

**Zur Problematik generationenge-
rechten Verhaltens aus Sicht der
Neuen Politischen Ökonomik am
Beispiel der gesetzlichen Kranken-
versicherung**

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschafts-
wissenschaften der Rechts- und Wirtschaftswissenschaft-
lichen Fakultät der Universität Bayreuth

Vorgelegt von
Florian Dominick
aus Bochum

Dekan: Herr Prof. Dr. K.-G. Loritz

Erstberichterstatter: Herr Prof. Dr. Dr. h.c. P. Oberender

Zweitberichterstatter: Herr Prof. Dr. E. Görgens

Tag der mündlichen Prüfung: 30.06.2008

Danksagung

Mein ausdrücklicher Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender für die Betreuung meiner Promotion.

Ferner bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Egon Görgens für die Erstellung des zweiten Gutachtens und bei Herrn Prof. Dr. Martin Leschke für den Prüfungsvorsitz meines Rigorosums.

Weiterhin gebührt ein großer Dank meinen guten Freunden, die ihren Anteil am erfolgreichen Gelingen meiner Promotion hatten.

Ohne die große Unterstützung meiner Lebenspartnerin Meike Höbbel, die mich in den entscheidenden Phasen aufmunterte und mir mehr als ein Mal den Rücken frei hielt, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Daher gilt ihr mein aufrichtiger und herzlicher Dank.

Einen ausschlaggebenden Beitrag zum erfolgreichen Gelingen der Dissertation leisteten meine Eltern Gabriele Dominick und Dieter Dominick. Sie unterstützten mich in der Korrekturphase und in finanzieller Hinsicht. Hierfür bin ich außerordentlich dankbar.

Die entscheidende Motivation gab mir meine Großmutter mit ihrer Aussage „Wer A sagt, muss auch B sagen.“.

Frankfurt am Main, Juli 2008

Florian Dominick

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XII
Abkürzungsverzeichnis	XIII
1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Zielsetzung	4
1.3. Forschungsansatz	6
1.4. Gang der Untersuchung	9
2. Grundlagen.....	11
2.1. Ökonomisches Verhaltensmodell	11
2.1.1. Menschenbild.....	12
2.1.2. Methodologischer Individualismus.....	14
2.1.3. Rationalverhalten.....	17
2.1.4. Eigeninteresse	19
2.2. Institutionenökonomische Analysemethoden	20
2.2.1. Begriffsbestimmung von „Institution“	21
2.2.2. Neue Institutionenökonomik	22
2.2.3. Theorie der Verfügungsrechte	24
2.2.4. Transaktionskostentheorie	26
2.2.5. Prinzipal-Agent-Theorie	27
2.2.5.1. Ausgangslage	29
2.2.5.2. Hidden action	31
2.2.5.3. Hidden information	33
2.2.5.4. Hidden characteristics.....	34
2.2.5.5. Hidden intention	35
2.2.6. Neue Politische Ökonomik	36
2.3. Strukturen des Gesundheitswesens.....	40
2.3.1. Interaktionsmodell.....	40
2.3.2. Behandlungsvertrag.....	43
2.3.3. Versicherungsvertrag	45
2.3.4. Versorgungsvertrag	46
2.4. Zwischenfazit	48

3.	Generationengerechtigkeit.....	51
3.1.	Nachhaltigkeit.....	51
3.2.	Generation	53
3.3.	Gerechtigkeit	56
3.3.1.	Einführung in die Begrifflichkeit	56
3.3.2.	Ökonomische Perspektive	61
3.4.	Zusammensetzung zu „Generationengerechtigkeit“ ..	63
3.5.	Verantwortung.....	68
3.6.	Generationengerechtigkeit als Institution	70
3.6.1.	Generationengerechtigkeit als formelle Regel	71
3.6.2.	Generationengerechtigkeit als informelle Regel.....	73
3.6.3.	Generationengerechtigkeit als Norm	78
3.6.3.1.	Definition	79
3.6.3.2.	Nachfrage und Durchsetzung	81
3.6.3.3.	Lösung.....	83
3.7.	Zwischenfazit.....	86
4.	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	89
4.1.	Analyse des Status quo.....	89
4.1.1.	Grundlagen	89
4.1.1.1.	Grundsätze.....	91
4.1.1.2.	Vergütung der Leistungserbringer	94
4.1.1.3.	Einnahmen, Ausgaben und Risikostrukturausgleich	100
4.1.2.	Informationsasymmetrien im Status quo	102
4.1.2.1.	Hidden information & hidden action	104
4.1.2.2.	Hidden characteristics.....	112
4.1.2.3.	Hidden intention	118
4.1.3.	Generationengerechtigkeit.....	122
4.1.3.1.	Generationenbilanz	122
4.1.3.2.	Demographischer Finanzierungseffekt	124
4.1.3.3.	Indirekter demographischer Ausgabeneffekt ...	129
4.1.3.4.	Medizinisch-technischer Fortschritt.....	131
4.1.4.	Bewertung.....	134
4.2.	Alternativen.....	137
4.2.1.	Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie.....	137
4.2.2.	Bayreuther Versichertenmodell	141
4.2.2.1.	Kernpunkte	142
4.2.2.1.1.	Allgemeine Versicherungspflicht und risikoorientierte Prämien	143
4.2.2.1.2.	Solidarität	147
4.2.2.1.3.	Versorgungsstrukturen	150
4.2.2.2.	Informationsasymmetrien im Alternativmodell .	154

