

MARKT UND VERSICHERUNG

Prof. Dr. Olaf Winkelhake

RheinAhrCampus Remagen

winkelhake@rheinahrcampus.de

winkelpedia.org

Stand: 08.09.2011

<http://winkelpedia.org/index.php?n=MarktUndVersicherung.Inhalte>



Summary

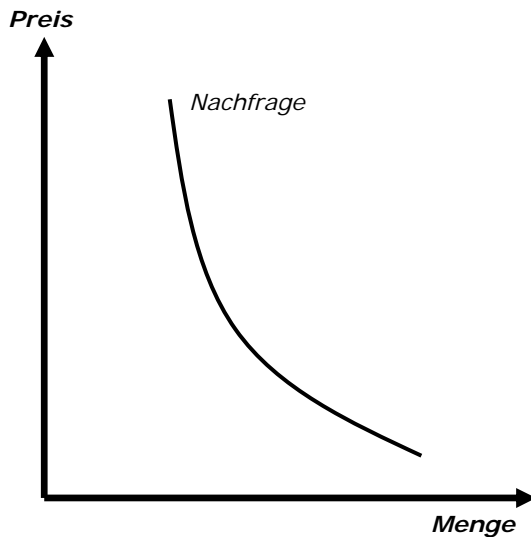
Märkte sind gute Instrumente, Angebot und Nachfrage nach Gütern zusammenzubringen. Auf dem Gesundheitsmarkt funktioniert das allerdings nicht gut, weil die Ausgaben für Gesundheit extrem ungleich verteilt sind. Der Löwenanteil der Ausgaben entfällt auf eine kleine Gruppe von Personen. Aus diesem Grund funktioniert eine reine Marktlösung nicht, so dass staatliche Regelungen in allen entwickelten Volkswirtschaften im Gesundheitssystem eine große Rolle spielen. Deutschland hat sich für ein Versicherungssystem entschieden, Großbritannien für ein steuerfinanziertes System. In beiden Fällen führt die Entkoppelung von Finanzierung und Inanspruchnahme zu einer Tendenz zur Überversorgung. Um diese Tendenz zu begrenzen müssen Gesundheitssysteme zwangsläufig relativ komplex sein.

Inhalt

Angebot und Nachfrage in einem einfachen Marktmodell.....	2
Das deutsche Gesundheitssystem als Speerspitze des Sozialismus	4
Marktunvollkommenheiten auf dem Gesundheitsmarkt	4
Das Funktionsprinzip einer Versicherung	7
Die Entstehung der (Kranken)Versicherungen.....	8
Alternative Organisationsformen	10
Moral Hazard.....	11
Angebotsinduzierte Nachfrage	12
Opportunitätskosten.....	13
Verteilung, Gerechtigkeit und moralische Dilemmata	13
Warum sind Gesundheitssysteme kompliziert?.....	16
Übungsaufgaben.....	16
Literatur	17

ANGEBOT UND NACHFRAGE IN EINEM EINFACHEN MARKTMODELL

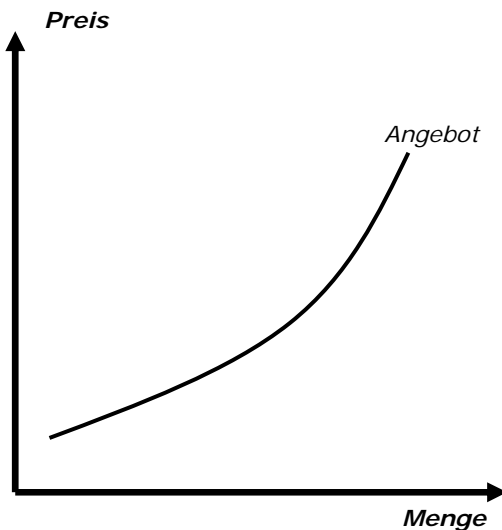
In den Wirtschaftswissenschaften (also BWL und VWL) nimmt das **Angebots-Nachfrage-Diagramm**, mit dem man die Funktionsweise von Märkten erklären kann, einen ganz zentralen Platz ein.



Bei „normalen“ Gütern kann man davon ausgehen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen dem Preis des Gutes und der nachgefragten Menge gibt, d.h. bei einem niedrigen Preis wird eine höhere Menge nachgefragt als bei einem höheren Preis. Diesen Zusammenhang kann man in einem Diagramm darstellen. Die Nachfragekurve eines „normalen“ Gutes hat einen fallenden Verlauf¹.

Diesen Zusammenhang können wir uns an einem ganz alltäglichen Gut, wie z.B. Speiseeis verdeutlichen.

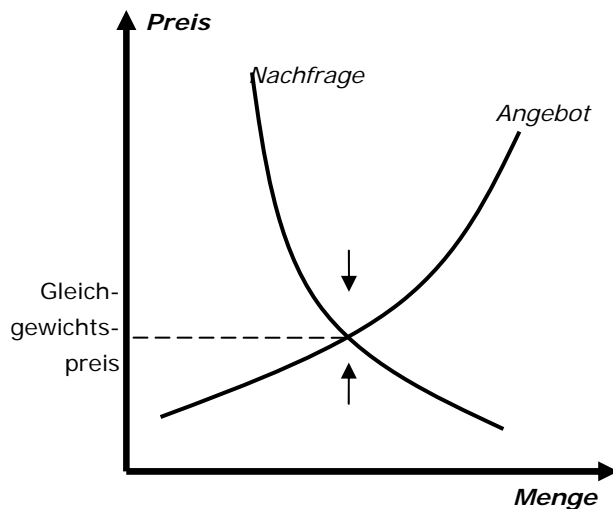
Wenn Speiseeis auf einmal deutlich teurer werden, also vielleicht 2€ je Kugel kosten würde, dann würde die Nachfrage deutlich zurückgehen, weil Eis eben ziemlich teuer geworden ist.



Nicht nur die Nachfrage, sondern auch das Angebot hängt vom Preis des Gutes ab. Bei einem höheren Preis ist das Angebot größer als bei einem niedrigeren Preis. Auch dieser Verlauf ist relativ einfach nachzuvollziehen. Bei einem höheren Preis kommen Anbieter auf den Markt, die bei einem niedrigeren Preis nicht anbieten würden, weil sie nicht so effizient sind und der niedrigere Preis ihre Kosten nicht decken würde. Bestehende Anbieter sind bei einem höheren Preis bereit, ihre Kapazitäten bis zum Anschlag hin auszulasten, auch wenn das höhere Kosten z.B. in Form höheren Verschleißes oder Überstundenzuschlägen verursacht.

Da sowohl das Angebot als auch die Nachfrage vom Preis abhängen, kann man beide Kurven in ein gemeinsames Diagramm einzeichnen.

¹ Von dieser Regel gibt es natürlich auch Ausnahmen. Ein Beispiel dafür sind sogenannte Snob-Güter, die in erster Linie nachgefragt werden, weil sie so teuer sind und man durch den Kauf dieses Gutes protzen kann. Würde der Preis dieser Güter sinken, würde auch die Nachfrage sinken, weil die Hauptmotivation der Nachfrage in der Exklusivität des Gutes besteht.



Ökonomen lieben dieses Diagramm, weil man diese relativ einfachen „Zutaten“ einen recht komplexen Mechanismus in Gang setzen.

Angebot und Nachfrage führen über den Preismechanismus zu einer Annäherung von Angebot und Nachfrage, die so lange dauert, bis Angebot und Nachfrage genau gleich hoch sind. Das ist dann der Fall, wenn die beiden Kurven sich schneiden.

Spielen wir diesen Mechanismus am Beispiel des Speiseeises durch.

Erster Fall: Der Preis ist zu hoch

Bei einem sehr hohen Preis, der oberhalb des Gleichgewichtspreises liegt, gibt es sehr viele Anbieter mit einer insgesamt sehr hohen Angebotsmenge. Der Preis ist so hoch, dass auch Anbieter, die nicht sonderlich gut (effizient) sind, ihr Eis anbieten. Das Problem ist nur, dass diesem enorm großen Angebot kaum Nachfrage gegenübersteht, weil das Eis so teuer ist.

Die Anbieter bekommen schnell mit, dass Sie mehr Eis verkaufen können, wenn sie mit dem Preis heruntergehen. Die ineffizienten Anbieter werden das nicht tun, weil sie dann ihre Kosten nicht mehr decken können. Sie werden gleich ganz vom Markt verschwinden. Der Preisdruck führt also sowohl zu einer steigenden Nachfrage wie einem sinkenden Angebot, so dass sich die Angebots- und die Nachfragemenge aufeinander zubewegen. Dieser Prozess hält so lange an, bis Angebot und Nachfrage gleich hoch sind. Das ist beim Gleichgewichtspreis, d.h. dem Preis, der beim Schnittpunkt der beiden Kurven vorliegt. Dann gibt es für die Anbieter keinen Anreiz mehr, die Preise abzusenken, da sie zum Gleichgewichtspreis ihr gesamtes Angebot verkaufen können.

