Schriften des Vereins für Socialpolitik

Band 194/II

Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II

Von

Dieter Brümmerhoff, Klaus-Dirk Henke,
Volker Ulrich, Eberhard Wille

Herausgegeben von Karl-Heinrich Hansmeyer

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 194/II

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 194/II

Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II

Von

Dieter Brümmerhoff, Klaus-Dirk Henke,
Volker Ulrich, Eberhard Wille

Herausgegeben von Karl-Heinrich Hansmeyer

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung. – Berlin: Duncker und Humblot.
(Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; N. F. Bd. 194)
NE: Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Schriften des Vereins . . .
2. von Dieter Brümmerhoff . . . Hrsg. von Karl-Heinrich Hansmeyer. – 1991
ISBN 3-428-07144-1
NE: Brümmerhoff, Dieter; Hansmeyer, Karl-Heinrich [Hrsg.]

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten
© 1991 Duncker & Humblot GmbH, Berlin 41
Satz: Hagedornsatz, Berlin 46
Druck: Druckerei Gerike GmbH, Berlin 36
Printed in Germany

ISSN 0505-2777
ISBN 3-428-07144-1

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vorwort

Der finanzwissenschaftliche Ausschuß des Vereins für Socialpolitik hat seine jährlich stattfindende Arbeitstagung im Jahre 1990 vom 6. bis 8. Juni in Passau abgehalten. Die Sitzung war wie die vorangegangene dem Generalthema „Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung" gewidmet. Die 1989 behandelten Themen sind als Band 194/I der Schriften des Vereins erschienen. Die Beiträge der Passauer Tagung werden hiermit als Band 194/II vorgelegt.

Klaus-Dirk Henke untersucht in seinem Beitrag „Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall" das Sicherungsproblem sowohl unter grundsätzlichen Gesichtspunkten als auch im Hinblick auf die konkreten Fragen des bundesdeutschen Systems. Zunächst werden die beiden Formen der Risikovorsorge — Risikoprävention und Risikoübernahme — sowie die konstituierenden Ausgestaltungsmerkmale und der Ziel — Mittel — Zusammenhang eines Krankenversicherungsschutzsystems einer eingehenden theoretischen Analyse unterzogen. Daran anknüpfend beschäftigt sich Henke mit den derzeitigen Steuerungsmechanismen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik Deutschland. Ausführlich geht er in diesem Zusammenhang auf einige Elemente des Gesundheits-Reformgesetzes ein, z. B. auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und auf die Entwicklung von prioritären Gesundheitszielen. Hierbei wird deutlich, daß das Gesundheits-Reformgesetz nur ein erster Schritt bei der Reform der Krankenversorgung sein kann und daß noch eine Reihe ungelöster Probleme verbleibt. Der letzte Teil ist daher Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall im vereinten Deutschland gewidmet. Als wichtige Reformvorhaben greift der Autor hier die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos, Vorbilder für den Aufbau des Medizinischen Dienstes in der GKV sowie die Organisationsreform und den Finanzausgleich in der GKV heraus. Als Konsequenz aus dem Vergleich des Status Quo mit den Anforderungen an ein rationales Krankenversicherungsschutzsystem ergibt sich schließlich die Leitvorstellung eines gesetzlich vorgeschriebenen privaten Krankenversicherungsschutzes mit dem Ziel einer Verstärkung der Anreize und der Selbststeuerungsfähigkeit des Systems.

Eberhard Wille und Volker Ulrich präsentieren in ihrem Beitrag „Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung" die wichtigsten Entwicklungslinien dieses zentralen Bereichs der Sicherung im Krankheitsfall. Nach einem Überblick über die Entwicklung von Umfang und Struktur der nominalen Gesundheitsausgaben unter besonderer Berücksichtigung der GKV und einem kurzen internationalen Vergleich erfolgt die Herausarbeitung und Klassifizierung der die bundesdeutschen Verhältnisse

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

prägenden Determinanten. Hierbei werden generelle Merkmale des Gesundheitsmarktes, angebotsseitige Faktoren und nachfrageseitige Einflußgrößen unterschieden. In der zweiten Hälfte ihres Referats stellen Wille und Ulrich eigene empirische Untersuchungen zu einigen der aufgeführten Entwicklungsfaktoren vor. Zunächst verknüpfen sie mit Hilfe eines integrierten Strukturmodells Input- und Outputgrößen im Gesundheitswesen und gelangen im wesentlichen zu einer empirischen Bestätigung der theoretisch zu erwartenden Zusammenhänge. Eine zusätzlich für den Zeitraum von 1970 bis 1987 durchgeführte Längsschnittanalyse legt den Schluß nahe, daß vornehmlich die negativen Preisstruktureffekte zuungunsten des Gesundheitssektors sowie der zunehmende Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung wichtige Bestimmungsfaktoren von Niveau und Struktur der GKV-Ausgaben sind und daß eine Sensibilisierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu einer Eindämmung des Ausgabenwachstums beitragen kann. Der Artikel schließt mit programmatischen Thesen zur Effizienz der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung.

Im dritten Beitrag „Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung" beschäftigt sich Dieter Brümmerhoff mit den wesentlichen Gestaltungsprinzipien, auf denen die Ordnung der GKV aufbauen kann. Nach einleitenden Begriffserläuterungen entwickelt der Autor ein Modell, das die systematische Verbindung der wesentlichen Merkmale einer GKV — Versicherung, Zwang und Umverteilung — abbildet. Vor dem Hintergrund dieses Referenzsystems zeigt sich, daß das Äquivalenzprinzip gegenwärtig in der bundesdeutschen GKV nur eine unbedeutende Rolle spielt und daß das Solidaritätsprinzip als rein interpersonelles Umverteilungsziel praktiziert wird, das jedoch eine ausreichende Klarheit vermissen läßt. Auf dieser Situationsanalyse aufbauend diskutiert Brümmerhoff Maßnahmen zur Stärkung beider Gestaltungsformen. Im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip stehen hierbei Fragen der Festlegung der Solidargemeinschaft und der Beitragsbemessungsgrundlage im Mittelpunkt; bei einer Stärkung des Äquivalenzprinzips geht es vor allem darum, Versicherungszwang, Orientierung an den individuellen Präferenzen sowie Anreize zur Risikoprävention miteinander zu verbinden. Abschließend untersucht der Verfasser das Problem eines potentiellen Zielkonflikts zwischen beiden Prinzipien. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, daß bei weiter Interpretation des Solidaritätsprinzips die verstärkte Berücksichtigung beider Prinzipien nicht zu Widersprüchen führen muß.

Die Diskussion um Grundfragen der sozialen Sicherung wird anhalten. Es wäre zu wünschen, daß sich die Politik dabei den hier vorgelegten Gedanken nicht verschließt.

Karl-Heinrich Hansmeyer

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Inhaltsverzeichnis

Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Von *Eberhard Wille* und *Volker Ulrich,* Mannheim 9

Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall

Von *Klaus-Dirk Henke,* Hannover 117

Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Von *Dieter Brümmerhoff,* Essen 177

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Von *Eberhard Wille* und *Volker Ulrich,* Mannheim

Gliederung

A. Die Finanzmisere der GKV als Anlaß von Reformdiskussionen 10
I. Die Beitragssatzstabilität als politische Zielgröße 10
II. Disposition 11

B. Überblick über die Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben 13
I. Zu Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben 13
1. Ausgabenträger und globale Leistungsarten 13
2. Die Behandlungsarten 16
II. Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich 21

C. Grundlegende Bestimmungsfaktoren 24
I. Zielsysteme, Anreizstrukturen und asymmetrische Informationsverteilung 24
II. Angebotsseitige Einflußgrößen 29
III. Nachfrageseitige Determinanten 32
IV. Einige Interdependenzen 36

D. Ein integriertes Strukturmodell der Gesundheitsversorgung 38
I. Zum Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und -zielen 38
II. Gesundheit als latente Variable in einem mikroökonomischen Ansatz ... 44
1. Ein MIMIC-Modell der Gesundheitszustandsmessung bei partieller Information 44
2. Schätzergebnisse 48
3. Messung der Gesundheit anhand von Proxy-Variablen 53

E. Partielle Analysen einzelner Entwicklungsfaktoren 55
I. Preisstruktureffekte im Gesundheitswesen 55
1. Die einzelnen Behandlungsarten 55
2. Die GKV-Behandlungsleistungen insgesamt 57
3. Preis- und Mengenkomponente von Behandlungsarten 61
II. Die Bedeutung des Rentneranteils 62
1. Unterschiede in der Ausgabenentwicklung zwischen Mitgliedern und Rentnern 62
2. Die Rentnerquote und die relative Ausgabenintensität als Determinanten 66
III. Zur Relevanz einer Sensibilisierung der Nachfrage 69

F. Schlußfolgerungen in Thesen 73

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Summary 79
Tabellen 81
Anhang 99
Literaturverzeichnis 105

A. Die Finanzmisere der GKV als Anlaß von Reformdiskussionen

I. Die Beitragssatzstabilität als politische Zielgröße

Das Gesundheitswesen bildete lange Zeit nur vereinzelt Gegenstand ökonomischer Überlegungen, denn es dominierte der ethische Vorbehalt, daß bei Fragen der Gesundheit und des Lebens wirtschaftliche Kalküle in den Hintergrund treten sollten (vgl. Wiemeyer 1984, S. 9). Die kräftige Expansion der Gesundheitsausgaben rückte dann aber, vor allem bei abgeschwächtem Wachstum des Sozialproduktes und eingeengten Finanzierungsspielräumen in den öffentlichen Haushalten, die Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung mit in den Vordergrund sowohl des politischen als auch des wirtschaftswissenschaftlichen Interesses. Da die Gesundheitsausgaben deutlich stärker anstiegen als die Grundlohnsumme bzw. das Sozialprodukt, kletterte der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 8,2 vH im Jahre 1970 auf zwischenzeitlich fast 13 vH[1]. Diese Entwicklung rief nicht nur „die Politik auf den Plan" (Molitor 1986, S. 1), sondern nährte auch aus ökonomischer Sicht den Verdacht, daß bei zahlreichen Gesundheitsausgaben die erzielten gesellschaftlichen Nutzen die entsprechenden Opportunitätskosten unterschreiten bzw. nicht mehr rechtfertigen. Letztere fallen dadurch an, daß die im Gesundheitswesen gebundenen Ressourcen in keine andere Verwendung mehr fließen und dort Nutzen stiften können.

Der Beitragssatz in der GKV verdient auch insofern wirtschaftspolitische Aufmerksamkeit, als er in die Sozialabgabenquote eingeht, die von 12,6 vH im Jahre 1970 auf 17,3 vH im Jahre 1988 zunahm[2]. Bei im wesentlichen konstanter volkswirtschaftlicher Steuerquote erhöhte sich deshalb im entsprechenden Zeitraum die (Gesamt-)Abgabenquote, d. h. der Anteil von Steuern und Sozialbeiträgen am nominalen Bruttosozialprodukt, von 36,5 vH auf 41,4 vH (siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1989, Tab. 30* und Tab. 33*). Diese relative Ausdehnung der Sozialabgaben drohte u. a. auch die mit der Steuerreform angestrebten Effekte zu

---

[1] Er betrug z. B. im Jahre 1989 durchgehend 12,9 vH. Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* 1990, S. 126. Zur Entwicklung der Beitragssätze siehe Tabelle 1, die sich wie alle folgenden Tabellen im Anhang befindet.

[2] Hier in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* 1989, Tab. 30*, S. 256 und Tab. 33*, S. 262.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

konterkarieren (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft 1985, S. 4ff.). Im Hinblick auf das Niveau der Sozialabgabenquote sowie den Anteil der Sozialversicherungsbeiträge an den Lohnkosten nimmt die Bundesrepublik zwar innerhalb der Europäischen Gemeinschaft einen Mittelplatz ein, aber die Vereinigten Staaten und Japan, als die vielfach relevanten Konkurrenten auf den Weltmärkten, belasten hier ihre Unternehmen wesentlich geringer (vgl. Deutsche Bundesbank 1986, S. 23f.).

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)[3] zielt deshalb, wie der entsprechende Gesetzentwurf vom 3. 5. 1988 bereits auf S. 1 betont, schwergewichtig darauf ab, „die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und dauerhaft zu stabilisieren" (Fraktionen der CDU/CSU und FDP 1988, S. 1). Steigende Beitragssätze, so erläutert der Gesetzentwurf, hemmen die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer, fördern den Drang zur Schattenwirtschaft und gefährden den Abbau der Arbeitslosigkeit (ebenda, S. 134). Entsprechend sieht der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Beitragssatzsteigerungen „Gift im Kampf gegen die Arbeitslosigkeit" (Blüm 1987, S. 245). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erhielt dann sogar in § 71 GRG bzw. § 71 SGB V eine eigenständige gesetzliche Verankerung. Die GKV-Strukturreform stand insofern stark im Zeichen fiskalischer Zielsetzungen und bildete weitgehend eine Reaktion auf das vorausgegangene relative Wachstum der GKV-Ausgaben[4].

II. Disposition

Dieser Beitrag zielt darauf ab, die zentralen Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der GKV herauszuarbeiten, zu klassifizieren und bei einigen dieser Einflußgrößen ihre Bedeutung in quantitativer oder qualitativer Hinsicht abzuschätzen. Eine Analyse der Determinanten, welche die Entwicklung der GKV-Ausgaben in der Vergangenheit prägten, vermag über den empirischen Befund hinaus die Informationsbasis für wirtschaftspolitische Beurteilungen, prognostische Überlegungen und schließlich Reformmaßnahmen zu verbreitern bzw. zu verbessern. Eine vorwiegend deskriptive diagnostische Funktion übernimmt zunächst im folgenden 2. Kapitel ein „Überblick über die Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben", wobei Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben im Mittelpunkt des Interesses stehen. In diesem Kontext geht ein kursorischer Abriß der Gesundheitsausgaben im internationa-

---

[3] Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. 12. 1988 (1988, S. 2477) kodifiziert und ergänzt zum größten Teil die Vorschriften über die GKV, welche dann als 5. Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen wurden.

[4] Diesen fiskalischen Leitgedanken bestätigt auch *Jung* (1989, S. 15), der als Ministerialdirektor im Bundesministerium für Arbeit (BMA) wohl maßgeblich am GRG mitwirkte: „Die Reform war notwendig, insbesondere die Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Krankenkassen".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

len Vergleich der Frage nach, ob es sich bei der Entwicklung des Ausgabenvolumens der GKV um eine bundesdeutsche Besonderheit oder ein verbreitetes Phänomen entwickelter Industrienationen handelt. Diese internationale Perspektive beschränkt sich hier auf den Umfang der Ausgabenentwicklung, weil für einen — inhaltlich an sich aussagefähigeren — strukturellen Vergleich noch keine validen Daten vorliegen, und eine solche Ausweitung wohl auch den Rahmen dieses Beitrages bzw. Themas sprengen würde.

Selbst eine grobe Skizze der Ausgabenentwicklung im OECD-Bereich deutet bereits auf übergreifende Einflußgrößen hin, welche das relative Wachstum der Gesundheitsausgaben in den meisten entwickelten Volkswirtschaften verursachten. Im 3. Kapitel folgt eine Auflistung dieser grundlegenden Bestimmungsfaktoren, die unbeschadet aller vorhandenen Interdependenzen angebots- und nachfrageseitige Determinanten von solchen zu trennen versucht, die primär in den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bzw. in den Anreizstrukturen wurzeln. Die beiden folgenden Kapitel beinhalten zu einigen dieser Entwicklungsfaktoren eigene empirische Untersuchungen, die zunächst auf einem — wenn auch noch fragmentarischen — integrierten Strukturmodell der Gesundheitsversorgung und dann auf Partialanalysen aufbauen.

Während gesundheitsökonomische Partialanalysen von den meisten Interdependenzen abstrahieren, die zwischen den Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung existieren, setzt das in Kapitel 4 vorgestellte integrierte Strukturmodell die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowie prädisponierende und Zugangsvariablen mit Indikatoren des Gesundheitsstatus und der latenten Variable Gesundheit in Beziehung. Dieses MIMIC-Modell („multiple-indicators-multiple causes"), das die Gesundheit in einem mikroökonomischen Ansatz als latente Variable abbildet, leistet damit auch einen Beitrag zur theoretischen und empirischen Verknüpfung von In- und Outputströmen im Gesundheitswesen. Eine möglichst umfassende Analyse des Verhältnisses zwischen Gesundheitsinputs und -zielen erscheint im Rahmen dieses Themas vor allem deshalb wünschenswert, weil die behandelten Ausgabenarten im Sinne gesundheitlicher Leistungserstellung als monetäre Inputs auf der untersten Ebene rangieren. Der hier benutzte Ansatz zur Schätzung eines MIMIC-Modells besitzt zudem den für die empirische Gesundheitsforschung nicht unerheblichen Vorzug, den Gesundheitszustand auch bei partieller Information, d. h. bei unterschiedlicher Kenntnis bzw. Datenqualität der einzelnen Kategorien von Variablen, messen zu können.

Unabhängig von noch ungelösten theoretischen Problemen erlaubt die Datenlage bei gesundheitsökonomischen Totalmodellen bisher lediglich eine Querschnittsanalyse. Letztere liefert zwar nützliche Einblicke in die vielfältigen Wirkungsbeziehungen zwischen exogenen und endogenen Variablen, vermag aber im Gegensatz zur Zeitreihenanalyse nicht die Ausgaben*entwicklung* zu beschreiben und zu ergründen. Zu diesem Zweck eignen sich Partialanalysen, die auf möglichst langen Zeitreihen aufbauen, besser, selbst wenn ihnen aus

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

theoretischer Perspektive nur mehr oder weniger isolierte ad hoc-Hypothesen über jeweils eine Ausgabendeterminante zugrunde liegen. Methodisch erfolgt die partialanalytische Abschätzung der Preisstruktureffekte, der Bedeutung des Rentneranteils und der Relevanz einer Sensibilisierung der Nachfrage über eine Deflationierung, mit Hilfe von Strukturbereinigungen und auf der Grundlage der Hauptkomponentenmethode. Obgleich solche und ähnliche Partialanalysen wegen ihrer Beschränkung auf einen Erklärungsfaktor dazu neigen, die jeweils untersuchten Effekte zu überzeichnen, übertrifft ihr empirischer Erklärungsgehalt bei gegebener Datenlage und verfügbarem instrumentalen Wissen in mancher Hinsicht noch denjenigen von Totalmodellen. Dieser Befund, der die Bedeutung von integrierten Strukturmodellen keineswegs in Frage stellt, schlägt sich dann auch im abschließenden 6. Kapitel nieder, das neben einer Zusammenfassung einige programmatische Thesen zur Effizienz der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung enthält.

B. Überblick über die Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben

I. Zu Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben

1. Ausgabenträger und globale Leistungsarten

Die gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich 1987 in der Abgrenzung der Finanzstatistik[5] auf 260,9 Mrd. DM, wovon 122,2 Mrd. DM auf die GKV entfielen (vgl. Tabelle 2). Wie Übersicht 1 zeigt, stieg innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben der GKV-Anteil von 1970 (35,0 vH) bis 1987 (46,8 vH) kräftig an, während im entsprechenden Zeitraum von den übrigen *Ausgabenträgern*[6] die Quoten der öffentlichen Haushalte, der Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitgeber sowie der privaten Haushalte abnahmen. Der Anteil der privaten Krankenversicherung (PKV) sank bis 1975 deutlich ab, erreichte aber Anfang der achtziger Jahre wieder das ursprüngliche Niveau und blieb seitdem nahezu konstant. Obgleich bei der GKV rund 90 vH der Bevölkerung versichert sind (vgl. Statistisches Bundesamt 1989a, S. 9), erreicht ihr Anteil nicht einmal die Hälfte der Gesundheitsausgaben. Die politische Diskussion, die sich ausschließlich auf die GKV kapriziert, vernachlässigt somit über 50 vH der gesamten Gesundheitsausgaben einschließlich der

---

[5] Die folgenden Ausführungen beziehen sich zunächst auf die amtlichen Daten des Statistischen Bundesamtes, da diese die Gesundheitsausgaben nach einem einheitlichen Schema für alle Ausgabenträger klassifizieren und insofern auch entsprechende Vergleiche, z. B. zwischen GKV und PKV, gestatten.

[6] Das *Statistische Bundesamt* (1989a, S. 4) führt in diesem Kontext als Ausgabenträger sämtliche Institutionen an, die gesundheitliche Leistungsarten finanzieren. Die Daten enthalten keine Doppelzählungen, wobei die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherungen und die Beihilfen der öffentlichen Arbeitgeber bei diesen Trägern und nicht bei den privaten Haushalten erscheinen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Interdependenzen, die zwischen den Aufwendungen der einzelnen Ausgabenträger bestehen (ähnlich Henke 1989, S. 301 f.). Diese selektive Sichtweise bestätigt unsere eingangs aufgestellte These, daß es den politischen Reformdiskussionen nicht primär um die Gesundheitsversorgung, sondern um die fiskalische Situation der GKV ging.

Übersicht 1

Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern
(Anteile[a])

Ausgabenträger \ Jahr	1970	1975	1980	1985	1987
(1) Öffentliche Haushalte	14,0	13,5	13,3	13,1	13,0
(2) Gesetzliche Krankenversicherung	35,0	44,2	45,2	46,7	46,8
(3) Rentenversicherung	9,4	8,5	7,5	8,0	7,7
(4) Gesetzliche Unfallversicherung	3,6	3,3	3,2	3,3	3,2
(5) Private Krankenversicherung	5,1	4,5	4,5	5,2	5,2
(6) Arbeitgeber	24,5	19,5	19,4	15,7	16,6
(7) Private Haushalte	8,4	6,4	6,9	7,9	7,5

[a]) Ausgaben des jeweiligen Trägers in vH der Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: siehe Tabelle 2 im Anhang.

Bei den „Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten" unterscheidet die amtliche Statistik zunächst fünf globale Kategorien:

— Vorbeugende und betreuende Maßnahmen

— Behandlung

— Krankheitsfolgeleistungen

— Ausbildung und Forschung

— Nicht aufteilbare Ausgaben.

Die GKV tätigt ähnlich wie die PKV keine Ausgaben für „Ausbildung und Forschung", die hier lediglich beim Ausgabenträger Öffentliche Haushalte anfallen.

Innerhalb der *GKV-Ausgaben* nach *globalen Leistungsarten* nahm der Anteil der Aufwendungen für medizinische Behandlung zwischen 1970 und 1987[7] von

[7] Dieser Beobachtungszeitraum, für den das Statistische Bundesamt die benötigten Daten in entsprechender Systematik liefert, liegt nahezu allen Tabellen und Übersichten dieses Beitrages zugrunde. Dabei mag die Festlegung des Basisjahres eine gewisse Zufälligkeit bzw. Willkür beinhalten, was aber hier für jeden anderen Ausgangspunkt

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

78,7 vH auf 85,0 vH zu (siehe Übersicht 2). Die Behandlungsausgaben dominieren innerhalb der globalen Leistungsarten aber nicht nur in quantitativer Hinsicht, sie stehen auch unter dem Aspekt gesundheitlicher Leistungserstellung im Mittelpunkt des Interesses. Die „Krankheitsfolgeleistungen" dienen vor allem zur Finanzierung der beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie von Maßnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bei Krankheit und Invalidität. Sie bilden somit im wesentlichen Transferzahlungen, während es sich bei den „nicht-aufteilbaren Ausgaben" vornehmlich um Verwaltungsausgaben und Investitionsausgaben für Verwaltungseinrichtungen handelt (vgl. Statistisches Bundesamt 1980, S. 5). Als direkte Inputs der „Gesundheitsproduktion" verdienen von den übrigen Kategorien die „vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen" am meisten Beachtung, obgleich sie bisher quantitativ keine so große Rolle spielten. Die betreffenden Ausgaben fließen überwiegend in die Betreuung und Krankheitsfrüherkennung bzw. sekundäre Prävention und kaum in die sog. primäre Prävention, welche darauf abzielt, über Vorsorgemaßnahmen, z. B. im Bereich des Umweltschutzes oder des persönlichen Lebensstils, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden.

Übersicht 2

Die Ausgaben der GKV nach globalen Leistungsarten
(Anteile[a])

Leistungsart \ Jahr	1970	1975	1980	1985	1987
(1) vorbeugende Maßnahmen	3,4	3,7	2,9	2,9	3,1
(2) Behandlung	78,7	82,3	83,0	84,7	85,0
(3) Krankheitsfolgeleistungen	12,6	9,2	9,6	7,2	6,9
(4) nicht aufteilbare Ausgaben	5,4	4,8	4,5	5,2	4,9

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: siehe Tabelle 3 im Anhang.

Da die Behandlungsausgaben zu über 99,8 vH aus Sachleistungen und die Krankheitsfolgeleistungen zu über 97,5 vH aus Einkommensleistungen beste-

mindestens gleichermaßen gelten würde. Die Jahre vor 1970 werfen u. a. das methodisch kaum lösbare Problem auf, die Entwicklung der Ausgabenstruktur um die Effekte des Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle vom 27. 7. 1969 zu bereinigen. Die Wahl eines späteren Basisjahres besitzt den Nachteil, daß die Anzahl der Beobachtungseinheiten dann kaum mehr Aussagen über mittelfristige Entwicklungstendenzen erlaubt. Da die gesetzlichen Eingriffe ins Gesundheitswesen auch nach 1970 praktisch nie abrissen, treten nahezu ständig andere diskretionäre Maßnahmen als Störgrößen auf.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hen, prägt die Ausgabenentwicklung nach globalen Leistungsarten auch jene nach *Ausgabenarten*. Entsprechend dem relativen Wachstum der Behandlungsausgaben stieg der Anteil der Sachleistungen im Beobachtungszeitraum von 81,9 vH auf 88,2 vH, während der Anteil der Einkommensleistungen von 12,6 vH auf 6,8 vH abnahm (siehe Übersicht 3). Ansonsten spielen innerhalb der Ausgabenarten in quantitativer Hinsicht nur noch die Personal- und laufenden Sachausgaben eine Rolle, die ausschließlich bei der globalen Leistungsart „nicht aufteilbare Ausgaben" anfallen.

Übersicht 3

Die Ausgaben der GKV nach Ausgabenarten
(Anteile[a])

Ausgabenart \ Jahr	1970	1975	1980	1985	1987
Sachleistungen	81,9	86,0	86,0	87,7	88,2
Einkommensleistungen	12,6	9,1	9,5	7,0	6,8
Personal- und Laufende Sachausgaben	5,1	4,7	4,3	4,8	4,9
Investitionsausgaben	0,2	0,1	0,2	0,4	- 0,0
Laufende Zuschüsse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Investitionszuschüssse	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: siehe Tabelle 4 im Anhang.

2. *Die Behandlungsarten*

Die Ausgaben für medizinische Behandlung erstrecken sich weitgehend auf die in Übersicht 4 aufgeführten sechs Leistungs- bzw. Behandlungsarten, die im Jahre 1987 insgesamt einen Anteil von 81,5 vH an den gesamten Gesundheitsausgaben der GKV einnahmen. Unsere Zusammenstellung vernachlässigt innerhalb der medizinischen Behandlung lediglich die beiden Positionen „Behandlung durch sonstige Heilpersonen" sowie „stationäre Kurbehandlung", welche aber nur einen geringen Ausgabenanteil besitzen und zudem im Rahmen der PKV-Ausgaben nicht gesondert erscheinen. Die Ausgaben für stationäre Behandlung schließen auch die Aufwendungen für im Krankenhaus verabreichte Arzneimittel ein, die anderen Rahmenbedingungen, insbesondere im Hinblick auf Abgabemodalitäten und Preisbildung, unterliegen als die Arzneimittel aus öffentlichen Apotheken. Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel finanzieren ein sehr heterogenes Behandlungsspektrum, das im wesentlichen orthopädische Heil- und Hilfsmittel, Seh- und Hörhilfen, die Dialyse sowie Leistungen von medizinischen Badeanstalten, Masseuren und Krankengymna-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sten umfaßt (vgl. Lefelmann und Eichner 1981, S. 15ff; Ulrich 1988b, S. 35ff.). Die Aufwendungen für Zahnersatz entfallen nicht nur auf Material- und Laborkosten, sondern auch etwa zur Hälfte auf das zahnärztliche Honorar.

Wie Übersicht 4 zeigt, sinken im Beobachtungszeitraum die Ausgabenanteile der Leistungsarten Behandlung durch Ärzte, Behandlung durch Zahnärzte und Arzneimittel, während die Aufwendungen für stationäre Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz weit überproportional anwachsen. Im Gegensatz zum Zahnersatz, dessen Anteil nach seiner Einbeziehung in den Leistungskatalog der GKV nahezu explodierte und im Jahre 1981 mit 8,5 vH seinen bisherigen Höchstwert erreichte, stieg die Quote für Heil- und Hilfsmittel über den gesamten Zeitraum ziemlich kontinuierlich an. Neben den Ausgaben für stationäre Behandlung, deren Anteil interessanterweise von 1975 bis 1981 nahezu konstant blieb, bildeten diese beiden Behandlungsarten somit „eine entscheidende Triebkraft für die Ausgabenexpansion in der Krankenversicherung" (Deutsche Bundesbank 1985, S. 33; ebenso Berg 1986, S. 44). Dieser Befund beinhaltet, da es sich um eine reine Ausgabenbetrachtung handelt, noch keine Aussagen über die Effizienz bzw. etwaige Ineffizienzen in diesen Leistungsbereichen, er charakterisiert aber die strukturelle Entwicklung innerhalb der GKV unter fiskalischen Aspekten, die immerhin einen wesentlichen — wenn nicht den entscheidenden — Ausgangspunkt der politischen Reformdiskussion bildeten.

Übersicht 4

Die Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten

Jahr / Behandlungsart	Anteile[a])					Wara[b])
	1970	1975	1980	1985	1987	1970–1987
(1) Behandlung durch Ärzte	22,8	18,8	17,6	17,7	17,4	276,1
(2) Behandlung durch Zahnärzte	7,1	6,9	6,3	6,0	6,1	322,3
(3) stationäre Behandlung	25,3	30,2	30,0	32,1	32,8	542,0
(4) Arzneimittel[c])	17,1	14,9	14,3	14,9	15,5	349,3
(5) Heil- und Hilfsmittel[d])	1,9	3,0	3,7	4,2	4,6	1 115,1
(6) Zahnersatz	3,4	7,0	8,3	6,9	5,1	658,8

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
[b]) Veränderung im angegebenen Zeitraum in vH.
[c]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[d]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
Quelle: siehe Tabelle 5 im Anhang.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Einteilung der Ausgabenentwicklung in Fünfjahresabschnitte zeigt, daß die *strukturellen Verschiebungen* zwischen den einzelnen Behandlungsarten vornehmlich zwischen 1970 und 1975 stattfanden, als die Anteile für die Behandlung durch Ärzte und für Arzneimittel deutlich abnahmen, und die Ausgaben für stationäre Behandlung eine kräftige relative Expansion verzeichneten. Die anschließenden Maßnahmen zur sog. Kostendämpfung im Gesundheitswesen gingen eher mit einer Verfestigung der Budgetstruktur einher, zumindest gelang es nicht, die frühere Flexibilität aufrechtzuerhalten. Die finanziellen Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen trafen vor allem den Zahnersatz, der im Beobachtungszeitraum den stärksten diskretionären Eingriffen unterlag, und die Arzneimittel. Bereinigt um die fiskalischen Effekte der Kostendämpfungsmaßnahmen, die zwischen 1977 und 1984 erfolgten (siehe Berg 1986, S. 35), läge der Arzneimittelanteil[8] um knapp einen Prozentpunkt und die Ausgabenquote des Zahnersatzes um gut 1,5 Prozentpunkte höher.

Übersicht 4 bezieht die einzelnen Behandlungsarten auf die gesamten Gesundheitsausgaben der GKV, so daß die entsprechenden Anteile die fiskalische Bedeutung der jeweiligen Leistungsausgaben im umfassenden Finanzierungsrahmen der GKV aufzeigen. Obgleich dieses Vorgehen der Themenstellung entspricht, liegt es unter dem Aspekt gesundheitlicher Leistungserstellung nahe, als zusätzliche Bezugsbasis noch die gesamten Behandlungsausgaben heranzuziehen, denn letztere dienen primär der Produktion des „Gutes Gesundheit". Wie Übersicht 5 ausweist, erhöht die Wahl einer etwas kleineren Bezugsbasis erwartungsgemäß die einzelnen Anteile[9] und läßt darüber hinaus die strukturellen Veränderungen innerhalb der verschiedenen Behandlungsarten noch deutlicher hervortreten. Die oben skizzierten Tendenzen der Ausgabenentwicklung bleiben jedoch hiervon unberührt.

Für eine weitere Interpretation der GKV-Ausgabenstruktur nach Behandlungsarten bietet sich auch ein kursorischer Vergleich mit der korrespondierenden Entwicklung im Bereich der PKV an, zumal hierzu die erforderlichen Daten in der entsprechenden Systematik vorliegen. Wegen der offensichtlichen Unterschiede im Hinblick auf Versichertenkreis und Risikostruktur besitzen dabei Divergenzen in den jeweiligen Wachstumsraten nur eine geringe Aussagekraft. So überrascht es nicht, daß von 1970 bis 1987 die Steigerungsrate der GKV-

---

[8] In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu berücksichtigen, daß die Abschätzung jener (hypothetischen) Minderausgaben, welche die Kostendämpfungsmaßnahmen verursachten, zwangsläufig auf zahlreichen ceteris paribus-Annahmen aufbauen muß. Sofern z. B. die Herausnahme der sog. Bagatellarzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV dort an anderer Stelle Mehrausgaben bei Arzneimitteln induzierte, liegen die tatsächlichen Entlastungen niedriger als die geschätzten. Die Bereinigung geht dann von zu hohen Minderausgaben aus und veranschlagt damit den Anteil der (bereinigten) Arzneimittelausgaben zu hoch.

[9] Wie bereits oben angedeutet, klammert auch Übersicht 5 die beiden Positionen „Behandlung durch sonstige Heilpersonen" und „stationäre Kurbehandlung" aus, was erklärt, daß sich die Anteile nicht zu 100 vH ergänzen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 5

Die Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten

Behandlungsart \ Jahr	Anteile[a])				
	1970	1975	1980	1985	1987
(1) Behandlung durch Ärzte	29,0	22,8	21,2	21,0	20,4
(2) Behandlung durch Zahnärzte	9,1	8,4	7,6	7,1	7,2
(3) stationäre Behandlung	32,2	36,7	36,1	37,9	38,6
(4) Arzneimittel[b])	21,7	18,1	17,2	17,6	18,3
(5) Heil- und Hilfsmittel[c])	2,4	3,7	4,5	4,9	5,4
(6) Zahnersatz	4,3	8,5	10,0	8,1	6,0

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Behandlung insgesamt.
[b]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[c]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
Quelle: errechnet aus den Tabellen 3 und 5 im Anhang.

Ausgaben mit 394,5 vH jene der PKV-Ausgaben mit 272,5 vH deutlich übertraf. Dagegen lassen Abweichungen im Niveau der Anteile einzelner Behandlungsarten und insbesondere Unterschiede in der *Entwicklung von GKV- und PKV-Ausgabenstruktur* möglicherweise gewisse gesundheitsökonomische Schlüsse zu.

Wie Übersicht 6 ausweist, nahmen auch im Bereich der PKV die Ausgabenanteile für ärztliche Behandlung und für Arzneimittel ab, wohingegen die Behandlungsarten stationäre Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz, ähnlich wie bei der GKV, relativ expandierten. In deutlichem Unterschied zur GKV stiegen die PKV-Ausgaben für Zahnbehandlung weit überproportional an, wobei ihr Wachstum sogar noch die Ausgabensteigerung bei den Heil- und Hilfsmitteln und beim Zahnersatz weit übertraf.

Bei einem Vergleich mit der GKV-Ausgabenentwicklung fällt ferner die moderatere Steigerungsrate der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und das starke Absinken des Arzneimittelanteils auf, der sich im Bereich der PKV nahezu halbierte. Dieser Befund nährt u. E. Zweifel an der weitverbreiteten These, daß bei der Arzneimittelversorgung angebotsseitige Determinanten eindeutig dominieren. Eine solche Argumentationsweise vermag die starken Abweichungen in der Entwicklung der Ausgabenstruktur von GKV und PKV nicht hinreichend zu erklären. Schließlich konsumieren sowohl GKV- als auch PKV-Patienten pharmazeutische Produkte derselben Unternehmen, die hier wie

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 6

Die Ausgaben der PKV nach Behandlungsarten

Behandlungsart \ Jahr	Anteile[a])					Wara[b])
	1970	1975	1980	1985	1987	1970–1987
(1) ärztliche Behandlung	15,8	14,8	15,8	13,8	14,3	236,7
(2) Zahnbehandlung	1,4	2,3	3,9	4,6	5,0	1 182,7
(3) stationäre Behandlung	24,9	29,2	29,9	30,1	31,5	371,6
(4) Arzneien und Verbandsmittel	12,1	8,2	6,6	6,5	6,4	96,8
(5) Heil- und Hilfsmittel	2,1	3,1	3,7	3,2	3,7	541,6
(6) Zahnersatz	2,2	3,4	5,8	4,6	5,0	744,3

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der PKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
[b]) Veränderung im angegebenen Zeitraum in vH.
Quelle: siehe Tabelle 7 im Anhang.

dort identische Absatzstrategien anwenden, und es verordnen im wesentlichen dieselben Ärzte mit den gleichen Motivationsstrukturen (vgl. Wille 1988, S. 21).

Diese Aussagen über die Unterschiede in der Entwicklung von GKV- und PKV-Ausgabenstruktur behalten auch ihre Gültigkeit, wenn als Bezugsbasis der einzelnen Behandlungsarten die gesamten Behandlungsausgaben an die Stelle der Ausgaben der PKV für Gesundheit insgesamt treten. Wie ein Vergleich der beiden Übersichten 6 und 7 zeigt, führt die neue Vergleichsbasis innerhalb der PKV zu einem deutlichen Anstieg der jeweiligen Anteile, wobei dieser Zuwachs erheblich stärker ausfällt als zuvor bei den GKV-Ausgaben (siehe oben Übersichten 4 und 5). Diese Differenz geht vornehmlich auf den geringeren Anteil zurück, den die PKV-Behandlungsausgaben im Vergleich zu jenen der GKV an den entsprechenden Ausgaben für Gesundheit insgesamt einnehmen. So betrug der Anteil der Behandlungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben im Jahre 1987 bei der PKV lediglich 65,8 vH, bei der GKV hingegen 85,0 vH. Im Unterschied zur GKV spielen bei den globalen Leistungsarten innerhalb der PKV-Ausgaben die „Krankheitsfolgeleistungen" mit 12,7 vH und insbesondere die „nicht-aufteilbaren Ausgaben" mit 21,6 vH eine fiskalisch gewichtigere Rolle (siehe Tabelle 6 im Anhang). Infolge der niedrigeren Bezugsbasis erreichte der Anteil der stationären Ausgaben an den gesamten Behandlungsausgaben im Jahre 1987 bei der PKV fast 48 vH, bei der GKV dagegen „nur" 38,6 vH. Unbeschadet dieser Niveauunterschiede hängen die Befunde über die Entwicklung der Ausgabenstruktur auch bei einem Vergleich zwischen GKV und PKV nicht von der Wahl der Bezugsbasis ab.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 7

Die Ausgaben der PKV nach Behandlungsarten

Behandlungsart \ Jahr	Anteile[a])				
	1970	1975	1980	1985	1987
(1) ärztliche Behandlung	27,0	24,2	24,1	22,0	21,7
(2) Zahnbehandlung	2,5	3,8	5,9	7,4	7,5
(3) stationäre Behandlung	42,5	47,9	45,5	47,8	47,9
(4) Arzneien und Verbandsmittel	20,6	13,4	10,0	10,3	9,7
(5) Heil- und Hilfsmittel	3,6	5,1	5,6	5,1	5,6
(6) Zahnersatz	3,7	5,6	8,9	7,4	7,5

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der PKV-Ausgaben für Behandlung insgesamt.
Quelle: errechnet aus den Tabellen 6 und 7 im Anhang.

II. Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Internationale Vergleiche der Entwicklung von Gesundheitsausgaben sehen sich neben der mangelnden Verfügbarkeit vergleichbarer Daten u.a. mit unterschiedlichen institutionellen Rahmenordnungen, divergierenden ökonomischen, demographischen und kulturellen Bedingungen sowie der Problematik konfrontiert, den Gesundheitsoutput und hier vor allem die Qualität von Gesundheitsleistungen hinreichend zu messen (vgl. Schieber und Poullier 1990, S. 9). „In the first place, there is the question of defining boundaries to what is, and what is not, part of health care activity" (OECD 1985, S. 9f.). Die methodischen Schwierigkeiten, den Gesundheitsbereich und seine Aktivitäten zu definieren und die entsprechenden Ausgaben von anderen abzugrenzen (siehe hierzu u.a. Statistisches Bundesamt 1978 und 1980 sowie Henke und Adam 1983, S. 13ff.), mahnen bereits bei nationalen Analysen, vielmehr aber noch auf internationaler Ebene zu äußerst behutsamen Interpretationen. Auch die Daten der OECD (1985, 1987 und 1990), auf denen die meisten internationalen Vergleiche aufbauen (vgl. z.B. Pfaff 1986; Schieber 1987 und Parkin 1989), liefern für die einzelnen Länder keine international standardisierten Ausgabenreihen, was trotz erheblicher Fortschritte in den letzten Jahren sowohl für das Volumen, aber noch stärker für die Struktur der Gesundheitsausgaben gilt[10]. Da

[10] Vgl. *Poullier* 1990. So untergliedert z.B. die bundesdeutsche amtliche Statistik lediglich die GKV- und PKV-Ausgaben in Arzneimittelausgaben und Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel, während bei den Gesundheitsausgaben insgesamt eine solche

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einzelne Länder ihre Ausgabenkategorien bzw. -reihen häufiger, teilweise rückwirkend bis 1960, revidieren, enthalten nicht einmal die OECD-Studien über die Zeit konsistente Daten (vgl. Schieber und Poullier 1990, S. 9).

Unbeschadet dieser Einschränkungen besitzen für einen internationalen Vergleich sog. *Gesundheitsquoten,* welche die nominalen Gesundheitsausgaben eines Landes in Beziehung zum entsprechenden Sozialprodukt setzen (siehe hierzu kritisch Littmann 1975, S. 100ff.), gegenüber absoluten oder pro Kopf-Ausgaben den Vorzug, die Wechselkursproblematik auszuklammern. Ein Blick auf die Entwicklung der Gesundheitsquoten innerhalb der OECD-Länder (siehe Tabelle 8) zeigt, daß der relative Anstieg der Gesundheitsausgaben kein bundesdeutsches Spezifikum darstellt, sondern zwischen 1960 und 1987 in jedem der aufgelisteten OECD-Länder stattfand. Im Hinblick auf das *Niveau dieser Quoten* liegt die Bundesrepublik mit 8,1 vH zwar über dem OECD-Durchschnitt von 7,4 vH, aber die USA, Schweden, Kanada, Frankreich, die Niederlande und Österreich weisen — in dieser Reihenfolge — noch höhere Werte auf. Da diese Quoten als rein monetäre Indikatoren keinerlei Hinweise auf die allokativen und distributiven Ergebnisse enthalten, die mit ihnen in den jeweiligen Ländern einhergehen, bieten sie für sich betrachtet allerdings keinerlei Anhaltspunkte für eine Beurteilung von Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitssysteme (so jedoch Brown 1983, S. 84f.).

Wegen der noch fehlenden einheitlichen Abgrenzung der Daten hält die OECD (1985, S. 10) einen Vergleich der nationalen Ausgabenniveaus für weniger valide als eine Analyse der *Veränderung dieser Gesundheitsquoten.* In den meisten Ländern kulminierte das Wachstum der Gesundheitsquote in dem Zeitraum von 1965 bis 1975 und schwächte sich dann, wohl auch als Folge nationaler Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung (siehe hierzu Abel-Smith 1984), spürbar ab. So spiegelt auch die Entwicklung des OECD-Durchschnitts, der von 3,9 vH im Jahre 1960 über 4,6 vH (1965) und 6,4 vH (1975) auf 7,4 vH bzw. 7,5 vH (ohne Türkei) anstieg, die durch die Erdölkrise ausgelösten finanziellen Restriktionen wider (ähnlich OECD 1987, S. 54 und Schieber 1987, S. 9). Lediglich Frankreich, die USA, Belgien, Island und Australien verzeichnen — wiederum in dieser Reihenfolge — auch nach 1975 noch eine deutliche Zunahme ihrer Gesundheitsquote. Dagegen unterschritt das Wachstum der bundesdeutschen Gesundheitsquote, die vor allem von 1970 bis 1975 nach oben kletterte, zwischen 1975 und 1987 eindeutig den OECD-Durchschnitt.

Trennung nicht erfolgt. Vgl. *Statistisches Bundesamt* 1989a, S. 18f. Die von der OECD ausgewiesenen Arzneimittelausgaben schließen somit zwangsläufig auch die Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel ein, welche im Beobachtungszeitraum weit überproportional anstiegen (siehe Übersicht 4) und schon aus diesem Grunde eine strukturelle Analyse verzerren. Dies gilt um so mehr, als die Arzneimittelausgaben der meisten anderen Staaten die Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel nicht in gleicher Weise bzw. nicht mit diesem Gewicht enthalten; in Großbritannien werden z. B. die Augenoptika als „general opthalmic" seit Jahren separat ausgewiesen. Vgl. *Henderson* 1982, S. 63.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bei einem internationalen Vergleich der absoluten oder der *pro Kopf-Gesundheitsausgaben* stellt sich, wie bereits angedeutet, zusätzlich das Problem, die nationalen Ausgabenströme vergleichbar zu machen, d.h. die einzelnen Landeswährungen ökonomisch aussagefähig umzurechnen. Da die vorhandenen Wechselkurse die jeweilige relative Kaufkraft, d.h. die absoluten und relativen Preisdifferenzen, zwischen den einzelnen Ländern vielfach nicht adäquat wiedergeben, geschieht diese Umrechnung zunehmend mit Hilfe von *„Purchasing Power Parities"* (PPPs). Letztere sollen jene Rate ausdrücken, mit der eine Währungseinheit in eine andere umgerechnet werden muß, um mit dem entsprechenden Betrag den gleichen Warenkorb erwerben zu können (vgl. Ward 1985, S. 11). Diese Kaufkraft- bzw. Wechselkursparitäten lassen sich sowohl für das Sozialprodukt als auch für speziellere Warenkörbe, wie z.B. die Gesundheitsleistungen, berechnen. Wegen teilweise fehlender Marktpreise und den weithin ungelösten Problemen, den Gesundheitsoutput und insbesondere seine Qualität zu bestimmen und damit international vergleichbar zu normieren, besitzen gesundheitsspezifische PPPs eine geringere Validität als solche für die entsprechenden Bruttoinlandsprodukte (so im Ergebnis auch Parkin 1989, S. 84 sowie Schieber und Poullier 1990, S. 12).

Die Ergebnisse von internationalen Vergleichen der absoluten oder der pro Kopf-Gesundheitsausgaben hängen somit in starkem Maße davon ab, ob die Umrechnung der Währungen auf der Grundlage von Wechselkursen (WK), von PPPs für die Bruttoinlandsprodukte (BIP-PPPs) oder gesundheitsspezifischen PPPs (G-PPPs) erfolgt[11]. So nahm z.B. bei den pro Kopf-Gesundheitsausgaben im Jahre 1980 die Bundesrepublik Deutschland unter 18 Ländern auf der Basis von WK den 2., auf der Basis von BIP-PPPs den 4. und auf der Basis von G-PPPs den 7. Rang ein (siehe Tabelle 9). Im Jahre 1987 lag die Bundesrepublik bei den pro Kopf-Ausgaben auf der Grundlage von BIP-PPPs mit 1093 $ zwar etwas über dem OECD-Durchschnitt von 934 $, aber immer noch, teilweise sogar deutlich, hinter den USA, Kanada, Island, der Schweiz, Schweden, Norwegen und Frankreich (siehe Tabelle 10). Bei der Kennziffer[12], welche die Wachstumsrate der pro Kopf-Gesundheitsausgaben mit der Steigerungsrate des pro Kopf-BIP in Beziehung setzt, erreicht die Bundesrepublik Deutschland für den Zeitraum von 1975 bis 1987 mit 1,1 genau den OECD-Durchschnitt (ebenda).

Ohne damit die Finanzierungsprobleme der GKV herunterzuspielen, macht schon ein kursorischer internationaler Vergleich deutlich, daß die bundesdeut-

---

[11] Dem Einwand, daß es sich bei den PPPs um statistische Konstrukte und im Vergleich zu den WK um weniger exakte Paritäten handelt, hält *Parkin* (1989, S. 84) entgegen: „It is better to use an inaccurate measure of the correct concept than an accurate measure of a concept known to be wrong"; ähnlich *Parkin, McGuire* und *Yule* 1987, S. 114.

[12] Die OECD (1985, S. 12) sowie *Schieber* und *Poullier* (1990, S. 11) — in ähnlichem Kontext auch *Schieber* (1987, S. 13) und *Culyer* (1990, S. 30) — sprechen hier etwas mißverständlich von „Elastizitäten". Wegen der zahlreichen diskretionären staatlichen Eingriffe geht die Veränderung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Ländern nicht allein *ursächlich* auf Variationen des jeweiligen Bruttoinlandsproduktes zurück.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sche Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben nicht nach oben ausreißt, sondern grosso modo im OECD-Trend liegt. Ordnungspolitisch erscheint bemerkenswert, daß weder Niveau und Veränderung der Gesundheitsquote noch die pro Kopf-Ausgaben erkennbar von der Finanzierungs- bzw. Organisationsform[13] des jeweiligen Gesundheitssystems abhängen, sondern eher von Höhe und Wachstum des Sozialproduktes pro Kopf (so auch Jönsson 1981, S. 68f.; Pfaff 1986, S. 154; Schieber 1987, S. 15 und Parkin 1989, S. 80). So nehmen z. B. im Niveau und, vor allem zwischen 1975 und 1982 (vgl. OECD 1987, S. 55), in der Ausgabendynamik mit Schweden und den USA just zwei Länder eine internationale Spitzenposition ein, die im Gesundheitswesen sehr unterschiedliche Steuerungsmechanismen bevorzugen und aus bundesdeutscher Perspektive häufig als Polarfälle gelten. Während in Schweden die Gesundheitsausgaben einen integralen, und damit steuerfinanzierten, Teil des öffentlichen Budgets darstellen (vgl. Lagergren 1985, S. 349f.), bestimmt in den Vereinigten Staaten in stärkerem Maße die marktwirtschaftliche Koordination die Allokation im Gesundheitswesen (vgl. u. a. Eastaugh 1981; Pauly 1985 und 1986, sowie Fuchs 1986).

C. Grundlegende Bestimmungsfaktoren

I. Zielsysteme, Anreizstrukturen und asymmetrische Informationsverteilung

Die oben skizzierte Entwicklung deutet auf grundlegende Bestimmungsfaktoren hin, welche das relative Wachstum der Gesundheitsausgaben in den meisten entwickelten Volkswirtschaften verursachten. Die folgende, enumerative Auflistung dieser Determinanten bezieht sich, unbeschadet ihres supranationalen Geltungsbereichs, auf die bundesdeutschen Verhältnisse und hier vor allem auf die GKV. In diesem Rahmen bestimmen mit dem öffentlichen Planungs- und Willensbildungsprozeß, der Vereinbarung bzw. dem Korporatismus sowie dem Markt- und Preismechanismus *verschiedene Koordinationsinstrumente* die Allokation im Gesundheitswesen.

Entsprechend diesen diversen Allokationsmechanismen existieren in den einzelnen Teilbereichen, d. h. bei den diversen Behandlungsarten, unterschiedliche Preisbildungsmechanismen. So sind im ambulanten Bereich Leistungserbringung und monetäre Vergütung entkoppelt, wobei die Leistungserstellung in den Handlungsspielraum des einzelnen Arztes fällt, während die Preisbildung im Rahmen von Gruppenverhandlungen zwischen den Verbänden der Ärzte und der Krankenkassen erfolgt (vgl. Neubauer 1986). Für den stationären Sektor normieren das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflege-

[13] Zu den verschiedenen Finanzierungssystemen westlicher und östlicher Industrienationen siehe ausführlich *Pfaff* 1983, S. 81ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

satzverordnung den Pflegetag als alleinige Erlösbasis. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz[14] bietet zwar eine gesetzliche Grundlage für eine Auflockerung dieses pauschalen Preissystems, veränderte es aber bisher materiell nicht wesentlich. Den Arzneimittelmarkt kennzeichnen vor allem permanente Veränderungen des Warenkorbes durch Marktzugänge und -abgänge, Variationen in Anzahl und Struktur der Verordnungen sowie bisher weniger ein starker Preis- als vielmehr ein intensiver Produktwettbewerb. Von den Ausgaben für Zahnersatz entfallen über die Hälfte auf das zahnärztliche Honorar, der Rest besteht im wesentlichen aus Material- und Laborkosten (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 1986). Die Behandlungsart Heil- und Hilfsmittel umfaßt ein äußerst heterogenes Spektrum an Gütern und Diensten, welches im Hinblick auf die Preisbildung keine Generalisierung erlaubt (siehe im Detail Ulrich 1988b, S. 112ff.).

Innerhalb der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, die nach § 141 Abs. (2) SGB V „Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen" abgibt, liegt das Schwergewicht eindeutig auf der *korporativen Koordination* (vgl. u.a. Smigielski 1980 und Henke 1988). In diesem Kontext vergleicht das BMA mit Blick auf die Beitragssatzstabilität regelmäßig die Ausgabensteigerungen der verschiedenen Behandlungsarten mit dem Wachstum der Grundlohnsumme und ermahnt bei Abweichungstendenzen nach oben die entsprechenden Spitzenverbände, in ihrem Bereich für Preis- bzw. Ausgabendisziplin zu sorgen. Gelingt dies nicht, was in der Vergangenheit bei mindestens einer Leistungsart immer der Fall war, droht das Ministerium den betreffenden Anbietern von Gesundheitsleistungen mit Sanktionen bzw. staatlichen Regulierungsmaßnahmen. Die so Gescholtenen reagierten, zumeist unter massivem politischen Druck, u.a. mit Neuregelungen des Honorargefüges, Ausgabenplafondierungen für bestimmte Leistungen und befristeten Preisstillhalteabkommen bzw. -zusagen. Diese Konzessionen bewirkten immerhin, zusammen mit den gesetzlichen Maßnahmen zur sog. Kostendämpfung im Gesundheitswesen[15], daß der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 1976 bis 1984 praktisch konstant blieb. Unabhängig von temporären fiskalischen Effekten fördert diese Art korporativer Abstimmung — als eine inkrementale Mischung aus „Anbieterbeschimpfung" und Moral Suasion[16] — bei allen Beteiligten das Quotendenken, zumal der Korporatismus ohnehin schon eine immanente Tendenz zur weitmöglichen Erhaltung bestehender Strukturen besitzt.

---

[14] Zum Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. 12. 1984 (BGBl. I, S. 1716) siehe kritisch *Braun* 1985.

[15] Zu diesen Maßnahmen im einzelnen siehe ausführlich u.a. *Beske* und *Zalewski* 1984, S. 17ff.; *Hauser* und *Sommer* 1984, S. 148ff.; *Griesewell* 1985 sowie *Berg* 1986.

[16] Der Minister (*Blüm* 1986, S. 227) verteilt zuweilen auch Streicheleinheiten. So stellte er die Bereitschaft der Kassenärzte, die Gesamtvergütungen für ambulante ärztliche Behandlung weiter im Einklang mit der Entwicklung der Grundlohnsumme zu halten, als ein „Beispiel von Verantwortungsbewußtsein und sozialstaatlichem Handeln" heraus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

In normativer Hinsicht treten im Rahmen der GKV neben die allokativen Gesundheitsziele *verteilungspolitische Postulate*[17], denn die Mittelaufbringung orientiert sich auch an der Verwirklichung des Solidarausgleichs, der Elemente des Familienlastenausgleichs und der vertikalen Einkommensumverteilung beinhaltet. Dieser Sozialbezug der GKV, der dem Gedanken der Solidargemeinschaft folgt, wird häufig als Bestandteil des Sozialstaatsprinzips interpretiert (vgl. Henke 1986, S. 616f.; Genzel 1987, S. 138). Von der konkreten Ausgestaltung der Verteilungsnorm, z. B. dem Umfang des Versicherungsschutzes und dem Sachleistungsprinzip, und der korrespondierenden (Sozial-)Rechtsprechung können relevante Einflüsse auf die Ausgabenentwicklung der GKV ausgehen. Innerhalb der verfassungsmäßigen Schranken obliegt die jeweils anzustrebende Mixtur zwischen Allokations- und Verteilungszielen letztlich den politischen Entscheidungsträgern. Eine extensive und starre Festlegung der erwünschten bzw. noch tolerablen Distribution setzt allerdings allokativen Anreizmechanismen zumeist enge Grenzen und läuft teilweise auch Gefahr, der Vergeudung knapper Ressourcen Vorschub zu leisten.

Bei Tauschprozessen handelt mindestens eine Partei häufig mit dem Handikap einer gewissen Unsicherheit, aber im Gesundheitswesen treffen unvollkommene Informationen in einer auch für einen Dienstleistungssektor ungewöhnlichen Vielzahl und Intensität aufeinander (vgl. Pauly 1968 und 1974; Marshall 1976). Mit diesen Unsicherheiten gehen nicht selten *asymmetrische Informationsbeziehungen* einher, d. h. die Tauschpartner verfügen bei Vertragsabschluß über einen ungleichen Zugang zu entscheidungsrelevanten Daten. Eine solche asymmetrische Informationsbeziehung besteht z. B. zwischen dem Versicherten und der Versicherung, denn letztere kennt in den meisten Fällen weder die Schadenswahrscheinlichkeit für ein bestimmtes Individuum noch im Schadensfalle den Umfang der jeweils erforderlichen Inanspruchnahme (vgl. Rothschild und Stiglitz 1976; Wilson 1977). Dem Versicherten, der diese Tatbestände zumindest teilweise zu beeinflussen vermag, fehlen jedoch die Anreize, einmal das Schadensrisiko durch ein bestimmtes Verhalten zu reduzieren, und zum anderen nach Eintritt eines Schadens dessen Höhe einzugrenzen. Da er, von Weg- und Zeitkosten abgesehen, die Gesundheitsgüter praktisch zum Nulltarif erhält, unterliegt er der „moralischen Versuchung" *(Moral Hazard)*, diese Versicherungsleistung übermäßig in Anspruch zu nehmen[18]. Sein zusätzlicher Konsum erhöht zwar die Gesamtkosten der Versichertengemeinschaft, aber er selbst trägt hiervon nur einen verschwindend geringen Anteil, so daß er durchaus individuell rational handelt, wenn er sich alle Gesundheitsleistungen

---

[17] Die *konjunkturpolitische Steuerung* spielt dagegen in diesem Kontext kaum eine Rolle, denn es erscheint, vor allem aus allokativen Gründen, wenig sinnvoll, die Gesundheitsversorgung antizyklisch auszugestalten.

[18] „Moral hazard arises whenever an individual's behavior that affects the expected loss is altered by the quantity of insurance he obtains". *Pauly* 1986, S. 640; vgl. auch *Arnott* und *Stiglitz* 1990.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

beschafft, von denen er einen positiven Netto-Nutzen erwartet. Bei einem solchen Konsumverhalten der Patienten übersteigen die sozialen die individuellen Grenzkosten und Individual- und Systemrationalität fallen auseinander[19].

Eine asymmetrische Informationsverteilung existiert auch zwischen dem Arzt auf der einen und dem Patienten bzw. der Versicherung auf der anderen Seite. Sein Informationsvorsprung gewährt dem Arzt gegenüber dem Patienten und der Versicherung einen diskretionären Handlungsspielraum, den er im Rahmen dieser Principal-Agent-Beziehung dazu nutzen kann, innerhalb berufsethischer Grenzen seine persönlichen Einkommens- und Freizeitziele zu verwirklichen (vgl. Zweifel 1982, S. 24ff.). Bei den bestehenden Vergütungssystemen besitzt der ambulante Arzt ebenfalls in Form von Moral Hazard ein Eigeninteresse daran, seine Leistungen bis zur Grenze des medizinisch Vertretbaren auszuweiten, denn eine solche Verhaltensweise erhöht unmittelbar sein Einkommen[20] und möglicherweise auch seine Attraktivität in den Augen des Patienten. In ähnlicher Weise setzt im stationären Sektor das Vergütungssystem einen starken Anreiz, die verfügbaren Betten voll zu belegen und die Verweildauer der Patienten weitmöglichst auszudehnen (vgl. u.a. Sauerzapf 1980, S. 78ff. und Breyer 1985, S. 744).

Zwischen Arzt und Patient kann darüber hinaus eine wechselseitige asymmetrische Informationsbeziehung vorliegen, denn das Behandlungsergebnis hängt nicht nur von der ärztlichen Therapie, sondern auch von den natürlichen Heilungskräften des Patienten und vor allem von seinem konformen Verhalten ab. In dem stark dienstleistungsbezogenen Prozeß gesundheitlicher Leistungserstellung nimmt der Patient sowohl die Rolle des Konsumenten als auch diejenige eines Produktionsfaktors ein (ähnlich Gäfgen 1980, S. 177), so daß das Behandlungsergebnis als „joint product" aus einer Kombination zwischen medizinischer Leistung und individueller Nutzung erwächst. Sofern der Patient die Gesundheitsgüter schlecht nutzt oder die angestrebten Effekte durch eine gesundheitsschädigende Lebensweise konterkariert, bleibt selbst eine hochwertige ärztliche Behandlung ohne den möglichen therapeutischen Erfolg. Diese Compliance-Probleme, die größtenteils auf ärztliche Informationsdefizite und begrenzte Steuerungsmöglichkeiten zurückgehen, setzen sowohl einer Evaluierung medizinischer Programme als auch einer wirkungsbezogenen Vergütung ärztlicher Leistungen enge Grenzen (ausführlicher Wille 1986, S. 113ff.).

---

[19] *Herder-Dorneich* (1986, S. 64) spricht hier von einer „Rationalitätenfalle", denn individuell rationales Verhalten erweist sich für die Gesellschaft, die diesen Mehrkonsum finanzieren muß, letztlich als irrational bzw. ineffizient.

[20] Dies gilt unter der Voraussetzung, daß keine individuelle Plafondierung vorliegt. Im Falle einer globalen (Ausgaben-)Plafondierung, wie z.B. im Bereich der ambulanten Laboratoriumsdiagnostik, tangiert die Mengenausweitung des einzelnen Arztes zwar nicht die Finanzen der Krankenkassen, dafür aber die Entlohnung der Kollegen, deren Vergütung pro Leistungseinheit dadurch sinkt. Insofern klaffen dann auch hier individuelle und kollektive bzw. gruppenbezogene Rationalität im Sinne eines „Gefangenen-Dilemmas" auseinander. Vgl. *Wille* 1987, S. 326.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das Streben, sich bei unvollkommener Information abzusichern und das (Rest-)Risiko zu minimieren, bildet auch bei den Arzneimittelverordnungen niedergelassener Ärzte eine wichtige Handlungsdeterminante, welche das Wachstum der Arzneimittelausgaben fördert. Auch unabhängig von Placebo-Effekten bedient sich der Arzt des Arzneimittels nicht selten im Sinne einer Sicherheitsleistung, die einen nach seinem Informationsstand zwar nicht wahrscheinlichen, aber immerhin möglichen (Zweifels-)Fall abdeckt. Tritt ein solcher Grenzfall dann tatsächlich einmal ein, vermeidet diese redundante Vorsichtsmaßnahme u. U. schwerwiegende Erkrankungen und die mit ihnen einhergehenden Kosten. In ihrer Mehrzahl freilich dürften sich solche Verordnungen ex post als „überflüssig" herausstellen, was aber für die meisten Sicherheitsleistungen gilt.

Zudem sieht sich der Arzt mit einer entsprechenden Erwartungshaltung vieler Patienten konfrontiert, die bei subjektiven Befindlichkeitsstörungen in jedem Falle irgendeine (!) medikamentöse Behandlung verlangen. Lehnt der Arzt eine solche Verschreibung ab, läuft er bei dem im ambulanten Bereich herrschenden Wettbewerb Gefahr, den betreffenden Patienten zu verlieren. Sodann begünstigt die zunehmende Tendenz, bei ärztlichen Fehlern bzw. Unterlassungen nach amerikanischem Vorbild weitreichende Regressansprüche geltend zu machen, solche „Eventualverschreibungen" und darüber hinaus auf breiter Basis den Hang zu einer leistungsintensiven „Defensiv-Medizin" (vgl. Virts 1977, S. 32).

Für die mangelnde Anreizkompatibilität, die Ressourcen im Gesundheitswesen effizient einzusetzen, zeichnen somit neben der asymmetrischen Informationsverteilung, welche teilweise in den Eigenheiten gesundheitlicher Leistungserstellung wurzelt, auch die jeweiligen Rahmenordnungen verantwortlich. Hierzu zählen neben den Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Sektor (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1988, S. 49ff.) u.a. auch der fehlende Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Gitter und Oberender 1987) sowie die zahlreichen Steuererleichterungen und -befreiungen[21].

Schließlich trugen die politischen Entscheidungsträger über diskretionäre Maßnahmen ebenfalls nicht unerheblich zur Expansion der GKV-Gesamtausgaben bei, indem sie, vor allem in der ersten Hälfte der siebziger Jahre, den Versicherungsschutz bzw. den Leistungskatalog erweiterten und die GKV neuen Versichertengruppen öffneten (vgl. Statistisches Bundesamt 1980, S. 8). Daneben verlagerte der Gesetzgeber, auch noch nach 1977, d.h. im Kontext der sog. Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen, in erheblichem Umfange finan-

[21] Vgl. *Lefelmann* und *Eichner* 1981, S. 17; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 1987, S. 73. Den Allokationswirkungen von Steuervergünstigungen im Gesundheitswesen schenkte in den letzten Jahren vor allem die amerikanische Literatur verstärkte Aufmerksamkeit (vgl. u.a. *Ginsburg* 1981; *Enthoven* 1984 und *Pauly* 1986). Die meisten Annahmen dieser Überlegungen gelten allerdings primär für private Versicherungsmärkte und weniger für die GKV.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zielle Lasten von der Rentenversicherung und den öffentlichen Haushalten auf die GKV (vgl. Berg 1986, S. 37).

II. Angebotsseitige Einflußgrößen

Mit der asymmetrischen Information und dem daraus resultierenden diskretionären Handlungsspielraum der Ärzte steht auch die These von der *angebotsinduzierten Nachfrage* in engem Zusammenhang. Der ärztliche Informationsvorsprung bildet eine wesentliche Voraussetzung für diese These, die aber gleichwohl einen spezifischen, eigenständigen Ansatzpunkt besitzt. Sie besagt, daß mit zunehmender Dichte und Spezialisierung des Leistungsangebotes auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen steigt (vgl. Evans 1974 und Reinhardt 1985). Danach gelingt es bei einer Erhöhung der Arzt- und/oder Facharztdichte den ambulanten Ärzten und analog bei einer Zunahme der Bettendichte ihren stationären Kollegen, jeweils ihre Nachfrage auszudehnen. Sie profitieren dabei auch von einer „Funktionsspaltung", welche Gesundheitssysteme im allgemeinen und solche mit starren Gebührenordnungen und vollversicherten Patienten im besonderen[22] kennzeichnet. Während sich bei den meisten am Markt erworbenen Konsumgütern Nachfrager, Konsument und Finanzier in einer Person vereinen, fallen diese drei Funktionen bei Gesundheitsleistungen weitgehend auseinander. Der Patient, der häufig lediglich über den Erstkontakt mit dem Arzt entscheidet, konsumiert eine Leistung, die maßgeblich der Arzt nachfragt und die Krankenkasse bzw. die Versichertengemeinschaft bezahlt (vgl. Ruhr 1978, S. 10). Die Ärzte befinden sich somit, pointiert formuliert, in der komfortablen Situation, materiell ihr eigenes Angebot nachzufragen, was sie dann auch vor Nachfrage- und Einkommenseinbußen schützt, die bei funktionsfähigem Preiswettbewerb im Falle einer Ausweitung des Angebots drohen.

Die empirischen Untersuchungen, die bisher zur These von der angebotsinduzierten Nachfrage für den Bereich der GKV vorliegen, beziehen sich überwiegend auf die ambulante ärztliche Behandlung und gelangen, wie Übersicht 8 synoptisch zusammenfaßt, zu divergierenden Ergebnissen. Bei der Studie von Borchert (1980) besitzt die Elastizität der ambulanten Ausgaben in Bezug auf die Ärztedichte zwar den niedrigen und nicht-signifikanten Wert von 0,12, aber dafür beträgt die entsprechende Elastizität des Facharztindexes 1,24. Da die Angebotsvariablen in seiner Schätzung gemeinsam 62 vH der Varianz der Arztausgaben erklären, folgert er aus seinen Ergebnissen insgesamt eine „Prädominanz der Angebotsseite" (S. 83). Dieses Resultat bestätigt in seiner Tendenz Krämer (1981), der in allen Versionen seines Modells und unabhängig vom jeweils verwendeten Schätzverfahren eine signifikante Ausgabenelastizität

[22] Die starren Gebührenordnungen verhindern entsprechende Preisreaktionen und die Vollversicherung, insbesondere in Verbindung mit dem Sachleistungsprinzip, erstickt schon im Keim bei den Patienten jegliches Interesse an Preisreduktionen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 8

Empirische Ergebnisse zur These von der angebotsinduzierten Nachfrage für den ambulanten Bereich der GKV

Beobachtungseinheiten	Elastizitäten der Ausgaben in bezug auf die Arzt- und Facharztdichte							
	Borchert		Krämer		Adam		Breyer	
	AD[a])	FD[b])	AD	FD	AD	FD	AD	FD
54 Abrechnungsbezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen 1977	0,12	1,24**	–	–	0,17*[c])	0,76*[c])	0,29**	0,13
Kombinationen von Zeitreihen- und Querschnittsdaten aus den 11 Bundesländern 1970–1975	–	–	0,69**	–	–	–	1,07**[c])	0,96**[c])
Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg 1979	–	–	–	–	–	–	0,16	–0,04

[a]) Arztdichte als Anzahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte pro Kopf.

[b]) Facharztdichte als Anteil der Fachärzte an der Summe aus Allgemein- und Fachärzten; bei Borchert als Facharztindex.

[c]) Schätzung jeweils auf der Basis von inflationsbereinigten, d. h. mit dem Preisindex für die Lebenshaltung deflationierten, Ausgaben.

* Signifikant auf dem 90 vH-Niveau.

** Signifikant auf dem 99 vH-Niveau.

Quelle: Zusammengestellt aus: Borchert 1980, S. 79, Krämer 1981, S. 57, Adam 1983, S. 134 und Breyer 1984, S. 63, 91, 101 und 112.

in bezug auf die Ärztedichte von mehr als 0,6 ermittelt. Nach Adams Analyse (1983), die auf den Daten von Borchert aufbaut, hängen die ambulanten Ausgaben ebenfalls stärker von der Facharztdichte als von der Arztdichte ab. Einen anderen Schluß legen in dieser Hinsicht jedoch die Ergebnisse von Breyer (1984) nahe, die für keinen der drei ausgewiesenen Datensätze der Facharztdichte ein relativ größeres Gewicht beimessen. Während der simultane Schätzansatz von Breyer auf der Grundlage desselben empirischen Materials trotz deutlicher Unterschiede in den Elastizitätswerten zu ähnlichen Resultaten wie die Untersuchung von Krämer führt, zeigt seine Analyse mit Hilfe von Daten der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs keinen signifikanten Einfluß der Arzt- oder Facharztdichte auf die ambulanten Ausgaben. Dagegen kommt er im stationären Bereich sowohl bei den Krankenhaustagen mit 0,43 als auch bei der Verweildauer mit 0,22 zu hochsignifikanten Abhängigkeiten von der Bettendichte[23] (S. 77 und S. 79).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Unterschiede, die im Rahmen der ambulanten Behandlung in den empirischen Ergebnissen auftreten, könnten u.a. darauf zurückgehen, daß der Anbietereinfluß nicht linear verläuft, d.h. bei niedriger Arztdichte anders ausfällt als bei hoher. Die Tatsache, daß die Arztdichte bei dem Datensatz aus Baden-Württemberg höher lag als bei den beiden anderen Beobachtungsfeldern, deutet darauf hin, daß der Anbietereinfluß mit zunehmender Arztdichte abnimmt (vgl. Breyer 1984, S. 112f.). Trifft diese Interpretation zu, dann handelt es sich nicht um eine Angebotsinduzierung, denn diese setzt voraus, daß auch bei größerer Arztdichte die ambulanten Ausgaben pro Kopf weiter proportional ansteigen, sondern eher um einen Rationierungseffekt. Dieser besteht darin, daß sich ein gegebener Nachfrageüberhang zunächst mit steigender Arztdichte abbaut und dann entfällt. Vor dem Hintergrund dieser Sichtweise hängen die Ausgabeneffekte einer „Arztschwemme" (Herder-Dorneich 1985, S. 13) nicht unwesentlich davon ab, ob sich die neu hinzukommenden Ärzte in unter- oder überversorgten Gebieten niederlassen. Während sie in unterversorgten Regionen Ausgabensteigerungen verursachen, induzieren sie in ausreichend versorgten Gebieten überwiegend Substitutionsprozesse.

Der *technische Fortschritt* kann im medizinischen Bereich zunächst ein bestimmtes Behandlungsergebnis bei gleichem oder vermindertem Aufwand verbessern oder den Ressourceninput bei gegebenem oder gestiegenem Gesundheitsoutput verringern (siehe ausführlicher u.a. Gäfgen 1984; Münnich 1984 und Ulrich 1988a). Indem er die Kosten senkt und/oder den Nutzen erhöht, steigert er auf diese Weise die Effizienz bzw. Effektivität im Gesundheitswesen. In den letzten Jahrzehnten trugen vor allem Innovationen im pharmazeutischen Bereich und in der Chirurgie zu einer erfolgreichen Bekämpfung zahlreicher Krankheiten und zum Absinken der Sterblichkeitsraten bei (vgl. McKeown 1977, S. 91f. und Schicke 1984, S. 111). In diesem Kontext eröffnet der medizinische Fortschritt aber auch neuartige bzw. erweiterte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die über zunehmende Ausgaben zu einem verbesserten Gesundheitszustand führten. In den diversen Sparten des Gesundheitswesens lassen sich zwar für alle diese Wirkungsformen des medizinischen Fortschritts Beispiele finden, aber per saldo dominierte in den letzten Jahrzehnten — wenn auch im Zusammenspiel mit anderen Faktoren — die ausgabensteigernde Variante (ebenso Weisbrod 1985, S. 32).