4.2.2.2.1.	Hidden information & hidden action	154
4.2.2.2.2.	Hidden characteristics	158
4.2.2.2.3.	Hidden intention.....	160
4.2.2.3.	Generationengerechtigkeit.....	162
4.2.2.3.1.	Vergleich der Kosten	164
4.2.2.3.2.	Vergleich der impliziten Steuern.....	166
4.2.2.3.3.	Vergleich der Transferleistungen	168
4.2.2.4.	Bewertung.....	171
4.3.	Zwischenfazit	172
5.	Verhaltensanalyse der Akteure.....	175
5.1.	Verantwortung der Akteure in einer indirekten Demokratie.....	175
5.2.	Akteure im Gesundheitswesen	178
5.2.1.	Vorgehensweise	179
5.2.2.	Nutzenveränderung der Akteure im Gesundheitswesen	181
5.2.2.1.	Hidden action	182
5.2.2.2.	Hidden characteristics.....	185
5.2.2.3.	Hidden intention	186
5.2.2.4.	Bewertung	188
5.3.	Akteure im politischen Entscheidungsprozess.....	191
5.3.1.	Wähler.....	192
5.3.1.1.	Rationales Verhalten der Wähler.....	193
5.3.1.2.	GKV-Systemwechsel aus Sicht der Wähler....	195
5.3.1.2.1.	Allgemeine Krankenversicherungspflicht ...	197
5.3.1.2.2.	Risikoorientierte Krankenversicherungs- prämien.....	199
5.3.1.2.3.	Solidarischer Schutz.....	201
5.3.1.2.4.	Selektive Verträge	203
5.3.1.2.5.	Ökonomische Anreize	204
5.3.1.2.6.	Bewertung.....	205
5.3.2.	Parteien.....	207
5.3.2.1.	Rationales Verhalten der politischen Parteien.	208
5.3.2.2.	Zweiparteienmodell.....	209
5.3.2.2.1.	Theoretische Grundlagen	209
5.3.2.2.2.	Parteienwettbewerb.....	212
5.3.2.2.3.	GKV-Systemwechsel aus Sicht der Parteien..	215
5.3.2.2.4.	Bewertung.....	218
5.3.3.	Interessenverbände	219
5.3.3.1.	Rationales Verhalten der Interessenverbände	220
5.3.3.2.	GKV-Systemwechsel aus Sicht der Interessenverbände	222

5.3.3.3.	Bewertung	224
5.3.4.	(Regierungs-)Politiker	225
5.3.4.1.	Rationales Verhalten der (Regierungs-)Politiker ..	225
5.3.4.2.	GKV-Systemwechsel aus Sicht der (Regierungs-)Politiker	228
5.3.4.3.	Bewertung	229
5.4.	Zwischenfazit.....	230
6.	Fazit.....	233
6.1.	Zusammenführung der Ergebnisse	233
6.2.	Politikempfehlung	238
6.3.	Ausblick	240
	Literaturverzeichnis.....	243

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prognostizierte Altersstruktur I	1
Abb. 2: Prognostizierte Altersstruktur II	3
Abb. 3: Grundannahmen (gesundheits-) ökonomischer Analysen	8
Abb. 4: Neue Institutionenökonomik	23
Abb. 5: Einfaches Modell politisch-ökonomischer Interdependenz	38
Abb. 6: Akteure und Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen	42
Abb. 7: Demographische Grundstruktur des OLG-Modells	56
Abb. 8: Variablen der Definition von Verteilungsgerechtigkeit	62
Abb. 9: Systematisierung des Institutionenbegriffs	71
Abb. 10: Verkettung zu Generationengerechtigkeit	85
Abb. 11: Prinzipien der Versicherungssystemet	92
Abb. 12: Vertragsbeziehungen in der stationären Versorgung	95
Abb. 13: Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung	97
Abb. 14: Prinzipal-Agent-Beziehungen im Rahmen der GKV	102
Abb. 15: Typen von Informationsasymmetrien und ihre Vertragsprobleme	103
Abb. 16: Prognostizierte Altersstruktur III	126
Abb. 17: Nachhaltigkeitslücke 2003	128
Abb. 18: Nachhaltigkeitslücke 2003 mit medizinisch-technischem Kostendruck	133
Abb. 19: Ausgestaltung des Sozialprinzips	148

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Klassifikation versch. Vertragsbeziehungen mit asymmetrischer Information...	31
Tab. 2: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge I	111
Tab. 3: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge II	117
Tab. 4: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge III	121
Tab. 5: Auswirkungen der Informationsasymmetrien im Alternativmodell I	161
Tab. 6: Gegenüberstellung Referenzszenario und Reformszenario II	165
Tab. 7: Kompensationsbedarf in Mrd. im Reformszenario II im Zeitraum 2005-2050 .	169
Tab. 8: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge im Status quo.	179
Tab. 9: Auswirkungen der Informationsasymmetrien im Alternativmodell II	180
Tab. 10: Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells	181
Tab. 11: Nutzenveränderung für die gesetzlichen Krankenkassen	189
Tab. 12: Nutzenveränderung für die Leistungserbringer und Versicherten	190
Tab. 13: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells I.....	196
Tab. 14: Versichertenverteilung nach alter GKV bzw. alter PKV	197
Tab. 15: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells II.....	198
Tab. 16: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells III.....	201
Tab. 17: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells IV	203
Tab. 18: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells V	204
Tab. 19: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VI	205
Tab. 20: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VII	206
Tab. 21: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VIII	216