Zweiter Fall: Der Preis ist zu niedrig

Bei einem sehr niedrigen Preis, der unterhalb des Gleichgewichtspreises liegt, ist es genau umgekehrt. Die Nachfrage ist extrem hoch, weil der Preis sehr niedrig ist. Zu diesem Preis gibt es aber nur ein sehr geringes Angebot, weil sich das Angebot aus Sicht der Unternehmen kaum lohnt. Die Schlangen vor den Eisdielen sind also sehr lang. Die Anbieter bekommen schnell mit, dass sie den Preis je Kugel etwas anheben können. Wenn Sie das tun, wird die Nachfrage ein wenig zurückgehen. Aber die Nachfrage war ja sowieso viel größer als das Angebot. Die Unternehmen haben also keinen Schaden aus dieser Preisanhebung, sondern höheren Umsatz und höhere Gewinne. Diese Preisanhebung lockt aber weitere Anbieter auf den Markt und motiviert die bisherigen Anbieter, ihre Kapazitäten ein wenig stärker auszulasten. Die Preisanhebung führt also sowohl zu einem Nachfragerückgang wie zu einer Angebotsausweitung. Die Angebots- und die Nachfragemenge bewegen sich auch hier aufeinander zu. So lange, bis sie, beim Gleichgewichtspreis, gleich hoch sind.

Wenn bei einem Preis oberhalb des Gleichgewichtspreises eine Preissenkung erfolgt und bei einem Preis unterhalb des Gleichgewichtspreises eine Preisanhebung, dann führt dies automatisch dazu, dass der Markt in ein Gleichgewicht kommt. Dieses Gleichgewicht ist auch *stabil*, d.h. wenn der Preis (warum auch immer) einmal vom Gleichgewichtspreis abweichen sollte, sorgen die Marktkräfte schnell dafür, dass das Gleichgewicht wieder hergestellt wird.

Ökonomen sind von diesem Modell und seinem Mechanismus fasziniert, weil man niemanden braucht, der die Produktion steuert und koordiniert. Man muss die Marktteilnehmer (Anbieter und Nachfrager) einfach nur machen lassen und der Markt wird sich selbst regeln.

Wir könnten den Eismarkt aber auch zentral planen. Eine Bundesspeiseeisagentur könnte festlegen, wie viel Eis in Deutschland konsumiert werden soll, welche Sorten in welchen Eisdielen angeboten werden sollen und – vor allem – was eine Kugel Eis kosten soll. Das *könnte* man tun, aber warum? Im besten Fall würde die Bundesspeiseeisagentur auf das gleiche Ergebnis wie der Markt kommen. Sehr wahrscheinlich wird das Ergebnis aber schlechter sein und zu viel Erdbeereis und zu wenig Schokoladeneis produziert worden sein. Die realsozialistischen Staaten des Ostblocks haben mit diesem Konzept historisch letztlich keine guten Ergebnisse erzielt. Man muss kein Anhänger einer bestimmten politischen Partei sein, um zu der Auffassung zu gelangen, dass man schon gute Gründe braucht, um auf die dezentrale Planung über Nachfrage und Angebot zu verzichten und stattdessen auf Planmodelle zu setzen.

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM ALS SPEERSPITZE DES SOZIALISMUS

Stellen Sie sich vor, Ihr Onkel vom Mars kommt zu Besuch. Sie haben ihn lange nicht gesehen. Eigentlich haben Sie ihn noch gar nicht gesehen. Sie erzählen ihm, was so in letzter Zeit geschehen ist. Zweiter Weltkrieg, Wirtschaftswunder, Mauerbau, Wiedervereinigung, Wolfsburg deutscher Meister 2009. So was. Jetzt sieht er das Lehrbuch von Simon (2008) auf Ihrem Schreibtisch liegen, in dem das deutsche Gesundheitssystem ziemlich detailliert beschrieben wird. Er liest das eben in zwei Sekunden durch (er kommt ja vom Mars) und stellt Ihnen dann folgende Frage: *„Ich verstehe das mit der Wiedervereinigung, aber warum haben sich die Westdeutschen das Gesundheitssystem der DDR aufschwätzen lassen?“* Das war nicht so. Das war umgekehrt. Aber: Für einen Außenstehenden sieht unser Gesundheitssystem wie Sozialismus pur aus. Fast alles ist staatlich geregelt und geplant. Von „Markt“ ist da nicht viel zu sehen.

Warum ist das so? Warum spielt der Markt in der gesamtwirtschaftlich größten Branche Deutschlands eine bestenfalls untergeordnete Rolle? Dafür muss es doch einen Grund geben.

MARKTUNVOLLKOMMENHEITEN AUF DEM GESUNDHEITSMARKT

Damit das oben beschriebene Marktmodell reibungslos funktioniert, müssen eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein. Sind diese Bedingungen erfüllt, spricht man von einem **vollkommenen Markt**. Es gibt vermutlich nur sehr wenige Märkte, die diese Bedingungen wirklich gut erfüllen.

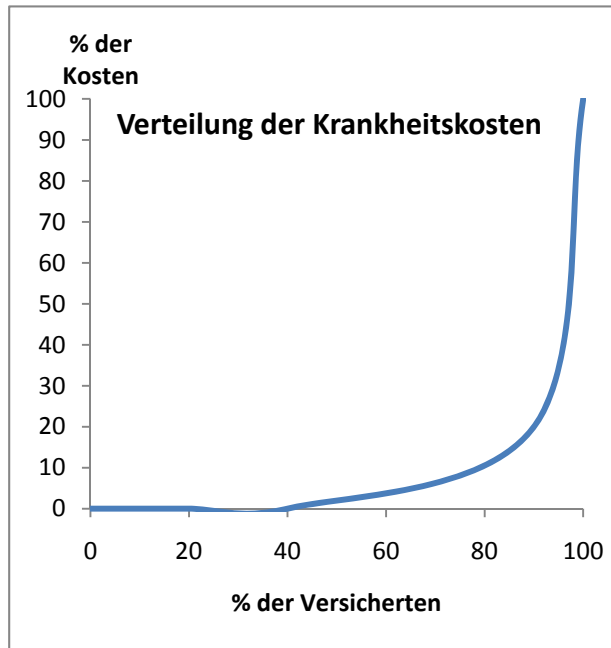
Der Markt für Gesundheitsgüter ist ein Markt, bei dem eine ganze Reihe dieser Annahmen ganz eindeutig *nicht* erfüllt sind. Eine der Annahmen, die in dem Modell steckt, ist **vollkommene Information**. Darunter versteht man, dass sowohl Anbieter als auch Nachfrager alles wissen, was für die Entscheidung, wie viel man anbieten oder nachfragen soll, wichtig ist. Auf dem Gesundheitsmarkt ist das nicht der Fall. Wenn Sie auf dem Zahnarztstuhl sitzen und Ihr Zahnarzt beginnt, von Gold-Inlays zu sprechen, sind Sie sich vielleicht nicht sicher, ob Gold-Inlays wirklich eine gute Sache sind und Sie all Ihre alten Amalgamfüllungen entfernen lassen sollen oder ob Ihr Zahnarzt eher an die nächste Rate für seinen Sportwagen denkt.

Eine solche **Informationsasymmetrie** wäre grundsätzlich lösbar. Vor der Entscheidung könnten Sie eine Zweitmeinung einholen (und hoffen, dass der andere Arzt keinen Sportwagen fährt) oder Sie könnten sich als **mündiger Patient** über das Internet schlau machen. Blöd, wenn Sie funktionaler Analphabet sind (knapp 10% der deutschen Bevölkerung²) aber wir könnten uns als Gesellschaft auf den Standpunkt stellen, dass das dann Ihr Bier ist. Beschwerden Sie sich dann

² O.V. (2011)

nicht, sondern lernen lesen! Ob „das ist dann Dein Bier“ Ihrem Menschenbild entspricht, ist eine andere Frage, aber zumindest könnte man versuchen, die Informationsasymmetrie zu beheben.

Der Gesundheitsmarkt ist aber von einer viel gravierenderen Unvollkommenheit befallen, die man schwerlich beheben kann. Wenn wir die Gesamtbevölkerung Deutschlands betrachten, sind die Leistungsausgaben in der GKV extrem ungleich verteilt³. **Etwa 80% der Kosten entfallen auf gut 10% der Bevölkerung.**



Quelle: Winkelhake et al. 2002

Die nebenstehende Abbildung ist eine sogenannte **Lorenzkurve**. Sie stammt ursprünglich aus der Messung der Konzentration der Einkommensverteilung.

