen die Kosten übernehmen. Für die Finanzierung bieten sich prinzipiell zwei Methoden, nämlich die Aufbringung aus allgemeinen Steuermitteln und aus zweckgebundenen Abgaben. Bei der Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln richtet sich die Belastung der Haushalte nach ihrer Einkommenshöhe. Dies gilt in jedem Fall absolut, soweit die Mittel aus indirekter Besteuerung stammen und weil der Verbrauch mit dem Einkommen wächst. Es gilt mit Einschränkungen auch relativ, soweit die direkte Besteuerung angewandt wird und weil die direkte Besteuerung meistens progressiv mit der Einkommenshöhe steigt. Insofern bewirkt die Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln in jedem Falle eine vertikale Redistribution nach der Einkommenshöhe, denn — wie oben dargelegt — richten sich die Kosten der Gesundheitssicherung nicht nach der Einkommenshöhe des Haushalts, sondern nach der Zahl, dem Alter und der Morbidität der Haushaltsmitglieder. Diese Redistribution ist um so größer, je weniger die Finanzierung mittels indirekter und je mehr sie über

direkte Besteuerung erfolgt. Ebenso ist einsichtig, daß die Steuerfinanzierung in jedem Falle eine horizontale Redistribution nach den Merkmalen Familienstand, Alter und Morbidität bewirkt, weil diese Merkmale für die Kosten, nicht aber für die Belastung des Haushalts maßgebend sind. Wenn und soweit die Kostenübernahme auf einen Teil der Haushalte begrenzt ist, bewirkt die Finanzierung aus Steuermitteln auch eine horizontale Redistribution zugunsten dieser und zu Lasten der übrigen Haushalte¹¹.

Nicht in gleichem Maße zwingend sind die Zusammenhänge im Falle der Beitragsfinanzierung. Auch bei einer Begrenzung der Kostenübernahme auf einen Teil der Haushalte findet bei der Beitragsfinanzierung keine horizontale Redistribution zwischen den begünstigten und den nicht begünstigten Haushalten statt. Die vertikale Redistribution erfolgt zwar im Regelfalle, nämlich der proportionalen Beitragsbemessung. Diese Bemessung ist jedoch keinesfalls systemnotwendig. Man könnte sich dafür entscheiden, einen Einheitsbeitrag zu erheben, der zwar unterschiedliche relative Belastungswirkungen, jedenfalls aber keine Redistributionswirkungen hinsichtlich der Einkommenshöhe hätte. Ebenso wäre es denkbar, den Beitrag nach Maßgabe der wahrscheinlichen Kostenübernahme, d. h. nach Familienstand, Alter usw., zu staffeln, so daß, abgesehen vom Risikoausgleich im engeren Sinne, keine horizontale Redistribution nach den genannten Merkmalen stattfände. Eine solche Finanzierungsweise würde zwar praktisch identisch sein mit einer obligatorischen Änderung der Bedarfsstruktur und würde wahrscheinlich Gerechtigkeitspostulaten widersprechen; sie würde aber dem Ziel der Kostenübernahme, d. h. der Ausschaltung oder Minderung der nachfragehemmenden Wirkung des Preises, nicht entgegenstehen.

In der Tat findet sich diese Form der Beitragsstaffelung in der Praxis nicht selten. Schon wenn die Kosten nicht in voller Höhe übernommen werden — etwa bei Begrenzung von Erstattungsbeträgen —, wird dem Haushalt eine Eigenleistung zugemutet, deren Höhe sich unter sonst gleichen Verhältnissen nach eben diesen kostenbestimmenden Faktoren richtet. Die gleiche Wirkung hat jede Form der Selbstbeteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen. Denn die Höhe dieser Selbstbeteiligung richtet sich im Prinzip nach der Zahl, dem Alter und der Morbidität der Haushaltsangehörigen. Selbstbeteiligung hat also die gleiche Wirkung wie eingeschränkte Kostenübernahme.

¹¹ Vgl. Näheres hierzu bei Detlev Zöllner: Typologie der Redistributionsmerkmale in Systemen der sozialen Sicherung. Schmollers Jahrbuch. 85. Jg. 1965. S. 49 ff., sowie Karl-Heinz Hansmeyer: Effekte der Einkommensumverteilung in der sozialen Krankenversicherung. In: Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft. Hrsg. von Wilfried Schreiber, Berlin 1963.