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	:	Absatz
Art.	:	Artikel
BIP	:	Bruttoinlandsprodukt
BKK	:	Betriebskrankenkasse
BMG	:	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	:	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
bzgl.	:	bezüglich
bzw.	:	beziehungsweise
ca.	:	circa
Def.	:	Definition
DRGs	:	Diagnosis Related Groups
EBM	:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
et al.	:	et alii, et alia
EUR	:	Euro
f.	:	folgend
ff.	:	fortfolgende
GG	:	Grundgesetz
GKV	:	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	:	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
IKK	:	Innungskrankenkasse
Impl.	:	Implizierte
KV	:	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Mio.	:	Million / Millionen
Mrd.	:	Milliarde / Milliarden
NIÖ	:	Neue Institutionenökonomik
NPÖ	:	Neue Politische Ökonomik
OKK	:	Ortskrankenkasse
OLG	:	Overlapping Generations Modell
PKV	:	private Krankenversicherung

resp.	:	respektive
RSA	:	Risikostrukturausgleich
S.	:	Seite
SGB V	:	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
Tab.	:	Tabelle
u. a.	:	unter anderem
versch.	:	verschiedener
vgl.	:	vergleiche
z. B.	:	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland die gesellschaftspolitische Diskussion über die Renten- und Arbeitslosenversicherung, insbesondere aber auch über das Gesundheitswesen, zunehmend verschärft, da die Finanzierung dieser Systeme immer schwieriger wird.¹ Neben der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die nicht mehr genügend hohe Wachstumsraten erreicht, und der Tatsache, dass wegen der hohen Arbeitslosigkeit geringere Beiträge für die genannten Systeme erwirtschaftet werden, tritt der Aspekt der demographischen Entwicklung stärker in den Vordergrund.

Altersverteilung in Deutschland 2050 (absolut)

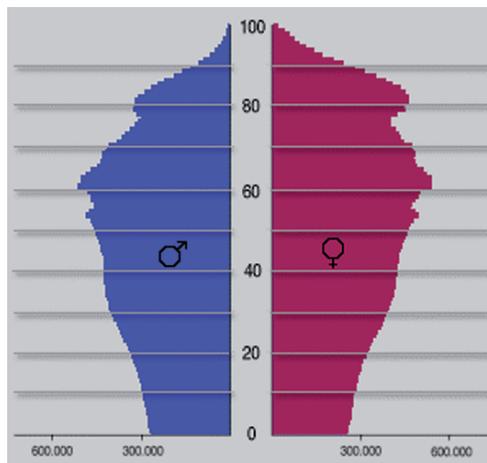


Abb. 1: Prognostizierte Altersstruktur I²

¹ Vgl. Fetzer (2004), S. 2 und Mevis (2006), S. 2 ff.

² Entnommen Breßler (2006), S. 1.

Wie in Abbildung eins ersichtlich, sind die zunehmende Zahl betagter Menschen einerseits und die schrumpfende Zahl nachwachsender jüngerer Menschen andererseits die beiden Hauptursachen der demographischen Alterung und ihrer kettenartigen Folgeprobleme.³

„Denn selbst wenn die Lebenserwartung der Deutschen wider aller Erwartung ab heute konstant bliebe, würde sich die Relation aus der Zahl der über Sechzigjährigen zu den Zwanzig- bis Sechzigjährigen – der wichtigste Maßstab der Alterung, also der Altenquotient, bis 2050 verdoppeln.“⁴

Aufgrund immer niedrigerer Geburtenjahrgänge und gleichzeitig steigender Lebenserwartung entwickelt sich der Altersaufbau in der Bundesrepublik Deutschland in Richtung eines Pilzes bis zum Jahr 2030 und einer Urne im Jahr 2050 (siehe Abb. 1). Hieraus ergeben sich weitreichende Folgen sowohl für die dann junge Bevölkerung als auch für die ältere.

³ Vgl. Knappe (1995), S. 11 ff. und Sauerland (2002), S. 113 ff., der einen Überblick über die unterschiedlichen Studien zur demographischen Entwicklung und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die gesetzliche Krankenversicherung im Speziellen liefert.

⁴ Birg (2005), S. 41.

Vergleich der Altersverteilung in Deutschland 2000 und 2040 (in %)

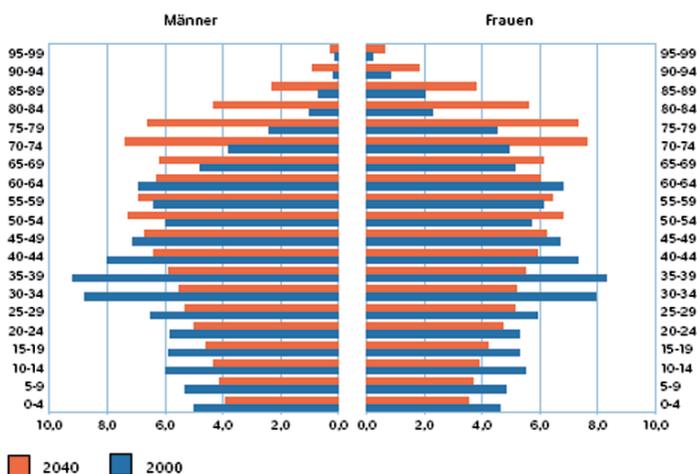


Abb. 2: Prognostizierte Altersstruktur II⁵

Abbildung zwei veranschaulicht die Veränderung der Altersstruktur vom Jahr 2000 zur prognostizierten Entwicklung im Jahr 2040. Diese führt dazu, dass zum Beispiel im Gesundheitswesen die Zahl der Leistungsempfänger zunehmend größer und die Zahl der Beitragszahler immer geringer wird.⁶ Das von der demographischen Entwicklung ausgelöste Problem im Gesundheitswesen wird außerdem durch den immensen medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt.⁷ Die daraus entstehenden Kosten müssen ebenfalls von weniger Beitragszahlern getragen werden. Es entsteht eine Lastenverschiebung im Gesundheitswesen mit ständig steigenden Aufwendungen, die von

⁵ Entnommen Statistisches (2006).

⁶ Vgl. Hajen (2006), S. 40 f. und Breyer (2005), S. 508 f.

⁷ Vgl. Breyer (2005), S. 508 ff.

der jungen Generation zu finanzieren sind. Hieraus resultiert die Frage nach Generationengerechtigkeit.