Um diese Kurve zu konstruieren, sortiert man zuerst alle Versicherten nach ihren Krankheitskosten. In einem zweiten Schritt summiert man die Krankheitskosten aller Versicherten auf und hat dann die gesamten Krankheitskosten.

Als erstes betrachtet man das Prozent der Versicherten mit den geringsten Krankheitskosten. Man stellt dann fest, dass dieses Prozent 1% der Versicherten darstellt (super. Das wussten wir schon vorher) und ermittelt dann, wie hoch der Anteil dieses Prozents an den gesamten Krankheitskosten ist.

Das ist in diesem Fall 0%, denn das 1% der Versicherten mit den niedrigsten Krankheitskosten verursacht *gar keine* Kosten. Das ist neu. Das gilt auch nicht nur für das erste (das billigste) Prozent, sondern für 40% der Versicherten, weil etwa 40% der Versicherten überhaupt keine Kosten verursachen. Wenn wir nun den Anteil der Versicherten noch ein wenig größer wählen, z.B. 60%, dann können wir berechnen, wie groß der Anteil der billigsten 60% an den Gesamtkosten ist. Etwa 5%. Mit einer Handvoll solcher Punkte können wir dann eine Kurve zeichnen. Eben die Lorenzkurve.

An der Abbildung können Sie zum einen erkennen, dass „am linken Rand“ 40% gar keine Kosten verursachen. Das haben wir schon festgestellt. Noch spannender ist aber, dass die Kosten auf die restlichen 60% bei weitem nicht gleichmäßig verteilt sind, sondern dass es „am rechten Rand“ einen relativ kleinen Anteil der Versicherten gibt, der unglaublich hohe Kosten verursacht.

Diese Kosten sind so hoch, dass diese Versicherten nicht mehr in der Lage wären, ihre medizinische Versorgung selbst zu bezahlen. Da hülfe auch kein Sparen seit der frühesten Jugend. Bei einer reinen Marktlösung, bei der die Nachfrager die Anbieter direkt bezahlen, so wie der Brötchenkäufer den Bäcker bezahlt, wären diese Hochkostenversicherten relativ schnell tot.

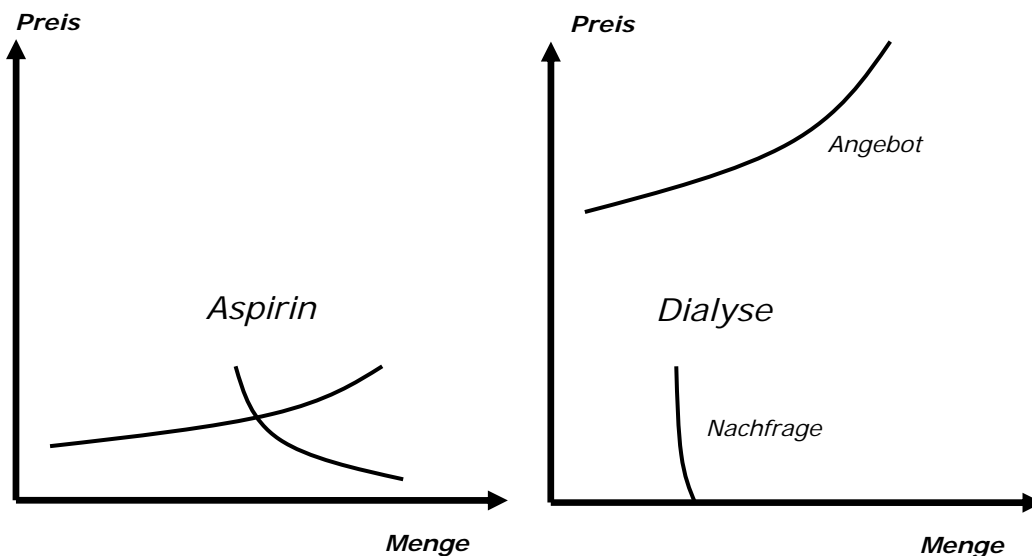
Wir können bei der Verteilung grob zwischen 10% Hochkostenpatienten und 90% Niedrigkostenpatienten unterscheiden. Ein Hochkostenpatient verursacht leicht Kosten, die um den Faktor 100 über denen eines Niedrigkostenpatienten liegen. Diese, um den Faktor 100 höheren Kosten entstehen typischerweise nicht, weil der Hochkostenpatient 100 mal so viele Leistungen in Anspruch nimmt wie der Niedrigkostenpatient, also 100 mal häufiger zum Blutdruckmessen o.ä. geht, sondern weil die Leistungen, die der Hochkostenpatient in Anspruch nimmt, ganz

³ Vgl. Winkelhake et al. (2002), GEK (2003)

andere sind und diese Leistungen extrem teuer sind. Ein Dialysepatient unterzieht sich etwa dreimal pro Woche einer Dialyse, also etwa 150 mal pro Jahr. Die jährlichen Kosten dafür summieren sich auf ca. 50.000€. Somit gehört ein Dialysepatient ganz eindeutig zu den Hochkostenpatienten. Der Grund, warum viele Versicherte nicht einmal ein hundertstel dieser Summe kosten ist nicht, weil sie *viel seltener* zur Dialyse gehen, sondern weil sie *gar nicht* zur Dialyse gehen.

Vor diesem Hintergrund könnten wir den Markt für Gesundheitsleistungen grob in zwei Marktsegmente aufteilen: Einem Markt für Hochkostenmedizin und einem für Niedrigkostenmedizin. Diese beiden Märkte seien im Folgenden an den Beispielen „Aspirin“ und „Dialyse“ erläutert.

Der Markt für Niedrigkostenmedizin wäre tatsächlich ein Markt, bei dem man in Erwägung ziehen könnte, Angebot und Nachfrage über das Marktergebnis entscheiden zu lassen. Das Volumen dieses Marktes ist allerdings nicht sehr groß. Erinnern wir uns: Die 10% Hochkostenpatienten verursachen 80% aller Kosten.



Der Markt für Aspirin könnte vermutlich im freien Spiel der Marktkräfte ganz gut funktionieren. Aspirin ist nicht sonderlich teuer. Aspirin ist auch selten wirklich dringend notwendig. Sollte der Preis sprunghaft auf 50€ je Tablette ansteigen, werden wir das erste Mal vermutlich unsere Kopfschmerzen ertragen und beim zweiten Mal am Abend vorher weniger trinken. Die Nachfrage würde also deutlich zurückgehen. Gleichzeitig ist Aspirin sehr billig herzustellen, wie jeder weiß, der in den USA schon einmal eine Tausenderpackung für eine Handvoll Dollar gekauft hat.⁴

Der Markt für Dialyse sieht anders aus. Ein einzelner Dialysetermin ist gar nicht exorbitant teuer. Er macht aber nur Sinn, wenn er regelmäßig erfolgt und über die Regelmäßigkeit summieren sich die Kosten auf erwähnte 50.000€. Wir haben es also mit einer Leistung zu tun, die jedes Jahr Kosten in Höhe von 50.000€ verursacht. Mit einem *Vorsteuereinkommen* von 50.000€ befindet man sich an der Schwelle zur Gruppe der Spitzenverdiener. Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung verdient deutlich weniger als 50.000€. Das bedeutet, dass dieser Teil selbst ohne Steuern, Ausgaben für Miete, Kleidung und Nahrung auch theoretisch nicht in der Lage wäre, die Dialyse zu bezahlen.

Nehmen wir einmal an, 1% der Bevölkerung könnte die 50.000€ jährlich finanzieren. Das sind bei 80 Mio. Einwohner 800.000 Personen. Die sind aber nicht alle dialysepflichtig. Wenn etwa jeder Tausendste Dialysepflichtig ist, wären das 800 Personen. Das wäre ein sehr kleiner Markt.

⁴ Bitte beim nächsten Flug an mich denken ;)

Nur: Bei einem so kleinen Markt würde die Dialyse nicht mehr 50.000€ kosten, sondern ein Vielfaches. Die 50.000€, die die Dialyse derzeit kostet, bestehen ja nicht nur aus laufenden Kosten. In diesen 50.000€ steckt ja ein erheblicher Anteil an Entwicklungskosten. Diese Entwicklungskosten müssten nun auf eine ganz kleine Gruppe umgelegt werden. Das würde Dialyse so stark verteuern, dass selbst unser eines Prozent der sehr Reichen dann finanziell überfordert wäre.