Für die Ausgabenintensität, die der technische Fortschritt gerade im medizinischen Bereich mit sich bringt, existieren u.a. folgende Erklärungsansätze (vgl. u.a. Thomas 1977; Rosenthal 1979 und Zweifel 1984):

(1) Im Gesundheitswesen tritt der technische Fortschritt überwiegend in Form von Produktinnovationen auf. Dabei handelt es sich entweder um Güter oder Dienstleistungen mit neuen Eigenschaften oder um Leistungen mit alten

[23] Dabei erscheint das Verhältnis dieser beiden Elastizitäten plausibel, denn die Differenz läßt sich mit dem Einweisungsverhalten der Krankenhausärzte begründen. Ähnlich *Breyer* 1984, S. 78.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Eigenschaften in neuer Kombination. Beide Innovationsformen führen eher zu einer Steigerung des Gesamtaufwandes als Prozeßinnovationen, die darauf abzielen, einen gegebenen Output mit einem verminderten Einsatz von mindestens einem Produktionsfaktor herzustellen.

(2) Mit hohem technischen Aufwand lassen sich heute Krankheiten therapieren, die sich früher einer Behandlung entzogen. Die Medizin erschließt sich vor allem über den kapitalgebundenen technischen Fortschritt permanent neue Aufgabengebiete. Als spektakuläre Beispiele können hier die Computer- und Kernspin-Tomographie, der Nierenlithotripter, die Strahlentherapie, die Fortschritte in der Gefäßchirurgie und die Entwicklung künstlicher Organe dienen.

(3) Das hohe Niveau an Sachleistungen zieht entsprechende Folge- und hier insbesondere Personalausgaben mit sich.

Im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen nimmt die Arbeitsproduktivität schwächer zu als in Wirtschaftssektoren, die eine stärkere Substitution von Arbeit durch Kapital erlauben. Bei im wesentlichen gleicher Lohnentwicklung verändern sich deshalb die relativen Preise tendenziell zuungunsten des Gesundheitswesens, d. h. der Preisindex für Gesundheitsleistungen steigt schneller an als das gesamtwirtschaftliche bzw. allgemeine Preisniveau (siehe ausführlicher unten unter E. I.). Dieser *negative Preisstruktureffekt*[24] zuungunsten des Gesundheitsbereiches impliziert u.a., daß die nominale Gesundheitsquote grundsätzlich über der realen liegt. Dies bedeutet, daß bereits zur Aufrechterhaltung einer gegebenen realen Gesundheitsquote die nominalen Gesundheitsausgaben schneller anwachsen müssen als das nominale Sozialprodukt. Eine über Jahre konstante nominale Gesundheitsquote würde demnach darauf hinauslaufen, daß der reale Anteil der Gesundheitsausgaben ständig absinkt.

III. Nachfrageseitige Determinanten

Bei einer stagnierenden oder gar rückläufigen Geburtenrate und einer steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung verschiebt sich die *Bevölkerungsstruktur* in Richtung eines zunehmenden Anteils älterer Menschen. Während die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung von 1980 bis zum Jahre 2000 deutlich absinken wird, dürfte die Zahl der Menschen über 60 Jahre noch leicht anwachsen[25]. Da ältere Menschen häufiger an relativ ausgabenintensiven chronischen Erkrankungen und an Multimorbidität leiden, führt die sog.

---

[24] Dieser negative Preisstruktureffekt taucht in der Literatur auch unter den Bezeichnungen „Cost-Disease" (*Baumol* und *Oates* 1975, S. 240ff.), „Baumolsche Kostenkrankheit" (*Windisch* 1980) oder „These vom tertiären Kostendruck" (*Gretschmann* 1981, S. 170ff.) auf.

[25] Vgl. *Bundesärztekammer* 1986, S. 32; zu verschiedenen Modellrechnungen siehe ausführlich *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* 1987, S. 28ff. und dort im Anhang, S. 159ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

doppelte Altersdynamik — „immer mehr und immer ältere alte Menschen" — bei schrumpfender Gesamtbevölkerung zu einem steigenden Anteil kranker Personen und verstärkten Arztkontakten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1988, S. 21 ff. und ähnlich 1987, S. 58 ff.). Dieser Effekt wirkte bereits in der Vergangenheit auf die Ausgabenentwicklung der GKV ein, so daß das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1982, S. 146) der demographischen Komponente für den Zeitraum zwischen 1974 und 1978 einen Anteil von 6 vH an den realen Ausgabensteigerungen zurechnete. Modellrechnungen für den Zeitraum von 1984 bis 2000 lassen aufgrund der demographischen Entwicklung, je nach unterstellter künftiger Inanspruchnahme[26], eine Zunahme der GKV-Behandlungsausgaben zwischen 5 vH und 17 vH erwarten (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, S. 61 ff.).

Die demographische Komponente der geschätzten Ausgabenentwicklung wirkt sich, wie Übersicht 9 verdeutlicht, bei den einzelnen Behandlungsarten mit sehr unterschiedlicher Intensität aus (siehe auch unten unter E. II.). Die ausgeprägteste Altersabhängigkeit weisen die Arzneimittelausgaben auf, die selbst bei gegebener Inanspruchnahme bis zum Jahre 2000 demographisch bedingt um fast 10 vH zunehmen. Wie sensibel diese Prognosewerte auf das unterstellte Inanspruchnahmeprofil reagieren, zeigen die Ausgaben für stationäre Behandlung, die aufgrund demographischer Veränderungen um 31 vH statt um 6,9 vH anwachsen, wenn sich der bisherige Trend in der Inanspruchnahme bis zum Jahre 2000 fortsetzt. Ein zunächst wohl unerwartetes Ergebnis liefert ein Blick auf die Ausgabenentwicklung je Mitglied, denn die Aufwendungen für medizinische Behandlung stagnieren hier im Prognosezeitraum. Dieser demographische Effekt geht vornehmlich darauf zurück, daß der Anteil der Mitglieder und Rentner voraussichtlich künftig zu- und jener der mitversicherten Familienangehörigen abnimmt.

Die demographische Entwicklung führte neben anderen Faktoren, wie z. B. dem medizinischen Fortschritt, in den letzten Jahrzehnten auch zu einer Veränderung des *Mortalitäts- und Morbiditätsspektrums*. In diesem Zusammenhang traten chronisch-degenerative Krankheitszustände zunehmend an die Stelle von infektiösen und parasitären Erkrankungen (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 1982, S. 70; Robra, Schwartz und Kramer 1983). Während Infektionserkrankungen entweder in einem relativ kurzen Zeitraum zum Tode führen oder nach ihrer Überwindung kaum noch Folgeausgaben nach sich ziehen, erfordern chronische Erkrankungen teilweise eine jahrzehntelange ärztliche Betreuung und Behandlung (vgl. Beske und Zalewski 1984, S. 29). Zu diesen über die Zeit ausgabenintensiven Morbiditätsarten gehören u. a. Erkran-

[26] Der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1987, S. 62) geht hier einmal von einem gleichbleibenden Inanspruchnahmeprofil aus und berücksichtigt in einer zweiten Variante, daß sich der bisherige Trend in der Inanspruchnahme fortsetzt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

kungen des Kreislaufsystems, der Atmungs- und Verdauungsorgane und Diabetes mellitus. Ob allerdings auch im Untersuchungszeitraum ein grundlegender Wandel im Krankheitsspektrum stattfand und die Ausgabenentwicklung nennenswert beeinflußte, erscheint angesichts der kurzen Spanne zwischen 1970 und 1987 fraglich und auf der Grundlage des verfügbaren Datenmaterials[27] kaum nachweisbar.

Übersicht 9

Die Entwicklung der GKV-Ausgaben von 1984 bis 2000 aufgrund demographischer Effekte

Behandlungsart	Bei gleichbleibender Inanspruchnahme			Fortsetzung des Trends der Inanspruchnahme		Bei gleichbleibender Inanspruchnahme		
	Mrd. DM		Wara[a)]	Mrd. DM	Wara[a)]	je Mitglied DM		Wara[a)]
	1984	2000		2000		1984	2000	
Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte incl. Zahnersatz	32,8	34,2	4,2	38,7	18,0	911	907	–0,5
stationäre Behandlung	33,2	35,5	6,9	43,7	31	922	933	1,2
Arzneimittel	15,5	17,1	9,9	–	–	432	449	4,0
Heil- u. Hilfsmittel	6,1	6,5	7,3	–	–	168	171	1,5
Behandlungsausgaben insgesamt[b)]	103,6	108,8	5,1	121,4	17	2876	2859	–0,6

[a)] Veränderung zwischen 1984 und 2000 in vH.
[b)] Ohne Verwaltungskosten.
Quelle: Zusammengestellt aus Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, Tabellen 17, 18 und 20, S. 62 ff.

Obgleich valide und repräsentative Krankheitskostenstudien noch nicht in hinreichender Anzahl vorliegen, deuten einige Untersuchungen darauf hin, daß jene Krankheiten, die wie Neubildungen und Immunschwäche im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stehen und die meisten Forschungsaufwendungen beanspruchen, nicht die gesamtwirtschaftlich teuersten Krankheiten darstellen (vgl. Henke 1983, S. 53 f.; Henke, Behrens, Arab und Schlierf 1986, S. 274). In diesem Kontext beruhen auch Erwartungen auf Ausgabeneinsparungen, die sich an Heilungserfolge bei diesen Krankheiten knüpfen, zumeist auf einer

[27] Siehe hierzu die Berichterstattung des *Statistischen Bundesamtes* (1977, 1981, 1985 und 1989 b sowie die begleitenden Aufsätze in „Wirtschaft und Statistik") über den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Rahmen des Mikrozensus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

isolierten Betrachtungsweise. Fortschritte in der Krebsbekämpfung versprechen zwar neben einer Steigerung der Lebensqualität eine Erhöhung der Lebenserwartung, verursachen aber per saldo nicht zwangsläufig Ausgabensenkungen. Die Patienten können in den „gewonnenen Lebensjahren" zum einen noch einer intensiven Pflege und Nachbehandlung bedürfen und zum anderen — vor allem als „schlechte Risiken" — neue ausgabenintensive Erkrankungen erleiden. In ähnlicher Weise erscheint a priori offen, ob eine medizinisch erfolgreiche Intensivierung präventiver Maßnahmen später im kurativen Bereich die Ausgaben vermindert oder sich über eine Verlängerung der Lebenszeit primär in einer Outputerhöhung niederschlägt (vgl. Warner 1979 und Seyfarth 1981, S. 216ff.).

Unser kurzer Abriß der internationalen Entwicklung (siehe oben unter B. II.) erläutert bereits die Bedeutung, die dem *Sozialprodukt* für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zukommt. Die nominalen Gesundheitsausgaben stiegen in jedem OECD-Land stärker als das Sozialprodukt, so daß die entsprechenden Gesundheitsquoten zunahmen, und die Gesundheitsausgaben pro Kopf verzeichneten jeweils ein stärkeres Wachstum als das Sozialprodukt pro Kopf. Zudem weisen im internationalen Vergleich jene Länder tendenziell die höchsten Gesundheitsquoten und die meisten Gesundheitsausgaben pro Kopf auf, die auch im Hinblick auf das Niveau ihres Sozialproduktes vorne rangieren. Es könnte insofern naheliegen, die Gesundheitsleistungen als superiore Güter einzustufen, denn bei steigendem Einkommen nehmen die Ausgaben für Gesundheit offensichtlich überproportional zu.

Gleichwohl erfüllt dieses Realphänomen in mehrfacher Hinsicht nicht die Bedingungen des mikroökonomischen Konzepts *superiorer Güter,* welches in komparativ-statischer Betrachtung am privaten Haushalt ansetzt und von konstanten Preisen und gegebenen Präferenzen ausgeht[28]. Abgesehen von Problemen der Aggregation, die hier sehr heterogene Güter und Dienste zusammenfaßt, schließen die nominalen Gesundheitsausgaben auch Preisentwicklungen ein (siehe hierzu unten unter E. I.) und die individuellen Präferenzen können sich im Zeitablauf[29] ändern. Darüber hinaus informiert die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Systemen mit weitgehender Vollversicherung wie der GKV nicht über die individuelle Zahlungsbereitschaft, denn es besteht keine individuelle Äquivalenz[30] zwischen Zahlung und empfangener Leistung (vgl.

---

[28] Siehe hierzu die Kontroverse zwischen *Newhouse* (1977 und 1987) und *Parkin, McGuire* und *Yule* (1987) sowie *Parkin* (1989).

[29] Einige Querschnittsanalysen gelangen zu dem Ergebnis, daß das individuelle Einkommen keinen großen — und auch nicht zwangsläufig einen positiven — Einfluß auf die Nachfrage nach ambulanter und stationärer Behandlung besitzt. Vgl. *Neipp* 1987, S. 44; *Leu* und *Doppmann* 1986, S. 35ff.

[30] Das gilt sowohl beim Sachleistungs- als auch beim Kostenerstattungsprinzip, sofern hier kein Selbstbehalt greift. Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Rahmen von Krankenversicherungssystemen liegt im Prinzip keine individuelle, sondern

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Pfaff 1986, S. 148 und Wille 1986, S. 103). Da die Patienten für die Gesundheitsleistungen kein spezielles Entgelt entrichten, sehen sie sich auch nicht gezwungen, ihre Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Während somit im individuellen Kalkül beim Konsum von Gesundheitsgütern innerhalb vieler Länder Einkommen und Preise als Rationierungsfaktor keine Rolle spielen, setzen die knappen Ressourcen hier auf Makroebene sowohl in intertemporaler Hinsicht als auch zwischen den Ländern schon eher Grenzen (vgl. Virts 1977, S. 31 sowie Newhouse 1977, S. 119f.). Dieser Aspekt mag eine gewisse Rechtfertigung für die entsprechenden internationalen Vergleiche mit hochaggregierten und zudem lückenhaften Daten liefern.

Auch unabhängig vom Wachstum des Sozialproduktes kann sich im Zeitablauf mit zunehmendem Gesundheitsbewußtsein und erweiterten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten die *Anspruchshaltung* gegenüber der Versorgung mit Gesundheitsgütern erhöhen (vgl. Herder-Dorneich 1983, S. 49ff. und Münnich 1986, S. 634f.). In der Wertschätzung globaler Lebens- bzw. Aufgabenbereiche steht das Gesundheitswesen in den einschlägigen Untersuchungen durchgehend mit an vorderster Stelle (vgl. u.a. Glatzer et al. 1985, S. 365 und Mackscheidt 1986, S. 4). Bei allen Vorbehalten gegenüber Präferenzbekundungen, die nicht unmittelbar die individuelle Zahlungsbereitschaft testen, sprechen alle Indizien dafür, daß wohl auch eine funktionsfähige Marktnachfrage zu überproportional steigenden Gesundheitsausgaben führen würde.

IV. Einige Interdependenzen

Jeder der oben aufgelisteten Bestimmungsfaktoren betont einen bestimmten Aspekt, dem für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen eine gewisse Bedeutung zukommt. Zwischen diesen Entwicklungsdeterminanten existieren jedoch, wie bereits mehrfach angedeutet, vielschichtige Interdependenzen, die überwiegend dahin tendieren, den aufgezeigten Trend im Sinne einer „Kumulation der Dynamiken" (Herder-Dorneich 1983, S. 53ff.) noch zu verstärken. Der technische Fortschritt beeinflußt z.B. sowohl unmittelbar das Krankheitsspektrum als auch über eine Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung die demographische Entwicklung, die dann ihrerseits ebenfalls das Krankheitsspek-

---

lediglich eine gruppenmäßige Äquivalenz (bezogen auf den Kreis der jeweils Versicherten) vor.

Gleichwohl stellen die Gesundheitsleistungen im Prinzip keine *öffentlichen Güter* dar, denn es besteht bei ihnen grundsätzlich sowohl Ausschließbarkeit als auch Rivalität. Nur wenige Gesundheitsleistungen, wie z.B. Impfungen gegen ansteckende Krankheiten, weisen zu einem Teil Elemente öffentlicher Güter auf, aber auch hier existiert ein, meist dominanter, Teil mit privatem Gutscharakter. Das Trittbrettfahrerproblem resultiert im Rahmen der GKV nicht aus den Eigenschaften der Gesundheitsgüter, sondern aus den Modalitäten des Versicherungssystems. *Herder-Dorneich* (1986, S. 63f.), der in den „Gesundheitsleistungen in hohem Maße Kollektivgüter" sieht, stellt diesen Sachverhalt in kausaler Hinsicht total auf den Kopf.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

trum verändert. Die Entdeckung neuer Behandlungsmethoden weckt zusätzliche Ansprüche an das Gesundheitswesen, die um so selbstverständlicher nach einer Befriedigung verlangen, je stärker das Sozialprodukt wächst und je weniger die Konsumenten medizinischer Leistungen an den entsprechenden Kosten partizipieren.

Die mangelnde finanzielle Sensibilisierung der Nachfrageseite begünstigt in Verbindung mit den jeweiligen Vergütungssystemen nicht nur die angebotsinduzierte Nachfrage im ambulanten Bereich, sondern schafft darüber hinaus auf breiter Basis günstige Voraussetzungen für die Abnahme bzw. Umsetzung allfälliger Innovationen. Der technische Fortschritt hängt insofern auch vom Anreizsystem ab (ähnlich Weisbrod 1985, S. 31 f.), denn es stimuliert seine Entwicklung, wenn keine wirksame Selektion potentieller Neuerungen nach „Kriterien der Wirtschaftlichkeit" stattfindet (vgl. Münnich 1984, S. 34). Finanzielle Anreize im Sinne gesamtwirtschaftlicher Nutzen und Kosten spielen für die Einführung des technischen Fortschritts eine geringere Rolle als die ökonomischen Interessen des Arztes oder Klinikchefs und deren — medizinisch verständlichem — Streben nach Qualitätsmaximierung. Außerhalb des Anreizsystems können die nationalen Entscheidungseinheiten in international verflochtenen Volkswirtschaften auf das Zusammenspiel zwischen dem technischen Fortschritt und dem medizinischen Anspruchsniveau kaum nennenswert einwirken, denn das Verlangen der Bürger nach neuen Behandlungsmethoden unterscheidet nicht danach, ob diese Innovationen aus dem In- oder Ausland stammen. Sofern ein Land einen freien Warenverkehr zuläßt, bleiben die ausgabensteigernden Effekte des medizinischen Fortschritts tendenziell auch dann noch bestehen, wenn die inländischen Innovationen — aus welchen Gründen auch immer — abnehmen.

Die einzelnen angebots- und nachfrageseitigen Bestimmungsfaktoren leisten schon von ihrer inhaltlichen Reichweite her unterschiedliche Erklärungsbeiträge zur Entwicklung von Umfang und Struktur der Gesundheitsausgaben. Das Wachstum des Sozialproduktes und die gestiegene Anspruchshaltung können als Einflußgrößen zwar veranschaulichen, warum überproportional viele Ressourcen ins Gesundheitswesen fließen, aber keine Begründung für die unterschiedliche Ausgabenentwicklung der verschiedenen Behandlungsarten liefern. Um die Entwicklung der GKV-Ausgabenstruktur zu erklären, bieten sich als Determinanten vornehmlich die demographische Komponente und der medizinische Fortschritt, welche zusammen auch maßgeblich das Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum beeinflussen, sowie der negative Preisstruktureffekt (siehe ausführlicher unten unter E. I.) an. Die zunehmende Behandlungs- und Pflegeintensität aufgrund demographischer Faktoren deutet z. B. auf einen Anstieg jener Behandlungsarten hin, deren Inanspruchnahme eine hohe Altersabhängigkeit aufweist (siehe hierzu unten unter E. II.). Sofern der medizinische Fortschritt überwiegend in seiner kapitalgebundenen Variante auftritt, und diese sich vornehmlich auf den Krankenhaussektor konzentriert, führt er zu einer relativen Ausdehnung der stationären Behandlungsausgaben.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

D. Ein integriertes Strukturmodell der Gesundheitsversorgung

I. Zum Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und -zielen

Die bisher behandelten Ausgabenarten stellen unter dem Aspekt gesundheitlicher Leistungserstellung monetäre Inputs dar, die in die Gesundheitsversorgung fließen. Unbeschadet ihrer Existenzberechtigung läßt die Ausgabenbetrachtung für sich alleine noch keine Schlüsse über die Endprodukte und damit über die gesellschaftlichen Wohlfahrtseffekte der betreffenden Aufwendungen zu. Finanzielle Mittel bilden zwar häufig eine notwendige Voraussetzung für die Aufgabenerfüllung im Gesundheitswesen, aber „there is no one to one relationship between the amount of money spent on social programs and the benefits to society" (Sawhill 1969, S. 478). Ohne Kenntnis konkreter Allokationsziele bleibt, von augenfälliger Verschwendung abgesehen, auch die Frage nach der Effizienz und Effektivität von Gesundheitsausgaben in vielerlei Hinsicht offen. Die ökonomische Wohlfahrtstheorie, die auf der Grundlage gegebener individueller Präferenzen nach Effizienzkriterien bzw. Optimalitätsbedingungen für abstrakte Zielsysteme sucht, vermag hierbei kaum eine Hilfestellung zu leisten. Gleiches gilt für die ambitiöse Definition der Weltgesundheitsorganisation (1946, S. 14), welche Gesundheit zu einem „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" hochstilisiert, und damit lediglich den Terminus Gesundheit durch drei andere unklare Begriffe ersetzt. Überdies nährt ein derart umfassendes Begriffskonzept nahezu unbegrenzte und kaum realisierbare Ansprüche an die Gesundheitsversorgung.

Eine erste Orientierungshilfe für den Zielcharakter von Gesundheitsausgaben leisten die *medizinischen Behandlungsziele,* die vorrangig darauf abstellen, (vgl. Schwartz 1987, S. 19):

— den vermeidbaren Tod zu verhindern bzw. das Leben möglichst zu verlängern,

— Krankheit und mit ihr verbundene Funktionsverluste und Befindungsstörungen zu verhüten, zu heilen und zu lindern, sowie

— die menschliche Würde und Freiheit auch in Krankheit und Tod zu wahren.

Diese Charakterisierung der Zieldimension von Gesundheitsausgaben deutet bereits an, das sich das „Gut Gesundheit" einer direkten Beobachtung und eindimensionalen Messung entzieht und bestenfalls mit Hilfe partieller Indikatoren abbilden bzw. in negativer Hinsicht umschreiben läßt.

Die funktionalen Beziehungen, welche zwischen den Gesundheitsausgaben, den medizinischen Behandlungszielen und der gesellschaftlichen Wohlfahrt existieren, wollen wir im folgenden anhand eines hierarchisch aufgebauten Ziel-Mittel-Schemas[31] etwas eingehender analysieren. Abbildung 1 verbindet zu

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

diesem Zweck stufenweise mehrere In- und Outputebenen und dient in diesem Kontext lediglich dazu, den *Zielcharakter* und die *Operationalität* bzw. Prüfbarkeit der jeweiligen Ebenen zu verdeutlichen. Es handelt sich hier nicht um die vollständige Spezifizierung einer medizinischen Produktionsfunktion, etwa im Sinne einer idealtypischen Programmstruktur, denn die Realisierung von bestimmten Indikatoren einer Ziel-Mittel-Ebene stellt in instrumentaler Hinsicht häufig lediglich eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung dar, um gewisse Werte auf der hierarchisch unmittelbar höher gelagerten zu verwirklichen.

Die Gesundheitsausgaben, die als monetäre Inputs in das Wohlfahrtssystem eingehen, befinden sich offensichtlich auf der untersten Ebene dieser Ziel-Mittel-Hierarchie. Mit den Behandlungsausgaben erwerben die Ausgabenträger, die hier im Auftrage und auf Rechnung der GKV handeln, sachliche und personelle Kapazitäten (z. B. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Röntgengeräte, Ärzte, Krankenschwestern), um mit diesen Produktionsmitteln das medizinische Produkt bzw. Angebot zu erstellen. Das Arzneimittel bildet insofern ebenso wie z. B. die ambulante Behandlung einen Produktionsfaktor, der in Kombination mit anderen Behandlungsarten dazu beiträgt, das „Gesundheitsprodukt" bzw. medizinische Angebot zu erzeugen. Die Ausgabenplafonds selbst beinhalten zunächst noch keine Hinweise darüber, welche physischen Kapazitäten später aus ihnen erwachsen. Selbst einer Klassifikation der Gesundheitsausgaben nach Behandlungsarten läßt sich, ohne Kenntnis der entsprechenden Preisindizes, nicht entnehmen, inwieweit z. B. veranschlagte Mehrausgaben auf der nächsten Stufe zu einer Erhöhung der Produktionsmittel, d. h. der Menge, führen, oder durch steigende Preise absorbiert werden.

Obgleich die sachlichen und personellen Kapazitäten im Vergleich zu den Ausgaben schon auf einer höheren Ebene rangieren[32] gehören sie insgesamt gesehen noch voll zum Inputbereich. Sie verkörpern noch nicht das eigentliche Produkt, d. h. das konsumierbare Angebot, sondern sollen dieses als *physische Inputs* erst erzeugen. Auch im Hinblick auf die medizinischen Behandlungsziele bildet das fertiggestellte Produkt (z. B. das Angebot an diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen) in unserer Ziel-Mittel-Hierarchie die unterste Ebene, der unter Angebotsaspekten ein gewisser Outputcharakter zukommt. Die Existenz dieses Angebots garantiert aber noch nicht seine Nutzung oder gar positive Effekte auf die Behandlungsziele. Insofern klafft zwischen dieser untersten Outputebene und den wohlfahrtsrelevanten Zielen noch eine beträchtliche Lücke.

---

[31] Zu ähnlichen Ziel-Mittel-Klassifikationen siehe u. a. *Leipert* 1978, S. 102ff., *Wille* 1980, S. 138ff. und 1986, S. 100ff., *Gantner* 1984, S. 269ff., *Reding* 1985, S. 126ff. sowie *Ulrich* 1988b, S. 10ff.

[32] Da hier Zielaspekte im Vordergrund des Interesses stehen, klammern wir die betriebsinternen Produktionsprozesse aus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

		Ziel-Mittelverhältnis	programmatische Position im Wohlfahrtssystem	Indikatorentyp	Selektionskriterien und Kriterien ökonomischer Kontrolle
Mittelebene ↓	Outputebenen	Goals →	allgemeine Ziele bzw. wohlfahrtsrelevante Lebensbereiche	nicht zu konkretisieren	allgemeine Wohlfahrtsrelevanz: Goals / Objectives (nicht zu konkretisieren)
		gesellschaftliche Leitbilder →	allgemeine Charakterisierung der Ziele innerhalb der Lebensbereiche		
		Impact Objectives →	konkretisierte, operationale Wirkungsziele	Resultatindikatoren auf individueller Ebene	Effektivität (Wirksamkeit): Impact Objectives / Input bzw. Output Objectives / Input
	intermediäre Outputebenen	Output Objectives →	konkretisierte, operationale Ausbringungsziele	Nutzungsindikatoren	
		quasi-Objectives →	konkretisierbare Leistungen mit wechselndem Ziel-/Mittelcharakter	Erreichbarkeitsindikatoren	Effektivität (Wirksamkeit) Objectives / Input
		fertiggestellte Produkte →	(noch) nicht konsumiertes Angebot	Angebots- bzw. Leistungsindikatoren	finanzielle Effizienz physischer Output / monetärer Input (Ausgaben)
	Inputebenen	Produktionsmittel → betriebsinterne Produktion →	betriebsinterne Outputs als Produktionsmittel	physische Inputindikatoren (betriebsinterne Outputindikatoren)	"betriebsinterne Produktionseffizienz": betriebsinterner Output / Input
		Produktionsmittel → Käufe am Faktormarkt →	sachliche und personelle Kapazitäten bzw. Inputs	physische Input- oder Ausstattungsindikatoren	finanzielle Input-Effizienz: Produktionsmittel / Ausgaben
Zielebene ↑		Ausgaben →	monetäre Inputs	monetäre Inputindikatoren	juristische Ordnungsmäßigkeit

Abbildung 1: Zum Zielcharakter von In- und Outputs im Gesundheitswesen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Störgrößen	Beispiele		Budgetkonzepte und Planungsinstrumente
	Gesundheitswesen	Verkehrswesen	
Fehleinschätzung der Präferenzen der Konsumenten (nicht prüfbar zu formulieren)	Steigerung des Gesundheitszustandes	Sicherheit im Verkehr, Reduzierung negativer Verkehrsfolgen	National Goals Analysis, heuristische Problemlösungsmethoden
	moderne Gesundheitsvorsorge,. gezielte Rehabilitation, bedarfsgerechtes Angebot an stationären Leistungen	sichere Verkehrswege, zumutbarer Zugang zum Verkehr, umweltfreundlicher Verkehr	
fehlender Zielbezug der Maßnahmen, mangelnder Zielerreichungsgrad derselben, u.a. auch infolge unzureichender Qualität der Güter und Dienstleistungen	erhöhte Früherkennung bei therapierbaren Krankheiten, niedrigere Sterberaten, schnellere Rekonvaleszenzen; alle in absoluten Zahlen oder in Prozent	verkürzte Pendelzeiten, verringerte Unfallhäufigkeiten, Reduktion von Verkehrstoten u. -verletzten; jeweils in absoluten Einheiten oder in Prozent	Programmbudget, Programmstrukturen, soziale Indikatoren als Ansatzpunkte einer Programmplanung
	Anzahl der Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Anzahl der Benutzer öffentlicher Verkehrsmittel, Nutzungshäufigkeit der Straßen	
fehlender Zielbezug, mangelnde Nachfrage	Entfernung bis zum nächsten Arzt, Differenz zwischen Eintritt eines Notfalles u. möglicher Behandlung; jeweils in Zeiteinheiten	Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln, Erreichbarkeit zentraler Einrichtungen; jeweils in Zeiteinheiten	
ineffiziente Produktion: technisch bedingt, fehlende Motivation	Angebot an Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Angebot an (benutzbaren) neuen und ausgebesserten Straßen	Performance Budget, Kosten- bzw. Ausgaben-stellenrechnung
	selbsterstellte Anlagen, Krankenhausaufnahme, allgemeine Verwaltungstätigkeit	selbsterstellte Anlagen, Ausstellen von Dienstanweisungen, Anfertigung von Leistungsverzeichnissen	
unwirtschaftlicher Einsatz der monetären Mittel, Inflation, Preisstruktureffekt	Arzneimittel, Verbandstoffe, Röntgengeräte, Ärzte, Krankenschwestern	neue Straßenkilometer, Verkehrsampeln, Polizisten	
Zuwiderhandlungen beim Vollzug, strafbare Verfehlungen	Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Leistungsarten	Ausgaben für Verkehrswesen im Sinne des Funktionalbudgets	Einjahres- u.Zweijahresbudget, Nationalbudget, mehrjähriger(ausgabenorientierter)Finanzplan

(noch Abb. 1)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Der Outputcharakter nimmt zu, wenn die Wirtschaftssubjekte das medizinische Angebot nutzen und damit die Ebene der *Ausbringungsziele* („output objectives") erreicht wird. Das Angebot trifft hier auf die Nachfrage bzw. die Bedürfnisse der Patienten und die Wohlfahrtsanalyse kann sich bei den meisten Gütern, die der Markt- und Preismechanismus koordiniert, mit dieser Stufe begnügen, denn die Konsumenten äußern mit ihrer Nachfrage ihre Präferenzen bzw. ihre Zahlungsbereitschaft. Ein Konzept, welches allein auf die Nutzung abstellt und die Wirkung der betreffenden Outputs ausklammert, reicht aber bei den meisten Gesundheitsleistungen nicht aus, denn die Konsumenten entrichten hierfür kein spezielles Entgelt und geben insofern mit ihrem Erwerb des Gutes keine Auskunft über ihre Zahlungsbereitschaft. Unabhängig von der individuellen Zahlungsbereitschaft vermögen Ausbringungs- bzw. Nutzungsindikatoren aber nicht verläßlich über die Wohlfahrtseffekte zu informieren, die mit der Inanspruchnahme dieser Leistungen einhergehen. Eine gestiegene Nutzung von Gesundheitsleistungen sichert noch nicht für sich alleine eine Realisierung der angestrebten medizinischen Behandlungsziele, denn die betreffenden Maßnahmen können auch weitgehend wirkungslos bleiben und im Extremfall den Gesundheitsstatus der Patienten sogar noch verschlechtern.

Angesichts der begrenzten Aussagefähigkeit von Ausbringungsindikatoren besteht im Sinne einer zielorientierten Analyse noch die Möglichkeit, die Wohlfahrtseffekte von Gesundheitsausgaben auf der Wirkungsebene zu bestimmen. Den *Wirkungszielen* („impact objectives", „target variables", „final outputs") fällt dabei die Aufgabe zu, die medizinischen Behandlungsziele in operationaler und prüfbarer Form widerzuspiegeln und z. B. als Mütter- und Säuglingssterblichkeiten bei der Geburt, Dauer von Rekonvaleszenzen sowie Früherkennungen von Krankheiten abzubilden. Über den Endproduktcharakter und die Wohlfahrtsrelevanz dieser „Resultatindikatoren auf individueller Ebene" (Leipert, 1978, S. 104) sollte allerdings allgemeiner Konsens herrschen. Die Wirkungsziele rangieren in unserer Ziel-Mittel-Hierarchie zwischen den „intermediären Outputebenen", gegenüber denen sie Zielcharakter besitzen, und den über ihnen postierten Ebenen der *gesellschaftlichen Leitbilder* und *wohlfahrtsrelevanten Lebensbereiche* („goals", „general values"). Im Vergleich zu diesen beiden Outputebenen kommt den Wirkungszielen zwar nur Mittelcharakter zu, aber andererseits entziehen sich sowohl die „wohlfahrtsrelevanten Lebensbereiche" als auch die sog. Leitbilder einer Operationalisierung und Prüfbarkeit.

In unserer Ziel-Mittel-Hierarchie rangiert zwischen den Wirkungszielen und den fertiggestellten Produkten mit den *Erreichbarkeitsindikatoren* noch eine Outputkategorie, die sich per se, d. h. ohne Würdigung des jeweiligen Falles, nicht eindeutig einer bestimmten Ebene zuordnen läßt. Bei den fertiggestellten Produkten handelt es sich zunächst um nicht konsumiertes bzw. nicht genutztes Angebot, das in der Regel noch nicht wohlfahrtssteigernd wirkt. Andererseits können die Wirtschaftssubjekte als potentielle Nachfrager bereits in den verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten Gesundheitsleistungen eine

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Erhöhung ihrer Lebensqualität empfinden. Sie konsumieren dann „das Wissen um die jederzeitige Nutzungsmöglichkeit" (Leipert 1978, S. 103) wie ein Endprodukt, so daß die Option einer Nutzung hier den Rang eines Wirkungszieles erreicht. Die OECD sieht entsprechend in der Nutzungsmöglichkeit, die das konsumierbare Angebot eröffnet, „an element of well-being in itself" und hält die „accessibility to various services" sogar für „as important as actual use" (OECD 1976, S. 19).

Die Erreichbarkeitsindikatoren bergen zwar bei extensiver Interpretation die Gefahr in sich, als Alibi für fehlgeplantes Angebot und damit verbundener Ineffektivität zu dienen, besitzen aber gerade im Gesundheitswesen in vielen Fällen ihre prinzipielle Berechtigung. So stellen die ständige Verfügbarkeit von Krankenbetten auf Intensivstationen, die Entfernung bis zum nächsten Arzt bzw. Krankenhaus sowie die Schnelligkeit eines möglichen Eingreifens von Unfall- und Rettungsdiensten fast klassische Erreichbarkeitsindikatoren dar. Daneben kann bereits das Wissen um die Existenz eines wirksamen Heilmittels die Angst vor der entsprechenden Krankheit mindern und damit die Wohlfahrt nicht nur von erkrankten, sondern auch von gesunden Menschen erhöhen. Ob und inwieweit die Verbesserung der Erreichbarkeit den Outputcharakter von Wirkungszielen annimmt oder lediglich auf der Ebene des konsumierbaren Angebots verbleibt, hängt in praxi von der subjektiven Wahrnehmung dieser Outputs und den jeweiligen Präferenzen ab. Die Erreichbarkeitsindikatoren erhalten ihre wohlfahrtstheoretische Fundierung als Wirkungsziele somit durch individuelle Präferenzen in Form eines Sicherheitsbedürfnisses potentieller Patienten.

Die Wirkungsziele bilden in deduktiver Hinsicht die erste bzw. höchste Ebene der Zielhierarchie, die grundsätzlich operationale Outputindikatoren aufweist und insofern auch eine Prüfbarkeit erlaubt, und repräsentieren gleichzeitig, d. h. induktiv betrachtet, jene konkretisierten Outputs, welche den ausgeprägtesten Zielcharakter besitzen. Diese Ebene steht deshalb berechtigterweise im Mittelpunkt der empirisch orientierten Wohlfahrtsanalyse. Die verschiedenen Ebenen dieses Ziel-Mittel-Schemas bieten auch für Effizienzkonzepte, die eine empirische Ausgestaltung anstreben, geeignete Ansatzpunkte, um Effizienz- und Effektivitätskennziffern abzuleiten (vgl. Wille 1986). Die *Effizienz* mißt dabei das Verhältnis zwischen dem fertiggestellten Produkt bzw. konsumierbaren Angebot und den zu seiner Erstellung eingesetzten Mitteln bzw. Ausgaben, während die *Effektivität* auf einer höheren Ebene idealiter die Wirkungsziele mit diesem Angebot (oder den monetären Inputs) in Beziehung setzt.

Für das Gesundheitswesen entwickelte Wirkungsziele können schließlich auch die Funktion medizinischer Orientierungsdaten übernehmen und auf diese Weise die eingangs erwähnten, allgemeinen Behandlungsziele konkretisieren. Sie dienen dann dazu, „die Gesundheit der Bevölkerung und einzelner Teilgruppen oder Regionen nach vergleichbaren Kriterien zu beschreiben, aufgrund zeitlicher Entwicklung, regionaler Unterschiede oder internationaler

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vergleiche zu bewerten und zur Bestätigung oder zur Veränderung damit verbundener präventiver und therapeutischer Ziele zu gelangen" (Schwartz 1987, S. 30).

II. Gesundheit als latente Variable in einem mikroökonomischen Ansatz

1. Ein MIMIC-Modell der Gesundheitszustandsmessung bei partieller Information

Die oben unter C aufgelisteten Einflußgrößen betonen jeweils einen bestimmten Aspekt des relativen Wachstums der GKV-Gesundheitsausgaben, vernachlässigen dabei aber die Interdependenzen, die zwischen den einzelnen Bestimmungsfaktoren existieren. Im Unterschied zu partiellen Analysen von Ausgabendeterminanten dient das folgende Strukturmodell der Schätzung der Zusammenhänge zwischen der latenten Variable Gesundheit, den Indikatoren der Gesundheit, der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und relevanten Gruppen von prädisponierenden und Zugangsvariablen. Dieses MIMIC-Modell („multiple-indicators-multiple-causes") geht von der Annahme aus, daß sich die Gesundheit bzw. die Beeinträchtigung des Gesundheitszustands nicht direkt beobachten bzw. messen, aber näherungsweise anhand von Ursachen und Indikatoren umschreiben läßt (vgl. z. B. Robinson und Ferrara 1977; Zweifel 1981; Wolfe und van der Gaag 1981 sowie Leu 1984).

Formal besteht das MIMIC-Modell aus dem folgenden simultanen Gleichungssystem, das eine Gesundheitsproduktionsfunktion, drei Gleichungen der Gesundheitsnachfrage und ein Drei-Gleichungs-Meßmodell der Dimensionen des Gesundheitsstatus umfaßt:

(1) $GN_i = \lambda_{1i} G^* + \gamma'_{1i} X_1 + \gamma'_{2i} X_2 + \varepsilon_{1i}$ $\quad i = 1, 2, 3$

(2) $GI_j = \lambda_{2j} G^* + \alpha'_{2j} X_2 + \varepsilon_{2j}$ $\quad j = 1, 2, 3$

(3) $G^* = \beta'_2 X_2 + \beta'_3 X_3 + \varepsilon_3,$

wobei

GN_i	Nachfrage nach der medizinischen Leistung i
GI_j	Gesundheitsindikator j
G^*	latente Variable Gesundheit
X_1	Vektor von Zugangsvariablen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen
X_2, X_3	Vektoren von prädisponierenden Variablen

und

λ_{1i}, λ_{2j}, γ_{1i}, γ_{2i}, α_{2j}, β_2 und β_3 Vektoren (z. T. eindimensionale: λ_{1i}, λ_{2j}) von unbekannten, zu schätzenden Parametern und ε_1, ε_2 und ε_3 Vektoren von unbekannten Störtermen (ε_3 ebenfalls eindimensional) darstellen (vgl. auch die schematische Darstellung in Abbildung 2).

GN und *GI*, als Indikatoren der latenten Variable Gesundheit G^*, beinhalten Variablen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arzt- und Facharzt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

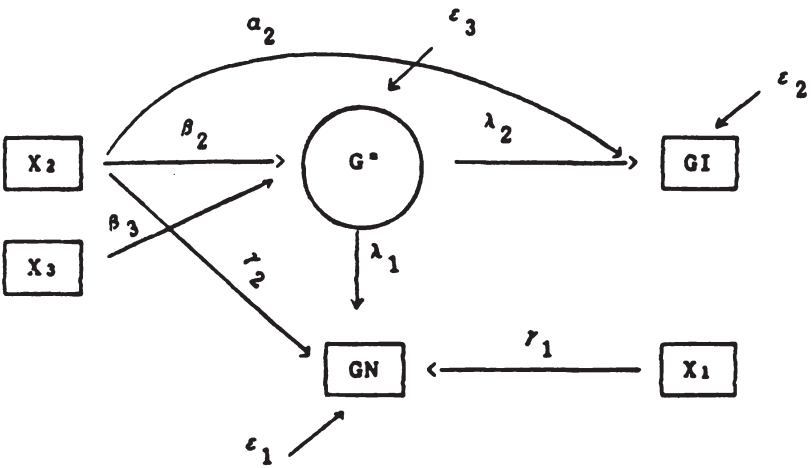


Abbildung 2: Ein MIMIC-Modell der Gesundheitszustandsmessung

besuche, Krankenhaustage) sowie die individuell beobachtbaren Dimensionen des Gesundheitszustands (Gesundheitsstatus, Gesundheitszufriedenheit, Dauer der Arbeitsunfähigkeit). Der Unterschied zwischen den exogenen Variablen X_1, X_2 und X_3 ergibt sich aus der Modellstruktur. X_1 enthält solche Variablen, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflussen, nicht aber die latente Variable Gesundheit. In diese Kategorie fallen etwa monetäre und nichtmonetäre Preise der Inanspruchnahme, die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen oder der Umfang und die Struktur des Versicherungsschutzes. Von den Variablen, die der Vektor X_2 einschließt (bspw. Alter, Schuljahre, Einkommen), gehen neben den direkten Effekten auf die Gesundheitsindikatoren *GN* und *GI* sowie auf G^* zusätzlich indirekte Effekte aus, die über die latente Variable Gesundheit auf die Gesundheitsindikatoren erfolgen. Im Unterschied dazu kommt der Gruppe von X_3-Variablen lediglich ein direkter Effekt auf G^* zu, während sie *GN* und *GI* nur indirekt beeinflußt. Zu dieser Gruppe zählen etwa Lebensstil-Variablen, die Wohnungsbedingungen oder die Umweltqualität (vgl. zu diesen Klassifikationen Leu 1984, S. 100).

Der Vorteil dieser Modellspezifikation gegenüber den üblicherweise verwendeten simultanen Gleichungssystemen läßt sich mit Hilfe der Gleichungen für die Nachfrage nach medizinischen Leistungen verdeutlichen. Im MIMIC-Modell üben die X_1- und X_2-Variablen einen direkten Effekt (γ_1, γ_2) auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus, die X_2-Variablen zusätzlich und die X_3-Variablen dagegen ausschließlich einen indirekten Effekt ($\beta_2\lambda_1$, $\beta_3\lambda_1$). Das Vorzeichen des direkten und indirekten Effekts kann dabei durchaus verschieden sein. Van de Ven und van der Gaag (1982, S. 172) ermittelten einen positiven direkten Effekt ($\gamma_2 > 0$) und einen negativen indirekten Effekt ($\beta_2\lambda_1 < 0$) der X_2-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Variable Einkommen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ein höheres Einkommen ermöglicht demnach eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (direkter Effekt), auf der anderen Seite geht damit aber auch ein verbesserter Gesundheitszustand einher, der die Nachfrage reduziert (indirekter Effekt). Die klassischen simultanen Gleichungssysteme tragen einer solchen Differenzierung nach direkten und indirekten Effekten zwischen den Determinanten der Gesundheit, der Gesundheit selbst und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nur unzureichend Rechnung, so daß hier die Gefahr besteht, daß ein negativer Nettoeffekt des Einkommens auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ökonomisch nicht plausibel zu interpretieren ist[33].

Unser Vorgehen gemäß den Gleichungen (1) bis (3) korrespondiert mit dem Bestandsgrößenmodell zur Erklärung der Nachfrage nach Gesundheit von Grossman (1972) und der darauf aufbauenden Literatur, insbesondere der Verallgemeinerung von Muurinen (1982). Diese Modelle ermöglichen die Ableitung der Vorzeichen der meisten relevanten Variablen, worüber Übersicht 10 informiert (vgl. hierzu auch Wagstaff 1986).

Im Unterschied zur sonstigen Längsschnittanalyse für den Zeitraum von 1970 bis 1987 basiert dieses MIMIC-Modell auf einem Querschnitt des Jahres 1984 und erlaubt insofern keine Aussagen über die Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der Zeit. Gleichwohl gewährt eine solche Zeitpunktbetrachtung einen Einblick in die Struktur des betreffenden Jahres und ergänzt insofern die Längsschnittanalyse[34]. Zunächst verknüpft das MIMIC-Modell sowohl in theoretischer als auch in empirischer Hinsicht In- und Outputströme im Gesundheitswesen, während die reine Ausgabenbetrachtung auf der Ebene der monetären Inputs verharrt, und noch keine Aussagen über die individuelle Wohlfahrt gestattet. Ob und in welchem Umfang die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen den Gesundheitsstatus und damit die individuelle Wohlfahrtsposition beeinflußt, bildet primär eine Fragestellung für einen mikroökonomischen Ansatz, wie ihn z. B. das MIMIC-Modell darstellt.

Im Hinblick auf den zugrunde liegenden Personenkreis weicht diese Querschnittsanalyse vom Versichertenkreis der GKV ab, was sich aber wiederum dadurch relativiert, daß ca. 90 vH der Bevölkerung der GKV angehören. Die zur Schätzung des Modells verwendete Datenbasis entstammt der zweiten Welle des Sozio-ökonomischen Panels für die Bundesrepublik Deutschland (vgl. hierzu Hanefeld 1987; Krupp und Schupp 1988). Neben den in jeder Welle wiederkehrenden Standardfragen enthält die zweite Welle zusätzliche, gesundheitsrelevante Variablen über die Qualität des individuellen Arbeitsplatzes. Da diese

---

[33] Zu einer formalen Darstellung des Unterschieds zwischen MIMIC-Modell und klassischem simultanen Gleichungssystem vgl. *Leu* et al. 1986, S. 167f.

[34] Eine Verknüpfung von Quer- und Längsschnittsdaten leistet die sogenannte Pooling-Analyse, in der wir einen Ansatzpunkt für zukünftige Arbeiten sehen. Vgl. *Kmenta* 1986, S. 616ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 10

Erwartete Vorzeichen aus den theoretischen Modellen

abh. Variable / erkl. Variable	Gesundheit	Inanspruchnahme
Gesundheit		–
Erwerbseinkommen	+	+/–
Vermögenseinkommen	+/O	+/O
Alter	–	+
Ausbildung	+	–
Familiengröße	+	–
Geschlecht	[a])	[a])
Zeitpreis		–
Geldpreis		–
Versicherung		+
Ärztedichte		+
Bettendichte		+
ungesunde Lebensweise	–	+
Umweltbelastungen	–	+
persönliche Belastungen	–	+

[a]) Keine Hypothese

Quelle: Leu und Doppmann 1986, S. 28.

Variablen nur für Arbeitsplatzbesitzer vorliegen, wurde die Stichprobe auf die abhängig Erwerbstätigen beschränkt. Weiterhin gingen nur männliche Erwerbstätige in die Stichprobe ein, um das Problem der Modellierung eines endogenen Arbeitsangebots und Einkommens zu vermeiden. Dies erschwert im Hinblick auf die Gesundheitszustandsmessung eine uneingeschränkte Übertragung der Ergebnisse auf den Versichertenkreis der GKV.

Die spezielle Formulierung des Modells besitzt den Vorzug, den Gesundheitszustand auch bei partieller Information, d. h. bei unterschiedlicher Kenntnis bzw. Datenqualität der einzelnen Variablenkategorien, messen zu können. So enthalten die meisten Datensätze recht verläßliche Informationen über die X_2-Variablen Alter, Geschlecht, Familienstand oder Einkommen auf individueller Basis, wohingegen die Einflußfaktoren der Inanspruchnahme X_1 (Arzt- und Bettendichte, Verfügbarkeit) schon schwieriger zu messen sind und Angaben über die X_3-Variablen (Arbeitsplatz- und Umweltqualität, Lebensstil-Variablen, Wohnungssituation) häufig fehlen. In diesem Kontext interessiert die

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Frage, wie wir G^* messen können, wenn nur partielle Informationen vorliegen, und wie gut diese Messung im Vergleich zum vollständigen Modell gelingt (vgl. van Vliet und van Praag 1987, S. 32ff.).

Der Ansatz basiert auf der Konstruktion von Proxy-Variablen als Schätzfunktionen für die latente Variable G^*[35]. Die Proxy-Variablen werden als Funktion eines Gesundheitsindikators bzw. mehrerer Indikatorvariablen GI_j und GN_i gebildet, korrigiert um die direkten Einflüsse der X_1- und X_2-Variablen. Verwendet man einen gewichteten Durchschnitt $\hat{G}^*$ dieser Proxy-Variablen, so ergeben sich die optimalen Gewichte aus der Minimierung der Varianz der Differenz zwischen Durchschnitt und latenter Variable ($\hat{G}^* - G^*$). Dabei weisen jene Proxy-Variablen ein großes Gewicht auf, deren Varianz vergleichsweise niedrig und deren Koeffizient, der die Stärke des Zusammenhangs mit der latenten Variable Gesundheit mißt, relativ groß ist. Zieht man nur eine Proxy-Variable zur Schätzung der latenten Variable Gesundheit heran, erhält diese ein Gewicht von Eins. In der folgenden empirischen Analyse stehen uns insgesamt sechs Indikatorvariablen GI_j und GN_i zur Verfügung (siehe unten unter D.II.2.). Bei zwei Proxies sind dann 15 Kombinationsmöglichkeiten zur Ermittlung der optimalen Gewichte zu überprüfen, d. h. um jenes Paar von Indikatorvariablen zu bestimmen, dem in Hinblick auf die latente Variable Gesundheit der größte Varianzerklärungsanteil zukommt. Bei insgesamt sechs Indikatorvariablen fallen 63 Kombinationen zur Überprüfung an, um die optimalen Gewichte bei einer variierenden Anzahl von Proxy-Variablen — die von nur einem Proxy bis zu insgesamt sechs Proxies reicht — zu berechnen.

Mit Hilfe dieses Ansatzes läßt sich nicht nur ermitteln, wie gut sich die Proxy-Variablen einzeln bzw. kombiniert zur Messung der latenten Variable eignen, sondern auch, ob das hier vorgestellte MIMIC-Modell der Gleichungen (1) bis (3) wesentlich mehr Informationen beinhaltet als die Beschränkung auf die Messung von G^* anhand von wenigen Proxy-Variablen.

2. Schätzergebnisse

In die Schätzung gingen insgesamt 3 190 Beobachtungen ein. Das Sozioökonomische Panel enthält allerdings weder Informationen über Angebotsvariablen des Gesundheitswesens noch Angaben über das individuelle, die Gesundheit beeinflussende Konsumverhalten. Aus diesem Grund wurden mit Hilfe der Daten über den individuellen Wohnsitz nach Bundesland die drei Variablen Bettendichte, Arztdichte und Tabakwarenkonsum auf der Ebene der Bundesländer aus der amtlichen Statistik zugespielt (vgl. Statistisches Bundesamt 1986a und b, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1985). Da die meisten Variablen nicht-negativ und schiefverteilt sind, unterzogen wir sie einer log-Transformation, wobei Variablen, bei denen ein Wert von Null

[35] Zur Konstruktion siehe ausführlicher im Anhang zum MIMIC-Modell.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zulässig war, zuvor um den Wert Eins erhöht wurden. Übersicht 11 informiert über einige deskriptive Statistiken der in die Analyse eingehenden Variablen.

Übersicht 11

Deskriptive Statistiken der Variablen (N = 3190)[a)]

Variable	Bezeichnung	Mittelwert	Standard-abweichung
G*	latente Variable Gesundheit		
Gesundheits-zustands-indikatoren (GI)			
BP 69	Gesundheitszustand 1–3	0,223	0,427
BP 101	Gesundheitszufriedenheit 1–11	2,060	2,093
BP 7302	Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen	1,202	1,888
Nachfrage nach Gesundheits-leistungen (GN)			
BP 7102	# prakt. Arztbesuche 1984	0,473	0,839
FABES	# Facharztbesuche 1984	0,320	0,722
BP 7203	Krankenhaustage 1984	0,219	0,812
X 1-Variablen			
BETTEN	Bettendichte (Betten je 10 000 Einwohner)	4,711	4,712
AZD	Arztdichte (Berufstätige Ärzte je 10 000 Einwohner)	3,241	3,244
BGGK	Gemeindegrößenklasse 1–7	1,379	1,464
X 2-Variablen			
ALT	Alter in Jahren	3,667	3,678
SCHOOL	Schuljahre	0,742	1,103
BH 39	Haushalts-Nettoeinkommen monatlich	8,019	8,030
X 3-Variablen			
TABAKHR	heutige Raucher in %	3,699	3,701
BP 3902	körperlich schwerer Job 1–3	0,713	0,829
BP 3913	Stress 1–3	0,597	0,722

[a)] Nur erwerbstätige Männer; 2. Welle des Sozio-ökonomischen Panels, ergänzt anhand von Zuspielungen auf Länderebene aus der amtlichen Statistik (BETTEN, AZD, TABAKHR); log-Transformation; die Variablenbezeichnungen BP 69, BP 101, BP 7302, BP 7102, BP 7203, BGGK, BH 39, BP 3902 und BP 3913 entsprechen den Originalbezeichnungen aus dem Benutzerhandbuch des Sozio-ökonomischen Panels, aus dem auch die exakte Fragestellung bezüglich dieser Variablen entnommen werden kann (vgl. Sonderforschungsbereich 3 und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 1989).

Das durch die Gleichungen (1) — (3) vorgegebene System wurde mit dem Maximum-Likelihood-Verfahren geschätzt. Bezüglich der Fehlerterme gilt die Annahme, daß sie aus unabhängigen Normalverteilungen mit Erwartungswert

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Null stammen. Die Schätzungen erfolgten mit Hilfe des GAUSS-Moduls LINCS (Linear Covariance Structures; vgl. Schoenberg und Arminger 1989). Die Dimension von G^* wurde festgelegt, indem alle Variablen zentriert eingingen und der Parameter $\lambda_{22}=1$ gesetzt wurde. Dies impliziert, daß eine 10%-ige Verbesserung des Gesundheitszustandes zu einer 10%-igen Zunahme der geäußerten subjektiven Gesundheitszufriedenheit führt. Um das Modell zu identifizieren, erhielten zusätzlich einige Parameter Null-Restriktionen[36].

Übersicht 12 gibt einen Überblick über die Schätzergebnisse, wobei die standardisierte Lösung zugrunde liegt[37]. Im Vergleich zu den aus den theoretischen Modellen abgeleiteten Resultaten besitzen die meisten Parameter das erwartete Vorzeichen. So weist die latente Variable Gesundheit G^* eine negative Korrelation mit den Inanspruchnahmevariablen Arztbesuche (BP7102), Facharztbesuche (FABES) und Krankenhaustage (BP7203) sowie dem Gesundheitszustand (BP69) und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (BP7302) auf. Ein positiver Zusammenhang ergibt sich zu der subjektiven Gesundheitszufriedenheit (BP7101), die als Referenzindikator einging.

Das negative Vorzeichen beim Gesundheitszustand resultiert aus der Definition dieser Variablen. Ein Wert von Eins impliziert, daß sich die befragte Person bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben nicht behindert fühlt, wogegen der Wert Drei eine erhebliche Behinderung signalisiert. Bei den Verfügbarkeitsvariablen Arztdichte (AZD), Bettendichte (BETTEN) und Gemeindegrößenklasse (BGGK) besitzt die Arztdichte ein negatives Vorzeichen bei der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, was im Gegensatz zur These der angebotsinduzierten Nachfrage steht; dieser Koeffizient besitzt hier allerdings keine Signifikanz. Der positive und signifikante Zusammenhang zwischen den Krankenhaustagen (BP7203) und der Bettendichte (BETTEN) stützt die These der angebotsinduzierten Nachfrage zumindest für den Bereich der stationären Behandlungen. Weiterhin besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Arztdichte (AZD) und den Krankenhaustagen, d.h. die Zahl der Krankenhaustage sinkt mit steigender Ärztezahl. Zwischen der Gemeindegrößenklasse (BGGK) und den Facharztbesuchen (FABES) findet sich ein positiver direkter Effekt, der das überproportionale Angebot an Fachärzten in größeren Gemeinden bzw.

---

[36] Um welche Parameter es sich dabei handelt, zeigt Übersicht 12.

[37] Zur Berechnung der t-Werte in Übersicht 12 verwendeten wir robuste Standardfehler. Im Falle einer Fehlspezifikation sind im allgemeinen die Schätzungen der Kovarianzmatrix der Parameter und die daraus resultierenden statistischen Prüfgrößen nicht mehr interpretationsfähig. Ein Modell kann daher ausreichend spezifiziert sein, um konsistente Parameterschätzungen zu erhalten, während es andererseits nicht gut genug spezifiziert ist, um einen Test über die Güte der Anpassung zu gestatten. Um robuste Schätzungen der Standardfehler zu erhalten, gehen wir deshalb von der „heteroskedastie-konsistenten"-Kovarianzmatrix der Parameter (vgl. *Schoenberg* und *Arminger* 1989, S. 16) aus. Sie liefert robuste Standardfehler unter der Voraussetzung, daß die Parameterschätzungen konsistent sind. Der Hausman-Test bezüglich der strukturellen Parameter lieferte keinen Hinweis auf Fehlspezifikation.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 12: **Schätzergebnisse des MIMIC-Modells**

abh. Var. / erkl. Var.	G*	Arzt-besuche BP 7102	Facharzt-besuche FABES	Kranken-haustage BP 7203	Gesundheits-zustand BP 69	Gesundheits-zufriedenheit BP 7101	Dauer Arbeits-unfähigkeit BP 7302
G*		–0,446 (3,5)	–0,163 (2,8)	–0,372 (2,8)	–0,7 (5,1)	0,611	–0,5 (2,9)
BETTEN			0,004 (0,3)	0,028 (2,4)			
AZD		–0,022 (1,0)		–0,045 (7,8)			
BGGK			0,083 (4,8)	0,013 (1,0)			
ALT	–0,238 (10,8)	0,018 (7,2)			0,057 (1,7)	–0,044 (0,9)	–0,123 (15,1)
SCHOOL	0,053 (1,03)	–0,06 (10,7)			–0,035 (1,2)	0,042 (0,5)	–0,057 (10,9)
EINKOMMEN (BH 39)	–0,010 (0,28)	–0,08 (15,2)			–0,052 (2,3)	0,034 (0,6)	–0,055 (7,9)
TABAKHR	0,010 (0,66)						
SCHWERER JOB (BP 3902)	0,100 (8,40)						
STRESS (BP 3913)	0,124 (3,90)						
σ^2	0,9082	0,7784	0,8748	0,8609	0,4785	0,6023	0,7587
R^2	0,0918	0,2216	0,1252	0,1391	0,5251	0,4011	0,2412

N = 3190; χ^2 = 712; FG = 48; t-Werte in Klammern, basierend auf robusten Standardfehlern; standardisierte Lösung. Die Fehlervarianzen der Gesundheitsindikatoren σ^2 erhält man aus der Schätzung für die Kovarianzmatrix der Meßfehlervariablen, jene für die Inanspruchnahmevariablen und die latente Variable Gesundheit aus der Schätzung für die Kovarianzmatrix der jeweiligen Störterme. Das Bestimmtheitsmaß R^2 ergibt sich als Eins minus dem Quotienten aus Fehlervarianz und Variablenvarianz, wobei letztere im standardisierten Modell gleich Eins ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Städten widerspiegelt. Das Zuspielen der Variablen Bettendichte und Arztdichte auf Länderebene erweist sich somit für die Analyse der Nachfrage nach medizinischen Leistungen als durchaus sinnvolles Verfahren, um die individuelle medizinische Angebotssituation zu approximieren.

Von der Gruppe der X_2-Variablen weisen die Variablen Alter (ALT) und Schulausbildung (SCHOOL) das erwartete Vorzeichen bei der latenten Variablen Gesundheit und bei der Nachfrage nach Arztleistungen auf, wobei dem direkten Zusammenhang zwischen Schulausbildung und Gesundheit keine Signifikanz zukommt. Das Einkommen (BH39) besitzt bezüglich der Gesundheit ein negatives Vorzeichen, das aber ebenfalls nicht signifikant ist. Wie Übersicht 12 zeigt, besteht zudem ein negativer Effekt des Einkommens auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dieser Gruppe von X_2-Variablen und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitszufriedenheit erweist sich als vergleichsweise niedrig und ist zudem überwiegend nicht signifikant. Mit dem Gesundheitsindikator „Dauer der Arbeitsunfähigkeit" korrelieren alle drei Variablen Alter, Schulausbildung und Einkommen negativ, wobei der negative Koeffizient zwischen Alter und Dauer der Arbeitsunfähigkeit darauf hindeutet, daß hier eventuell eine arbeitsethische Beziehung zwischen der Bereitschaft, trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen, und dem Alter vorliegt. Eine kohortenspezifische Analyse könnte über diese These nähere Auskunft geben.

Der Einfluß des Tabakkonsums (in der hier verwendeten Definition „heutige Raucher in Prozent") ist nicht signifikant und besitzt zudem ein unerwartetes Vorzeichen. Dieses Ergebnis sollte nicht überinterpretiert werden, da die Variable TABAKHR nur sehr unzureichend das individuelle Tabakkonsumverhalten widerspiegelt. Zunächst kontraintuitiv erscheinen in diesem Zusammenhang die positiven und statistisch abgesicherten Vorzeichen vor den Variablen der persönlichen Belastungen am Arbeitsplatz „körperlich schwerer Job" und „Stress", die einen hohen Beitrag zur Erklärung der latenten Variable Gesundheit liefern. Eine Begründung für diese positive Beziehung dürfte im Querschnittscharakter der Daten liegen, der einen wahrscheinlichen Selbstselektionsprozeß der Individuen nicht hinreichend erfaßt. Die Selbstselektion impliziert, daß die Individuen Berufe mit bestimmten Arbeitsplatzbedingungen in Abhängigkeit von ihrer gesundheitlichen Konstitution ergreifen. Das positive Vorzeichen zwischen den Variablen „Stress" bzw. „körperlich schwerer Job" und der latenten Variable Gesundheit zeigt dann an, daß Individuen mit besserer Gesundheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit stressbeladene und/oder körperlich anstrengende Berufe wählen bzw. entsprechende Positionen erreichen.

Der Chi-Quadrat-Wert von 712 bei 48 Freiheitsgraden spricht dem Modell einen niedrigen Erklärungsgehalt zu. Hohe Chi-Quadrat-Werte scheinen dieser Art von Modellen aber inhärent zu sein (vgl. Zweifel 1981, S. 260; Leu und Doppmann 1986, S. 29; van de Ven und van der Gaag 1982, S. 177; van Vliet und

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

van Praag 1987, S. 35). In den beiden letzten Zeilen von Übersicht 12 finden sich noch die entsprechenden Fehlervarianzen und Bestimmtheitsmaße der besprochenen Gleichungen.

3. Messung der Gesundheit anhand von Proxy-Variablen

Übersicht 13 gibt sowohl die verwendeten Proxy-Variablen zur Messung von G^* als auch zu jeder Anzahl von Proxies die optimale Gewichtungsstruktur an. Bei der Berücksichtigung von beispielsweise drei Proxy-Variablen besitzt der gewichtete Durchschnitt aus den Variablen Gesundheitszustand BP69* (Gewichtung 0,52), Gesundheitszufriedenheit BP7101* (0,32) und Dauer der Arbeitsunfähigkeit BP7302* (0,16) einen Varianzerklärungsanteil von 49 vH an der latenten Variable Gesundheit. Jeder anderen Kombination von jeweils drei Proxy-Variablen kommt eine größere Varianz der Differenz zwischen Durchschnitt $\hat{G}^*$ und latenter Variable G^* [var($\hat{G}^*$ — G^*)] und damit ein geringerer Varianzerklärungsanteil zu. Neben der optimalen Gewichtung enthält Übersicht 13 noch diese Varianz der Differenz ($\hat{G}^*$ — G^*) und ein modifiziertes Bestimmtheitsmaß. Dieses Bestimmtheitsmaß spiegelt jenen Varianzerklärungsanteil der latenten Variable G^* wider, der mit Hilfe der verwendeten Proxy-Variablen erklärt wird.

Übersicht 13

Messung von G* anhand von Proxy-Variablen

Proxy-Variablen	Optimale Gewichtung bei folgender Anzahl von Proxies[a])					
	1	2	3	4	5	6
Arztbesuche BP 7102*				0,115	0,107	0,106
Facharztbesuche FABES*						0,012
Krankenhaustage BP 7203*					0,068	0,067
Gesundheitszustand BP 69*	1	0,622	0,520	0,461	0,429	0,423
Gesundheitszufriedenheit BP 7101*		0,378	0,320	0,279	0,260	0,257
Dauer der Arbeitsunfähigkeit BP 7302*			0,160	0,135	0,136	0,135
var ($\hat{G}^*-G^*$)	0,979	0,609	0,510	0,438	0,424	0,414
$1-\frac{\text{var}(\hat{G}^*-G^*)}{\text{var}(G^*)}$ [b])	0,021	0,391	0,490	0,562	0,576	0,586

[a]) Zur Vorgehensweise siehe ausführlicher im Anhang und Übersicht 12.

[b]) Die var (G*) beträgt im standardisierten Modell 1.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zieht man für die latente Variable nur eine Proxy-Variable heran, so liefert der Gesundheitszustand mit 2,1 vH den größten Varianzerklärungsanteil. Die drei Dimensionen der Gesundheit „Gesundheitszustand, Gesundheitszufriedenheit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" erklären zusammen 49 vH der Varianz von G^*. Ergänzt man diese drei Indikatoren um die Inanspruchnahmevariablen, so kann — bei nun sechs Proxy-Variablen — knapp 59 vH der Varianz von G^* erklärt werden. Im Vergleich zu den Dimensionen der Gesundheit kommt den Inanspruchnahmevariablen bei der Messung der latenten Variable Gesundheit somit nur eine untergeordnete Bedeutung zu.

In Übersicht 13 besitzen die Proxy-Variablen einen Stern, um anzudeuten, daß eine Korrektur um die direkten Effekte der exogenen Variablen stattfand. In Termini der Ausgangsvariablen läßt sich $\hat{G}_3^*$ — d. h. jener Proxy, der gemäß der dritten Spalte von Übersicht 13 gebildet wird — wie folgt ausdrücken (vgl. auch Gleichungen 5 und 6 im Anhang sowie Übersicht 12):

$$
\begin{aligned}
(4) \qquad \hat{G}_3^* &= 0{,}52\,BP69^* + 0{,}32\,BP7101^* + 0{,}16\,BP7302^* \\
&= -\frac{0{,}52}{0{,}7}(BP69 + 0{,}052\,BH39) + \frac{0{,}32}{0{,}611}(BP7101) \\
&\quad -\frac{0{,}16}{0{,}5}(BP7302 + 0{,}123\,ALT + 0{,}057\,SCHOOL + 0{,}055\,BH39).
\end{aligned}
$$

Die Kombination der drei Dimensionen der Gesundheit, korrigiert um die Effekte der exogenen Variablen Alter, Schulausbildung und Einkommen, liefert somit einen Varianzerklärungsanteil von knapp 50 vH an der latenten Variable Gesundheit. In dieser Hinsicht fallen unsere Schätzergebnisse nicht so günstig aus wie die von van Vliet und van Praag auf der Basis niederländischer Mikrodaten, die mit Hilfe der Gesundheitsindikatoren über 70 vH der Varianz von G^* erklären konnten. Unsere Ergebnisse legen insofern nahe, daß in die Erklärung der latenten Variable Gesundheit Informationen des gesamten Strukturgleichungsmodells einfließen sollten. Die Resultate der Übersichten 12 und 13 betonen ferner die Relevanz der prädisponierenden X_3-Variablen, die ausschließlich die Gesundheit direkt beeinflussen, ohne eine unmittelbare Wirkung auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und auf die Dimensionen des Gesundheitsstatus zu besitzen. In unserem Modell leisten nämlich die Variablen der Arbeitsplatzbedingungen (Stress und körperlich schwerer Job) einen hohen Beitrag zur Erklärung der Varianz von G^*. Ferner liefert dieses Ergebnis eine gewisse Rechtfertigung für unsere Beschränkung auf die zweite Welle des Sozio-ökonomischen Panels, da nur diese Informationen über die Arbeitsplatzqualität bietet.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

E. Partielle Analysen einzelner Entwicklungsfaktoren

I. Preisstruktureffekte im Gesundheitswesen

1. Die einzelnen Behandlungsarten

Preisstruktureffekte innerhalb des Gesundheitswesens resultieren daraus, daß Preisänderungen die einzelnen Behandlungsarten in unterschiedlichem Ausmaß treffen. Sie führen dazu, daß die Preisentwicklung zuungunsten jenes Ausgabenträgers verläuft, in dessen spezifischem Preisindex sich Preissteigerungen niederschlagen, die das allgemeine Preisniveau infolge von kompensierenden Entwicklungen nicht erleidet (vgl. Klein 1983, S. 115 und Gantner 1984, S. 117ff.). Dabei mißt die Abweichung eines spezifischen Preisindexes vom allgemeinen Preisniveau die jeweilige relative Preisentwicklung. Der Preisstruktureffekt (PE) manifestiert sich dann konkret in der Differenz der entsprechenden Veränderungsraten:

(5) $PE = W_{PS} - W_{PL}$, wobei:
W_{PS} = Wachstumsrate des spezifischen Preisindexes und
W_{PL} = Wachstumsrate des Preisindexes für die Lebenshaltung.

Für $PE > 0$ entwickeln sich die Preise zum Nachteil des Ausgabenträgers, so daß ein negativer Preisstruktureffekt vorliegt, der auch bei inflationsfreiem Wachstum auftreten bzw. fortbestehen kann[38].

Die Preiszeitreihen, die unserer Abschätzung der Preisstruktureffekte im Gesundheitswesen zugrunde liegen, stammen aus der amtlichen Statistik, die für die einzelnen Behandlungsarten allerdings nur Laspeyres-Preisindizes anbietet. Dabei greift die folgende Zusammenstellung[39] auf den Index der Einzelhandelspreise für die Arzneimittel und den Index der Lebenshaltung für die ambulante und stationäre Behandlung zurück. Diese Preisindizes decken somit 4 von 6 Behandlungsarten ab[40] und erstrecken sich auf ein Ausgabenvolumen, welches einen Anteil von über 70 vH an den gesamten GKV-Ausgaben und einen entsprechenden Anteil von über 80 vH an den Behandlungsausgaben der GKV abdeckt.

---

[38] Es bleibt im folgenden offen, ob es sich ausschließlich um einen realen oder auch um einen inflationsbedingten Preisstruktureffekt handelt. Siehe hierzu *Klein* 1983, S. 116, *Sinn* 1983, S. 111ff. und *Wille* 1985, S. 49ff.

[39] Siehe hierzu ausführlicher *Ulrich* und *Wille* 1989. Die folgenden Ausführungen enthalten eine komprimierte Übersicht über die zentralen Ergebnisse dieses Beitrages.

[40] Dabei gilt der Preisindex für Dienstleistungen von Ärzten auch für die Behandlung durch Zahnärzte. Für die beiden Behandlungsarten „Heil- und Hilfsmittel" sowie „Zahnersatz" liefert die amtliche Statistik keine Preisindizes, die unseres Erachtens eine noch vertretbare Aussagefähigkeit besitzen. Da eine willkürliche Deflationierung dieser beiden Leistungsarten keinen Informationsgewinn verspricht, erscheint es sinnvoller, auf der Grundlage der obigen vier Behandlungsarten die entsprechenden Preisstruktureffekte zu ermitteln.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Von ihrer Konzeption her basieren die Preisindizes aus der Lebenshaltung auf den Ausgaben der privaten Haushalte aus dem Verbrauchsbudget. In einem System mit weitgehender Vollversicherung tätigen die Haushalte aber nur in geringem Umfange direkte Zahlungen für Gesundheitsleistungen, so daß ihre geleisteten Ausgaben, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation, kaum die tatsächlichen Strukturen widerspiegeln. Insofern besteht grundsätzlich eine Unvereinbarkeit zwischen den Intentionen der Verbraucherpreisstatistik und dem Bestreben, repräsentative Preisindizes für Gesundheitsleistungen abzuleiten. Zur Lösung dieses Konfliktes wählt das Statistische Bundesamt einen methodischen Kompromiß, der im Ergebnis zu prinzipiell aussagefähigen Preisindizes führt. Dabei ermittelt es zunächst die Preisindizes, unabhängig vom Verbrauchsbudget der privaten Haushalte, weitgehend auf der Basis von Angebotsfaktoren, d. h. als Berichtsquellen fungieren vornehmlich Ärzte und Krankenhäuser und nicht Patienten. Die derart gewonnenen Deflatoren gehen dann aber nur mit einer Gewichtung in den Preisindex für die Lebenshaltung ein, die den tatsächlichen Verbrauchsausgaben der privaten Haushalte für diese Leistungen entspricht. Insgesamt gesehen eignen sich diese Preisindizes deshalb zur Analyse bzw. Deflationierung der entsprechenden Behandlungsarten besser, als es ihre statistische Herkunft prima vista vermuten läßt.