1.2. Zielsetzung

Das Thema „Generationengerechtigkeit“ bekommt in den Grundsatz- und Wahlprogrammen der Parteien des Deutschen Bundestages und auch in Veröffentlichungen der zwei großen Kirchen eine zunehmende Bedeutung.⁸ Allerdings ist das Maß der Umsetzung in der Praxis fraglich, woraus sich die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit ergibt:

Wird in einer marktwirtschaftlichen Ordnung Generationengerechtigkeit umgesetzt?

Zur Beantwortung ist es unabdingbar, zunächst die folgende Frage als Ausgangsbasis zu stellen:

Wer hat einen Nutzen von Generationengerechtigkeit?

Es wird untersucht, inwieweit eine Begründung für die Notwendigkeit von Generationengerechtigkeit mit Hilfe der dieser Arbeit zugrunde liegenden Theorie der Neuen Politischen Ökonomik (NPO) möglich ist.

In einem weiteren Schritt ist es zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig, ein Teilsystem einer marktwirtschaftlichen Ordnung aufzuzeigen, in dem Generationengerechtigkeit nicht vorhanden ist. Hierfür wird untersucht, *ob und in welchem Maße das aktuelle System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland generationenungerecht ist.*

⁸ Vgl. Grieswelle (2002), S. 263 und beispielhaft Bündnis90 (2002), S. 74 ff.

Sofern sich herausstellt, dass dieses System nicht ausreichend generationengerecht ist, stellt sich die Folgefrage:

Gibt es zum derzeitigen System der GKV eine Alternative, die generationengerechter ist?

Hierbei liegt nicht im Fokus, dass die Alternative absoluten Ansprüchen an Generationengerechtigkeit nachkommt. Das Kriterium, an dem der Gegenvorschlag gemessen wird, ist, dass er aus finanzieller Sicht deutlich generationengerechter sein muss als das aktuelle System der GKV. Außerdem ist die Bedingung zu erfüllen, dass das alternative Modell dem Individuum mehr Freiheiten einräumt und weniger vom Staat oktroyiert ist.⁹ Eine solche Forderung findet sich in den meisten liberalen Vorschlägen zur Reform des Gesundheitswesens, da diese die eigenverantwortliche Entscheidung aller Akteure im Vordergrund sehen.¹⁰ Für die Untersuchung einer Alternative wird das „Bayreuther Versichertenmodell“ ausgewählt, da dieses das Individuum in den Mittelpunkt eines Krankenversicherungsmodells stellt. Wenn sich zeigt, dass das Alternativkonzept deutlich generationengerechter ist als der Status quo, ergibt sich unmittelbar folgende Anschlussfrage:

Warum erfolgt kein Systemwechsel von der aktuellen GKV hin zu einer generationengerechteren Alternative?

Diese Frage wird mit der Neuen Institutionenökonomik (NIÖ) beantwortet. Zunächst wird das Geflecht der politischen Entscheidungsakteure und der Handelnden im Gesundheitswesen mit Hilfe unterschiedlicher Prinzipal-Agent-Beziehungen dargestellt. Darauf aufbauend wird im Sinne der Neuen Politischen Ökonomik (NPÖ) untersucht, welchen Anreizen die verschiedenen Akteure des politischen Systems und des Gesundheitswesens unterliegen, am derzeitigen

⁹ Vgl. Zweifel (2002), S. 4 f.

¹⁰ Vgl. Oberender (2003) und Henke (2002).

Verfahren festzuhalten. Die Neue Politische Ökonomik, als eine Theorie im Kontext der Neuen Institutionenökonomik, verwendet das ökonomische Instrumentarium zur Erklärung des Verhaltens der Akteure im politischen Sektor.¹¹

1.3. Forschungsansatz

Die Wahl des Forschungsansatzes geht einher mit der Streitfrage nach der Werturteilsfreiheit von Wissenschaft. In der Wissenschaft haben sich zwei Grundpositionen gebildet mit einem deutlich unterschiedlichen Selbstverständnis: Einerseits entstand der kritische Rationalismus, geprägt von MAX WEBER und KARL POPPER, die inhaltliche Werturteile strikt ablehnen. Andererseits entwickelte sich die dialektische Position, die z. B. von JÜRGEN HABERMAS und THEODOR ADORNO vertreten wird und die

„sowohl die Möglichkeit, Werturteile und kognitive, d. h. nach Erkenntnis strebende Aussagen zu trennen, vereint als auch ein Ziel der Wissenschaft darin sieht, die Welt zugunsten der von Wissenschaftlern für richtig gehaltenen Position zu ändern.“¹²

In der Ökonomik orientieren sich die meisten Wissenschaftler an Positionen, die dem kritischen Rationalismus sehr nahe stehen. Hiernach ist es nur erlaubt, Werturteile zu äußern, wenn diese als solche kenntlich gemacht werden.

Im Idealfall der Theorie der Wirtschaftspolitik erklärt ein Ökonom *was ist*, sagt vorher *was sein könnte* und *zeigt* für jede Situation unter-

¹¹ Vgl. Erlei (1999), S. 319.