Angebots- und Nachfragekurve hätten bei einer reinen Marktlösung dann gar keinen Schnittpunkt, d.h. die Patienten, die die höchste Zahlungsbereitschaft (Zahlungsfähigkeit) hätten, würden immer noch zu wenig Geld bieten, um potentielle Anbieter zu einem Angebot zu bewegen. Der Markt für Dialyse würde ganz einfach überhaupt nicht zustande kommen, genauso wenig wie die meisten medizinischen Innovationen, die die Angewohnheit haben, ziemlich teuer zu sein.

Ein Aspirin-Gesundheitswesen könnten wir dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen, aber in einer solchen Welt wäre es keine gute Idee, einen Herzinfarkt zu erleiden oder an Diabetes zu erkranken, denn in solchen Szenarien macht es für die Unternehmen keinen Sinn, Güter anzubieten, die niemand bezahlen kann und es macht logischerweise auch keinen Sinn, Geld in die Entwicklung solcher Güter zu stecken.

Wenn wir es mit Gesundheitsleistungen zu tun haben, die so extrem teuer sind, dann müssen wir uns von der Marktidee „wer die Leistung bekommt, bezahlt sie auch“ verabschieden. Wir müssen also Behandlung und Bezahlung entkoppeln. Sonst wird es für diese Leistungen keinen Markt geben, bzw. es entsteht überhaupt erst gar kein Umfeld, in dem solche Leistungen entwickelt werden. Wenn es niemanden gibt, der Dialyse bezahlen kann, dann wird niemand Geräte entwickeln, die so etwas können. Diese Entkoppelung, d.h. dieser Verzicht auf die Marktkräfte macht Gesundheitssysteme so kompliziert. Letztlich ist diese Entkoppelung durch die Entwicklung der Sozialversicherungen aber der finanzielle Hauptgrund für den rasanten medizinischen Fortschritt seit Ende des 19. Jhr.

DAS FUNKTIONSPRINZIP EINER VERSICHERUNG

Man kann sich eine Versicherung als eine Art Geldsammelstelle vorstellen. Die Versicherten zahlen ihre Prämie und diejenigen unter den Versicherten, die einen „Schadensfall“ erleiden, bekommen Geld. So funktionieren Krankenversicherungen und Autoversicherungen.

Im Fall der Autoversicherung besteht der Schadensfall darin, dass man einen Unfall verursacht, im Fall der Krankenversicherung darin, dass man erkrankt und die Behandlung Kosten verursacht.

Eine Versicherung kann bei der Häufigkeit und der Höhe von Schadensfällen auf Erfahrungswerte zurückgreifen. Hierzu ein **fiktives Beispiel einer Autoversicherung**.

	A	B	C	D	E
1	Schadensfälle im letzten Jahr				
2		A	B	C	Summe
3	Zahl der Personen	95	3	2	100
4	Höhe des jeweiligen Schadens	-	2.000	15.000	
5	Summe	-	6.000	30.000	36.000
6	Durchschnitt				360

Die Versicherung weiß, dass im letzten Jahr von 100 Autofahrern 95 keinen Unfall (und damit keine Kosten) verursacht haben. Drei Autofahrer hatten einen leichten, zwei einen schwereren Unfall. Insgesamt sind 36.000 € Kosten angefallen, also im Durchschnitt 360€ je Versicherten. Diese 360€ kann die Versicherung als Ausgangspunkt für die Prämienkalkulation im nächsten Jahr verwenden.

Auch hier haben wir es mit einer sehr ungleichen Verteilung der Kosten zu tun. 95% der Versicherten zahlen brav ihre Prämie, erhalten aber keine Zahlungen von der Versicherung. Das „muss“ auch so sein. Wenn es anders wäre, würde Versicherung nicht funktionieren. Das können wir uns an zwei alternativen Beispielen vorstellen.

Szenario 1: Autofahren ist extrem schwierig

	A	B	C	D	E
8	Autofahren ist schwierig				
9		A	B	C	Summe
10	Zahl der Personen	95	3	2	100
11	Höhe des jeweiligen Schadens	15.000	20.000	50.000	
12	Summe	1.425.000	60.000	100.000	1.585.000
13	Durchschnitt				15.850

Autofahren ist so schwierig, dass jeder Versicherte mindestens einen veritablen Vollschaden pro Jahr hinlegt. Ein paar Versicherte verursachen noch höhere Kosten. Jeder Versicherte verursacht in dieser Rechnung 15.850€ im Durchschnitt. Bei dieser Schadensverteilung bekäme zwar jeder Geld von der Versicherung, wenn es eine gäbe. Aber: diese Versicherung würde es gar nicht geben, weil sich niemand leisten könnte, Auto zu fahren, weil es eben so schwierig ist und zu häufig zu teuren Unfällen kommt.

Szenario 2: Autofahren ist idiotensicher

Stellen wir uns im Gegenzug vor, dass **Autofahren idiotensicher** wäre. Alle Autofahrer haben irgendwann mal einen Kratzer im Lack. Ein paar haben auch zwei oder drei Kratzer, aber das war es dann auch.

15	Autofahren ist idiotensicher				
16		A	B	C	Summe
17	Zahl der Personen	95	3	2	100
18	Höhe des jeweiligen Schadens	5	10	15	
19	Summe	475	30	30	535
20	Durchschnitt				5,35

In diesem Fall würde ebenfalls jeder Versicherte Geld von der Versicherung erhalten. Aber niemand würde eine Versicherung abschließen, da er den Schaden von maximal 15€ auch problemlos aus eigener Tasche zahlen kann.

Halten wir also fest: Versicherungen machen nur dann Sinn, wenn es sehr ungleiche Schadensverteilungen gibt, d.h. dass nur wenige Versicherte teuer sind und die meisten Versicherten keine oder nur geringe Kosten verursachen. Das ist genau die Konstellation, die wir bei der Verteilung der Krankheitskosten in Deutschland beobachtet haben.

DIE ENTSTEHUNG DER (KRANKEN)VERSICHERUNGEN

Versicherungen haben sich erst relativ spät entwickelt. Dafür gibt es zwei Hauptgründe: einen *mathematischen* und einen *gesellschaftlich/religiösen*.

Hinter der Rechnung, die wir im Autoversicherungsbeispiel gemacht haben, steckt die Wahrscheinlichkeitsrechnung, auch **Stochastik** genannt. Das ist ein Teilgebiet der Mathematik, das sich erst im **17. Jahrhundert** entwickelt hat.

Wie haben wir die Prämie kalkuliert? Wir haben Durchschnittswerte aus der Vergangenheit gebildet und diese Durchschnittswerte als **Erwartungswert** für das kommende Jahr verwendet. Die **Wahrscheinlichkeitsrechnung**, die dahinter steckt, ist erstaunlich jung. Noch in der

älteren Neuzeit hat man nicht in solchen Wahrscheinlichkeiten gedacht. Die Ursache dafür ist der ange deutete gesellschaftlich/religiöse Grund.

Was hat „Religion“ damit zu tun?

Wenn Sie und ich Autofahrer sind und wir unterstellen, dass Sie und ich eine Unfallwahrscheinlichkeit von 5% haben, dann bedeutet das doch, dass der Eintritt oder Nichteintritt des Unfalls Zufall ist. Wenn wir einen Unfall bauen, haben wir eben Pech gehabt. Es hätte auch gut gehen können. Wenn Sie aber in einer sehr stark religiös orientierten Gesellschaft leben, dann denken Sie nicht so. Wenn Sie einen Unfall haben, dann war es Gottes Wille, dass das passiert. Vielleicht rätseln Sie, ob Gott Ihnen mit diesem Unfall etwas sagen wollte. Vielleicht denken Sie aber auch, dass Gott gar keinen Grund braucht, um Ihnen einen Unfall zu schicken, weil er das eben so machen kann, wenn es ihm passt und Sie nicht in der Position sind, das zu kritisieren. Vielleicht will er Sie auch prüfen. Wer weiß. In jedem Fall hat Gott das so gewollt oder zumindest so zugelassen.

Wenn Sie jetzt mit Ideen wie „Zufall“ oder „Versicherung“ ankommen, dann passt das überhaupt nicht in das **religiöse Weltbild**. Entweder behaupten Sie, das Gott für die Frage, ob Sie einen Unfall erleiden oder nicht, gar keine Rolle spielt, dann könnte es auf dem Scheiterhaufen etwas warm für Sie werden oder (noch schlimmer) Sie gehen zwar davon aus, dass Gott ursächlich für den Unfall verantwortlich ist, drehen ihm aber eine Nase, indem Sie einen Mechanismus konstruieren, der die Strafe/Prüfung/... die Gott Ihnen senden will, in Luft auflöst, weil die Versicherung ja zahlt. Auch mit dieser Einstellung wird es auf dem Scheiterhaufen unangenehm.