VI. Wirkungen der erhöhten Nachfrage

1. Die Tendenz zur Preissteigerung

Daß der öffentliche Eingriff in das Marktgeschehen eine Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zur Folge hat, ergibt sich unmittelbar aus seiner Zielsetzung. Die erhöhte Nachfrage muß unter sonst gleichen Verhältnissen, insbesondere bei gleichbleibendem Angebot, Preissteigerungen zur Folge haben. Wenn nun für einen Teil der Haushalte die Kosten der medizinischen Versorgung durch Dritte übernommen werden, so wird die Nachfrage partiell erhöht. Der Preis muß so lange steigen, bis bei den Haushalten, deren Kosten nicht übernommen werden, soviel an Nachfrage ausfällt, daß die Gesamtnachfrage wieder dem Gesamtangebot gleich ist. Die partielle Kostenübernahme hat also eine Umschichtung unter den Nachfragern bewirkt.

Diese Umschichtung, d. h. die Reduzierung der Nachfrage bei den nicht begünstigten Haushalten wirft die Frage auf, ob diese nach der Preissteigerung noch eine Nachfrage entfalten können, die unter dem Gesichtspunkt der optimalen Versorgung noch als ausreichend anzusehen ist. Dies wird um so eher der Fall sein, je geringer die Zahl der Haushalte ist, deren Kosten übernommen werden und je geringer der Umfang der Kostenübernahme ist. Hält man die partielle Reduzierung der Nachfrage für unerwünscht und bezieht aus diesem — oder einem anderen — Grunde alle Haushalte in die Kostenübernahme ein, so kann damit unter der Annahme eines gleichbleibenden Angebots selbst dann nichts erreicht werden, wenn man die Kosten der medizinischen Versorgung vollständig übernimmt. Denn in diesem Falle würde der Preis unter der Tendenz, Nachfrage und Angebot wieder ins Gleichgewicht zu bringen, so stark steigen, daß sich ein Zwang zur Mengenregulierung der Nachfrage ergibt.

Wenn es trotz weitgehender Kostenübernahme für einen erheblichen Teil der Haushalte in industrialisierten Ländern nicht zu einem Zusammenbruch der Märkte gekommen ist, so hat dies seine Ursache vor allem darin, daß das Angebot nicht gleich blieb, wie oben angenommen, sondern sich außerordentlich ausweitete. In Deutschland z. B. ging mit der Ausdehnung der Kostenübernahme auf eine zunehmende Anzahl der Haushalte seit 1890 eine Steigerung der Arztdichte um das Vierfache einher. Der wachsenden Nachfrage stand ein steigendes Angebot gegenüber, so daß keine explosiven Preisentwicklungen eintraten. Nachträglich muß man diese Parallelität zwischen Angebots- und Nachfrageentwicklung jedoch zum großen Teil als zufällig ansehen.

Wenn man annimmt, daß die Zahl der Ärzte von der Nachfragemenge unabhängig ist — wie es wohl mit einigen Einschränkungen

zutreffen dürfte —, so kann man den obigen Gedanken auch in folgender Weise umkehren: Das wachsende Angebot an Gesundheitsleistungen während des vergangenen Jahrhunderts konnte zu gleichbleibenden oder gar steigenden Preisen nur deshalb aufgenommen werden, weil die Nachfrage (auch) mittels öffentlicher Eingriffe erheblich ausgeweitet wurde. Insofern hat der öffentliche Eingriff bei wachsendem Angebot einen für die Anbieter durchaus begrüßenswerten Preisstützungs-Effekt zur Folge.

In wenig industrialisierten Ländern sind die Wirkungen der Kostenübernahme auf die Preise oft anders, als sie in Europa in Erscheinung traten. Es gibt Länder, in denen im Verhältnis zur vorhandenen Nachfrage ein Angebotsüberhang besteht (z. B. in den Großstädten Griechenlands und Indiens). Hier kann die Nachfrage mittels Kostenübernahme verhältnismäßig stark erhöht werden, ohne daß Auswirkungen auf das Preisniveau und unerwünschte Nachfragereduzierungen an anderer Stelle zu befürchten sind. Umgekehrt gibt es Länder mit einem im Verhältnis zur vorhandenen Nachfrage geringen Angebot (z. B. Burma, viele afrikanische Staaten). Dort führt jede geringfügige Erhöhung der Nachfrage unmittelbar zu erheblichen Preissteigerungen, so daß die Einführung von Systemen der sozialen Sicherung nicht möglich ist, ohne gleichzeitig mindestens restriktive Mengenregulierungen, meist auch Beschränkungen der freien Berufsausübung einzuführen.