¹² Donges (2001), S. 38.

schiedliche politische Optionen *auf* mit ihren jeweiligen ökonomischen Konsequenzen. Es handelt sich um den Weg der *positiven* Ökonomik.¹³ Hiermit geht das Problem einher, dass die Ökonomik keine exakte Wissenschaft, sondern eine Erfahrungswissenschaft ist. Daher bestehen Interpretationsspielräume bei der Diagnose von Wirtschaftsprozessen und auch bei der Umsetzung wirtschaftspolitischer Ziele.¹⁴

Die in dieser Arbeit aufgeworfene Forschungsfrage wird mittels positiver Analyse untersucht, das heißt, dass die Frage, „wie“ etwas zustande kommt im Vordergrund steht. Aus ökonomischem Blickwinkel befinden sich die Motivations- und Anreizstrukturen der handelnden Akteure im Mittelpunkt.¹⁵ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bereits die Auswahl der Analysemethoden ein wertender Eingriff des Autors ist, da er sich für ganz bestimmte Methoden entschlossen hat und andere hingegen ausblendet.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung behandelte Themen lassen sich wie folgt wissenschaftlich einordnen: Der Aspekt der Generationengerechtigkeit wird in zahlreichen wissenschaftlichen Gebieten untersucht, wie der Philosophie, der Soziologie, der Rechtswissenschaft und der Ökonomik.¹⁶ Gerade letztere Fachrichtung hat aber Probleme bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Generationengerechtigkeit. Dies ist nach Meinung des Autors darauf zurückzuführen, dass der Begriff Generationengerechtigkeit schwierig zu definieren und zu operationalisieren ist. In dieser Untersuchung wird der Aspekt der Gerechtigkeit im Sinne von Verteilungs-

¹³ Wenn sich ein Ökonom mit der Frage befasst *was sein soll*, betreibt er *normative* Ökonomik. Vgl. Donges (2001), S. 39 f.

¹⁴ Vgl. Donges (2001), S. 38 f.

¹⁵ Vgl. Zweifel (2002), S. 5.

¹⁶ Siehe hierzu Tremmel (2003).

gerechtigkeit definiert, so dass ein wirtschaftswissenschaftlicher Bezug hergestellt ist.

Die hier vorliegende Forschungsfrage, die am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht wird, ist in die gesundheitsökonomische Forschung einzugliedern. Die Gesundheitsökonomik geht wie jede ökonomische Theorie davon aus, dass alle Akteure ihre Entscheidungen zur Maximierung ihres Nettonutzens und nach ihrem Informationsstand treffen.¹⁷ Die nachstehenden Charakteristika bilden daher die Grundlage für die weitere ökonomische Analyse.

- Jeder Akteur handelt rational, d. h. setzt seine Ressourcen zielgerichtet ein.
- Es besteht Knappheit der Ressourcen, d. h. Ziele bleiben teilweise unerreicht.
- Entscheidungen der Akteure folgen aus einer Maximierung ihrer jeweiligen individuellen Zielfunktion unter Berücksichtigung folgender Beschränkungen:
 - den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen (Handlungskosten)
 - dem jeweiligen Informationsstand (Informationskosten)
 - den jeweiligen Beschränkungen des individuellen Handelns durch kodifizierte und nichtkodifizierte Normen (Regulierungskosten)
 - dem jeweiligen Aufwand, Verträge mit anderen Akteuren abzuschließen und zu kontrollieren (Transaktionskosten).
- Beobachtbare wirtschaftliche Ereignisse und Prozesse sind Resultate der Entscheidung aller relevanten Akteure.

Abb. 3: Grundannahmen (gesundheits-) ökonomischer Analysen¹⁸

¹⁷ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 1.

¹⁸ Entnommen Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 2.

Das Besondere am Gesundheitswesen und damit auch im System der GKV sind die spezifischen Handlungsbegrenzungen, resultierend aus einer speziellen Marktordnung. Hierbei handelt es sich in erster Linie um die asymmetrischen Informationsstrukturen im Gesundheitswesen, auf die im Rahmen der Untersuchung vor allem mittels der Prinzipal-Agent-Theorie eingegangen wird. Da sich die Gesundheitsökonomik wie auch diese Untersuchung mit den Zielen und Anreizen der Akteure sowie deren Zusammenspiel beschäftigt, handelt es sich um eine Verhaltenstheorie.¹⁹

1.4. Gang der Untersuchung

Im zweiten Kapitel werden die Grundlagen für die weitere Untersuchung gelegt. Diese gliedern sich in das *Ökonomische Verhaltensmodell*, die *Institutionenökonomische Analysemethoden* und die *Strukturen des Gesundheitswesens*. Das *Ökonomische Verhaltensmodell* geht von einem freiheitlichen, individualistischen Menschenbild aus. Im Abschnitt der *Institutionenökonomischen Analysemethoden* wird das Theoriengebilde der Neuen Institutionenökonomik (NIÖ) vorgestellt. Die für diese Arbeit bedeutenden Teiltheorien werden im Einzelnen erörtert, entsprechend ihrer Wichtigkeit für die weitere Untersuchung. Abschließend werden die generellen *Strukturen des Gesundheitswesens* skizziert, um darauf in Kapitel 4 eine Analyse des Systems der gesetzlichen Krankenversicherungen aufbauen zu können.

Da die Theorie der *Neuen Politischen Ökonomik* als Bestandteil der NIÖ nicht ausdrücklich auf den Aspekt der Generationengerechtigkeit eingeht, wird diese im dritten Kapitel hergeleitet. Der Grundgedanke

¹⁹ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 1, 6 und 18.

der Generationengerechtigkeit hat sich aus dem Konzept der Nachhaltigkeit entwickelt, weshalb dieses zunächst vorgestellt wird. Anschließend werden die Begriffe „Generation“ sowie „Gerechtigkeit“ eingeführt und zu „Generationengerechtigkeit“ zusammengesetzt. Weiterhin erfolgt eine Begründung für die Notwendigkeit von Generationengerechtigkeit, womit die erste Teilfrage der Untersuchung beantwortet wird.

Im vierten Kapitel über das System der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt eingangs eine Analyse des Status quo mit dem Ziel, die GKV als einen Teilbereich der marktwirtschaftlichen Ordnung zu identifizieren, in dem Generationengerechtigkeit nicht vorhanden ist. Darauf aufbauend wird das „Bayreuther Versichertenmodell“ als Alternativvorschlag dargestellt und analysiert, inwiefern dieses generationengerechter ist als das jetzige System der GKV. Hiermit wird die Frage beantwortet, ob es ein Konzept gibt, dass generationengerechter als das gegenwärtige ist. Ferner werden die entscheidenden Bestandteile des Alternativmodelles herausgearbeitet.