Es ist daher nicht überraschend, dass sich Versicherungen erst in der Moderne entwickelt haben. Zum einen ist die Mathematik immer ausgefeilter geworden, zum anderen sind die Gesellschaften nicht mehr religiös dominiert.⁵

Die **Geschichte der deutschen Krankenversicherung** beginnt in der **Bismarckzeit**. Im Krankenversicherungsgesetz von **1883** wurde erstmals eine allgemeine Versicherungspflicht für Arbeiter eingeführt. Dieses Gesetz ist der Startpunkt dessen, was wir heute als Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kennen. Der Auslöser für diese Gründung bestand in der Angst des deutschen Kaiserreichs vor der **Radikalisierung der Arbeiterschaft durch die Sozialdemokraten**, die sich damals als revolutionär verstanden und mit der heutigen SPD relativ wenig gemein haben. Die Krankenversicherung hatte die Funktion, die soziale Lage der Arbeiterschaft zu verbessern und so der Sozialdemokratie den Nährboden der Unzufriedenheit des Proletariats mit dem Kaiserreich zu entziehen. Es gab zwar auch schon vorher **Hilfskassen**, in denen aber nur eine Minderheit versichert war. In der Frühphase der GKV bestand die **Hauptaufgabe** der GKV nicht in der Finanzierung der medizinischen Versorgung, sondern in der Zahlung von **Krankengeld**, d.h. der finanziellen Absicherung der Familie eines kranken Arbeiters. Diese Funktion der GKV ist immer stärker in den Hintergrund gerückt, bzw. die medizinische Versorgung immer dominanter geworden. Der Grund für die relativ geringen Anteile der medizinischen Versorgung an den Leistungen bestand zum großen Teil an den damals noch ziemlich beschränkten medizinischen Möglichkeiten.

Die GKV war ausschließlich als ein Instrument zur **Befriedung der Arbeiterschaft** gedacht. Für die anderen Bevölkerungsteile gab es keine Versicherungspflicht, weil man davon ausging, dass diese Bevölkerungsteile finanzkräftig und mündig genug seien, um für den Krankheitsfall selbst vorzusorgen. Das ist ja eine denkbare Möglichkeit, wenn es nur „Aspirinmedizin“ gibt. Mit dieser Teilung in „Mündige“ und „Unmündige“ ist die Entstehung des **dualen Krankenversicherungssystems mit der Rivalität von GKV und PKV vorgezeichnet**.

⁵ Eine interessante Gegenbewegung sind Versuche, Finanzprodukte nach strengen islamischen Regeln zu konzipieren. Das ist insofern schwierig, als dass es im Islam (wie im mittelalterlichen Christentum) ein Zinsverbot gibt.

Der medizinische Fortschritt und die damit verbundenen Kostensteigerungen in den kommenden Jahrzehnten führte nun aber dazu, dass auch Bevölkerungsschichten, die ursprünglich gar nicht im Fokus der Gesetzgebung standen, nicht mehr in der Lage waren, die medizinische Versorgung selbst zu finanzieren, weil das Therapiespektrum inzwischen über die Aspirinmedizin hinausging. Daher wurde die Versicherungspflicht Schritt für Schritt ausgeweitet und private Krankenversicherer kamen als Alternativangebot auf den Markt.

ALTERNATIVE ORGANISATIONSFORMEN

Unser Gesundheitssystem ist also zu einem großen Teil der (bisherige) Endpunkt einer historischen Entwicklung. Solche Entwicklungen können zwar in sich selbst stringent sein (d.h. der zweite Schritt steht meist nicht in völligem Widerspruch zum ersten), aber solche Entwicklungen sind selten zwangsläufig. Es hätte auch anders kommen können. Bismarck hätte höher pokern können, die Sozialdemokraten hätten vielleicht keine Revolution angestoßen und heute sähe unser System anders aus. Oder Bismarck wäre schon klar gewesen, dass das Krankengeld in naher Zukunft nicht mehr *die* Rolle spielen würde und dass auch die Mittelschicht eine Nachfrage nach Versicherung entwickeln würde. Dann gäb es vielleicht keine PKV. Hätte, wäre, könnte.

Fakt ist aber, dass die historische Entwicklung in anderen Ländern anders gelaufen ist.

Großbritannien z.B. hat sein Gesundheitssystem im Wesentlichen erst nach dem zweiten Weltkrieg konzipiert. Das deutsche System war zwar eine Inspiration, aber man meinte, einige Dinge besser machen zu können und hat sich dafür entschieden, das System komplett über **Steuerfinanzierung** laufen zu lassen. Nach einer der Hauptprotagonisten dieses Konzepts werden solche Systeme auch **Beveridgesysteme** genannt.

Das **deutsche System** ist ein Versicherungssystem, aber kein *freiwilliges* Versicherungssystem, weil es eine Versicherungspflicht gibt. Derzeit gibt es auch einen einheitlichen Beitragssatz. Daher verwundert es nicht, dass die Bevölkerung die Beiträge für die Krankenversicherung (so wie die Rentenversicherung) die zwar formal als „**Sozialversicherungsbeiträge**“ bezeichnet werden, **faktisch wie eine Steuer** wahrnehmen. Auch hier gibt es einen Namenspatron. Systeme, die nach dem deutschen Muster gestrickt sind, werden **Bismarcksysteme** genannt.

Wenn aber die GKV-Beiträge eigentlich eine Steuer sind (wenn auch eine mit recht bizarren Regeln), dann könnte jetzt eigentlich doch Deutschland bei den Briten klauen. Man könnte die GKV-Beiträge abschaffen (die ganzen Kassen nebenbei auch) und dafür die Steuern anheben. Könnte man. Aber das finden diejenigen nicht gut, die bei dieser Umstellung mehr zusätzliche Steuern zahlen würden als sie derzeit Beiträge zahlen und das finden natürlich auch die privaten Krankenversicherer nicht gut, weil es sie dann nicht mehr geben würde. Insofern ist es vielleicht nicht so verwunderlich, dass die Politik auf dem bisher eingeschlagenen Weg weiterstapft, statt einen großen Schnitt zu machen.

Die **USA** sind ein Beispiel für eine Entwicklung in die genau andere Richtung. Während Großbritannien, vom Blickwinkel des deutschen Systems her, noch stärker in Richtung „staatliche Planung“ gesteuert hat, ist das US-System extrem **dezentral und marktorientiert** organisiert. Unsere Vorüberlegungen lassen uns zweifeln, dass der Markt hier gut funktioniert und tatsächlich haben etwa 20% der Bevölkerung überhaupt keine Krankenversicherung (Grinols 2009). Wenn Sie die Bemühungen der Obama-Regierung verfolgt haben, im Gesundheitsbereich eine Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung einzuführen und auf welch erbitterten Widerstand das gestoßen ist, könnten Sie zu der Überzeugung gelangt sein, dass die US-Amerikaner völlig verrückt sind. Ein Großteil der Bevölkerung *will es einfach nicht*. Unser oben erwähnter Onkel vom Mars müsste gar nicht vom Mars kommen. Er könnte auch Bob heißen und aus Kansas City kommen. Es gibt dort ziemlich viele Bobs, die *unser System* für völlig verrückt halten. Der Grund ist, dass ein solches System (egal ob Sie das deutsche oder britische betrachten) stark zentralisiert und reglementiert sein muss. Wenn „Zentralisierung“ und „Regierung“ aber sowieso ein rotes Tuch für Sie sind, dann ist die Einführung eines staatlichen Gesundheitssystems purer

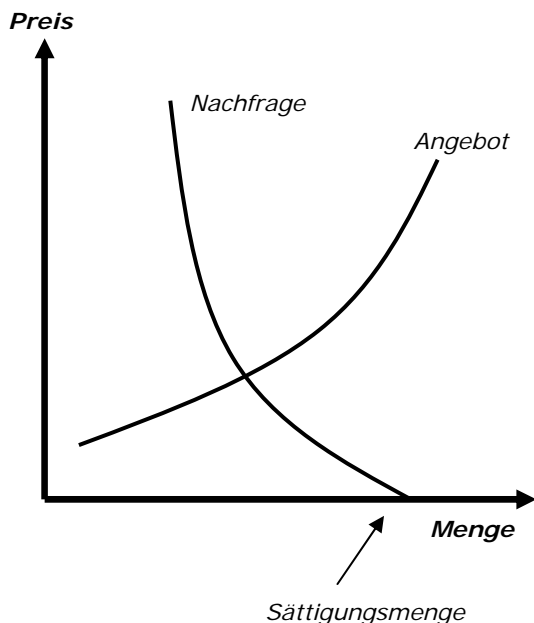
Kommunismus. „Staatlich“ ist schlecht, weil „staatlich=Bevormundung“ und bevormundet werden wollen Sie als letztes. Lieber tot als rot. Auch wenn Ihnen das aus einer deutsch/europäischen Sicht etwas schräg erscheinen mag und Sie lieber nicht auf ein Gesundheitssystem nach US-Zuschnitt angewiesen sein wollen, muss nicht alles an einem marktorientierten System schlecht sein. Einer der großen Vorteile des relativ schwach reglementierten US-Systems ist die sehr hohe Innovationsrate bei der Konstruktion von Versicherungs- und Versorgungsstrukturen. Da es keine Klein-Klein-Gesetzgebung ist, kann man neue Geschäftsmodelle viel einfacher ausprobieren. Bei Erfolg weiterentwickeln, bei Misserfolg einfach beerdigen. Aus diesem Grund spielen Entwicklungen in den USA, trotz der schlechten Performance des US-Systems, auch in der deutschen Gesundheitspolitik eine Rolle.