Wie Übersicht 14 zeigt, wirkt innerhalb der Behandlungsarten der negative Preisstruktureffekt am stärksten im stationären Bereich, was selbst für den bereinigten Preisindex für Dienstleistungen der Krankenhäuser gilt. Die Bereinigung zielt darauf ab, den stationären Preisindex um jene Effekte zu korrigieren, die aus einem Strukturbruch der amtlichen Statistik erwachsen. Im Vergleich zum stationären Sektor weist der ambulante Bereich einen deutlich schwächeren negativen Preisstruktureffekt auf, während die Arzneimittel sogar einen positiven Preisstruktureffekt verzeichnen.

Übersicht 14

Der Preisstruktureffekt im Bereich medizinischer Behandlung

Preisindizes	Wachstumsraten[a]) 1970–1987
Lebenshaltung aller privaten Haushalte	99,3
Dienstleistungen von Ärzten	137,2
Dienstleistungen der Krankenhäuser	276,8
Dienstleistungen der Krankenhäuser, bereinigt	180,6
Einzelhandel mit pharmazeutischen, kosmetischen u. ä. Erzeugnissen aus Apotheken	78,4
GKV-Behandlungsleistungen, Variante I	136,2
GKV-Behandlungsleistungen, Variante II	137,9

[a]) Veränderung im angegebenen Zeitraum in vH.
Quelle: siehe Tabelle 11.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Der o.a. Strukturbruch besteht darin, daß bis 1980 der Preisindex für Dienstleistungen der Krankenhäuser als einzige Komponente den Pflegekostentagessatz enthielt. Nach 1980 tritt mit dem Arzthonorar für eine Blinddarmoperation explizit eine zweite Komponente hinzu, die hier stellvertretend für alle stationären Operations- und Arztleistungen steht, die zuvor nur implizit und mit einem geringeren Gewicht in diesen Preisindex eingingen. Da die Operations- und Arztleistungen im Vergleich zu den reinen Pflegeleistungen ein größeres Potential an Produktivitätssteigerungen besitzen dürften, zeichnet der unbereinigte Index ein zu ungünstiges Bild von der Preisentwicklung für Dienstleistungen der Krankenhäuser. Der bereinigte Index berücksichtigt die Operation als Produktionsleistung in hypothetischer Form auch für den Zeitraum von 1970 bis 1980. Da das Honorar für die Blinddarmoperation gerade in den Jahren 1980 bis 1987 nur wenig anstieg, teilweise sogar zurückging, unterzeichnet die Rückverlagerung dieser Entwicklung vermutlich den tatsächlichen Preisanstieg im Krankenhaus. Die Bandbreite, welche die unbereinigte und die bereinigte Version hier abstecken, dürfte aber die Entwicklung in durchaus realistischer Weise charakterisieren.

2. Die GKV-Behandlungsleistungen insgesamt

Interesse verdienen aber nicht nur Preisstruktureffekte innerhalb der einzelnen Behandlungsarten, sondern auch entsprechende Beziehungen zwischen den aggregierten Behandlungsleistungen der GKV und dem allgemeinen Preisniveau. In einen solchen Gesamtindex für GKV-Behandlungsleistungen gehen zunächst die in Übersicht 14 enthaltenen Teilindizes für die Dienstleistungen von Ärzten und Krankenhäusern (bereinigte Version) sowie für den Einzelhandel mit pharmazeutischen, kosmetischen u.ä. Erzeugnissen aus Apotheken ein.

Die Konstruktion eines solchen aggregierten Preisindexes für GKV-Behandlungsleistungen kann methodisch auf zweierlei Weise erfolgen[41]. Bei der Variante I stellt der Gesamtindex ein gewogenes arithmetisches Mittel von Laspeyres-Teilindizes und insofern selbst einen Laspeyres-Index dar. In der Variante II bildet er dagegen nach der Paasche-Form ein gewogenes harmonisches Mittel dieser Teilindizes. Da die Ermittlung von Realausgaben Preisindizes nach Paasche erfordert, zielt die Bildung des Gesamtindexes nach der Variante II darauf ab, mit Hilfe der vorhandenen Laspeyres-Teilindizes über ein harmonisches Mittel der gewünschten Indexform ziemlich nahe zu kommen. Obgleich die Datenlage dies für die einzelnen Behandlungsarten nicht zuläßt, ermöglicht diese Vorgehensweise den Ausweis von Realausgaben für die Behandlungsausgaben insgesamt.

Im Beobachtungszeitraum ergeben sich, wie Übersicht 14 ausweist, kaum Unterschiede zwischen den beiden Varianten, was zunächst nicht in Einklang mit den üblichen theoretischen Überlegungen bzw. Erwartungen steht. Mit

[41] Siehe hierzu ausführlicher im Anhang zum Preisstruktureffekt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wachsendem zeitlichen Abstand der Berichts- gegenüber der Basisperiode führen Laspeyres-Preisindizes normalerweise zu einem sog. Substitutions-Bias bzw. upward-bias (vgl. Pichler, Verhonig und Hentschel 1979, S. 113 sowie zu einem empirischen Überblick Triplett 1975, S. 19ff.). Die starre Gewichtung des Basisjahres schließt die Erfassung von Substitutionsprozessen aus, die üblicherweise mit dem Austausch von Gütern mit höheren Preissteigerungen durch solche mit geringeren Preissteigerungen einhergehen. Im Gesundheitswesen herrschten jedoch im Beobachtungszeitraum vergleichsweise niedrige Preiselastizitäten vor, da kaum Anreize für preisbedingte Substitutionen bestanden. Obgleich der „upward-bias" als Störfaktor hier insofern keine gravierende Rolle spielte, mag doch überraschen, daß beim aggregierten Preisindex für GKV-Behandlungsleistungen die Variante I geringer anwächst als die Variante II. Der Paasche-Preisindex fällt dann größer aus als der entsprechende Laspeyres-Index, wenn sich zwischen Basis- und Berichtsperiode Preise und Mengen in die gleiche Richtung entwickeln (vgl. Allen 1975, S. 62ff.). In diesem Fall werden jene Güter, die überproportionale Preissteigerungen verzeichnen, nicht substituiert, sondern noch relativ ausgedehnt. Diese „anormale" Entwicklung fand per saldo offensichtlich im Gesundheitswesen statt, denn mit der stationären Behandlung nahm der Anteil jener Leistungsart deutlich zu, deren Preisindex am stärksten anstieg[42].

Das konkrete Ausmaß des Preisstruktureffektes für GKV-Behandlungsleistungen besteht im Rahmen unserer Berechnungen, wie auch Abbildung 3 illustriert, in der Differenz zwischen dem Preisindex für GKV-Behandlungsleistungen (136,2 vH bzw. 137,9 vH), und dem allgemeinen Preisniveau (99,3 vH). Dieser Unterschied in den jeweiligen Wachstumsraten impliziert, daß sich die Preise pro Jahr um etwa einen Prozentpunkt zuungunsten der GKV-Behandlungsarten bzw. des Gesundheitssektors veränderten[43]. Da dabei in den Gesamtindex der bereinigte stationäre Teilindex einging, handelt es sich in diesem Fall um eine eher vorsichtige Schätzung des Preisstruktureffektes zuungunsten von Behandlungs- bzw. Gesundheitsleistungen.

Wie auch Übersicht 14 und Abbildung 3 verdeutlichen, zeichnet für den Preisstruktureffekt zuungunsten von GKV-Behandlungsleistungen vor allem die Preisentwicklung im stationären Sektor verantwortlich. Solche negativen Preisstruktureffekte, die z. B. auch die Staatstätigkeit sowie weite Teile des sog.

---

[42] Bei der festen Gewichtung des Laspeyres-Indexes bildet das Jahr 1980 die Basisperiode. Da sich die Ausgabenanteile der Behandlungsarten aber nach 1980 nicht mehr stark veränderten, liegt hier auch Variante I eine vergleichsweise aktuelle Gewichtung zugrunde. Verwenden wir bei der Gewichtung die Ausgabenanteile von 1970, so steigt der Laspeyres-Gesamtindex zwischen 1970 und 1987 lediglich um 131,2 vH, d.h. der Unterschied zur entsprechenden Paasche-Variante kommt dann noch deutlicher zum Ausdruck.

[43] Exakt um 1,04 bzw. 1,09 Prozentpunkte als jeweilige Differenz zwischen den durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

tertiären Bereichs kennzeichnen (vgl. Wille 1985, S. 49 ff.), wurzeln vornehmlich in einer unterdurchschnittlichen Produktivitätsentwicklung und können — müssen aber nicht — aus einer ineffizienten Leistungserstellung erwachsen. Daneben schließt auch eine effiziente Produktionsweise negative Preisstruktureffekte dann nicht aus, wenn die Eigenheiten dienstleistungsintensiver Produktionsverhältnisse produktivitätssteigernden Substitutionsprozessen enge Grenzen ziehen (wie z. B. bei der stationären Behandlung der Nachtdienst und die Betreuung auf Intensivstationen). Unabhängig davon, ob und inwieweit negative Preisstruktureffekte mit Fehlallokationen einhergehen, und auch unbeschadet der vielfältigen Probleme, die ihre empirische Messung aufwirft, bilden sie einen beachtenswerten Bestimmungsfaktor von Niveau und Struktur der GKV-Ausgaben.

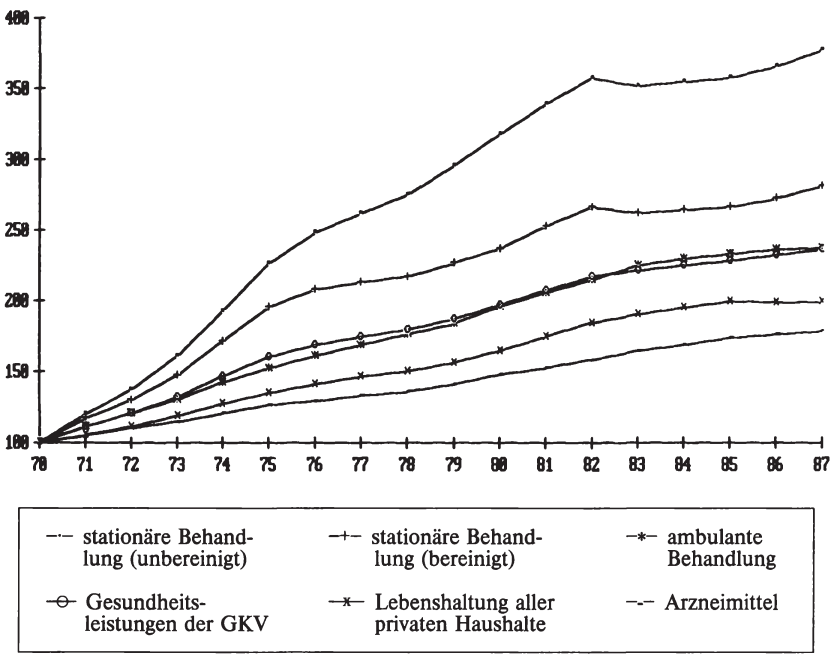


Abbildung 3: Der Preisstruktureffekt von Gesundheitsleistungen und Behandlungsarten

Ein negativer Preisstruktureffekt von Gesundheitsleistungen führt, wie bereits oben unter C.II. erwähnt, grundsätzlich dazu, daß die reale Gesundheitsquote unter der nominalen liegt und gleichfalls die Wachstumsrate der realen Gesundheitsausgaben pro Kopf hinter der Steigerungsrate der nominalen Gesundheitsausgaben pro Kopf zurückbleibt. Auf der Grundlage von OECD-Daten setzen Schieber und Poullier (1990, S. 11) für den Zeitraum von 1975 bis 1987 diese beiden Wachstumsraten mit den entsprechenden Steigerungsraten

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

des pro Kopf-BIP in Beziehung und bestätigen zunächst tendenziell unser Ergebnis. Für die Bundesrepublik Deutschland übertrifft, wie der internationale Überblick in Übersicht 15 ausweist, die nominale Kennziffer die reale, was impliziert, daß der Preisindex für Gesundheitsleistungen stärker anstieg als das allgemeine Preisniveau bzw. der Preisindex des BIP. Ähnlich verhält es sich z. B. in Australien, Kanada, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich, Schweden, der Schweiz und den USA, aber es gibt auch mehrere Länder, die einen Preisstruktureffekt zugunsten von Gesundheitsleistungen verzeichnen. Schenkt man den OECD-Daten Glauben, dann konnten die Gesundheitssektoren in Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien und Norwegen ausgeprägt positive Preisstruktureffekte verbuchen und auch im OECD-Durchschnitt lag die reale Kennziffer über der nominalen[44].

Der obige Befund widerspricht teilweise theoretisch-aprioristischen Überlegungen, denn das dienstleistungsintensive Gesundheitswesen läßt, wie in der Bundesrepublik Deutschland der Fall, im Prinzip einen negativen Preisstruktureffekt erwarten. Eine davon abweichende Entwicklung der relativen Preise könnten u. U. folgende Faktoren bewirken:

Übersicht 15

Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben pro Kopf im Verhältnis zu den Steigerungsraten des pro Kopf-BIP

Land	Kennziffer	
	nominal	real
Australien	1,1	0,9
Belgien	1,3	1,6
Dänemark	0,9	0,9
Deutschland	1,1	0,9
Finnland	1,1	0,9
Frankreich	1,2	3,1
Griechenland	1,1	2,5
Großbritannien	1,1	1,0
Island	1,1	1,5
Irland	1,0	1,5
Italien	1,1	1,7
Japan	1,3	1,4
Kanada	1,2	0,9
Niederlande	1,2	1,1
Norwegen	1,0	2,0
Österreich	1,1	0,8
Schweden	1,1	1,0
Schweiz	1,2	1,0
Spanien	1,1	1,1
USA	1,3	1,1
Durchschnitt	1,1	1,3

Quelle: siehe Schieber und Poullier 1990, S. 11.

[44] Siehe hierzu unsere Einschränkungen oben unter B.II. In Übersicht 15 entzieht sich vor allem die reale Kennziffer für Frankreich einer nachvollziehbaren ökonomischen Interpretation.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(1) Zahlreiche, vor allem südeuropäische, Länder besitzen einen staatlich stark regulierten Pharmamarkt mit starrer Preisbindung, so daß der positive Preisstruktureffekt im Arzneimittelbereich, vor allem bei einem kräftigen Anstieg des allgemeinen Preisniveaus, hier noch deutlicher ausfallen dürfte.

(2) Länder, in denen die häusliche Krankenpflege noch eine größere Rolle spielt und Krankenhauseinweisungen eher die Ausnahme bilden, weisen einen niedrigeren Anteil an stationärer Behandlung auf, was den Preisindex von Gesundheitsleistungen tendenziell absenkt. Zudem verfügen ihre Krankenhäuser häufig über eine geringere Kapitalausstattung und es besteht auch weithin ein geringerer Grad an fachlicher Spezialisierung.

(3) Der Preisstruktureffekt geht vornehmlich auf das jeweilige Verhältnis zwischen Lohnerhöhung und Wachstum der Arbeitsproduktivität zurück (vgl. Turnovsky 1977, S. 87f.). Einen positiven Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen begünstigen aus dieser Sicht eine geringe Steigerung des Nominallohnsatzes im Dienstleistungsbereich und eine geringe Zunahme der Arbeitsproduktivität in den übrigen Sektoren der Volkswirtschaft. Diese Bedingungen existieren eher in weniger stark industrialisierten Volkswirtschaften, was die unterschiedlichen Resultate in Übersicht 15 — mit Ausnahme von Frankreich und Japan — zumindest ansatzweise (mit-)erklärt.

3. Preis- und Mengenkomponente von Behandlungsarten

Innerhalb der verschiedenen Behandlungsarten schlägt sich das unterschiedliche Wachstum der einzelnen Preisindizes unmittelbar in der Mengenentwicklung der betreffenden (Behandlungs-)Ausgaben nieder. Übersicht 16 enthält die Aufspaltung der speziellen Ausgabenentwicklung in eine Preis- und eine Mengenkomponente, welche jeweils dem Anteil der Preis- bzw. Mengenausweitungen an den nominalen Ausgabenveränderungen entsprechen. Dabei erfolgt eine proportionale Aufteilung der Komponente des Kreuzproduktes von Preis und Menge. Zusammenfassend erlaubt diese Aufspaltung in eine Preis- und eine Mengenkomponente im Hinblick auf die einzelnen Behandlungsarten u. a. folgende Schlußfolgerungen (vgl. Ulrich und Wille 1989, S. 379):

Übersicht 16

Preis- und Mengenkomponente von Behandlungsleistungen

Behandlungsart / Periode	ambulante Behandlung		stationäre Behandlung		stationäre Behandlung bereinigt		Arzneimittel	
	Menge	Preis	Menge	Preis	Menge	Preis	Menge	Preis
1970–1975	44,5	55,5	19,6	80,4	34,2	65,8	71,6	28,4
1970–1987	33,2	66,8	21,0	79,0	42,4	57,6	65,8	34,2

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus den Tabellen 11 und 12.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(1) Die Arzneimittelausgaben bilden die einzige Ausgabenart, bei der die Mengenkomponente die Preiskomponente übersteigt, und zwar in der Relation 65,8:34,2. Bei der ambulanten Behandlung lautet diese Relation, nun aber zugunsten der Preiskomponente, 66,8:33,2, bei der stationären Behandlung 79:21 in der unbereinigten und 57,6:42,4 in der bereinigten Version.

(2) Die niedrigste Mengenkomponente findet sich im stationären Bereich bei einer Preisbereinigung mit Hilfe des unbereinigten Preisindexes für Dienstleistungen der Krankenhäuser. Die bereinigte Variante, die allerdings die tatsächliche Preiskomponente zu niedrig ausweisen dürfte, liefert eine etwa doppelt so hohe Mengenkomponente, die dann sogar diejenige des ambulanten Bereichs übertrifft.

(3) In der Zeitspanne nach 1976, in der sich die Effekte der Kostendämpfungsmaßnahmen niederschlugen[45], nahm die Mengenkomponente sowohl bei der ambulanten Behandlung als auch bei den Arzneimitteln relativ ab (ähnlich Linder 1985, S. 25). Diese Entwicklung deutet darauf hin, daß die Kostendämpfungsmaßnahmen, obwohl sie überwiegend an den Preisen ansetzten, bei diesen beiden Leistungsarten vornehmlich zu Lasten der Menge gingen, d. h. primär die realen Gesundheitsleistungen einschränkten.

(4) Neben der Mengen- verlief auch die nominale Ausgabenentwicklung bei der ambulanten Behandlung zwischen 1970 und 1987 ähnlich jener bei den Arzneimitteln, was die These vom komplementären Charakter dieser beiden Behandlungsarten bzw. Produktionsfaktoren stützt.

II. Die Bedeutung des Rentneranteils

1. Unterschiede in der Ausgabenentwicklung zwischen Mitgliedern und Rentnern

Innerhalb der GKV betrug die Rentnerdichte bzw. der Rentnerquotient, d. h. der Anteil der Rentner an der Gesamtzahl der Mitglieder in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner[46], im Jahre 1970 26,1 vH (siehe Tabelle 15). Auf diese Rentnerquote entfiel damals ein nur geringfügig höherer Anteil von 27,6 vH an den GKV-Gesamtausgaben (vgl. die Tabellen 12 und 14). Demgegenüber beanspruchte im Jahre 1988 eine *Rentnerquote* von 29,3 vH einen entsprechenden Ausgabenanteil von 41,2 vH. Die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben für Rentner lag im Zeitraum von 1970 bis

[45] Das Jahr 1976 bietet sich hier insofern als Zäsur an, als sich bereits in diesem Jahre die Ankündigungseffekte der Kostendämpfungsgesetze auswirkten. Aus ähnlichem Grunde verzichten wir bei allen Analysen auf die Berücksichtigung des Jahres 1988, dessen Werte bei zahlreichen Positionen bereits das Gesundheits-Reformgesetz vorwegnehmen und insofern bereits einem Strukturbruch unterliegen.

[46] Aus Vereinfachungsgründen sprechen wir im folgenden von „Mitgliedern" und „Rentnern".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1988 mit 702,1 vH deutlich über der Steigerungsrate der GKV-Ausgaben für Mitglieder mit 436,0 vH[47]. Da der Anteil, den die Ausgaben für Rentner jeweils einnehmen, zwischen den verschiedenen Behandlungsarten erheblich differiert und z. B. im Jahre 1988 von 12,0 vH bei der Behandlung durch Zahnärzte bis zu 55,8 vH bei den Arzneimitteln spannt (vgl. Übersicht 17), können von der relativen Ausdehnung der GKV-Ausgaben für Rentner relevante Einflüsse auf die Ausgabenstruktur ausgehen.

Übersicht 17

Anteile der GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner an den jeweiligen Behandlungsarten

Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1988
(1) Behandlung durch Ärzte	Mitglieder[a])	73,2	69,6	66,1	64,0	64,2
	Rentner[b])	26,8	30,4	33,9	36,0	35,8
(2) Behandlung durch Zahnärzte	Mitglieder	91,6	92,0	91,2	89,7	88,0
	Rentner	8,4	8,0	8,8	10,3	12,0
(3) stationäre Behandlung	Mitglieder	64,4	60,0	54,1	49,5	48,3
	Rentner	35,6	40,0	45,9	50,5	51,7
(4) Arzneimittel	Mitglieder	56,3	51,8	49,8	44,1	44,2
	Rentner	43,7	48,2	50,2	55,9	55,8
(5) Heil- und Hilfsmittel	Mitglieder	69,9	65,9	62,8	56,0	54,5
	Rentner	30,1	34,1	37,2	44,0	45,5
(6) Zahnersatz	Mitglieder	69,7	74,8	79,8	76,0	70,6
	Rentner	30,3	25,2	20,2	24,0	29,4

[a]) Mitglieder und Familienangehörige in der Allgemeinen Krankenversicherung.
[b]) Rentner und Familienangehörige.
Quelle: siehe Tabellen 12 bis 14.

Wie Übersicht 17 ausweist, verzeichneten *innerhalb der Behandlungsarten* die Arzneimittelausgaben schon im Jahre 1970 mit 43,7 vH den höchsten Rentneranteil, der bis 1988 noch auf 55,8 vH anwuchs. Dies bedeutet, daß zuletzt eine

[47] Eine solche Aufspaltung der Behandlungsausgaben nach Mitgliedern und Rentnern gestattet nur die Statistik des BMA. Im Gegensatz zu den Daten des Statistischen Bundesamtes, auf denen die Übersichten 1 bis 7 aufbauen, vernachlässigen die BMA-Statistiken die nicht-aufteilbaren Ausgaben, was die Anteile der verbleibenden Kategorien tendenziell leicht erhöht. Zudem grenzen sie die Ausgaben für stationäre Behandlung etwas anders ab, so daß Anteile und Wachstumsraten der verschiedenen Behandlungsarten in den Übersichten 4 und 18 geringfügig voneinander abweichen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Rentnerquote von 29,3 vH einen Anteil von 55,8 vH an den Arzneimittelausgaben der GKV in Anspruch nahm. Unter diesem Aspekt folgen die stationäre Behandlung sowie die Heil- und Hilfsmittel, wobei bei diesen beiden Behandlungsarten der Rentneranteil im Beobachtungszeitraum sogar noch stärker anstieg als bei den Arzneimittelausgaben. Mit Ausnahme des Zahnersatzes nahmen die Rentneranteile aller Behandlungsarten von 1970 bis 1988 deutlich zu.

Eine *getrennte Betrachtung* der GKV-Ausgaben nach *Mitgliedern und Rentnern* zeigt, daß bei den Mitgliedern die Aufwendungen für Zahnersatz[48] sowie für die Heil- und Hilfsmittel mit ihren Steigerungsraten weit vorne und die Behandlung durch Ärzte und die Arzneimittel am Ende einer solchen Ausgabenskala rangieren (vgl. Übersicht 18). Überraschen mag in diesem Kontext die vergleichsweise moderate Wachstumsrate der stationären Behandlungsausgaben, die mit 407,2 vH sogar den entsprechenden GKV-Durchschnitt von 436,0 vH noch unterschritt. Im Vergleich dazu fallen bei den GKV-Ausgaben für Rentner neben der extrem hohen Steigerungsrate der Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel die Wachstumsraten für stationäre Behandlung und Arzneimittel auf, die weit höher als bei den Mitgliedern liegen. Die vergleichsweise starke Zunahme der stationären Behandlungsausgaben für Rentner deutet darauf hin, daß die Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus mit dem Lebensalter noch stärker ansteigt als die allgemeine Krankheitshäufigkeit (ebenso Zöllner 1987, S. 8). Der Arzneimittelanteil nahm zwar im Beobachtungszeitraum von 28,1 vH auf 21,6 vH ab, bildet aber innerhalb der GKV-Ausgaben für Rentner immer noch nach der stationären Behandlung die ausgabenintensivste Behandlungsart.

Eine Betrachtung der Ausgaben, welche die GKV im Zeitablauf *pro Kopf für Mitglieder und Rentner* tätigte, gewährt weitere Einblicke in die Altersabhängigkeit der einzelnen Behandlungsarten und informiert zugleich über die absoluten Größenordnungen einschließlich ihrer Entwicklung (siehe Übersicht 19). Bei den gesamten Ausgaben der GKV lagen die pro Kopf-Aufwendungen für Rentner im Jahre 1970 mit 821,— DM nur geringfügig über jenen für Mitglieder mit 763,— DM, übertrafen diese im Jahre 1988 mit 4 849,— DM zu 2 873,— DM aber schon um fast das 1,7fache. Die pro Kopf-Ausgaben für Rentner fielen lediglich bei der Behandlung durch Zahnärzte stets deutlich niedriger aus als die entsprechenden Aufwendungen für Mitglieder und erreichten beim Zahnersatz nach klarem Rückstand zwischen 1975 und 1985 zuletzt das gleiche Niveau. Während die betreffende Differenz bei der Behandlung durch Ärzte bemerkenswert gering ausfällt, übersteigen die pro Kopf-Ausgaben für Rentner diejenigen

[48] Die Antizipation des Gesundheits-Reformgesetzes, popularisiert als „Blüm-Bauch", wirkte sich am stärksten beim Zahnersatz aus, dessen Ausgabenanteil zwischen 1987 und 1988 von 5,3 vH auf 7,5 vH kletterte. Deutlich schwächer stiegen dagegen die Anteile der Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel (von 6,6 vH auf 7,0 vH) sowie der Arzneimittelausgaben (von 15,9 vH auf 16,0 vH) an.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 18

GKV-Ausgaben für Mitglieder und Rentner nach Behandlungsarten

Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1988	Wara[a]) 1970–1988
(1) Behandlung durch Ärzte	Insgesamt[b])	22,9	19,4	17,9	18,1	16,9	296,7
	Mitglieder[c])	23,1	19,7	18,0	19,2	18,5	248,0
	Rentner[d])	22,2	18,5	17,7	16,3	14,7	429,4
(2) Behandlung durch Zahnärzte	Insgesamt	7,2	7,1	6,4	6,1	6,0	350,3
	Mitglieder	9,1	9,6	8,9	9,1	9,0	332,7
	Rentner	2,2	1,8	1,7	1,6	1,8	541,4
(3) stationäre Behandlung	Insgesamt	25,2	30,1	29,6	32,2	31,8	576,7
	Mitglieder	22,4	26,5	24,4	26,5	26,1	407,2
	Rentner	32,5	37,9	39,7	40,9	39,9	883,2
(4) Arzneimittel	Insgesamt	17,7	15,3	14,6	15,3	16,0	383,8
	Mitglieder	13,8	11,6	11,1	11,2	12,0	280,0
	Rentner	28,1	23,2	21,4	21,4	21,6	517,4
(5) Heil- und Hilfsmittel	Insgesamt	2,8	4,4	5,7	6,0	7,0	1 234,5
	Mitglieder	2,7	4,3	5,4	5,6	6,4	940,9
	Rentner	3,1	4,8	6,2	6,6	7,7	1 913,4
(6) Zahnersatz	Insgesamt	3,5	7,2	8,6	7,1	7,5	1 065,2
	Mitglieder	3,3	7,9	10,4	8,9	9,0	1 079,7
	Rentner	3,8	5,7	5,1	4,2	5,4	1 031,9

[a]) Veränderung im angegebenen Zeitraum in vH.

[b]) Jeweilige Ausgaben in vH der Ausgaben der GKV für Gesundheit (letztere hier ohne die nicht aufteilbaren, sonstigen Aufwendungen).

[c]) Jeweilige Ausgaben für Mitglieder in vH der gesamten GKV-Gesundheitsausgaben für Mitglieder.

[d]) Jeweilige Ausgaben für Rentner in vH der gesamten GKV-Gesundheitsausgaben für Rentner.

Quelle: siehe Übersicht 17.

für Mitglieder bei den Heil- und Hilfsmitteln um über das 2fache, bei der stationären Behandlung um gut das 2,5fache und bei den Arzneimitteln gar um mehr als das 3fache. Die Rentner verursachen pro Kopf deutlich mehr Arzneimittelausgaben als Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte, während es sich bei den Mitgliedern umgekehrt verhält. Die Arzneimittelausgaben bilden somit auf der Grundlage einer pro Kopf-Ausgabenbetrachtung noch vor der stationären Behandlung die Behandlungsart, welche die stärkste Alters- bzw. Rentnerabhängigkeit aufweist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 19

Ausgaben der GKV in DM pro Kopf für Mitglieder und Rentner

Ausgaben- bzw. Behandlungsart	Jahr	1970	1975	1980	1985	1988
(1) GKV-Ausgaben insgesamt	Mitglieder	763,0	1 663,0	2 232,8	2 559,3	2 872,8
	Rentner	821,1	1 919,5	2 858,5	4 074,2	4 848,8
(2) Behandlung durch Ärzte	Mitglieder	176,7	328,4	404,4	491,0	530,4
	Rentner	182,9	355,4	508,6	666,0	712,0
(3) Behandlung durch Zahnärzte	Mitglieder	69,2	159,1	200,5	233,6	258,1
	Rentner	18,0	34,6	47,6	64,4	85,0
(4) stationäre Behandlung	Mitglieder	170,9	441,0	548,7	678,1	748,6
	Rentner	267,2	728,0	1 135,3	1 667,7	1 934,4
(5) Arzneimittel	Mitglieder	105,0	193,1	249,5	286,7	344,6
	Rentner	230,5	445,8	612,7	873,0	1 047,9
(6) Heil- und Hilfsmittel	Mitglieder	20,6	71,3	122,1	142,7	185,0
	Rentner	25,1	91,5	176,5	269,6	372,8
(7) Zahnersatz	Mitglieder	25,5	131,0	233,7	228,0	259,8
	Rentner	25,1	109,4	144,4	172,9	261,0

Quelle: siehe Tabellen 13 bis 15.

2. Die Rentnerquote und die relative Ausgabenintensität als Determinanten

Die folgende Strukturbereinigung der Behandlungsausgaben zielt darauf ab, die Effekte, welche im Beobachtungszeitraum von den Aufwendungen für Rentner ausgingen, noch weiter zu spezifizieren. Um die tatsächlichen Ausgabenanteile, welche die einzelnen Behandlungsarten an den Gesamtausgaben der GKV einnehmen, um den jeweiligen Einfluß der Behandlungsausgaben für Rentner zu bereinigen, erfolgt zunächst eine Fixierung der entsprechenden Ausgabenanteile für Rentner auf dem Niveau von 1970. Zu diesem Zwecke spalten wir für jede Behandlungsart i ($i=1,\ldots,6$) die Ausgaben im Zeitraum t ($A^i(t)$) in Aufwendungen für Mitglieder ($A^i_M(t)$) und für Rentner ($A^i_R(t)$) auf und setzen beide mit den Gesamtausgaben der GKV im Zeitraum t ($A_G(t)$) in Beziehung:

$$\frac{A^i(t)}{A_G(t)} = \frac{A^i_M(t)}{A_G(t)} + \frac{A^i_R(t)}{A_G(t)}. \tag{6}$$

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Unsere Bereinigung gibt nun für jede Behandlungsart einen konstanten Ausgabenanteil für Rentner auf dem Ausgangsniveau von 1970 vor, d. h.

$$\frac{A_R^i(70)}{A_G(70)} = \text{konstant für alle } t = 1970,\ldots,1987.$$

Der entsprechend bereinigte Ausgabenanteil lautet dann vollständig:

$$\frac{A^{*i}(t)}{A_G^*(t)} = \frac{A_M^i(t)}{A_G(t)} + \frac{A_R^i(70)}{A_G(70)}. \tag{7}$$

Wie aus Übersicht 20 hervorgeht, führt die Bereinigung gegenüber den tatsächlichen Anteilen bei allen Behandlungsarten zu niedrigeren Ausgabenquoten, d. h. die Aufwendungen für Rentner wirkten durchgehend in Richtung einer Erhöhung des jeweiligen Ausgabenanteils. Während die Abweichungen zwischen tatsächlichem und bereinigtem Ausgabenanteil bei der Behandlung durch Ärzte und der Behandlung durch Zahnärzte kaum ins Gewicht fallen, erreicht diese Differenz bei der stationären Behandlung eine fast spektakuläre Größenordnung. Unter der Hypothese eines konstanten Anteils der Krankenhausaufwendungen für Rentner an den GKV-Gesamtausgaben läge der Ausgabenanteil für stationäre Behandlung um fast 8 Prozentpunkte niedriger und mit 25,05 vH sogar noch leicht unter dem Ausgangswert von 25,20 vH. Die drei übrigen Behandlungsarten verzeichnen Bereinigungseffekte zwischen gut einem halben Prozentpunkt beim Zahnersatz und etwas über zwei Prozentpunkten bei den Heil- und Hilfsmitteln, was hier aber immerhin fast einem Drittel des tatsächlichen Anteils in 1987 entspricht. Vor dem Hintergrund des hohen Anteils, den die Rentner an den Arzneimittelausgaben beanspruchen (vgl. Übersicht 17), überrascht in diesem Kontext der vergleichsweise schwache Rückgang des bereinigten Ausgabenanteils, der den tatsächlichen nur um gut einen Prozentpunkt unterschreitet.

Die auf der Grundlage eines konstanten Ausgabenanteils für Rentner ermittelten Bereinigungseffekte können nun ihrerseits entweder auf das Wachstum der Rentnerquote oder die Veränderung der relativen Ausgabenintensität der jeweiligen Behandlungsausgaben zurückgehen. Um die Abweichungen vom tatsächlichen Ausgabenanteil möglichst verursachungsgerecht diesen beiden Determinanten zuzuordnen, erweitern wir zunächst in Gleichung (6) um die sog. Rentnerquote, d. h. um den Anteil der Rentner an der Gesamtzahl aus Rentnern (R) und Mitgliedern (M).

$$\frac{A^i(t)}{A_G(t)} = \frac{A_M^i(t)}{A_G(t)} + \frac{A_R^i(t)/R(t)}{A_G(t)/[R(t)+M(t)]} \cdot \frac{R(t)}{[R(t)+M(t)]}. \tag{8}$$

Die *relative Ausgabenintensität* gibt somit das Verhältnis zwischen den Ausgaben einer bestimmten Behandlungsart pro Rentnerhaushalt und den Gesamtausgaben der GKV pro Rentner- und Mitgliedshaushalt an. Unter der Prämisse einer konstanten Rentnerquote hängen die bereinigten Ausgabenan-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 20

Tatsächliche und bereinigte Ausgabenanteile nach Behandlungsarten

Ausgabenanteile[a]) / Behandlungsart	tatsächlicher Anteil		bereinigte Ausgabenanteile					
			bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner		bei konstanter Rentnerquote		bei konstanter relativer Ausgabenintensität	
	1970	1987	1970	1987	1970	1987	1970	1987
(1) Behandlung durch Ärzte	22,89	17,63	22,89	17,42	22,89	16,97	22,89	18,14
(2) Behandlung durch Zahnärzte	7,16	6,20	7,16	6,12	7,16	6,13	7,16	6,19
(3) stationäre Behandlung	25,20	32,97	25,20	25,05	25,20	31,21	25,20	26,09
(4) Arzneimittel	17,71	15,88	17,71	14,74	17,71	14,96	17,71	15,64
(5) Heil- und Hilfsmittel	2,80	6,60	2,80	4,48	2,80	6,29	2,80	4,58
(6) Zahnersatz	3,26	5,28	3,26	4,62	3,26	5,13	3,26	4,72

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabellen 16 bis 21.

teile der einzelnen Behandlungsarten nur noch von der jeweiligen Veränderung der relativen Ausgabenintensität ab:

$$\frac{A^i_{RQ}}{A^*_G} = \frac{A^i_M(t)}{A_G(t)} + \frac{A^i_R(t)/R(t)}{A_G(t)/[R(t)+M(t)]} \cdot \frac{R(70)}{[R(70)+M(70)]}. \tag{9}$$

Analog erfolgt die Erfassung des Einflusses, der vom Wachstum der *Rentnerquote* auf die Ausgabenanteile ausging. Unter der Hypothese einer im Zeitablauf gleichbleibenden relativen Ausgabenintensität beeinflußt nur noch das Wachstum der Rentnerquote die bereinigten Ausgabenanteile, so daß

$$\frac{A^i_{AI}}{A^*_G} = \frac{A^i_M(t)}{A_G(t)} + \frac{A^i_R(70)/R(70)}{A_G(70)/[R(70)+M(70)]} \cdot \frac{R(t)}{[R(t)+M(t)]}. \tag{10}$$

Die beiden Bereinigungen nach (9) und (10), d. h. bei konstanter Rentnerquote und bei konstanter relativer Ausgabenintensität, bedingen zusammen einen konstanten Ausgabenanteil für Rentner nach (7), denn

$$\frac{A^i_R(70)/R(70)}{A_G(70)/[R(70)+M(70)]} \cdot \frac{R(70)}{[R(70)+M(70)]} = \frac{A^i_R(70)}{A_G(70)}. \tag{11}$$

Die getrennte Strukturbereinigung um das Wachstum der Rentnerquote und die Veränderung der relativen Ausgabenintensität liefert für die einzelnen Behandlungsarten schon im Hinblick auf die jeweilige Dominanz dieser beiden

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Determinanten äußerst unterschiedliche Ergebnisse. Wie Übersicht 20 synoptisch zusammenfaßt, verursachte bei der stationären Behandlung, den Heil- und Hilfsmitteln sowie dem Zahnersatz vornehmlich die Zunahme der relativen Ausgabenintensität der entsprechenden Behandlungsausgaben für Rentner den Anstieg des Ausgabenanteils, während bei der ambulanten Behandlung und den Arzneimitteln der Einfluß des Wachstums der Rentnerquote deutlich überwiegt. Der bereinigte Ausgabenanteil für stationäre Behandlung liegt schon unter der Hypothese einer konstanten Ausgabenintensität bei 26,09 vH und damit um fast 7 Prozentpunkte unter dem tatsächlichen Anteil. Im Vergleich dazu fällt der Bereinigungseffekt auf der Grundlage einer konstanten Rentnerquote hier, wie auch bei den Heil- und Hilfsmitteln und beim Zahnersatz, bescheiden aus. Bei diesen drei Behandlungsarten bildete somit weniger die höhere Anzahl von Rentnern als vielmehr die im Beobachtungszeitraum überproportional angestiegene Ausgabenintensität der Behandlung älterer Menschen die zentrale Ursache für die Zunahme des Ausgabenanteils.

Demgegenüber wirkte bei den Arzneimitteln und der ambulanten Behandlung das Wachstum der Rentnerquote vergleichsweise stärker auf die Ausgabenanteile ein. Die Veränderung der relativen Ausgabenintensität spielte hingegen bei dem Ausgabenanteil für Arzneimittel nur eine untergeordnete Rolle, d. h. die Aufwendungen pro Rentner entwickelten sich hier grosso modo wie jene pro Mitglied. Im Rahmen der ambulanten Behandlung tritt sogar der Fall auf, daß die Bereinigung unter der Prämisse einer konstanten relativen Ausgabenintensität zu einem Ausgabenanteil führt, der den tatsächlichen Anteil noch um gut einen halben Prozentpunkt übersteigt. Dieser Befund impliziert, daß die relative Ausgabenintensität der Aufwendungen für Rentner bei dieser Behandlungsart im Zeitablauf abnahm.

III. Zur Relevanz einer Sensibilisierung der Nachfrage

Zusätzliche Aufschlüsse zu den Ergebnissen einer reinen Analyse der GKV-Ausgaben könnte, insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit nachfrageseitiger Anreizmechanismen, ein Strukturvergleich der Behandlungsausgaben von GKV und PKV sowie der Aufwendungen für die Selbstmedikation bieten. Zu diesem Zweck untersuchen wir im folgenden die Beziehungen zwischen den einzelnen Behandlungsarten mit Hilfe der Hauptkomponentenmethode. Letztere stellt eine grundlegende Form der Faktorenanalyse dar, deren Ziel in der Zurückführung einer größeren Menge beobachtbarer Variablen auf möglichst wenige hypothetische Einflußgrößen, die Hauptkomponenten bzw. Faktoren, besteht (siehe hierzu u. a. Ost 1984 und Backhaus et al. 1987). Da die Arbeits- und Sozialstatistik ebenso wie die Reihen des Statistischen Bundesamtes auf Jahreswerten aufbauen, stehen uns für den Zeitraum von 1970 bis 1987 als Beobachtungseinheiten in Form von Wachstumsraten lediglich 17 Werte zur Verfügung. Diese Datenrestriktion legt es nahe, hier auf den Einsatz eines stochastischen Modells zu verzichten und sich auf eine rein deskriptive

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vorgehensweise zu beschränken. Unsere Analyse zielt insofern darauf ab, die Zusammenhänge zwischen den ursprünglichen Variablen durch eine Datentransformation auf einige wenige, voneinander unabhängige, Hauptkomponenten zu reduzieren und diese zur Strukturierung der komplexen Problematik heranzuziehen.

Neben jeweils fünf Behandlungsarten von GKV und PKV, bei denen die ärztliche und zahnärztliche Behandlung zusammengefaßt als „ambulante Behandlung" erscheinen, gehen noch die „Selbstmedikation pro Einwohner" und das „Sozialprodukt pro Kopf" in die Analyse ein, die auf den Wachstumsraten der betreffenden Ausgaben aufbaut. Dabei sind auch analog die GKV- und PKV-Variablen auf das Mitglied bezogen, weil diese Darstellungsvariante den Prozeß der gesundheitlichen Leistungserstellung am besten widerspiegelt. Bei den GKV-Ausgaben für Behandlung greift die Analyse auf die um die fiskalischen Wirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen bereinigten Werte zurück[49]. Selbstbeteiligungen existieren zwar auch in tariflicher Form in der PKV, stellen aber hier im Unterschied zur GKV keine diskretionären Eingriffe dar. Die Versicherungsnehmer kennen die PKV-Selbstbeteiligungstarife vielmehr bereits bei Vertragsabschluß, so daß dadurch auch kein Strukturbruch in den entsprechenden Zeitreihen auftritt.

Die rotierte Faktormatrix liefert zwei Faktoren, die insgesamt 73,7 vH der Gesamtvarianz erklären (siehe Übersicht 21), wobei 63,9 vH auf den ersten und 9,8 vH auf den zweiten Faktor entfallen[50].

Der erste Faktor enthält bis auf die „stationäre GKV-Behandlung" alle GKV-Variablen sowie die Wachstumsrate des Sozialprodukts pro Kopf und, mit negativem Vorzeichen, die Selbstmedikation. Von den PKV-Variablen laden lediglich die Heil- und Hilfsmittel und der Zahnersatz auf den ersten Faktor. Der zweite Faktor umfaßt die übrigen PKV-Variablen und die „stationäre GKV-Behandlung". Da mehrere Variablen mit beiden Faktoren stark korrelieren, und somit die Zuordnung zu dem einen oder anderen Faktor ziemlich knapp ausfällt, bietet hier die graphische Darstellung in Abbildung 4 eine anschaulichere Interpretationsgrundlage. Letztere läßt u. E. folgende, gesundheitspolitisch interessante, Aussagen über die Beziehungen zwischen den Behandlungsarten

---

[49] Die Bereinigung um die Selbstbeteiligungen der GKV-Versicherten bleibt auf die (Teil-)Periode 1977 bis 1984 beschränkt, da nur für diesen Zeitraum quantitative Informationen über die fiskalischen Effekte der sog. Kostendämpfungspolitik in der benötigten Form vorliegen (vgl. *Berg* 1986, S. 36). Um die Sensitivität der Ergebnisse im Hinblick auf die Datengrundlage zu testen, führten wir zur Kontrolle zwei Alternativrechnungen durch, wobei sich die eine auf die Jahre 1970 bis 1984 beschränkte und die andere für den gesamten Zeitraum von 1970 bis 1987 bei den GKV-Variablen von unbereinigten Werten ausging. Für eine Interpretation der Ausgabenstrukturen führten diese beiden Varianten zu keinen abweichenden Resultaten, denn alle drei Analysen zeigten das in Abbildung 4 ersichtliche Variablen-Cluster.

[50] Die zugrunde liegende Korrelationsmatrix befindet sich im Anhang.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 21

Ergebnisse der Hauptkomponentenmethode für die Behandlungsausgaben von GKV, PKV und Selbstmedikation[a])

Variablen	Faktor 1	Faktor 2	Kommunalität
Heil- und Hilfsmittel, GKV	0,81892	0,49815	0,91878
Zahnersatz, GKV	0,78366	0,05119	0,61674
Arzneimittel, GKV	0,73313	0,58553	0,88033
Heil- und Hilfsmittel, PKV	0,72563	0,50593	0,91878
Selbstmedikation	–0,65410	–0,06559	0,43214
ambulante Behandlung, GKV	0,64982	0,61557	0,80119
Zahnersatz, PKV	0,59822	0,57037	0,68319
Sozialprodukt	0,58786	0,31186	0,44284
ambulante Behandlung, PKV	0,16005	0,92054	0,87300
Arzneimittel, PKV	0,07000	0,82004	0,67737
stationäre Behandlung, PKV	0,52686	0,77608	0,87988
stationäre Behandlung, GKV	0,58295	0,71903	0,85684
Eigenwert	7,66961	1,17521	8,84482
Varianzerklärungsanteil in vH	63,9	9,8	73,7

[a]) Rotierte Faktormatrix (Varimax-Kriterium).
Quelle: Berechnet auf der Grundlage der Tabellen 1, 7, 12 und 22.

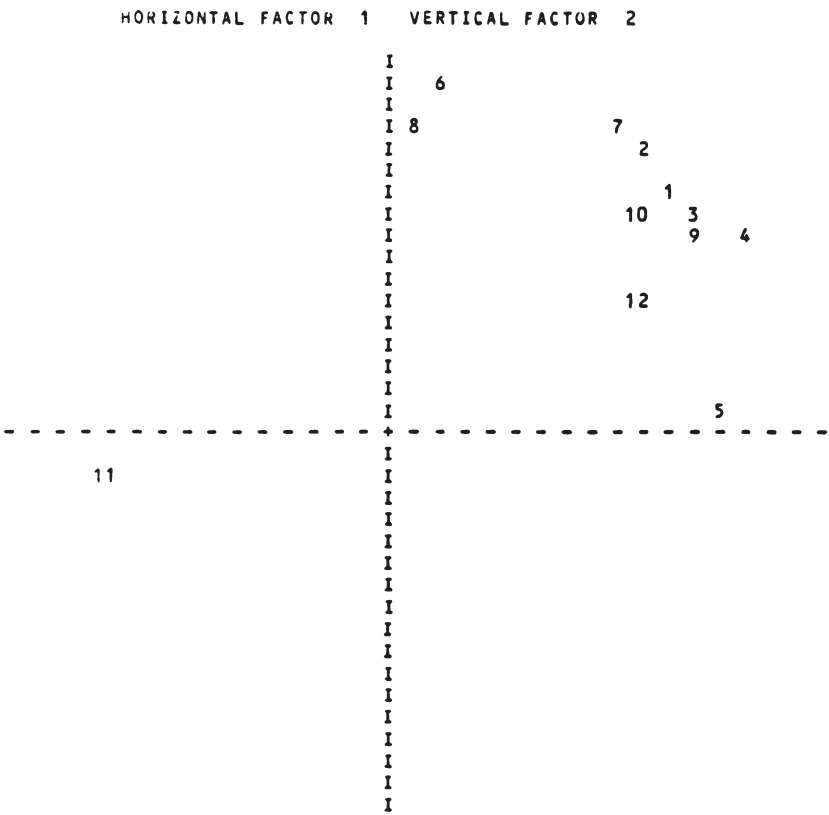
sowie über das Verhältnis von GKV- und PKV-Ausgaben zu (vgl. auch Ulrich 1988b, S. 164ff. und Wille 1988, S. 29f.):

(1) Bei der stationären Behandlung und den Heil- und Hilfsmitteln liegen die GKV- und PKV-Variablen jeweils eng zusammen. Im Unterschied zu den anderen Behandlungsarten werden sie auch jeweils durch denselben Faktor repräsentiert. Dieser Befund deutet darauf hin, daß bei diesen beiden Behandlungsarten keine gravierenden Unterschiede zwischen GKV und PKV auftraten.

(2) Die beiden Behandlungsarten ambulante Behandlung und Arzneimittel korrelieren sowohl innerhalb der GKV- als auch bei den PKV-Ausgaben sehr stark. Diese Parallelität, die unsere These von der engen Komplementarität dieser beiden medizinischen Produktionsfaktoren ebenfalls stützt, gewinnt in diesem Kontext besonders an Gewicht, da die jeweiligen GKV- und PKV-Variablenpaare weit auseinander liegen und unterschiedlichen Faktoren zugeordnet sind.

(3) Im Gegensatz zu allen anderen Variablen werden die „PKV-ambulante Behandlung" und die „PKV-Arzneimittel" kaum durch den ersten Faktor erklärt, der tendenziell die Wachstumsdynamik der Ausgabenentwicklung widerspiegelt. Damit scheren aus dem Variablenbündel just zwei Behandlungsarten aus, bei denen Selbstbeteiligungsformen existieren und bei denen statt des Sachleistungs- das Kostenerstattungsprinzip gilt. Dieser Sachverhalt verstärkt unsere bereits oben unter B.I.2. angedeutete Vermutung, daß eine Sensibilisierung der Nachfrage bei Gesundheitsleistungen nicht grundsätzlich wirkungslos bleibt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Legende (jeweils Wachstumsraten der Ausgaben pro Mitglied):

1 = Ambulante Behandlung, GKV
2 = Stationäre Behandlung, GKV
3 = Arzneimittel, GKV
4 = Heil- und Hilfsmittel, GKV
5 = Zahnersatz, GKV
6 = Ambulante Behandlung, PKV
7 = Stationäre Behandlung, PKV
8 = Arzneimittel, PKV
9 = Heil- und Hilfsmittel, PKV
10 = Zahnersatz, PKV
11 = Selbstmedikation pro Einwohner
12 = Sozialprodukt pro Kopf

Abbildung 4: Ergebnisse der Hauptkomponentenmethode für die Behandlungsausgaben von GKV, PKV und Selbstmedikation

Unsere Analyse legt eher den Schluß nahe, daß nachfrageseitige Anreizmechanismen zumindest bei einigen Behandlungsarten zu einer Eindämmung des Ausgabenwachstums beitragen können. Sie dürften auf diese Weise auch Effizienzsteigerungen auslösen, denn die Patienten betrachten und behandeln diese Leistungen dann nicht mehr als „freie Güter". Da es sich bei unserer

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Untersuchung um eine Makroanalyse handelt, gelten die betreffenden Aussagen weder für jedes Indikationsgebiet noch für jede Patientengruppe. Entsprechende mikroökonomische Studien weisen aber, insbesondere für den Arzneimittelmarkt, ebenfalls darauf hin, daß eine Sensibilisierung der Nachfrage neben Einsparungen für die betreffenden Krankenkassen auch gesamtwirtschaftliche Effizienzverbesserungen verspricht (vgl. Knappe und Fritz 1986; Zweifel und Waser 1986).

F. Schlußfolgerungen in Thesen

(1) Im bundesdeutschen Gesundheitswesen stand seit Mitte der siebziger Jahre die finanzielle Stabilisierung der GKV eindeutig im Mittelpunkt des politischen Interesses. Entsprechend dominierten bei den Reformmaßnahmen, die vornehmlich an den Ausgaben für medizinische Behandlung ansetzten, fiskalische Überlegungen andere, insbesondere allokative Aspekte. Die vorherrschende *einnahmenorientierte Ausgabenpolitik* zielt darauf ab, die Ausgabensteigerungen der verschiedenen Behandlungsarten auf das Wachstum der Grundlohnsumme zu beschränken, zumindest per saldo einen solchen Effekt zu erreichen. Da eine derartige Einbindung von globalen Ausgabenpositionen keine Ursachentherapie darstellt und auch an den grundlegenden Bestimmungsfaktoren der bisherigen Ausgabenentwicklung vorbeigeht, vermag sie die Effizienz der Gesundheitsversorgung nicht zu erhöhen, sondern bestenfalls bestehende Mängel haushaltsmäßig zu verwalten. Zudem determiniert eine angebotsseitige Begrenzung des Ausgabenanstiegs weitgehend die Versorgung der GKV-Versicherten mit Gesundheitsgütern, ohne dabei den Präferenzen der Betroffenen Beachtung zu schenken (ähnlich Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1985, S. 166). So schwanken bei der einnahmenorientierten Gesundheitspolitik die Ausgaben nach Maßgabe der Steigerungsrate des Sozialprodukts, obgleich das Bedürfnis nach Gesundheitsleistungen bei einer Verschlechterung der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung kaum entsprechend abnehmen dürfte.

(2) Im Rahmen der Konzertierten Aktion, welche Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung der einzelnen Behandlungsarten abgibt, liegt das Schwergewicht auf der *korporativen Koordination*. Für die allokative Leistungsfähigkeit oder gar Überlegenheit dieses Koordinationsinstrumentes sprechen aber bisher weder theoretische Erkenntnisse noch empirische Belege. Der Korporatismus beinhaltet als Allokationsinstrument eine Tendenz zur Bewahrung und Festigung bestehender Strukturen. Er fördert das Quotendenken und nährt bei allen Beteiligten die Erwartung, einmal erreichte, relative Einkommenspositionen unabhängig von jedweden Strukturwandlungen dauerhaft beanspruchen zu können. Interessanterweise gingen auch die Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, die 1977 einsetzten, innerhalb der Behandlungsarten eher mit einer Verfestigung, denn mit einer Flexibilisierung der Ausgabenstruktur einher.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(3) Der wachstumsinduzierte Strukturwandel korrespondiert in entwickelten Volkswirtschaften üblicherweise mit einer überproportionalen Zunahme des tertiären bzw. Dienstleistungssektors, der auch das Gesundheitswesen einschließt. In den beiden letzten Jahrzehnten stiegen die Gesundheitsausgaben nahezu weltweit stärker an als das entsprechende Sozialprodukt, wobei die bundesdeutsche Entwicklung nicht nennenswert vom OECD-Trend abwich. Da der arbeitsintensive Dienstleistungsbereich einer Substitution von Arbeit durch Kapital zumeist enge Grenzen setzt, eröffnet seine relative Ausdehnung neben Wachstumschancen u.a. den im sekundären Wirtschaftssektor freigesetzten Arbeitskräften neue Beschäftigungsmöglichkeiten. Die einnahmenorientierte Gesundheitspolitik, welche die Entwicklungsdynamik eines arbeitsintensiven Wirtschaftsbereichs und mit ihr den Strukturwandlungsprozeß abbremst, riskiert einen Konflikt mit dem *Wachstums- und dem Beschäftigungsziel* (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1985, S. 168ff. und 1986, S. 157). Insoweit diese Beschäftigungs- und Wachstumseinbußen die Zunahme der Grundlohnsumme abschwächen, d.h. negative Rückwirkungen besitzen, gerät diese Politik zusätzlich in einen Teufelskreis zwischen Ausgabendrosselung und Einnahmenausfall.

(4) Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben im OECD-Bereich deutet bereits darauf hin, daß grundlegende Einflußgrößen, die sich nicht auf ein Land beschränken, die relative Expansion des Gesundheitswesens prägten. Von diesen *angebots- und nachfrageseitigen Bestimmungsfaktoren* erklären neben dem Wachstum des Sozialproduktes vor allem die demographische Komponente und der medizinische Fortschritt, welche gemeinsam auch maßgeblich das Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum beeinflussen, sowie der negative Preisstruktureffekt die Entwicklung von Volumen und Struktur der GKV-Gesundheitsausgaben. Unter Berücksichtigung dieser Determinanten, die wohl auf absehbare Zeit auf die Ausgaben der GKV einwirken, läßt sich die Beitragssatzstabilität mittelfristig nur realisieren, wenn künftig andere Ausgabenträger in stärkerem Maße finanzielle Lasten übernehmen oder die Qualität der Gesundheitsversorgung relativ abnimmt. Das Ausschöpfen bestehender Einsparungspotentiale mit Hilfe von effizienzsteigernden Reformmaßnahmen reicht dazu alleine nicht aus.

(5) Von den sechs fiskalisch relevanten Behandlungsarten verursachten im Zeitraum von 1970 bis 1987 vornehmlich die Heil- und Hilfsmittel, der Zahnersatz und die stationäre Behandlung den starken Anstieg der GKV-Gesundheitsausgaben, während die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte und durch Zahnärzte sowie die Arzneimittelausgaben anteilsmäßig zurückgingen. Vor dem Hintergrund der bisherigen empirischen Entwicklung erscheinen die *Schwerpunkte des GRG* recht willkürlich gesetzt, denn es konzentriert seine Konsolidierungsbemühungen auf die Behandlungsarten Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz und -behandlung. Dagegen bleiben mit der stationären Behandlung, der Kassenstruktur und den steigenden Arztzahlen zentrale Problembereiche nahezu ausgeklammert. Neben den

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

schwer kalkulierbaren Ausgaben für die häusliche Pflegehilfe droht vor allem die Preis- und Mengenentwicklung im stationären Sektor etwaige Einsparungen an anderer Stelle aufzuzehren.

(6) Die Behandlungsausgaben bilden unter *Wohlfahrtsaspekten* monetäre Inputs und vermögen nicht für sich betrachtet, sondern lediglich über das fertiggestellte Produkt, in das sie einfließen, Nutzen zu stiften. Die mit Hilfe dieser Ausgaben finanzierten sachlichen und personellen Kapazitäten stellen in der Regel ebenfalls noch nicht das konsumierbare Angebot sondern erst physische Produktionsmittel dar, denn zumeist beschränkt sich eine medizinische Behandlung im ambulanten Bereich nicht auf eine einzige Leistungsart[51]. Für die medizinische Produktionsleistung erscheint die Behandlung des Arztes, die entsprechende Ausgaben verursacht, ebenso unentbehrlich wie das Medikament, das mit Arzneimittelausgaben einhergeht. Da nur die Produktionsleistung im ganzen die Wohlfahrt steigern kann, besteht unter Allokationsaspekten kein Anlaß, zwischen den verschiedenen Produktionsfaktoren, welche dieses Gut erzeugen, bzw. den korrespondierenden Ausgabenarten zu privilegieren oder zu diskriminieren. Das optimale Verhältnis der Behandlungsarten hängt u. a. von den angestrebten, konkreten Gesundheitszielen, den medizinischen Produktionsfunktionen und den relativen Preisen der Einsatzfaktoren ab.

(7) Zwischen den einzelnen Behandlungsarten existieren im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung vielfältige Verflechtungen, so daß sich für eine Verbesserung der Gesundheitspolitik drei grundsätzliche Möglichkeiten anbieten, zwischen denen ihrerseits wieder enge Wechselwirkungen bestehen. Einmal geht es um die Erhöhung von Effizienz und Effektivität innerhalb der einzelnen Behandlungsarten, sodann bei komplementären Beziehungen zwischen diesen Bereichen um eine zielorientierte Koordination und schließlich bei Vorliegen von Substitutionalität um die optimale Aufteilung der Ressourcen auf die konkurrierenden Verwendungen. Die augenfällige Parallelität im Wachstum der Ausgaben für die Behandlung durch Ärzte und der Arzneimittelausgaben deutet auf eine *komplementäre Produktionsbeziehung* dieser beiden Faktoren bei der ambulanten Versorgung hin. Allfällige Komplementaritäten zwischen dem ambulanten und dem Krankenhaussektor erfordern zur Vermeidung von Ineffizienzen sowohl bezüglich der vorstationären Anamnese als auch bei der ambulanten Nachbehandlung eine Abstimmung zwischen diesen Bereichen. Die in Deutschland vergleichsweise strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erschwert hier eine intensivere Kooperation und verhindert darüber hinaus einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten (ähnlich Bundesärztekammer 1986, S. 58).

(8) Liegen *substitutive Beziehungen* zwischen den einzelnen Behandlungsarten vor, so dürften insbesondere gegenüber dem Krankenhaussektor konkurrie-

[51] Ausnahmen bilden ambulante Behandlungen, die ohne den Einsatz von Medikamenten oder Heil- und Hilfsmitteln erfolgen, und vice versa die Selbstmedikation.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

rende Leistungserbringer in vielen Fällen spürbare preisliche Wettbewerbsvorteile besitzen. So könnten z. B. eine Substitution von stationären durch ambulante Leistungen[52] und die Verlagerung der medizinischen Versorgung vor allem älterer Menschen von Akutkrankenhäusern auf spezialisierte Pflegeheime[53] ohne Minderung der Behandlungsziele zu spürbaren Ausgabeneinsparungen führen. Der Mangel an geriatrischen Versorgungseinrichtungen bildet eine der zentralen Ursachen für die Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990, S. 79f.). Diese, bisher höchst unzureichend ausgeschöpften, Substitutionsmöglichkeiten beruhen primär auf Aufgabenverlagerungen zwischen den Behandlungsarten und eröffnen insofern Effizienzverbesserungen des Gesamtsystems, ohne dabei tiefer in die spezifischen Koordinationsprozesse innerhalb eines Leistungsbereichs vorzudringen. Die besonderen Vorzüge einer solchen Verlagerung liegen darin, daß sie selbst dann effizienzsteigernd wirkt, wenn der Krankenhaussektor ansonsten als „black-box" von nennenswerten Reformmaßnahmen ausgenommen bleibt.

(9) Für die ökonomisch angezeigten Substitutionsprozesse zwischen den einzelnen Behandlungsarten spielt in dynamischer Sicht auch die Veränderung der Preisrelationen dieser gesundheitlichen Produktionsfaktoren eine Rolle. Dabei weisen die Behandlungsleistungen insgesamt, vor allem wegen ihres starken Dienstleistungscharakters, einen ausgeprägten, negativen *Preisstruktureffekt* auf. Dieser fällt innerhalb der Behandlungsarten am stärksten im stationären und schwächer im ambulanten Bereich aus, während die Arzneimittelausgaben einen positiven Preisstruktureffekt verzeichnen. Bei einer Aufspaltung der Ausgabengrößen in eine Preis- und eine Mengenkomponente bilden die Arzneimittel auch die einzige Behandlungsart, bei der die Mengenkomponente überwiegt. Die Trennung in eine Preis- und eine Mengenkomponente erlaubt zwar a priori keine Schlüsse über die Effizienz der betreffenden Behandlungsarten, reduziert das jeweilige Ausgabenwachstum aber auf zwei zentrale Ursachenkomplexe. Unter diesem Aspekt besitzt die Festbetragsregelung, die nur an der Preiskomponente ansetzt, gegenüber einer proportionalen Selbstbeteiligung den Nachteil, an der bisher im Arzneimittelbereich dominanten Einflußgröße des Ausgabenwachstums vorbeizuzielen.

---

[52] Interessante Modelle bilden hier u.a. der Krankenpflegenotdienst, bei dem der Bereitschaftsarzt des ärztlichen Notfalldienstes auch in den Nachtstunden und an den Wochenenden Krankenpflegekräfte anfordern kann (zu einem solchen Projekt in Berlin siehe Die Neue Ärztliche vom 6./7. 1. 1987, S. 1), und die in den USA erprobten „surgicenters". Bei letzteren handelt es sich um chirurgische Stationen, die unabhängig vom Krankenhaus kleinere, ambulante Eingriffe vornehmen, welche keinen voll eingerichteten Operationssaal erfordern. Vgl. *Luft* 1976.

[53] Vgl. *Wachtel* 1984, S. 286 und *Rüschmann* 1986, S. 195, der auf der Grundlage einer Pilot-Auswertung der Krankenhaus-Diagnosestatistik Schleswig-Holstein bundesweit mehr als 9 Mio. Pflegetage ermittelt bzw. schätzt, „die nicht der Aufgabenstellung eines Akutkrankenhauses entsprechen und zu außerordentlichen Ineffizienzen in der Krankenhausversorgung führen".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(10) Von einer Zunahme der *Rentnerquote* bzw. -dichte gehen ebenfalls relevante Effekte auf Umfang und Struktur der Behandlungsausgaben aus. Dabei liegt der Anteil, den die Ausgaben für Rentner jeweils einnehmen, bei den Arzneimitteln (1988: 55,8 vH), der stationären Behandlung (51,7 vH) sowie den Heil- und Hilfsmitteln (45,5 vH) besonders hoch und diese drei Behandlungsarten weisen auch auf der Grundlage einer pro Kopf-Ausgabenbetrachtung in nämlicher Reihenfolge die stärkste Rentnerabhängigkeit auf. Eine Bereinigung, welche für jede Behandlungsart den Ausgabenanteil für Rentner auf dem Ausgangsniveau von 1970 fixiert, führt allerdings bei der stationären Behandlung mit fast 8 Prozentpunkten zur auffälligsten Abweichung zwischen dem tatsächlichen und dem bereinigten Ausgabenanteil, während diese Differenz bei den Arzneimitteln mit gut einem Prozentpunkt vergleichsweise bescheiden ausfällt. Eine Aufspaltung der Bereinigungseffekte in die beiden Determinanten Wachstum der Rentnerquote und Veränderung der relativen Ausgabenintensität zeigt darüber hinaus, daß bei der ambulanten Behandlung und bei den Arzneimitteln das Wachstum der Rentnerquote, bei der stationären Behandlung, den Heil- und Hilfsmitteln sowie dem Zahnersatz hingegen die Zunahme der relativen Ausgabenintensität als Einflußfaktor dominiert. Dieser Aspekt unterstreicht unsere oben erhobene Forderung, den Krankenhausaufenthalt weitmöglichst, d. h. bei Respektierung der jeweils angestrebten Behandlungsziele, zu substituieren.

(11) In deutlichem Unterschied zur GKV sinkt der Arzneimittel-Anteil im Rahmen der PKV drastisch ab, so daß er sich im Beobachtungszeitraum von 1970 bis 1987 nahezu halbiert. Dieser Befund spricht gegen die These, daß bei der Arzneimittelversorgung angebotsseitige Determinanten eindeutig vorherrschen, denn diese müßten dann in Analogie zur GKV auch die Entwicklung des Anteils der PKV-Arzneimittelausgaben stärker prägen. Der GKV-PKV-Vergleich deutet vielmehr darauf hin, daß die stärkere *Sensibilisierung der Nachfrage,* die in der PKV aus dem Kostenerstattungsprinzip und teilweiser Selbstbeteiligung erwächst, zumindest dem Wachstum der Arzneimittelausgaben Grenzen zieht. Eine Untersuchung, welche die Beziehungen zwischen den einzelnen Behandlungsarten mit Hilfe der Hauptkomponentenmethode analysiert, nährt die Vermutung, daß eine Sensibilisierung der Nachfrage bei Gesundheitsleistungen nicht grundsätzlich wirkungslos bleibt. In wohlfahrtstheoretischer Hinsicht besitzt eine Sensibilisierung der Nachfrage gegenüber der einnahmenorientierten Gesundheitspolitik den Vorzug, daß sie nicht paternalistisch über die Präferenzen der Bürger hinweggeht und zudem Effizienzverbesserungen auszulösen vermag, die wiederum der Gemeinschaft der Versicherten zugute kommen.

(12) Im Gegensatz zu gesundheitsökonomischen Partialanalysen, die sich auf einzelne Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung konzentrieren, vermögen integrierte Strukturmodelle vom Ansatz her sowohl die Interdependenzen zwischen diesen Determinanten zu berücksichtigen als auch In- und Outputs der Gesundheitsversorgung miteinander zu verknüpfen. In diesem Sinne diente

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

uns ein MIMIC-Modell dazu, die Zusammenhänge abzuschätzen, die zwischen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen, prädisponierenden und Zugangsvariablen, Indikatoren des Gesundheitsstatus und der latenten Variable Gesundheit bestehen. Dabei stützt der positive und signifikante Zusammenhang zwischen den Krankenhaustagen und der Bettendichte die These von der angebotsinduzierten Nachfrage zumindest für den Bereich der stationären Behandlung. Bei der Messung der latenten Variable Gesundheit leisten die prädisponierenden Variablen, welche die Gesundheit direkt beeinflussen, einen deutlich höheren Erklärungsbeitrag als die Inanspruchnahmevariablen. Da dieses MIMIC-Modell (im Unterschied zur sonstigen Längsschnittanalyse für den Zeitraum 1970 bis 1987) auf einem Querschnitt des Jahres 1984 aufbaut, erlaubt es jedoch keine Aussagen über die Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der Zeit. Ferner zieht die Verfügbarkeit valider Daten, insbesondere über gesundheitliche Outputindikatoren, der gesundheitsökonomischen Umsetzung solcher Strukturmodelle derzeit noch recht enge Grenzen.

(13) Sofern die medizinische Nachfrage infolge mangelnder Anreizkompatibilität nicht hinreichend über die Wohlfahrtsrelevanz von Gesundheitsleistungen informiert, bilden die *Wirkungsziele* trotz aller konzeptionellen Probleme die adäquate Outputebene für die Zielbildung und Erfolgskontrolle im Gesundheitswesen. Auch weil konsensfähige, operationale Outputindikatoren weitgehend fehlen, konnte das Inputdenken im Gesundheitswesen derart Platz greifen, und die Kostendämpfung zu einem „Primärziel der Gesundheitspolitik" avancieren (Henke 1986, S. 614). Da bereits die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Outputebenen die Zielbildung fördert, gehört der Auf- und Ausbau eines validen Systems von Resultatindikatoren als medizinische Orientierungsdaten mit zu den zentralen Aufgaben einer Gesundheitsberichterstattung (siehe ausführlicher Wille 1989).

(14) Die Entwicklung von aussagefähigen, medizinischen Orientierungsdaten befindet sich derzeit noch in jeder Hinsicht in statu nascendi und es läßt sich momentan auch kaum abschätzen, ob diese jemals den postulierten Ansprüchen genügen (vgl. Schwartz 1987, S. 22 sowie Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990, S. 96ff.). Es bleibt daher völlig unklar, aus welchen konkreten Zielvorstellungen eine administrative Budgetierung von Umfang und Struktur der Gesundheitsausgaben ihre Beurteilungskriterien gewinnen will. Eine Gesundheitspolitik, die weniger auf die Nachfrage und die individuellen Präferenzen, sondern stärker auf eine angebotsseitige Steuerung setzt, benötigt im Gegensatz zur marktwirtschaftlichen Koordination für eine zielorientierte Allokation der Ressourcen u.a. ein detailliertes, normatives Bezugssystem und eine Fülle von planungsrelevanten Informationen. Ohne diese Voraussetzungen, die heute in keiner Weise vorliegen, gerät die Gesundheitsversorgung unter Wohlfahrtsaspekten zu einem Glücksspiel. Gerade eine Analyse jener Funktionsbedingungen, die eine angebotsseitige Steuerung auf der Grundlage medizinischer Orientierungsdaten impliziert, belegt anschaulich

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die Vorzüge einer dezentralen Koordination und die Notwendigkeit von anreizkompatiblen Mechanismen, die auch von der Nachfrageseite her wirken.

Summary

In this study central determinants of health care expenditures in the German Statutory Health Insurance (GKV) are analysed and their quantitative or qualitative contribution to the explanation of health expenditures is evaluated.

The first chapter identifies financial calamities of the GKV as the main reason for cost containment acts since the middle of the Seventies and especially within the context of a more basic health care reform in 1989. The second chapter presents an overview of the development of nominal GKV health care expenditures between 1970 and 1987. The analysis of GKV treatment services shows that the corresponding expenditure shares for physician and dental services as well as for pharmaceuticals have been decreasing during this period, while the shares for inpatient care, sundries and appliances, and prothetic dental services have increased substantially. These structural changes took place especially between 1970 and 1975, whereas the subsequent cost containment policies mainly hardened the budget structure. As long as health care resources are not allocated through markets it remains an open question whether this fixed budget structure represents an appropriate and desired level of health care spending.

A comparison of GKV and PKV (private health insurance) spending structures shows that the widespread opinion of the dominance of supply factors with regard to health expenditures is doubtful, especially in the pharmaceutical market. The following international comparison illustrates that, grosso modo, German health care expenditures are in line with the OECD trend.

The third chapter analyses some basic determinants of health spending. First, we look at the effects resulting from asymmetric information, incentive structure, and only broadly defined objectives of health care. From these factors we distinguish supply and demand side determinants. Their contribution to the explanation of differences in size and structure of health care expenditures varies substantially. Growth of GDP and high demands can help to explain the overproportional share of resources absorbed by health care but they can't explain convincingly differences in the expenditure structure. With regard to the expenditure structure, we find demographic changes, technical progress, which together influence decisively the morbidity and mortality spectrum, and Baumol's cost disease to be of more importance.