Das fünfte Kapitel widmet sich der Frage, warum ein Systemwechsel nicht vollzogen wird. Dazu wird das Verhalten der Akteure im politischen Sektor und im Gesundheitswesen entsprechend der spezifischen Informationsasymmetrien der Prinzipal-Agent-Theorie analysiert.

Die Arbeit endet mit einem sechsten Kapitel, das die Ergebnisse zusammenfasst und einen Ausblick gibt.

2. Grundlagen

In diesem Kapitel wird die Referenzbasis für die zu untersuchende Forschungsfrage gelegt.

Zu Beginn erfolgt die Erläuterung des hier verwendeten ökonomischen Verhaltensmodells. Eine Einführung in die Analysemethoden der Institutionenökonomik schließt an. Mit Hilfe dieser Methoden wird im weiteren Verlauf der Arbeit das Verhalten der verschiedenen Akteure untersucht. Die Prinzipal-Agent-Theorie hat die Funktion, das Anreizverhalten der an einem Entscheidungsprozess beteiligten Akteure zu strukturieren. Ergänzend dazu wird die Theorie der Neuen Politischen Ökonomik hinzugezogen, die davon ausgeht, dass politische Akteure ebenso wie im Wirtschaftsprozess auf der Basis von Angebot und Nachfrage agieren. Der Abschnitt über die Strukturen im Gesundheitswesen zeigt die verschiedenen Vertragskonstellationen der Beteiligten auf.

2.1. Ökonomisches Verhaltensmodell

Die Begriffe „Ökonomik“ und „Ökonomie“ werden häufig synonym verwendet. Im Sinne einer präzisen Begrifflichkeit ist eine Differenzierung vorzunehmen, denn

„Ökonomik als Methode und Ökonomie als Gegenstandsbe-
reich der Wirtschaftswissenschaften sind zwei verschiedene
Dinge“.²⁰

²⁰ Kirchgässner (2000), S. 2.

Während „unter ‚Ökonomie‘ das tatsächliche Wirtschaften real existierender Akteure verstanden“²¹ wird, bedeutet „Ökonomik‘ die wissenschaftliche bzw. theoretische Auseinandersetzung mit dem Wirtschaften des Menschen“.²²

Da es sich bei der hier vorliegenden Arbeit um eine theoretische bzw. wissenschaftliche Diskussion handelt, wird das Verständnis von „Ökonomik“ im Sinne der Unterscheidung von ERLEI ET AL. zugrunde gelegt. Allerdings trennen nicht alle Autoren die Begrifflichkeiten dermaßen präzise.

Die moderne vorwiegend neoklassische Wirtschaftstheorie basiert auf dem methodologischen Individualismus, dem Rationalverhalten und dem Eigeninteresse bzw. Eigennutzenaxiom.²³ Deshalb wird zunächst kurz auf den Aspekt des Menschenbildes eingegangen, das dieser Untersuchung zugrunde liegt.

2.1.1. Menschenbild

In den Wissenschaften haben Menschenbilder sowohl eine darstellende als auch eine normative Aufgabe und sollen Wesen, Handeln und das Verhalten des Menschen im Generellen ausdrücken.

„Ein Menschenbild kann somit als die Gesamtheit der Annahmen über das Wesen des Menschen und sein Handeln definiert werden, die eine Person oder eine Theorie explizit oder implizit trifft.“²⁴

²¹ Erlei (1999), S. 1.

²² Erlei (1999), S. 1.

²³ Vgl. Behrends (2001), S. 1.

²⁴ Siebenhüner (2001), S. 344.

Zu unterscheiden sind deskriptiv-analytische Menschenbilder, die in ihrer Funktion versuchen, den Menschen und dessen Handeln objektiv zu beschreiben und zu erklären.

Andererseits geben normative Menschenbilder Ansatzpunkte für die Richtung der menschlichen Entwicklung.²⁵ In dieser Untersuchung wird vom Menschenbild des mündigen Bürgers ausgegangen, das auf dem Individualprinzip beruht. Er ist aufgrund seines freien Willens und seiner Fähigkeit zur Eigenverantwortung in der Lage, seine persönlichen Belange selbst zu regeln. Seine individuellen Stärken, Schwächen und Interessen kennt er am besten und kann seine Entscheidungen und Handlungen dementsprechend ausrichten. Da niemand über unbegrenzt viele Informationen verfügt und damit allwissend ist, kann auch keiner besser über die Angelegenheiten eines Individuums entscheiden als dieses selbst. Ein solches Menschenbild existiert sich auch in der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung: In Deutschland ist der Ansatz des Liberalismus vorzufinden, der aus einer pragmatischen Freiheitsphilosophie entstanden ist, die auf der normativen Entscheidung der maximalen persönlichen Freiheit eines jeden Menschen basiert.²⁶ Unter der persönlichen Freiheit versteht VON HAYEK die Abwesenheit und Vermeidung willkürlichen Zwangs.²⁷ Damit geht einher, dass es jedem Einzelnen überlassen bleibt, wie er von seinen Freiheiten Gebrauch macht. Weiterhin ist die Vorgabe von Zielen und Zwecken durch eine übergeordnete Instanz im Sinne eines Konstru-

²⁵ Vgl. Siebenhüner (2001), S. 344, der sich u. a. auf Ulrich (1992), S. 520 bezieht. Bereits Kant ging im Zusammenhang mit der Anthropologie von zwei Richtungen aus: „Eine Lehre von der Kenntnis des Menschen, systematisch abgefasst (Anthropologie), kann es entweder in physiologischer oder in pragmatischer Hinsicht sein. – Die physiologische Menschenkenntnis geht auf die Erforschung dessen, was die Natur aus dem Menschen macht, die pragmatische auf das, was er als freihandelndes Wesen aus sich selber macht oder machen kann und soll“ zurück, Kant (1798 / 1980), S. 3 auch abgedruckt in Siebenhüner (2001), S. 344. Für eine systematische Gegenüberstellung unterschiedlicher Menschenbilder siehe Siebenhüner (2001).