MORAL HAZARD

Ein Grund, warum Ökonomen so große Stücke auf den Marktmechanismus halten ist, dass der **Preis eine starke Disziplinierungsfunktion** hat. Als Nachfrager überlegen Sie sich sehr gut, ob und wie viel Sie nachfragen, denn das Gut kostet *Ihr* Geld. Wenn Sie wissen, dass Sie nach zwei Kugeln Eis eigentlich genug Eis gegessen haben, werden Sie auch nur zwei Kugeln Eis kaufen und nicht zehn, weil Sie die zehn Kugeln ja auch bezahlen müssen und schon vorher wissen, dass Sie den größten Teil wegwerfen werden.

Wir haben für Gesundheitsgüter gerade festgestellt, dass der Marktmechanismus versagen wird und wir eine andere Lösung brauchen. Der Löwenanteil der Kosten entfällt auf einen relativ kleinen Anteil der Bevölkerung, die die Leistungen nicht aus eigener Tasche bezahlen könnten.

Egal, ob wir über Steuerfinanzierung oder über Versicherungen nachdenken: In beiden Fällen setzen wir den Marktmechanismus außer Kraft. Der Deutsche zahlt seinen Kassenbeitrag, der Brite seine Steuern. Das war es. **Aus Sicht des Patienten haben die medizinischen Leistungen einen Preis von Null.**



Aus Sicht des Ökonomens ist das eine Katastrophe.

Schauen wir uns einen „normalen“ Markt an. Wenn der Preis auf null sinkt (warum auch immer), wird es zu einer sehr starken Nachfrageausdehnung kommen, weil das Gut nichts kostet. Die Nachfragemenge bei einem Preis von Null wird **Sättigungsmenge** genannt.

Bleiben wir bei dem Eis-Beispiel. Was würde passieren, wenn Eis auf einmal nichts mehr kosten würde? Sehr wahrscheinlich würden Sie deutlich mehr Eis nachfragen als bisher. Sie würden mehr Eis essen und Sie würden mehr Eis wegwerfen.

Wenn die Produktion von Eis nichts kosten würde, wäre das auch kein Problem, aber wenn das nicht so wäre und wir aus sozialpolitischen Gründen die Produktion von Eis komplett steuerfinanzieren würden, würden die Kosten für die Eisproduktion stark ansteigen. Alle würden jammern, dass sie so hohe Eis-Steuern zahlen müssten, gleichzeitig aber Unmengen an Eis nachfragen und wegwerfen.

Eine solche Verhaltensänderung, die durch die Existenz einer Versicherung (oder eines sozialen Sicherungssystems) hervorgerufen wird, nennt man **Moral Hazard**⁶. Dieser Mechanismus ist einer der Gründe, warum die Gesundheitssysteme so teuer sind.

Nun ist der Konsumcharakter der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen begrenzt. Kaum jemand wird laufend zum Arzt gehen, weil er so gerne Blut abgenommen bekommt oder vier- statt dreimal die Woche zur Dialyse gehen, weil die Zeitschriften, die dort ausliegen, so spannend sind, aber das einfache Marktmodell gibt uns begründeten Anlass zu der Vermutung, dass Versicherte mehr Leistungen in Anspruch nehmen als sie das tun würden, wenn sie die Leistungen komplett selbst bezahlen könnten und müssten.

Zum Problem, dass der Kunde bei seiner Nachfrage durch den fehlenden Preis enthemmt wird, kommt im Gesundheitssystem auch noch ein Problem auf der Anbieterseite hinzu.

ANGEBOTSINDUZIERTER NACHFRAGE

Sie kennen die folgende Situation von der Fleischtheke im Supermarkt: Sie wollen 200g. Wurst kaufen. Die Fleischerfachverkäuferin (so die korrekte Amtsbezeichnung) piekst mit ihrer Gabel in den Stapel mit Wurstscheiben und legt die Scheiben auf die Waage. *„Das sind jetzt 250gr. Darf's ein wenig mehr sein?“* Ich kann mir nicht vorstellen, dass man jeden Tag viele Scheiben Wurst verkauft, aber trotzdem jedes Mal noch zwei Scheiben Wurst zu viel auf die Waage legt. Was macht die Verkäuferin? Sie versucht, Ihnen mehr Wurst zu verkaufen, als Sie eigentlich haben wollen. Gegen die These *„Der Kunde will ja nur ungefähr 200g. Wurst haben und jetzt sind es eben zufälligerweise ein paar Gramm mehr“* spricht der Umstand, dass die Verkäuferin bei einem Gewicht von 190g. nicht *„Darf's auch ein bisschen weniger sein?“* fragt, sondern noch zwei Scheiben Wurst mehr auf die Waage legt und dann jedesmal völlig überrascht ist, dass diese beiden Scheiben dann mehr als die fehlenden 10g. wiegen.

Das ist ein abgekartetes Spiel. Die Verkäuferin spekuliert darauf, dass Sie sich zu Hause einfach eine Scheibe mehr Wurst aufs Brot legen, weil ja genug da ist. Sie will den Umsatz steigern, denn mehr Umsatz bedeutet ja im Regelfall auch mehr Gewinn. Diese Strategie wird als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet, weil die Nachfrage eben vom Anbieter selbst angestoßen (induziert) wird.

An der Fleischtheke ist dieses Phänomen nicht sehr gravierend. Sie gehen mit ein wenig mehr Wurst nach Hause als Sie eigentlich wollten, essen dann vielleicht ein wenig mehr Wurst, bezahlen die Wurst aber auch selbst. Wenn die Verkäuferin immer 50% zu viel auf die Waage legt, werden Sie dort irgendwann nicht mehr kaufen. Die Verkäuferin weiß also, dass sie es nicht übertreiben darf.

Im Gesundheitssystem ist der Fall verzwickter. Die Wurst zahlen Sie selbst. Den Arzt nicht. Der Arzt bestellt Sie zum Blutdruckmessen in einer Woche noch einmal ein oder schaut sich Ihre Organe alle halbe Jahre auf dem Ultraschall an. Das kostet Sie bestenfalls eine symbolische Praxisgebühr. Als Patient sind Sie also völlig entspannt und denken sich: *„Der Arzt wird schon wissen, wie häufig und intensiv er mich untersuchen und behandeln muss“*.

Aus Sicht des Arztes vermischen sich zwei Motive, die auch für den Arzt selbst, schwer auseinanderzuhalten sind:

1. Wenn ich nach den medizinischen Leistungen, die ich erbringe, bezahlt werde, bringen mir mehr Leistungen mehr Umsatz. Also verdiene ich mehr Geld, wenn ich meine Patienten häufiger wiedereinbestelle. Mehr Geld verdienen ist gut.
2. Meine Patienten profitieren davon, wenn ich sie intensiver versorge. Also ist eine häufigere Wiedereinbestellung der Patienten etwas, was für die Patienten gut ist. Eine gute Versorgung ist gut.

⁶ Im Deutschen auch „moralisches Risiko“. Diese Bezeichnung ist aber eher ungebräuchlich.

Wir müssen dem Arzt also gar nicht unterstellen, dass er ein skrupelloser Abkassierer ist, der weiß, dass seine Behandlung nur Geldschinderei ist. Diese Ärzte gibt es natürlich. Wir müssen aber nicht unterstellen, dass alle Ärzte (oder auch nur ein Großteil der Ärzte) so denken. Es reicht schon aus, dass die Ärzte sich um das gesundheitliche Wohlergehen ihrer Patienten kümmern und eine möglichst gute Versorgung anstreben.

Wollen wir das denn nicht? Wollen wir etwa keine bestmögliche Versorgung?

Kurz gesagt: Nein. Wollen wir nicht.

OPPORTUNITÄTSKOSTEN

Gedankenexperiment: Der Wundertrank

Stellen Sie sich folgende Situation vor: In meinem Labor im Keller habe ich einen Wundertrank entwickelt. Dieser Wundertrank verlängert Ihre Lebenserwartung um ein Jahr, wenn Sie ihn nur ein einziges Mal einnehmen. Das dumme ist: Es ist sehr aufwändig, ihn herzustellen. Ich bin ein guter Mensch und will mit meiner Entwicklung kein Geld machen, aber der Preis liegt trotzdem noch bei 2.000.000€.