2. Die Tendenz zur Mengenregulierung

Allgemein ergibt sich also, daß erhebliche Preissteigerungen zu erwarten sind, wenn die Gesamtnachfrage höher ist als das Gesamtangebot, das sich seinerseits bestimmt durch Zahl und Leistungskapazität der Angebotsträger. Wie oben dargelegt, reagiert das Angebot gegenüber Preisänderungen unelastisch. Die Preise können also konstant gehalten werden, solange die Ausweitung der Nachfrage nicht stärker ist als die Ausweitung des Angebots. Wenn eine Nachfrageerweiterung für erforderlich gehalten wird, die darüber hinausgeht, so sind Preissteigerungen unausweichlich. Die Preissteigerungen wirken dem Ziel des öffentlichen Eingriffs direkt entgegen. Angesichts dieses Dilemmas gibt es keinen anderen Ausweg als den der Mengenregulierung. Solche Mengenregulierungen finden sich in der Tat in fast allen Systemen der Kostenübernahme. Es handelt sich dabei nicht um Begrenzungen der Nachfrage durch Begrenzung der Kostenübernahme, wie sie oben (IV, 3, b) erörtert wurde. Hier wird vielmehr die Nachfrage als gegeben angesehen. Unter dieser Bedingung kann nur die angebotene Menge reguliert werden.

Der übliche Versuch einer solchen Regulierung sind Vorschriften, nach denen Gesundheitsleistungen das Maß des Notwendigen, Zweckmäßigen, Ausreichenden od. ä. nicht überschreiten sollen (z. B. in der deutschen Krankenversicherung). Oben (I, 2, b) wurde dargelegt, daß die Beeinflußbarkeit der Leistungen durch die Anbieter Beschränkungen dieser Art weitgehend zur Wirkungslosigkeit verurteilt. Sie bewirken allenfalls gewisse Einschränkungen in qualitativer Hinsicht insbesondere bei Arzneimitteln, beeinflussen jedoch kaum das Preisniveau der Gesundheitsleistungen im ganzen.

Eine andere Methode zur Angebotsbegrenzung ist die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit durch den Kostenträger. Wie oben (I, 2, c) erwähnt, ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit der Nachfrage nach Freizeit gekoppelt und umgekehrt. Soweit eine ungerechtfertigte Arbeitsunfähigkeit vorhanden ist und diese vermieden werden kann, bewirkt dies gleichzeitig eine Verminderung der umgesetzten Gesundheitsleistungen. Allerdings ist dies nur eine Nebenwirkung, weil es bei der Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit in erster Linie um die Verminderung unnötigen Aufwandes zur wirtschaftlichen Sicherung geht, die hier nicht zur Erörterung steht. Im übrigen ist der Begriff der Morbidität im Einzelfalle so wenig objektivierbar, daß Kontrollmechanismen allenfalls extreme Mißbrauchsfälle verhüten, nicht aber das Gesamtangebot bzw. den Gesamtumsatz auf dem Markt wirksam beeinflussen können. Solange also Kostenübernehmer und Anbieter nicht identisch sind, kann steigenden Preisen mittels Mengeregulierung kaum entgegengewirkt werden.

Das ist nur möglich, indem der Kostenübernehmer die Gesundheitsleistungen selbst anbietet. Nachdem über den Umfang der Nachfrageausweitung entschieden ist, stehen die Systeme der Gesundheitssicherung vor der Frage, ob die daraus resultierenden Preissteigerungen hingenommen werden sollen oder nicht. Wird diese Frage verneint, so bleibt keine andere Wahl, als den freien Markt für Gesundheitsleistungen für diesen speziellen Zweck auszuschalten. Der Kostenübernehmer muß dann Ärzte zu fester Besoldung anstellen, die als Organe des Kostenübernehmers verbindlichen Vorschriften über Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen unterworfen werden können. Für diesen Weg haben sich in der Tat zahlreiche Systeme der sozialen Sicherung entschieden. Für eine solche Entscheidung sind eine Reihe außerökonomischer Motive maßgebend. Aus ökonomischer Sicht zwingend ist eine solche Entscheidung nur unter der Voraussetzung, daß die für erforderlich gehaltene Nachfrageausweitung unvermeidbare Preissteigerungen zur Folge haben würde.