²⁶ Vgl. Pospisil (2003), S. 27.

²⁷ Vgl. Hayek (1991), S. 14.

tivismus nicht mit dem Postulat der individuellen Freiheit vereinbar. Einschränkend muss allerdings bei der Forderung nach der individuellen Freiheit der Menschen darauf hingewiesen werden, dass die persönliche Entfaltung des Einzelnen nicht mit den Freiheiten anderer Individuen in Konflikt treten darf. Daher kann eine freiheitliche Ordnung im Zusammenleben einer Gesellschaft nicht als vollkommene Freiheit des Einzelnen verstanden werden, beliebig alles tun zu dürfen.²⁸

2.1.2. Methodologischer Individualismus

Die zweite theoretische Grundlage dieser Arbeit ist der methodologische Individualismus. Für die Analyse sozialer Phänomene stehen zwei unterschiedliche Ansätze zur Verfügung: der methodologische Kollektivismus beziehungsweise Holismus²⁹ und der methodologische Individualismus.³⁰

Der methodologische Kollektivismus stellt in den Mittelpunkt seiner Betrachtung die Gesellschaft als Gesamtheit.³¹ Aufgrund ihrer Kom-

²⁸ Vgl. Pospisil (2003), S. 27 f.

²⁹ Der methodologische Kollektivismus bzw. Holismus wurde in der Soziologie vorwiegend von Durkheim geprägt und in der Ökonomik von der deutsch-historischen Schule analysiert.

³⁰ Der methodologische Individualismus hatte bereits Vorläufer bei den schottischen Moralphilosophen. Wieder entdeckt wurde er zum Teil durch den Wiener Kreis. Besondere Aufmerksamkeit widmeten ihm Popper und von Hayek. Für eine systematische und kritische Gegenüberstellung unterschiedlicher sozialwissenschaftlicher Methoden siehe Daumann (1995), S. 56 ff., Daumann (1993), S. 14 ff., Vanberg (1975), Vanberg (1982) und Bohnen (1975).

³¹ Vgl. Durkheim (1976), S. 187. Durkheim als Vorreiter der kollektivistischen Methode sieht in der Gesellschaft „nicht bloß eine Summe von Individuen, sondern das durch deren Verbindung gebildete System stellt eine spezifische Realität dar, die einen eigenen Charakter hat.“ Durkheim (1976), S. 187. Dementsprechend formuliert Durkheim: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“, Durkheim (1976), S. 13. Siehe zum methodologischen Kollektivismus auch Ritsert (1976), S. 97 ff. und Meran (1979).

plexität lässt sie sich nur unzureichend beschreiben. Wegen dieser Schwäche findet die Methode des methodologischen Kollektivismus in dieser Arbeit keine Anwendung. Stattdessen wird auf den methodologischen Individualismus zurückgegriffen, der vom österreichischen Nationalökonom JOSEPH A. SCHUMPETER³² geprägt wurde. SCHUMPE-TER führt das Agieren von Kollektiven auf das Handeln einzelner Individuen des Wirtschaftssystems zurück.³³

Beim methodologischen Individualismus stehen die Einstellungen und Handlungen der Individuen als alleiniger Maßstab im Mittelpunkt.³⁴ Das gilt insbesondere für das Wirtschaften des Einzelnen. Alle kollektiven Phänomene werden auf die Interaktionen, Ziele und Gedanken von Individuen zurückgeführt. Nur der Einzelne hat Zielvorstellungen und kann seine Entscheidungen und die damit einhergehenden Handlungen danach ausrichten.³⁵ Im Rahmen des methodologischen Individualismus werden Erscheinungen sozialer Ordnung als Handlungsgebilde interpretiert. Sie entstehen dadurch, dass die Individuen bei der Verfolgung ihrer persönlichen Ziele in wechselseitige Beziehungen treten. Das Handeln des einen ist Bedingung für die Handlungen des anderen.

In methodischer Hinsicht sind Verhaltensregeln, Gesetze und Institutionen als abhängige Variablen zu verstehen.³⁶ Dementsprechend existiert die Gesellschaft nicht als eigenständige Entität im Sinne einer

³² Erwähnung fand der methodologische Individualismus in Schumpeters Habilitationsschrift. Siehe hierzu Schumpeter (1908). Allerdings kommen Ansätze dieses Konzeptes bereits bei Menger (1883), S. 82 ff., S. 171 ff. und S. 232 ff. vor.

³³ Vgl. Erlei (1999), S. 51, Frey (1990), S. 4, Behrends (2001), S. 5, Richter (2003), S. 3, Kirsch (2004), S. 17 und Meran (1979), S. 35 ff. Eine ausführliche Übersicht gewährt die Dissertation von Heine (1983).

³⁴ Vgl. Kirchgässner (2000), S. 27.

³⁵ Vgl. Kirsch (2004), S. 37, Kirchgässner (2000), S. 23 und Behrends (2001), S. 5.

³⁶ Vgl. Stillfried Graf v. d. (1996), S. 17 und Meran (1979), S. 44.

sozialen Gesamtheit.³⁷ Dies bedeutet nicht, dass das Individuum völlig unbeeinflusst von seiner sozialen Umwelt agiert, sondern weist lediglich darauf hin, dass es keine „einer dem individuellen Leben übergeordnete, unabhängig existierende Realität“³⁸ im Sinne „einer objektiven ursprünglichen Wirklichkeit, ...“ gibt³⁹.