Contrary to these partial analyses of determinants of health spending, the latent variable model in chapter four estimates the simultaneous relationships between health, causes of health, and the demand for medical services. The basic idea of the MIMIC model („multiple-indicators-multiple-causes") is to treat health as an unobservable variable that can be described sufficiently in terms of its causes and indicators. The model consists of a health production function, a three equation model of health care demand and a three equation measurement model of health status dimensions. The specific formulation of the model enables us to evaluate health status with and without using the complete information about the set of predisposing variables. The empirical results are based on a cross-section of the German socioeconomic panel. In general, our findings are in accordance with the predictions of the corresponding theoretical models. Only for inpatient care we find some evidence of supply induced demand. We can show that half of

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

the variance of the latent variable health status can be explained by using the limited information on the indicators of health status dimensions, while indicators of health care demand hardly contribute to the explanation of variations in individual health. Moreover, our results give some insights into the importance of the predisposing variables. In our case, information on working conditions, which is usually difficult to obtain, contributes substantially to the explanation of differences in health.

In the fifth chapter we take a closer look on specific expenditure determinants. It contains empirical investigations on Baumol's cost disease in the health care sector, the consequences of an increasing pensioner share, and the relevance of demand side incentives. The translation of Baumol's cost disease hypothesis, originally developed for the service sector, into the health care field, implies that relative prices change in disfavour of health care. The empirical finding confirms that relative prices have developed most unfavourably in the inpatient sector followed by ambulatory care whereas pharmaceuticals are characterized by a negative difference between the specific drug deflator and the Consumer Price Index (CPI). At the aggregate level prices have changed by about one percentage point per year in disfavour of health care between 1970 and 1987.

Aging of GKV members also exerts an impact on the health spending structure. We find a distinct age dependency for inpatient care, pharmaceuticals, and appliances. In the case of inpatient care, appliances and prothetic dental services the growth of the corresponding expenditure share is mainly due to an increase of the relative expenditure intensity for these services as opposed to ambulatory care and pharmaceuticals, where the pensioner share is dominant. Finally, our analysis suggests that incentives on the demand side can contribute substantially to cost containment.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 1: **Bruttolohn- und Gehaltssumme, Grundlohnsumme und Beitragssatz in der GKV**

Jahr	Bruttosozialprodukt in jeweiligen Preisen		Bruttolohn- und Gehaltssumme		Grundlohnsumme[a])		Grundlohn je Mitglied (ohne Rentner)		Beitragsbemessungsgrenze[b])		Beitragssatz[c])	
	Mrd. DM	Wara[d])	Mrd. DM	Wara[d])	Mrd. DM	Wara[d])	DM	Wara[d])	DM/Jahr	Wara[d])	in vH	Wara[d])
1970	675,7	–	307,9	–	243,3	–	10 749	–	14 400	–	8,2	–
1971	751,8	11,3	348,2	13,1	286,3	17,7	12 327	14,7	17 100	18,8	8,1	–1,2
1972	825,1	9,7	380,7	9,3	323,1	12,9	13 678	11,0	18 900	10,5	8,4	3,7
1973	918,9	11,4	428,6	12,6	360,6	11,6	14 925	9,1	20 700	9,5	9,2	9,5
1974	985,6	7,3	469,6	9,6	396,9	10,1	16 440	10,2	22 500	8,7	9,5	3,3
1975	1 028,9	4,4	485,7	3,4	428,1	7,9	17 942	9,1	25 200	12,0	10,4	9,5
1976	1 123,0	9,1	518,0	6,7	459,2	7,3	19 348	7,8	27 900	10,7	11,3	8,7
1977	1 196,3	6,5	555,7	7,3	492,9	7,3	20 643	6,7	30 600	9,7	11,4	0,9
1978	1 290,0	7,8	591,7	6,5	506,3[e])	–	21 965[e])	–	33 300	8,8	11,4	0,0
1979	1 395,3	8,2	636,2	7,5	547,0	8,0	23 325	6,2	36 000	8,1	11,3	–0,9
1980	1 485,7	6,5	687,8	8,1	588,3	7,6	24 580	5,4	37 800	5,0	11,4	0,9
1981	1 545,1	4,0	717,2	4,3	624,6	6,2	25 807	5,0	39 600	4,8	11,8	3,5
1982	1 599,9	3,5	732,2	2,1	652,5	4,5	26 944	4,4	42 300	6,8	12,0	1,7
1983	1 673,7	4,6	742,3	1,4	674,7	3,4	27 978	3,8	45 000	6,4	11,8	–1,7
1984	1 750,0	4,6	764,2	3,0	717,3	6,3	29 187	4,4	46 800	4,0	11,4	–3,6
1985	1 837,9	5,0	798,4	4,5	744,0	3,7	30 180	3,4	48 600	3,8	11,8	3,5
1986	1 949,0	6,0	838,3	5,0	773,7	4,0	31 094	3,0	50 400	3,7	12,2	3,4
1987	2 023,2	3,8	870,4	3,8	796,8	3,0	31 759	2,1	51 300	1,8	12,6	3,3

[a]) Der Grundlohn ist der auf den Kalendertag entfallende Anteil des Bruttoarbeitsentgeltes und dient als Bemessungsgrundlage für Pflichtversicherte.

[b]) Versicherungspflichtgrenze für Angestellte; sie entspricht nach dem zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz 75 vH der für Jahresbezüge geltenden Beitragsbemessungsgrundlage der Rentenversicherung.

[c]) Durchschnittlicher Beitragssatz in vH des Grundlohns in der GKV bei Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.

[d]) Veränderung gegenüber dem Vorjahr in vH.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1989, Tabellen 21, 22* und 29*, S. 114, 246 und 254; Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1984 sowie Derselbe 1987 bis 1989.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 2: **Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern**

Jahr	Öffentliche Haushalte[a])		Gesetzliche Krankenversicherung		Rentenversicherung[b])		Gesetzliche Unfallversicherung		Private Krankenversicherung		Arbeitgeber		Private Haushalte		insgesamt
	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM
1970	9,871	14,0	24,712	35,0	6,663	9,4	2,520	3,6	3,616	5,1	17,315	24,5	5,899	8,4	70,596
1971	11,686	14,4	30,583	37,6	7,358	9,0	2,708	3,3	3,982	4,9	18,467	22,7	6,550	8,1	81,334
1972	12,949	13,8	35,762	38,1	8,437	9,0	3,095	3,3	4,320	4,6	22,007	23,5	7,186	7,7	93,756
1973	15,221	14,2	42,559	39,7	9,358	8,7	3,373	3,1	4,739	4,4	24,202	22,6	7,716	7,2	107,168
1974	16,836	13,9	50,990	42,1	10,737	8,9	3,800	3,1	5,563	4,6	24,928	20,6	8,169	6,7	121,023
1975	18,345	13,5	59,904	44,2	11,516	8,5	4,453	3,3	6,131	4,5	26,372	19,5	8,681	6,4	135,402
1976	19,292	13,2	65,519	44,8	12,016	8,2	4,815	3,3	6,698	4,6	28,265	19,3	9,646	6,6	146,251
1977	20,538	13,3	68,734	44,5	12,729	8,2	5,121	3,3	6,911	4,5	29,916	19,4	10,481	6,8	154,430
1978	22,909	13,7	73,553	44,0	13,052	7,8	5,485	3,3	7,349	4,4	33,538	20,0	11,404	6,8	167,290
1979	23,782	13,2	79,691	44,3	13,842	7,7	5,857	3,3	8,046	4,5	36,505	20,3	12,313	6,8	180,036
1980	26,069	13,3	88,427	45,2	14,738	7,5	6,270	3,2	8,815	4,5	37,908	19,4	13,434	6,9	195,661
1981	27,887	13,5	94,978	45,8	16,070	7,8	6,853	3,3	9,757	4,7	37,423	18,1	14,247	6,9	207,215
1982	29,272	14,0	95,767	45,7	17,252	8,2	7,369	3,5	10,235	4,9	34,849	16,6	14,881	7,1	209,625
1983	29,451	13,6	99,071	45,9	17,640	8,2	7,381	3,4	10,880	5,0	34,554	16,0	16,988	7,9	215,965
1984	29,228	12,8	106,400	46,7	18,752	8,2	7,637	3,4	11,260	4,9	36,418	16,0	18,119	8,0	227,814
1985	31,401	13,1	111,885	46,7	19,086	8,0	7,983	3,3	12,480	5,2	37,680	15,7	18,976	7,9	239,491
1986	32,340	12,9	117,194	46,9	19,458	7,8	8,216	3,3	12,636	5,1	40,614	16,3	19,418	7,8	249,876
1987	34,002	13,0	122,199	46,8	20,020	7,7	8,260	3,2	13,468	5,2	43,231	16,6	19,672	7,5	260,852

[a]) Ohne Arbeitgeberleistungen, abzüglich Pflegesatzeinnahmen (funktionale Abgrenzung).
[b]) Gesetzliche Rentenversicherung, landwirtschaftliche Alterskassen, Ergänzungssysteme (Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst und für einzelne Berufe), Versorgungswerke.
[c]) Jeweilige Ausgaben in vH der Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 20–21.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3: **Die Ausgaben der GKV nach globalen Leistungsarten**

Leistungsart / Jahr	Ausgaben der GKV insgesamt		vorbeugende und betreuende Maßnahmen		Behandlung		Krankheitsfolgeleistungen		Ausbildung und Forschung		nicht aufteilbare Ausgaben	
	Mrd. DM	Wara[a])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])
1970	24,712	-	0,838	3,4	19,440	78,7	3,110	12,6	-	-	1,324	5,4
1971	30,583	23,8	1,136	3,7	24,157	79,0	3,710	12,1	-	-	1,578	5,2
1972	35,762	16,9	1,376	3,8	28,341	79,2	4,172	11,7	-	-	1,873	5,3
1973	42,559	19,0	1,564	3,7	33,988	79,9	4,637	10,9	-	-	2,370	5,5
1974	50,990	19,8	1,898	3,7	41,285	81,0	5,121	10,0	-	-	2,686	5,3
1975	59,904	17,5	2,200	3,7	49,310	82,3	5,521	9,2	-	-	2,873	4,8
1976	65,519	9,4	2,174	3,3	54,737	83,5	5,589	8,5	-	-	3,019	4,7
1977	68,734	4,9	2,239	3,3	57,465	83,6	5,741	8,4	-	-	3,289	4,7
1978	73,553	7,0	2,200	3,0	61,815	84,0	6,152	8,4	-	-	3,386	4,6
1979	79,691	8,3	2,293	2,9	66,740	83,7	7,020	8,8	-	-	3,638	4,6
1980	88,427	11,0	2,603	2,9	73,367	83,0	8,464	9,6	-	-	3,993	4,5
1981	94,978	7,4	2,931	3,1	79,285	83,5	8,345	8,8	-	-	4,417	4,6
1982	95,767	0,8	2,637	2,8	80,468	84,0	7,898	8,2	-	-	4,764	5,0
1983	99,071	3,5	2,709	2,7	83,550	84,3	7,700	7,8	-	-	5,112	5,2
1984	106,400	7,4	2,995	2,8	90,083	84,7	7,923	7,4	-	-	5,399	5,1
1985	111,885	5,2	3,264	2,9	94,750	84,7	8,009	7,2	-	-	5,862	5,2
1986	117,194	4,7	3,516	3,0	99,534	84,9	8,258	7,0	-	-	5,886	5,0
1987	122,199	4,3	3,818	3,1	103,871	85,0	8,478	6,9	-	-	6,032	4,9

[a]) Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in vH.

[b]) Jeweilige Ausgaben in vH der Ausgaben der GKV für Gesundheit insgesamt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 52–55.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 4: **Die Ausgaben der GKV nach Ausgabenarten**

Ausgabenart / Jahr	Sachleistungen		Einkommensleistungen		Personal- und laufende Sachausgaben		Investitionsausgaben		Laufende Zuschüsse		Investitionszuschüsse	
	Mrd. DM	Anteil[a])	Mrd. DM	Anteil[a])	Mrd. DM	Anteil[a])	Mrd. DM	Anteil[a])	Mrd. DM	Anteil[a])	Mrd. DM	Anteil[a])
1970	20,242	81,9	3,111	12,6	1,270	5,1	0,054	0,2	0,012	0,0	0,028	0,1
1971	25,263	82,6	3,712	12,1	1,520	5,0	0,058	0,2	0,019	0,1	0,011	0,0
1972	29,675	83,0	4,174	11,7	1,792	5,0	0,081	0,2	0,021	0,1	0,019	0,1
1973	35,526	83,5	4,626	10,9	2,289	5,4	0,081	0,2	0,018	0,0	0,019	0,0
1974	43,204	84,7	5,051	9,9	2,573	5,0	0,113	0,2	0,032	0,1	0,017	0,0
1975	51,543	86,0	5,443	9,1	2,799	4,7	0,074	0,1	0,013	0,0	0,032	0,1
1976	56,904	86,9	5,511	8,4	2,954	4,5	0,065	0,1	0,013	0,0	0,072	0,1
1977	59,747	86,9	5,661	8,2	3,184	4,6	0,105	0,2	0,017	0,0	0,020	0,0
1978	64,031	87,1	6,071	8,3	3,283	4,5	0,103	0,1	0,009	0,0	–0,004	–0,0
1979	69,104	86,7	6,932	8,7	3,552	4,5	0,086	0,1	0,014	0,0	0,003	0,0
1980	76,041	86,0	8,367	9,5	3,845	4,3	0,148	0,2	0,013	0,0	0,013	0,0
1981	82,255	86,6	8,246	8,7	4,149	4,4	0,268	0,3	0,017	0,0	0,043	0,0
1982	83,105	86,8	7,794	8,1	4,517	4,7	0,247	0,3	0,017	0,0	0,087	0,1
1983	86,267	87,1	7,584	7,7	4,752	4,8	0,360	0,4	0,020	0,0	0,088	0,1
1984	93,163	87,6	7,790	7,3	5,098	4,8	0,301	0,3	0,008	0,0	0,040	0,0
1985	98,112	87,7	7,855	7,0	5,380	4,8	0,482	0,4	0,011	0,0	0,045	0,0
1986	103,151	88,0	8,077	6,9	5,785	4,9	0,101	0,1	0,011	0,0	0,069	0,1
1987	107,760	88,2	8,271	6,8	6,042	4,9	–0,010	–0,0	0,010	0,0	0,126	0,1

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 54–55.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 5: **Die Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten**

Behandlungsarten / Jahr	Behandlung durch Ärzte		Behandlung durch Zahnärzte		stationäre Behandlung		Arzneimittel[a])		Heil- und Hilfsmittel[b])		Zahnersatz	
	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])
1970	5,638	22,8	1,765	7,1	6,251	25,3	4,224	17,1	0,458	1,9	0,828	3,4
1971	6,994	22,9	2,077	6,8	7,944	26,0	4,971	16,3	0,608	2,0	1,209	4,0
1972	7,771	21,7	2,305	6,4	9,718	27,2	5,754	16,1	0,808	2,3	1,524	4,3
1973	8,777	20,6	2,725	6,4	12,144	28,5	6,753	15,9	1,161	2,7	1,860	4,4
1974	9,946	19,5	3,404	6,7	15,761	30,9	7,883	15,5	1,467	2,9	2,086	4,1
1975	11,256	18,8	4,129	6,9	18,091	30,2	8,901	14,9	1,821	3,0	4,180	7,0
1976	12,021	18,3	4,333	6,6	20,023	30,6	9,711	14,8	2,184	3,3	5,312	8,1
1977	12,608	18,3	4,652	6,8	21,270	30,9	9,913	14,4	2,333	3,4	5,403	7,9
1978	13,321	18,1	5,015	6,8	22,725	30,9	10,711	14,6	2,614	3,6	5,755	7,8
1979	14,275	17,9	5,279	6,6	24,194	30,4	11,439	14,4	2,952	3,7	6,472	8,1
1980	15,521	17,6	5,576	6,3	26,519	30,0	12,639	14,3	3,292	3,7	7,351	8,3
1981	16,682	17,6	6,005	6,3	28,492	30,0	13,710	14,4	3,614	3,8	8,110	8,5
1982	17,101	17,9	6,138	6,4	30,490	31,8	13,840	14,5	3,605	3,8	6,989	7,3
1983	17,941	18,1	6,344	6,4	31,851	32,1	14,502	14,6	3,798	3,8	6,664	6,7
1984	19,108	18,0	6,627	6,2	34,042	32,0	15,595	14,7	4,319	4,1	7,338	6,9
1985	19,859	17,7	6,724	6,0	35,873	32,1	16,657	14,9	4,647	4,2	7,666	6,9
1986	20,491	17,5	7,234	6,2	38,328	32,7	17,676	15,1	5,101	4,4	6,897	5,9
1987	21,204	17,4	7,454	6,1	40,133	32,8	18,979	15,5	5,565	4,6	6,283	5,1

[a]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[b]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
[c]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 52–55.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 6: **Die Ausgaben der PKV nach globalen Leistungsarten**

Leistungsart / Jahr	Ausgaben der PKV insgesamt		vorbeugende und betreuende Maßnahmen		Behandlung		Krankheitsfolgeleistungen		Ausbildung und Forschung		nicht aufteilbare Ausgaben	
	Mrd. DM	Wara[a])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])
1970	3,616	-	0,018	0,5	2,116	58,5	0,442	12,2	-	-	1,040	28,8
1971	3,982	10,1	0,020	0,5	2,332	58,6	0,490	12,3	-	-	1,140	28,6
1972	4,320	8,5	0,017	0,4	2,594	60,0	0,566	13,1	-	-	1,143	26,5
1973	4,739	9,7	0,004	0,1	2,827	59,7	0,654	13,8	-	-	1,254	26,5
1974	5,563	17,4	0,003	0,1	3,354	60,3	0,764	13,7	-	-	1,442	25,9
1975	6,131	10,2	0,002	0,0	3,744	61,1	0,908	14,8	-	-	1,477	24,1
1976	6,698	9,2	0,002	0,0	4,045	60,4	0,987	14,7	-	-	1,664	24,8
1977	6,911	3,2	0,002	0,0	4,226	61,1	0,964	13,9	-	-	1,719	24,9
1978	7,349	4,4	0,002	0,0	4,655	63,3	1,033	14,1	-	-	1,659	22,6
1979	8,046	9,5	0,003	0,0	5,160	64,1	1,110	13,8	-	-	1,773	22,0
1980	8,815	9,6	0,003	0,0	5,781	65,6	1,198	13,6	-	-	1,833	20,8
1981	9,757	10,7	0,003	0,0	6,531	66,9	1,253	12,8	-	-	1,970	20,2
1982	10,235	4,9	0,003	0,0	6,930	67,7	1,301	12,7	-	-	2,001	19,6
1983	10,880	6,3	0,003	0,0	6,986	64,2	1,328	12,2	-	-	2,563	23,6
1984	11,260	3,5	0,003	0,0	7,419	65,9	1,422	12,6	-	-	2,416	21,5
1985	12,480	10,8	-	-	7,839	62,8	1,487	11,9	-	-	3,154	25,3
1986	12,636	1,3	-	-	8,190	64,8	1,625	12,9	-	-	2,821	22,3
1987	13,468	6,5	-	-	8,856	65,8	1,707	12,7	-	-	2,905	21,6

[a]) Veränderung gegenüber dem Vorjahr in vH.
[b]) Jeweilige Ausgaben in vH der PKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 62–63.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 7: **Die Ausgaben der PKV nach Behandlungsarten**

Behandlungsart / Jahr	ärztliche Behandlung		Zahnbehandlung		stationäre Behandlung		Arzneimittel[a])		Heil- und Hilfsmittel		Zahnersatz	
	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])	Mrd. DM	Anteil[b])
1970	0,572	15,8	0,052	1,4	0,900	24,9	0,436	12,1	0,077	2,1	0,079	2,2
1971	0,626	15,7	0,060	1,5	1,017	25,6	0,454	11,4	0,085	2,1	0,090	2,3
1972	0,660	15,3	0,070	1,6	1,186	27,5	0,466	10,8	0,108	2,5	0,104	2,4
1973	0,692	14,6	0,084	1,8	1,346	28,4	0,454	9,6	0,126	2,7	0,125	2,6
1974	0,886	15,9	0,111	2,0	1,564	28,1	0,478	8,6	0,149	2,7	0,166	3,0
1975	0,905	14,8	0,141	2,3	1,793	29,2	0,503	8,2	0,191	3,1	0,211	3,4
1976	0,973	14,5	0,167	2,5	1,913	28,6	0,517	7,7	0,224	3,3	0,251	3,7
1977	0,971	14,1	0,204	3,0	2,017	29,2	0,501	7,2	0,226	3,3	0,307	4,4
1978	1,105	15,0	0,250	3,4	2,162	29,4	0,518	7,0	0,245	3,3	0,375	5,1
1979	1,232	15,3	0,295	3,7	2,357	29,3	0,543	6,7	0,290	3,6	0,443	5,5
1980	1,391	15,8	0,343	3,9	2,632	29,9	0,579	6,6	0,322	3,7	0,514	5,8
1981	1,565	16,0	0,392	4,0	2,980	30,5	0,668	6,8	0,338	3,5	0,588	6,0
1982	1,674	16,4	0,411	4,0	3,220	31,5	0,677	6,6	0,331	3,2	0,617	6,0
1983	1,578	14,5	0,418	3,8	3,344	30,7	0,687	6,3	0,333	3,1	0,626	5,8
1984	1,661	14,8	0,432	3,8	3,584	31,8	0,728	6,5	0,365	3,2	0,649	5,8
1985	1,728	13,8	0,578	4,6	3,751	30,1	0,808	6,5	0,396	3,2	0,578	4,6
1986	1,770	14,0	0,608	4,8	3,975	31,5	0,802	6,3	0,427	3,4	0,608	4,8
1987	1,926	14,3	0,667	5,0	4,244	31,5	0,858	6,4	0,494	3,7	0,667	5,0

[a]) Sog. Arzneien und Verbandsmittel.
[b]) Jeweilige Ausgaben in vH der PKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1989 a, S. 62–63.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 8

Gesundheitsquoten[a]) im internationalen Vergleich

Land \ Jahr	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987
Australien	4,6	4,9	5,0	5,7	6,5	7,0	7,2
Belgien	3,4	3,9	4,0	5,8	6,6	7,2	7,2
Dänemark	3,7	4,9	6,1	6,5	6,8	6,2	6,0
Deutschland	4,7	5,1	5,5	7,8	7,9	8,2	8,1
Finnland	3,9	4,9	5,7	6,3	6,5	7,2	7,4
Frankreich	4,2	5,2	5,8	6,9	7,6	8,5	8,5
Griechenland	3,2	3,6	4,0	4,1	4,3	4,9	5,3
Großbritannien	3,9	4,2	4,5	5,5	5,8	6,0	6,0
Irland	4,0	4,4	5,6	7,2	8,5	8,0	7,4
Island	3,5	4,2	5,3	6,2	6,4	7,3	7,8
Italien	3,3	4,0	5,2	6,1	6,7	6,9	7,2
Japan	2,8	4,3	4,4	5,5	6,4	6,6	6,8
Kanada	5,5	6,1	7,2	7,4	7,4	8,5	8,8
Luxemburg	-	-	4,1	5,7	6,8	6,6	7,5
Neuseeland	4,4	4,5	5,1	6,4	7,2	6,6	6,9
Niederlande	3,9	4,4	6,0	7,7	8,2	8,2	8,5
Norwegen	3,3	4,0	5,0	6,7	6,6	6,4	7,5
Österreich	4,6	5,0	5,4	7,3	7,9	8,1	8,4
Portugal	-	-	-	6,4	5,9	7,0	6,4
Schweden	4,7	5,6	7,2	8,0	9,5	9,4	9,2
Schweiz	3,3	3,8	5,2	7,0	7,3	7,7	7,7
Spanien	2,3	2,7	4,1	5,1	5,9	6,0	6,0
Türkei	-	-	-	3,5	4,1	-	3,5
USA	5,2	6,0	7,4	8,4	9,2	10,6	11,2
Durchschnitt[b])	3,9	4,6	5,4	6,4	6,9	7,4	7,4

[a]) Die gesamten Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in vH des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

[b]) Für 1960 und 1965 ohne Luxemburg, Portugal und Türkei; für 1970 ohne Portugal und Türkei; für 1985 ohne Türkei. Bei Ausklammerung der Türkei liegt der Durchschnitt für 1985 bei 6,5 vH, für 1980 bei 7,0 vH und für 1987 bei 7,5 vH.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD 1990, S. 129 und 198; siehe auch mit geringfügigen Abweichungen Schieber und Poullier 1990, S. 10.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 9

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf in OECD-Ländern im Jahre 1980 bei verschiedener Umrechnung der Währungen

Land \ Art der Umrechnung	Wechselkurse		BIP-PPPs[a])		G-PPPs[b])	
	$	Rang	$	Rang	$	Rang
USA	1087	1	1087	1	809	8
Deutschland	1065	2	818	4	825	7
Frankreich	1036	3	837	3	941	2
Niederlande	983	4	773	5	865	3
Norwegen	963	5	772	6	1071	1
Dänemark	879	6	667	8	665	11
Luxemburg	845	7	714	7	806	9
Kanada	787	8	853	2	663	12
Belgien	747	9	596	10	675	10
Österreich	718	10	603	9	828	6
Finnland	677	11	559	11	853	4
Japan	569	12	537	13	832	5
Großbritannien	530	13	468	15	653	13
Irland	480	14	510	14	509	15
Italien	479	15	541	12	636	14
Spanien	334	16	376	16	405	16
Griechenland	175	17	211	18	289	18
Portugal	151	18	238	17	375	17

[a]) Umrechnung auf der Grundlage von „Purchasing Power Parities" für die jeweiligen Bruttoinlandsprodukte.

[b]) Umrechnung auf der Grundlage von „Purchasing Power Parities" für die jeweiligen Gesundheitsleistungen.

Quelle: siehe OECD 1987, S. 21.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 10

Gesundheitsausgaben pro Kopf und Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in OECD-Ländern im Jahre 1987

Land	Gesundheitsausgaben[a])	Bruttoinlandsprodukt[a])
Australien	939	12 612
Belgien	879	11 802
Dänemark	792	13 329
Deutschland	1 093	13 323
Finnland	949	12 838
Frankreich	1 105	12 803
Griechenland	337	6 363
Großbritannien	758	12 340
Irland	561	7 541
Island	1 241	15 508
Italien	841	12 254
Japan	915	13 182
Kanada	1 483	17 211
Luxemburg	1 050	14 705
Neuseeland	733	10 680
Niederlande	1 041	12 252
Norwegen	1 149	15 405
Österreich	982	11 664
Portugal	386	6 297
Schweden	1 233	13 771
Schweiz	1 225	15 842
Spanien	521	8 681
Türkei	148	4 247
USA	2 051	18 338
Durchschnitt	934	12 207

[a]) Jeweils in U.S.-Dollar auf der Grundlage von „Purchasing Power Parities" für die jeweiligen Bruttoinlandsprodukte.

Quelle: siehe Schieber und Poullier 1990, S. 12.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 11: **Der Preisstruktureffekt im Behandlungsbereich**

Jahr	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Lebenshaltung aller privaten Haushalte 1980 = 100	60,7	63,9	67,5	72,1	77,2	81,8	85,5	88,8	91,1	94,8	100,0	106,0	111,9	115,6	118,4	121,0	120,7	121,0
Dienstleistungen von Ärzten[a])	51,1	56,7	61,6	66,4	72,6	77,7	82,2	86,2	90,1	93,8	100,0	105,0	109,7	115,0	117,4	119,0	120,7	121,2
Dienstleistungen der Krankenhäuser	31,5	37,8	43,2	50,6	60,5	71,2	78,0	82,2	86,5	93,0	100,0	106,8	112,5	110,6	111,6	112,5	115,0	118,7
Dienstleistungen der Krankenhäuser, bereinigt	42,3	49,4	54,8	62,2	72,4	82,6	87,9	90,0	91,8	95,8	100,0	106,8	112,5	110,6	111,6	112,5	115,0	118,7
Einzelhandel mit pharmazeutischen u. ä. Erzeugnissen aus Apotheken	67,6	70,9	74,2	77,5	81,5	85,4	87,3	89,9	91,7	95,2	100,0	103,0	106,9	111,2	113,9	117,4	119,2	120,6
GKV-Behandlungsleistungen[b]), Variante I[c])	50,8	56,5	61,3	66,9	74,4	81,4	85,7	88,6	91,2	95,0	100,0	105,4	110,3	112,3	114,2	115,9	117,9	120,0
GKV-Behandlungsleistungen, Variante II[d])	50,4	56,3	61,1	66,8	74,3	81,3	85,6	88,6	91,2	94,9	100,0	105,3	110,3	112,2	114,0	115,7	117,8	119,9

[a]) Der isolierten Berechnung der Preisindizes für Ärzte und Krankenhäuser ab 1970 liegt zusätzliches Datenmaterial des Statistischen Bundesamtes zugrunde.

[b]) Bestehend aus folgenden Komponenten: Dienstleistungen von Ärzten, Dienstleistungen der Krankenhäuser bereinigt, Einzelhandel mit pharmazeutischen u. ä. Erzeugnissen aus Apotheken.

[c]) Gesamtindex entspricht dem gewogenen arithmetischen Mittel der Laspeyres-Teilindizes mit den Ausgabenanteilen zur Basisperide als Gewichten.

[d]) Gesamtindex entspricht dem gewogenen harmonischen Mittel der Laspeyres-Teilindizes mit den Ausgabenanteilen zur Berichtsperiode als Gewichten.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Statistisches Bundesamt 1979, S. 12, 20, 41; 1980, S. 36, 56, 110; 1988, S. 12, 56, 126.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 12: **Die Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten (Arbeits- und Sozialstatistik)**

Behandlungsarten / Jahr	Behandlung durch Ärzte		Behandlung durch Zahnärzte		stationäre Behandlung		Arzneimittel[a])		Heil- und Hilfsmittel[b])		Zahnersatz		insgesamt[c])
	Mrd. DM	Anteil[d])	Mrd. DM	Anteil[d])	Mrd. DM	Anteil[d])	Mrd. DM	Anteil[d])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM	Anteil[c])	Mrd. DM
1970	5,458	22,9	1,708	7,2	6,009	25,2	4,224	17,7	0,667	2,8	0,828	3,5	23,849
1971	6,809	23,0	2,022	6,8	7,653	25,9	4,971	16,8	0,891	3,0	1,209	4,1	29,587
1972	7,584	21,9	2,250	6,5	9,362	27,1	5,754	16,7	1,179	3,4	1,524	4,4	34,557
1973	8,602	21,0	2,671	6,5	11,700	28,5	6,753	16,5	1,631	4,0	1,860	4,5	41,009
1974	9,930	20,2	3,399	6,9	15,246	31,0	7,883	16,0	2,095	4,3	2,086	4,2	49,192
1975	11,259	19,4	4,129	7,1	17,534	30,1	8,901	15,3	2,582	4,4	4,180	7,2	58,170
1976	11,923	18,8	4,297	6,8	19,256	30,3	9,642	15,2	3,054	4,8	5,312	8,4	63,588
1977	12,489	18,7	4,608	6,9	20,464	30,7	9,849	14,8	3,340	5,0	5,403	8,1	66,614
1978	13,194	18,5	4,967	7,0	21,865	30,6	10,651	14,9	3,844	5,4	5,755	8,1	71,398
1979	14,122	18,2	5,222	6,7	23,252	30,0	11,372	14,7	4,356	5,6	6,472	8,4	77,435
1980	15,358	17,9	5,518	6,4	25,465	29,6	12,573	14,6	4,881	5,7	7,351	8,6	85,955
1981	16,491	17,9	5,936	6,4	27,321	29,6	13,631	14,8	5,273	5,7	8,110	8,8	92,203
1982	16,917	18,3	6,056	6,5	29,596	31,9	13,777	14,9	5,045	5,4	6,988	7,5	92,677
1983	17,763	18,5	6,261	6,5	30,970	32,3	14,449	15,1	5,234	5,5	6,664	6,9	95,897
1984	18,924	18,3	6,563	6,3	33,215	32,1	15,545	15,0	6,064	5,9	7,338	7,1	103,562
1985	19,660	18,1	6,656	6,1	35,049	32,2	16,603	15,3	6,512	6,0	7,666	7,1	108,704
1986	20,295	17,8	7,165	6,3	37,489	32,9	17,626	15,5	7,221	6,3	6,897	6,0	114,061
1987	20,966	17,6	7,370	6,2	39,212	33,0	18,889	15,9	7,849	6,6	6,283	5,3	118,930
1988	21,650	16,9	7,692	6,0	40,668	31,8	20,435	16,0	8,906	7,0	9,651	7,5	128,059

[a]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[b]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
[c]) Ausgaben der GKV für Gesundheit ohne die nicht aufteilbaren, sonstigen Aufwendungen.
[d]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1970 bis 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 13: **Die Ausgaben der GKV für Mitglieder[a]) nach Behandlungsarten**

Behandlungsarten / Jahr	Behandlung durch Ärzte		Behandlung durch Zahnärzte		stationäre Behandlung		Arzneimittel[b])		Heil- und Hilfsmittel[c])		Zahnersatz		insgesamt[d])
	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM
1970	3,995	23,1	1,564	9,1	3,869	22,4	2,378	13,8	0,466	2,7	0,577	3,3	17,273
1971	4,958	23,3	1,850	8,7	4,924	23,2	2,764	13,0	0,620	2,9	0,827	3,9	21,267
1972	5,472	22,3	2,059	8,4	5,946	24,2	3,151	12,8	0,815	3,3	1,046	4,3	24,535
1973	6,132	21,5	2,451	8,6	7,292	25,5	3,620	12,7	1,115	3,9	1,226	4,3	28,573
1974	6,966	20,7	3,133	9,3	9,325	27,7	4,148	12,3	1,408	4,2	1,331	4,0	33,634
1975	7,836	19,7	3,797	9,6	10,522	26,5	4,608	11,6	1,701	4,3	3,126	7,9	39,681
1976	8,117	18,9	3,947	9,2	11,317	26,4	4,876	11,4	1,981	4,6	4,140	9,6	42,911
1977	8,392	18,9	4,217	9,5	11,739	26,4	5,030	11,3	2,158	4,8	4,207	9,5	44,515
1978	8,803	18,6	4,542	9,6	12,162	25,7	5,521	11,7	2,465	5,2	4,519	9,6	47,271
1979	9,379	18,4	4,765	9,3	12,713	24,9	5,795	11,4	2,763	5,4	5,122	10,0	51,025
1980	10,146	18,0	5,030	8,9	13,768	24,4	6,260	11,1	3,063	5,4	5,863	10,4	56,504
1981	10,792	18,1	5,367	9,0	14,450	24,3	6,604	11,1	3,242	5,4	6,413	10,8	59,505
1982	10,990	18,7	5,494	9,4	15,485	26,4	6,514	11,1	2,959	5,0	5,505	9,4	58,709
1983	11,381	19,2	5,650	9,6	15,884	26,9	6,588	11,1	2,998	5,1	5,148	8,7	59,141
1984	12,150	19,2	5,898	9,3	16,738	26,5	6,942	11,0	3,441	5,4	5,609	8,9	63,185
1985	12,585	19,2	5,972	9,1	17,334	26,5	7,329	11,2	3,648	5,6	5,829	8,9	65,424
1986	12,947	19,1	6,390	9,4	18,411	27,1	7,758	11,4	4,029	5,9	5,126	7,5	67,912
1987	13,423	19,1	6,562	9,4	19,117	27,3	8,323	11,9	4,329	6,2	4,494	6,4	70,140
1988	13,903	18,5	6,767	9,0	19,624	26,1	9,035	12,0	4,850	6,4	6,812	9,0	75,310

[a]) Mitglieder und Familienangehörige in der Allgemeinen Krankenversicherung.
[b]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[c]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
[d]) Ausgaben der GKV für Gesundheit an Mitglieder ohne die nicht aufteilbaren, sonstigen Aufwendungen.
[e]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit an Mitglieder insgesamt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1970 bis 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 14: **Die Ausgaben der GKV für Rentner[a]) nach Behandlungsarten**

Behandlungsarten / Jahr	Behandlung durch Ärzte		Behandlung durch Zahnärzte		stationäre Behandlung		Arzneimittel[b])		Heil- und Hilfsmittel[c])		Zahnersatz		insgesamt[d])
	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM	Anteil[e])	Mrd. DM
1970	1,463	22,2	0,144	2,2	2,140	32,5	1,846	28,1	0,201	3,1	0,251	3,8	6,576
1971	1,851	22,2	0,173	2,1	2,728	32,8	2,207	26,5	0,271	3,3	0,381	4,6	8,320
1972	2,112	21,1	0,191	1,9	3,416	34,1	2,603	26,0	0,364	3,6	0,478	4,8	10,022
1973	2,470	19,9	0,220	1,8	4,407	35,4	3,133	25,2	0,517	4,2	0,634	5,1	12,436
1974	2,964	19,1	0,266	1,7	5,920	38,1	3,735	24,0	0,687	4,4	0,756	4,9	15,558
1975	3,423	18,5	0,333	1,8	7,012	37,9	4,294	23,2	0,881	4,8	1,054	5,7	18,489
1976	3,807	18,4	0,350	1,7	7,939	38,4	4,766	23,0	1,073	5,2	1,173	5,7	20,677
1977	4,097	18,5	0,390	1,8	8,725	39,5	4,820	21,8	1,182	5,3	1,196	5,4	22,099
1978	4,391	18,2	0,425	1,8	9,703	40,1	5,130	21,2	1,379	5,7	1,236	5,1	24,188
1979	4,744	18,0	0,457	1,7	10,539	39,9	5,576	21,1	1,593	6,0	1,350	5,1	26,410
1980	5,212	17,7	0,487	1,7	11,697	39,7	6,313	21,4	1,818	6,2	1,488	5,1	29,451
1981	5,699	17,5	0,570	1,7	12,871	39,4	7,027	21,5	2,031	6,2	1,697	5,2	32,638
1982	5,927	17,4	0,563	1,7	14,111	41,5	7,262	21,4	2,087	6,1	1,484	4,4	33,968
1983	6,382	17,4	0,611	1,7	15,125	41,1	7,861	21,4	2,236	6,1	1,516	4,1	36,756
1984	6,774	16,8	0,665	1,6	16,477	40,8	8,602	21,3	2,623	6,5	1,729	4,3	40,377
1985	7,075	16,3	0,684	1,6	17,716	40,9	9,274	21,4	2,864	6,6	1,837	4,2	43,280
1986	7,348	15,9	0,774	1,7	19,078	41,3	9,867	21,4	3,192	6,9	1,771	3,8	46,149
1987	7,543	15,5	0,808	1,7	20,095	41,2	10,566	21,7	3,520	7,2	1,789	3,7	48,790
1988	7,746	14,7	0,925	1,8	21,044	39,9	11,400	21,6	4,056	7,7	2,839	5,4	52,749

[a]) Rentner und Familienangehörige in der KVdR.
[b]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
[c]) Sog. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.
[d]) Ausgaben der GKV für Gesundheit an Rentner ohne die nicht aufteilbaren, sonstigen Aufwendungen.
[e]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit an Rentner insgesamt.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1970 bis 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 15

Mitglieder, Rentner und mitversicherte Familienangehörige in der GKV

	Mitglieder insgesant[a])		Mitglieder in der AKV[b])		Rentner in der KVdR[c])		Mitversicherte Familien-angehörige[d])	
Jahr	Mio.	Wara[e])	Mio.	Wara[e])	Mio.	Wara[e])	Mio.	Wara[e])
1970	30,647	-	22,638	-	8,009	-	25,429	-
1971	31,487	2,7	23,228	2,6	8,259	3,1	25,285	–0,6
1972	32,181	2,2	23,620	1,7	8,561	3,7	25,467	0,7
1973	33,216	3,1	24,162	2,3	9,054	5,8	25,667	0,8
1974	33,516	1,0	24,161	0,0	9,355	3,3	25,445	–0,9
1975	33,493	–0,1	23,861	–1,2	9,632	3,0	25,088	–1,4
1976	33,582	0,3	23,732	–0,5	9,850	2,3	24,730	–1,4
1977	33,835	0,8	23,797	0,3	10,038	1,9	24,327	–1,6
1978	34,379	1,6	24,205	1,7	10,174	1,4	23,667	–2,7
1979	34,838	1,3	24,603	1,6	10,235	0,6	23,306	–1,5
1980	35,395	1,6	25,092	2,0	10,303	0,7	22,840	–2,0
1981	35,704	0,9	25,375	1,1	10,329	0,3	22,503	–1,5
1982	35,820	0,3	25,417	0,2	10,403	0,7	21,879	–2,8
1983	35,806	–0,04	25,346	–0,3	10,460	0,5	20,920	–4,4
1984	36,014	0,6	25,446	0,4	10,568	1,0	20,376	–2,6
1985	36,186	0,5	25,563	0,5	10,623	0,5	19,507	–4,3
1986	36,452	0,7	25,683	0,5	10,630	0,1	18,433	–5,5
1987	36,718	0,7	26,005	1,3	10,713	0,8	18,144	–1,6
1988	37,001	0,8	26,210	0,8	10,791	0,7	17,908	–1,3

[a]) Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder und Rentner.

[b]) Allgemeine Krankenversicherung; ohne Rentner.

[c]) Krankenversicherung der Rentner.

[d]) Berechnet für die Jahre 1970–1974 und 1976–1982 aufgrund der Mikrozensusergebnisse des Statistischen Bundesamtes. 1975 wurden keine Morbiditätsfragen erhoben, der ausgewiesene Wert ist interpoliert. Die Werte ab 1983 entstammen der GKV-Statistik.

[e]) Veränderung gegenüber dem Vorjahr in vH.

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1970 bis 1988; Statistisches Bundesamt 1979, S. 58, 1983, S. 60.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 16

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für die Behandlung durch Ärzte

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	22,89	22,89	22,89	22,89
1971	23,01	22,89	22,99	22,91
1972	21,95	21,97	21,84	22,08
1973	20,98	21,09	20,73	21,35
1974	20,19	20,30	19,80	20,71
1975	19,36	19,61	18,82	20,22
1976	18,75	18,90	18,10	19,65
1977	18,75	18,73	18,02	19,56
1978	18,46	18,45	17,75	19,27
1979	18,24	18,25	17,56	19,01
1980	17,87	17,94	17,25	18,64
1981	17,90	17,85	17,30	18,50
1982	18,25	17,99	17,61	18,68
1983	18,52	18,00	17,82	18,73
1984	18,27	17,87	17,56	18,62
1985	18,00	17,65	17,29	18,41
1986	17,79	17,49	17,10	18,22
1987	17,63	17,42	16,97	18,14

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus den Tabellen 12 bis 15.

Tabelle 17

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für die Behandlung durch Zahnärzte

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	7,16	7,16	7,16	7,16
1971	6,84	6,86	6,84	6,86
1972	6,51	6,56	6,50	6,57
1973	6,51	6,58	6,49	6,61
1974	6,91	6,97	6,88	7,01
1975	7,10	7,13	7,05	7,19
1976	6,76	6,81	6,70	6,88
1977	6,92	6,93	6,85	7,02
1978	6,95	6,96	6,88	7,04
1979	6,74	6,76	6,68	6,83
1980	6,42	6,46	6,36	6,52
1981	6,44	6,43	6,38	6,49
1982	6,54	6,53	6,47	6,60
1983	6,53	6,50	6,46	6,57
1984	6,34	6,30	6,27	6,37
1985	6,09	6,07	6,02	6,14
1986	6,28	6,21	6,21	6,28
1987	6,20	6,12	6,13	6,19

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabelle 16.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 18

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für die stationäre Behandlung

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	25,20	25,20	25,20	25,20
1971	25,86	25,62	25,83	25,65
1972	27,09	26,18	26,92	26,34
1973	28,53	26,75	28,08	27,14
1974	30,99	27,93	30,22	28,54
1975	30,14	27,06	29,04	27,96
1976	30,28	26,77	28,92	27,87
1977	30,72	26,60	29,16	27,81
1978	30,60	25,99	29,01	27,18
1979	30,03	25,39	28,52	26,51
1980	29,63	24,99	28,23	26,01
1981	29,65	24,66	28,30	25,62
1982	31,93	25,68	30,41	26,68
1983	32,34	25,54	30,67	26,59
1984	32,07	25,14	30,33	26,24
1985	32,08	24,84	30,30	25,95
1986	32,87	25,11	31,07	26,19
1987	32,97	25,05	31,21	26,09

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabelle 16.

Tabelle 19

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für Arzneimittel

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	17,71	17,71	17,71	17,71
1971	16,80	17,08	16,77	17,11
1972	16,65	16,86	16,52	17,00
1973	16,47	16,57	16,15	16,90
1974	16,02	16,17	15,54	16,70
1975	15,30	15,66	14,63	16,44
1976	15,16	15,41	14,35	16,36
1977	14,79	15,29	13,92	16,34
1978	14,91	15,47	14,07	16,49
1979	14,68	15,22	13,89	16,19
1980	14,63	15,02	13,88	15,90
1981	14,79	14,91	14,06	15,74
1982	14,86	14,77	14,08	15,63
1983	15,07	14,61	14,20	15,52
1984	15,01	14,44	14,10	15,39
1985	15,20	14,45	14,27	15,40
1986	15,45	14,54	14,52	15,47
1987	15,88	14,74	14,96	15,64

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabelle 16.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 20

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	2,80	2,80	2,80	2,80
1971	3,01	2,94	3,01	2,94
1972	3,41	3,20	3,39	3,22
1973	3,98	3,56	3,93	3,60
1974	4,26	3,71	4,17	3,76
1975	4,44	3,77	4,30	3,85
1976	4,80	3,96	4,62	4,06
1977	5,01	4,08	4,80	4,20
1978	5,38	4,29	5,15	4,40
1979	5,63	4,41	5,40	4,52
1980	5,68	4,41	5,46	4,50
1981	5,72	4,36	5,51	4,45
1982	5,44	4,04	5,22	4,13
1983	5,46	3,97	5,21	4,07
1984	5,86	4,17	5,58	4,27
1985	5,96	4,18	5,67	4,29
1986	6,33	4,38	6,03	4,48
1987	6,60	4,48	6,29	4,58

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabelle 16.

Tabelle 21

Tatsächliche und bereinigte Anteile der Ausgaben für Zahnersatz

Anteil[a]) / Jahr	tatsächlicher Anteil	bereinigte Ausgabenanteile		
		bei konstantem Ausgabenanteil für Rentner	bei konstanter Rentnerquote	bei konstanter relativer Ausgabenintensität
1970	3,26	3,26	3,26	3,26
1971	4,08	3,64	4,08	3,64
1972	4,41	3,87	4,39	3,88
1973	4,54	3,83	4,47	3,87
1974	4,24	3,55	4,14	3,61
1975	7,19	6,22	7,02	6,30
1976	8,36	7,35	8,15	7,46
1977	8,11	7,16	7,90	7,27
1978	8,05	7,17	7,85	7,28
1979	8,36	7,46	8,17	7,56
1980	8,55	7,66	8,38	7,76
1981	8,80	7,80	8,62	7,89
1982	7,54	6,78	7,38	6,88
1983	6,95	6,21	6,78	6,31
1984	7,09	6,26	6,90	6,36
1985	7,02	6,18	6,83	6,28
1986	6,05	5,34	5,88	5,44
1987	5,28	4,62	5,13	4,72

[a]) Jeweilige Ausgaben in vH der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.
Quelle: Siehe Tabelle 16.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 22

Ausgaben für Selbstmedikation aus Apotheken

Jahr		Selbstmedikation aus Apotheken		
	Mrd. DM	Wara[a])	je Einwohner DM	Wara[a]) je Einwohner
1970	2,155	–	35,37	–
1971	2,245	4,2	36,99	4,6
1972	2,300	2,4	37,33	0,9
1973	2,220	–3,5	35,86	–3,9
1974	2,212	–0,4	35,64	–0,6
1975	2,194	–0,8	35,45	–0,5
1976	2,252	2,6	36,59	3,2
1977	2,289	1,6	37,27	1,9
1978	2,516	9,9	41,03	10,1
1979	2,658	5,6	43,35	5,7
1980	3,005	13,1	48,84	12,7
1981	2,978	–0,9	48,30	–1,1
1982	3,418	14,8	55,43	14,8
1983	3,758	9,9	61,30	10,6
1984	3,893	3,6	63,77	4,0
1985	4,000	2,7	65,55	2,8
1986	4,100	2,5	67,14	2,4
1987	4,100	0,0	67,03	–0,2

[a]) Veränderung gegenüber dem Vorjahr in vH.

Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie 1986, S. 18 und Informationen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA).

Anhang zum Preisstruktureffekt im Gesundheitswesen

Die Behandlungsausgaben A_o (A_t) dienen dazu, von den Gütern und Leistungen $j=1,\ldots,n$ in der Basisperiode 0 (Berichtsperiode t) die Mengen q_{oj} (q_{tj}) zu den Preisen p_{oj} (p_{tj}) zu kaufen. Die Preisbereinigung besteht darin, den Ausgabenindex A_{ot} durch einen Preisindex zu dividieren. Für die zentralen Aggregate der Behandlungsausgaben können zunächst Preisindizes vom Laspeyres-Typ ($P_{ot}^{(L)}$) entwickelt werden. Bei einer Preisbereinigung mit Hilfe dieses Index-Typs erhält man einen Paasche-Mengenindex ($Q_{ot}^{(P)}$):[1]

$$(1)\quad \frac{A_{ot}}{P_{ot}^{(L)}} = Q_{ot}^{(P)} = \frac{\sum p_t q_t}{\sum p_t q_0} = \frac{\sum p_t q_t}{\sum p_t q_t \frac{q_0}{q_t}}.$$

[1] Der Übersichtlichkeit wegen verzichten wir auf die Angabe der Summationsgrenzen und des Summationsindexes $j=1,\ldots,n$, wobei sich j auf die einzelnen Güter bzw. Leistungen in der Behandlung erstreckt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Sofern für die Aggregate der Behandlung Preisindizes nach Paasche zur Verfügung stehen — was für die Gesundheitsausgaben leider nicht der Fall ist —, führt die Deflationierung zu einem Mengenindex nach Laspeyres $Q_{ot}^{(L)}$:

$$(2) \quad \frac{A_{ot}}{P_{ot}^{(P)}} = Q_{ot}^{(L)} = \frac{\sum p_0 q_t}{\sum p_0 q_0}.$$

Der Mengenindex nach Laspeyres unterscheidet sich dabei nur durch den konstanten Faktor $1/\sum p_o q_o$ von den Realausgaben $\sum p_o q_t$. Bei den Realausgaben handelt es sich aber um keine Mengengrößen im engeren Sinne, sondern um Wertgrößen eines bestimmten Jahres in Preisen einer Basisperiode. Der Begriff Realwertberechnung trifft für diese Vorgehensweise am besten zu.

Zur Konstruktion eines Gesamtindexes für Behandlungsleistungen, dem die einzelnen Teilindizes vom Typ Laspeyres zugrunde liegen, bieten sich zwei Vorgehensweisen an. Bei der *Variante I* entspricht auch der Gesamtindex ($PG_{ot}^{(L)}$) einem Laspeyres-Index, nämlich dem gewogenen arithmetischen Mittel der Laspeyres-Teilindizes:

$$(3) \quad PG_{ot}^{(L)} = \sum_{k=1}^{3} g_0^k P_{ot}^{(L)k} \quad \text{mit}$$

$$(4) \quad g_0^k = \frac{\sum_{j=1}^{n_k} p_{oj}^k q_{oj}^k}{\sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} p_{oj}^k q_{oj}^k} \qquad k=1,2,3; \quad \sum_{k=1}^{3} n_k = n \quad \text{und}$$

$$(5) \quad P_{ot}^{(L)k} = \frac{\sum_{j=1}^{n_k} p_{oj}^k q_{oj}^k \frac{p_{tj}^k}{p_{oj}^k}}{\sum_{j=1}^{n_k} p_{oj}^k q_{oj}^k}.$$

Mit k bezeichnen wir jene Behandlungskategorien, die in den Gesamtindex einfließen. Es handelt sich dabei um die ambulante und stationäre Behandlung sowie die Arzneimittel. In den so berechneten Gesamtindex gehen somit Preisindizes ein, die sich auf über 80 vH der Behandlungsausgaben der GKV erstrecken.

Bei der *Variante II* wird der Gesamtindex (PG_{ot}^{*}) nach der Paasche-Form als gewogenes harmonisches Mittel der Laspeyres-Teilindizes gebildet:

$$(6) \quad PG_{ot}^{*} = \frac{1}{\sum_{k=1}^{3} g_t^k \cdot \frac{1}{P_{ot}^{(L)k}}} \quad \text{mit}$$

$$(7) \quad g_t^k = \frac{\sum_{j=1}^{n_k} p_{tj}^k q_{tj}^k}{\sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} p_{tj}^k q_{tj}^k} \qquad k=1, 2, 3; \quad \sum_{k=1}^{3} n_k = n.$$

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Durch Einsetzen von (7) in (6) folgt:

$$(6a)\quad PG^*_{ot} = \frac{1}{\sum_{k=1}^{3} \frac{\sum_{j=1}^{n_k} p^k_{tj} q^k_{tj}}{\sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} p^k_{tj} q^k_{tj}} \cdot \frac{1}{P^{(L)k}_{ot}}}$$

$$= \frac{1}{\sum_{k=1}^{3} \frac{\sum_{j=1}^{n_k} A^k_{tj}}{\sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} A^k_{tj}} \cdot \frac{1}{P^{(L)k}_{ot}}} \quad \text{mit} \quad \sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} A^k_{tj} = A_t \text{ und } \sum_{k=1}^{3} \sum_{j=1}^{n_k} A^k_{tj} \cdot \frac{1}{P^{(L)k}_{ot}} = A^r_t$$

$$= \frac{A_t}{A^r_t}.$$

Der Gesamtindex PG^*_{ot} läßt sich auf diese Weise als Quotient der nominalen Ausgaben A_t und der Realausgaben A^r_t darstellen. Idealtypisch betrachtet genügt diese Indexform, die als „verpaaschter Laspeyres-Index" bei der Deflationierung von Aggregaten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen Anwendung findet, weder den Anforderungen an einen Laspeyres-Index noch jenen an einen Paasche-Index (vgl. Angermann und Stahmer 1976, S. 112; Klein 1983, S. 102). Diese Variante, den Gesamtindex zu konstruieren, besitzt vor allem den Nachteil, daß sich Preis- und Mengeneffekte überlagern. Da die zur Ermittlung der Realausgaben nach (2) eigentlich notwendigen Preisindizes nach Paasche jedoch nicht zur Verfügung stehen, zielt diese Bildung des Gesamtindexes darauf ab, mit Hilfe der vorhandenen Laspeyres-Indizes über ein harmonisches Mittel der gewünschten Indexform ziemlich nahe zu kommen. Obgleich die Datenanalyse dies für die einzelnen Behandlungsarten nicht zuläßt, ermöglicht diese Vorgehensweise den Ausweis von Realausgaben für die Behandlungsausgaben insgesamt.

Anhang zum MIMIC-Modell der Gesundheitszustandsmessung bei partieller Information

Den Ausgangspunkt zur Messung des Gesundheitsstatus bei partieller Information gemäß dem Ansatz von van Vliet und van Praag (1987, S. 32ff.) bildet das Gleichungssystem (1)-(3) des MIMIC-Modells:

(1) $GN_i = \lambda_{1i} G^* + \gamma_{1i}' X_1 + \gamma_{2i}' X_2 + \varepsilon_{1i} \quad i = 1,2,3$

(2) $GI_j = \lambda_{2j} G^* + \alpha_{2j}' X_2 + \varepsilon_{2j} \quad j = 1,2,3$

(3) $G^* = \beta_2' X_2 + \beta_3' X_3 + \varepsilon_3,$

Gleichung (1) repräsentiert die Nachfrage nach Gesundheit, Gleichung (2) das Meßmodell der Dimensionen des Gesundheitsstatus und Gleichung (3) läßt sich als Gesundheitsproduktionsfunktion auffassen (vgl. auch oben unter E.II.1.).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Gemäß Gleichung (3) kann die latente Variable G^* als Funktion $G^*(X)$ dargestellt werden, wobei $X' = (X_2 \vdots X_3)'$ den Vektor der Ursachen angibt, der die sogenannten prädisponierenden Variablen umfaßt (bspw. Alter, Geschlecht, Einkommen, Lebensstil-Variablen, Umweltqualität, Arbeitsplatzbedingungen).

Der folgende Ansatz erlaubt uns, den Erklärungsgehalt schwer zu beobachtender Variablen im Hinblick auf die latente Variable Gesundheit zu ermitteln, wenn die Information bezüglich dieser schwer zu beobachtenden Variablen unberücksichtigt bleibt.

Gemäß Gleichung (2) gilt für ein bestimmtes j ($\lambda_{2j} \neq 0$):

$$(4) \qquad G^* = \frac{1}{\lambda_{2j}}[GI_j - \alpha_{2j}' X_2 - \varepsilon_{2j}].$$

Unter Vernachlässigung des Störterms ε_{2j} erhalten wir für jedes j eine entsprechende Proxy-Variable g_j^*:

$$(5) \qquad g_j^* = \frac{1}{\lambda_{2j}}[GI_j - \alpha_{2j}' X_2].$$

Dabei stellt g_j^* einen unverzerrten Schätzer für G^* dar mit der Fehlervarianz $\sigma^2(\varepsilon_{2j})/\lambda_{2j}^2{}^2$. Sobald die Schätzungen der Parameterwerte α_{2j} und λ_{2j} vorliegen, kann g_j^* berechnet werden, denn annahmegemäß lassen sich die X_2-Variablen vergleichsweise einfach messen.

Will man g_j^* interpretieren, so handelt es sich um eine Schätzung für die latente Variable G^*, die sich als Funktion des entsprechenden Gesundheitsindikators GI_j darstellt, korrigiert um den direkten Einfluß von X_2 auf GI_j.

Diese Technik gestattet eine analoge Anwendung auf Gleichung (1)[3]. Hier läßt sich die Proxy-Variable g_i^* auffassen als Funktion der entsprechenden Nachfrage nach einer medizinischen Leistung GN_i, korrigiert um die direkten Einflüsse von X_1 und X_2 auf GN_i. Es liegt daher nahe, einen gewichteten Mittelwert $\hat{G}^*$ aus diesen Proxy-Variablen zu bilden:

$$(6) \qquad \hat{G}^* = \sum_{k \in K} w_k \, g_k^*,$$

wobei die Indexmenge K sich aus jenen Indexwerten i und j zusammensetzt, für die Informationen zur Verfügung stehen und deren Gewichte w_k sich zu Eins addieren. Die optimalen Gewichte bestimmen sich aus der Minimierung der Varianz von

---

[2] Ersetzt man λ_{2j} durch seinen Schätzer $\hat{\lambda}_{2j}$, bleibt dieses Ergebnis asymptomatisch richtig. Dabei ist unterstellt, daß die ε's unkorreliert sind. Eine Verallgemeinerung leisten van Vliet und van Praag 1987, S. 37ff.

[3] Man kann Proxy-Variablen für G^* auch als Funktionen der Gesundheitsursachen gemäß Gleichung (3) darstellen. Die dazu benötigten Informationen über die X_3-Variablen sind annahmegemäß schwieriger zu erhalten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

$$(7) \qquad \hat{G}^* - G^* = \sum_{k \in K} w_k \, (g_k^* - G^*)$$
$$= \sum_{k \in K} w_k \frac{\varepsilon_k}{\lambda_k},$$

wobei ε_k und λ_k den Residualvariablen bzw. λ-Koeffizienten aus den Gleichungen (1) und (2) entsprechen, die zur Bildung von (6) dienen.

Die Minimierung von

$$(8) \qquad \text{var}\,(\hat{G}^* - G^*) = \sum_{k \in K} w_k^2 \frac{\sigma^2(\varepsilon_k)}{\lambda_k^2}$$

bezüglich w_k unter der Bedingung $\sum w_k = 1$ liefert die optimalen Gewichte:

$$(9) \qquad w_k^m = \frac{\lambda_k^2 / \sigma^2(\varepsilon_k)}{\sum_{i \in K} \lambda_i^2 / \sigma^2(\varepsilon_i)} \quad \forall\, k \in K.$$

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhang zur Relevanz einer Sensibilisierung der Nachfrage

CORRELATION MATRIX:

	WAMBM	WBSTATM	WBMEDM	WBHEILM	WBZEM	WPKVAMBM	WPKVSTAM	WPKVMEDM	WPKVHEIM	WPKVZEM	WSELBSTM	WBSPK
WAMBM	1.00000											
WBSTATM	.89185	1.00000										
WBMEDM	.90841	.91434	1.00000									
WBHEILM	.80870	.85200	.90158	1.00000								
WBZEM	.63601	.40512	.57838	.54247	1.00000							
WPKVAMBM	.63512	.71951	.63178	.57345	.14403	1.00000						
WPKVSTAM	.76656	.87150	.80223	.82149	.45226	.72008	1.00000					
WPKVMEDM	.54522	.51939	.51396	.43094	.26402	.69229	.68638	1.00000				
WPKVHEIM	.65872	.72079	.77159	.85620	.59344	.57402	.81419	.51605	1.00000			
WPKVZEM	.70321	.71160	.69478	.71395	.53681	.71599	.77075	.34716	.69144	1.00000		
WSELBSTM	–.37870	–.39458	–.51872	–.56114	–.35002	–.21024	–.37085	–.27344	–.50775	–.33142	1.00000	
WBSPK	.45541	.54453	.53277	.75743	.28926	.45426	.52634	.13982	.56975	.55206	–.22101	1.00000

Legende (jeweils Wachstumsraten der Ausgaben pro Mitglied):

WAMBM = Ambulante Behandlung, GKV
WBSTATM = Stationäre Behandlung, GKV
WBMEDM = Arzneimittel, GKV
WBHEILM = Heil- und Hilfsmittel, GKV
WBZEM = Zahnersatz, GKV
WPKVAMBM = Ambulante Behandlung, PKV
WPKVSTAM = Stationäre Behandlung, PKV
WPKVMEDM = Arzneimittel, PKV
WPKVHEIM = Heil- und Hilfsmittel, PKV
WPKVZEM = Zahnersatz, PKV
WSELBSTM = Selbstmedikation pro Einwohner
WBSPK = Sozialprodukt pro Kopf

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Literaturverzeichnis

Abel-Smith, Brian: Cost Containment in Health Care. A Study of 12 European Countries. London 1984.

Adam, Hans: Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte. Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin 1983.

Allen, Roy G. D.: Index Numbers in Theory and Practice. London, Basingstoke 1975.

Arnott, Richard und *Stiglitz*, Joseph: The Welfare Economics of Moral Hazard. National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 3316, Cambridge/Mass., April 1990.

Backhaus, Klaus et al.: Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 4. Aufl. Berlin et al. 1987.

Baumol, William J. und *Oates*, Wallace E.: The Theory of Environmental Policy. Externalities, Public Outlays and the Quality of Life. Englewood Cliffs, N.J. 1975.

Berg, Heinz: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Sankt Augustin 1986.

Beske, Fritz und *Zalewski*, Thomas: Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit. Kiel 1984.

Blüm, Norbert: „Prioritäten und Perspektiven der Gesundheitspolitik". Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 29, Bonn 19. 3. 1986, S. 223-227.

Blüm, Norbert: „Denkanstöße für eine neue Gesundheitspolitik". Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 30, Bonn 1. 4. 1987, S. 245-248.

Borchert, Günter: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte — eine empirische Untersuchung im Auftrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht, Gesundheitsforschung. Bd. 25. Bonn 1980.

Braun, Günther E.: „Elemente des Finanzierungs- und Preissystems für Krankenhäuser. Eine betriebswirtschaftliche Analyse zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung". Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 1985, 8(1), S. 17-37.

Breyer, Friedrich: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin et al. 1984.

Breyer, Friedrich: „Die Fallpauschale als Vergütung für Krankenhausleistungen. Idee, Formen und vermutete Auswirkungen". Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 1985, 105(6), S. 743-767.

Brown, Malcolm C.: National Health Insurance in Canada and Australia. A Comparative Political Economy Analysis. Canberra 1983.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bundesärztekammer: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft. Köln 1986.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf Leistungsnachfrage und Ausgaben im Gesundheitswesen. Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht 95, Gesundheitsforschung. Bonn 1982.

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1985. Stuttgart und Mainz 1985.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie: Pharma Selbstmedikation. Frankfurt 1986.

Culyer, Anthony J.: „Cost Containment in Europe", in: Health Care Systems in Transition. Ed.: OECD. Paris 1990, S. 29-40.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Entwicklung der Grundlohnsumme in der GKV der Mitglieder ohne Rentner. Arbeits- und Sozialstatistik BMA, Vordruck KJ 1. Bonn 1984.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1970 bis 1988, statistischer und finanzieller Bericht, verschiedene Jahrgänge, Bonn 1970 bis 1988.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: „Gesetzliche Krankenversicherung". Bundesarbeitsblatt, 1/1987, S. 131f., 1/1988, S. 67f., 1/1989, S. 111f. und 3/1990, S. 114-126.

Deutsche Bundesbank: „Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung". Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, 1985, 37(1), S. 29-39.

Deutsche Bundesbank: „Die Belastung mit Sozialabgaben seit Beginn der siebziger Jahre". Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, 1986, 38(1), S. 17-25.

Eastaugh, Steven R.: Medical Economics and Health Finance. Boston 1981.

Enthoven, Alain C.: „A New Proposal to Reform the Tax Treatment of Health Insurance". Health Affairs, 1984, 3(1), S. 21-39.

Evans, Robert G.: „Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications", in: The Economics of Health and Medical Care. Ed.: Mark Perlman. London 1974, S. 162-173.

Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG). Bundestags-Drucksache 11/2237. Bonn 3. 5. 1988.

Fuchs, Victor R.: The Health Economy. Cambridge/Mass. und London 1986.

Gäfgen, Gérard: „Leistungsmessung im Gesundheitswesen — ein Beispiel für die Ökonomie des Dienstleistungssektors". Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 1980, 25, S. 177-196.

Gäfgen, Gérard: „Zur Beurteilung medizinischer Fortschritte und Forschungen: Notwendigkeit, Ansatzpunkte und Probleme normativer Aussagen", in: Ökonomie des

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

technischen Fortschritts in der Medizin. Hrsg.: Frank E. Münnich und Karl Oettle. Gerlingen 1984, S. 145-191.

Gantner, Manfried: Meßprobleme öffentlicher Aktivitäten. Staatsquoten, Preissteigerungen, Outputkonzepte. Baden-Baden 1984.

Genzel, Herbert: „Sozialstaatliche Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem", in: Ausbildung und Fortbildung in Gesundheitsökonomie. GSF-Bericht 6/87. Hrsg.: Detlef Schwefel et al. München 1987, S. 137-150.

Gesundheits-Reformgesetz (GRG): Vom 20. 12. 1988. Bundesgesetzblatt I, S. 2477.

Ginsburg, Paul G.: „Altering the Tax Treatment of Employment-Based Health Plans". Milbank Memorial Fund Quarterly, Spring 1981, 59 (2), S. 224-255.

Gitter, Wolfgang und *Oberender*, Peter: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV. Baden-Baden 1987.

Glatzer, Wolfgang et al.: „Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden", in: Datenreport 1985. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Statistisches Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim. Bonn 1985, S. 359-521.

Gretschmann, Klaus: Steuerungsprobleme der Staatswirtschaft. Berlin 1981.

Griesewell, Gunnar: „Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland", in: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Hrsg.: Christian Ferber et al. München 1985, S. 555-579.

Grossman, Michael: The Demand for Health — A Theoretical and Empirical Investigation. New York 1972.

Hanefeld, Ute: Das Sozio-ökonomische Panel. Grundlagen und Konzeption. Frankfurt, New York 1987.

Hauser, Heinz und *Sommer*, Jürg H.: Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD. Ansatzpunkte für die schweizerische Reformdiskussion. Bern, Stuttgart 1984.

Henderson, John: „Health Care: Private and Public Spending, Resources, Need and Provision". Public Money, March 1982, 4, S. 62-66.

Henke, Klaus-Dirk: Die direkten und indirekten Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1980. Diskussionspapier Nr. 63, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Serie C. Universität Hannover 1983.

Henke, Klaus-Dirk: „Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 611-630.

Henke, Klaus-Dirk: „Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG)", in: Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Hrsg: Gérard Gäfgen. Baden-Baden 1988, S. 113-157.

Henke, Klaus-Dirk: „Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen. Ein quantitativer Überblick". Finanzarchiv, 1989, 47(2), S. 299-323.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Henke, Klaus-Dirk und *Adam*, Hans: Die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung 1960-1978. Eine gesamtwirtschaftliche Analyse. Köln-Lövenich 1983.

Henke, K.-D., *Behrens*, C., *Arab*, L. und *Schlierf*, G.: Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Bd. 179. Stuttgart et al. 1986.

Herder-Dorneich, Philipp: Gesetzliche Krankenversicherung heute. Erfahrungen aus der Kostenexplosion und Steuerungsaufgaben in den 80er Jahren. Köln 1983.

Herder-Dorneich, Philipp: „Die Ärzteschwemme als Steuerungsproblem", in: Die Ärzteschwemme. Baden-Baden 1985, S. 13-34.

Herder-Dorneich, Philipp: „Ordnungspolitik des Gesundheitswesens — Eine analytische Grundlegung", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 55-70.

Jönsson, Bengt: „The Cost of Health Care: Trends and Determining Factors". Scandinavian Journal of Social Medicine, 1981, 10, 28 Supplement, S. 45-72.

Jung, Karl: „Neues Kapitel in der Krankenversicherung". Bundesarbeitsblatt, 2/1989, S. 11-16.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Statistische Basisdaten zur kassenzahnärztlichen Versorgung. Köln 1986.

Klein, Marianne: „Deflationierung der staatlichen Leistungen und Preisentwicklungen im öffentlichen Sektor", in: Konzeptionelle Probleme öffentlicher Planung. Hrsg.: Eberhard Wille. Frankfurt et al. 1983, S. 85-126.

Kmenta, Jan: Elements of Econometrics. 2nd Ed. New York, London 1986.

Knappe, Eckhard und *Fritz*, Wilhelm: „Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 449-467.

Krämer, Walter: „Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für ambulante kassenärztliche Leistungen". Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1981, 137 (1), S. 45-61.

Krupp, Hans-Jürgen und *Schupp*, Jürgen (Hrsg.): Lebenslagen im Wandel: Daten 1987. Frankfurt, New York 1988.

Lagergren, Marten: „Public Health Care Services in the Advanced Welfare State. Observations from the Swedish Futures Study, Care in Society". Futures, 1985, 17, S. 348-359.

Lefelmann, Gerd und *Eichner*, Harald: Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und ihre Einflußfaktoren. WIdO-Materialien, Bd. 11. Bonn 1981.

Leipert, Christian: Gesellschaftliche Berichterstattung. Eine Einführung in Theorie und Praxis sozialer Indikatoren. Berlin et al. 1978.

Leu, Robert E.: „Medical Technology Assessment in Terms of Improved Life Quality", in: Pharmaceutical Economics. Ed.: Björn Lindgren. Stockholm 1984, S. 97-121.

Leu, Robert E. et al.: „Die quantitative Erfassung von Gesundheitszustand und Lebensqualität, illustriert am Beispiel von Psoriasiskranken", in: Die Kosten-Nutzen-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Analyse. Methodik und Anwendung am Beispiel von Medikamenten. Hrsg.: Bruno Horisberger und Wilhelm van Eimeren. Berlin 1986, S. 153-248.

Leu, Robert E. und *Doppmann*, Reto J.: „Gesundheitszustandsmessung und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Schweiz", in: Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. Hrsg.: Eberhard Wille. Frankfurt et al. 1986, S. 1-90.

Linder, Peter: „Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Analysen und Prognosen auf der Grundlage eines Gesundheitsbudgets für Baden-Württemberg". Jahrbücher für Statistik und Landeskunde von Baden-Württemberg, 1985, 30, S. 5-40.

Littmann, Konrad: Definition und Entwicklung der Staatsquote — Abgrenzung, Aussagekraft und Anwendungsbereiche unterschiedlicher Typen von Staatsquoten —. Göttingen 1975.

Luft, Harold S: „Benefit-Cost Analysis and Public Policy Implementation: From Normative to Positive Analysis". Public Policy, Fall 1976, 24, S. 437-462.

Mackscheidt, Klaus: „Präferenzen für öffentliche Güterangebote — Empirische Ergebnisse", in: Konkrete Probleme öffentlicher Planung. Grundlegende Aspekte der Zielbildung, Effizienz und Kontrolle. Hrsg.: Eberhard Wille. Frankfurt et al. 1986, S. 1-24.

Marshall, John M.: „Moral Hazard". The American Economic Review, Dec. 1976, 66(5), S. 880-890.

McKeown, Thomas: The Modern Rise of Population. London 1977.

Molitor, Bruno: „Kostendämpfung im Gesundheitswesen". Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung, 1986, 25(8).

Münnich, Frank E.: „Kosten- und Allokationswirkungen des technischen Fortschritts im Gesundheitswesen", in: Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin. Hrsg.: Frank E. Münnich und Karl Oettle. Gerlingen 1984, S. 13-45.

Münnich, Frank E.: „Das Gesundheitswesen im Umbruch. Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 631-647.

Muurinen, Jaana-Marja: „Demand for Health — A Generalised Grossman Model". Journal of Health Economics, May 1982, 1(1), S. 5-28.

Neipp, Joachim: Der optimale Gesundheitszustand der Bevölkerung. Methodische und empirische Fragen einer Erfolgskontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen. Berlin et al. 1987.

Neubauer, Günter: „Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 223-240.

Newhouse, Joseph P.: „Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey". The Journal of Human Resources, Winter 1977, 12(1), S. 115-125.

Newhouse, Joseph P.: „Cross National Differences in Health Spending. What Do They Mean?". Journal of Health Economics, June 1987, 6(2), S. 159-162.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

OECD: Measuring Social Well-Being. A Progress Report on the Development of Social Indicators. Paris 1976.

OECD: Measuring Health Care 1960-83. Expenditure, Costs and Performance. Paris 1985.

OECD: Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries. Paris 1987.

OECD: Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency. Paris 1990.

Ost, Friedemann: „Faktorenanalyse", in: Multivariate statistische Verfahren. Hrsg.: Ludwig Fahrmeir und Alfred Hamerle. Berlin, New York 1984, S. 575-662.