Es ist zu beachten, daß mit der Herstellung der Identität zwischen Kostenträger und Angebotsträger die ökonomische Grundsituation der

Divergenz zwischen Nachfrage und Angebot durchaus bestehen bleibt. Die daraus resultierenden Wirkungen auf den Preis müssen sich auf einem noch vorhandenen freien Markt um so heftiger auswirken, so daß wahrscheinlich die Notwendigkeit entsteht, weitere Haushalte in die Kostenübernahme einzubeziehen. Die Kostenübernahme kann also unter solchen Umständen schwer auf Teile der Haushalte begrenzt werden, es besteht vielmehr eine Tendenz zur totalen Einbeziehung. Ist dies nicht möglich oder gewollt, so wird die Entlohnung der freien und der angestellten Ärzte so stark unterschiedlich sein, daß niemand ein Anstellungsverhältnis bei der öffentlichen Hand anstreben wird. Der öffentliche Angebotsträger wird sich daher gezwungen sehen, die Freiheit der Berufsausübung einzuschränken und ausschließlich selbst Gesundheitsleistungen anzubieten. Zwar ist auch damit das Gesamtangebot keineswegs vergrößert — höchstwahrscheinlich sogar vermindert —, man hat jedoch die Möglichkeit der Angebotslenkung an den Ort des vordringlichen Bedarfs, und man kann eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sicherstellen.

In der geschilderten Situation befinden sich viele wenig industrialisierte Länder, in denen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen schneller wächst als das Angebot. Diese Länder tendieren bewußt oder unbewußt auf eine vollständige Beseitigung des freien Marktes für Gesundheitsleistungen hin. In der Praxis wird die Tendenz allerdings meistens gemildert durch starken entgegengesetzten politischen Einfluß der Ärzte und mangelnde verwaltungsmäßige Durchsetzbarkeit des Gewollten. Wenn in europäischen Ländern die Totalisierungstendenz eines öffentlichen Gesundheitsdienstes sich nicht in dem theoretisch zu erwartenden Umfange bemerkbar macht, so liegt dies wiederum vor allem daran, daß die Nachfrage nicht wesentlich größer ist als das Angebot und infolgedessen der Preisanstieg auf dem verbleibenden freien Markt sich in Grenzen hält. Man kann also nicht uneingeschränkt sagen, daß die Einführung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes eine Beseitigung des freien Marktes für Gesundheitsleistungen erheischt; es kommt dabei entscheidend auf das Mengenverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage an.

Jedenfalls erweist es sich als unmöglich, die aus einer zusätzlich induzierten Nachfrage resultierende Preissteigerung mittels partieller Mengenregulierung vermeiden zu wollen. Mit einer Übernahme des Angebots auf den Kostenträger kann erreicht werden, daß diese Preissteigerungen nicht von den Haushalten getragen werden müssen, deren Nachfrage als unzureichend angesehen wird, sondern von anderen Haushalten. Der Versuch der Mengenregulierung erweist sich somit letztlich als ein Mittel der Preisspaltung, die wiederum hinführt

zur Frage des Umfangs der Kostenübernahme, die oben (IV, 3) erörtert wurde.

3. Marktform und Preisfindung

Geht man davon aus, daß Kostenträger und Angebotsträger nicht identisch sind, so bildet sich der Preis der Gesundheitsleistungen unter den Bedingungen vollständiger Konkurrenz als Gleichgewichtspreis nach Maßgabe der angebotenen und nachgefragten Mengen. Da das Angebot mittelfristig konstant ist und mengenmäßig kaum reguliert werden kann, kommt es für die Preisbildung allein auf die Nachfrage an. Wenn und soweit die Nachfrage nicht reduziert werden soll, kann eine Einwirkung auf den Preis nur dadurch erfolgen, daß die Marktbedingungen verändert werden.