Wie es der Zufall (ich) so will, ist gerade ein entfernter Verwandter gestorben, der Ihnen 2.000.000€ vererbt. Was machen Sie jetzt? Das Geld ist da.

Sie wägen jetzt das eine Jahr Lebensgewinn ab, gegenüber dem, was Sie mit diesen Millionen noch tun könnten. Sie müssen nicht einmal ganz bescheiden leben, um mit diesem Geld in Ihrem Leben nie (wieder) arbeiten zu müssen. Sie können auch vielen andere Dinge mit diesem Geld tun. Oder Sie können beim mir im Keller einen Schluck nehmen und ein Jahr länger leben.

Ich vermute, ich habe die Zahlen so extrem gewählt, dass ich allein in meinem Keller sitzen bleibe und Sie das Geld lieber für Ihren sehr weit nach vorn gezogenen Vorruhestand oder ähnliches ausgeben und auf das Extra-Lebensjahr pfeifen.

Was wir gerade durchgespielt haben, war das Denken in **Opportunitätskosten**. In der Ökonomie ist das ein ganz wichtiger Begriff. Weil wir nicht unendlich viel Geld oder Ressourcen haben, bedeutet die Entscheidung *für* etwas gleichzeitig immer eine Entscheidung *gegen* etwas anderes. Wenn wir das Geld für den Wundertrank ausgeben, verzichten wir auf viel Freizeit, Urlaub etc. die wir uns alternativ mit diesem Geld kaufen könnten.

In dieser Abwägung, wie wir unser Geld am besten ausgeben, kommen wir irgendwann an einen Punkt, an dem wir in Kauf nehmen, früher zu sterben oder weniger gesund zu sein, als wir könnten, weil der Preis, den wir dafür zahlen müssten, zu hoch ist. Wir denken also letztlich in einer Art Preis-Leistungs-Verhältnis. Wenn das nicht stimmt, geben wir unser Geld lieber für etwas anderes aus.

VERTEILUNG, GERECHTIGKEIT UND MORALISCHE DILEMMATA

Moment mal. „Wir“ geben unser Geld ja aber gar nicht für Gesundheit aus, weil nicht „wir“, sondern „unsere Kasse“ das Geld ausgibt. Wir sind ja krankenversichert. Das macht die Sache ja noch komplizierter. Bei den 2 Mio. die mein Wundertrank kosten soll, müssen Sie zwar auf das Lebensjahr verzichten, haben aber im Austausch ganz viel Geld zur Verfügung. Es geht ausschließlich um Sie und wie *Sie* Ihr Geld für Ihre eigenen Zwecke ausgeben wollen.

Wenn es aber gar nicht notwendigerweise um Sie geht, weil Sie krankenversichert sind und nicht wissen, ob Sie für die Beiträge, die Sie zahlen, jemals medizinische Leistungen in gleichem Umfang erhalten werden, wird die Sache komplizierter.

Ich möchte dieses Problem an einer fiktiven Modellrechnung mit drei verschiedenen Szenarien verdeutlichen. Dazu möchte ich in Anlehnung an Winkelhake et al. (2002) zwischen drei Gruppen unterscheiden: Den Gesunden, die keine Kosten verursachen, einer mittleren Gruppe, die mäßige Kosten verursachen und einer kleinen Gruppe, die extrem hohe Kosten verursacht.

Diese drei Gruppen wollen wir in drei Szenarien betrachten: Einer Minimalversorgung, die sehr karg und billig ist, einer Normalversorgung (deren Werte ich an die deutschen Zahlen angelehnt habe) und einer Maximalversorgung, die alles beinhaltet, was man sich so vorstellen kann.

Da wir nicht im Schlaraffenland leben, müssen die Kosten der Versorgung letztlich von den Versicherten selbst bezahlt werden. Nur eben nicht direkt aus der eigenen Tasche, sondern über eine dazwischengeschaltete Krankenkasse. **Mittelkranke**

Gesunde

Schwerkranke

23	A	B	C	Summe
24 Zahl der Personen	40	50	10	100
25 Pro Kopf Kosten				
26 bei Minimalversorgung	-	1.500	7.500	
27 bei Normalversorgung	-	2.000	15.000	
28 bei Maximalversorgung	500	4.000	50.000	
29 Gesamtausgaben				
30 bei Minimalversorgung	-	75.000	75.000	150.000
31 bei Normalversorgung	-	100.000	150.000	250.000
32 bei Maximalversorgung	20.000	200.000	500.000	720.000
33 Versicherungsprämie				
34 bei Minimalversorgung				1.500
35 bei Normalversorgung				2.500
36 bei Maximalversorgung				7.200
37 Lebenserwartung				
38 bei Minimalversorgung	80,0	60,0	40,0	66,0
39 bei Normalversorgung	80,0	78,0	75,0	78,5
40 bei Maximalversorgung	80,0	80,0	80,0	80,0

Der heikelste Teil der Tabelle ist der Block, der mit „Lebenserwartung“ überschrieben ist. Die Werte, die ich dort eingesetzt habe, sind frei erfunden. Die Botschaft ist aber realistisch: Wenn wir mehr Geld in das Gesundheitssystem pumpen, leben wir länger.

Für die Gruppen B und C ist die Normalversorgung im Vergleich zur Minimalversorgung ein ziemlich gutes Geschäft. Für eine um 1.000€ pro Jahr höhere Prämie steigt die Lebenserwartung um 18 bzw. 35 Jahre. Diesen Preis wären die Versicherten vermutlich bereit, zu zahlen.

Beim Vergleich der Normal- mit der Maximalversorgung sieht es schon anders aus. Die Gruppe B gewinnt 2 Jahre an Lebenserwartung für die pro Jahr 4.700€ mehr Prämie gezahlt werden müssen, die Gruppe C 5 Jahre.

Ich glaube, ich habe die Zahlen so gewählt, dass Sie mir zustimmen werden, dass eine Mehrheit der Bevölkerung für die Normalversorgung auf mittlerem Niveau stimmen würde. Die Gesunden hätten am liebsten die Minimalversorgung, aber die Gesunden haben nur einen Stimmenanteil von 40%. Für die Maximalversorgung würden (wenn überhaupt) wohl nur die 10% Hochkostenpatienten stimmen.

Wir haben bei einer solchen Abstimmung aber ein Problem: Alle Versicherten haben eine ganz gute Vorstellung davon, zu welcher der drei Gruppen sie gehören. Die spannende Frage ist aber, ob das so bleiben wird. Denn eine solche Entscheidung würde man ja nicht jedes Jahr neu fällen. Unter den Hochkostenpatienten in der Gruppe C gibt es einen hohen Anteil von Personen, denen klar ist, dass sie dauerhaft in dieser Gruppe bleiben werden. Aber andersherum wissen Sie nicht, wenn Sie heute zur Gruppe A der Gesunden gehören, ob das auch morgen noch so sein wird.

Wenn Sie als Gesunder also die Minimalversorgung bevorzugen, dann wird das das aus Ihrer Sicht ein guter Griff gewesen, wenn Sie in Ihrem Leben nie ernsthaft krank werden und mit 90 gesund in die Grube fahren. Wenn Sie als heute Gesunder aber morgen dauerhaft schwer und teuer erkranken, werden Sie aber bei der Minimalvariante nicht mehr lange leben. Insofern spielt nicht nur Ihr Gesundheitszustand eine Rolle, sondern auch ihre Risikobereitschaft.

Es könnte sein, dass Sie es vorziehen, mit dem Risiko, einmal zu den 10% zu gehören, zu leben und viel Geld für andere Dinge ausgeben wollen. Es kann aber sein, dass das genau umgekehrt ist. Das bedeutet, dass ein Teil der Gesunden für die Minimalversorgung stimmen wird, ein anderer für eine umfangreichere Versorgung.

In jedem Fall wird es in unserer Modellrechnung eine Mehrheit für einen der drei Leistungskataloge geben. So wie ich die Zahlen gewählt habe, wird dies wohl die Normalversorgung sein.

Die ethische Frage, vor der wir jetzt stehen ist, ob die Majorität der Versicherten einer Minderheit zumuten darf, früher zu sterben, damit alle weniger Prämien zahlen müssen. Das klingt spontan für Sie vermutlich nach „das geht ja unter keinen Umständen“.

Doch. Das geht.

Schauen wir uns das Problem von der anderen Seite an: Eine kleine Minderheit mutet der Mehrheit zu, viel Geld zu zahlen, damit diese Minderheit ein wenig länger leben kann.