Parkin, David; *McGuire,* Alistair and *Yule,* Brian: „Aggregate Health Care Expenditures and National Income. Is Health Care a Luxury Good?". Journal of Health Economics, June 1987, 6(2), S. 109-127.

Parkin, David: „Comparing Health Service Efficiency Across Countries". Oxford Review of Economic Policy, 1989, 5(1), S. 75-88.

Pauly, Mark V.: „The Economics of Moral Hazard: Comment". The American Economic Review, June 1968, 58(3), S. 531-537.

Pauly, Mark V.: „Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection". Quarterly Journal of Economics, Feb. 1974, 88(1), S. 44-62.

Pauly, Mark V.: Cost Containment and New Directions in Health Policy in the United States: Some Answers and some Questions. Discussion Paper-IIM/Industrial Policy. Wissenschaftszentrum Berlin 1985.

Pauly, Mark V.: „Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy". Journal of Economic Literature, June 1986, 24(2), S.629-675.

Pfaff, Martin: „Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme", in: Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen — Gesundheitswesen und Hochschulbildung. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 135. Hrsg.: Karl Häuser, Berlin 1983, S. 57-173.

Pfaff, Martin: „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 145-160.

Pichler, J. Hans; *Verhonig,* Hubert und *Hentschel,* Norbert: Inflation und Indexierung. Berlin 1979.

Poullier, Jean-Pierre: „Health Care Expenditure and Other Data", in: Health Care Systems in Transition. Ed.: OECD. Paris 1990, S. 119-126.

Reding, Kurt: „Probleme der Produktivitätsmessung bei öffentlichen Leistungen", in: Produktivitätsentwicklung staatlicher Leistungen. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 145. Hrsg.: Karl Häuser. Berlin 1985, S. 123-197.

Reinhardt, Uwe E.: „The Theory of Physician-induced Demand: Reflections After A Decade". Journal of Health Economics, June 1985, 4(2), S. 187-194.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Robinson, P.M. und *Ferrara,* M.C.: „The Estimation of a Model for an Unobservable Variable with Endogenous Causes", in: Latent Variables in Socio-economic Models. Eds.: Dennis J. Aigner und Arthur S. Goldberger. Amsterdam et al. 1977, S. 131-142.

Robra, B.-P.; *Schwartz,* F.W. und *Kramer,* P.: „Zur Entwicklung der Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland, 1952-1979". Öffentliches Gesundheitswesen, 1983, 45, S. 47-52, S. 145-149 und 197-199.

Rosenthal, Gerald: „Anticipating the Costs and Benefits of New Technology: A Typology for Policy", in: Medical Technology: The Culprit Behind Health Care Costs? Eds.: Stuart H. Altman und Robert Blendon. Washington D.C. 1979, S. 77-87.

Rothschild, Michael und *Stiglitz,* Joseph: „Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information". Quarterly Journal of Economics, Nov. 1976, 90(4), S. 629-649.

Rüschmann, Hans-Heinrich: „Diagnosebezogene Verweildauerstandards und Krankenhaus-Bedarfsplanung", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 189-204.

Ruhr, Paul-Albert: Markttransparenz auf dem Arzneimittelmarkt — Ein konsumtheoretischer Ansatz. Frankfurt et al. 1978.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987. Baden-Baden 1987.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1988. Baden-Baden 1988.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1990. Baden-Baden 1990.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung, Jahresgutachten 1985/86. Stuttgart und Mainz 1985.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Weiter auf Wachstumskurs, Jahresgutachten 1986/87. Stuttgart und Mainz 1986.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Weichenstellungen für die neunziger Jahre, Jahresgutachten 1989/90. Stuttgart 1989.

Sauerzapf, Maria: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Institutionelle Regelungen aus ökonomischer Sicht. Baden-Baden 1980.

Sawhill, Isabel V.: „The Role of Social Indicators and Social Reporting in Public Expenditure Decisions", in: The Analysis and Evaluation of Public Expenditures: The PPB System. A Compendium of Papers. Ed.: Subcommittee on Economy in Government. Joint Economic Committee, Vol. 1, 91st Congress, 1st Session. Washington, D.C. 1969, S. 473-485.

Schicke, Romuald K.: „Computer-Tomographie: Zur Effektivität technologischer Innovation", in: Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin. Hrsg.: Frank E. Münnich und Karl Oettle. Gerlingen 1984, S. 107-135.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schieber, George J.: „Recent Trends in Health Care Expenditure and Utilization in OECD Countries". Atlantic Economic Journal, Sept. 1987, 15(3), S. 9-21.

Schieber, George J. und *Poullier*, Jean-Pierre: „Overview of International Comparisons of Health Care Expenditure", in: Health Care Systems in Transition. Ed.: OECD. Paris 1990, S. 9-15.

Schoenberg, Ronald und *Arminger*, Gerhard: LINCS (Linear Covariance Structures). A Computer Program for the Analysis of Linear Models Incorporating Measurement Error Disturbances as well as Structural Disturbances. User's Guide, RJS Software. Kensington 1989.

Schwartz, Friedrich Wilhelm: „Optionen für medizinische Orientierungsdaten und Gesundheitsziele", in: Weiterentwicklung des Gesundheitswesens — Medizinische, ökonomische und politische Orientierung —. Hrsg.: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Bergisch Gladbach 1987, S. 18-31.

Seyfarth, Lothar: Zur Ökonomik des Gesundheitssicherungssystems und seiner präventiven Steuerung. Frankfurt und Bern 1981.

Sinn, Hans-Werner: „Die Inflationsgewinne des Staates", in: Beiträge zur gesamtwirtschaftlichen Allokation. Allokationsprobleme im intermediären Bereich zwischen öffentlichem und privatem Wirtschaftssektor. Hrsg.: Eberhard Wille. Frankfurt et al. 1983, S. 111-166.

Smigielski, Edwin: Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Bochum 1980.

Sonderforschungsbereich 3 und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Hrsg.: Das Sozio-ökonomische Panel. Benutzerhandbuch. Version 3 — Dezember/89. Berlin 1989.

Statistisches Bundesamt: Kranke und unfallverletzte Personen, April 1974. Fachserie 12, Reihe S. 1. Stuttgart und Mainz 1977.

Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970 — Vertiefende Untersuchung zur Aussagefähigkeit der amtlichen Statistik. Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht 7, Gesundheitsforschung. Bonn 1978.

Statistisches Bundesamt: Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung April 1978 (Ergebnisse des Mikrozensus). Fachserie 13, Reihe 1. Stuttgart und Mainz 1979.

Statistisches Bundesamt: Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1978. Fachserie 12, Reihe S. 2. Stuttgart und Mainz 1980.

Statistisches Bundesamt: Fragen zur Gesundheit, 1978. Fachserie 12, Reihe S. 3. Stuttgart und Mainz 1981.

Statistisches Bundesamt: Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1982. Fachserie 13, Reihe 1. Stuttgart und Mainz 1983.

Statistisches Bundesamt: Fragen zur Gesundheit 1982. Fachserie 12, Reihe S. 3. Stuttgart und Mainz 1985.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Statistisches Bundesamt: Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1984. Fachserie 12, Reihe 1. Stuttgart und Mainz 1986.

Statistisches Bundesamt: Berufe des Gesundheitswesens 1984. Fachserie 12, Reihe 5. Stuttgart und Mainz 1986.

Statistisches Bundesamt: Preise und Preisindizes für die Lebenshaltung 1978, 1979 und 1987. Fachserie 17, Reihe 7. Stuttgart und Mainz 1979, 1980 und 1988.

Statistisches Bundesamt: Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1987. Fachserie 12, Reihe S. 2. Stuttgart 1989.

Statistisches Bundesamt: Fragen zur Gesundheit, 1986. Fachserie 12, Reihe S. 3. Stuttgart 1989.

Thomas, Lewis: „On the Science and Technology of Medicine". Contents of Daedalus, Winter 1977, 106(1), S. 35-46.

Triplett, Jack E.: „The Measurement of Inflation: A Survey of Research on the Accuracy of Price Indexes", in: Analysis of Inflation. Ed.: Paul H. Earl. Lexington/Mass. et al. 1975, S. 19-82.

Turnovsky, Stephen J.: Macroeconomic Analysis and Stabilization Policies. Cambridge et al. 1977.

Ulrich, Volker: „Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Preisentwicklung von Gesundheitsleistungen", in: Gesundheitsökonomik, Hochschulkurs 1987. Hrsg.: Engelbert Theurl et al. Lochau bei Bregenz 1988.

Ulrich, Volker: Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten. Frankfurt et al. 1988.

Ulrich, Volker und *Wille,* Eberhard: „Zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Preis- und Mengeneffekte von Behandlungsarten". Finanzarchiv, 1989, 47(3), S. 361-403.

Ven, Wynand P. M. M. van de und *Gaag,* Jacques van der: „Health as an Unobservable. A MIMIC-Model of Demand for Health Care". Journal of Health Economics, August 1982, 1(2), S. 157-183.

Virts, John R.: „U.S. Health Care Spending: A Macro Analysis". Business Economics, Sept. 1977, 12(4), S. 26-37.

Vliet, René C. J. A. van und *Praag,* Bernard M. S. van: „Health Status Estimation on the Basis of MIMIC-Health Care Models". Journal of Health Economics, March 1987, 6(1), S. 27-42.

Wachtel, Hans-Werner: Determinanten der Ausgabenentwicklung im Krankenhauswesen. Berlin 1984.

Wagstaff, Adam: „The Demand for Health. Some New Empirical Evidence". Journal of Health Economics, Sept. 1986, 5(3), S. 195-233.

Ward, Michael: Purchasing Power Parities and Real Expenditures in the OECD. Paris 1985.

Warner, Kenneth E.: „The Economic Implications of Preventive Health Care". Social Science and Medicine, 1979, 19(3), S. 227-237.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Weisbrod, Burton A.: „America's Health-Care Dilemma". Challenge, 1985, 28(4), S. 30-34.

Weltgesundheits-Organisation (1946): Die Satzung der Weltgesundheits-Organisation (Constitution of the World Health Organization) in: Dokumente. Hrsg.: Forschungsstelle für Völkerrecht und ausländisches öffentliches Recht der Universität Hamburg. Heft VI. Frankfurt, Berlin 1952, S. 14-28.

Wiemeyer, Joachim: Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1984.

Wille, Eberhard: „Soziale Indikatoren als Ansatzpunkte wirtschaftspolitischer Zielbildung und Kontrolle — Verbesserung oder Verschleierung politischer Entscheidungsgrundlagen?" ORDO, 1980, 31, S. 127-151.

Wille, Eberhard: „Öffentliche Sachausgaben versus öffentliche Personalausgaben", in: Produktivitätsentwicklung staatlicher Leistungen. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 145. Hrsg.: Karl Häuser. Berlin 1985, S. 11-122.

Wille, Eberhard: „Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus", in: Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. Hrsg.: Eberhard Wille. Frankfurt et al. 1986, S. 91-126.

Wille, Eberhard: „Gesamtwirtschaftliche Nutzen und Kosten der Trockenchemie: Chancen und Grenzen im ambulanten Bereich". Medizin Mensch Gesellschaft, 1987, 12(4), S. 319-327.

Wille, Eberhard: „Ausgaben für Arzneimittel im System gesundheitlicher Leistungserstellung — Gefahren staatlicher Regulierung". Die Pharmazeutische Industrie, 1988, 50(1), S. 17-35.

Wille, Eberhard: „Zur Rolle von Orientierungsdaten im Gesundheitswesen", in: Die Bedeutung der Planungs- und Orientierungsdaten im Gesundheitswesen. Hrsg.: Hans Rüdiger Vogel unter Mitarbeit von Konrad Hässner. Stuttgart et al. 1989, S. 7-31.

Wilson, Charles: „A Model of Insurance Markets with Incomplete Information". Journal of Economic Theory, Dec. 1977, 16(2), S. 167-207.

Windisch, Rupert: „Die Baumolsche Kostenkrankheit öffentlicher Dienste". Das Wirtschaftsstudium (WISU), 1980, 9(11/12), S. 559-563 und 613-615.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft: Steuerpolitik unter gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten, Gutachten vom 11./12. 10. 1985. BMWJ-Studien-Reihe Nr. 49.

Wolfe, Barbara und *Gaag,* Jacques van der: „A New Health Status Index for Children", in: Health, Economics and Health Economics. Eds.: Jacques van der Gaag und Mark Perlman. Amsterdam et al. 1981, S. 283-304.

Zöllner, Detlev: „Ausgaben für die Gesundheit-Steuerungsprobleme und Reformmöglichkeiten". Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 24-25/87 vom 13. 6. 1987, S. 3-12.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zweifel, Peter: „‚Supplier-Induced Demand' in a Model of Physician Behavior", in: Health, Economics and Health Economics. Eds.: Jacques van der Gaag und Mark Perlman. Amsterdam et al. 1981, S. 245-267.

Zweifel, Peter: Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, Berlin 1982.

Zweifel, Peter: „Technological Change in Health Care: Why are Opinions so Divided?" Managerial and Decision Economics, 1984, 5(3), S. 177-182.

Zweifel, Peter und *Waser,* Otto: „Bonus-Optionen in der Krankenversicherung: Eine mikroökonomische Untersuchung", in: Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 159. Hrsg.: Gérard Gäfgen. Berlin 1986, S. 469-481.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall

Von *Klaus-Dirk Henke*, Hannover

Gliederung

A. Zielsetzung und Eingrenzung 118

B. Risikovorsorge und Krankenversicherungsschutz 120
I. Krankheitsfall und Risikovorsorge 120
1. Risikoprävention 120
2. Risikoübernahme 122
3. Risikoprävention versus Risikoübernahme 125
II. Die Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes 128
1. Regelungsbereiche und Regelungsbedarf 128
2. Krankenversicherungsschutz im Ziel-Mittel-Zusammenhang 132

C. Gegenwärtige Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 135
I. Rechtsgrundlagen und Kennzeichnung der GKV 135
II. Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. 12. 1988: Eine Zwischenbilanz .. 141
III. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und Beitragssatzstabilität 146
IV. Auf dem Wege zu prioritären Gesundheitszielen? 149

D. Zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik Deutschland 151
I. Bleibende und neue Herausforderungen sowie weiterer Handlungsbedarf 151
II. Gesetzlich vorgeschriebener privater Krankenversicherungsschutz als Leitvorstellung 152
1. Das Modell 152
2. Finanzielle Sicherung des Pflegerisikos als Anwendungsfall 155
III. „Managed Care“: Vorbild für den Aufbau des Medizinischen Dienstes durch die GKV? 157
IV. Organisationsreform und Finanzausgleich in der GKV 160
1. Das gegliederte System als Problem 160
2. Zentrale Finanzierung und dezentrale Organisation 161
3. Risikostrukturausgleich als Voraussetzung für mehr Wettbewerb? 162

Summary 164

Anhangstatistiken 165

Literaturverzeichnis 174

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

A. Zielsetzung und Eingrenzung

Die Sicherung im Krankheitsfall soll im vorliegenden Beitrag sowohl grundsätzlich als auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung im vereinten Deutschland untersucht werden. Die Ausführungen dienen damit zugleich der Orientierung in einem nur schwer überschaubaren Bereich der sozialen Sicherung, der in der Bundesrepublik Deutschland durch die Dominanz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gekennzeichnet ist, die seit über einhundert Jahren existiert.*

Im Abschnitt B. stehen zeit- und raumübergreifende Alternativen der Sicherung im Krankheitsfall sowie Anforderungen an einen rationalen Krankenversicherungsschutz im Vordergrund. Ausgehend von der Risikovorsorge werden Risikoprävention und Risikoübernahme als deren zwei Grundformen unterschieden und analysiert (B.I.). Bei der Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes tritt ein erheblicher Entscheidungsbedarf auf. Anhand der Regelungsbereiche und des Regelungsbedarfs wird aufgezeigt, was geregelt werden muß und vor allem, wie es geregelt werden kann, wenn die Einführung, eine Reform und die Weiterentwicklung eines Systems oder die Integration unterschiedlicher Systeme der Sicherung im Krankheitsfall anstehen (B.II.1.). Schließlich wird der Krankenversicherungsschutz in einen Ziel-Mittel-Zusammenhang gestellt, der es ermöglicht, seine Funktionsfähigkeit zu beurteilen (B.II.2.).

Diesen grundsätzlichen Überlegungen folgt im Abschnitt C. eine Darstellung und Bewertung der gegenwärtigen und absehbaren Steuerung der GKV in der Bundesrepublik Deutschland. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. 12. 1988 wurden neue Rechtsgrundlagen geschaffen (C.I.). Die über reine Kostendämpfungsmaßnahmen hinausgehenden Eingriffe in die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung sowie der Anspruch, es handele sich um eine weitreichende Reform, erfordern eine vorläufige Einschätzung des GRG (C.II.). Zur weiteren Kennzeichnung des Status quo gehören darüber hinaus die sog. einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und die vom Gesetzgeber geforderten medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten (C.III., IV.).

---

* Den Professoren Dr. med. *M. M. Arnold,* Universität Tübingen, und Dr. med. *F. W. Schwartz,* Medizinische Hochschule Hannover, danke ich für ihre wertvollen Anregungen zu einer vorläufigen Fassung des Manuskripts. Frau Dipl.-Volkswirtin *Eva Walzik* aus der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates für die Konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen, Bonn, danke ich für die Überprüfung der sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen und Herrn Dipl.-Volkswirt *H.-G. Martensen,* Universität Hannover, für seine Hilfe bei der graphischen Analyse der Risikovorsorge. Einige Verbesserungsvorschläge gehen auch auf die Teilnehmer eines Seminars der Weltbank (Population and Human Resources Department) in Washington D. C. zurück, wo ich am 8. 3. 1990 eine frühere Fassung des Abschnitts B. zur Diskussion gestellt habe.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Im Abschnitt D. I. werden zunächst die auch nach der Reform verbliebenen und neue Herausforderungen erörtert. Es ist damit zu rechnen, daß durch den Wunsch nach einer schnellen, völligen Übernahme des Gesundheitssystems der Bundesrepublik in der DDR drängende Reformen verzögert und Besitzstände gewahrt werden. Dennoch soll hier weder auf notwendige Leitvorstellungen für die zukünftige Gestaltung des Krankenversicherungsschutzes noch auf die Behandlung wichtiger Reformvorhaben in der Bundesrepublik verzichtet werden.

Herausgegriffen werden die Organisationsreform und der Finanzausgleich in der GKV (D.IV.), Vorbilder für den Aufbau des Medizinischen Dienstes in der GKV (D.III.) und die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos (D.II.2.). Diese Aufgaben stehen zur Lösung an und verlieren auch in einem vereinten Deutschland nicht an Bedeutung. Insoweit trifft es auch nicht zu, daß die Berichte der Enquête-Kommission zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"[1], die vier vorliegenden Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und die anderen Arbeiten zur Strukturreform und Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall nicht mehr Grundlage struktureller Neuordnungsüberlegungen sein können.[2] Vielmehr sind gerade unter den veränderten Bedingungen Leitvorstellungen und systemhafte Lösungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht erforderlich, um bei den anstehenden Ad-hoc-Entscheidungen nicht völlig die Orientierung zu verlieren. In diesem Sinne ist auch die im Abschnitt D.II.1. entwickelte Leitvorstellung eines gesetzlich vorgeschriebenen privaten Krankenversicherungsschutzes zu verstehen. Dieser idealtypische Vorschlag soll die Anreize verbessern und vor allem die Selbststeuerungsfähigkeit des Systems erhöhen. Das vorgeschlagene Modell, dessen Anwendungsfall bereits für die Sicherung im Pflegefall diskutiert wird, erschien als Konsequenz aus der Gegenüberstellung des Status quo mit den Anforderungen an die Risikovorsorge und an einen funktionstüchtigen Krankenversicherungsschutz.

Trotz der im vorliegenden Beitrag aufgegriffenen Vielzahl und Vielfalt von Fragen und lösungsbedürftigen Problemen bleiben viele Themen ausgeklammert. So wurden z. B. die Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen, der parafiskalische Finanzausgleich, das Problem der steigenden Arztzahl, Fragen der Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Auswirkungen des EG-Binnenmarktes nicht untersucht. Die Ausführungen stehen daher unbeabsichtigt auch für die Vermutung, daß völlige Neuordnungen oder auch nur weitreichende Änderungen bisher nicht nur an der Steuerungsresistenz eines selbstverwalteten Gesundheitssystems scheiterten, sondern auch an der unent-

---

[1] Bundestagsdrucksache 11/6380 vom 12. 2. 1990 sowie den Zwischenbericht, Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988.

[2] *Bauer*, G., „Konföderative Strukturen" als Herausforderung für die Krankenkassen, in: Forum des VdK Bayern, Harmonisierungsprobleme zwischen den Sozialversicherungen beider deutscher Staaten, München 1990.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wirrbar erscheinenden Problemlage der Sicherung im Krankheitsfall. Lösungen „aus einem Guß" erscheinen wenig wahrscheinlich; von der Lösung einzelner Fragen abgesehen, ist auch in Zukunft eine eher an Zielen orientierte und sektorspezifische Weiterentwicklung zu erwarten.

B. Risikovorsorge und Krankenversicherungsschutz

I. Krankheitsfall und Risikovorsorge

1. Risikoprävention

Krankheit gehört zu den Risiken des Daseins, denen alle Menschen ausgesetzt sind. Im Krankheitsfall entstehen Behandlungskosten, die weder hinsichtlich ihrer Art und Höhe noch des Zeitpunkts ihres Eintritts im Einzelfall im voraus bekannt sind. Neben diese unplanmäßigen Ausgaben tritt bei Krankheit in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit der Einkommensausfall als einzubeziehendes Risiko hinzu. Stellt man — wie im folgenden geschehen — den Krankheitsfall in den Mittelpunkt der Betrachtung[3], so stehen sich die Risikoprävention und die Risikoübernahme als die beiden Grundformen der Risikovorsorge gegenüber.

Durch eine geeignete Risikoprävention (Schadensverhütung) soll der mit Krankheit verbundene Ressourcenverzehr verringert werden. Hierzu zählt nicht nur der Verbrauch, sondern auch der Verlust an Ressourcen. Mit dem Ressourcenverbrauch ist der Verbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen gemeint, wie er mit den tatsächlichen Ausgaben erfaßt wird. Zusätzlich zu diesen direkten Kosten von Krankheit treten indirekte Kosten durch den Ressourcenverlust infolge von Tod, Invalidität und Krankheit auf; der vermeidbare Verlust an Wertschöpfung läßt sich über die Zahl der Todesfälle und die verlorenen Lebens- oder Erwerbstätigkeitsjahre erfassen. Die volkswirtschaftlichen (direkten und indirekten) Kosten von Krankheiten treten in den Vordergrund. Da die traditionelle Kostendämpfung überwiegend an den tatsächlichen Gesundheitsausgaben orientiert ist und dem Ausfall an Wertschöpfung und der Risikoprävention kaum Bedeutung beimißt, kann es sein, daß am falschen Ende gespart wird.[4]

---

[3] Zum Krankheitsbegriff aus medizinischer, sozialversicherungsrechtlicher und gesundheitsökonomischer Sicht siehe *Pohlmeier*, H., *Biefang*, S., Kann man Krankheit messen?, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 2, 1977, S. 158 ff.; *Spielmeyer*, G., Zum Krankheitsbegriff der Sozialversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 53. Jg., 1971, S. 836; *Viefhues*, H., Hrsg., Lehrbuch der Sozialmedizin, Stuttgart 1981 sowie *Pedroni*, G., *Zweifel*, P., Wie mißt man Gesundheit?, Studien zur Gesundheitsökonomie, Heft 14, Basel 1990.

[4] Siehe im einzelnen *Henke*, K.-D., *Behrens*, C., The economic cost of illness, in: Health Policy, Heft 5, 1986, S. 119-149, und die sich daran anschließende Diskussion zwischen *Shiell* et al., Cost of illness studies: an aid to decision making? Heft 8, 1987, S. 317-323,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Je besser die vielfältigen Gründe für das Auftreten von Krankheit bekannt und Möglichkeiten ihrer grundsätzlich prospektiven Beeinflussung verfügbar sind, desto genauer kann die Risikoprävention bzw. Vermeidung von Schadensfällen beim Individuum, bei Gruppen und bei Krankheiten ansetzen. In allen Fällen sollen Schadenshäufigkeit und Schadensausmaß verringert werden, um den Verbrauch und Verlust von Ressourcen möglichst gering zu halten.

Zu den Bestimmungsgrößen von Krankheiten bzw. des Gesundheitsstandes zählen neben den üblichen demographischen und sozioökonomischen Merkmalen vor allem individuelle Faktoren (z. B. Erbfaktoren, Lebensgewohnheiten, Gesundheitsbewußtsein und Symptomaufmerksamkeit) und strukturelle Einflüsse, wie Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse, Verkehrssicherheit, Umwelteinflüsse und Art und Umfang des Krankenversicherungsschutzes.[5] Schließlich ist der medizinische und der medizinisch-technische Wissensstand von erheblicher Bedeutung für das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung. Trotz dieser „multifaktoriellen und multidimensionalen Bedingtheit" von Krankheit und Gesundheit lassen sich im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes und einer verhaltenslenkenden Gesundheitspolitik Anreize so setzen, daß eine gesunde Lebensführung gefördert wird und Gesundheitsrisiken abgebaut werden.[6] Epidemiologische und sozialmedizinische Arbeiten können darüber hinaus Wege einer mehr an Risikofaktoren orientierten kollektiven Risikoprävention aufzeigen und eine stärker dem Präventionsgedanken verbundene

---

Behrens, C., *Henke,* K.-D., Reply to Shiell et al., Heft 10, 1988, S. 137-141, *Hodgson,* T., Comments on the Second Opinion by Shiell et al., Heft 11, 1989, S. 57-60.

[5] Siehe in diesem Zusammenhang der Bestimmungsgrößen und Risikofaktoren von Krankheit auch National Center for Health Statistics, Assessing Physical Fitness and Physical Activity in Population-Based Surveys, Public Health Service, Washington D. C., US Government Printing Office 1989, insbesondere Abschnitt VI, dass. Health of our Nation's Children, Centers of Disease Control, Washington D.C. 1988 und dass. Nutrition Monitoring in the United States. The Director of Federal Nutrition Monitoring Activities, Washington D.C. 1989 sowie *Adam,* H., Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte, Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, Berlin 1983.

[6] Siehe *Stokes,* J., Why Not Rate Health and Life Insurance Premiums By Risks?, in: The New England Journal of Medicine, Bd. 308, No. 7, 1983, S. 393-395, sowie *Abenhaim,* L., *Dab,* W., Proposals for a Prevention Policy: An Analysis of the French report, in: Effective Health Care, Bd. 2, Heft 1, 1984, S. 15-20.

Eine höhere Beteiligung an den Kosten selbstverschuldeter Krankheiten ist nicht mit Vorschlägen identisch, die durch eine höhere Selbstbeteiligung eine Ausgabendämpfung bezwecken, wenngleich ein fehlentwickeltes Kostenbewußtsein vermieden werden soll. Zu den Ertragsexternalitäten als Ursache zu geringer Vorsorgemaßnahmen siehe auch *Lüdecke,* R., Kosten- und Ausgabendämpfung im Gesundheitswesen als Problem einer zielgerichteten Krankenversicherungsreform, in: Finanzarchiv, NF Bd. 37, Heft 1, 1979, S. 73ff., insb. S. 88f., sowie *Strassl,* W., Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Tübingen 1988, S. 267f.; zu den erforderlichen „allokativen Anreizmechanismen" vgl. auch *Hackmann,* J., Freiheit und Sicherheit im System der sozialen Sicherung, in: Schmidt, K., Hrsg., Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung I, Berlin 1990, S. 41-144.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Gesundheitspolitik vorbereiten. Zu diesem mehr an einzelnen Krankheiten und am Individuum ansetzenden Weg zur Verhütung von Schadensfällen zählen auch Vorschriften zum Umweltschutz, zur Unfallverhütung sowie die Gesundheitsaufklärung und -erziehung.[7] Die Vermeidung von Krankheiten und Unfällen, das Hinausschieben von Krankheiten, die Minderung des Krankheitsrisikos und letztlich eine höhere Lebenserwartung zählen zu den Zielen der Prävention.

Die Risikoprävention hat dort ihre Grenzen, wo die Bestimmungsfaktoren von Krankheit unbekannt sind, sie nicht hinreichend isoliert werden können oder der Versuch, sie zu beeinflussen, abgelehnt wird. Die Übernahme des Risikos im Sinne unvermeidbarer Schadensfälle, d.h. die Sicherstellung der Mittel für die kurative Behandlung kann unterschiedlich vorgenommen werden. Private und gesetzliche Krankenversicherungen sowie Systeme staatlicher Gesundheitsversorgung zählen zu den verbreiteten Formen der Risikoübernahme („Reparatur"). Sie stehen im Vordergrund gegenwärtiger Risikovorsorge.[8]

2. *Risikoübernahme*

Tritt der Krankheitsfall ein, und kommt es zur Risikoübernahme, so stehen die in Textübersicht 1 wiedergegebenen traditionellen Formen der Daseinsvorsorge, die hier auf den Mittelbedarf im Krankheitsfall übertragen werden, im Vordergrund. Im Rahmen einer freiwilligen Vorsorge herrscht — neben der Bildung von Rücklagen — der Abschluß privater Versicherungen vor, in denen Prämienzahlungen und Leistungsanspruch korrespondieren. Im Rahmen des privatwirtschaftlichen Äquivalenzprinzips bestimmt der Versicherungsnehmer Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Verteilungseffekte reduzieren sich auf die „versicherungsimmanente Umverteilung" (N. Andel), d.h. sie beschränken sich auf die der Kalkulation zugrundeliegende Kohorte der Versicherten und entstehen durch die im Einzelfall nicht prognostizierbaren Krankheitsverläufe. Die Allokationsfunktion der Versicherung steht im Vordergrund. Bei streng risikoproportionalen Beiträgen müßten neben den derzeit verwendeten Merkmalen Alter und Geschlecht weitere Risikofaktoren berücksichtigt werden (siehe oben). Die Tarifkalkulation kann zu Alterungsrückstellungen führen, Leistungsausschlüsse (z.B. bei Aids) und Begrenzungen des Erstattungsanspruchs vorsehen und Gesundheitsuntersuchungen bei Eintritt in die Versicherung vorschreiben. Der Wettbewerb vollzieht sich bei dieser Form der Daseins-

---

[7] Siehe zum Begriff der Prävention und zum Nutzen einer verstärkten Prävention aus der Sicht der Epidemiologie und Präventionsmedizin *Schwartz,* F.W., Epidemiologie und Sozialmedizin — gesundheitspolitische Aspekte, in: Oberender, P., Hrsg., Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bayreuth 1988, S. 131-141.

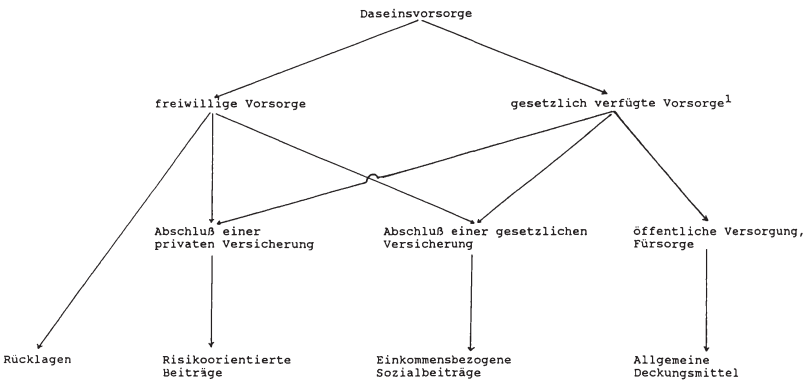
[8] In der Bundesrepublik beträgt der leistungsrechtlich der Prävention zugeordnete Ausgabenanteil in der GKV seit Jahren etwa 1 vH. Siehe *Müller,* W., Ausgaben für Gesundheit 1986, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 8, 1988, S. 546ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

vorsorge vor allem über Leistungsangebot, Prämien, Modalitäten der Abrechnung und Kundennähe.[9]

Textübersicht 1

Finanzierung der verschiedenen Formen der Daseinsvorsorge



[1] Die Vorsorge in Form einer Kostenverlagerung in den privaten Sektor stellt einen Sonderfall dar; die Pflicht zur Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ist ein Beispiel.

Neben dem freiwilligen Abschluß einer klassischen privaten Krankenversicherung gibt es den gesetzlich vorgeschriebenen Abschluß einer privaten Versicherung. Im Rahmen einer obligatorischen Privatversicherung muß jedermann ohne Beitragsdiskriminierung versichert sein; es besteht also Kontrahierungszwang bei grundsätzlich risikoorientierter Finanzierung einer Mindestsicherung.

Im Falle gesetzlich verfügter Vorsorge gibt es weitere Formen der Sicherung. Der Extremfall ist eine Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln (z. B. England, Irland, Spanien). Dabei kann der Umfang der zu versichernden Bevölkerung weit definiert werden und maximal ihre Gesamtheit umfassen. Die Inzidenz der Mittelaufbringung unterscheidet sich nicht von der Finanzierung anderer steuerfinanzierter Ausgabenprogramme. Ein solches Versorgungssystem weist keine Elemente einer Versicherung mehr auf, da Versicherungsbeiträge nicht erhoben werden und die Leistungen auch nicht auf eine Gruppe von Versicherten beschränkt bleiben. Diese Aussage gilt auch dann, wenn die Verwendung der Mittel, wie z. B. in England, nach Regionen erfolgt. Die

[9] Siehe auch *Jäkel,* H. K., Wie wird der Beitrag der privaten Krankenversicherung kalkuliert?, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 6/7, 1986, S. 195f. sowie grundsätzlicher *Bohn,* K., Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 1980 und *Zweifel,* P., *Hauser,* H., Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen: Zur Rolle des Äquivalenzprinzips, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Heft 2, 1987, S. 201-217 und die dort genannte Literatur.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Berücksichtigung von Risikoprofilen (Alter, Geschlecht) und Mortalität bei der Mittelverwendung macht aus einer steuerfinanzierten Sicherung im Krankheitsfall noch keine Krankenversicherung.

Gesetzlich verfügte Sicherungssysteme mit einer einkommensbezogenen Finanzierung über Sozialbeiträge weisen Elemente eines steuerfinanzierten Systems sowie durch die Zweckbindung der Einnahmen und den Risikoausgleich Elemente einer Krankenversicherung auf (z. B. Belgien, Deutschland, Frankreich, Holland). Die Sozialbeiträge werden in der Regel von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht; es bestehen Versichertengemeinschaften, und die Finanzierung und Organisation erfolgen über parafiskalische Einrichtungen weitgehend unabhängig vom Parlament und von den alljährlichen Haushaltsberatungen. Im Vergleich zu Privatsicherungen ergeben sich allerdings vielfältige Verteilungswirkungen, die mit Blick auf sog. Solidar- oder Sozialziele angestrebt werden. Der Wettbewerbsgedanke tritt zurück, der Staat unterstellt die Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung. Als Leitidee gilt eine Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit und eine Leistungsgewährung nach dem Bedarf. Dieser Form der Umlagefinanzierung entspricht die gruppenbezogene kostenmäßige Äquivalenz im Hallerschen Sinne. Weder werden Risiken bei der Beitragsfestlegung berücksichtigt noch wird das Ausmaß der individuellen Leistungsinanspruchnahme herangezogen. Die sich ergebenden Verteilungseffekte sind äußerst komplex. Die Allokationsfunktion einer Krankenversicherung wird parallel mit Distributionsaufgaben wahrgenommen.[10]

Eine Besonderheit stellt der freiwillige Abschluß einer gesetzlichen Versicherung dar; in manchen Systemen bleibt es den Versicherten überlassen, bei Überschreiten einer bestimmten Höhe des beitragspflichtigen Einkommens einen privaten Versicherungsschutz in Anspruch zu nehmen oder als freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Versicherung zu bleiben.

Bei einem umfassenden Krankenversicherungsschutz wird u. U. die Sorglosigkeit der Versicherten hinsichtlich des Umgangs mit ihrer Gesundheit erhöht und der Wille zur Gesundheit geschwächt. Der Zufallscharakter des zu versichernden Risikos ist nicht mehr gegeben; der Versicherte beeinflußt die Eintrittswahrscheinlichkeit des Versicherungsfalles. Die Moral-Hazard-Effekte nehmen tendenziell mit zunehmender Risikoäquivalenz ab. Allerdings sind diesen Wirkungen bei der Sicherung im Krankheitsfall natürliche Grenzen gesetzt.[11] Die individuelle Risikoprävention gewinnt mit zunehmender Risiko-

---

[10] Siehe in diesem Zusammenhang auch *Hedtkamp*, G., Finanzwissenschaftliche Aspekte der Sozialversicherung, in: Zacher, H. F., Hrsg., Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht, Bd. 4, Berlin 1980, S. 437-460.

[11] Siehe *Schaper*, K., Zur Kritik des moral-hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Sozialer Fortschritt, Heft 7/8, 1979, S. 178-183 sowie grundsätzlicher *Sinn*, H. W., Die Allokationswirkungen der Versicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 66. Bd., 1977, Heft Nr. 3/4, S. 507-538.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

äquivalenz ebenfalls an Bedeutung. In diesem Zusammenhang lassen sich Analogien zu der Verordnung von Arbeitsruhe (Lohnfortzahlungsregelung) ziehen. Es zeigt sich erneut, daß mit der Art der finanziellen Sicherung im Krankheitsfall die Risikoprävention unlöslich verbunden ist.

3. Risikoprävention versus Risikoübernahme

Wegen der asymmetrischen Einschätzung von Prävention und Kuration und einer häufig ökonomistischen Kritik, die in der zynischen Vorstellung gipfelt, der frühe Tod erspare Behandlungskosten im Alter, soll im folgenden dem Präventionsgedanken, allerdings in theoretischer Weise, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.[12]

Risikoprävention (P) und Risikoübernahme ($\dot{U}$) sollen als Ressourcenverbrauch (K) interpretiert werden. Anhand von Transformationskurven werden bei gegebenem Faktoreinsatz und gegebener Produktionstechnologie die Punkte eines effizienten Einsatzes von Risikoprävention (z. B. in Form der Präventionsmedizin) und Risikoübernahme (z. B. in Form der kurativen Medizin) gezeigt und in Zusammenhang mit dem Ressourcenverbrauch (direkte Kosten) und dem Gesundheitsniveau einer Gesellschaft gebracht. Die Zusammenhänge aller vier Größen lassen sich mit Hilfe eines Vier-Felder-Diagramms sichtbar machen.

In der Textabbildung 1 sei ein Ausgangsoptimum durch den Punkt 0 gekennzeichnet. Die Transformationskurve ($T_{po}T_{ko}$) zeigt die Produktionsmöglichkeiten von präventiver und kurativer Medizin bei einem gegebenen Budget von K_0. Die Abbildung der Produktionsfunktionen für präventive (P_0) und kurative ($\dot{U}_0$) Leistungen ergeben sich aufgrund der Technologie in diesen beiden Bereichen. Im Optimalpunkt 0 berührt die Transformationskurve die günstigste „Gesundheitsisoquante" G_o. Alle auf einer Gesundheitsisoquante liegenden Punkte beschreiben gleichwertige Gesundheitszustände, die durch die Kombination von P und $\dot{U}$ erreicht werden können.

Ergeben sich aufgrund eines technischen Fortschritts effektivere Methoden in der Prävention ($P_0 \rightarrow P_1$), so zeigt sich in der Abbildung eine wichtige Entscheidungssituation der Gesellschaft bei der Allokation im Gesundheitswesen bzw. der Sicherung im Krankheitsfall: durch mehr Risikoprävention läßt sich entweder bei gleichem Budget (K_0) ein höheres Gesundheitsniveau (A) verwirklichen oder das gleiche Gesundheitsniveau (B) mit geringeren Kosten

---

[12] Zu Nutzen, Kosten und Risiken präventiver Interventionsprogramme siehe *Arnold,* M., *v. Ferber,* Chr., *Henke,* K.-D., Hrsg., Ökonomie der Prävention, Band 22 der Beiträge zur Gesundheitsökonimie der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen 1990, *Weinstein,* M. C., Prevention that Pays for Itself, in: The New England Journal of Medicine, No. 6, 1978, S. 307 ff., sowie *Schwartz,* F. W., Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung, in: Argument-Sonderband 178: Grenzen der Prävention, S. 31-49, Hamburg 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(K_1) erreichen. Eine reine „Kostendämpfungsstrategie" würde die Effizienzgewinne bei gegebenem Gesundheitsniveau im Punkt *B* konsequent zur Verringerung der Gesundheitsausgaben nutzen. Die kostenminimale (K_1) Produktionsmöglichkeitskurve bei konstant gehaltenem Gesundheitsniveau G_o, der neuen Technologie P_1 und gegebener $\dot{U}_0$ ist die Transformationskurve $T_{p1}T_{k1}$. Eine Strategie der „Gesundheitsmaximierung" würde bei gegebenem Budget *Ko* zur Transformationskurve $T_{p1}T_{k0}$ führen und das Gesundheitsniveau G_1 im Punkt *A* erreichen.

Der in der Praxis bisher nicht befriedigend beantworteten Frage nach der Kostenwirksamkeit von mehr Risikoprävention und weniger Risikoübernahme läßt sich empirisch im Rahmen einer kohortenspezifischen (Lebenszeitraum-) Betrachtung nachgehen. Gelingt es beispielsweise, den altersabhängigen Verlauf der Sterblichkeit oder Krankheit durch ein Präventionsprogramm zu verbessern (z. B. $P_0 \rightarrow P_1$) und damit ein höheres Gesundheitsniveau zu erreichen (z. B. $G_0 < G_1$), so muß dessen volkswirtschaftlicher Ertrag den Kosten der Prävention gegenübergestellt werden. Läßt sich mit Hilfe von Kostenwirksamkeitsanalysen zeigen, daß die durch vermehrte Risikoprävention vermiedene Mortalität und Morbidität höhere volkswirtschaftliche Erträge realisiert als die eingesetzten Ausgaben ausmachen, wäre ceteris paribus eine mit der Ausweitung der Prävention verbundene Erhöhung des Gesundheitsniveaus volkswirtschaftlich vorteilhaft.

Die differentielle Kostenwirksamkeit zeigt sich allerdings erst durch den Vergleich unterschiedlicher Interventionen bei gegebenem Ziel. Erfolgt der Vergleich beispielsweise anhand der Kosten pro gewonnenem gesunden oder qualitätsbereinigten Lebensjahr für Präventionsprogramme im Vergleich zu Maßnahmen der kurativen Krankenbehandlung, so belegen sog. „Hitlisten" die Überlegenheit der kurativen Behandlung: Mit einem zusätzlichen Notarztwagen wird ein Lebensjahr „billiger gekauft" als durch eine Bluthochdruckbehandlung oder eine Cholesterin-Vorsorgeuntersuchung[13]; andere Listen verschiedener Interventionen zeigen, daß der Gewinn eines gesunden Lebensjahres durch einen Bypass bei leichter Angina pectoris 74mal so teuer ist wie durch eine Nichtraucherkampagne.[14]

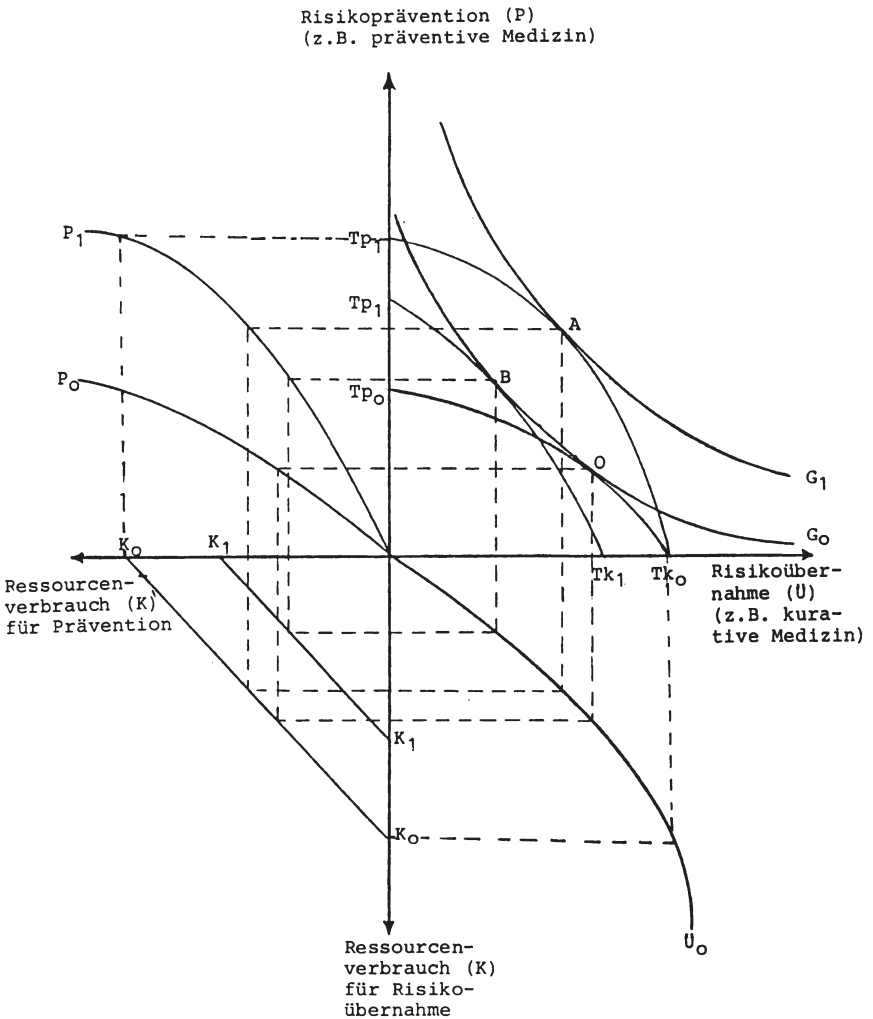
Es bedarf weiterer Untersuchungen darüber, ob die Aggregation der Ergebnisse dieser Einzelstudien überhaupt zulässig ist und wie eine Allokation bei gegebenem Budget angesichts der Unklarheit darüber auszusehen hätte, um

---

[13] Siehe den Überblick bei *Russell,* L. B., The Economics of Prevention, in: Health Policy, Heft 4, 1984, S. 85ff., die Einzelfallstudie von *Martens,* L., *Ruttens,* F., et al., Cost Effectiveness of Cholesterol-Lowering Therapy in The Netherlands, in: The American Journal of Medicine, Bd. 87, Okt. 16, 1989 sowie *Killoran,* A. J., The Context of Health Promotion in the NHS, in: Health Services Management, Bd. 86, Februar 90, Nr. 1, S. 36-40 sowie *Pedroni,* G., *Zweifel,* P., Wie mißt man Gesundheit?, a. a. O., S. 52ff.

[14] Siehe *Drummond,* M., *Teeling Smith,* G., *Wells,* N., Economic Evaluation in the Development of Medicines, London 1988, S. 30.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Die in der Textabbildung 1 zugrunde gelegten Kurvenverläufe, insbesondere die Konkavitäts- und Konvexitätseigenschaften der Transformationskurve und des Isoquantensystems müssen nicht der Realität entsprechen. Ecklösungen und multiple Optima sind grundsätzlich denkbar. Das dargestellte Entscheidungsproblem, demzufolge sich die Gesellschaft zwischen Kostendämpfung und Gesundheitsmaximierung entscheiden muß, bleibt davon unberührt. Diese Aussage gilt auch für den Fall, daß Prävention und Übernahme komplementäre Gesundheitsgüter sind.

Textabbildung 1: Technischer Fortschritt in der Prävention: Höheres Gesundheitsniveau bei gleichem Budget (A) versus gleiches Gesundheitsniveau mit Einsparungen (B).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wessen Lebensjahr es sich bei den Lebensjahren handelt, die gerettet werden können. Zielführender im Sinne einer Umsetzung von Ergebnissen erscheinen „klassische" Arbeiten wie die von Belloc und Breslow über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und gesunder Lebensweise, d.h. empirische Studien, in denen versucht wird, den Einfluß der unterschiedlichen Faktoren auf die Gesundheit zu isolieren.[15] Dabei ist einerseits zu bedenken, daß eine Verhaltensprävention u.U. nichts kostet. Andererseits muß eine mit Ausgaben verbundene Prävention nicht automatisch auf Kosten der kurativen Behandlung, also der Risikoübernahme gehen, sondern kann auch durch mehr Mittel für das Gesundheitswesen, z.B. eine Subventionierung von Schadenverhütungsgütern, finanziert werden. Schließlich wird häufig übersehen, daß die Existenz von Arbeitgeberbeiträgen u.U. auch die Anreize zur Schadensverhütung mindert. Der Versicherte unterliegt einer Beitragsillusion; d.h. wenn Einsparungen durch Prävention aufträten, kämen sie auch dem Arbeitgeber zugute. Bei gegebenem Beitragsvolumen wäre also — wenn aus den Arbeitgeberbeiträgen Lohnbestandteile würden — u.U. ein höheres Gesundheitsniveau zu erreichen (vgl. Textabbildung 1).

II. Die Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes

1. Regelungsbereiche und Regelungsbedarf

Die vorhergehenden Ausführungen zur Risikovorsorge im Zusammenhang mit der Krankheit als Risiko, dem alle Menschen ausgesetzt sind, bedürfen der Ergänzung. Zusätzlich zu der Entscheidung über die Anteile von Risikoprävention und Risikoübernahme im Rahmen der Risikovorsorge treten bei der Gestaltung des Krankenversicherungsschutzes weitere Probleme auf. Die Einführung, eine Reform oder die Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall verlangen eine Vielzahl und Vielfalt von Entscheidungen, denen ein bestimmter Regelungsbedarf vorausgeht. Im Rahmen einer entscheidungsorientierten Sichtweise der Sicherung im Krankheitsfall tritt damit die zu stark vereinfachende Dichotomie Markt oder Staat zurück.[16] Der Regelungs- bzw.

---

[15] Siehe z.B. *Belloc,* N.B., *Breslow,* C., Relationship of Physical Health Status and Health Practiecs, in: Preventive Medicine, Bd. 1, 1972, S. 409ff. und die darauf aufbauende Literatur über die Rolle von Ernährung, Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsarmut u.a. Faktoren auf die Gesundheit. Siehe beispielhaft *Fries,* J.F., *Green,* L.W., *Levine,* S., Health Promotion and the Compression of Morbidity, in: The Lancet, Mai 1989, S. 481-483; dort wird gezeigt, daß in bestimmten Fällen der kurative Ressourcenverbrauch pro Fall bei mehr Prävention sinkt. Siehe auch *Schwartz,* F.W., Aktive Vorsorge aus der Sicht der somatischen Medizin, Manuskript, Februar 1990, in Druck und *Rice,* D., *MacKenzie,* E. u.a., Cost of Injury in the United States, A Report to Congress, Johns Hopkins University 1989.

[16] „It is (not) useful to argue abstractly over the merits of regulation versus competition. Every health care system is likely to have elements of both", Enthoven, A.,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Entscheidungsbedarf[17] läßt sich nach verschiedenen Bereichen unterscheiden, die zugleich Grundlage einer Typologie des Krankenversicherungsschutzes bilden. Folgende Bereiche sollen unterschieden werden:

— einzubeziehender Personenkreis,

— Leistungsumfang und -struktur,

— Mittelaufbringung,

— Finanzierung und Steuerung der Leistungen[18]

— ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung,

  — stationäre Versorgung,

  — Arzneimittel,

  — Heil- und Hilfsmittel,

— Organisation und Finanzausgleich.[19]

Im Fall des leistungsberechtigten *Personenkreises* kann zum einen nach dem Status der zu versichernden Personen im Arbeitsprozeß (Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbständiger etc.) und nach Branchen (Bergleute, Seeleute, Landwirte, Handwerker etc.) unterschie-

---

What can Europeans learn from Americans, Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1989, S. 61.

[17] Der Begriff „Regelung" ist nur z. T. identisch mit dem Begriff „Regulierung", ohne die kein Wirtschaftssystem auskommt. Unter Regulierungen bzw. „regulations" fallen überwiegend Vorschriften der öffentlichen Hand, deren Ausmaß häufig beklagt wird und zu Forderungen nach Deregulierung führt. Eine Reihe von Vorschriften betreffen unmittelbar die Gesundheit der Bevölkerung, sie dienen der Risikoprävention, wie z. B. Ernährungsvorschriften, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Rauchverbote, Anschnallpflicht. Zur Einschätzung dieser Art von Eingriffen siehe oben sowie *Lave,* L. B., The Strategy of Social Regulation, Decision Frameworks for Policy, Washington D. C. 1981, insb. Kapitel 2 und S. 114ff. sowie *Lave,* L. B., Hrsg. Quantitative Risk Assessment in Regulation, Washington D. C. 1982. Siehe auch *Krakowski,* M., Hrsg., Regulierung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ausnahmebereiche des Gesetztes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Hamburg 1988 und zu den konstituierenden und regulierenden Prinzipien der Wettbewerbsordnung *Eucken,* W., Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 5. Aufl., Tübingen 1975, S. 254-304.

[18] Eine tiefere Untergliederung dieses Bereiches würde die Finanzierung und Steuerung der Leistungen im Unfallrettungswesen, öffentlichen Gesundheitsdienst und in der betriebsärztlichen Versorgung umfassen.

[19] In einer weiter differenzierenden Analyse könnten die Zulassung zu Heilberufen, die Bedarfsplanung und Standortwahl sowie die Zulassung von Arzneimitteln und medizinisch-technischen Geräten ebenfalls als regelungsbedürftige Bereiche aufgenommen werden. Schließlich ist eine Lösung für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu finden. Die Absicherung des Einkommensausfalls kann grundsätzlich durch tarifvertragliche, sozialversicherungsrechtliche Regelungen oder privatrechtliche Versicherungslösungen erfolgen. Der Regelungsbedarf ist jedoch vergleichsweise geringer. Siehe im einzelnen zu diesem vernachlässigten Bereich Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988, Tz. 355ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

den und zum anderen nach ihrer Schutzbedürftigkeit bzw. individuellen Vorsorgefähigkeit gefragt werden. Soll der versicherungspflichtige Personenkreis festgelegt werden, stellt sich die Frage, ob es die Gesamtbevölkerung (Versicherungspflicht) sein soll oder ob er über Berufsgruppen und/oder Einkommensgrenzen bestimmt werden soll. Weiterhin ist zu entscheiden, ob auch eine freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung vorzusehen ist.

Der *Leistungsumfang* muß unabhängig davon festgelegt werden, ob ein Sozialversicherungssystem vorliegt oder eine risikoäquivalente Sicherung vorgeschrieben ist. Dies kann nicht nur über die Art und den Umfang der zu erstattenden Leistungen erfolgen (z. B. Negativlisten), sondern auch über die Höhe der Beiträge. Am Beispiel der zahnmedizinischen Versorgung und der Pflege im Alter, aber auch anhand der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen und die Natur von Versicherungsgütern zeigt sich, wie schwer ein Konsens über den Leistungsumfang herbeizuführen ist, wenn die individuellen Präferenzen nicht als Richtschnur gelten sollen. Unabhängig davon, was der Krankenversicherungsschutz in gesetzlich definierten Systemen umfassen soll, müssen die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden, um Verschwendung zu vermeiden. Weiterhin ist es in bestimmten Fällen denkbar, den Leistungsumfang auch vom Präventionsverhalten abhängig zu machen. Neben Art und Umfang der Leistungen tritt ihre qualitative und räumliche Sicherstellung. Fragen der Freiberuflichkeit der Leistungsanbieter und der zweckmäßigen Struktur des Leistungsangebots sind zu regeln. Hierzu zählt auch das Verhältnis von kurativer zu präventiver Medizin bzw. von Risikoprävention und Risikoübernahme. Auch für die Selektion des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts können Mechanismen erforderlich werden.

Die übergreifende *Mittelaufbringung* wurde bereits skizziert (siehe Textübersicht 1). Im Falle von Sozialversicherungssystemen muß darüber hinaus entschieden werden, wer die Beiträge für Erwerbstätige aufbringt (Arbeitnehmer, Arbeitgeber) und wer im Alter, bei Arbeitslosigkeit, Invalidität und Armut die Beiträge bezahlt bzw. übernimmt. Weiterhin ist zu klären, ob nur die Mitglieder oder auch ihre Familienangehörigen beitragspflichtig sein sollen und ob ggf. eine Staffelung der Beitragssätze und der Beitragsbemessungsgrenze nach dem Familienstand vorzusehen ist. Zu der Frage, wer die Beiträge aufbringt, tritt im Falle einer Sozialversicherung auch die Bestimmung und Abgrenzung der Bemessungsgrundlage. Die Bemessungsgrundlage selbst kann auf Löhne und Gehälter beschränkt werden, bei grundsätzlicher Betrachtung allerdings auch die gesamte Wertschöpfung oder das steuerrechtlich definierte Einkommen umfassen. Darüber hinaus müssen Ober- und Untergrenzen einer Beitragspflicht bestimmt werden. Die Obergrenzen gewinnen an Bedeutung, wenn private und gesetzliche Krankenversicherungen nebeneinander bestehen sollen, da die Art und Höhe der Beitragsbemessungsgrenze den Mitgliederkreis für die beiden Systeme entscheidend beeinflussen (Anhangabbildung1). Mit der Obergrenze ist zwangsläufig eine regressive Belastung verbunden. Über die Mittelaufbringung wird die Allokations- und Distributionsfunktion der Krankenversicherung erheblich beeinflußt.

Mit der *Finanzierung und Steuerung der Leistungen* erfolgt die Honorierung, Vergütung bzw. Bezahlung der Gesundheitsleistungen. Von den finanziellen Beziehungen zwischen den Versicherungen und Anbietern und der Art der Kostenerstattung gehen Anreize aus, die das medizinische Leistungsgeschehen nach Art, Menge und Struktur erheblich beeinflussen. Zu denken ist hier nicht nur an die Honorierung ambulant-ärztlicher Leistungen im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale oder Fallpauscha-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

le mit ihren Wirkungen auf das Leistungs- und Honorarvolumen und die Zahl der Fälle und Überweisungen, sondern auch an die Wirkungen auf die Ärztedichte, die Qualität der Versorgung, den technischen Fortschritt etc.

Ähnliche Überlegungen gelten für die Vergütungsformen im Krankenhaus (z. B. Tagespauschalen, Fallpauschalen, Einzelleistungen, Sonderentgelte) mit ihren betriebs- und volkswirtschaftlichen Konsequenzen für die Krankenversorgung. Entscheidungen sind erforderlich, wenn das Selbstkostendeckungsprinzip, ein Preis- oder ein Verhandlungssystem (Budget- und Pflegesatzverhandlungen) als Formen einer Steuerung der stationären Ausgaben und Leistungen zur Diskussion stehen.

Schließlich gibt es ebenso viele Möglichkeiten wie in der ambulanten und stationären Versorgung, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel zu bezahlen. Kostenerstattungssysteme mit/ohne Selbstbeteiligung, Festbetragsregelungen, Preisverhandlungen zwischen Kassen und Herstellern und Regelungen auf Hersteller-, Großhändler-, Apothekenebene bestimmen Mengen-, Preis- und Struktureffekte in diesen Sektoren. Die Kenntnis ihrer differentiellen Wirkungen stellt die Grundlage der Entscheidungen dar.

Die Finanzierung und Steuerung der Leistungen, deren Wirkungen für die verschiedenen Bereiche an dieser Stelle im einzelnen nicht untersucht werden können, gehört zu den zentralen Gestaltungselementen. Die Vergütungsvereinbarungen zwischen Kassen und den genannten Anbietern einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln können weiterhin im Kontext eines Sachleistungs- oder Kostenerstattungssystems gesehen werden.

Mit der *Organisation der Versicherungsträger und dem Finanzausgleich* werden Fragen des Nebeneinanders unterschiedlicher Systeme, ihrer rechtlichen Ausgestaltung, der Anzahl der Kassen und des Finanzausgleichs aufgeworfen, die ebenfalls einer Regelung bedürfen. Auch die Möglichkeiten einer unmittelbaren finanziellen und rechtlichen Beziehung zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern, z. B. Krankenversicherungen mit eigenen Versorgungseinrichtungen, können den Fragen von Organisation und Finanzausgleich zugeordnet werden.

Der Entscheidungsbedarf in den hier unterschiedenen fünf Bereichen ist weitgehend systemindifferent, da die genannten Modalitäten auch in risikoäquivalent finanzierten Sicherungsformen festgelegt werden müssen. Selbst bei einer freiwilligen Vorsorge über private Versicherungen stellt sich die Frage einer zweckmäßigen Finanzierung der Leistungsanbieter, die nur dann, wenn sie völlig einer marktlichen Regelung überlassen bliebe, keinen Entscheidungsbedarf für die öffentliche Hand mit sich brächte. Der im einzelnen anhand dieser Bereiche konkretisierbare Regelungsbedarf führt bei der jeweiligen Ausgestaltung zu ganz unterschiedlichen Steuerungsstilen in der finanziellen und realen Sicherung im Krankheitsfall und ergibt in der Summe ein bestimmtes Steuerungsprofil.

Die skizzierte Vorgehensweise anhand konstituierender Elemente eines Krankenversicherungssystems ist nicht nur zur Entwicklung einer Typologie sinnvoll, sondern vor allem zweckmäßig, wenn

— Krankenversicherungssysteme für Schwellenländer (z. B. Südkorea, Taiwan) konzipiert werden[20],

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

— eine nationale Krankenversicherung auf der Grundlage einer schon vorhandenen, aber lückenhaften Absicherung ausgebaut werden soll (z. B. USA)[21],

— bestehende Sozialversicherungssysteme weiterentwickelt oder reformiert werden sollen (Europa) und

— zwei völlig unterschiedliche Sicherungsformen angeglichen werden sollen (Bundesrepublik Deutschland, DDR).

2. *Krankenversicherungsschutz im Ziel-Mittel-Zusammenhang*

Anhand der Regelungsbereiche und des Regelungsbedarfs eines auszugestaltenden Krankenversicherungsschutzes zeigt sich, was alles geregelt werden muß und wie es geregelt werden kann, wenn eine funktionsfähige Sicherung im Krankheitsfall gewünscht wird.[22]

Die Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes erfordert zahlreiche Entscheidungen, die auch dann an Werten und Normen orientiert sind, wenn diese nicht offen ausgesprochen werden. Für eine Beurteilung der unterschiedlichen Möglichkeiten einer Sicherung im Krankheitsfall und ihrer Weiterentwicklung sollen sie in Analogie zur traditionellen Theorie der Wirtschaftspolitik in einen Ziel-Mittel-Zusammenhang gebracht werden.[23] Für diese vergleichsweise

---

[20] Auf der Grundlage des genannten Regelungsbedarfs erfolgt derzeit eine grundlegende Diskussion über den Aufbau einer sozialen Krankenversicherung in den Ländern Asiens und Lateinamerikas. Siehe beispielhaft Korea Development Institute, Hrsg., Policy Issues in Social Security, Seoul 1989; *Barnum*, H., Evaluating Healthy Days of Life Gained from Health Projects, World Bank Reprint Series, Nr. 428 (1987).

[21] Siehe zu diesem Problem der USA *Swartz*, K., Strategies for assisting the medically uninsured, The Urban Institute, Washington D.C. 1989 und dies. The Medically Uninsured, The Urban Institute, Washington D.C. 1989; nach neuesten Erhebungen waren im Jahre 1987 etwa 37 Millionen und damit 17.6 vH der Amerikaner unter 65 Jahren ohne irgendeine private oder gesetzliche Krankenversicherung.

[22] Die simultane Sichtweise aller Elemente des Krankenversicherungsschutzes steht in der Theorie der Versicherungsmärkte noch am Anfang. Partialanalytische Betrachtungen des Versicherungsmarktes oder einzelner „Märkte" für Gesundheitsleistungen (z. B. zahnmedizinische oder stationäre Versorgung) werden den komplexeren Zusammenhängen nicht gerecht, und systemtheoretischen Ansätzen mit ihrem umfassenden Erklärungsanspruch fehlt häufig eine allokationstheoretische Fundierung.

[23] Siehe einerseits *Tinbergen*, J., On the Theory of Economic Policy, Amsterdam 1952 und andererseits *Myrdal*, G., Das Ziel-Mittel-Denken in der Nationalökonomie, in: Zeitschrift für Nationalökonomie, 1933, Nr. 4, S. 305-329, *Riese*, H., Wider den Dezisionismus in der Theorie der Wirtschaftspolitik, in: Vogt, W., Hrsg., Politische Ökonomie heute. Beiträge zur Tagung des Arbeitskreises Politische Ökonomie im Herbst 1987, Regensburg 1988, S. 91-116 und *Hayek*, F. A. von, Arten der Ordnung, in: ORDO, Bd. XIV, 1963, S. 1-20. Stellvertretend für die neuere Entwicklung, die vom Prinzip der Selbstorganisationsfähigkeit ausgeht, siehe *Jantsch*, E., Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist, 3. Aufl., München 1986 (dtv-Wissenschaft) und *Vester*, F., Neuland des Denkens. Vom technokratischen zum kybernetischen Zeitalter, 4. Aufl., München 1986 (dtv-Sachbuch).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bisher wenig verbreitete Betrachtung sollen die Ziele der Medizin den Zielen der Gesundheitsversorgung gegenübergestellt werden.

Die Medizin wird angesichts ihrer herausragenden Bedeutung und unabhängig von der vorherrschenden Form der Risikovorsorge, also z. B. dem Mischungsverhältnis von kurativer und präventiver Medizin, stets versuchen, ein Maximum und nicht nur ein Optimum an Ressourcen auf sich zu ziehen. Zu ihren Zielen zählen:

— Hinausschieben des vermeidbaren Todes,

— Bekämpfung, Verhütung, Linderung und Heilung von Krankheit sowie damit verbundenem Schmerz und Unwohlsein,

— Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionstüchtigkeit,

— die Wahrung der menschlichen Würde und Freiheit auch im Krankheitsfall und beim Sterben.

Der im Prinzip grenzenlose Anspruch der Medizin auf den Verbrauch an Ressourcen wird durch Einkommensinteressen gefördert, deren Ausmaß von den Anreizen, die sich aus der Organisation und Finanzierung des Gesamtsystems ergeben, abhängig ist. Hinzu treten die individuellen Ansprüche des Versicherten, die in vielen Fällen auf den maximalen Behandlungsaufwand im Krankheitsfall zielen, und das Idealbild vom gesunden Altwerden durch erfolgreiche Prävention.[24] Schließlich existiert ein potentiell unbegrenzter Sozialbedarf, der sich in der Anwendung des (Sozial-)Rechts durch die Gerichte und der Gesetzgebung (z. B. Pflegesicherung) manifestiert.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Opportunitätskosten jeder medizinischen Behandlung wird deutlich, daß Ziele und Prioritäten festgelegt werden müssen. Wenn es auch nicht Aufgabe der Wissenschaft ist, den gesundheitspolitisch Verantwortlichen Ziele vorzugeben, so ist es doch erforderlich, zweifellos vorhandene Ziele aufzudecken und damit die Prioritätensetzung zu erleichtern.[25] So sehr allgemein gehaltene Zielvorgaben, wie z. B. „Gesundheitspolitik soll die wirtschaftliche und moralische Kraft des Gemeinwesens und das Glück der Bürger fördern“ oder „eine bestmögliche medizinische Versorgung bzw. chancengleiche Teilhabe am medizinischen Fortschritt“ dazu geeignet sein mögen, jedermanns Zustimmung zu finden, so wenig genügen sie den

---

[24] In diesem Zusammenhang kann auch die Definition von Gesundheit durch die WHO als Zustand des uneingeschränkten körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht einfach als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen gesehen werden.

[25] Einige Autoren lehnen jede Zieldiskussion und die Verwendung eines Ziel-Mittel-Zusammenhanges im Kontext eines Wettbewerbsmodells ab, da andernfalls der Bevölkerung Herrschaftswissen „ in Form von Prioritäten oktroyiert“ würde. Dennoch stellt sich auch für ein wettbewerblich organisiertes System die Frage nach seinen Ergebnissen und ihrer Beurteilung durch die Gesellschaft. Akzeptierte man den Wettbewerb selbst bereits als Ergebnis, könnten sich insbesondere im Gesundheitswesen gravierende Zielverletzungen ergeben.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anforderungen an eine rationale und überprüfbare Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitische Ziele müssen vielmehr in eine Reihe meßbarer Größen umgesetzt werden, die als Maßstab für die Verwirklichung oder Gefährdung von Teilzielen herangezogen werden und gleichzeitig als Erfolgsindikator dienen können. Das heißt nicht, daß seitens der Wissenschaft die Normen vorgegeben werden, sondern lediglich, daß Operationalisierungsvorschläge zur Diskussion gestellt und auf längere Sicht von den Trägern der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit aufgegriffen werden können.

Um die Effektivität und Effizienz der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung einschließlich ihrer Teilsysteme ermitteln und die „Wertigkeit" verschiedener Formen der Risikovorsorge abschätzen zu können, ist ein Zielbezug unabdingbar. Gilt aus ökonomischer und medizinischer Sicht eine bedarfsgerechte und kostengünstige Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung als gesundheitspolitisches Oberziel, so können folgende Ziele oder Nebenbedingungen ebenfalls herangezogen werden:

— gleicher Zugang zu einer bedarfsgerechten Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung unabhängig vom Einkommen, von sozialem Status und vom Wohnort der Versicherten,

— hohe Versorgungsqualität für alle Versicherten,

— kontrollierbare Entwicklung der Gesundheitsausgaben,

— vertretbares Maß an Wahlfreiheit für Versicherte und Leistungsanbieter,

— geeignete Anreize zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit,

— kostenminimale Produktion im Sinne einzelwirtschaftlicher Rationalität.

Bei dieser Gegenüberstellung von Zielen der Medizin und *gesundheitspolitischen Zielen* ergeben sich vielfältige Zielbeziehungen, die im Falle des Konflikts zwischen Kostendämpfung und Ansprüchen der Medizin besonders hervortreten und zu dem Vorwurf der Medizin gegen die Ökonomie führen, sie sei im Grunde inhuman, eine Einschätzung, die den Gegenstand der Ökonomie verkennt und die prinzipielle Knappheit der Ressourcen außer acht läßt. Das Spannungsverhältnis zwischen der Knappheit der Ressourcen und den Möglichkeiten der Medizin erfordert vielmehr eine Verwendung der Mittel nach Maßgabe ihrer Gesundheitswirksamkeit, wann immer es möglich ist. Diese Prioritätensetzung findet ihren Niederschlag in der gesundheitspolitischen Vorstellung des Gesetzgebers, nur medizinisch notwendige und wirtschaftlich erbrachte Gesundheitsleistungen zu erstatten und den Präventionsgedanken zu stärken.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

C. Gegenwärtige Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

I. Rechtsgrundlagen und Kennzeichnung der GKV

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken." (§ 1 SGB V).

Mit dieser Zielsetzung der GKV wird vom Gesetzgeber die vorgenommene Unterteilung der Risikovorsorge in Risikoprävention und Risikoübernahme nicht nur aufgegriffen und der GKV eine Doppelfunktion zugewiesen, sondern im Vergleich zur RVO tritt der Präventionsgedanke stärker in den Vordergrund. Skizziert man die Rechtsgrundlagen der GKV anhand der fünf konstituierenden Regelungsbereiche, ergibt sich folgendes Bild[26]:

Zur Zeit umfaßt der in der GKV *versicherte Personenkreis* fast 90% der Bevölkerung. Für weite Teile der Bevölkerung (etwa 80%) besteht Versicherungspflicht (§ 5 SGB V) mit partiellem Kassenzwang. Das bedeutet, daß unabhängig vom Willen der Betroffenen ein Sozialversicherungsverhältnis zustande kommt. Alle in § 5 SGB V genannten Personengruppen — gleichgültig welchen Alters, Geschlechts, Gesundheitszustandes und welcher Staatsangehörigkeit — gehören kraft Gesetzes der GKV an. Versicherungspflicht besteht in erster Linie für Arbeiter und Angestellte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Desweiteren sind in der Regel Rentner, Behinderte, Studenten, Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Landwirte und Künstler versicherungspflichtig.

Die Versicherungspflichtgrenze liegt bei 75% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (Jahresarbeitsentgeltgrenze). Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die in der GKV zugleich die Beitragsbemessungsgrenze ist, können als freiwillige Mitglieder in der GKV bleiben (§ 9 SGB V).

Für die Familienangehörigen des Kassenmitglieds besteht eine eigenständige Versicherung, d.h. Ehepartner und Kinder werden zu Versicherten mit eigenen Leistungsansprüchen (Familienversicherung § 10 SGB V). Übersteigt das Gesamteinkommen des Familienversicherten nicht ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, besteht für ihn i.d.R. Beitragsfreiheit.

---

[26] Zur Ergänzung und Interpretation der Ausführungen siehe *Krauskopf,* D. u.a., Hrsg., Soziale Krankenversicherung, SGB V und Nebengesetze, Kommentar, München 1989, *Maaßen,* H.J., u.a., Hrsg., SGB V — Gesetzliche Krankenversicherung GKV, Kommentar, Heidelberg 1989; *Vollmer,* R., Das Recht der ambulanten und stationären Krankenhausbehandlung, Vorsorge und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung, SGB V, Referentenkommentar, Bonn 1989.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Der *Leistungsumfang* der GKV ist weitgehend vorgeschrieben; grundsätzlich gilt das Sach- bzw. Dienstleistungsprinzip. Die Krankenkassen dürfen ihre Leistungen im Wege der Kostenerstattung nur erbringen, wenn es das SGB V ausdrücklich vorsieht (§ 2 Abs. 2 SGB V). Das Leistungsangebot der GKV umfaßt:

— die Förderung der Gesundheit (§ 20 SGB V),

— die Verhütung von Krankheiten (§§ 21-24 SGB V),

— die Früherkennung von Krankheiten (§§ 25-26 SGB V),

— Leistungen bei Krankheit (§§ 27-52 SGB V),

— Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 53-57 SGB V) und

— Sterbegeld (§§ 58-59 SGB V).

Die Lohnfortzahlung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers ist im Arbeitsförderungsgesetz geregelt. Der Arbeitgeber übernimmt im Krankheitsfall für die ersten sechs Wochen die uneingeschränkte Bruttoentgeltfortzahlung. Ab der siebten Woche hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld. Keine Leistungspflicht der GKV besteht mehr ab dem 1. 1. 1991, wenn Leistungen aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung notwendig werden (§ 11 Abs. 4 SGB V i. V. m. Art. 79 Abs. 4 GRG).

Unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalles müssen die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder unwirtschaftlich erbracht werden, kann der Versicherte nicht beanspruchen, darf der Leistungserbringer nicht veranlassen oder verordnen und darf die Krankenkasse nicht bewilligen (§ 12 SGB V). Ist für eine Leistung ein Festbetrag nach § 35 SGB V (Arznei- und Verbandmittel), § 36 SGB V (Hilfsmittel) oder § 133 SGB V (Krankentransportleistungen) festgelegt, beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auf diesen Betrag. Wählt der Versicherte eine Leistung, die diesen Festbetrag überschreitet, muß er die Differenz selbst zahlen. Wird eine Leistung unterhalb des Festbetrages gewählt, beschränkt sich der Leistungsanspruch auf die Höhe der tatsächlichen Kosten.

Die *Mittelaufbringung* für die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben (z. B. Verwaltungsausgaben) der GKV erfolgt fast ausschließlich durch Beiträge der Mitglieder sowie ihrer Arbeitgeber. Die Höhe der Beiträge richtet sich innerhalb der Beitragsbemessungsober- und -untergrenze in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 3 SGB V); sie ist einkommensproportional und richtet sich nicht nach dem Individualrisiko des Versicherten. Die beitragspflichtigen Einnahmen umfassen das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die Versorgungsbezüge sowie das neben einer Rente oder neben Versorgungsbezügen erzielte Arbeitseinkommen.

Der allgemeine Beitragssatz gilt vor allem für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber haben, und für Rentner. Durch diesen allgemeinen Beitragssatz werden ca. 60-80% der gesamten GKV-Ausgaben finanziert. Daneben gibt es einen erhöhten und einen ermäßigten Beitragssatz sowie Beitragssätze für bestimmte Personengruppen (z. B. Wehr- und Zivildienstleistende, Künstler, Studenten). Durch Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem entsprechenden kassenspezifischen Beitragssatz erhält man den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag. Die wichtigsten Beitragszahler sind die Mitglieder (einschließlich Rentner) und die Arbeitgeber sowie die Rentenversicherungsträger;

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

darüber hinaus zählen zu den Beitragszahlern z. B. die Bundesanstalt für Arbeit und Träger von Einrichtungen für Behinderte (§ 251 ff. SGB V).

Die *Finanzierung und Steuerung der Leistungsanbieter* ist Aufgabe der GKV. So müssen die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen zur Verfügung stellen, d. h. der Versicherte ist nicht verpflichtet, sie sich selbst zu beschaffen (§ 2 SGB V). Die Krankenkassen können Leistungen auch selbst erbringen (z. B. § 140 SGB V), aber im Regelfall schließen sie mit den Leistungserbringern Verträge über die Erbringung der Leistungen. Die Krankenkassen, Kassenärztlichen sowie Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV, KZBV) und die Kammern der Heilberufe stellen die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung sicher und regeln zusammen mit den Krankenhäusern die stationäre Versorgung sowie mit den Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln die Versorgung mit diesen Gesundheitsleistungen. Desweiteren regeln sie innerhalb des vorgegebenen Rechtsrahmens die Beziehungen zu den Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen.

Grundsätzlich sind die Krankenkassen und Leistungserbringer beim Abschluß von Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen dazu verpflichtet, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (§ 71 SGB V); d. h. Vereinbarungen sind so zu treffen, daß sie nicht zu Beitragssatzerhöhungen führen. Ausnahmen dürfen nur gemacht werden, wenn es sich um medizinisch unverzichtbare Leistungen handelt, die unter Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven ansonsten nicht finanziert werden können.

Über die kassenärztliche Versorgung schließen die insgesamt 18 Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen bzw. im Falle der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gesamtverträge (§ 83 SGB V). In diesen Verträgen werden u. a. die Vergütungen der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte geregelt. Die Berechnung der Gesamtvergütung kann auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale, als Festbetrag oder nach anderen Berechnungsarten erfolgen (§ 85 Abs. 2 SGB V). Die Verteilung der Vergütung auf die Kassenärzte ergibt sich nach § 85 Abs. 4 SGB V aus dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Der HVM wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Krankenkassen aufgestellt und dient als Anspruchsgrundlage für die Honorarforderung des Kassenarztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Verteilungsmaßstab ist so zu wählen, daß eine ungerechtfertigte Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit verhindert wird. Der einheitliche Bewertungsmaßstab, der in den Bundesmantelverträgen vereinbart wird, bestimmt die Bewertungsrelation der abrechnungsfähigen ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen. Berechnungsgrundlage für die Gesamtvergütung sind die aufgrund des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen (EBM) bzw. des Bewertungsmaßstabes für Zahnärzte (Bema-Z) ermittelten Punktzahlen für bereits erbrachte oder zu erwartende (zahn)ärztliche Leistungen. Ergibt sich z. B. ex post eine Gesamtpunktzahl von 500 000 und wird die Gesamtvergütung auf 50 000 DM festgesetzt, so erhält jeder Punkt des EBM einen Wert von 0,10 DM.

Die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in Verträgen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbart (§ 88 SGB V). Über die Arzneimittelversorgung schließen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die entsprechende Spitzenorganisation der Apotheker Rahmenverträge. Auf Landesebene können diese Verträge ergänzt werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Durch eine Rabattregelung erhalten die Krankenkassen einen Abschlag von 5% auf den entsprechenden Arzneimittelabgabepreis (§ 130 SGB V). Darüber hinaus sind die Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen Arzneimitteln verpflichtet, wenn Medikamente vom Arzt nur unter der Wirkstoffbezeichnung verordnet wurden.

Mit den pharmazeutischen Unternehmen werden keine Preisverhandlungen geführt; es werden aber z. B. Rahmenverträge über eine therapiegerechte und wirtschaftliche Packungsgröße geschlossen (§ 131 Abs. 2 SGB V). Wie die Spitzenorganisationen der Apotheker sind auch die pharmazeutischen Unternehmen zur Übermittlung von Transparenzdaten verpflichtet, die z. B. für die Bestimmung von Festbeträgen unentbehrlich sind.

Krankenhäuser werden durch einen öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag zur Krankenhausbehandlung von Versicherten der GKV zugelassen. Mit der Zulassung werden die Krankenkassen verpflichtet, Verhandlungen über die Entgelte für Krankenhausleistungen nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu führen. Derzeit erfolgt die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten nach einem modifizierten Selbstkostendeckungsprinzip (§ 4 KHG und § 4 BPflV sowie § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG).

Die Beziehungen zu den Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln werden durch Verträge mit ihnen (bzw. ihren Verbänden) und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen geregelt (§§ 125, 127 SGB V). Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, für Hilfsmittel (z. B. für Hörhilfen oder Rollstühle) Festbeträge zu bestimmen, wenn dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven zugunsten der Versicherten ausgeschöpft werden können. Sind keine Festbeträge festgesetzt worden oder wie im Falle von Heilmitteln (z. B. Massagen oder Krankengymnastik) gesetzlich nicht vorgesehen, müssen die Kassen mit den Leistungserbringern vertragliche Vereinbarungen treffen.

Auch die Beziehungen der Krankenkassen zu den sonstigen Leistungserbringern (z. B. häusliche Pflegehelfer und Rettungsdienste) sind gesetzlich geregelt (§§ 132-134 SGB V).

Die *Konzertierte Aktion* im Gesundheitswesen hat auf der Basis von medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten gesundheitspolitische Prioritäten beim Abbau von Überversorgung und bei der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen (§ 141 SGB V). Sie gibt zu den einzelnen Versorgungsbereichen (so z. B. zu der Veränderung der Vergütung der Leistungserbringer) Empfehlungen ab. Dabei sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden.

Die *Organisation der GKV* erfolgt in erster Linie durch die Krankenkassen, die in der Bundesrepublik in sieben Kassenarten untergliedert sind (§§ 143-206 SGB V). Ausschlaggebend für die Gliederung sind die Orts-, Berufs- oder Betriebszugehörigkeit des versicherten Personenkreises. Die Ortskrankenkassen bestehen in der Regel für kreisfreie Städte oder Landkreise. Freiwillige Vereinigungen von Ortskrankenkassen sind auch über die Grenzen einzelner Bundesländer hinaus möglich. Eine Voraussetzung für die Errichtung von Betriebskrankenkassen ist die Mindestzahl von 450 versicherungspflichtigen Beschäftigten, gleichgültig bei welcher Kasse die Beitragspflicht besteht. Allerdings darf durch die Neugründung der Bestand oder die Leistungsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkassen nicht gefährdet sein. Die Errichtung erfolgt nach betrieblicher Abstimmung durch Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Wie die Ortskrankenkassen können sich auch Betriebskrankenkassen zusammenschließen. Ähnliches gilt für Innungskrankenkassen. Jedoch bedarf die Errichtung einer Innungskrankenkasse der Zustimmung der Innungsversammlung und des Gesellenausschusses der Handwerksinnung. See-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankenkassen, knappschaftliche Krankenversicherung und Krankenversicherung der Landwirte haben jeweils eigenständige Träger. Die Ersatzkassen sind den gesetzlichen Krankenkassen weitgehend gleichgestellt. Jedoch kommt die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse nicht durch gesetzliche Zuweisung zustande, sondern durch Ausübung eines Wahlrechts.

Versicherungspflichtige Beschäftigte, für die eine Orts-, Innungs- oder Betriebskrankenkasse zuständig ist, haben die Möglichkeit, einer Ersatzkasse beizutreten (§ 183 SGB V), wenn der versicherungspflichtige Beschäftigte zum Mitgliederkreis gehört, für den die entsprechende Ersatzkasse zugelassen ist. Die Kasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Personen, die nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu dem Mitgliederkreis der Ersatzkasse verlieren, können weiterhin Mitglieder dieser Kasse bleiben. Umgekehrt können auch Mitglieder von Ersatzkassen die Mitgliedschaft bei der zuständigen Orts-, Innungs- oder Betriebskrankenkasse wählen. Bestimmte versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen und Behinderte haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wählen, bei der ein Elternteil oder der Ehepartner versichert ist (§ 184 Abs. 1 SGB V). Auch versicherungspflichtigen Studenten und Rentnern sowie Hinterbliebenen räumt der Gesetzgeber gewisse Wahlmöglichkeiten ein (§ 184 SGB V Abs. 2ff.).

Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen schließen sich in jedem Bundesland zu einem Landesverband zusammen und bilden jeweils einen Bundesverband. Die Ersatzkassen sind nicht zur Verbandsbildung verpflichtet.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat das Aufsichtsrecht über die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen (§ 214 SGB V). Bundes- und Landesverbände haben in der Regel paritätisch besetzte Selbstverwaltungsorgane (§ 215 Abs. 1 SGB V). In den Selbstverwaltungsorganen der Ersatzkassen sind jedoch keine Arbeitgeber vertreten. Die Bundesverbände geben u. a. Empfehlungen über die Gesamtvergütung, vereinbaren den einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM) und zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z), entsenden Vertreter in den Bundesausschuß der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen, beraten die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung und treffen Grundsatzentscheidungen zur Regelung der Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation (§§ 86-88, 91, 217 SGB V).

Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind die Spitzenverbände der Krankenkassen. Sie müssen eine Reihe von Entscheidungen (z. B. die Bestimmung von Festbeträgen) gemeinsam und einheitlich treffen. Kommen die erforderlichen kassenartenübergreifenden Beschlüsse der Spitzenverbände nicht oder nicht einheitlich zustande, entscheidet der Bundesarbeitsminister. Neben den Landes- und Bundesverbänden besteht die Möglichkeit zur Bildung von regionalen Kassenverbänden (§ 218 SGB V) und von Arbeitsgemeinschaften (§ 219 SGB V).

In der GKV gibt es für die Einnahmen und Ausgaben der Rentner einen *Finanzausgleich* über alle Kassen. Bei allen Krankenkassen wird auf Renten ein einheitlicher Beitragssatz erhoben, der in der Regel zur Hälfte vom Rentner und zur anderen Hälfte von der Rentenversicherung gezahlt wird. Da diese Beiträge jedoch nicht zur Deckung der Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ausreichen, wird die KVdR von der übrigen Solidargemeinschaft mitfinanziert. Weil die Rentnerlastquote bei den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich ist, sind sämtliche GKV-Kassen seit 1977 an

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einem Finanzausgleich beteiligt, um die Kosten auf alle Versicherten gleichmäßig zu verteilen. Damit ist die Kassenvielfalt für etwa 40% der Ausgaben zu einer Fiktion geworden bzw. hat nur noch organisatorische Bedeutung.

Zusammenfassend ergibt sich, daß das Versicherungsprinzip im Sinne eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs, wie es der Individualversicherung zugrunde liegt, in der gesetzlichen Krankenversicherung um Sozial- bzw. Solidarziele ergänzt wird und zu einer einkommensproportionalen Finanzierung führt. Neben die risikobedingte Streuung der Krankheitskosten treten damit zusätzliche Verteilungswirkungen; die GKV wird zum Beitrags-Transfer-System[27], das sich im Rahmen einer selbständigen Organisation aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen sowie Überweisungen der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert. Die Verteilungsaufgaben werden vom Gesetzgeber und von der Selbstverwaltung selten konkretisiert; sie ergeben sich durch die vielfältigen Regelungen im Leistungs-, Mitgliedschafts- und Beitragsrecht, die Änderungen unterworfen sind und sich auf eine im Zeitablauf in Umfang und Zusammensetzung ändernde „GKV-Bevölkerung" beschränken.[28]

Zu der Mittelbereitstellung im Krankheitsfall — und zwar überwiegend durch Sachleistungen — kommen zunehmend Aufgaben im Bereich der Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Krankheiten sowie der Förderung von Gesundheit. Die Güterabwägung zwischen Risikoprävention und Risikoübernahme (siehe oben) gewinnt in der GKV an Bedeutung.

Hervorzuheben ist weiterhin die Rolle der sozialen Selbstverwaltung als tragendes Ordnungs- und Steuerungsprinzip. Ihre Träger nehmen als Körperschaften des öffentlichen Rechts stellvertretend für den Staat Aufgaben wahr, die über Sozialwahlen ihre demokratische Legitimation erfahren sollen. Kollektivverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern stellen den Allokationsmechanismus dar, der als „Dritter Weg" zwischen marktlichen und

---

[27] Siehe *Schmähl,* W., Hrsg., Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985. Nach *Töns* reduziert sich das Beitrags-Transfer-System auf die „Herstellung einer Gemeinschaft von Personen, die im Falle der Krankheit solidarisch für einander einstehen (jedes Mitglied der Gemeinschaft trägt zu deren Lasten nach dem Maße seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei und erhält Hilfe bei Krankheit nach dem Maße der Notwendigkeit)" sowie „in der Vermittlung einer finanziellen Beisteuer des Arbeitgebers bzw. der Wirtschaft und damit der Allgemeinheit". (*Töns,* H., Solidarität als Aufgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung, PKV-Dokumentation 9, Köln 1983, S. 86f.). Ob die einkommensproportionale Finanzierung der GKV nicht nur verteilungspolitisch, sondern auch allokationspolitisch begründet werden kann, ist umstritten. Während sich bei Strassl eine versicherungstheoretische Begründung für einkommensabhängige Beiträge finden läßt, wird eine solche Möglichkeit von anderen Autoren zurückgewiesen. Siehe dazu *Strassl,* W., Externe Effekte auf Versicherungsmärkten. Eine allokationstheoretische Begründung staatlicher Regulierung, Tübingen 1988, S. 232ff., insb. S. 235 und 272.

[28] Siehe hierzu im einzelnen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Gesundheitliche Versorgung: Inanspruchnahme und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe Gesundheitsforschung, Bonn 1990, in Druck.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

staatlichen Lösungen bezeichnet werden kann. Mischformen sind ordnungspolitisch ambivalent. Wenn dieser Allokationsmechanismus als „Marktersatz", also grundsätzlich wettbewerblich und selbststeuernd aufgefaßt wird, kommt gerade der Sozialwahl — dies gilt aber auch für die Wahlen auf Seiten der Verhandlungspartner und auf Seiten der Leistungserbringer (KBV, KV etc.) — eine erhebliche Bedeutung zu. Tatsächliche Macht- und Einflußstrukturen, die mangelnde Vertragsvielfalt und fehlende Innovation in der GKV haben in den intransparenten und verkrusteten Strukturen der gegenwärtigen Selbstverwaltung ihren Ursprung. Diese Einschätzung verstärkt die Kritik an der Selbstverwaltung als sog. mittlerer Steuerungsebene. Sozialwahlen könnten hierbei echte Programmwahlen mit gesundheitspolitischen Inhalten sein. Die Realität der Sozialwahlen, insbesondere das Instrument der „Friedenswahl", also „Wahlen" ohne Wahlhandlungen, und die höchst undurchsichtigen Beziehungen zwischen den beteiligten Gruppen können diesen Anspruch bisher nicht erfüllen.[29]

Handelt es sich bei den Trägern der Selbstverwaltung lediglich um „organisatorisch verselbständigte Teile der Staatsgewalt", wie von den Befürwortern eines starken staatlichen Einflusses betont wird, so ließen sich diese Organisationsstrukturen auch zugunsten eines Bundesamtes für die Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft auflösen, ohne mit dem Grundgesetz in Widerspruch zu geraten.[30] Eine derartige Zentralisierung des Systems, bei der die einzelnen Kassen ihre noch verbliebene Autonomie verlieren und — ähnlich wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung — nur administrative Aufgaben wahrnehmen, führt zu einer kassenartenübergreifenden Einrichtung. Die Funktion der Sozialwahlen würde weiter eingeengt und brächte nur eine Legitimation des Verwaltungshandelns.

II. Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. 12. 1988: Eine Zwischenbilanz

Mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 20. 12. 1988 wurde nach einer Reihe von Kostendämpfungsgesetzen eine umfassendere Antwort auf bestehende Steuerungsmängel gesucht. Damit ist das GRG der

---

[29] Siehe hierzu auch *Gäfgen,* G., Hrsg., Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, insbesondere die Abschnitte über den „Neuen Korporatismus und Wirtschaftsordnung" und über die „Funktionsweise korporativer Strukturen im Gesundheitswesen". Die Institution der Sozialwahl und die Realität ihrer Durchführung ist ein — was die empirische Aufarbeitung anbelangt — vernachlässigtes Gebiet. Vgl. auch *Neubauer,* G., Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: *Gäfgen,* G., Hrsg., Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin 1986, sowie *Neubauer,* G., *Rebscher,* H., Gemeinsame Selbstverwaltung, Spardorf 1984 und die dort genannte Literatur, vor allem *Thiemeyer,* T., Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: *Winterstein,* H., Hrsg., Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 133, Berlin 1984, S. 63-97.

[30] Siehe im einzelnen den Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. April 1975 — 2 BvR 879/73 —, BVerfGE, Bd. 39, S. 302, USK 7551.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ausgangspunkt für Überlegungen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall. Die überzeugende und ausführliche Begründung des Gesetzgebers für die Strukturreform soll an dieser Stelle nicht im einzelnen wiederholt werden; der politische Wunsch nach Kostendämpfung, externe und interne Ursachen der Ausgabenentwicklung, Steuerungsmängel in der GKV, Überversorgungen und Versorgungsdefizite, unzureichende Qualität der Versorgung sowie spezifischer Handlungsbedarf in den einzelnen Leistungsbereichen und die Notwendigkeit einer rechtssystematischen Überarbeitung des Krankenversicherungsrechts einschließlich seiner Eingliederung in das Sozialgesetzbuch lassen sich zur Rechtfertigung einer Strukturreform anführen. Es handelt sich nach verschiedenen fehlgeschlagenen Versuchen zwischen 1958 und 1965 um die erste tiefergreifende Reform des Krankenversicherungssystems seit der Notverordnung im Jahre 1931, als die kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen wurden und den sog. Sicherstellungsauftrag erhielten. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977), das Kostendämpfungsergänzungsgesetz (1981) sowie weitere Eingriffe in den Jahren 1983-1985 (Krankenversicherungsrechtlicher Teil des Haushaltsbegleitgesetzes, Krankenhaus-Neuordnungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung) dienten überwiegend der Kostendämpfung, und der Einheitliche Bewertungsmaßstab wurde mit Wirkung vom 1. 10. 1987 neu festgelegt, um die sog. Grundleistungen besser zu bewerten und die Honorarverteilung einzelner Arztgruppen einander anzunähern.

In der Regierungserklärung zum GRG wurden weitgespannte Erwartungen, wie sie z. T. auch in der Wissenschaft vorherrschten, gedämpft. Eine umfassende Reform des Krankenversicherungssystems, orientiert etwa an Überlegungen zum Umfang der Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung oder am Leitbild einer staatlich vorgeschriebenen individuellen Vorsorgepflicht (Versicherungszwang) als Alternative zum gegenwärtigen System, war nicht vorgesehen; staatlichen Versorgungssystemen und reinen Marktmodellen wurde von Anfang an gleichermaßen eine Absage erteilt. Nicht eine Neukonstruktion der tragenden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung war beabsichtigt, sondern eine „solidarische Erneuerung" des bestehenden Systems. Zu den unverändert gültigen Elementen gehören:

— der von der Beitragshöhe unabhängige Anspruch auf Leistungen,

— die einkommensproportionale Finanzierung bis zur Versicherungspflichtgrenze mit Arbeitgeberanteil,

— die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen und

— der Charakter einer Pflichtversicherung mit partiellem Kassenzwang.

Die Selbstverwaltung mit ihren vielfältigen Funktionen stand als Träger und Koordinationsmechanismus ebenfalls nicht zur Disposition.

Die bisherige Einschätzung des GRG, das wie geplant zum 1. 1. 1989 in Kraft trat, ist in weitem Umfang ähnlich interessenbezogen erfolgt wie die Kritik der Reformpläne im Vorfeld der Reform. Eine Einschätzung des GRG ist ohne

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zielbezug nicht möglich und kann nur vorläufigen Charakter aufweisen, da viele der neuen Instrumente von der Selbstverwaltung noch nicht umgesetzt sind, noch nicht greifen oder erst später wirksam werden.

Im Bereich des *versicherten Personenkreises* hat es eine Reihe von Veränderungen im Mitgliedschaftsrecht u.a. für Arbeiter, Beamte, Selbständige und Rentner gegeben (§§ 5, 6 und 9 SGB V). Arbeiter mit einem versicherungspflichtigen Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze werden nunmehr wie Angestellte behandelt. Die bisher nur für sie bestehende Versicherungspflichtgrenze gilt auch für Arbeiter. Weiterhin ist die freiwillige Versicherung eingeengt worden. Ein Beitrittsrecht haben in erster Linie aus der Versicherungspflicht Ausgeschiedene; es entfällt jedoch grundsätzlich für Rentner, Beamte und selbständige Gewerbetreibende. Die Gewichte werden damit zugunsten der PKV verschoben.

Der *Leistungskatalog* wurde stark verändert. Beabsichtigt war durch Leistungswegfall, Leistungskürzungen, Zuzahlungen und den Verzicht auf die solidarische Finanzierung medizinisch überflüssiger Leistungen eine Einschränkung auf das medizinisch Notwendige. Differenzierungsmöglichkeiten über Satzungs- und Ermessensleistungen wurden ebenfalls eingeschränkt. Die Beschränkung der solidarischen Finanzierung auf das medizinisch Notwendige ist bereits auf Teilgebieten erfolgt und wird durch in Zukunft wirksam werdende weitere Instrumente (z.B. Richtgrößen, Richtlinien, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, etc.) noch verstärkt werden.

Die Reformmaßnahmen im Leistungsrecht zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten (§§ 20-26 SGB V), die Verbesserung der häuslichen Pflege für Schwerpflegebedürftige und der Erholungsurlaub für die Pflegeperson (§§ 53-57 SGB V), die Neuregelungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei Zahnersatz (§§ 30, 34, 35, 36 SGB V), die Begrenzung der Fahrkosten (§ 60 SGB V) und des Sterbegeldes (§§ 58, 59 SGB V), die Einführung des medizinischen Dienstes (§§ 275ff. SGB V) sowie der Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106, 113 SGB V) und Qualitätssicherung (§§ 135ff. SGB V) sowie zur Abgrenzung zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§§ 107-110 SGB V) zeigen, daß es sich um Regelungen mit strukturverändernder Wirkung handelt. Sie sollen tendenziell zu einer Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV führen und weisen in Richtung eines „dualen Systems" von Grundversorgung und möglicher privater Zusatzversicherung. Eine Ausnahme stellt die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung häufig auftretender Krankheiten dar, die wirksam behandelt werden können. Die Versicherten haben ab einem Alter von 35 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf eine solche ärztliche Untersuchung.

Bei dem Versuch des Gesetzgebers, die Leistungen auf das Maß des medizinisch Notwendigen zu reduzieren, ist vor allen Dingen auf die Festbeträge bei Arzneimitteln, Sehhilfen, Hörgeräten und anderen Heil- und Hilfsmitteln hinzuweisen. Sie führen zu einer Einschränkung des erstattungsfähigen Lei-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stungsumfangs, da der Patient nur einen im vorhinein festgelegten Betrag im Rahmen des Sachleistungsprinzips von der Kasse erstattet bekommt (Indemnitätsversicherung). Die Festbeträge sollen die medizinisch notwendigen Leistungen ohne Zuzahlung sichern; mit ihnen soll der Preiswettbewerb des Arzneimittelmarktes als Steuerungsinstrument genutzt werden.

Über die *Mittelaufbringung* soll durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität der gesamte Leistungsumfang beschränkt werden. Von dieser einnahmenorientierten Steuerung kann nur abgewichen werden, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist (§ 141 Abs. 2 SGB V). Die Dynamisierung der Beiträge für Renteneinkommen auf den halben durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz sorgt für eine weniger willkürliche Abgrenzung zwischen gesetzlicher Renten- und gesetzlicher Krankenversicherung. Auch die Neudefinition der beitragspflichtigen Einkommen im Bereich der Alterseinkünfte (§ 229 SGB V) ist unter Leistungsfähigkeitsgesichtspunkten eine wichtige Anpassung im Bereich der Mittelaufbringung.

Das Ziel der Beitragssatzstabilität konnte im Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes erreicht werden. Die angestrebten Beitragssatzsenkungen haben sich auf breiter Front eingestellt. Der durchschnittliche Beitragssatz ist 1989 erstmals nach vier Jahren wieder stabil geblieben. Für 1990 sind von fast allen Kassen Beitragssatzsenkungen beschlossen worden. Dazu haben insbesondere folgende, 1989 wirksam gewordene, Maßnahmen des GRG beigetragen:

— Festbeträge für Arzneimittel,

— Festbeträge für Seh- und Hörhilfen,

— Begrenzung bzw. Wegfall des Sterbegeldes,

— Einführung höherer Zuzahlungen beim Zahnersatz,

— Einschränkung der Fahrkosten,

— Beschränkung der Zuschüsse zu den Kosten von Badekuren.

Bei der Einschätzung der Beitragssatzsenkungen ist zu berücksichtigen, daß die konjunkturelle Entwicklung 1989 besonders günstig verlief, die Beitragszahlungen der Rentner gestiegen sind und Vergleiche mit dem Vorjahr mit dem Fehler der Vorwegnahmeeffekte behaftet sind (z. B. bei Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel). Ob die Beitragssatzstabilität auf Dauer erreicht werden kann, läßt sich derzeit nicht absehen. Dies wird von der weiteren Umsetzung des GRG, insbesondere auch den Mehrausgaben für Pflege im Jahre 1992, den künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, zu denen auch die anstehende deutsche Vereinigung und der europäische Binnenmarkt zählen, sowie von der konjunkturellen Entwicklung und der Anzahl der Beitragszahler abhängen.

Aus der Entlastung der GKV folgen Einsparungen im volkswirtschaftlichen Sinn nur dann, wenn die Preise sinken und die nachgefragten Leistungen rückläufig sind. Andernfalls kommt es zur Verlagerung der Ausgaben, von der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einzelne Versicherte mit hohem Leistungsbedarf trotz verbesserter Härtefallregelungen besonders betroffen sein können. Sowohl hierzu als auch zu den Bestimmungsfaktoren der Beitragssatzstabilität sind empirische Arbeiten erforderlich. Schließlich gehört zur Einschätzung der Beitragssatzstabilität auch ein Blick auf ihre Kosten. In dem Maße, wie durch die einnahmenorientierte Steuerung keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr mobilisiert werden können, bestehen sie in vermeidbarer Mortalität und Morbidität, d.h. in einem geringeren Gesundheitsniveau (vgl. auch Textabbildung 1).

Im Bereich der *Finanzierung und Steuerung der Leistungen* soll die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen durch verschiedene Maßnahmen erhöht werden (Teilnahme an externen Qualitätssicherungsprogrammen, Stichprobenprüfung etc.). Mit der Einrichtung eines medizinischen Dienstes sind den Verbänden der Krankenversicherung die (kassenartenübergreifenden) Möglichkeiten zur Bewältigung ihrer Aufgaben in der Planung, Steuerung und Qualitätssicherung verbessert worden (§§ 275-283 SGB V). Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V hat nunmehr paritätisch zu erfolgen; die Auswahl der Prüfverfahren nehmen die Vertreter der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam vor. Weiterhin sind Erprobungsregelungen vorgesehen. Die Krankenkassen können neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren (z.B. Modellversuche) erproben, um die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuentwickeln.

Die *Organisationsreform* der Krankenkassen ist weitgehend zurückgestellt worden, wohl auch deswegen, weil zum Zeitpunkt der Reform keine überzeugenden Lösungen vorlagen und extreme Reformvorschläge nicht mehrheitsfähig waren. Im Hinblick auf den kassenarteninternen *Finanzausgleich* hat es jedoch Erweiterungen gegeben, die das Ausmaß des ausgabentreibenden Rentnerfinanzausgleichs durch die Einführung einer Interessenquote der einzelnen Kasse bei den Ausgaben für Rentner einschränken.

Schließlich wurden durch das GRG den Organen der Selbstverwaltung mehr kassenartenübergreifende Aufgaben und Verantwortung übertragen (z.B. Umsetzung der Festbetragsregelungen, Erstellen von Verzeichnissen stationärer Leistungen und Entgelte von Krankenhäusern, Entwicklung neuer Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Insgesamt gesehen ist das GRG ein erforderlicher Schritt zur Anpassung der Gesundheitsversorgung an das medizinisch Notwendige und zum Abbau von Steuerungsdefiziten. Es eröffnet Gestaltungsspielräume für mehr Prävention und Gesundheitsförderung, zur Qualitätssicherung, hat offenkundige Mißbräuche vermeiden können und Sparanreize gesetzt, ohne daß deren Ausmaß im einzelnen schon abzusehen wäre. Viele Möglichkeiten, die das Gesetz bietet, sind noch nicht genutzt worden (z.B. Gruppen- und Individualprophylaxe in der zahnmedizinischen Vorsorge nach §§ 21, 22 SGB V und Richtgrößen für Arzneimittel nach § 84 SGB V). Hervorzuheben ist weiterhin die zeitraubende und schwierige rechtssystematische Überarbeitung des Krankenversicherungs-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

rechtes mit seiner Eingliederung in das Sozialgesetzbuch und damit die überfällige Neukodifizierung der alten RVO. Probleme der Organisationsreform, der Krankenhausvergütung und der Kapazitäten, insbesondere der Arztzahlentwicklung, stehen weiter zur Diskussion[31], d.h. es konnten mit der Reform noch nicht alle Leistungsbereiche gleichermaßen erreicht werden.

Wird das GRG im Kontext von vier übergreifenden Steuerungskonzeptionen gesehen („Globalsteuerung", „Stärkung des Versicherungsprinzips", „Erweiterte Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter" und „Duales Versicherungssystem"), die sich allerdings in der Realität überlagern[32], so ergibt sich folgendes Bild: durch das GRG sind die genannten Reformoptionen gleichzeitig, wenn auch in unterschiedlichem Maße, gestärkt worden. Die Verankerung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und die Orientierungsdaten können als Element der Globalsteuerung gesehen werden; sie führen zukünftig zu mehr Budgetierung und Quotierung aller Leistungsbereiche. Das Versicherungsprinzip in der GKV ist im Zuge der solidarischen Erneuerung ebenfalls erheblich gestärkt worden, da Fremdleistungen ausgegrenzt wurden. Durch die Reduktion des Leistungsumfangs in Richtung auf das medizinisch Notwendige wird tendenziell auch ein duales Versicherungssystem gefördert. Die Vertragsfreiheit für Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter ist im Zuge des GRG zwar erweitert, aber nicht grundsätzlich aufgegriffen worden, da die gegebenen Selbstverwaltungsstrukturen nicht in Frage gestellt werden sollten und die Organisationsreform der Kassen auf die nächste Legislaturperiode verschoben wurde.

III. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und Beitragssatzstabilität

Mit der Bindung der Krankenkassenausgaben an das Aufkommen aus den „beitragspflichtigen Einnahmen" (früher Grundlohn) im Rahmen der sog. einnahmenorientierten Ausgabenpolitik soll der Leistungsumfang in der GKV

---

[31] Siehe zu einer Bewertung des GRG auch *Ruf*, T., Gesundheitsreformgesetz — ein Schritt in die richtige Richtung, Manuskript, Sept. 1989, *Oberender*, P., Das Gesundheitsreformgesetz: Ein erster Schritt in die richtige Richtung?, List Forum, Bd. 15, 1989, Heft 4, S. 305-310; *Müller*, H.-W., Erste Erfahrungen bei der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG), Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. Vor dem Hintergrund der Ausführungen bei *Hackmann*, J., Freiheit und Sicherheit im System der sozialen Sicherung, a.a.O., S. 31, erscheint das GRG als ein besonders positives Beispiel für das Aufbrechen verkrusteter Strukturen. Dies gilt umso mehr, als seine ohnehin schon resignativen Ausführungen über die „mutmaßlichen Profiteure des Systems" und dessen mangelnde Reformfähigkeit die Analyse der Selbstverwaltung als Steuerungsprinzip noch gar nicht einbezog.

[32] Siehe zu der Unterteilung Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Band 25 der Beiträge zur Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung, Analysen und Vorschläge von *Gitter*, W., *Hauser*, H., *Henke*, K.-D., *Knappe*, E., *Männer*, L., *Neubauer*, G., *Oberender*, P. und *Sieben*, G., Gerlingen 1988, S. 33-94 sowie zu einer ähnlichen Einschätzung auch *Saltman*, R.B., *von Otter*, C., Public Competition Versus Mixed Markets: An Analytic Comparison, in: Health Policy, Heft 1, 1989, Vol. 11, S. 43-55.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

begrenzt und das Ausgabenvolumen gesteuert werden. Die „innere Dynamik" des Systems, d.h. die Finanzierung der erbrachten Leistungen, soll so lange an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung orientiert werden, bis geeignete Reformen der ärztlichen Honorierung, Krankenhausvergütung etc. eine bedarfsgerechtere und kostengünstigere Krankenversorgung garantieren, deren Ausgaben die Gesellschaft akzeptiert. Die Verankerung der Beitragssatzstabilität als Grundsatz der Gesundheitspolitik im SGB V, die bei abstrakter Interpretation Beitragssatzsenkungen ausschließt, kann als eine politisch gewollte inputorientierte Regelbindung interpretiert werden. Die Beurteilung anhand des internationalen Vergleichs der Gesundheitsquoten (Anhangabbildung 2) zeigt eine Entwicklung, um die die Bundesrepublik vom Ausland gelegentlich beneidet wird. Diese Einschätzung verändert sich auch nicht grundsätzlich, wenn man die Entwicklung des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV hinzuzieht (Anhangabbildung 3). Die Zeit der Kostenexplosion, d.h. zweistelliger Zuwachsraten bei den Leistungsausgaben, ist seit 1976 vorüber; dennoch zeigt sich für den Zehnjahreszeitraum nach 1977, dem Beginn der Kostendämpfung, daß Beitragssatzstabilität nicht erreicht werden konnte; die Ausgabenzuwächse in der GKV waren höher als die Zunahme der Grundlöhne (Anhangabbildung 4). Im Zuge des GRG hat sich erstmalig eine neue Situation ergeben: der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist im Jahre 1989 gesunken; die Zuwachsraten des Grundlohns liegen deutlich über denen der Ausgaben, wie sich Anhangabbildung 5 und Anhangtabellen 1 und 2 entnehmen läßt. Dennoch ist die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nicht ohne scharfe Kritik geblieben.

Soll ein konstanter Beitragssatz verwirklicht werden, dürfen die Zuwachsraten der Gesundheitsausgaben in der GKV nicht über denen der beitragspflichtigen Einnahmen liegen. In Zeiten guter Konjunktur stehen mehr Einnahmen zur Verfügung als bei rezessiver wirtschaftlicher Entwicklung. Daraus ergibt sich die wenig überzeugende Konsequenz eines einkommenorientierten Finanzierungssystems, bei dem — insbesondere bei makroökonomischer Betrachtung — nicht allein die medizinische Notwendigkeit über Umfang und Intensität der Behandlung entscheidet, sondern auch die jeweilige Konjunktur- und Wachstumslage. Es wäre Zufall, wenn das Mittelaufkommen aus Löhnen, Gehältern sowie Renten und der medizinische Bedarf sich gleichgerichtet entwickelten.

Mit dem gegebenen Beitragssatz, dessen historisch zufällige Höhe aus ökonomischer Sicht nicht als optimale Einnahmenquote abgeleitet werden kann, werden tendenziell auch gewachsene Strukturen und Verteilungsmuster gefestigt. Die Leistungsanbieter gehen unausgesprochen davon aus, daß ihr Anteil an den Mitteln konstant bleibt. Erforderliche Verschiebungen im Ausgabenspektrum werden erschwert.

Beitragssatzstabilität ist ein trügerisches Ziel, wenn sie durch Kostenverlagerungen zustande kommt. Sie entlastet zwar den Beitragssatz der GKV, führt aber nicht automatisch zu einem Rückgang der Ausgaben bei volkswirtschaftli-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

cher Betrachtung. Die Gesundheitsausgaben der privaten und öffentlichen Haushalte, der privaten Krankenkassen und der Arbeitgeber müssen ebenfalls in die Betrachtung einbezogen werden. Schließlich läßt sich gegen die Beitragssatzstabilität als Erfolgsindikator der Gesundheitspolitik kritisch anführen, daß im Gesundheitswesen in der Vergangenheit weit überproportional viele Arbeitsplätze geschaffen wurden. Eine empirische Abschätzung der Multiplikatoren steht noch aus; sie dürfte in diesem Zweig der Sozialversicherung aber im Vergleich zur Rentenversicherung günstiger ausfallen, muß allerdings auch Wirtschaftlichkeitsreserven und den politisch festgelegten Leistungsumfang in Rechnung stellen.[33] Jedoch darf nicht übersehen werden, daß durch die Beitragssatzstabilität nicht eine bestimmte Gesundheitsquote bestimmt wird, sondern lediglich der Anteil der im Rahmen einer Pflichtversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben.

Wenn auch das Ziel der Beitragssatzstabilität als ökonomische Leitvorstellung nicht überzeugend abgeleitet werden kann, so bleibt die politische Forderung nach Konstanz der Lohnnebenkosten und der Wunsch nach Haushaltskonsolidierung und Rückführung des Staatsanteils sowie die politische Wertvorstellung über eine obere Begrenzung der Gesundheitsausgaben in der GKV. Diese politischen Forderungen sollen zugleich die Rahmenbedingungen für mehr Wachstum und Beschäftigung verbessern. Die Rolle der Arbeitgeberbeiträge zur GKV ist zwar bei relativer Betrachtung der Lohnnebenkosten zu vernachlässigen (siehe Anhangtabelle 3), gewinnt jedoch in Zeiten hoher Veränderungsraten an Bedeutung. Steigende Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge würden überdies die Entlastungswirkung der dreistufigen Einkommensteuerreform unterlaufen. Schließlich soll die Beitragssatzstabilität den unbegrenzten Ansprüchen der Medizin Einhalt bieten.

Insgesamt stellt die im GRG verankerte Beitragssatzstabilität eher eine zweitbeste Lösung dar.[34] Erforderlich sind Anreizsysteme, die quasi automatisch über den verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen eine kostengünstige und bedarfsgerechte Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung garantieren. Diese Anreize spielen auch eine zentrale Rolle in der Risikoprävention, wenn die Fürsorgepflicht des Staates begrenzt bleiben soll. Die Einschätzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik als zweitbeste Lösung gilt auch dann, wenn die Beitragssatzstabilität als Instrument der Beschränkung des Leistungsumfangs akzeptiert und berücksichtigt wird, daß als Alternative zum GRG auch ein Beitragssatzstabilitätsgesetz im Gespräch war.

---

[33] Siehe *Scholz*, W., Ökonometrisches Simulationsmodell. Ein Prognoseinstrument, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 1, 1988, S. 10-13.

[34] Siehe in diesem Zusammenhang jedoch *Folkers*, C., Begrenzungen von Steuern und Staatsausgaben in den USA, Baden-Baden 1983.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

IV. Auf dem Wege zu prioritären Gesundheitszielen?

Die Konzertierte Aktion soll gemäß § 141 SGB V mit dem Ziel einer „bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen" u. a. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten entwickeln, um im Rahmen der Beitragssatzstabilität Prioritäten in der medizinischen Versorgungsstruktur zu setzen und Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.[35]

Ohne an dieser Stelle die vielfältigen Diagnose-, Prognose- und Kontrollaufgaben von Orientierungsdaten und die unglückliche Begriffswahl zu erörtern sowie ihre Rolle im Rahmen einer z. T. bereits vorhandenen Gesundheitsberichterstattung zu untersuchen[36], ergibt sich eine bedeutsame Aufgabe, deren Brisanz bisher auch von den Beteiligten in ihren Konsequenzen noch unzureichend erkannt wird. So wird erwartet, daß mit Hilfe von medizinischen Orientierungsdaten Prioritäten im Sinne eines Ausgleichs der Grenznutzen der Gesundheitsleistungen in der GKV gesetzt werden können.[37] Diese Aufgabe eines Makromanagements erstreckt sich nicht nur auf den Ausgleich zwischen den großen Versorgungsblöcken (ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) und die Ausgaben für die verschiedenen Altersgruppen der Bevölkerung, sondern auch auf die Allokation innerhalb einzelner Versorgungsbereiche selbst sowie bei einer die GKV übergreifenden Betrachtungsweise sogar auf andere für die Gesundheitsversorgung bedeutsamen Aktivitäten. „Wo ist zu sparen, wenn zu sparen ist? Wer entscheidet, wer leben darf und sterben muß?".[38] Die Ärzte-

---

[35] Zur Unterstützung der Konzertierten Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einen Sachverständigenrat per Erlaß vom 12. Dezember 1985 errichtet, der bis auf weiteres jeweils zum 31. Januar Jahresgutachten für die Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion erstellt. Die sieben Mitglieder setzen sich aus Medizinern und Ökonomen zusammen.

[36] Siehe beispielhaft *Vogel*, H. R., Hrsg., Die Bedeutung von Planungs- und Orientierungsdaten im Gesundheitswesen, Stuttgart 1989 und hinsichtlich ihrer konkreten Ausgestaltung Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung — Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, 3 Bände, St. Augustin 1990; siehe auch *Essig*, H., *Reich*, U.-P., Umrisse eines Satellitensystems für das Gesundheitswesen, in: *Reich*, U.-P., *Stahmer*, C., u. a., Hrsg., Satellitensysteme zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Schriftenreihe Forum der Bundes-Statistik, Band 62, Stuttgart und Mainz 1988, S. 92 ff. und *Leidl*, R., u. a., Performance Indicators in Health Care, Selected Readings on Concepts and Applications, München 1989.

[37] Siehe Regierungserklärung von Bundesarbeitsminister Dr. N. *Blüm* über die „Erfolge der Gesundheitsreform" am 18. Januar 1990.

[38] Siehe *Krämer*, W., Ein wenig überzeugender Bericht zur Strukturreform, in: Wirtschaftsdienst, Heft IV, 1990, S. 181. Zu möglichen Antworten auf diese Fragen am Beispiel der Intensivmedizin siehe *Strasberg*, A., *Fein*, A., *Carroll*, D., Hrsg., Rationing of Medical Care for the Critically Ill, Brookings Dialogues on Public Policy, Washington D.C. 1989 sowie *Hunt*, G., A Constitutional Framework for Ethical Review Committees, in: Journal of Management in Medicine, Vol. 4, No. 3, 1990, S. 155-159.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

schaft kann und will diese Verantwortung nicht übernehmen, und ob die „Zufälligkeit" der historisch sich ergebenden Ressourcenallokation auf Dauer akzeptiert wird, hängt von der Einschätzung ihrer Rationalität ab.

Der beschriebene Sachverhalt zeigt neben seiner medizinischen Problematik und den ethischen Konsequenzen auch die Schwierigkeiten der ökonomischen Steuerung der GKV schlechthin. Wenn marktliche Lösungen nicht eingeführt werden sollen und politische Lösungen über Parlamentsmehrheiten (noch) nicht vorgesehen sind[39], aber eine bloße Fortschreibung bestehender Verteilungsmuster vermieden werden soll, dann sind auf dem Wege zu prioritären Gesundheitszielen bessere Informationssysteme und genauere Kenntnisse über die „Produktionsfunktion" für Gesundheit mit ihren vielschichtigen Dimensionen im Bereich der Risikoprävention und Risikoübernahme erforderlich (siehe B.I.), wenn von gelegentlich „umstrukturierenden" gesetzlichen Eingriffen abgesehen wird.

Folgt man dieser Logik, die sich aus der politischen Forderung nach Beitragssatzstabilität ergibt und dem GRG zugrundeliegt, so rückt die Evaluation des medizinischen Leistungsgeschehens in den Vordergrund. Begrenzte Ressourcen erfordern eine weitere Ausgrenzung von Leistungen und die Mobilisierung aller Wirtschaftlichkeitsreserven. Die Konzertierte Aktion, Bundes- und Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie Ministerien als Träger gesundheitspolitischer Entscheidungen müssen die Ergebnisse der verschiedensten Evaluationsstudien (Beobachtungsstudien, Interventionsstudien, randomisierte Studien, Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Krankheitskostenstudien) heranziehen, wobei allerdings in der Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Bundesrepublik ein großer Nachholbedarf in Forschung, Lehre und Anwendung zu beklagen ist.

Die Ergebnisse einer Evaluation nach ethischen, medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten, also von alternativen Behandlungsverfahren in Diagnose und Therapie, Geräten, Einrichtungen, Programmen, Leistungsangeboten und von Versorgungsstrukturen, dienen der erforderlichen Orientierung, wie sie z. T. bereits im Ausland, z. B. den USA, anzutreffen ist. Sie dienen — auch als Teil der auszubauenden Gesundheitsberichterstattung — als Entscheidungshilfen für die Träger der Selbstverwaltung, insbesondere für die Bundes- und Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung bestimmen und sicherstellen müssen, aber auch für die Öffentlichkeit. Sie können jedoch Entscheidungen nicht ersetzen.[40]

---

[39] Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung soll dem Parlament im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1991 einen Bericht über die Beitragssatzentwicklung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorlegen (§ 141, Abs. 4).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

D. Zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik Deutschland

I. Bleibende und neue Herausforderungen sowie weiterer Handlungsbedarf

Bereits die „Väter des Gesetzes" und der Gesetzgeber selbst sahen das Gesundheits-Reformgesetz nur als einen Einstieg in die Reform der Krankenversorgung. Angesichts der komplexen Materie, der gegebenen Steuerungsstrukturen dieses Sektors und der vielen und gut organisierten Verbände sind selbst kleine Reformschritte vergleichsweise schwer durchzusetzen.

Die Organisationsstruktur der Kassen, die Vergütung von Krankenhausleistungen, die steigenden Kapazitäten im Gesundheitswesen und die reale und finanzielle Sicherung des Pflegefalls gelten als bleibende Herausforderungen und werden von allen Parteien anerkannt. Schließlich bringt die Vereinigung Deutschlands gänzlich neue und in ihren Einzelheiten kaum absehbare Probleme mit sich, die die Wahrscheinlichkeit von weiteren Reformen in der Bundesrepublik allerdings eher mindern werden.

Das Umfeld, in dem Antworten auf die Herausforderungen gefunden werden müssen, bleibt — wenn auch aufgrund des Gesundheits-Reformgesetzes in geringerem Maße als zuvor (siehe C.II.) — weiterhin gekennzeichnet durch:

— den verzerrten Wettbewerb unter den Krankenkassen,

— eine weitgehend fehlende Preissteuerung,

— unerwünschte Mengenanreize aufgrund bestehender Honorar- und Vergütungsformen in der ambulanten und stationären Versorgung,

— eine angebotsinduzierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Informationen und

— unzureichenden Wettbewerb unter den Leistungsanbietern.

Nahezu unverändert blieb auch das der Krankenversorgung zugrunde liegende Steuerungs- und Ordnungsprinzip. Die Funktion und Durchführung der Sozialwahlen wurden nicht als revisionsbedürftig angesehen, obwohl sie von erheblicher Bedeutung für die Arbeitsweise und Innovationsfähigkeit des Gesamtsystems sind.

---

[40] Siehe im einzelnen *Schwartz,* F. W., Aufgaben und Schwerpunkte einer zeitgemäßen Evaluation im Gesundheitswesen, Referat auf der 25. Wiss. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, in Druck, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1990, Baden-Baden 1990, Teil C III sowie *Pfaff,* M., *Behnken,* R., *Deimer,* K., *Netzler,* A., Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken, in: WIdO-Schriftenreihe 7, AOK Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Bonn 1984, S. 15-176 und *Williams,* A., Priority Setting in Public and Private Health Care. A Guide Through the Ideological Jungle, in: Journal of Health Economics, Heft 7, 1988, S. 173-183.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Angesichts der vielen Kostendämpfungsgesetze seit 1977 und der durch das Gesundheits-Reformgesetz noch nicht gelösten Probleme soll gefragt werden, ob es nicht Rahmenbedingungen gäbe, die bessere Anreize mit sich brächten und die Selbststeuerungsfähigkeit des Systems erhöhten. Anstelle immer neuer diskretionärer Eingriffe wäre es doch wünschenswert, den Herausforderungen und Steuerungsmängeln durch ein System zu begegnen, das weniger ad hoc und stärker automatisch eine bedarfsgerechte und kostengünstige Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung bewirkt. Der oft stereotype Hinweis auf die hohe Anpassungskraft des gegenwärtigen und mehr als einhundert Jahre alten Systems der sozialen Krankenversicherung bedeutet nicht, daß es nicht mehr verbesserungsfähig ist. Selbst dann, wenn den Ergebnissen einer langjährig gewachsenen Entwicklung eine Art „kollektive Rationalität" bescheinigt würde, muß nach den Kriterien dieser Rationalität gefragt werden. Im Gegensatz zu derartigen historischen Systemen stehen rationale Systeme, die aus bestimmten Anforderungen heraus abgeleitet und auch als Idealsysteme bezeichnet werden können. Ohne durch die Realität geformt zu sein, handelt es sich eher „um ‹chemisch reine› Lösungen, die ungeachtet aller aus Traditionalismus, Ignoranz, Gruppenegoismus u. dgl. mehr resultierenden Schwierigkeiten verwirklicht werden könnten und sollten".[41]

Die Anforderungen an eine rationale Risikovorsorge, einen funktionstüchtigen Krankenversicherungsschutz vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Ziele sowie die Erfahrungen mit der gegenwärtigen (und absehbaren) Steuerung der GKV in der Bundesrepublik Deutschland machen deutlich, daß die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik eine politische Antwort ist, die eine längere Atempause bis zu einer umfassenderen Neuregelung bringt. Wird auf lange Sicht mehr Vertragsfreiheit und eine Stärkung der Versicherten im Rahmen eines „dualen Systems" gewünscht, eine Strategie, die das Versicherungsprinzip aufwertet und zu einer stärkeren Trennung von Allokations- und Distributionsaufgaben führen würde, stellt für die hier zur Diskussion gestellte Leitvorstellung eine zukunftsträchtige Grundlage dar, der auch im Kontext eines europäischen Systems der Sicherung im Krankheitsfall eine Rolle zufallen könnte.

II. Gesetzlich vorgeschriebener privater Krankenversicherungsschutz als Leitvorstellung

1. Das Modell

Auch wenn grundlegende Reformen der Sicherung im Krankheitsfall auf absehbare Zeit nicht zu erwarten sind, werden Leitvorstellungen für die erforderliche Weiterentwicklung benötigt. Als Idealmodell für die Sicherung im

[41] *Neumark,* F., Grundsätze gerechter und ökonomisch rationaler Steuerpolitik, Tübingen 1970, S. 390.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankheitsfall soll eine Versicherungspflicht in Form eines gesetzlich vorgeschriebenen Abschlusses privater Krankenversicherungen zur Diskussion gestellt werden.[42] Bei dieser Form einer gesetzlich verfügten Mindestsicherung für die gesamte Bevölkerung würden Allokation und Distribution weitgehend getrennt; die Umverteilungsaufgaben würden dem staatlichen Steuer- und Transfersystem überlassen. Eine vorgeschriebene Grundsicherung mit individueller Zusatzversicherung erlaubt mehr Tarifvielfalt in der Finanzierung (z. B. eine abgestufte Selbstbeteiligung). Da im Falle von Arbeitslosigkeit, Invalidität, Rehabilitation und Bedürftigkeit die Beiträge aus allgemeinen Deckungsmitteln aufgebracht werden, muß dieses Idealmodell einer weitgehend risikoorientierten Finanzierung mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot nicht an sozialpolitischen Einwänden scheitern. Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung könnte entfallen und muß als Lohnbestandteil ausgezahlt werden. Der Leistungsumfang bedarf einer Untergrenze, die einen wünschenswerten und politisch zu definierenden Versicherungsschutz für jedermann ohne Zuzahlung durch den Patienten garantiert. Auf dieser Basis ergäbe sich ein Wettbewerb um die kostengünstigsten und bedarfsgerechtesten Versicherungspläne. Diese Form der Finanzierung und Steuerung der Leistungen würde das vorherrschende Angebotsmonopol zu neuen Formen führen, die im einzelnen nicht voraussehbar sind; jedenfalls verlören einige der zur Zeit bestehenden Einrichtungen der Selbstverwaltung an Bedeutung bzw. müßten sich funktional den neuen Gegebenheiten anpassen. Wie die (privaten) Krankenkassen dann im einzelnen mit Krankenhäusern, Ärzten, Arzneimittelherstellern etc. zusammenarbeiten und die Leistungs- und Preisgestaltung beeinflussen werden, läßt sich nicht absehen. Der oben im einzelnen analysierte Regelungsbedarf (B.II.1.) würde innerhalb des vorgeschlagenen Ordnungsrahmens stärker als bisher durch private Wirtschaftssubjekte geregelt. Ein starker Hoheitsstaat ist allerdings unverzichtbar. Insgesamt gesehen soll das Modell die Selbststeuerungsfähigkeit des Systems erhöhen und fallweise Eingriffe vermindern.

Die zukünftigen Herausforderungen erscheinen in dem Idealmodell eines sozialverträglichen Versicherungsschutzes bei privaten Krankenversicherungen durchaus lösbar. Die demographischen Lasten schlagen in einem umlagefinanzierten System ohnehin stärker auf den Beitragssatz durch; in der PKV kommt

---

[42] Zur theoretischen Diskussion über den optimalen Versicherungsschutz siehe *Eisen*, R., Wettbewerb und Regulierung in der Versicherung. Die Rolle asymmetrischer Information, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Heft 3, 1986, S. 339-358, *Sinn*, H.-W., Kinked Utility and the Demand for Human Wealth and Liability Insurance, in: European Economic Review, Bd. 17, 1982, S. 149-162 sowie *Schulenburg*, J.-M., Graf v. d., Optimal Insurance Purchasing in the Presence of Compulsory Insurance and Uninsurable Risks, Geneva Papers on Risk and Insurance, Heft 11, 1986, S. 5-16.

Das hier erläuterte Modell darf nicht mit dem ebenfalls in der Diskussion befindlichen Vorschlag einer Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung in der GKV verwechselt werden. Mit einer derartigen Ausdehnung der Versicherungspflicht (vgl. Anhangabbildung 1) sind die angestrebten Wirkungen nicht zu erzielen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

es durch das System der (grundsätzlich mobilisierbaren) Alterungsrückstellungen zu einer Glättung im Belastungsverlauf, wenngleich die Prämienhöhe im Alter erheblich sein kann. Das Pflegerisiko könnte in gleicher Weise wie das Krankheitsrisiko aufgefangen werden (siehe D.II.2.). Die anderen Herausforderungen würden sich im Zuge der Bezahlung der Leistungsanbieter bzw. der Steuerung der Leistungen durch die privaten Krankenkassen regeln. Im Vergleich zum Status quo müßte sich die Funktion der privaten Krankenversicherungen allerdings erheblich ändern. Ihre Finanzlage würde nicht mehr quasi im Schatten der GKV von deren Verhandlungsergebnissen mitbestimmt; sie müßten vielmehr selbst diese Verhandlungsfunktion übernehmen und durch ihre Prämienkalkulation vermeiden, daß bestimmte Versicherte keine Wechselmöglichkeiten mehr haben („Einsperreffekte"). Die Honorierung der Ärzte, die Rolle der Risikoprävention, die Sicherstellung (einschließlich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) der ärztlichen Versorgung würden sich wandeln. Die Finanzierbarkeit des medizinisch-technischen Fortschritts und des Gesundheitswesens wäre gewährleistet; ob die Kostenentwicklung unter Kontrolle bliebe, läßt sich nur abschätzen. Dieses Ziel verlöre jedoch in dem zur Diskussion gestellten Modell oberhalb der Mindestsicherung ohnehin an Bedeutung.

Der mit diesem Idealmodell verbundene Wegfall einiger Einrichtungen der Selbstverwaltung, nicht jedoch ihrer Funktionen, würde die Krankenversorgung nicht beeinträchtigen. Es steht allerdings der Absicht des Gesundheits-Reformgesetzes, die Selbstverwaltung in ihren Kompetenzen zu stärken, entgegen (siehe C.I.). Dennoch dürfen die Schwächen einer korporatistischen Steuerung und die beklagte Steuerungsresistenz des derzeitigen Versorgungssystems nicht übersehen werden: Tendenzen zur Selbstblockierung der Interessengruppen und Festschreibung überkommener Versorgungsstrukturen[43], „neofeudale Tendenzen" (G. Gäfgen) und mangelnde Transparenz der Entscheidungsprozesse für die Beteiligten selbst, besonders aber für die Öffentlichkeit, sind häufig beklagt und im einzelnen vor allem aus verwaltungswissenschaftlicher, politologischer und volkswirtschaftlicher Sicht analysiert worden. Am Beispiel der Konzertierten Aktion lassen sich demokratiekritische Einwände

[43] So führt *G. Neubauer* die Kontinuität in der Entwicklungsgeschichte der GKV weniger auf deren Vorzüge, sondern eher auf die Rigidität des Systems zurück, in: Staat, Verwaltung und Verbände — Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Gäfgen,* G., Hrsg., Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S. 91 ff.; siehe auch *Schuppert,* F., Selbstverwaltung, Selbststeuerung, Selbstorganisation — Zur Begrifflichkeit einer Wiederbelebung des Subsidiaritätsgedankens, in: Archiv des öffentlichen Rechts, Bd. 114, Heft 1, März 1989, S. 127 ff. sowie *Mayntz,* R., Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme — Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma, in: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1/1987, Baden-Baden 1987 und *Blüm,* N., Der Zug fährt auf den Abgrund zu. Gegen die Macht der Interessenverbände, in: Der Spiegel, Nr. 10, 1988, S. 21-23.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

und Gefahren einer Fehlentwicklung für die Allokation der Ressourcen belegen.[44]

Andererseits beruht möglicherweise der „soziale Frieden" in der Bundesrepublik Deutschland auf der Selbstverwaltung mit ihrer sozialrechtlichen Verankerung, ihren Einrichtungen und der Finanzierung durch Arbeitnehmer- und Arbeitgebereinrichtungen. Ohne diese Institutionalisierung hätte das Idealmodell erheblich höhere Chancen einer allmählichen Umsetzung. Weiterhin, und die Bedeutung des vorgeschlagenen Modells — vordergründig gesehen — einschränkend, muß festgestellt werden, daß stärker wettbewerblich organisierte Systeme der Gesundheitsversorgung (wie das der USA) und andere Länder, die auf dem Wege sind, Systeme der sozialen Sicherung aufzubauen (wie z. B. Südkorea oder Taiwan), sich für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung Europas interessieren und insbesondere das Modell der von Kassen und Leistungserbringern selbstverwalteten Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland favorisieren. Angesichts dieser Situation wird bei realistischer Einschätzung auf absehbare Zeit der „Dritte Weg" zwischen Markt und Staat kennzeichnend für den Steuerungsstil in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung bleiben.[45]

2. Finanzielle Sicherung des Pflegerisikos als Anwendungsfall

Am Beispiel der finanziellen Sicherung des Pflegerisikos läßt sich die Vorteilhaftigkeit eines gesetzlich vorgeschriebenen privaten Krankenversicherungsschutzes für die Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall zeigen. Die Notwendigkeit und die Ziele einer besseren Absicherung der Pflegebedürftigkeit, die Definition dieses Risikos, die Kosten von Pflegefällen und der gesamtwirtschaftliche Finanzierungsbedarf sowie die gebotene steuerliche Behandlung sollen in diesem Zusammenhang nicht untersucht werden.[46]

---

[44] Siehe im einzelnen *Henke,* K.-D., Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, in: Gäfgen, G., Hrsg., Neokorporatismus und Gesundheitswesen, a. a. O., S. 113ff.

[45] Einige Autoren sehen in der Selbstverwaltung sogar das Hauptelement einer sich vollziehenden Konvergenz der Systeme in Europa und den USA. Siehe *Jönsson,* B., What can Americans learn from Europeans? und die Kommentare zu diesem Beitrag von *Henke,* K.-D., *Reinhardt,* U., *Davis,* K. und *Meyer,* J. A., in: Health Care Financing Review, 1989, Annual Supplement, S. 79-111, aber auch *Enthoven,* A., What can Europeans learn from Americans? und die Kommentare von *Hurst,* J. W., *Lindgren,* B., *Evans,* R. G. und *Baer,* M. L., ebenda S. 49-79. Dem hier vorgeschlagenen Modell ähneln die Vorschläge von *Enthoven,* A., *Kronick,* R., A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy, in: The New England Journal of Medicine, Bd. 320, No. 1 vom 5. Jan. 1989, S. 29ff. und Nr. 2 vom 12. Jan. 1989, S. 94ff. Eine ausführliche Beschreibung, Begründung und Diskussion der Übertragbarkeit des Enthoven-Plans liefert *Schulenburg,* J.-M., Graf v. d., Pro-Competitive-Strategy im Gesundheitswesen: eine kritische Stellungnahme aus deutscher Sicht, in: *Hamm,* W., *Neubauer,* G., Hrsg., Wettbewerb im Gesundheitswesen, Band 7 der Beiträge zur Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen 1985, S. 325-353.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die zur politischen Entscheidung anstehenden Lösungsvorschläge lassen sich danach unterscheiden, ob sie überwiegend aus Steuern, Sozialabgaben oder Prämien finanziert werden. Angesichts der Konsolidierungspolitik in den letzten Jahren, der dreistufigen Einkommensteuerreform sowie der absehbaren Belastung des Staates durch die anstehende Vereinigung Deutschlands ist eine Risikoübernahme durch Steuerfinanzierung unwahrscheinlich. Entscheidender sind jedoch grundsätzliche Einwände gegen diese Finanzierungsart. Der Subsidiaritätsgedanke und die eigenverantwortliche Vorsorge würden erheblich geschwächt.

Sozialversicherungslösungen führen zu einer Eingliederung des Pflegerisikos in die Kranken- und / oder Rentenversicherung oder in eine als neuer Zweig der Sozialversicherung zu gründende gesetzliche Pflegefallversicherung. Gegen diese Form der finanziellen Sicherung könnten die sich durch die demographische Entwicklung abzeichnenden Überforderungen der Sozialversicherung vorgebracht werden. Immer weniger Erwerbstätige müssen für Transferleistungen an immer mehr Personen aufkommen, die nicht mehr erwerbstätig sind. Diese Mehrbelastung der „aktiven" im Vergleich zur „passiven" Bevölkerung würde im Falle einer sozialversicherungsrechtlichen Lösung weiter zunehmen. Außerdem ist ein Finanzierungsanteil der Arbeitgeber zu einer Pflegeversicherung schwer begründbar.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Vorsorgepflicht im Rahmen einer privatversicherungsrechtlichen Lösung als innovative Variante der sozialen Sicherung im Pflegefall. Der Übergang zu einer staatlich verantworteten Vorsorgepflicht bedeutet eine grundsätzliche und zukunftsweisende Weichenstellung für die Gestaltung und Finanzierung der Daseinsvorsorge (vgl. B. I. 2.). Der Staat definiert Ausgaben in den privaten Sektor und reduziert damit die Sozialleistungsquote sowie die Lohnnebenkosten. Die vorgeschlagene finanzielle Absicherung des Pflegerisikos ist eine gut kalkulierbare Aufgabe, die angesichts der Einkommensentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bei entsprechender sozialer Ausgestaltung, insbesondere in der Einführungsphase, im Rahmen einer Vorsorgepflicht der gesamten Bevölkerung grundsätzlich privat geregelt werden kann. Ihr Ziel ist eine Mindestsicherung für jedermann mit elektiven Aufstockungsmöglichkeiten bei individueller Wahl der Versicherungsbedingungen. Die privatversicherungsrechtliche Lösung durch Einführung einer Vorsorgepflicht geht trotz des mit ihr verbundenen Zwangs von der Förderung der eigenverantwortlichen Vorsorge aus und stellt die persönliche Verantwortung für die Lebensgestaltung stärker in den Vordergrund als

---

[46] Siehe bis auf den zuletzt genannten Punkt *Heuser*, M. R. u. a., Pflegeversicherung — Modellkritik und Lösungsvorschläge, Köln 1984, sowie den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko des Landes Baden-Württemberg vom 29. Januar 1990 sowie der dazugehörigen Erläuterungen des Sozialministeriums von Baden-Württemberg; siehe auch *Rivlin*, A., *Wiener*, M., Caring for the Disabled Elderly. Who will pay? Washington D. C. 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

beispielsweise steuerfinanzierte Lösungen. Unausweichlich mit jeder Versicherung verbundene Moral-Hazard-Effekte werden minimiert.

Die Verlagerung von potentiell öffentlichen Ausgaben für Pflege in den privaten Sektor bedeutet nicht, daß auf öffentliche Mittel zur Absicherung dieses Vorschlages gänzlich verzichtet werden kann. Langfristig könnte sich die öffentliche Hilfe allerdings auf eine steuerliche Abzugsfähigkeit oder eine ausgabenseitige Unterstützung der Beiträge von Beziehern niedriger Einkommen beschränken. Dadurch wird erreicht, daß eine private Vorsorgepflicht Bezieher niedriger Einkommen im Falle ihrer Pflegebedürftigkeit nicht schlechter stellt. Eine Absicherung im Rahmen der steigenden Vorsorgefähigkeit der Bürger führt zu mehr Risikoäquivalenz und gibt dem Versicherungsprinzip gegenüber den vielfältigen Formen der Umverteilung in der Renten- bzw. Krankenversicherung den Vorrang. Die vorgeschlagene Lösung führt insofern auch zu einem transparenteren System der sozialen Sicherung. Sie ist ein geeigneter Anwendungsfall des zur Diskussion gestellten Idealmodells (vgl. D.II.1.).

III. „Managed Care": Vorbild für den Aufbau des Medizinischen Dienstes durch die GKV?

Unter dem Etikett „Managed Care" wird in den USA versucht, die Ausgabenentwicklung und die Qualität der Gesundheitsversorgung seitens der privaten und öffentlichen Versicherungen bzw. kostenerstattenden Einrichtungen (Regierung, Arbeitgeber) zu kontrollieren. Nicht mehr allein der Arzt und der Patient entscheiden über Art und Umfang der ärztlichen Behandlung, sondern eine (oft nicht in Erscheinung tretende) dritte Stelle überprüft ebenfalls bei bestimmten Krankheitssymptomen die Art der Diagnose und beurteilt die therapeutischen Konsequenzen bei gegebener Diagnose.

Diese Art der Kontrolle wurde erforderlich, da z. B. die unlimitierte ambulante Behandlung auf der Grundlage einer Einzelleistungshonorierung einer „Beliebigkeit der Medizin" Vorschub leistete, zu teuer und medizinisch zweifelhaft wurde. Die prospektive, mitschreitende und retrospektive Analyse des ärztlichen Leistungsgeschehens in der ambulanten und stationären Versorgung rückt daher mehr und mehr in den Vordergrund der amerikanischen Gesundheitsversorgung. Die Health Care Financing Administration, die in den USA das Medicare-Programm abwickelt und damit auch für die Vergütung der im Jahre 1983 radikal von einer retrospektiven Kostenerstattung auf eine prospektive diagnosebezogene Budgetierung umgestellten Krankenhausfinanzierung zuständig ist, hat sog. Peer Review Organizations (PROs) eingerichtet, um das stationäre Leistungsgeschehen transparenter zu machen.[47] Ihnen fällt die

[47] Siehe im einzelnen *Russell,* L. B., Medicare's New Hospital Payment System, Is It Working?, Washington D. C. 1989, insb. S. 60ff.; siehe auch *Brice,* J., On Introducing Medical Audit, in: Journal of Management and Medicine, Vol. 4, No. 3, 1990, S. 179-183.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Aufgabe zu, Krankenhauseinweisungen sowie Diagnosen und Therapiepläne zu überprüfen, da die PROs die Zahlungen an Krankenhäuser veranlassen. Weiterhin kontrollieren sie Sonderfälle, die wegen ihrer Kosten oder Verweildauer einer besonderen Rechtfertigung bedürfen, sowie Überweisungen an andere Krankenhäuser und Wiedereinweisungen von entlassenen Patienten. Die Erfolge dieser bundesweit tätigen PROs sind eindrucksvoll; Einweisungshäufigkeiten, Verweildauer und bestimmte Behandlungsformen konnten drastisch reduziert werden, ohne die Qualität der ärztlichen Versorgung zu gefährden.

In den sog. Health Maintenance Organizations[48], die entweder mit „eigenen" Leistungsanbietern oder mit selbständigen Ärzten arbeiten, ist der Besuch eines Spezialisten nur mit Zustimmung des Primärarztes möglich, eine Selbsteinweisung ins Krankenhaus nur für Notfälle erlaubt und im Falle von terminierbaren Operationen ist eine Zweitbeurteilung Voraussetzung für eine Kostenübernahme.

So anregend die amerikanischen Erfahrungen auf den ersten Blick auch sein mögen, sie müssen auch aus einer Situation verstanden werden, die durch extrem hohe Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung (siehe Anhangabbildung 6) und der mangelhaften Versorgung eines Fünftels der Gesamtbevölkerung gekennzeichnet ist.[49] Die Folgen einer „Managed Care" für die Wahlfreiheit der Versicherten und die Therapiefreiheit der Ärzte sind — gemessen an den nicht unverrückbaren bundesdeutschen Standards — gravierend. Die Anreize führen dazu, daß die Ärzte ihre Behandlung auf das medizinisch Notwendige begrenzen, während im bundesdeutschen Kontext häufig das Gegenteil zutrifft. Folgt man Ergebnissen von Umfragen, sind Amerikaner mit ihren HMO-Versicherungen zufrieden, und traut man epidemiologischen Untersuchungen, so gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Gesundheit zwischen Versicherten in der fee-for-service Medizin und den HMOs. Es gibt Stimmen, die den HMO-Versicherten eine qualitativ bessere und koordiniertere Versorgung bescheinigen. In jedem Fall wird ihre Kompetenz gestärkt und das Ausmaß des „asymmetrischen Informationsstandes" erheblich verringert.[50]

---

[48] Siehe hierzu im einzelnen *Luft,* H. S., Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance, New York 1981 sowie Washington Post, Beilage Health, vom 21. 11. 1989, siehe auch *Hester,* J. A., et al., Evaluation of a Preferred Provider Organization, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 65, Nr. 4, 1987, S. 575-613 sowie *Schulenburg,* J.-M., Graf v.d., Health Maintenance Organizations — eine interessante Alternative zur traditionellen Krankenversicherung? in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Heft 3-4, 1982, S. 627-648.

[49] Siehe hierzu Fußnote 21. Der frühere amerikanische Gesundheitsminister hält 20 vH der amerikanischen Gesundheitsausgaben für Verschwendung. Siehe im einzelnen Bundesarbeitsblatt, Heft 5, 1987, S. 21; eine ähnliche Auffassung findet sich bei *Angell,* M., Cost Containment and the Physician, in: The Journal of the American Medical Association, Vol. 254, No. 9, 1985, S. 1203-1207.