Für die Möglichkeit einer Einwirkung auf die Marktbedingungen ist entscheidend, in welcher Weise die Kosten übernommen werden. Werden sie dem Nachfrager erstattet (Kostenerstattungssystem z. B. in Frankreich), so hat dies auf die Marktbedingungen keinen Einfluß, weil die Zahl der Nachfrager unverändert bleibt. Marktbeziehungen bestehen weiterhin nur zwischen Anbieter und Nachfrager. Werden die Kosten dagegen dem Anbieter erstattet, so tritt der Kostenübernehmer (Krankenkasse, Gesundheitsamt, Betrieb od. a.) mit dem Anbieter in Beziehung und wird damit zum dritten Marktpartner. Da sich die Zahl der Nachfrager bzw. der Kostenträger stark reduziert, stärkt sich deren Marktposition außerordentlich. Nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Jahre 1883 nahmen die Kassen einzelne Ärzte als Bezirksärzte unter Vertrag. Sie hatten also die Möglichkeit, die gebündelte Nachfrage alternativ auf einzelne Angebotsträger zu lenken, oder, wenn man so will: Sie hatten im Vergleich zum vorhergehenden Zustand riesenhafte Aufträge zu vergeben. Unter Ausnutzung der Konkurrenz unter zahlreichen Anbietern konnte dabei der Preis der Gesundheitsleistungen beträchtlich gesenkt werden. Die vermehrte Nachfrage bewirkte gleichwohl einen gleichbleibenden oder gar steigenden Umsatz.

Wir sehen also, daß die aus einer vermehrten Nachfrage resultierende Preissteigerung durch Konzentration der Nachfrage auf weniger Träger wirksam bekämpft werden kann. Allerdings gilt dieser Zusammenhang nur unter der Bedingung eines hinreichend umfangreichen Angebots. Ist das Angebot klein, so sind die Wirkungen der Konzentration auf den Preis allerdings begrenzt, weil sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kaum vollständig zurückhalten oder monopolisieren läßt. Da in Deutschland das Angebot stets mit der Nachfrage wuchs, haben die Kassen die Politik der Nachfragebünde-

lung, der Selektion unter den Angebotsträgern verfolgen und aus dieser Position spürbare Preispolitik treiben können.

Aber auch auf dem Markt für Gesundheitsleistungen gilt das Gesetz der countervailing power (*Galbraith*). Bereits sieben Jahre nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland wurde der Hartmann-Bund als Vereinigung der Anbieter gegründet, dem später die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Seite traten. In langwierigen Auseinandersetzungen, die mit denjenigen auf dem Arbeitsmarkte viele Analogien aufwiesen¹², setzten die Anbieter-Organisationen schrittweise ihre Anerkennung als Tarifpartner (1913) und schließlich ihre Anerkennung als öffentlich-rechtliche Körperschaft (1931) durch¹³. Der Nachfrage-Konzentration folgte also die Anbieter-Konzentration. Die Organisationen der Anbieter wirkten nun durch Verhandlung auf den Preis ein und suchten durch Beeinflussung der Marktbedingungen ihre Verhandlungsposition zu stärken. Insbesondere setzten sie durch, daß zunehmend mehr Ärzte zur Kassenpraxis zuzulassen waren. Erstmals wurde 1913 vereinbart, daß auf je 1350 Versicherte ein Arzt zuzulassen sei. Diese Zahl sank 1931 auf 600, und schließlich wurde in jüngster Zeit erreicht, daß jede Zulassungsbeschränkung aufgehoben wurde. Die Anbieter-Organisationen sind in der Lage, Kampfmethoden anzuwenden, und bereits 1913 wurde das sogenannte Berliner Abkommen nach einer Streikdrohung der Ärzte durchgesetzt. Diese und ähnliche Erscheinungen sind nicht auf Deutschland beschränkt, sondern finden sich mehr oder weniger überall dort, wo öffentliche Eingriffe in das Marktgeschehen stattfinden.