Gedankenexperiment: schlimme, tödliche Krankheit

Stellen Sie sich vor, ich leide an einer schlimmen, tödlichen Krankheit an der ich, wenn ich nicht behandelt werde, in wenigen Tagen sterben werde. Es gibt aber eine Behandlung, die mich retten kann. Die kostet aber sehr viel Geld. Eine Milliarde Euro.

Würden Sie sagen, dass ich das Recht hätte, von Ihnen allen eine finanzielle Solidarität einzufordern, die eine Milliarde umfasst?

Nebenbei bemerkt: Hinter mir stehen noch ein paar Leute mit einem ähnlichen Anliegen. Wenn Sie mir die Kohle zubilligen können Sie den anderen schlecht „Nein“ sagen.

Falls Sie noch zögern, drehen Sie einfach an meiner Lebenserwartung. Ich werde ja gar nicht gerettet und bin dann unsterblich, sondern ich sterbe ein wenig später. Auch bei dieser Variante gelangen Sie irgendwann an den Punkt, an dem Sie „tut mir leid“ sagen.

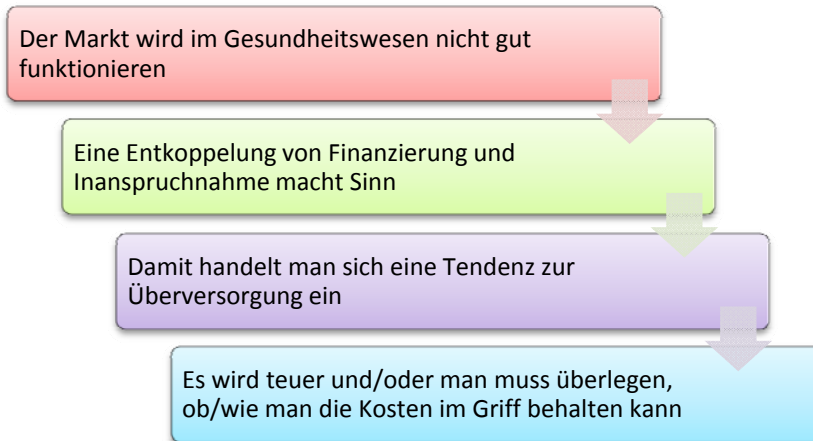
Was ich gemacht habe, ist, ein moralisches Dilemma zu konstruieren. So bezeichnet man Situationen, für die es eigentlich nur schlechte Lösungen gibt. Wenn die Rettung meines Lebens 12,50€ kostet, aber Sie Ihre Geldbörse nicht aufmachen wollen, dann sind Sie ein schlechter Mensch. Wenn es aber eine Milliarde kostet, damit ich statt morgen erst übermorgen sterbe, dann sehe ich ja selbst ein, dass Sie dafür kein Geld geben wollen, aber so richtig gut fühlen Sie sich dabei auch nicht. Den Extratag, den Sie mir nicht bezahlen wollten, hätte ich schon noch sehr genossen. Das ist Ihnen glaube ich klar.

Dummerweise gibt es für Dilemmata keine gute Lösung. Sonst wären es keine Dilemmata. Was es aber gibt ist der Versuch, aus dieser Situation, in der man nur schlechte Entscheidungen treffen kann, eine Regel zu finden, mit der man von den schlechten Entscheidungen, die zur Auswahl stehen, vielleicht eine von den besseren erwischt. Mit der Frage, wie man solche Regeln finden kann befasst sich die **Gesundheitsökonomie**. Das ist eine Veranstaltung, die im **Master-Studiengang** angeboten wird.

An dieser Stelle müssen wir uns damit zufriedengeben, dass die Organisation der Gesundheitsversorgung über Versicherungen aus der Interessenlage von Patienten und Ärzten heraus tendenziell zu einer Überversorgung führt und auch unter ethischen Aspekten nicht jedes Ausmaß von Überversorgung akzeptabel ist.

WARUM SIND GESUNDHEITSSYSTEME KOMPLIZIERT?

Wir müssen also davon ausgehen, dass wir es mit Gesundheitssystemen zu tun haben, die eine **Übersversorgung** darstellen. Wir haben es daher mit folgender Argumentationskette zu tun:



Diese Überlegungen machen klar, dass Gesundheitssysteme zwangsläufig ziemlich kompliziert sein *müssen*. Es gibt einfacher gestrickte Gesundheitssysteme. In Entwicklungsländern. Malawi z.B. gehört zu den weltweit ärmsten Ländern. Die pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit betragen dort etwa 70 US\$ pro Kopf. Es ist klar, dass es bei solchen Zahlen nicht sehr viele Dialysepatienten in Malawi geben kann. Wenn Ihre Nieren versagen sterben Sie.

ÜBUNGSAUFGABEN

Der gute Autofahrer

In unserem Autoversicherungsbeispiel haben wir unterstellt, dass 95% der Versicherten in einem Jahr unfallfrei bleiben. Nehmen wir an, dass die Frage, ob man einen Unfall verursacht und welche Schadenshöhe dabei entsteht, kompletter Zufall ist, es also keine Autofahrer gibt, die besonders gut oder schlecht Auto fahren können.

95% der Versicherten zahlen also in einem Jahr eine Prämie, verursachen aber keine Kosten. Wie hoch ist diese Quote auf 10 Jahre betrachtet, d.h. der Anteil der Versicherten, die 10 Jahre lang brav ihre Prämie gezahlt haben, aber in diesen 10 Jahren niemals Kosten verursacht haben?

Schwierigkeitsgrad: ★★☆☆☆

Worin besteht die Leistung einer Versicherung?

Vom Mittelalter bis in die frühe Neuzeit gab es im Christentum ein Zinsverbot. Im Islam gilt dieses Verbot bis heute. Der Grund für dieses Verbot war, etwas vereinfacht gesagt, dass man Geld bekommt, ohne etwas dafür getan zu haben. Das sei nicht gerecht und damit verwerflich. Ein solches Zinsverbot bedeutet natürlich eine erhebliche Einschränkung für die Fremdfinanzierung, aber es hat immer findige Finanzspezialisten gegeben, die dogmenkonforme Konstruktionen gefunden haben, wie man Zinsen erheben kann, ohne Zinsen zu erheben.

Versicherungen standen vor dem gleichen Problem. Wir haben gesehen, dass Versicherungen nur dann sinnvoll sind, wenn die meisten Versicherten keine Geldzahlungen erhalten. Aus Sicht der Kirche haben diese Versicherten Geld bezahlt, ohne eine Gegenleistung zu erhalten. Das war nicht gerecht.

Ist das wirklich so? Welche Leistung erhalten auch die Versicherten, die kein Geld bekommen?

Schwierigkeitsgrad: ★★☆☆☆

Preiselastizität der Nachfrage

Ein in der Ökonomie wichtiger Begriff ist „Preiselastizität“. Mit *Preiselastizität der Nachfrage* bezeichnet man den Zusammenhang zwischen einer Preisänderung und der daraus folgenden Änderung der Nachfrage. Von *hoher* Preiselastizität spricht man, wenn die Nachfrage sehr stark auf Preisänderungen reagiert. Von *niedriger* Preiselastizität, wenn die Nachfrage kaum reagiert.

1. Wie würden Sie die Preiselastizitäten von Dialyse und von Speiseeis einschätzen?
2. Zeichnen Sie jeweils eine Nachfragekurve für Dialyse und eine für Speiseeis in ein Preis-Mengen-Diagramm ein, wie Sie es in diesem Lehrbrief kennengelernt haben.

Schwierigkeitsgrad: 

Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern

Mit 70 US\$ pro Kopf und Jahr gibt Malawi ziemlich genau 1% dessen aus, was die US-Amerikaner pro Kopf für Gesundheit ausgeben.

Wenn Sie der Gesundheitsminister von Malawi wären – wofür würden Sie die 70 US\$ ausgeben wollen?

Schwierigkeitsgrad: 

LITERATUR

GEK, *Gesundheitsreport 2003*

http://media.gek.de/downloads/magazine/Gesundheitsreport03kurz_GEK.pdf

Grinols, Earl L. und Henderson, James W., *Health care for us all- getting more for our investment*, Cambridge [u.a.] Cambridge Univ. Press: 2009.

Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland- eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern [u.a.]: Huber, 2008.

WHO, *Malawi-Länderreport*

<http://www.who.int/countries/mwi/en/>

WHO, *USA-Länderreport*

<http://www.who.int/countries/usa/en/>

Winkelhake, Olaf, Thormeier, Klaus und Miegel, Ulrich, "Die personelle Verteilung von Gesundheitsausgaben 1998/99," *Sozialer Fortschritt*, 2002, 58-68.