[50] Siehe *Eggers,* P. W., Prospective Payment System and Quality: Early Results and Research Strategy, in: Health Care Financing Review, 1987, Annual Supplement, S. 29 ff.;

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

„Managed Care" ist in den USA Konsequenz einer stärker wettbewerblich organisierten Gesundheitsversorgung, aber gleichzeitig eine Regulierung der Patienten, Ärzte und Krankenhäuser, die auch zu einer „defensiven Medizin" führen kann. Ein deutsches Äquivalent gibt es derzeit nicht; erste Ansätze zur Entwicklung von HMOs bestehen bisher nur auf der Verbandsebene privater Krankenversicherungen. PROs sind unbekannt, und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der deutschen Ärzte beschäftigen sich mit derartigen Fragen einer Veränderung im Leistungsangebot eher am Rande.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen könnten allerdings in diese Richtung ausgebaut werden; vor allem sind hier jedoch die neu entstehenden Medizinischen Dienste nach §§ 275-277 SGB V zu nennen. Sie haben als Nachfolgeeinrichtung des Vertrauensärztlichen Dienstes durchaus vergleichbare, wenngleich erheblich ausgeweitete Funktionen. Sie haben für die Krankenkassen auf deren Antrag die Notwendigkeit von medizinischen Leistungen, z. B. Rehabilitationsmaßnahmen und Arbeitsunfähigkeit, zu begutachten und sollen die Krankenkassen in der Strukturierung des Leistungsangebots beraten, sie bei Vertragsverhandlungen unterstützen und zur Qualitätssicherung beitragen. Ob der Gestaltungswille der Selbstverwaltung der GKV ausreicht, um gebotene Chancen zu nutzen, bleibt abzuwarten. Aufgrund des Beharrungsvermögens der Verhandlungsführer in den Vertragsabschlüssen, der zunehmenden Transparenz „politischer" Lösungen, des fehlgeleiteten Wettbewerbs unter den Kassen und des möglichen Kompetenzverlustes der Vertragsreferenten werden die im GRG gebotenen Möglichkeiten eher zögerlich genutzt. Weiterhin ist auch das mögliche Eingeständnis einer funktionstüchtigen kassenartenübergreifenden Wahrnehmung von Aufgaben in einem „gegliederten" System eher hinderlich.[51]

Zusammenfassend zeigt sich, daß „Managed Care" in der deutschen Gesundheitsversorgung bisher nur in Ansätzen eine Rolle spielt, und daß auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen ein aktiv und gestalterisch genutzter Medizinischer Dienst aufgrund anderer organisatorischer Gegebenheiten nur bedingt „von außen" eingreifen kann. Dennoch besteht die politische Forderung, nur unabdingbar notwendige Leistungen solidarisch zu finanzieren und überflüssige Gesundheitsleistungen der privaten Einkommensverwendung zu überlassen.

In der Bundesrepublik stellt sich das Problem eines „Versorgungsmanagements" zugleich noch auf einer höheren Aggregationsebene, wenn es um die Anteile der Leistungssektoren an den Gesamtausgaben geht. Der erwünschte

---

siehe auch das Schwerpunktheft zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, WSI Mitteilungen, 43. Jahrgang, 1990, insb. S. 67ff.

[51] Siehe im einzelnen *Rebscher*, H., Ansätze zu einem Begründungs-, Ziel- und Organisationskonzept für den medizinischen Dienst, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 2-3, 1990, S. 122ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ausgleich des Grenznutzens von Gesundheitsleistungen kann zum Ausschluß bestimmter Leistungen aus der Erstattung (Negativlisten etc.), zu höherer Selbstbeteiligung in Bereichen, in denen durch präventives Verhalten die Gesundheit maßgeblich verbessert werden (z. B. auf dem Gebiet der Zahnhygiene) und zum Abbau von Überkapazitäten führen. Hierfür sind Entscheidungsgrundlagen erforderlich, wenn politisch gesetzte Prioritäten als zu willkürlich angesehen werden (siehe C.IV.). Vor dem Hintergrund amerikanischer Erfahrungen stellt sich auch die Frage nach den originären Aufgaben einer Krankenversicherung und ihrer Abgrenzung von anderen familien-, sozial- und einkommenspolitischen Leistungen des Staates.[52]

IV. Organisationsreform und Finanzausgleich in der GKV

1. Das gegliederte System als Problem

Von allen Parteien wird eine Neugliederung der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert, die die Rahmenbedingungen für den Kassenwettbewerb neu ordnen soll. Als Ziele stehen der Abbau von Beitragssatzdifferenzen zwischen und innerhalb der Kassenarten (siehe Anhangtabelle 4), der Wunsch nach mehr und gleicher Wahlfreiheit für die Versicherten, eine völlige Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, mehr Wettbewerb unter den Kassen sowie eine verbesserte Steuerung der finanziellen Beziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern. Mit einer Neugliederung soll gleichzeitig ein neuer Ordnungsrahmen für Neugründungen von Krankenkassen gefunden werden. Das Verhältnis zwischen den privaten Krankenkassen und der GKV wird auffälligerweise nicht als Problem gesehen, obwohl beide Versicherungsformen zum „gegliederten System" zählen und eine Organisationsreform zu erheblichen Konsequenzen für die PKV führen kann.

Weitgehende Einmütigkeit besteht in dieser Diskussion nur hinsichtlich der Ausgangslage. Die These vom verzerrten Wettbewerb, der zu einer großzügigen Leistungsgewährung geführt hat und die Ausgaben treibt, ist unwidersprochen. Auch die erheblichen Mitgliederverschiebungen zwischen den verschiedenen Kassenarten haben hier ihre Ursache. Die unterschiedlichen Risikostrukturen (Alter, Geschlecht, Anzahl der Mitversicherten, Grundlohn) der Kassenarten sind ein Faktum und haben den „Marktanteil" der Ortskrankenkassen sinken lassen, während die Ersatzkassen einen erheblichen Anstieg zu verzeichnen haben.

---

[52] Es gehört zu den Paradoxien der amerikanischen Gesundheitsversorgung, daß sie in Teilbereichen entgegen verbreiteter Unkenntnis nicht dem Wettbewerb unterliegt. So erfolgt bereits seit 1887 eine krankheitsbezogene Grundlagenforschung in den Institutes of Health, die aus allgemeinen Deckungsmitteln finanziert wird und auch die Erforschung neuer Wirkstoffe umfaßt. Weiterhin gibt es eine epidemiologische und sozialmedizinische Untermauerung der amerikanischen Gesundheitsversorgung durch den Public Health Service, insbesondere den National Center for Health Statistics sowie das Office of Technology Assessment beim amerikanischen Kongreß.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Würde man unter diesen Bedingungen eines unvollständigen und ausgabentreibenden Wettbewerbs die „totale" Wahlfreiheit für die Versicherten zulassen und damit den Wettbewerb unter den Kassen erhöhen, ohne gleichzeitig die Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen, nähmen die Ineffizienzen und Verwerfungen zu: eine Öffnung aller Kassen für alle, d.h. die absolute Wahlfreiheit führt zur weiteren Risikoselektion. Angesichts dieser Sachlage gibt es im Rahmen der gegebenen Finanzierung über einkommensproportionale Beiträge — wenn man einmal von marginalen Veränderungen am Status quo absieht[53] — nur zwei grundsätzliche Lösungsansätze: die Universal- oder Einheitskasse oder neue Formen des Krankenversicherungsschutzes.

2. Zentrale Finanzierung und dezentrale Organisation

In einer Universalkasse würden alle Krankenkassen aufgehen; die noch erforderliche Untergliederung hätte rein organisatorische Bedeutung. Ein Bundesamt für die GKV könnte die Aufsicht übernehmen und zentral die erforderlichen Verhandlungen mit den Leistungsanbietern führen (siehe C.I.). Die Ausgaben würden über einen einheitlichen Beitragssatz finanziert und die Einnahmen zentral eingezogen. Die einkommensproportionale Finanzierung könnte beibehalten werden.

Vorhandene finanzielle Beziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Bundeshaushalt könnten bei dieser Form der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos problemlos weitergeführt werden. Auch die bestehende Zuordnung der Beitragszahlungen derjenigen Versicherten, die die Zahlungen nicht oder nicht in vollem Umfang aufbringen können, könnte erhalten bleiben. Der Finanzausgleich innerhalb der GKV entfiele (vgl. Anhangtabelle 5).

Die derzeitige Kassenvielfalt verdeckt den massiven ausgabenseitigen Finanzausgleich für Rentner, der 1977 eingeführt wurde. Für etwa 40 vH der Ausgaben

---

[53] Die „kleinen" Lösungen zeichnen sich durch unterschiedliche Formen des Finanzausgleichs aus. Bei einer Garantiehaftung des Bundes nach Art. 120 Abs. 1 Satz 4 GG käme es im Falle von verfassungswidrigen Beitragssätzen zu einer Subventionierung der Versicherten aus allgemeinen Deckungsmitteln. Da es insbesondere um die in einigen Regionen besonders hohen Beitragssätze der AOK geht, würde es sich dann um finanzielle Beziehungen zwischen Bund und einem AOK-Bezirk handeln. Die ebenfalls geforderte Fusion von Kassen der AOK ließe größere Kassen mit entsprechend größerem Einzugsgebiet entstehen. Schließlich gehört ein Verbot von Neugründungen der Betriebskrankenkassen zu den denkbaren Ad-hoc Lösungen, wenn als Folge der Neugründungen einer Betriebskrankenkasse die Beitragssätze der betroffenen AOKs um mindestens 12,5 vH über dem Bundesdurchschnitt aller Ortskrankenkassen liegen. Ein solches Verbot entspricht einem Urteil des Landessozialgerichts Saarbrücken. Zu den „großen" Lösungen siehe Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1989, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 116ff. sowie ders. Jahresgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, S. 156ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ist die Kassenvielfalt eine Fiktion bzw. weist bereits nur noch administrative Bedeutung auf. Der absehbare demographische Wandel und die Kompression von Krankheitskosten im Alter lassen die GKV ohnehin „auf kaltem Wege" zur Einheitsversicherung werden. Die Gliederung und Autonomie der Kassen wird weiterhin dadurch eingeschränkt, daß die Festbeträge gemeinsam und einheitlich festzulegen sind. Auch der medizinische Dienst stellt eine kassenartenneutrale Einrichtung dar. Schließlich erfolgen die jährlichen Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenhäusern kassenartenübergreifend. Ob eine Universal- oder Einheitskasse die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung ceteris paribus verschlechtert, ist eine offene und nur selten angesprochene Frage.

3. Risikostrukturausgleich als Voraussetzung für mehr Wettbewerb?

Wenn im gegebenen System der GKV Beitragssatzdifferenzen wieder Preissignale werden und die Versicherten mehr Wahl- und Wechselmöglichkeiten erhalten sollen, d. h. der Wettbewerb unter den Kassen intensiviert werden soll, wären erhebliche Veränderungen des Systems erforderlich. Solange die einkommensproportionale Finanzierung als ein Datum gesetzt wird und damit eine risikoorientierte Finanzierung ausscheidet, lassen sich mehr Wettbewerb und Wahlfreiheit nur durch einen kassenartenübergreifenden Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen verwirklichen. Im Gegensatz zu dem gegenwärtigen ausgabenseitigen Ausgleich der Rentnerausgaben handelt es sich um einen einnahmenseitigen Ausgleich der Risikofaktoren

— Grundlohn,

— Alter aller Versicherten (einschließlich Rentner),

— Geschlecht und

— Anzahl der Mitversicherten.

Durch eine Bereinigung der Risikostrukturen (Simulierung gleicher Bevölkerungsstrukturen) um diese Faktoren würden sich die Beitragssatzdifferenzen reduzieren. Verbleibende Unterschiede gingen auf Unterschiede in der Angebotsdichte und Versorgungsqualität und auf Unterschiede im Management der Kassen (Kasseneffizienz) zurück. Mit einem Morbiditätsausgleich anhand normierter Ausgabenprofile (Finanzbedarf) und einem Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen (Finanzkraft) wäre ein Ordnungsrahmen gegeben, der mehr (und unverzerrten) Wettbewerb unter den Kassen erlaubte und die Autonomie und soziale Mündigkeit der Versicherten erhöhte. Der Vorschlag gewinnt noch an Konturen, aber auch an Realitätsferne, wenn er zur Regionalisierung der Krankenversorgung in funktional äquivalenten Räumen führt und der Gedanke einer fiskalischen Äquivalenz umgesetzt werden könnte.

Der vorzusehende Ausgleich auf der Grundlage der zu normierenden GKV-Durchschnittsprofile führt zu Mehr- und Minderausgaben der einzelnen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Kassen; Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten entfielen. Da den Normausgaben entscheidende Bedeutung zukäme, ist die Analyse der Risikofaktoren und ihr Einfluß auf die Gesundheitsausgaben von großer Bedeutung (siehe II.1.). Durch den Risikostrukturausgleich wird erreicht, daß das Interesse der Kassen an allen Versicherten gleich groß ist und nicht, wie derzeit, eine Risikoselektion unter den potentiellen Mitgliedern stattfindet. Die Krankenversicherung der Rentner mit ihren kontraproduktiven Anreizen würde entfallen; Rentner und Erwerbstätige würden gleichgestellt, da die Rentner im Altersstrukturausgleich integriert wären und ihre gesonderte Behandlung im derzeitigen Abrechnungssystem damit entfiele.

In der GKV würde im Rahmen eines dauerhaften Risikostrukturausgleichs ein unverzerrter Kassenwettbewerb ermöglicht, dessen Ergebnisse im einzelnen offen sind. Zu den Wettbewerbsfeldern zählen aller Voraussicht nach:

— Vergütungs- und Honorierungsformen,

— Präventionsangebote und alternative Versorgungsformen, z. B. Hausarztmodell oder Präventionstarife,

— Selbstbehaltsregelungen,

— Vielfalt hinsichtlich des Versicherungsumfangs durch Zusatzversicherungen.

Finanzielle Beziehungen zwischen Bundeshaushalt und GKV in Form von Bundeszuschüssen und Erstattungen sind grundsätzlich denkbar, aber von der Sache her nicht erforderlich. Eine Trennlinie müßte wiederum zwischen den Kernaufgaben einer Versicherung und den Fremdleistungen einschließlich der Einkommensumverteilung gezogen werden. Was das Verhältnis zu anderen Sozialversicherungsträgern anbelangt, könnten die Beiträge für Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger etc. auch weiterhin außerhalb der GKV aufgebracht werden.

Die Umsetzung des komplexen Risikostrukturausgleichs als eine einnahmenseitige Variante des Finanzausgleichs in der GKV erscheint unter dem Aspekt der politischen, organisatorischen und technischen Machbarkeit nur schwer vorstellbar. Zu groß sind die Widerstände der überregional tätigen Kassenarten und der sie tragenden gesellschaftlichen Kräfte. So brächte ein umfassender Risikostrukturausgleich auch die Betriebs- und Innungskrankenkassen in Existenznöte, die allerdings durch Ausnahmeregelungen vermieden oder gemildert werden könnten.[54]

[54] Siehe ausführlicher *Leber*, W., Konkurrierende Regionalkassen — ein Konzept zur Neuordnung des gegliederten Krankenkassensystems in: Arbeit- und Sozialpolitik, Heft 10, 1988, S. 313ff. Die Vorstellung allerdings, das Wahlverhalten der Versicherten sei allein durch rationale Überlegungen bestimmt, ist zunächst nur eine Annahme. Tradiertes Verhalten und ein korporatistisch organisierter Sozialstaat führen beim Versicherten zu einem gewissen Fatalismus. Siehe dazu die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von *Alber*, J., und *Ryll*, A., Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung: Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls?, in: Sozialer Fortschritt, 7, 1990, S. 148-156.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Angesichts der aufwendigen Herstellung marktähnlicher Verhältnisse durch einen umfassenden und dauerhaften Risikostrukturausgleich und der damit einhergehenden politischen Gefahr, daß der Weg nur halbherzig beschritten wird und dann bei einer Einheitsversicherung endet, fragt es sich, ob dieser Weg wirklich eingeschlagen werden sollte.[55] Ein weitgehend prämienfinanziertes Versicherungssystem im Rahmen einer gesetzlich vorgeschriebenen Mindestsicherung im Krankheitsfall erscheint überlegen und wurde daher als langfristige Leitvorstellung vorgezogen (siehe D.II.). Soll die Sozialabgabenfinanzierung beibehalten werden, stellt ein Risikostrukturausgleich den einzigen Weg dar, um Beitragssätze zu Preissignalen zu machen und dem Kassenwettbewerb einen neuen Ordnungsrahmen zu geben. Wird dieser Weg abgelehnt und auch die in diesem Beitrag vorgeschlagene Leitvorstellung verworfen, so bleiben nur Ad-hoc-Lösungen ohne erkennbares Ordnungsprinzip.

Summary: New Ways to Finance Health Insurance

This contribution is focusing on assuring the case of illness, which is being discussed in principle as well as in regard to an alternative model of future organization of the German Health Care System. Based on a theoretical analysis of risk prevention and risk compensation as the two forms of risk provision, principle regulatory settings of health insurance are being discussed.

The characterization of the present health care system, including its latest reform, the Health Care Reform Act of 1988, is inevitable to identify inefficient and ineffective elements of the current system. As the Health Care Reform Act is further relying on cost control mechanisms like revenue oriented expenditure policy and stability of the contribution rates an alternative model, reducing the importance of cost containment policies is being developed in the fourth part of this article. The proposal of this future system includes mandatory health insurance coverage for everybody, the volume and the structure of coverage being defined politically. Insurance then is being provided by private insurance enterprises. The objective of this pioneer system would be the introduction of incentives into health care to abolish permanent public interventions and parlamentary actions.

[55] Zu den verschiedenen Varianten mit ihren jeweils unterschiedlichen Ausprägungen siehe die Ausführungen der aus Bundestagsabgeordneten und von den Parteien vorgeschlagenen Wissenschaftlern zusammengesetzten Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" des Deutschen Bundestages. Über die Frage der zukünftigen Gliederung des Krankenversicherungssystems bzw. der Reform der Kassenorganisationsstruktur, deren Lösung zum Untersuchungsauftrag der Kommission zählte, konnte sich die Kommission nicht einigen (siehe BTD 11/6380 v. 12. 2. 1990, Tz. 162ff.).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhangstatistiken

Anhangabbildungen 1 bis 6 und Anhangtabellen 1 bis 5

VPG \ BBG	einfrieren	dynamisieren („Status quo")	anheben
einfrieren	1	2	3
dynamisieren („Status quo")	4	5	6
anheben	7	8	9

Fall 5 = Status quo
Fall 1 = Ausweitung der privatwirtschaftlichen Risikoabsicherung „auf Kosten der GKV"
Fälle 2, 3, 6 = Abnahme der Regressionswirkung des jetzigen Systems (PKV zunehmend attraktiv)
Fall 9 = Ausweitung der solidarischen Finanzierung der GKV „auf Kosten der privaten Krankenversicherung (PKV)"
Fälle 4, 7, 8 = Ausdehnung der Versicherungspflicht (Wechselmöglichkeit zur PKV geschwächt)

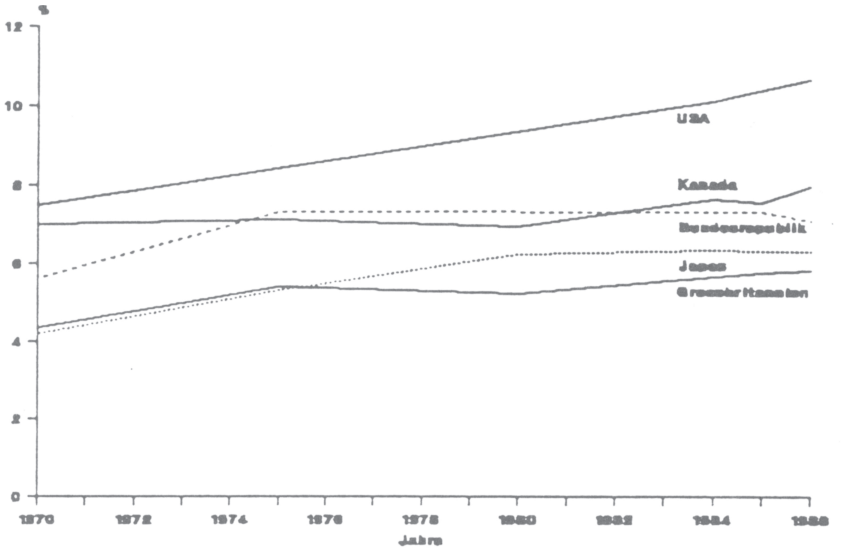
Eigene Darstellung; siehe zum dargestellten Problem auch Timmer, H. G., Wettbewerb der Systeme bei der finanziellen Absicherung gesundheitlicher Risiken, in: Henn, R., Schickinger, W. F., Staat, Wirtschaft, Assekuranz und Wissenschaft, Festschrift für Robert Schwebler, Karlsruhe 1986, S. 541–556.

Anhangabbildung 1: Auswirkungen einer Veränderung von Versicherungspflichtgrenze (VPG)[a]) und Beitragsbemessungsgrenze (BBG)[b]) auf die solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Textbezug S. 130, S. 153, S. 171)

[a]) Die Krankenversicherungspflichtgrenze beträgt in der Bundesrepublik 75 v. H. der in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze (sog. „Friedensgrenze").

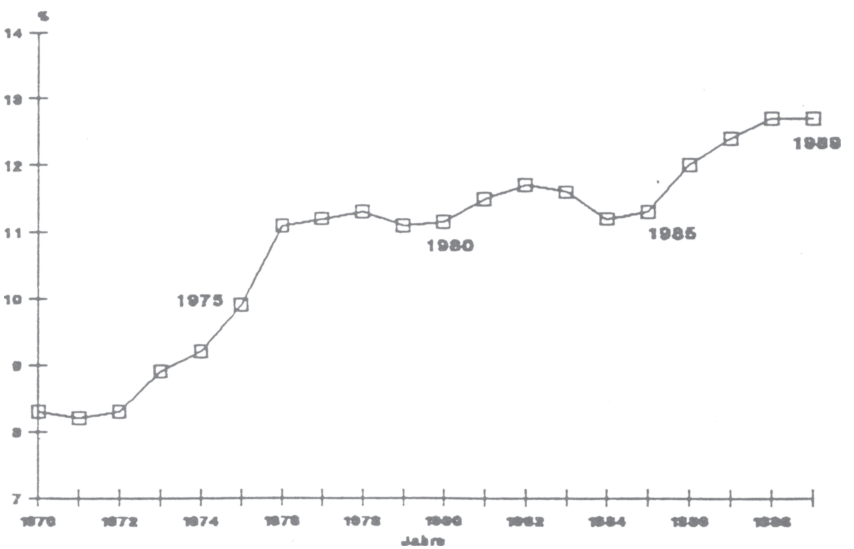
[b]) Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze sind derzeit in der GKV identisch.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Organization for Economic Cooperation and Development, Health Data File 1989

Anhangabbildung 2: Gesamtausgaben für Gesundheit in Prozent des Bruttoinlandproduktes, ausgewählte Länder, 1970–1986 (Textbezug S. 147)

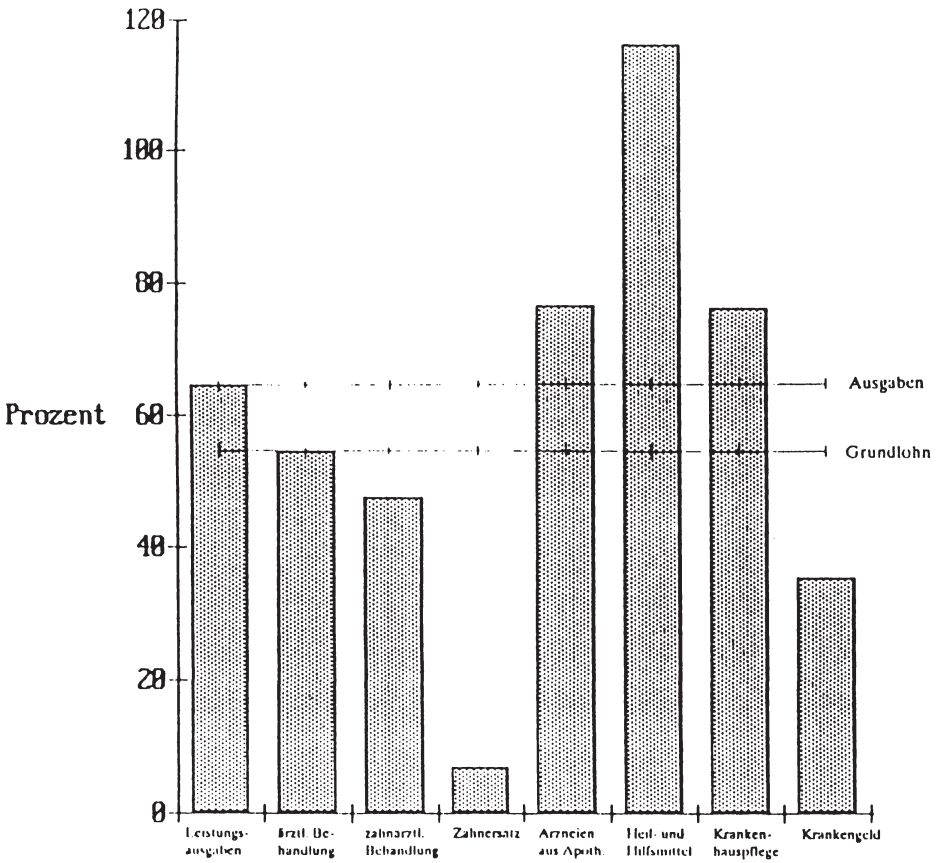


Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, S. 228.

Anhangabbildung 3: Beitragssatzentwicklung[a)] in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1970–1989 (Textbezug S. 147)

[a)] Es handelt sich um den jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz.

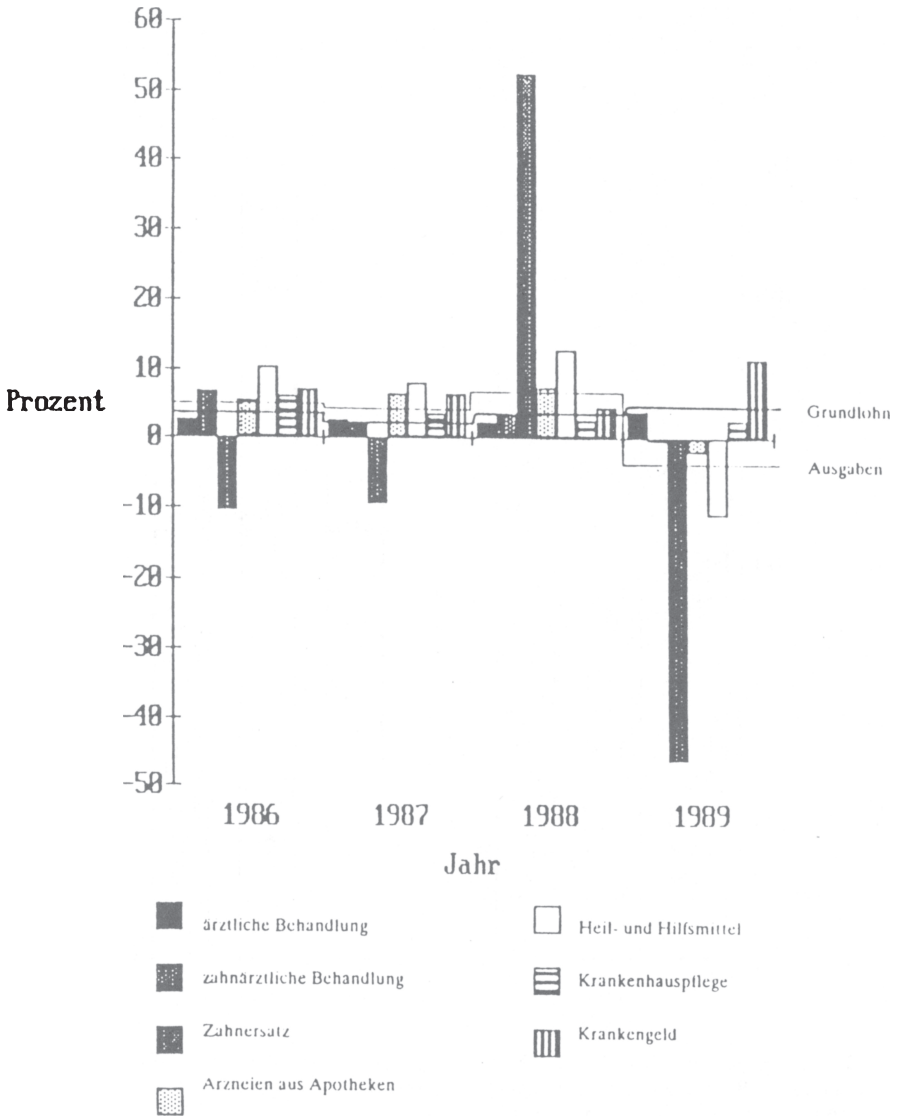
DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, verschiedene Jahrgänge; eigene Darstellung.

Anhangabbildung 4: Leistungsausgaben der GKV und Grundlohn je Mitglied, prozentuale Veränderung, 1977–1987 (Texbezug S. 147)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, verschiedene Jahrgänge; eigene Darstellung.

Anhangabbildung 5: Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV und des Grundlohnes je Mitglied (Veränderung zum Vorjahr), 1986–1989 (Textbezug S. 147)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhangtabelle 1: **Leistungsausgaben und Grundlohn je Mitglied in DM in der GKV 1988 (Textbezug S. 147)**

	I/1988	II/1988	III/1988	IV/1988	I–IV/1988[a)]
Leistungsausgaben	827,05	845,51	844,20	928,51	3.447,18
davon					
- ärztliche Behandlung	150,29	146,91	140,18	149,83	587,43
- zahnärztliche Behandlung	52,16	52,80	50,32	51,79	207.60
- Zahnersatz	46,91	50,29	53,54	98,34	249,44
- Arzneien aus Apotheken	129,60	135,39	135,43	153,23	553,99
- Heil- und Hilfsmittel	51,75	56,38	56,87	69,84	235,03
- Krankenhauspflege[b)]	265,61	269,14	268,22	266,44	1.069,84
- Krankengeld (ohne Rentner)	75,78	72,98	69,01	73,72	291,59
Grundlohn[c)]	2.554,86	2.687,86	2.708,07	2.988,88	2.735,59

Anhangtabelle 2: **Leistungsausgaben und Grundlohn je Mitglied in DM in der GKV 1989 (Textbezug S. 147)**

	I/1989	II/1989	III/1989	IV/1989	I–IV/1989[a)]
Leistungsausgaben	813,84	831,26	828,81	836,58	3.311,75
davon					
- ärztliche Behandlung	156,12	150,40	146,76	156,34	609,84
- zahnärztliche Behandlung	54,61	49,16	52,66	50,11	206.60
- Zahnersatz	41,07	29,94	28,56	33,53	133,12
- Arzneien aus Apotheken	127,33	139,05	137,90	138,88	543,39
- Heil- und Hilfsmittel	45,44	51,85	52,94	58,24	208,62
- Krankenhauspflege[b)]	269,37	280,62	276,76	271,24	1.098,38
- Krankengeld (ohne Rentner)	82,57	82,69	77,63	82,45	325,44
Grundlohn[c)]	2.634,95	2.795,53	2.795,37	3.105,47	2.833,68

[a)] Vorläufige Ergebnisse
[b)] Ohne Kur- und Spezialeinrichtungen
[c)] Beitragspflichtige Einnahmen
BMA und eigene Berechnungen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhangtabelle 3

Lohnnebenkosten in Prozent des Entgelts für geleistete Arbeit (Lohnnebenkostenquote)[a]) (Textbezug S. 148)

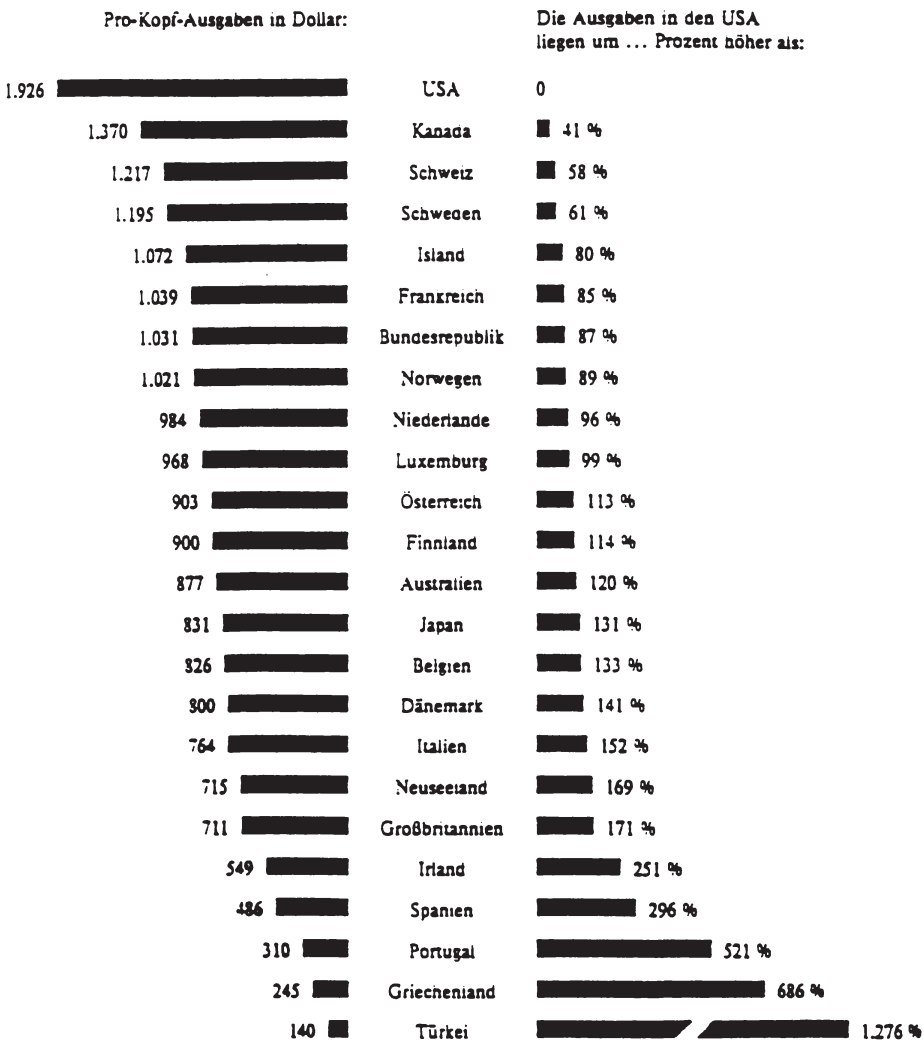
Bestandteile der Lohnnebenkosten	1966	1975	1980	1985	1988
1. Gesetzliche Lohnnebenkosten	19,4	30,7	35,1	35,2	36,0
a) Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber	11,8	17,7	20,9	22,1	22,7[b)]
b) Bezahlte Feiertage und sonst. Ausfallzeiten	4,0	5,1	5,2	5,3	5,3
c) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	1,7	5,4	6,3	5,1	5,3
d) Sonstige Lohnnebenkosten	1,9	2,5	2,7	2,7	2,7
2. Tarifliche und betriebliche Lohnnebenkosten	24,0	32,1	40,1	47,1	47,6
a) Urlaub	9,8	15,9	18,6	20,6	20,6
b) Sonderzahlungen	5,0	7,4	8,2	9,7	9,9
c) Betriebliche Altersversorgung	4,1	2,4	6,4	9,1	9,4
d) Vermögensbildung	0,2	1,5	2,0	1,6	1,5
e) Sonstige Lohnnebenkosten	4,9	4,9	4,9	6,1	6,2
Lohnnebenkosten insgesamt	43,4	62,8	75,2	82,3	83,6

[a]) Unternehmen des Produzierenden Gewerbes mit 50 und mehr Beschäftigten, je Arbeitnehmer.

[b]) Setzt man die im Sozialbudget für das Jahr 1986 ausgewiesenen Arbeitgeberbeiträge für die Sozialversicherung gleich 100 %, dann betragen die Arbeitgeberbeiträge für die GKV 30 %. Legt man diesen Prozentsatz auch für die in der Tabelle ausgewiesenen Lohnnebenkosten in Höhe von 22,7 % zugrunde, betrüge der Anteil der Arbeitgeberbeiträge an der GKV 6,81 % der Lohnnebenkosten.

Zusammengestellt nach: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Aufwendungen der Arbeitgeber für Personal- und Personalnebenkosten im Produzierenden Gewerbe 1966, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 10/68, S. 521, 610; sowie Personalzusatzkosten im Produzierenden Gewerbe in: Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.), iw-trends 2/83, 1/88 und 2/89, Köln.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/



Schieber, G. J., Poullier, J.-P.: International Health Spending and Utilization Trends, Health Affairs, 1988, S. 105–112.

Anhangabbildung 6: Gesundheitsausgaben pro Kopf in ausgewählten Ländern 1986 (Textbezug S. 158)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhangtabelle 4

Krankenkassen nach Höhe der Beitragsätze[a]), 1. 1. 90 (Textbezug S. 160)

Beitragssatz	GKV[b]) insgesamt	OKK	BKK	IKK	SeeKK	BuKn[c])	EAR	EAN
8,0– 8,9	8	–	8	–	–	–	–	–
9,0– 9,9	89	–	88	1	–	–	–	–
10,0–10,9	262	1	244	13	–	–	3	1
11,0–11,9	262	25	202	32	–	–	1	2
12,0–12,9	260	62	119	74	1	–	–	4
13,0–13,9	154	100	24	27	–	1	2	–
14,0–14,9	83	72	5	4	–	–	2	–
15,0–15,9	9	7	1	1	–	–	–	–
16,0	1	–	1	–	–	–	–	–
insgesamt	1 128	267	692	152	1	1	8	7
	Durchschnittlicher Beitragssatz in % des Grundlohnes[d])							
insgesamt	12,78	13,33	11,35	12,43	12,80	13,30	11,26	12,66

[a]) Beitragssätze für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen am 1. 1. 1990.

[b]) Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen, die den Beitragssatz nicht in % des Grundlohnes festsetzen.

[c]) Darunter rd. 57 000 Pflichtmitglieder (Angestellte), für die der Beitragssatz von 14,12 % festgesetzt wurde.

[d]) Mit der Mitgliederzahl gewogener Durchschnitt.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bundesarbeitsblatt 4/1990, S. 108 sowie zur inhaltlichen Diskussion Kops, M., Jaschke, H., Ein Kausalmodell zur Erklärung der Beitragsunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 38, 1987, S. 92 und Henke, K.-D., Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus allokativer und distributiver Sicht, in: Hansmeyer, K.-H., Hrsg., Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge Bd. 134, Berlin 1984, S. 463 ff..

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhangtabelle 5

Deckungsgrad der Ausgaben für Rentner durch KVdR Beiträge in der GKV[a)] insgesamt (Textbezug S. 161)

Jahr	Umlagefähige Leistungsausgaben der KVdR in Mrd. DM	Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen in Mrd. DM	Deckungsgrad durch RV-Beiträge u. Versorgungsbezüge in %	Deckungsgrad durch Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in %	Finanzierungsanteil der aktiven GKV-Versicherten in Beitragssatzpunkten
1977 (2. Hj.)	9,92	5,36	54,0	46,0	1,88
1978	21,30	10,95	51,4	48,6	2,04
1979	23,29	11,59	49,7	50,3	2,14
1980	26,04	12,22	46,9	53,1	2,35
1981	28,90	12,84	44,4	55,6	2,57
1982	30,06	13,67	45,5	54,5	2,51
1983	32,59	14,09	43,2	56,8	2,74
1984	38,54	17,56	45,6	54,4	2,92
1985	41,38	18,23	44,1	55,9	3,11
1986	44,13	18,96	43,0	57,0	3,25
1987	46,71	19,86	42,5	57,5	3,37
1988[b)]	50,73	20,85	41,1	58,9	3,60

[a)] Von 1977–1983 ohne Bundesknappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkassen, ab 1984 einschl. BuKn.

[b)] Vorläufige Werte.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, S. 243.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Literaturverzeichnis

Arnold, M.: Scientifity and Efficacy in Medical Care, in: European Institute of Social Security, Hrsg., Non Contributory Pensions, Health Care under Social Security, Leuven 1989, S. 157ff.

Cassel, D.: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht 149 zur Gesundheitsforschung, Bonn 1987.

Cassel, D., *Henke,* K.-D.: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen Utopie und Pragmatik: Kostendämpfung als Strukturreform, in: Sass, H. M., Hrsg., Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Analysen und Einflußfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin 1988, S. 13-33.

Culyer, A. J. (Hrsg.): Health Indicators, Oxford 1983.

Foster, E., *Vaasen,* B.: Der Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, Frankfurt, New York 1980.

Hamm, W.: Irrwege der Gesundheitspolitik, Tübingen 1980.

Hauser, H., *Sommer,* H. J.: Kostendämpfung im Gesundheitswesen in der USA, in Kanada und in der BRD, Bern 1984.

Henke, K.-D.: Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Gäfgen, G., Hrsg., Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge Band 159, Berlin 1986, S. 611-630.

— Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung, Ein Beitrag zur Messung und Beeinflussung des gruppenspezifischen Versorgungsniveaus im Gesundheitsbereich, Göttingen 1977.

Herder-Dorneich, Ph.: Gesundheitsökonomik, Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980.

Krämer, W.: Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt 1989.

Külp, B.: Soziale Sicherung bei Krankheit, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), Bd. 6, Stuttgart u.a. 1981, S. 617-628.

Mayntz, R., *Derlien,* H.-U.: Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Forschungsbericht 17 zur Gesundheitsforschung, Bonn 1979.

Metze, I., unter Mitarbeit von *Kroker,* R.: Gesundheitspolitik: Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart u.a. 1982.

Pauly, M. V.: Overinsurance: The Conceptual Issues, in: Pauly, M. V., Hrsg., National Health Insurance. What Now, What Later, What Never? Washington D.C. 1980, S. 201-219.

Pfaff, M.: Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme, in: Häuser, K., Hrsg., Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen — Gesundheitswesen und Hochschulbildung, Berlin 1983, S. 57-173.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Pflanz, M.: Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart 1973.

Reinhardt, U. E.: Health Insurance and Cost Containment Policies: The Experience Abroad, in: Olson, M., Hrsg., A New Approach to the Economics of Health Care, Washington D.C. 1981, S. 151-171.

— The Theory of Physician-induced Demand and its Implications for Public Policy in: Henke, K.-D., Reinhardt, U., Hrsg., Steuerung im Gesundheitswesen, Band 4 der Beiträge zur Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen 1983, S. 149-187.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987 und 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung; 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung; 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung; Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1983/84, BTD 10/669; 1985/86, BTD 10/4295; 1986/87, BTD 10/6562.

Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985.

Schreiber, W. (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiberuflichen Gesellschaft, Berlin 1963.

Schulenburg, J.-M., Graf v.d.: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981.

— Selbstbeteiligung, Tübingen 1987.

Schultze, C. L.: The Public Use of Private Interest, Washington D.C. 1977.

Schwartz, F. W.: Prävention im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1981.

Selbmann, K. (Hrsg.): Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Band 16, Gerlingen 1984.

Thiemeyer, T.: Gesundheitspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), Bd. 3, Stuttgart u.a. 1981, S. 576-591.

Wille, E. (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt et al. 1986.

Zweifel, P., *Pedroni*, G.: Die Health Maintenance Organization — Die Alternative im Gesundheitswesen?, Basel 1981.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Von *Dieter Brümmerhoff*, Essen

Gliederung

A. Begriffe und Bedeutung der Gestaltungsprinzipien 177
B. Merkmale der GKV: Versicherung, Zwang, Umverteilung 179
C. Äquivalenz- und Solidaritätsprinzip in einem einfachen Modell 182
D. Die GKV in der Bundesrepublik Deutschland 185
I. Darstellung 185
II. Der Umfang der Geltung des Äquivalenzprinzips in der GKV 187
III. Umverteilungswirkungen in der GKV 189
1. Referenzgrößen zur Messung der Umverteilung 189
2. Einige Ergebnisse empirischer Untersuchungen 190
E. Möglichkeiten der Erweiterung des Solidaritätsprinzips in der GKV 192
I. Ziel und Zusammenstellung verschiedener Maßnahmen 192
II. Beurteilung einzelner Maßnahmen 193
F. Möglichkeiten der Erweiterung des Äquivalenzprinzips in der GKV 199
I. Ziel und Zusammenstellung verschiedener Maßnahmen 199
II. Beurteilung einzelner Maßnahmen 200
G. Einschränkung des Zielkonflikts zwischen Solidaritäts- und Äquivalenzprinzip bei weiter Interpretation des Solidaritätsprinzips 205
H. Abschließende Bemerkungen 206
Summary 208
Literaturverzeichnis 208

A. Begriffe und Bedeutung der Gestaltungsprinzipien

Die Ordnung des Gesundheitswesens, und speziell die der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann auf verschiedenen Gestaltungsprinzipien beruhen. Im folgenden soll untersucht werden, ob das Äquivalenzprinzip und das Solidaritätsprinzip als solche Gestaltungsprinzipien in der GKV Anwendung finden bzw. (ggf. stärker als bisher) verwirklicht werden sollen. Im Gegensatz zum Äquivalenzprinzip als einem finanzwissenschaftlich vertrauten Steuerungsinstrument handelt es sich beim Solidaritätsprinzip um ein sozialpolitisches Gestaltungsprinzip.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das *Äquivalenzprinzip* verlangt für die Mitglieder einer Gefahrengemeinschaft eine Leistungs-Gegenleistungs-Beziehung — sei es in kosten-, sei es in nutzenmäßiger Hinsicht. Im Bereich der GKV bedeutet das: Die Leistungen (Beiträge) der Versicherten sollen in einem Entsprechungsverhältnis zur Gegenleistung („Sicherheit") stehen.

Das *Solidaritätsprinzip* wird unterschiedlich interpretiert. Es ist in der Regel vage umschrieben, um auf diese Weise weithin akzeptierbar und konsensfähig zu sein. Das Solidaritätsprinzip besagt im Bereich des Gesundheitswesens im Grunde, daß (1) unabhängig von der persönlichen Leistungsfähigkeit (z. B. Einkommenshöhe der einzelnen) eine ausreichende materielle Versorgung im Krankheitsfall sichergestellt werden muß[1]. Es sollen aber auch (2) an bestimmten Eigenheiten der Mitglieder ausgerichtete Umverteilungsprozesse stattfinden[2]. Beide Kennzeichen werden teils isoliert, teils gemeinsam als konstitutiv für das Solidaritätsprinzip angesehen. Je nach Interpretation im einzelnen bezieht sich das Solidaritätsprinzip daher auf unterschiedliche Versorgungs-, Finanzierungs- und Verteilungsziele. Der distributive Aspekt besteht zunächst in einem gütermäßigen Verteilungsziel: Eine bestimmte (Mindest-)Versorgung mit Krankenversicherungsleistungen, eine Mindestsicherung gegen das Krankheitsrisiko, soll unabhängig von der Leistungsfähigkeit gewährleistet werden. Das zweite Verteilungsziel kann eine interpersonelle Umverteilung sein. Als drittes Verteilungsziel kommt eine intergenerationale Umverteilung in Betracht. Sollte mit ihr die Erwartung verbunden sein, daß es über den Lebenszyklus zu einem Belastungsausgleich der Mitglieder der GKV kommt (was als interpersonelle Gleichbehandlung in der Längsschnittbetrachtung anzusehen ist), würde insoweit ein intertemporaler Ausgleich angestrebt. Dann läge hier ein allokatives Ziel vor.

Dieses Geflecht verschiedener distributiver (und ggf. allokativer) Aspekte kann aber noch erweitert werden. Denn häufig wird als Bestandteil des Solidaritätsprinzips ein wechselseitiger Bezug zwischen Mitglied und Solidargemeinschaft herausgestellt: Solidarität heißt Hilfe für den einzelnen durch die (Solidar-) Gemeinschaften mit Unterstützung der Gemeinschaften durch die einzelnen[3]. Dieses wechselseitige Aufeinanderangewiesensein (und ein darauf aufbauendes Solidaritätsverständnis) könnte die Verpflichtung beinhalten, die Solidargemeinschaft so wenig wie möglich in Anspruch zu nehmen und z. B. auf bestimmte Verhaltensweisen — wie die des moral hazard — zu verzichten. Man könnte auch sagen, es wird ein faires Verhalten verlangt[4]. Wenn dies nicht

---

[1] So z. B. *Knappe / Leu / Schulenburg* (1988), S. 31.

[2] So stellt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1989, S. 9) bei der Interpretation des Solidaritätsprinzips eher auf die Beiträge ab und fordert, daß sich diese nach der finanziellen Leistungsfähigkeit zu richten haben.

[3] Siehe z. B. *Schulin* (1988) und *Winterstein* (1976) im Anschluß an *Nell-Breuning*.

[4] Diese Anforderungen brauchen sich nicht auf die Mitglieder der GKV zu beschränken. Sie können auch für die Versicherer und den Gesetzgeber gelten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

erwartet werden kann, müssen entsprechende vorbeugende Maßnahmen getroffen werden. In den Teilen B bis F wird das Solidaritätsprinzip im engeren Sinne, d.h. ohne Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen verwendet. In Teil G wird die weitere Interpretation zugrunde gelegt.

Gestaltungsprinzipien können ein Ausgangspunkt zur Analyse der zentralen Charakteristika sowie verteilungs- und allokationspolitischer Implikationen sein. Sie können auch Instrumente zur Realisierung bestimmter Zielvorstellungen sein und zu einer optimal strukturierten Krankenversicherung beitragen: Die Strukturwandlungen der Gesundheitsversorgung sollen gezielt beeinflußt werden. So ließe sich eine unbeabsichtigte zufällige Transformation eines Teils (Gesundheitsversorgung) oder der gesamten Sozialordnung vermeiden. Beide Aspekte werden im folgenden angesprochen.

B. Merkmale der GKV: Versicherung, Zwang, Umverteilung[5]

Als wesentliche Merkmale einer GKV gelten der Versicherungscharakter und der Zwangscharakter. Hinzu kommt i.d.R. die (unter Hinweis auf das Solidaritätsprinzip erfolgende) Umverteilung[6,7].

Versicherung

Eine Versicherung bietet Sicherheit gegen die Folgen bestimmter Schadensereignisse. Sie ist durch die Elemente (1) Gefahrengemeinschaft, (2) Ungewißheit über das Eintreten eines Schadenfalles, hier der Erkrankung, und (3) Risikoausgleich charakterisiert. Durch die Beiträge der Versicherten entsteht diesen ein Leistungsanspruch. Die private Krankenversicherung (PKV) differenziert zur Prämienberechnung grundsätzlich nach dem Risiko, ohne aber ausschließlich den strengen Anforderungen rein versicherungstechnischer Äquivalenz zu entsprechen[8]. Diese erfordert in der Interpretation der *individuellen Äquivalenz für die Periode t,* daß[9]

(1) $$B_{it}^{\ddot{A}} = E(G_{it}) \quad i = 1 \ldots n$$

[5] Zu den drei Merkmalen siehe *Düttmann* (1978), S. 28ff.

[6] Häufig wird auch vom „sozialen Ausgleich" gesprochen.

[7] Die Sozial-Enquete-Kommission (Bogs, 1966, S. 193-203) nennt neben Versicherung und Zwang als wesentlich für die GKV: Sicherung der Bezieher von Einkommen aus unselbständiger Arbeit und materielle Chancengleichheit von Mitgliedern in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen.

[8] Wenn im folgenden nur von Äquivalenz gesprochen wird, ist stets die individuelle (versicherungstechnische) Äquivalenz gemeint.

[9] Hierbei wird vereinfachend von den Verwaltungskosten abgesehen, obwohl diese für die Prämienkalkulation und für verschiedene andere Fragen (z.B. den Vergleich von Krankenversicherungen) bedeutsam sein können. Die Verwaltungskosten umfassen die Betriebskosten, einen Sicherheitszuschlag und den Gewinn des Unternehmens.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wobei $B_{it}^{\ddot{A}}$ die äquivalenten Beiträge des Versicherten i in der Periode t, G_{it} die für den Versicherten zu tragenden Gesundheitsausgaben und E deren Erwartungswert angeben.

In der Interpretation von *individueller Äquivalenz über den gesamten Lebenszyklus* eines Versicherten müßte (1) ersetzt werden durch

$$\int_{t^*}^{\infty} B_{it} e^{-q(t-t^*)} = \int_{t^*}^{\infty} E(G_{it}) e^{-q(t-t^*)}, \tag{2}$$

wobei q_t die Diskontrate und t^* den Geburtszeitpunkt bezeichnen.[10] (2) ermöglicht es der Versicherung, das zeitliche äquivalente Zusammenfallen von Beitragszahlung und Leistungsanspruch durch eine zeitphasenverschobene Bemessung der Finanzierungslast zu ersetzen, also einen intertemporalen Verteilungsaspekt zu berücksichtigen[11].

Tatsächlich stellt das Äquivalenzprinzip in der PKV lediglich ein Instrument im Rahmen eines umfassenden unternehmerischen Planungs- und Entscheidungskalküls dar. Bei der Festlegung der Prämienstrukturen handelt es sich um einen normalen Preisbildungsprozeß auf einem staatlich regulierten Markt (Meierjürgen, 1989, S. 15-17). Insbesondere auf asymmetrischen Informationen zwischen Versicherer und Versicherten beruhende Informations- und Transaktionskosten, Wettbewerb und Gründe der Verwaltungsvereinfachung können eine Abkehr von der Bildung möglichst homogener Risikogruppen und der Anwendung des Äquivalenzprinzips sinnvoll sein lassen.

Zwang

Zweites Merkmal ist der *Zwangscharakter*. Die GKV ist eine gesetzlich vorgeschriebene Institution. Die Versicherungsgemeinschaft wird zwangsweise gebildet. Allerdings kann der Zwang je nach Begründung der Versicherungspflicht unterschiedlich weit ausgedehnt werden. Er kann sich auf die gesamte Bevölkerung erstrecken, aber auch nur Personen einschließen, die bestimmte Merkmale aufweisen, z. B. Einkommen erzielen. Auch ist eine Begrenzung der Einkommen nach der Quelle (Einkommen aus unselbständiger Arbeit) und nach der Höhe möglich. Ferner kann Personen außerhalb des Kreises derjenigen, die zwangsweise in einer Versicherung zusammengeschlossen sind, der Zutritt zum Kreise der Versicherten verwehrt oder erschwert werden. Je nach Umfang des Zwangs fallen die Solidargemeinschaften verschieden aus. Auch der Umfang der Leistungen für die Mitglieder kann unterschiedlich sein.

---

[10] Mit (1) bzw. (2) werden aktuarische Versicherungen beschrieben, bei denen also die individuellen Erwartungswerte von Leistungen und Prämien perfekt übereinstimmen.

[11] Die Versicherungsverläufe weisen typischerweise Zeiten geringer Leistungsinanspruchnahme und Zeiten hoher Leistungsinanspruchnahme bzw. entsprechenden Risikos auf. Dem kann mit Alterungsrückstellungen Rechnung getragen werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Eine Begründung für den Zwang zur Gesundheitsvorsorge[12] könnte darin bestehen, daß die meisten Gesundheitsleistungen in die Kategorie der lebensnotwendigen Güter gehören[13]. Eine individuelle, private Gesundheitsvorsorge reicht in vielen Fällen nicht aus, um eine angemessene Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Das gilt auch dann, wenn man interdependente Nutzenfunktionen zugrunde legt. Grundsätzlich ist zwar vorstellbar, daß Solidarität auf freiwilliger Basis praktiziert wird. Eine umfassende Gesundheitsversorgung auf freiwilliger Basis durch Philanthropie erscheint allerdings wenig realistisch.

Bei freiwilliger Gesundheitsvorsorge bleiben diejenigen unversichert, deren intertemporales Nutzenkalkül eine Zukunftsvorsorge durch eine Versicherung verhindert. Ex ante ist nicht feststellbar, bei wem dies zutrifft. Die Kosten sind aber von der Gesellschaft dann zu tragen, wenn sie die unversicherten Bürger nicht ihrer möglicherweise auftretenden ungünstigen Lage überlassen will. Solches Verhalten der Bürger ist um so eher zu erwarten, je umfassender eine allgemeine staatliche Fürsorge als Auffangnetz gegeben ist.

Unversichert bleiben ferner Haushalte, deren verfügbares Einkommen gerade zur Deckung des Subsistenzmittelbedarfs ausreicht. Da die Prämien zu privaten Versicherungen vom individuellen Risiko, nicht aber vom Einkommen abhängen, müssen auch Personen auf einen Versicherungsabschluß verzichten, deren Krankheitsrisiko so hoch ist, daß das Einkommen den Kauf einer Versicherung nicht mehr erlaubt (Neubauer / Birkner, 1984, S. 55).

Wird eine ausreichende Krankenversicherung der Bevölkerung als ein dringliches staats- und gesellschaftspolitisches Bedürfnis angesehen, muß sich der darauf aufbauende Versicherungszwang auf jeden Bürger erstrecken. *Alle,* auch die nicht willens oder nicht in der Lage sind, ausreichende Gesundheitsvorsorge zu treffen, müssen gegen das Krankheitsrisiko geschützt werden. Im Krankheitsfalle würde der Zugang zu medizinischen Leistungen dann jedem Bürger offenstehen.

Der Versicherungszwang läßt aber die Form der Gewährleistung von Gesundheitsleistungen offen[14]. Sie kann in der privaten Krankenversicherung, in der gesetzlichen Krankenversicherung und im staatlichen Gesundheitsdienst[15] bestehen. Da die GKV eine gesetzlich vorgeschriebene Institution ist, bedarf es zu ihrer Begründung noch weiterer Argumente[16].

---

[12] *Hackmann* (1990) untersucht diese Frage umfassend. Speziell zu der hier gegebenen meritorischen Rechtfertigung einer Zwangsversicherung siehe ebda, S. 68 ff.

[13] Es ist allerdings zweifelhaft, welche Schlußfolgerungen daraus zu ziehen sind. Siehe *Albers* (1988), S. 198.

[14] So z. B. auch *Weisser* (1956), S. 410; siehe auch *Hackmann* (1990), S. 49.

[15] Davon wird hier abgesehen.

[16] Hier könnten allokationstheoretische Bedenken auf der Angebotsseite gegen private Versicherungen sprechen, so insbesondere unvollkommene Preis- und Marktstrukturen auf den Versicherungsmärkten (Monopole, Oligopole, unvollkommner Marktzugang), eine unerwünschte Risikoauslese (z. B. durch Leistungsausschlüsse) und unvollkommene

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Umverteilung

Für das dritte Merkmal, die nach dem Solidaritätsprinzip erfolgende Umverteilung, ist entscheidend, welcher Art diese Umverteilung sein und zwischen wem sie erfolgen soll. Hierbei geht es regelmäßig um verschiedene Dimensionen der Verteilungspolitik: die interpersonelle und intergenerationale Einkommensumverteilung zwischen verschiedenen Gruppen bzw. Generationen in einer gegebenen Periode (Querschnittsbetrachtung) und die intertemporale Umverteilung entsprechend den jeweiligen individuellen Bedarfslagen im Lebenszyklus einer Person (Längsschnittbetrachtung). Dabei ist gerade die Festlegung der Zwangsmitgliedschaft maßgeblich. Die verschiedenen Formen der Umverteilung sind methodisch nicht einfach gegeneinander abzugrenzen.

Vor Behandlung der Frage, ob und inwieweit das Äquivalenzprinzip und das Solidaritätsprinzip in der GKV der Bundesrepublik verwirklicht sind, soll ein einfaches Modell vorgestellt werden, das die drei Merkmale Versicherung, Zwang und Umverteilung systematisch verbindet.

C. Äquivalenz- und Solidaritätsprinzip in einem einfachen Modell

Angenommen, jeder Mensch würde mit seiner Geburt zwangsweise und lebenslang krankenversichert. Das Krankheitsrisiko kann individuell sehr verschieden sein. Auch die Wahrscheinlichkeit des Alt-Werdens kann ungleich verteilt sein. Diese Verschiedenheiten sind aber ex ante („bei Vertragsschluß") nicht feststellbar[17]. Daher muß hier für alle Personen das gleiche Krankheitsrisiko über den für alle (ex ante) gleichen Lebenszyklus zugrunde gelegt werden. Eine Risikodifferenzierung der Beiträge innerhalb einer Alterskohorte ist weder möglich noch erforderlich[18], damit es zu einem versicherungsgemäßen Risikoausgleich kommt.

Der Zusammenhang von Beiträgen zur Krankenversicherung und den laufenden Gesundheitsausgaben für die gesamte Versicherungsgemeinschaft ist

$$\sum_i B_{it} = \sum_i G_{it}. \tag{3}$$

In einer Solidargemeinschaft, in der (3) gilt, spricht man von einer kollektiven (oder Global-)Äquivalenz[19]. Sie sagt noch nichts über die Belastung der einzelnen Mitglieder aus.

Wechselmöglichkeiten zwischen den Versicherern wegen fehlender Übertragbarkeit von Altersrückstellungen (vgl. *Henke,* 1985, S. 63).

[17] Sieht man vom Geschlecht ab. Verlegt man den Abschluß des Versicherungsvertrages noch vor die Geburt, entfällt auch diese geschlechtsspezifische Differenz (vgl. *Wagner,* 1985, S. 161).

[18] Andererseits entfällt der für den Versicherer nicht aufhebbare, mit zunehmendem Eintrittsalter steigende Informationsvorsprung des Versicherten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ohne Differenzierung(smöglichkeit) nach dem individuellen Risiko der Mitglieder der Versichertengemeinschaft muß für die Prämienkalkulation das durchschnittliche Krankheitsrisiko für die Mitglieder einer Alterskohorte j der Bevölkerung zugrunde gelegt werden:

$$E(G_{ijt}) = E(G_{idt}) \quad (j, d = 1 \ldots m, j \neq d). \tag{4}$$

Der individuelle äquivalente Beitrag

$$B_{ijt}^{\lambda} = \frac{1}{m} \sum_{j} E(G_{ijt}) \tag{5}$$

ist daher für alle m Mitglieder einer Alterskohorte j gleich[20]. Im Gegensatz zu E in (1), wo die Prämien nach verschiedenen Risiken differenziert werden können, variiert E in (5) nur nach der Zugehörigkeit zu einer Alterskohorte, nicht nach anderen Faktoren[21].

Individuell äquivalente Beiträge können nur dann nach (5) festgelegt werden, wenn alle Bürger mit ihrer Geburt Zwangsmitglied in einer Krankenversicherung werden. Nur in diesem Fall können die Versicherungen für eine äquivalente Beitragsgestaltung nicht nach guten und schlechten Risiken differenzieren. Das trifft entsprechend zu, wenn man individuelle Äquivalenz über den gesamten Lebenszyklus im Sinne von (2) für die Mitglieder der Alterskohorte j anstrebt. Dann muß gelten

$$\int_{t^*}^{\infty} B_{ijt}^{\lambda} e^{-q(t-t^*)} = \int_{t^*}^{\infty} E(G_{ijt}) e^{-q(t-t^*)}. \tag{6}$$

Nach (5) sind laufende Beitragsänderungen vor allem aufgrund des sich ändernden altersbedingten Krankheitsrisikos erforderlich. Nach (6) ermöglicht die Prämienkalkulation hingegen eine über den Lebenszyklus der Mitglieder einer Alterskohorte konstante Prämie — vorausgesetzt, es liegen richtige Informationen über Krankheits- und Sterbewahrscheinlichkeiten vor, die auch umgesetzt werden.

Allgemeiner Versicherungszwang (d. h. die Versichertengemeinschaft besteht aus der gesamten Bevölkerung), Äquivalenzprinzip und Solidaritätsprinzip

---

[19] Zur Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts muß (3) sowohl in der privaten als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten.

[20] Ob hier eine Umverteilung vorliegt, hängt von dem zu wählenden Maßstab der Verteilungsneutralität ab. Umverteilung ist nur dann nicht zu erwarten, wenn Wahlfreiheit über den Versicherungsabschluß besteht. Wenn aber, wie hier, Versicherungen zwangsweise und nicht über individuelle freiwillige Entscheidungen zustande kommen, dürfte regelmäßig eine Beitragserhebung nach (5) z. B. von dem Maßstab der individuellen marginalen Bewertung oder von Marktpreisen abweichen. Diese Differenz würde Umverteilung darstellen.

[21] In der PKV erfolgt die Prämiendifferenzierung insbesondere nach den Faktoren Geschlecht und Eintrittsalter. Andere Faktoren, wie z. B. Vorerkrankungen, werden mit herangezogen. Auch können unterschiedliche Regelungen über Eigenbeteiligungen vereinbart werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lassen sich gleichzeitig realisieren. Hierzu bedürfen diejenigen, die nicht in der Lage sind, den Beitrag nach (5) oder (6) zu leisten, der durch Steuern finanzierten staatlichen Transfers[22], wobei die Steuerlastverteilung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erfolgen kann[23]. So erfolgt die Umverteilung nicht im System der GKV sondern ist Teil der „allgemeinen Umverteilung". Das Solidaritätsprinzip erstreckt sich in diesem Modell einer Krankenversicherungspflicht für alle auf die gesamte Bevölkerung. Im Gegensatz zu einer freien Entscheidung über den Abschluß einer Krankenversicherung erfolgt hier die (Grund-)Sicherung zwangsweise. Das führt zu Elementen einer Staatsbürgerversorgung, die allen Bürgern durch die Einräumung von Versorgungsansprüchen soziale Sicherheit in einem bestimmten Bereich gewährleisten will. Die Finanzierung erfolgt aber nur teilweise und mittelbar über das Steueraufkommen. Je geringer der Umfang der zwangsweise erfolgenden Krankenversicherung ist, um so größer sind die individuellen Möglichkeiten, über eine bedarfsgerechte Versorgung mit Gesundheitsleistungen selbst zu entscheiden.

Die Frage stellt sich, ob bei (5) bzw. (6) tatsächlich von einer individuellen Äquivalenz gesprochen werden sollte, wenn es sich doch teils um Beiträge handelt, die letztlich gar nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden. Man könnte sich vielmehr auch ein einfaches Steuer/Transfer-Modell vorstellen, in dem die Solidargemeinschaft alle Bürger umfaßt und die gesamten erforderlichen Kosten des Gesundheitswesens aus dem Steueraufkommen finanziert werden. Damit entfielen eigene (teils über Transfers erbrachte) Beiträge. Dann ließe sich aber auch nicht zwischen verschiedenen Versicherungsträgern wählen. Es käme also praktisch zu einem staatlichen Gesundheitswesen mit einer Einheitskasse. Die Ausgaben würden über den Bundeshaushalt erfolgen. Eine Identifizierung mit dem Zweck der Abgabe entfiele.

Offenbar werden in diesem Modell alle Mitglieder erstmalig durch Entscheidung der Eltern Mitglied einer Kasse. Wenn die neuen Mitglieder später wechseln wollen, stellt sich die Frage, ob nun ein bei der Geburt (für die Alterskohorte) bestehender durchschnittlicher Risikofall noch zugrunde gelegt oder ob die Beitragsgestaltung dem persönlichen Risiko (insbesondere Vorerkrankungen, Geschlecht) angepaßt wird, über das zu diesem Zeitpunkt Informationen vorliegen. Bei der PKV ist zu erwarten, daß diese Risikoselektion zu betreiben versucht und erhöhte (erkannte) Krankheitsrisiken nicht oder nur mit besonderen Zuschlägen übernimmt.

---

[22] Das könnte wie beim Wohngeld erfolgen, das die früher stärker praktizierte Objektförderung des sozialen Wohnungsbaus durch eine Subjektförderung teilweise (vorübergehend?) ersetzt hat: „Es wird nur derjenige gefördert, dessen beschränkte Leistungsfähigkeit eine Hilfe der Allgemeinheit rechtfertigt. So würde es auch bei einer gezielten Entlastung der einkommensschwachen Gruppen von einem Teil der einkommensunabhängig festgesetzten Beiträge zur Krankenversicherung sein" (*Albers,* 1988, S. 198).

[23] Zu solchem Vorschlag siehe *Hempe* (1977), S. 170ff. oder *Lüdeke* (1979), S. 90.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Während ein Kündigungsrecht des Versicherers oder Beitragsanpassungen bei besonders hohen individuellen Krankenversicherungsausgaben mit den Modellbedingungen nicht vereinbar sind, ist ein Kontrahierungszwang nur für die mit der (oder vor der) Geburt beginnenden Verträge begründbar. Sind bei einem späteren Zutritt für die Versicherungen (die in der PKV auch jetzt üblichen) Differenzierungen und Ausschlüsse möglich, wird jede Wechselmöglichkeit eingeschränkt.

Das Modell mit der Erhebung gleicher Krankenversicherungsbeiträge für die Mitglieder einer Alterskohorte ermöglicht es, individuelle Äquivalenz gemäß Gleichungen (5) und (6) mit dem Solidaritätsprinzip zu verbinden. Die im Zusammenhang mit dem Solidaritätsprinzip genannte Umverteilung besteht darin, daß einmal allen Bürgern eine gleiche (Grund-)Versorgung mit Gesundheitsleistungen gewährt wird und zum anderen durch unterschiedlich hohe, ihrer Leistungsfähigkeit Rechnung tragende Transfers an die Bürger diese die äquivalenzmäßig korrekte Prämie zahlen können.

Unter bestimmten, restriktiven Bedingungen ist es möglich, daß die nach (1) und (2) bestimmten Tarife zu gleichen Belastungen über den Lebenszyklus der Wirtschaftssubjekte führen. Dann kann nicht nur für die Mitglieder einer Alterskohorte *j*, sondern für alle Bürger der gleiche Beitrag gewählt werden. Hierzu sind insbesondere eine stationäre Bevölkerung mit konstanten altersspezifischen Sterbe- und Geburtenraten sowie über den gesamten Lebenszyklus bekannte Erwartungswerte der versicherten Risiken erforderlich. Auch müssen die Beitrags- und Leistungsrechtsregelungen konstant sein, „da bei einem Ausbau des Leistungsspektrums ein Ausgleich mit Beiträgen aus früheren Perioden, die unter den Bedingungen eines niedrigen Leistungsniveaus erhoben wurden, nicht zustande kommen könnte. Durchläuft ein Individuum unter den genannten Bedingungen einen ‹durchschnittlichen Lebenslauf›, gehen die interpersonellen Einkommensumverteilungsprozesse der kurzen Periode in intertemporale Einkommensumschichtungen über“ (Meierjürgen, 1989, S. 49). Ferner muß der Versicherte stets der PKV angehören. Da diese Bedingungen nicht alle realisiert werden können, ist eine nach dem Eintrittsalter differenzierende Beitragsgestaltung im Sinne von (4) zur Erfüllung der individuellen Äquivalenz in der Periode *t* erforderlich.

D. Die GKV in der Bundesrepublik Deutschland

I. Darstellung

Oben wurden drei Merkmale einer GKV herausgestellt: Versicherung, Zwang und Umverteilung. In einem einfachen Modell wurde gezeigt, wie diese Merkmale systematisch miteinander verbunden werden können. Das Modell kann als Vergleichsmaßstab für die GKV in der Bundesrepublik herangezogen werden. Die in der GKV zu bildende Solidargemeinschaft erstreckt sich nicht

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

auf die gesamte Bevölkerung, sondern auf solche Bürger, die bestimmte Bedingungen erfüllen. Grundsätzlich gilt:

(1) Die GKV schließt jenen Teil der Bürger ein, der Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung (Y_A) bezieht[24].
(2) Y_A wird allerdings nur insoweit herangezogen, wie es unter der Beitragsbemessungsgrenze Y_A^* liegt.
(3) Ferner kann das Mitglied bei $Y_A > Y_A^{**}$ (Y_A^{**} = Pflichtversicherungsgrenze) freiwillig die Solidargemeinschaft verlassen, also anstelle der GKV die PKV wählen[25,26]. In der GKV ist $Y_A^* = Y_A^{**}$.
(4) Wer in der Periode t-z (wegen $Y_{At-z} > Y_{At-z}^{**}$) aus der GKV ausgeschieden ist, kann in t nicht mehr für die GKV optieren.
(5) Mitglieder der GKV können auch diejenigen sein, die Y_A in t-z bezogen und seitdem (weiter)versichert sind, selbst wenn diese Einkommensform in t entfallen ist.

Die Solidargemeinschaft wird also aus Pflichtversicherten[27] und (geringfügig) freiwillig Versicherten gebildet.

Der Zutritt zur GKV hat zu erfolgen, wenn eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wird, d. h. meist in der Ausbildungsphase, also kurz vor oder nach der Volljährigkeit, wobei das Alter streut.

Für die Beitragsberechnung spielt das persönliche Gesundheitsrisiko keine Rolle. Es wird also praktisch gleiches Risiko für alle unterstellt, so daß Risikozuschläge nach Vorerkrankungen, Geschlecht, Beruf usw. entfallen.

Für die Beiträge gilt grundsätzlich[28]

$$B_{it} = \begin{cases} B_{it}(Y_{Ait}) & \text{für } Y_{Ait} \leqq Y_{Ait}^* \\ B_{it}(Y_{Ait}^*) & \phantom{\text{für }} Y_{Ait} \geqq Y_{Ait}^* \end{cases} \tag{7}$$

Das beitragspflichtige Einkommen wird proportional belastet. Die Abgabe wird in einen jeweils gleich hohen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag

---

[24] Das trifft allerdings nicht für die Krankenversicherung der Landwirte zu, der selbständige land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und die Altenteiler angehören.

[25] Hauptberuflich land- und forstwirtschaftlichen Unternehmern und deren mitarbeitenden Familienangehörigen ist eine Befreiung zugunsten einer gleichwertigen Privatversicherung möglich, wenn der Einheitswert ihres Unternehmens eine bestimmte Grenze übersteigt.

[26] Arbeiter haben diese einkommensabhängige Wahlmöglichkeit erst seit 1989.

[27] Alle Arbeiter; Teile der Angestellten, Selbständigen und Rentner; bestimmte Rehabilitanden, Jugendliche, Behinderte, Arbeitslose; Studenten und Auszubildende.

[28] Für einen Teil der in der GKV Versicherten (insbesondere Rentner, Selbständige) wird (7) ersetzt durch (8) $B_{jt} = B_{jt}(Y_{jt}, Z_{jt})$ mit $Y_{jt} = Y_{jt}(Z_{jt})$, wobei der Vektor Z_{jt} die persönlichen Eigenschaften des Versicherten, insbesondere die Stellung im Berufsleben erfaßt. Z bestimmt, wie Y festzulegen ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

aufgespalten. Zwischen den verschiedenen Kassenarten und innerhalb der Kassen bestehen Beitragsunterschiede.

Für die Beiträge gilt ferner das Individualprinzip: Maßgeblich ist das Unselbständigeneinkommen der einzelnen Haushaltsmitglieder unabhängig vom Gesamteinkommen und vom Gesamtunselbständigeneinkommen. Für den Anspruch auf Gesundheitsleistungen aber gilt das Familienprinzip: Ehegatten und Kinder können Gesundheitsleistungen auch ohne eigenen Beitrag nutzen.

In der GKV wird grundsätzlich davon ausgegangen, daß die zu deckenden Risiken solche der Mitglieder sind. Ein Defizit

$$\sum B_{it} < (\sum G_{it}) \tag{9}$$

aus strukturellen Gründen (z. B. wegen Finanzierung versicherungsfremder Aufgaben) ist nicht vorgesehen, so daß grundsätzlich auch keine Bundeszuschüsse für solche Situationen vorgesehen sind[29,30].