Die Konzentrationsprozesse auf der Nachfrage- und Angebotsseite führen dazu, daß der Markt für Gesundheitsleistungen sich mehr und mehr von den Bedingungen vollständiger Konkurrenz entfernt. Die Tendenz führt über kurz oder lang hin zu einer bilateral oligopolistischen oder gar bilateral monopolistischen Marktstruktur. Damit aber sind die bei der Konkurrenz geltenden Preisdeterminanten ausgeschaltet. Der Preis für Gesundheitsleistungen ist grundsätzlich indeterminiert. Diese Indeterminiertheit kommt plastisch zum Ausdruck in der Vorschrift (§ 368 g RVO), daß „die kassenärztliche Versorgung... durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln (ist), daß ... die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen *angemessen* vergütet werden“. Da eine Gesamtvergütung ausgehandelt wird, ist bei gegebenem Gesamtangebot der Preis für den einzelnen Anbieter ein Datum. Nur die von ihm

¹² Theodor *Plaut*: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte. Karlsruhe 1913.

¹³ Vgl. hierzu Julius *Hadrich*: Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1955.

angebotene Menge ist noch Aktionsparameter zur Einkommensmaximierung. Von daher erklären sich die oft beklagten Mißstände wie Krankenscheinjagd, Nachgiebigkeit gegenüber der Begehrlichkeit des Patienten usw. ebenso wie die Wirkungslosigkeit aller Versuche einer Mengenregulierung des Angebots. Man hat gefunden, „daß in der Bundesrepublik ärztliche Hilfe im Durchschnitt doppelt so häufig in Anspruch genommen wird wie in den Vereinigten Staaten, daß jedoch umgekehrt die zeitliche Zuwendung des Arztes gegenüber dem einzelnen Patienten hier nur etwa die Hälfte des Zeitaufwandes in den Vereinigten Staaten beträgt“¹⁴. Hieran zeigen sich deutlich die unterschiedlichen Reaktionen der Anbieter auf verschiedene Honorierungssysteme.

Wenn die Gesamtvergütung der Ärzte durch Vertrag vereinbart wird, so bedeutet dies, daß es für die Preisfindung nur noch auf die Verhaltensweise der Marktteilnehmer ankommt, die im wesentlichen durch Kampf- und Verhandlungsstrategie bestimmt wird. Zu dieser Verhandlungsstrategie gehört die Einflußnahme auf die öffentliche Meinung sowie staatliche Gebührenordnung. Diese Gebührenordnung hat in Deutschland praktisch keine preissetzende Wirkung, weil die Gebühren in der Mehrzahl der Fälle auf vertraglichen Vereinbarungen, nicht aber auf der Gebührenordnung selbst beruhen. Sie ist gleichwohl hart umkämpft, weil ihr Inhalt die Verhandlungsposition der Parteien in der nächsten Verhandlungsrunde beeinflusst.

Es wird deutlich, daß bei diesen Auseinandersetzungen der Preis nicht mehr oder nur noch formal Gegenstand der Verhandlung ist. In Wahrheit wird mit staatlichen Gebührenordnungen sowohl wie mit Vertragsverhandlungen über das Einkommen der Ärzte entschieden. Dies gilt nicht nur für das deutsche Kassenarzt-System, sondern allgemein. Denn deutlicher noch als hier wird beim staatlichen Gesundheitsdienst und beim sogenannten Einschreibsystem über Einkommensgrößen entschieden. In England z. B. wird von einer unabhängigen Kommission unter Berücksichtigung der Einkommen vergleichbarer Berufe sowie der Lebenshaltungskosten errechnet, wie hoch das Durchschnittseinkommen des Arztes sein sollte. Diese errechnete Durchschnittsgröße, multipliziert mit der Zahl der Ärzte, ergibt die Höhe des zentralen Fonds („pool“), aus dem alle Zahlungen nach einer Kopfpauschale geleistet werden. Es ergibt sich also, daß Preispolitik auf dem monopolisierten Markt für Gesundheitsleistungen zur Einkommenspolitik wird. Der Untersuchungsgegenstand wechselt damit über von der Ökonomie in den Bereich der politischen Strategie.

¹⁴ Günther Hertel: Die sozialorganisatorische Lage der kassenärztlichen Allgemeinpraxis. Die medizinische Welt. 1962. Nr. 8. S. 451 f. Zur Aufwandskonkurrenz vgl. auch Alexander Grünewald: Das Verhältnis zwischen Arzt und sozialer Krankenversicherung. In: Sozialpolitik und Sozialreform. Hrsg. von Erik Boettcher. Tübingen 1957. S. 191 ff.