Die Zwangsmitgliedschaft in der GKV wird ergänzt durch die Beschränkung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Kassen (Kassenzwang)[31].

Mit den Beiträgen wird ein für alle gleicher Anspruch auf Gesundheitsleistungen (Sachleistungen) festgelegt.

Ausnahme hiervon sind bestimmte Geld-(Bar-)Leistungen (Mutterschafts- und insbesondere Krankengeld). Geldleistungen machen unter 10% der Ausgaben der GKV aus[32].

Wahlmöglichkeiten zwischen existentieller Grundversorgung und umfassender medizinischer Versorgung bestehen nicht. Die im sog. Leistungskatalog enthaltenen Aufgaben der GKV umfassen neben einer Absicherung gegen das Krankheitsrisiko auch Versorgungsaufgaben einschließlich Prävention und Gesundheitssicherung (Kuren).

II. Der Umfang der Geltung des Äquivalenzprinzips in der GKV

Die Beitrags- und die Leistungsbemessung der GKV knüpfen an verschiedenen Kriterien (Höhe des Unselbständigeneinkommens, Bedarfsgerechtigkeit, d. h. Abhängigkeit vom Krankheitsrisiko) an. Das Äquivalenzprinzip ist daher

---

[29] Insofern kann für die GKV insgesamt von gruppenmäßiger Äquivalenz ausgegangen werden.

[30] Wesentliche Ausnahmen sind die vollständige Finanzierung der Beiträge der Altenteile zur Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) durch den Bund und die Beitragszuschüsse für die pflichtversicherten Studenten. Die Krankenversicherungskosten der Rentner der knappschaftlichen Rentenversicherung werden indirekt über die Bundeszuschüsse zur knappschaftlichen Rentenversicherung finanziert.
Im Gegensatz zur GKV sind solche Zuschüsse etwa zur GRV zu finden.

[31] Je nach Kasse differieren die einkommensabhängigen Beiträge.

[32] Die geringe Bedeutung des Krankengeldes beruht darauf, daß die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bis zu 6 Wochen voll von den Arbeitgebern übernommen wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nur insofern in der GKV umgesetzt, als mit dem Beitrag ein Anspruch auf (normierte, für alle Versicherten gleiche[33]) Sachleistungen entsteht. Über die Veranlassung hinaus ist eine Geltung des Äquivalenzprinzips in der Interpretation der Gleichungen (5) bzw. (6) oder entsprechend einer marktwirtschaftlichen Leistungs-Gegenleistungs-Beziehung nicht zu erkennen: Die Leistungen variieren nicht mit dem Beitrag[34] bzw. bei (weitgehend) gleichen Leistungen werden die Beiträge einkommensbezogen festgesetzt. Allerdings sind unter bestimmten Bedingungen auch unterschiedliche Beiträge mit dem Äquivalenzprinzip vereinbar. Diese Bedingungen sind aber nicht gegeben:

(1) In der Vergangenheit ist die Preisdifferenzierung nach dem Einkommen verteilungspolitisch begründet worden[35]. Die Preisdifferenzierung wäre mit einer Interpretation von Äquivalenz im Sinne einer Gleichheit von Leistung und Gegenleistung vereinbar, wenn mit zunehmendem Einkommen die Zahlungsbereitschaft für einen gegebenen Krankenversicherungsschutz steigt. Zwar mag die Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Nähe von eins oder größer sein. Für einen gegebenen Krankenversicherungsanspruch ist aber kaum anzunehmen, daß zwischen Zahlungsbereitschaft und (Unselbständigen-!)Einkommen eine proportionale Beziehung besteht, die bis zu einer bestimmten (jährlich festgesetzten) Grenze reicht.

(2) Um die Lohnbezogenheit der GKV-Beiträge äquivalenzmäßig zu begründen, interpretiert Schmähl (1985, S. 90f.) die (Sach-)Leistungen der GKV als Versicherungsschutz gegen den mit längerer Erkrankung verbundenen potentiellen Einkommensausfall. Bewertet man die Sachleistungen nicht mit den Ausgaben, sondern mit ihrem Nutzen, gelte: Der Nutzen sei bei Personen mit höherem Einkommen größer als bei geringer Verdienenden. Auf Schwierigkeiten bei dieser Interpretation weist allerdings Schmähl bei Personen hin, die nicht

---

[33] Das ist allerdings nur im Prinzip richtig; tatsächlich bestehen zwischen den einzelnen Kassen Unterschiede in den (Beiträgen und) Leistungen.

[34] Eine Ausnahme stellen die o. g. Geldleistungen dar, bei denen der Leistungsanspruch mit der Höhe der geleisteten Beiträge variiert. Auch können freiwillige Mitglieder zwischen verschiedenen Tarifen wählen, je nach dem, ob sie mit oder ohne Lohnfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall versichert sein wollen.

[35] *Schäfer* (1986, S. 234) schlägt vor, die beitragsfinanzierte Sachleistungsversicherung als ein Instrument der Preisdifferenzierung für bestimmte Güter und Dienste zu deuten. „Der Tatbestand ist doch einfach der, daß die Krankenversicherung den Bedarf an medizinischer Behandlung zu einem Preis deckt, der nur vom Einkommen abhängt, nicht aber davon, wie hoch die Behandlungskosten effektiv und wahrscheinlich sind und wie viele Familienangehörige ggf. behandelt werden müssen. Die KV hat damit eine Ausgleichsaufgabe übernommen, die früher den Produzenten von Behandlungsleistungen, insbesondere den Ärzten, zugewiesen war". *Schäfer* weist auch darauf hin, daß diese Preisdifferenzierung bis 1983 Rechtspflicht (§ 2 Satz 2 GOÄ vom 18. 3. 1965) war, d.h. Ärzte hatten bei ihrer Vergütung auch die Vermögens- und Einkommensverhältnisse der Zahlungspflichtigen zu bestimmen.

Auch die Preisdifferenzierung ist hier Umverteilung, auch wenn sie nicht die Form monetärer Transfers hat.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

erwerbstätig sind (insbesondere mitversicherte Familienmitglieder). Auch ist bei dieser Interpretation Voraussetzung, daß Krankheit Nichtarbeit zur Folge hat. Die Begründung ist problematisch ferner angesichts der Abgrenzung der Solidargemeinschaft. Das gilt auch hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrenze.

Gegen den Hinweis, in der GKV gehe es gar nicht um Lohnausfall, da dieser durch Lohnfortzahlung verhindert würde, führt Schmähl an, daß bei schneller Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der in monetären Äquivalenten ausgedrückte Nutzen der Freizeit um so höher sei, je höher das erzielbare Einkommen ist (Freizeit bewertet mit Opportunitätskosten).

(3) In ähnliche Richtung wie das letzte Argument laufen Überlegungen, einkommensbezogene Beiträge nicht als Umverteilung, sondern als Versicherung („versicherungstechnischer Solidarausgleich") zu interpretieren. Einkommensabhängige Beiträge begründeten Ansprüche auf später zu erbringende Gegenleistungen. So sei ex ante niemandem die Entwicklung seines Krankenstatus, Familienstatus oder Einkommenstatus über die erwartete zukünftige Dauer seiner Mitgliedschaft in der GKV bekannt. Frühzeitig einsetzende Beiträge würden also nicht nur einen Versicherungsschutz gegen gegenwärtige Gefahrenmerkmale, sondern auch gegen erwartete Wechselfälle des Lebens darstellen (so etwa Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung", 1988, S. 64). Gegen diese Argumentation spricht, daß die bestehende GKV nicht mit der Geburt, sondern weitaus später zwangsweise einsetzt. Dann sind die Risiken aber schon stärker abzusehen. Unter bestimmten Bedingungen (z. B. Überschreiten von Versicherungspflichtgrenzen) kann man sich ferner dem Zwang entziehen bzw. unter Umständen seinen Beitritt in die Versicherung (z. B. durch Gestaltung der Voraussetzungen) selbst ermöglichen.

III. Umverteilungswirkungen der GKV

1. Referenzgrößen zur Messung der Umverteilung

Die verschiedenen Umverteilungswirkungen der GKV beruhen prinzipiell darauf, daß Beitrags- und Leistungsbemessung an unterschiedlichen Kriterien anknüpfen. Ob die Verteilungswirkungen alle mit den Intentionen des Solidaritätsprinzips, die in verschiedenen Dimensionen der Einkommensverteilung zum Ausdruck kommen können, vereinbar sind, muß bezweifelt werden. Die Verteilungswirkungen werden in der Differenz der Beiträge und Leistungen der GKV in Bezug auf eine verteilungsneutrale Referenzgröße gemessen.

Unter den verschiedenen Möglichkeiten der Wahl des Referenzstandards zur Bestimmung der Umverteilung in der GKV kommen insbesondere die Bewertung dieser Leistungen mit der marginalen Zahlungsbereitschaft, die Marktpreise vergleichbarer privater Versicherungsleistungen oder die Ausgestaltung der Sicherung nach dem Versorgungs- oder Fürsorgeprinzip bei gleichzeitiger Unterstellung einer Steuerfinanzierung in Betracht. Der letzte Standard wird

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hier nicht gewählt, weil die Absicherung des Krankheitsrisikos nicht über den allgemeinen Staatshaushalt und nach Versorgungsgesichtspunkten erfolgt. Die Bewertung mit der Zahlungsbereitschaft versagt, weil diese meist nicht feststellbar ist.[36] Wenn sie dennoch als Maßstab und Zielgröße für richtig angesehen wird, muß nach solchen Lösungen gesucht werden, die wenigstens eine Annäherung an die Zahlungsbereitschaft darstellen. Als solche Näherungslösungen können Marktpreise oder die individuelle Äquivalenz gelten.

In der Literatur wird weitgehend das private Versicherungssystem als Referenzgröße ohne Umverteilung zugrunde gelegt. Bei Preisbildung am Markt hätte das Gut Sicherheit für jeden Versicherten einen bestimmten Preis. Würden die Versicherten der GKV diesen Preis zahlen, lägen lediglich ein versicherungsmäßiger Risikoausgleich und keine Umverteilung vor. Gemessen an einem anderen Standard würden sich daher in der Regel die Umverteilungseffekte unterscheiden. Die letztlich errechneten Begünstigungen oder Belastungen der GKV hängen des weiteren zu einem wesentlichen Teil davon ab, wie weitgehend die Versicherten in Risikogruppen untergliedert werden.

2. Einige Ergebnisse empirischer Untersuchungen

Die Analysen der Umverteilungswirkungen sind auch insofern schwierig, als die GKV mehrere Ziele gleichzeitig verfolgt: Versorgungsaufgaben (Maßnahmen zur Minderung und Beseitigung von Krankheiten), Einkommenssicherung im Krankheitsfall und Krankheitsvorsorge verknüpft mit verteilungspolitischen Aktivitäten. Die Ergebnisse der Analysen fallen zahlreich und nicht immer einheitlich aus, u. a. auch weil sie verschiedenen Dimensionen der Einkommensverteilung Rechnung tragen.

Hier sollen nur einige Wirkungen zusammengestellt werden, auf die die später diskutierten Alternativen zur Verstärkung des Äquivalenzprinzips und des Solidaritätsprinzips Bezug nehmen.

Umverteilungswirkungen ergeben sich zunächst bereits dadurch, daß Mitglieder bei prinzipieller (Teil-)Zwangsmitgliedschaft die GKV unter bestimmten Bedingungen verlassen bzw. als freiwillig Versicherte weiter wählen können. Da die erste Personengruppe ihre Präferenzen eher außerhalb und die zweite innerhalb der GKV realisiert sieht, bedeutet Wahlfreiheit für beide einen Nettovorteil (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 44). Damit treten gegenüber den Mitgliedern ohne Wahlfreiheit Verteilungswirkungen auf.

Umverteilungswirkungen zwischen den Mitgliedern verschiedener Kassen ergeben sich auch insofern, als bei weitgehend einheitlich vorgeschriebenem Leistungsniveau z. T. erhebliche Beitragsdifferenzen zwischen den Kassen bei weitgehend begrenzter Wahlmöglichkeit zwischen diesen bestehen[37].

---

[36] Die Bewertung mit der Zahlungsbereitschaft ist auch wegen des meritorischen Aspekts nicht unproblematisch, soweit Zweck der GKV gerade der Eingriff in individuelle Präferenzen ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

In zeitpunktbezogenen Analysen wird eine Umverteilung von Mitgliedern mit höheren zu solchen mit niedrigeren Einkommen (Löhnen) ermittelt[38]. Das wird tendenziell auch im Längsschnitt bestätigt.

Der Beitrag zur GKV entspricht nicht dem persönlichen Risiko. Dieses ist ex ante nur für alle Mitglieder einer Alterskohorte im Falle der mit der Geburt einsetzenden Versicherung gleich. Da aber der Versicherungsbeitritt zur GKV (von der Mitversicherung abgesehen) z. B. mit 20 oder 50 Jahren erfolgen kann, treten — insbesondere bei hohem Beitrittsalter — Umverteilungen zugunsten der neuen Mitglieder auf. Die Nichtberücksichtigung des persönlichen Risikos drückt sich in der fehlenden Differenzierung nach dem (Beitritts-)Alter, aber auch nach Geschlecht und Familienstand aus.

Hinsichtlich des Geschlechts wird auf eine (für die meisten Alterskohorten) stärkere Inanspruchnahme der GKV-Leistungen durch Frauen als durch Männer verwiesen. Das gilt sowohl im Quer- wie im Längsschnitt (Andel, 1975, S. 46ff.; Ott, 1981, S. 150ff.). Hinzukommen die Auswirkungen der längeren Lebensdauer von Frauen, die die relative Bedeutung der verhältnismäßig hohen Krankenversicherungsausgaben im Alter verstärken.

Für den Grad der Umverteilung außerhalb des Risikoausgleichs der Versicherung ist bedeutsam, wie stark nach risikorelevanten Faktoren differenziert werden kann bzw. wird. So entspricht der gleiche Beitragssatz für männliche und weibliche Mitglieder dem Äquivalenzprinzip, wenn man auf die Gesamtgruppe der Versicherten abstellt. Hinsichtlich der Gruppe der Männer und der Frauen sind hingegen — bei außer dem Geschlecht gleichen Bedingungen — unterschiedliche Tarife risikoadäquat.

Die Beitragsbemessungsgrenze kann bei unterschiedlicher Zusammensetzung beitragspflichtiger Einkommen von Ehepartnern zu unterschiedlichen Beitragsbelastungen führen. Sie fallen um so höher aus, je gleichmäßiger die Einkommen der Ehepartner sind (Ott, 1981, S. 148, 206/7).[39]

Beim Familienstand zeigt sich im Querschnitt für die größere Zahl Anspruchsberechtigter bei sonst gleichem Beitrag eine Umverteilung von Alleinstehenden zu Verheirateten bzw. zu Beitragszahlern mit Kindern[40,41]. In der Querschnittsbetrachtung ergibt sich auch eine Umverteilung zugunsten von Rentnern, die im Vergleich zum Krankheitsrisiko geringe Beiträge entrichten.

---

[37] Siehe hierzu *Cassel* (1987). Soweit das Leistungsangebot allerdings variiert, kann Umverteilung auch bei gleichem Betrag vorliegen (s. hierzu *Henke,* 1983, S. 471ff.).

[38] Vgl. etwa *Andel* (1975), S. 46ff.; *Ott* (1981), S. 150ff.

[39] Das steht im Gegensatz zur Wirkung des Splitting in der Einkommensteuer, für die die Zusammensetzung der Einkommen der Partner keine Rolle spielt.

[40] Das gilt auch im Längsschnitt insoweit, wie jeder gleichlang als Lediger und Verheirateter in der GKV war bzw. wie jeder im Lebenslauf gleich viele Kinder bekommt (*Ott,* 1981, S. 178/180).

[41] Kinder werden auch in der PKV begünstigt (siehe oben).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Beurteilung des „Generationenvertrages" hängt aber von den intergenerationalen Verteilungswirkungen auch im Längsschnitt ab. Intergenerational können Kinder und Rentner — gemessen am Krankheitsrisiko — geringere Beiträge entrichten, wenn sie durch höhere in der Erwerbsphase ausgeglichen werden[42]. So kann zur Deckung des altersabhängigen Krankheitskostenrisikos das Kapitaldeckungsverfahren angewendet werden, wobei Alterungsrückstellungen in jüngeren Jahren zur Finanzierung des altersspezifischen Anstiegs des Krankheitsrisikos herangezogen werden. Hier liegt ein lebenszyklusbezogener Risikoausgleich, d.h. ein intertemporaler Verteilungsaspekt vor. Anders bei einer am Erwerbsleben ausgerichteten Sichtweise: Hier ist der Generationenvertrag nicht Gegenstand der GKV, so daß relevante Umverteilungswirkungen vorliegen[43]. Gegen die Sicht der lebenszyklusbezogenen Umverteilung spricht, daß die Mitgliedschaft in der GKV nicht regelmäßig von Geburt bis Tod reicht.

Es deutet sich an, daß das in der GKV verwendete Umlageverfahren zukünftig eine wachsende intergenerative Ungleichverteilung hervorruft (Schulenburg/Kleindorfer, 1986).

E. Möglichkeiten der Erweiterung des Solidaritätsprinzips in der GKV

I. Ziel und Zusammenstellung verschiedener Maßnahmen

In der GKV ist die Geltung des Solidaritätsprinzips dadurch eingeschränkt, daß einmal auf der Beitragsseite die unter D. aufgeführten Beschränkungen hinsichtlich der Solidargemeinschaft gelten. Zum anderen wird keines der personellen, intertemporalen und intergenerationalen Ziele als Interpretation des Solidaritätsprinzips systematisch (als Teil der gesamten Verteilungspolitik) verfolgt. Verstöße gegen das Solidaritätsprinzip können die Abgrenzung der Solidargemeinschaft (insbesondere die unterschiedliche Zwangsmitgliedschaft, Austritts- und Wahlmöglichkeit sowie Nichtversicherungspflicht), Umvertei-

---

[42] Private Krankenversicherungen tragen dem mit zunehmendem Alter steigenden Krankheitsrisiko durch Alterungsrückstellungen Rechnung. Um einen konstanten Beitrag über das Leben zu gewährleisten, werden die Beiträge der jüngeren Jahre höher angesetzt als es das Risiko erfordert. Zuviel gezahlte Beitragsanteile werden einer Altersrückstellung zugeführt und (gesetzlich vorgeschrieben) mit 3,5% verzinst. Die Altersrückstellung reichte in der Vergangenheit in der Regel nicht aus, über den gesamten Zeitraum einen Ausgleich zwischen einer konstanten Prämie und der altersabhängigen Kostendynamik des Versicherungsschutzes herzustellen (*Hempe,* 1977, S. 243). Der Grund hierfür liegt u. a. in der Zunahme der Häufigkeit und Intensität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie der Veränderung der Preise für medizinische Leistungen.

Die intergenerationale Umschichtung der Beiträge ist in der PKV aber auch grundsätzlich insofern eingeschränkt, als Alterungsrückstellungen aus einer früheren Mitgliedschaft in einer anderen Krankenversicherung nicht übertragen werden. Intertemporale Wirkungen der GKV untersuchen *Henke / Behrens* (1989), S. 78 ff.

[43] Zu weiteren Fragen der intergenerationalen Umverteilung siehe *Meierjürgen* (1989), S. 35 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lungswirkungen aus dem Kassenzwang, partielle Umverteilung eines Teileinkommens, Begünstigung von Mitgliedern, die in höherem Lebensalter der GKV beitreten und intergenerative Umverteilung sein. Zur Verbesserung und Absicherung des Solidaritätsprinzips kommen unterschiedlich weitreichende Maßnahmen in Betracht. Sie stehen hinsichtlich ihrer Begründung in engem Zusammenhang. So können insbesondere[44]

(1) das sozialversicherungspflichtige Einkommen der Höhe nach ausgeweitet, d.h. die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft werden;
(2) verbunden mit (1) die Versicherungspflichtgrenze in der GKV beseitigt werden;
(3) die Beschränkung der Sozialversicherungspflicht auf bestimmte Arten von Einkommen entfallen;
(4) eine generelle Krankenversicherungspflicht eingeführt werden;
(5) versicherungsfremde Leistungen eingeschränkt werden;
(6) der Kassenzwang und Beitragsunterschiede beseitigt werden.

II. Beurteilung einzelner Maßnahmen

Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Wenn das Solidaritätsprinzip in der Beitragsgestaltung nach der Leistungsfähigkeit der Mitglieder zum Ausdruck kommen soll, ist die Festlegung von Beitragsbemessungsgrenzen verteilungsmäßig fragwürdig. Sie läßt keines der o.g. Verteilungsziele realisieren.

Der Ausschluß der höheren Einkommensteile aus der Bemessungsgrundlage bewirkt, daß der Tarif sich aus einem proportionalen Teil und (ab Bemessungsgrenze) einer Pauschale zusammensetzt, die regressiv wirkt. Die Umverteilung findet so schwergewichtig zu Lasten der mittleren Einkommensklassen statt. „Dies mag bei einem freiwilligen Zusammenschluß eines homogenen Teils der Bevölkerung angehen, erscheint aber als äußerst fragwürdig, wenn der größte Teil der Bevölkerung zwangssolidarisiert wird, ein kleinerer Teil der Bevölkerung aber, der nach dem Kriterium ‹Einkommenshöhe› ausgesondert wird, in den Solidaritätsvorgang (sprich hier: Umverteilungsvorgang) nicht oder nur unterproportional einbezogen wird“ (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 94).

Die Festlegung von Beitragsbemessungsgrenzen ist auch nicht nur verteilungsmäßig zu erklären. Sie soll vielmehr ein stärkeres Abwandern guter Risiken vermeiden helfen. Daher kann die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

[44] Auf weitere Vorschläge, wie den Abbau von sog. Fremdleistungen (Kosten der Haushaltshilfe, Mutterschaftshilfe, beitragsfreie Versicherung bei Erziehungsgeldbezug, Kosten des Schwangerschaftsabbruchs u.a.) und ein risikogerechtes Abgrenzen der Aufgaben der einzelnen Sozialversicherungszweige (z.B. Abbau der Ausgabenverlagerung von der Sozialhilfe auf die GKV) wird hier nicht eingegangen. Durch den Abbau von Fremdleistungen wird primär die Art der Finanzierung geändert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sinnvollerweise nicht unabhängig von der Versicherungspflichtgrenze entschieden werden.

In der politischen Argumentation wird auch, „um die Beitragsmoral der Mitglieder nicht zu gefährden, anstelle des Umverteilungsaspekts sehr viel stärker der Versicherungsaspekt der GKV herausgestellt, womit unter den Mitgliedern eine Äquivalenz*fiktion* bewirkt wird. Diese Äquivalenzfiktion ist freilich nur bis zu einem gewissen Umverteilungsmaß aufrechtzuerhalten; wird dieses Maß überschritten, dann wird jedem der primäre Umverteilungscharakter der GKV offensichtlich". Da von einem gewissen Maß der Umverteilung an „die Nicht-Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung immer deutlicher zum Vorschein kommt, wird eine Kappung der Umverteilungsmasse ab einer bestimmten Höhe des Arbeitseinkommens vorgenommen. Diese ‚bestimmte Höhe' ist nicht eindeutig quantitativ faßbar, sondern kann nur als eine qualitative Schwelle der Fühlbarkeit und Durchsetzbarkeit von Umverteilungsvorgängen aufgefaßt werden" (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 92/3).

Für diese Interpretation spricht, daß die Beitragsbemessungsgrenze im Rahmen der allgemeinen Einkommenserhöhungen gehalten wird und die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV mit 75% deutlich unterhalb der entsprechenden Beitragsbemessungsgrenze der GRV festgelegt wird. Da in der GRV die Durchsetzung des Äquivalenzprinzips in einem weitaus stärkeren Maße gegeben ist als in der GKV, wird dort diese Schwelle der Fühlbarkeit erst bei einem deutlich höheren Arbeitseinkommen erreicht.

Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze

Es dürfte unvereinbar mit dem Solidaritätsprinzip sein, daß bei zwangsweise erfolgender Einbeziehung in die GKV-Gemeinschaft einzelne Mitglieder bei sie begünstigenden Bedingungen die Gemeinschaft verlassen können. So kommt es zu einer adversen Risikoselektion, gegen die sich die GKV nicht schützen kann. Der vom Staat vorgeschriebene Versicherungszwang, der gerade im Hinblick auf die Risikoselektion gelegentlich (z. B. Stiglitz, 1983, S. 107) als vorteilhaft angesehen wird, wäre unter dieser Bedingung gerade eine Ursache dafür, daß eine Versammlung schlechter Risiken bleibt. Die Last des sozialen Ausgleichs wird dann von Personen getragen, die zwar im Rahmen der Versichertengemeinschaft als leistungsfähig, im Rahmen der Gesamtgesellschaft jedoch als schutzbedürftig erscheinen; denn die Schutzbedürftigkeit begründet ja in der Praxis (weitgehend) die Teilnahme an der Versicherungspflicht (Isensee, 1973).

Die Entscheidung, die GKV zu verlassen, ist allerdings bei Unsicherheit zu treffen und i. d. R. nicht reversibel. Der Wechsel wird einmal erschwert durch die schwach ausgeprägte Preis- und Leistungstransparenz des Krankenversicherungsmarktes. Zum andern können fehlende Informationen über den künftigen Familienstatus, die Einkommensentwicklung und das Auftreten hoher und dauerhafter Krankheitskosten zu falscher Einschätzung der relativen Belastung von PKV und GKV führen. Relativ sichere Zukunftserwartungen (Beispiele: eingefleischter kerngesunder Junggeselle; Bluterkranker mit fünf Kindern)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

führen andererseits bei Wahlmöglichkeit zu einer Sammlung der schlechten Risiken in der GKV und der guten Risiken in der PKV (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 52).

In diesem Sinne kommt es auch zu keiner verstärkten Geltung des Solidaritätsprinzips, wenn die früher nur für Angestellte bestehende Versicherungspflichtgrenze (seit 1989) auch auf Arbeiter angewendet wird: Der Einräumung der Wahlfreiheit für Arbeiter mit höherem Einkommen steht ein potentieller Abgang guter Risiken für die übrigen Mitglieder der GKV gegenüber.

Allokativ bedeutet die Möglichkeit des Abwanderns guter Risiken aber auch einen gewissen Wettbewerb zwischen GKV und PKV und damit Kosten- und Beitragsvergleich, der einen Druck auf die GKV ausüben kann, z. B. X-Ineffizienzen zu reduzieren.

Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage

Eine weitere Möglichkeit der Erweiterung des Solidaritätsprinzips besteht darin, die Beitragsgrundlage nicht auf das Unselbständigeneinkommen zu beschränken, sondern auf das Gesamteinkommen auszudehnen. Das Einkommen ist in der GKV Indikator von Schutzbedürftigkeit und Leistungsfähigkeit (Andel, 1975). Diese Aufgaben kann aber kein Teileinkommen wahrnehmen. Unselbständigen- und Gesamteinkommen entwickeln sich auch weder individuell (z. B. unter Berücksichtigung des Lebenszyklus) noch gesamtwirtschaftlich parallel. Stellt man auf das Einkommen ab, läßt sich z. B. im Bereich der Krankenversicherung der Rentner nicht mehr die Fiktion aufrecht erhalten, daß Rentner mit geringen Renten durch das Solidaritätsprinzip begünstigt werden müssen, selbst dann, wenn sie sonstige hohe Einkommen haben. Durch die erweiterte Bemessungsgrundlage könnte auch in anderen Bereichen einem Mißbrauch des Solidaritätsprinzips (z. B. durch Erlangung eines Sozialversicherungsschutzes über Minimalarbeitsverträge) vorgebeugt werden[45].

Eine Bemessungsgrundlage „Einkommen" würde die gleiche Größe in der GKV und bei der Einkommensteuer nahelegen. „Die abgabentechnisch und verwaltungsmäßig einfachste Lösung wäre eine Einbeziehung der GKV-Beiträge in das Verfahren der Lohn- und Einkommensbesteuerung. Das Quellenabzugsverfahren würde dann um einen jährlich vorzunehmenden Ausgleich (parallel zum Lohnsteuerjahresausgleich bzw. zur ESt-Veranlagung) ergänzt" (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 104). Dieser Ersatz würde auch zu dem schon im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenze vorgebrachten Zweifel an der Möglichkeit der Aufrechterhaltung der Äquivalenzfiktion führen.

Die Ausweitung des versicherungspflichtigen Einkommens würde die Trennung in Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zur GKV erübrigen. Sie wird

---

[45] *Knappe/Leu/Schulenburg* (1988), S. 32. *Hackmann* (1990) bezeichnet solche Fälle als „ausbeuterische Umverteilung".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

weitgehend für fragwürdig gehalten, weil die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge aus der Sicht der Unternehmen in gleicher Weise Personalkosten darstellen. Ob die Arbeitgeberbeiträge[46] formal im Bruttolohn enthalten sind oder nicht, ist für die Arbeitnehmer hinsichtlich ihrer finanziellen Mittel ebenso bedeutungslos wie für die Krankenkassen.

Die Bruttolöhne als Bemessungsgrundlage haben im Gegensatz zum Einkommen bei der Einkommensteuer den Vorteil, daß es „eine Aushöhlung der Bemessungsgrundlage, die noch dazu der individuellen Gestaltbarkeit zugängig ist", nicht gibt (Mackscheidt, 1985, S. 40). Die individuellen Beitragssätze sind klar kalkulierbar und nicht gestaltbar. Sie gelten für alle im gleichen Maße und ausnahmslos. Durch die Beiträge wird ferner der Zweck der Abgabe im Gegensatz zu den Steuern — begrenzt[47] — sichtbar: Erwerb von Sicherheit im Krankheitsfalle. Die Aufspaltung der Beiträge trägt andererseits zur Verschleierung der Kosten und zur Verminderung der Steuerwiderstände bei. Widerstände dürften eher bei der Erhebung einer zweiten Einkommensteuer zu erwarten sein, die einen erheblichen Teil der Bevölkerung treffen würde. Es dürfte nur schwer plausibel zu machen sein, daß auf die allgemeine Einkommensteuer ein Zuschlag zur Finanzierung der GKV erhoben wird, selbst wenn dieser zweckgebunden ist[48]. Zu prüfen wäre weiter, ob nicht mit dem Zusammenfallen des parafiskalischen Umverteilungssystems der GKV mit dem fiskalischen des Sozialstaates die kompetenzrechtlichen Unterschiede des bisherigen GKV-Beitrags zur Steuer entfielen.

Übergang zu einer allgemeinen Versicherungspflicht

Durch die ersten drei Maßnahmen werden die zur Umverteilung herangezogene Masse (Einkommen) und die Solidargemeinschaft ausgeweitet. Seit Jahren besteht die Tendenz, immer weitere Gruppen in die GKV einzubeziehen, so daß bereits jetzt etwa 90% der Bevölkerung Mitglieder der GKV sind. Die GKV ist aber nicht verteilungsneutral. Daher ist zu fragen, warum innerhalb der Gesamtbevölkerung eine „allgemeine Umverteilung" und für einen bestimmten Kreis der Bevölkerung eine zusätzliche Umverteilung durchgeführt werden. Es ist ein Unterschied, ob man Zwang zur Umverteilung nur für eine Gruppe der Gemeinschaft anordnet oder ob der Zwang für die ganze Gemeinschaft gilt.

---

[46] Zum Arbeitgeberbeitrag siehe *Huppertz / Siedenberg* (1980), S. 120ff. „Der kompetenzmäßige Sinn des Arbeitgeberbeitrages liegt darin, das Risiko des Arbeitnehmers aufzufangen, das Arbeitseinkommen durch zeitweiligen oder dauerhaften Verlust der Arbeitskraft einzubüßen. Jenseits dieses Risikobereichs liegt dagegen die Belastung des Arbeitnehmers durch seine Kinder" (*Isensee,* 1983, S. 459).

[47] Begrenzt, weil die GKV- zusammen mit den GRV- und AV-Beiträgen erhoben werden.

[48] Siehe *Schmähl* (1977, S. 557), der hier optimistisch ist. Die Gegenposition ist bei *Meinhold* (1985, S. 22) zu finden, der bereits bezüglich der Beiträge einen erheblichen Steuercharakter feststellt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Beschränkung der Versicherungspflicht (zunächst auf die Gruppe der Arbeiter)[49] ist historisch zu erklären. Bei ursprünglich starker Äquivalenzorientierung (Lohnersatz im Krankheitsfall) nahm die Bedeutung der gruppenmäßigen Umverteilung zu. Sie mag begründbar sein, wenn homogene oder vergleichsweise homogene Gruppen gebildet werden können, die sich durch klar abgrenzbare Merkmale von anderen Gruppen unterscheiden, und bei denen sich Solidarität auch ohne wesentlichen Zwang entwickeln könnte.[50]

So hat man in der Zeit der Einführung der GKV den Zwang allein nach der soziologischen Stellung festgelegt, indem man alle Lohnarbeiter als ‚hilfsbedürftig' ansah, egal wieviel sie verdienten. „Die zweite große Gruppe, die Angestellten, hielt man dagegen nur dann für ‚hilfs- oder schutzbedürftig', wenn ihr Einkommen unter einer gewissen Jahresarbeitsverdienstgrenze lag, wo hingegen alle Selbständigen versicherungsfrei blieben" (Hempe, 1977, S. 80/81).

Auch heute noch stellt die potentielle Bedürftigkeit (oder doch zumindest geringere Leistungsfähigkeit) im Krankheitsfalle ein wesentliches Kriterium für die Versicherungspflicht dar. Bedürftigkeit kann aber kaum unter Bezugnahme auf Teileinkommen sinnvoll festgelegt werden. „Eine scharfe Abgrenzung der Zugehörigen von den Nichtzugehörigen einer Gruppe — wie sie notwendig wäre, um zu entscheiden, wer der Umverteilung unterworfen werden soll, und wer nicht — ist weder nach der sozialen noch nach der ökonomischen Stellung noch nach der Fähigkeit zu anderen Formen der Sicherung" mehr möglich (Meinhold, 1976, S. 279)[51].

Ferner hat sich die Streuung des Einkommens, früher gruppen- oder schichtenbezogen, insgesamt abgeschwächt und verläuft heute durch alle Schichten der Bevölkerung. So wie die Lohnquote als Instrument der Verteilungsdarstellung problematisch geworden ist, ist auch die Abgrenzung der Krankenversicherungspflicht nach diesem Kriterium problematisch.

Das Kriterium der Gruppensolidarität dürfte daher obsolet geworden sein und wäre durch das der gesamtgesellschaftlichen Solidarität zu ersetzen (Isensee, 1973, S. 25). Dann würden die Umverteilungssysteme von Einkommensteuer und GKV hinsichtlich der Solidargemeinschaft kongruent. So würde

---

[49] Bei Einführung der GKV waren 10% der Bevölkerung zwangsversichert, die Arbeiter mit dem niedrigsten Einkommen (s. *Albers,* 1988, S. 197). Die restliche Bevölkerung brachte den Ausgleich für die Sozialtarife bei der ärztlichen Behandlung dieser Gruppe.

[50] Nach *Meinhold* (1976, S. 93) ist gruppensolidarische Einkommensumverteilung nur dann vertretbar, „wenn die Gruppe erstens völlig eindeutig abgrenzbar ist und zweitens ihren Einkommensanteil am Sozialprodukt völlig eindeutig gegen andere Gruppen durchsetzt, die ebenso klar abzugrenzen sind. Nur dann steht der Doppelbelastung eines Teils der Gruppe, der Begünstigung eines anderen Teils immerhin der Vorteil der gruppensolidarischen Vertretung bei der originären Einkommensentstehung (vor Steuer und Abgaben) gegenüber". Entsprechend *Isensee* (1983), S. 455.

[51] Das trifft letztlich auch hinsichtlich des Bedrohungspotentials bestimmter Personengruppen zu, den gesellschaftlichen Frieden zu stören (s. hierzu *Hackmann,* 1990, S. 46ff.).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eine Gleichbehandlung gleicher sozialer Tatbestände ermöglicht, die bei Gruppensolidarität nicht angestrebt wird und wegen einer bewußten Unvergleichbarkeit der verteilungspolitischen Behandlung der Angehörigen verschiedener Versicherungsgruppen und Dritter nur schwer zu prüfen ist. Sollte diese gesamtgesellschaftliche Solidarität innerhalb der GKV umgesetzt werden, wäre zu prüfen ob Versicherungsumfang und Art der Finanzierung aufrechtzuerhalten sind. Wie das Modell in Teil C gezeigt hat, läßt sich das Solidaritätsprinzip aber auch ganz oder teilweise außerhalb der GKV umsetzen.

Einschränkung versicherungsfremder Leistungen

Das Solidaritätsprinzip kann aber auch durch eine Einengung des Kreises der GKV-Pflichtigen verstärkt werden. Das ist dann der Fall, wenn die GKV auf bestimmte klar abgrenzbare Gruppen ausgerichtet ist. Dann dürfen diejenigen, die als versicherungsfremd, also nicht als Risiko der GKV-Gemeinschaft, anzusehen sind, nicht in die GKV aufgenommen werden. Das gilt z. B. für Studenten[52] oder Schwerbehinderte.

Durch die Erweiterung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung hat der Gesetzgeber der GKV Aufgaben übertragen, durch die Solidarlasten zuungunsten der ‹typischen› Arbeitnehmer-Versicherten mit niedrigem und mittlerem Einkommen verschoben wurden, da diese Gruppe die aus den zusätzlichen Aufgaben resultierenden Ausgaben durch ihre Beitragszahlungen mitfinanzieren muß (Meierjürgen, 1989, S. 65/66).

Mit dieser Maßnahme würde gleichzeitig der Versicherungsgedanke im Sinne einer Leistungs-Gegenleistungs-Beziehung in der GKV gestärkt, wenn die Erweiterung des Kreises der Versicherten auf Gruppen, die nicht oder kaum zum Solidarausgleich beitragen können, konsequenterweise aus dem Staatshaushalt finanziert wird.

Aufhebung des Kassenzwangs

Die Kassenzuweisung erfolgt teils berufsbezogen, teils branchenbezogen, teils nach sozioökonomischen Gruppierungen (Arbeiter, Angestellte). Eine generelle Wahl jedes Pflichtigen zwischen allen Kassen ist in der GKV nicht möglich, ein eingeschränktes Wahlrecht haben die Angestellten (AOK, Ersatzkasse). Die (weitgehende) Zuweisung bedeutet nicht nur fehlende Wahlmöglichkeit, sondern auch Abhängigkeit von Struktur und Entwicklung der jeweiligen Kasse.

So sind für die Beiträge die Höhe der Gesundheitsausgaben je Mitglied und das Niveau der Grundlöhne entscheidend, für die realen Gesundheitsausgaben die Risikostruktur der Mitglieder und das regionale medizinische Versorgungsangebot (Leistungsstruktur) maßgeblich (Henke, 1983, S. 467/468).

---

[52] Nur ein kleiner Teil der Studenten wird (bei bestehender Pflichtversicherungsgrenze) in der GKV bleiben und in der Regel nur dann, wenn der erwartete Leistungs-Gegenleistungs-Saldo bei der PKV schlechter ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ungünstige Strukturen werden noch verschärft, wenn ein stärkeres Ausscheiden guter Risiken auftritt. Das wird insbesondere hinsichtlich der Genehmigung von Neugründungen von Betriebskrankenkassen befürchtet. Ohne Wettbewerb, also Kassenfreiheit, durch die der Zugang jedem Versicherungspflichtigen zu allen Kassen möglich ist, werden die Versicherten bei einigen Kassen begünstigt, bei anderen benachteiligt[53]. Bei Wahlfreiheit werden grundsätzlich die Kassen mit dem geringsten Beitragssatz gewählt, so daß es durch eine Angleichung der Risikostrukturen zu einem Abbau der Beitragsdifferenzen kommen kann.

Jede bereits vorliegende Genehmigung einer Betriebskrankenkasse kann eine Begünstigung ihrer Mitglieder bedeuten, aber auch eine Diskriminierung derjenigen, die dieser Betriebskrankenkasse nicht beitreten können bzw. wo keine Neugründung einer Betriebskrankenkasse zulässig ist.

Grundsätzlich könnte eine Zuweisung nach Berufen eine Maßnahme der Risikoselektion sein. Wenn im Bergbau besonders hohe, berufsspezifische Krankheiten auftreten, könnten die Kassenzuweisung und die darauf aufbauende Beitragsgestaltung risikoadäquat sein. Nur: Diese Risikoselektion würde grundsätzlich nicht von der GKV durchgeführt. Außerdem nimmt sie in dem Maße ab, wie sich in der GKV Mitglieder befinden, die z. B. als Verwaltungsangestellte knappschaftliches Risiko nicht tragen (aber besondere Bedingungen der Knappschaftlichen Krankenversicherung nutzen).

Die Beitragsunterschiede betreffen insbesondere Betriebs-[54] und Innungskrankenkassen mit unterdurchschnittlich und Ortskrankenkassen mit extrem hohen Beitragssätzen.

F. Möglichkeiten der Erweiterung des Äquivalenzprinzips in der GKV

I. Ziel und Zusammenstellung verschiedener Maßnahmen

In der PKV hat jeder Versicherte den Beitrag zu zahlen, der dem Wert der ihm im Versicherungsvertrag zugesagten Leistungen entspricht. Der Beitrag zur PKV ist daher nach dem Leistungstarif abgestuft, den der Versicherte wählt. Durch Verstärkung des Äquivalenzprinzips in der GKV sollen trotz des Versicherungszwangs Präferenzen für die Sicherheit im Krankheitsfall zur Geltung kommen bzw. entsprochen werden. Hierbei wird die individuelle Äquivalenz als eine praktikable Zielgröße für den Fall angesehen, daß die Zahlungsbereitschaft oder Marktpreise nicht realisiert werden (können). Wenn die GKV stärker äquivalenzmäßig fundiert wird, entwickelt sie sich in Richtung

---

[53] Eine gleichmäßige Verteilung der Beitragslasten kann ferner im System der Einheitsversicherung bzw. durch einen umfassenden Finanzausgleich verwirklicht werden (*Ott,* 1981, S. 196).

[54] Bei Betriebskrankenkassen gehen die Verwaltungskosten nicht in die Kalkulation des Beitragssatzes ein, sondern werden vom Arbeitgeber getragen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

PKV[55]. Der Steuercharakter in Beiträgen und damit Umverteilungsaufgaben werden reduziert.

Eine bedarfsgerechte Versorgung im Krankheitsfall kann Wohlfahrtsverluste hervorrufen. Weitgehend kostenlos gewährte Leistungen mindern das Interesse der Versicherten an möglichst geringen Krankheitskosten und an der Eigenvorsorge. Die Gefahr des moral hazard nimmt cet. par. tendenziell mit steigendem Versicherungsgrad zu. Durch eine Ausdehnung des Äquivalenzprinzips soll dieser Tendenz begegnet werden. Eine als zu hoch angesehene Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen soll gebremst werden, bisher über die GKV abgewickelte Gesundheitsleistungen sollen anders(wo) effizienter bereitgestellt werden.

Nach der Höhe des Unselbständigeneinkommens differenzierende Beiträge wurden für einen gegebenen Gesundheitsversorgungsanspruch äquivalenzmäßig als nicht begründet angesehen. Unterschiedliche Preise sind aber damit vereinbar, wenn Umfang und Qualität der Sicherungsleistung variieren. Und hier knüpft ein Teil der zu behandelnden Vorschläge zur Berücksichtigung bzw. Verstärkung des Äquivalenzprinzips an. Insbesondere wird vorgeschlagen:

(1) Abdeckung des gesamten Krankheitsfalles durch Wahl zwischen PKV und GKV;
(2) Beschränkung der GKV auf die Grundversorgung, Zusatzversorgung durch die PKV;
(3) Herausnahme der geschlechtsspezifischen Umverteilung und des Familienprinzips aus der GKV;
(4) Einführung von Wahltarifen;
(5) Belohnung präventiv orientierten Verhaltens.

II. Beurteilung einzelner Maßnahmen

Abdeckung des gesamten Krankheitsfalles durch Wahl zwischen PKV und GKV

Dies ist der weitestgehende Vorschlag. Er führt langfristig wahrscheinlich zu einer erheblichen Stärkung der PKV, die GKV wird eingeschränkt.

Bei allgemeiner Wahlfreiheit kann jeder (prinzipiell) durch die Wahl der entsprechenden Kasse sowohl den Leistungsumfang als auch die Leistungsstruktur nach seinen individuellen Bedürfnissen gestalten. Er ist nicht mehr völlig abhängig von der für ihn zuständigen Kasse[56]. Die Schwierigkeiten des Wechsels sind gegenwärtig eine wichtige Ursache für fehlenden Wettbewerb der Versicherer.

---

[55] Insbesondere der Kronberger Kreis (Frankfurter Institut, 1987, S. 26) will mit einer „konsequenten Versicherungslösung" einen Teil der gegenwärtig zu findenden einkommensbezogenen Umverteilung aus der GKV ausgliedern.

[56] Abgesehen von sog. Zusatzleistungen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Einräumung echter Wahlmöglichkeiten zwischen der GKV und der PKV setzt einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen beiden Krankenversicherungssystemen voraus[57], denn solche Wahlmöglichkeiten können auf Dauer nur bestehen, wenn sie mit einer Angleichung der Wettbewerbsbedingungen einhergehen. Wahlrechts- und Wettbewerbsbedingungen erfordern aber, daß die GKV ihre Prämien risikogerecht gestaltet, also auf die interpersonale Umverteilung verzichtet. Die Beiträge dürfen daher nicht nach der Höhe des (Unselbständigen-)Einkommens differenzieren.

Wird auf die Aufgaben der interpersonalen Umverteilung in der GKV nicht verzichtet, dann werden sich diejenigen, die die Umverteilung durch höhere Beiträge finanzieren sollen, dieser Aufgabe durch Übertritt in die PKV entziehen. Konkurrenz und Wahlfreiheit minimieren auf diese Weise jede Form interpersonaler Einkommensumverteilung im System der Krankenversicherung. Ohne Verzicht auf Umverteilung würde ein kumulativer Ausleseprozeß zu Lasten der GKV entstehen. Durch die Abwanderung der guten Risiken wird die Umverteilungslast im System der GKV einem immer kleineren Kreis von Mitgliedern auferlegt, was sich in einer Anhebung der Beiträge ausdrücken muß.

Ein Wechsel zur PKV und zwischen Versicherungsträgern der PKV ist allerdings eingeschränkt, wenn diese bei der Beitragsberechnung Alterungsrückstellungen vornimmt und das angesammelte Rückstellungskapital zwischen Krankenversicherungen nicht übertragbar ist. Ohne einen Anspruch des Versicherten auf die Gutschrift der Alterungsrückstellung bei vorzeitigem Ausscheiden aus seiner privaten Versicherung ist der Wettbewerb eher — wie bisher — auf den Abschluß der ersten Krankenversicherung beschränkt (Forster / Vaasen, 1981, S. 69ff.). Hohe Transaktionskosten der Versicherung bei Abschluß und Veränderungen des Krankheitsrisikos gegenüber der Geburt (Vorerkrankungen) tragen zu der bisherigen Beschränkung bei. Ferner müßten Kontrahierungszwang und Verzicht auf das Kündigungsrecht der Versicherungen (bei unerwünschter Risikoentwicklung) gewährleistet sein.

Die Wahl der Mitgliedschaft in der GKV bzw. PKV und zwischen verschiedenen Kassen muß für alle Bürger gleich geregelt sein. Wenn so kein Unterschied in den Eintrittsvoraussetzungen besteht, kann das Individuum den von ihm gewünschten Krankenversicherungsträger wählen (Huppertz / Siedenberg 1980, S. 51).

Vorschriften zum Abschluß einer privaten oder staatlichen Grundsicherung müssen Marktlösungen mit freier Preisbildung nicht beeinträchtigen, wie das Beispiel der Kfz-Haftpflichtversicherung zeigt. „Sollte in Einzelfällen die marktliche Preisbildung im Leistungsbereich wegen ihrer Ergebnisse nicht akzeptiert werden können, lassen sich administrative Eingriffe vorstellen, die die grundsätzliche Marktorientierung deswegen aber nicht in Frage stellen" (Henke, 1985, S. 64).

---

[57] Zum bisherigen Wettbewerb zwischen GKV und PKV siehe *Forster / Vaasen* (1980).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die Verbindung von Versicherungszwang, freier Wahlmöglichkeit zwischen den Krankenversicherungen und marktmäßig bestimmten Beiträgen setzt die Finanzierung der Beiträge eines Teils der Beitragszahler über Steuern voraus (vgl. Modell in Teil C.). Bei marktgerechten Preisen würde die Problematik unterschiedlicher Mitglieder- und Beitragszahlerstrukturen der einzelnen Kassen reduziert bzw. aufgehoben, so daß die Notwendigkeit von Finanzausgleichsmaßnahmen sinken würde.

Beschränkung der GKV auf die Grundsicherung

Ein anderer Vorschlag zielt darauf, die GKV auf eine Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung (einschließlich Beamte, Selbständige) zu beschränken. Für darüber hinausgehende Leistungen soll die Wahlmöglichkeit für den einzelnen bestehen, sich in der PKV zu versichern oder nicht. So wird ein weitgehend einheitliches Versorgungsniveau — bei gleicher Grundversorgung — vermieden.

Wie auch bei dem ersten Vorschlag muß hier der Umfang des Versicherungszwangs festgelegt werden. Die Abgrenzung der Grundsicherung dürfte schwierig und nicht unumstritten sein. Sie muß sicherstellen, daß niemand unversorgt bleibt. Zur Festlegung einer solchen Grundversorgung sind u.U. solche Leistungen auszuklammern, die zwischenzeitlich als lebensnotwendige Güter anerkannt wurden.

Der Zusatzbedarf nach stärker auf die Person abgestellten Behandlungsformen hängt von der Bedürfnisstruktur und der Bedarfsdeckungsmöglichkeit der einzelnen Person ab. Die Reduzierung des Leistungskatalogs der GKV wird daher nicht dazu führen, daß im gleichen Umfang private Versicherungen als Substitutionsgüter herangezogen werden, weil die Individuen den entsprechenden Preis nicht willens und/oder bereit sind zu zahlen.

Ein solches System könnte auch bei Wettbewerb zwischen verschiedenen Kassen bestehen, wozu die Einführung einer allgemeinen Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Kassen erforderlich ist.

Herausnahme geschlechtsspezifischer Umverteilung und des Familienprinzips aus der GKV

Wenn geschlechtsspezifische Umverteilung auf den Versorgungsleistungen im Falle der Schwangerschaft beruht, könnte die Belastung der GKV-Versicherten dadurch vermindert werden, daß sie als gesellschaftliches „Risiko" interpretiert und in die Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen übernommen wird. Dies hätte allerdings Konsequenzen für Frauen, die als Mitglieder der PKV geschlechtsspezifisch höheren Tarifen unterliegen[58].

[58] Vgl. *Huppertz/Siedenberg* (1980). Eine allgemeine Versicherungspflicht führt zu keinen ökonomischen Effizienzverlusten bei einem Einheitstarif für Mann und Frau,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anders sieht es allerdings bei dem Teil der geschlechtsspezifischen Umverteilung aus, die auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen ist. Diese würde eine Diskriminierung nach Geschlecht rechtfertigen[59].

Eine Abschaffung des Familienprinzips führt dazu, daß jeder Bürger seine eigene Krankenversicherung bekommt. Eine (horizontale) Umverteilung zwischen Mitgliedern verschiedenen Familienstandes entfällt dann in der GKV. Der Familienlastenausgleich geht auch hier zur „allgemeinen" Umverteilung. Das mag damit gerechtfertigt werden, daß der Familienzyklus schwer zu definieren ist, aber auch kein „normaler" Lebenslauf vorliegen dürfte (Andel, 1975, S. 71), die Ehe und insbesondere die Rolle der Frau Wandlungen unterliegen und das Eintrittsalter der Versicherungspflicht variiert.

Die Ausklammerung des Familienlastenausgleichs ist damit ein Schritt zu risikobezogenen Beitragssätzen, zu einem Trennsystem also, bei dem Einkommensumverteilung soweit möglich aus der GKV ausgeklammert wird.

Einführung von Wahltarifen

Durch verstärkte Bindung der Versicherungsleistungen an die Höhe der Beitragszahlungen reduziert sich der Steuercharakter von Beiträgen. Einen Schritt in diese Richtung stellen gegen Beitragszuschläge gewährte zusätzliche Versicherungsleistungen dar. Das gilt auch für Selbstbeteiligungen. Sie stellen Maßnahmen der Risikoselektion dar, durch die der einzelne vor den Folgen einer Kollektivgutillusion geschützt werden kann (Hackmann, 1990, S. 84).

Durch Selbstbehaltsregelungen wird insofern das Äquivalenzprinzip verstärkt, als es zur Prämiendifferenzierung nach dem individuellen Risiko kommt. Die Versicherten tragen an den Krankheitskosten mit, was einer Prämiendifferenzierung gleichkommt. Bei den Versicherten kommen die maßgeblichen ökonomischen Anreize aus der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes. Wird dieser hinsichtlich der einbezogenen Leistungen verringert, so wird auch eine entsprechende Reduzierung der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen erwartet. Die Versicherten werden die Kosten des Selbstbehalts mit den entsprechenden Leistungen vergleichen. Je höher der Selbstbehalt, um so stärker dürfte der Anreiz zur eigenen Schadensvergütung sein.

Der Selbstbehalt kann in Umfang und Form unterschiedlich ausgestaltet werden. So können die Versicherten einen bestimmten absoluten Betrag oder einen Prozentsatz der Ausgaben der Versicherung übernehmen. Der Selbstbehalt kann sich zunächst auch nur auf jene Leistungen erstrecken, die von dem einzelnen Versicherten mit geringen Kosten finanziert werden. Das ist dann

---

wenn oder weil keine Ausweichreaktionen auftreten. Die Bedingung erfüllt die GKV gerade nicht.

[59] *Hackmann* (1990, S. 75) führt u.a. an, daß ein Verzicht darauf als „Kompensation einer allgemein erfolgenden Diskriminierung von Frauen gedeutet werden" könnte. Dann müßte aber auch hier ein Ausgleich für privatversicherte Frauen erfolgen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bedeutsam, wenn deren Einbeziehung (als Bagatellschäden) in den Versicherungsschutz unwirtschaftlich ist, denn diese Schäden müßten ja entsprechend ihrer Häufigkeit auch in die Beiträge einkalkuliert werden, und überdies entstehen gerade im Zusammenhang mit Kleinschäden hohe Verwaltungskosten. Solcher Ausschluß ermöglicht auch, geringere Beiträge zu erheben. Selbstbehalte müssen nicht nur fühlbar sein, sie müssen auch wirtschaftlich tragbar und handhabbar sowie systemkonform sein. Das ist insbesondere dann nur schwer zu realisieren, wenn beim Familienprinzip der Anspruch auf Gesundheitsleistungen mehrere Selbstbeteiligungen erforderlich macht. Werden diese aufeinander angerechnet, wären Einsparmöglichkeiten kaum möglich. Ohne Kostentransparenz ist aber eine kritische Inanspruchnahme des Gesundheitswesens kaum zu erreichen.

Ein von der Selbstbeteiligung abweichendes Verfahren könnte in der Pauschalierung für einzelne Gesundheitsleistungen liegen. Hier wird in gewisser Weise die oben behandelte Selbstbeteiligung mit einem Pauschbetrag umgedreht.[60] Das Verfahren besteht darin, daß ein bestimmter Betrag p_B^* festgesetzt wird, den der Versicherte unabhängig vom tatsächlichen Preis p_B der Leistung von der Krankenversicherung erhält. Bei $p_B > p_B^*$ muß der Patient zuzahlen, bei $p_B < p_B^*$ kann der Patient die Differenz behalten.

Auch Beitragsrückerstattungen sollen Anreize zu überlegter Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung führen oder die Versicherten veranlassen, Bagatellfälle selbst zu bezahlen. Ob sie allerdings das Kostenbewußtsein der Nachfrager erhöhen, ist zweifelhaft. Durch Beitragsrückgewähr werden ex post gute Risiken belohnt.

Diese Regelung bestand für wenige Jahre und wurde 1974 abgeschafft, weil die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen hierdurch nicht erkennbar beeinflußt wurde. (Die Aufwendungen für Krankenscheinprämien je Kranken sanken 1970-1974). Hierbei war aber der relativ geringe Rückvergütungsbetrag maßgeblich (Forster / Vaasen, 1980, S. 54).

Die Zulässigkeit von Wahltarifen in den verschiedensten Formen führt zu einem Preiswettbewerb, wenn gleichzeitig uneingeschränkte Wahlfreiheit unter den Kassen besteht. So wird das Interesse der Mitglieder an preisgünstiger ärztlicher Versorgung geweckt (vgl. Albers, 1988, S. 200).

Belohnung präventiv orientierten Verhaltens

Wenn nach Risiken beitragsmäßig nicht differenziert werden darf, lassen sich doch Elemente finden, die in diese Richtung wirken. Das gilt auch für die Einbeziehung von Vorsorgemaßnahmen in den Leistungskatalog und Begünstigungen für die Inanspruchnahme dieser Leistungen.

So hängt der Zuschuß der Krankenkasse zu den Kosten des Zahnersatzes davon ab, ob regelmäßig Zahnvorsorge betrieben wurde. Diese Regelung gilt aber nicht für Bezieher

[60] *Knappe / Leu / Schulenburg* (1988) sprechen hier von einem Indemnitätstarif.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

geringer Einkommen, die den Zahnersatz ohne eigene Zuzahlung erhalten. In diesem Bereich werden daher entsprechende Anreize zur Zahnvorsorge nicht verstärkt.

Auf diese Weise kann solchen Maßnahmen Rechnung getragen werden, mit denen der einzelne selbst zur Verbesserung/Verschlechterung seiner Gesundheitsposition beiträgt. Auch andere Formen präventiv orientierten Verhaltens (Sport, Nichtrauchen usw.) könnten belohnt werden. Die verschiedenen Maßnahmen setzen an der in der Regel bestehenden systematischen Unterschätzung der Gesundheit an. Sie setzen voraus, daß die Ursachen bestimmter Krankheiten hinreichend genau bestimmt werden können.[61] Das mag in vielen Fällen, wo Verursacherkomplexe maßgeblich für Krankheiten sind, nicht möglich sein. Problematisch ist das Verfahren dann, wenn Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf durch individuelles Verhalten verursacht oder beeinflußt werden können, tatsächlich nicht den von der Krankheit Betroffenen zugeschrieben werden können (Huppertz/Siedenberg, 1980, S. 82): Sie haben tatsächlich nicht geraucht, Vorsorge getroffen, usw. Diese Gefahr besteht immer dann, wenn nur auf einzelne Risikoträger abgestellt wird. Ob Präventivmaßnahmen wirken, hängt davon ab, wie die Kosten (z. B. Zuschlag für Raucher) im Verhältnis zum Nutzen (des Rauchens) eingeschätzt werden.

G. Einschränkung des Zielkonflikts zwischen Solidaritäts- und Äquivalenzprinzip bei weiter Interpretation des Solidaritätsprinzips

Faßt man das Solidaritätsprinzip weiter, bezieht also die wechselseitige Interdependenz mit ein, so brauchen unter dem Gesichtspunkt der Verstärkung des Äquivalenzprinzips erfolgende Maßnahmen nicht unbedingt im Widerspruch zum Solidaritätsprinzip zu stehen. Entsprechendes gilt für Maßnahmen, die Ziele des Solidaritätsprinzips verstärken (z. B. hinsichtlich versicherungsfremder Leistungen und Familienlastenausgleich). Die erweiterte Interpretation des Solidaritätsprinzips stellt Anforderungen an das Solidarverhalten der Mitglieder und der Gemeinschaften. Solidarisches Verhalten heißt, kostenbewußt und sparsam die Krankenversicherungsleistungen zu beanspruchen. Fehlendes oder geringes Kostenbewußtsein kann z. B. durch eine direkte Kostenbeteiligung der Nachfrager erreicht werden. Daher sind die zur Verstärkung des Äquivalenzprinzips gedachten Maßnahmen auch ein Beitrag zur Umsetzung des Solidarprinzips. Das soll im folgenden deutlich gemacht werden. Hierzu wird Gleichung (3) wie folgt modifiziert:

$$\sum_i B_{it}(A_{it}) = \sum_i \underbrace{(G_{pit} + G_{sit})}_{G_i}, \tag{10}$$

wobei B_{it} den Beitrag, A_i das Unselbständigeneinkommen und G_i die auf den Bürger i entfallenden Gesundheitsleistungen bezeichnen. Die Gesundheitslei-

[61] Zur Anwendung des Verursacherprinzips im Gesundheitswesen siehe *Huppertz/Siedenberg* (1980), S. 80ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stungen werden hier danach unterteilt, ob sie zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit erforderliche Leistungsnachfrage („primäre Nachfrage" G_{pit}) bzw. die auf moral hazard zurückzuführende (Über-)Nachfrage („sekundäre Nachfrage" G_{sit}) wiedergeben[62]. Solidarisches Verhalten erfordert, daß $G_{sit} = 0$. Es sei angenommen, daß

$$G_{sit} = G_{sit}[Z_i(G_{it}), G_{sit}^{erw\ j}, F, U], \tag{11}$$

wobei Z_i die Selbstbeteiligung, $G_{sit}^{erw\ j}$ das von i bei anderen Bürgern (j) erwartete moral-hazard-Verhalten, F die Fairness der gesetzlichen Regelung und U die Umsetzung der gesetzlichen Regelung durch die Kasse darstellen. Die Geltung des Solidaritätsprinzips kann durch Gestaltung der Selbstbeteiligung und z. B. durch die Kassengröße verändert werden, wenn diese das erwartete Verhalten anderer bestimmt.

Z kann von einzelnen und von den gesamten Gesundheitsausgaben abhängig gemacht werden, ferner davon, ob hier der jeweilige Bürger sich verantwortungsbewußt gegenüber seiner Gesundheit verhält (Frage der Prävention), weil mangelndes Verantwortungsbewußtsein (fehlende Solidarität) von den anderen zwangsweise mitfinanziert werden muß. In Z kann z. B. auch die Herausnahme der „Bagatellarzneimittel" aus dem Leistungskatalog eingehen.

Bei dieser weiten Interpretation zeigt sich also, daß Einschränkungen des Leistungskatalogs, Selbstbeteiligungen u. a. eine Verstärkung der Äquivalenz bedeuten. Gleichzeitig ist aber der Vorwurf eines Verstoßes gegen das Solidaritätsprinzip nicht mehr generell aufrechtzuerhalten.

H. Abschließende Bemerkungen

Bei der Behandlung des Äquivalenz- und des Solidaritätsprinzips in der GKV geht es um Aspekte der zweckgerechten Gestaltung des Gesundheitswesens und damit der sozialen Sicherheit insgesamt. Es hat sich gezeigt, daß die Bedeutung des Äquivalenzprinzips hierbei in der GKV gegenwärtig sehr gering ist. Das Solidaritätsprinzip wird weitgehend als reines interpersonelles Umverteilungsprinzip praktiziert. Seine Anwendung in der GKV ist gekennzeichnet durch geringe Zielklarheit und -bezogenheit. Eine erweiterte Anwendung des Solidaritätsprinzips könnte diese Mängel verringern oder beseitigen. Hierbei ist die Frage der Festlegung der Solidargemeinschaft von zentraler Bedeutung. Bei einer Verstärkung des Äquivalenzprinzips geht es darum, Versicherungszwang und Geltung der individuellen Präferenzen soweit möglich zu verbinden. Beide Prinzipien können erweitert Anwendung finden, wenn man eine Grundversor-

[62] Für die Aufspaltung von Gesundheitsleistungen wird hier eine Bezeichnung übernommen, die anderswo zur Unterscheidung zwischen gesundheitsnotwendigen und vom Arzt induzierten Gesundheitsleistungen verwendet wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gung allgemein verbindlich macht, wobei hinsichtlich der Institution der Krankenversicherung Wahlfreiheit bestehen könnte. Weniger stark wäre die Änderung bei Abwicklung der Grundsicherung durch die GKV. Wenn die Beiträge und Leistungen personenorientiert und einkommensunabhängig sind, ist bei Wahlfreiheit eine Konkurrenz der Krankenversicherungen möglich. Die zur Grundsicherung unzureichenden Einkommen müßten über Transfers aus dem allgemeinen Steueraufkommen gewährleistet werden.

Fragt man nun, ob beide Prinzipien einen Steuerungsbeitrag im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung der GKV haben, sind Zweifel angebracht. Denn ein Teil der Maßnahmen zur Verwirklichung dieser Prinzipien zielt eher auf Versorgungsmentalität und Anspruchsdenken der Nachfrager, denn auf Angebotsfaktoren als Ursache der Ausgabenentwicklung.[63] Vertritt man hingegen die Position einer Anbieterdeterminiertheit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, dann wäre nur bei einzelnen Maßnahmen (z. B. Verstärkung des Wettbewerbs) ein Steuerungsbeitrag zu erwarten.[64,65]

Jeder größere Eingriff in die Ausgestaltung der GKV hat Auswirkungen auf die übrigen Bereiche der sozialen Sicherung. So bewirkt eine Veränderung der Bemessungsgrundlage „Löhne" in der GKV, daß (1) die Selbstverwaltung in Frage gestellt wird; (2) deren Verwendung in den übrigen Bereichen der Sozialversicherung problematisch wird.

Das Grundprinzip der Mitwirkung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in der Selbstverwaltung findet in der Lohnbezogenheit und in der Aufspaltung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge seinen Ausdruck. Für die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane besteht weitgehend eine Orientierung am formalen Verhältnis der Beitragsanteile von Versicherten und Arbeitgebern. Hier ist zu entscheiden, ob eine Versicherten-Selbstverwaltung oder Sozialpartner-Parität zweckmäßig ist. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß die Selbstverwaltungsfreiräume im Bereich der GKV im Vergleich zu den übrigen Bereichen der Sozialversicherung am größten sind, weil das Leistungsrecht innerhalb bestehender Grenzen eine Reihe von Mehr- und Kannleistungen zuläßt. Einen echten Entscheidungsspielraum besitzt die Verwaltung allerdings nicht, weil sie weitgehend nur die Beiträge verändern kann, damit die vom Staat den Kassen vorgeschriebenen Leistungen auch finanziert werden können (Albers, 1988, S. 200).

In einzelnen Zweigen, insbesondere in der Arbeitslosenversicherung, hat das Äquivalenzprinzip bereits jetzt eine stärkere Geltung. Eine Ausweitung ist dort

---

[63] Hierzu rechnen die hohen Kosten des technischen Fortschritts auf die Medizin, die steigenden Zahlen des Gesundheitspersonals, die Form der Honorierung des Gesundheitspersonals, Marktabschottungen, mangelnder Wettbewerb.

[64] Siehe die Bemerkungen von *Pfaff* (1986, S. 435/6).

[65] Hierbei sind auch die Produktionswirkungen wichtig (z. B. Wirkungen von Selbstbehalten auf Verwaltungskosten u. ä.).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wenig zweckmäßig oder nötig. Bei der Arbeitslosenversicherung ist auch eine private Bereitstellung und ein Wettbewerb verschiedener Versicherungsträger kaum möglich. Zu fragen ist aber, ob dann nur Änderungen der Bemessungsgrundlage in einem Teilbereich der Sozialversicherung durchgeführt werden sollten. Das würde das Finanzierungssystem der sozialen Sicherung der Bundesrepublik komplizieren.

Durch einzelne oder umfassendere Veränderungen werden Bausteine eines gewachsenen „Systems" verändert, die in vielen Bereichen der GKV kaum überschaubar sind. Insbesondere werden auch je nach Festlegung der Grundsicherung oder Wahl der Maßnahmen zur Erweiterung des Äquivalenzprinzips nicht nur Umfang und Struktur der GKV[66], sondern auch der PKV verändert.

Bedenken hinsichtlich der Bereitschaft zur Reform lassen allerdings Zweifel aufkommen, ob umfassendere Lösungen realisierbar sind. Allerdings können aufgrund bestimmter Leitvorstellungen wenigstens Richtungen der gewünschten Entwicklung festgelegt werden.

Summary

The article deals with benefit and solidarity as guiding principles for the public health insurance ("Gesetzliche Krankenversicherung"). The insurance equivalence is interpreted as an approximation to a market solution in which no redistribution is considered. The solidarity principle focusses primarily on redistribution targets. A simple model of an insurance system and "general" redistribution shows that both guiding principles may be realized simultaneously. Although the actual public health insurance does not meet both principles, systematic development makes it possible to realize one principle or even both principles.

Literatur

Albers, W. (1977): Transferzahlungen an Haushalte, HdF. 3. Aufl., Bd. I, Tübingen, S. 861 ff.

Albers, W. (1988): Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, S. 195-202.

Andel, N. (1975): Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung, Berlin S. 39-82.

Bieback, K.-J. (Hrsg.) (1986): Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung, Frankfurt/New York.

---

[66] Hierzu rechnen z. B. die Aufrechterhaltung des Sachleistungsprinzips und die Honorarfestlegung der Ärzte.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bogs, W. u.a. (1966): Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart.

Cassel, D. (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1989): Die Gesundheitsreform, Bonn.

Düttmann, R. (1978): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.

Eichner, H. (1986): Zwischen Privatisierung und Solidarität, Bonn.

Eisen, R. (1984): Der Organisationstyp „Private Krankenversicherung": Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Neubauer, S. 101 ff.

Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", vom 31. Oktober 1988, Zwischenbericht (1989), Bt. Drucks. 11/3267.

Forster, E./*Vaasen*, B. (1980): Der Wettbewerb zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung, Frankfurt/M.

Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung (1987): Mehr Markt im Gesundheitswesen.

Hackmann, J. (1990): Freiheit und Sicherheit in Systemen der sozialen Sicherung, Manuskript.

Haller, H. (1981): Die Steuern, 3. Aufl., Tübingen.

Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.) (1983): Staatsfinanzierung im Wandel, Berlin.

Hauser, H. (1988): Wettbewerbsorientierte Reformpolitik und HMO, in: Hauser/v.d. Schulenburg, S. 16 ff.

Hauser, H./*Schulenburg*, J. M. v.d. (Hrsg.) (1988): Health Maintenance Organizations, Gerlingen.

Hempe, K. (1977): Distributionsprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland und die Möglichkeit der Einführung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips, Diss., Frankfurt/M.

Henke, K.-D. (1983): Beitragsunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus allokativer und distributiver Sicht, in: Hansmeyer, S. 463-481.

— (1985): Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmähl (1985b), S. 55-75.

Henke, K.-D./*Behrens*, C. (1989): Umverteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth.

Huppertz, P.-H./*Siedenberg*, A. (1980): Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung von Verteilungsaspekten, Gutachten für BMAS, Bonn.

Isensee, J. (1973): Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge, Berlin.

— (1983): Nichtsteuerliche Abgaben — ein weißer Fleck in der Finanzverfassung, in: Hansmeyer, S. 435-461.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Knappe, E. u.a. (1988): Der Indemnitätstarif, Berlin u.a.

Lepelmeier, D. (1979): Soziale Sicherung und Parafiskalität, Frankfurt a.M.

Lüdeke, R. (1979): Kosten und Ausgabendämpfung im Gesundheitswesen als Problem einer zielgerichteten Krankenversicherungsreform, Finanzarchiv 37, S. 73-98.

Mackscheidt, K. (1983): Alternative Bemessungsgrundlagen für die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, in: Hansmeyer, S. 503-522.

— (1985): Über die Belastbarkeit mit Sozialversicherungsbeiträgen aus der Sicht der Steuerwiderstandsforschung, in: Schmähl (1985b), S. 27-54.

Männer, L. (1984): Der Organisationstyp „Gesetzliche Krankenversicherung": Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Neubauer, S. 161 ff.

Meierjürgen, R. (1989): Intertemporale und intergenerationale Verteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M.

Meinhold, H. (1976): Fiskalpolitik durch sozialpolitische Parafisci, Tübingen.

— (1985): Die ordnungspolitische Bedeutung des Versicherungsprinzips in der deutschen Sozialpolitik, in: Schmähl (1985b), S. 13-26.

Metze, I. (1981): Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie — Zur Frage der Organisation des Gesundheitswesens, in: P. Herder-Dorneich u.a. (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie I, Gerlingen.

Neubauer, G. (Hrsg.) (1984): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 13: Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens, Gerlingen.

Neubauer, G. / *Birkner*, G. (1984): Alternativen der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens, in: Neubauer, S. 16-70.

Oberender, P. (1985): Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen einer Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage, in: F. Geigant / P. Oberender (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen.

Ott, G. (1981): Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt / M. - Berlin.

Pfaff, M. (1986): Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung, Sozialer Fortschritt 35, S. 105-119.

Rolf, G. / *Spahn*, P. B. / *Wagner*, G. (Hrsg.) (1988): Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt / M.

Schäfer, D. (1986): Funktion, Fortentwicklung und Grenzen der Beitragsfinanzierung der Sozialversicherungssysteme, in: Bieback, S. 222-255.

Schmähl, W. (1977): Einkommensumverteilung im Rahmen von Einrichtungen der sozialen Sicherung, in: B. Külp / H.-D. Haas (Hrsg.), Soziale Probleme der modernen Industriegesellschaft, S. 519-576.

— (1983): Veränderungen der Bemessungsgrundlage des Arbeitgeberanteils in der Rentenversicherung aus verteilungspolitischer Sicht, in Hansmeyer, S. 545-569.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

— (1985): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (1988): Solidaritätsprinzip und Verteilungsgerechtigkeit, in: Hauser/Schulenburg, S. 200-226.

Smigielski, E. (1985): Die Bedeutung des Versicherungsgedankens für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Schmähl (1985a), S. 76-88.

Stiglitz, J. E. (1983): On the Theory of Social Insurance, The Geneva Papers on Rish and Insurance 8, S. 105-110.

Wagner, G. (1985): Zur Meßbarkeit eines versicherungsgemäßen Risikoausgleichs und der Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Schmähl, S. 141-203.

Weisser, G. (1956): Soziale Sicherheit, HdSW 9, S. 396-412.

Winterstein, H. (1976): Prinzipien der sozialen Sicherung, WiSt, H. 9, S. 433-437.

Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung" (1988): Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen 1988.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-47144-7 | Generated on 2025-08-16 10:00:08
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/