Der österreichische Sozialphilosoph KARL R. POPPER beschreibt das Funktionieren der sozialen Institutionen und aller sozialen Phänomene als Ergebnis der Entscheidungen und Handlungen von Individuen.⁴⁰ Dies führt dazu, dass die Bewertungen und normativen Auffassungen des Einzelnen entscheidend sind. Eine Aussage wie „etwas ist gesellschaftlich erwünscht“⁴¹ gilt als sinnlos, da die Gesellschaft an sich keine Handlungseinheit darstellt.⁴² Auch wenn beim methodologischen Individualismus der Einzelne im Vordergrund steht, bedeutet das nicht, dass dieser sich nicht „supraindividuellen Autoritäten“⁴³ un-

³⁷ Vgl. Christl (2001), S. 12.

³⁸ Ruckdäschel (2000), S. 40.

³⁹ Ruckdäschel (2000), S. 40.

⁴⁰ Vgl. Popper (1992), S. 116. Popper definiert den methodologischen Individualismus als Lehre, der zufolge „alle sozialen Phänomene, insbesondere das Funktionieren der sozialen Institutionen, immer als das Resultat der Entscheidungen, Handlungen und Einstellungen menschlicher Individuen verstanden werden sollte und daß wir nie mit einer Erklärung aufgrund so genannter ‚Kollektive‘ (Staaten, Nationen, Rassen usw.) zufrieden sein dürften.“ Popper (1992), S. 116.

⁴¹ Frey (1990), S. 4.

⁴² Vgl. Kirsch (2004), S. 18 und Frey (1990), S. 4. Frey weist an derselben Stelle darauf hin, dass der Ansatz des methodologischen Individualismus sich im Grundsatz von Theorien unterscheidet, „bei denen Kollektive selbständig handeln“, Frey (1990), S. 4. Eine solche Theorie ist die organische Staatsauffassung. Der methodologische Individualismus differenziert des Weiteren nicht unterhalb der Stufe der Einzelperson. Hierbei unterscheidet er sich von einigen Ansätzen der Psychologie und der Soziologie.

⁴³ Kirsch (2004), S. 19.

terwerfen kann. Jedoch sind die auf den Bereich des Persönlichen beschränkt und bestehen nicht auf der Ebene der Gesellschaft.⁴⁴

In dieser Arbeit wird die Position des methodologischen Individualismus bezogen und damit eine Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes stets aus der Perspektive des Individuums vorgenommen. Somit liegt die Verantwortung für getroffene Entscheidungen ausschließlich bei dem Einzelnen und niemals bei einem Kollektiv an sich, da eine „Kollektiv-Institution“ keine Verantwortung übernehmen kann.

2.1.3. Rationalverhalten

Das Rationalverhalten⁴⁵ wird in der Ökonomie als Handlungsmaxime für die Entscheidungen des Individuums angesehen.⁴⁶ Dabei folgt die klassische ökonomische Theorie dem Modell des homo oeconomicus zur Analyse des menschlichen Verhaltens unter der Bedingung knapper Güter. Die zentrale Aussage dieses klassischen Handlungsmodells ist, dass der Mensch aus Eigeninteresse nach der Maximierung seines persönlichen Nutzens strebt.⁴⁷ Hierbei unterliegt das Individuum aufgrund der beschränkten Verfügbarkeit ökonomischer Güter

⁴⁴ Vgl. Kirsch (2004), S. 19. Für weitere Einblicke in die Konzeption des methodologischen Individualismus siehe Watkins (1952), im Deutschen Watkins (1972), Watkins (1958), Buchanan (1985), S. 37 f. und Suchanek (1994), S. 125 ff.

⁴⁵ In der anglo-amerikanischen Redeweise wird oft vom Rational Choice-Approach gesprochen. Siehe hierzu Opp (1999).

⁴⁶ Vgl. Behrends (2001), S. 5.

⁴⁷ Vgl. Becker (1993), S. 4 und Kyrrer (2005), S. 7 f. Zur Entstehung und Geschichte des Modells des homo oeconomicus siehe Tietzel (1981) und Persky (1995). Generell zum Modell des homo oeconomicus siehe auch Green (1999). Für eine Gegenüberstellung der Kritiken des Modells des homo oeconomicus siehe Homann (2000), S. 414 ff.

einer steten Folge von Entscheidungssituationen.⁴⁸ In der klassischen ökonomischen Tradition wird Rationalität als „Ziel-Mittel-Kohärenz“⁴⁹ aufgefasst, in der die Akteure begründbare und konsistente Handlungen zur Erreichung ihrer Ziele auswählen.⁵⁰ Im Gegensatz zur klassischen ökonomischen Theorie, die von kostenloser und uneingeschränkter Informationsbeschaffung ausgeht, basiert die Neue Institutionenökonomik (NIÖ) auf der Prämisse, dass Informationsbeschaffung mit Kosten verbunden und demnach nur in begrenztem Umfang möglich ist.⁵¹ Es handelt sich um das Konzept der begrenzten Rationalität.⁵² Dieses Prinzip geht davon aus, dass der Einzelne aus den ihm bekannten Alternativen diejenige präferiert, die seinen individuellen Vorstellungen am meisten entspricht und somit auch seinen eigenen Nutzen maximiert.⁵³ Demnach ist es für rationales Verhalten nicht notwendig, absolut umfassend informiert zu sein, sondern eine Wahl wird immer auf Basis des aktuellen begrenzten Informationsstandes getroffen.⁵⁴

„Individuen *handeln* dadurch, dass sie aus den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine *rationale Auswahl* treffen, wobei sie sich in ihrer Entscheidung an den (erwarteten) Konsequenzen ihres Handelns orientieren.“⁵⁵

⁴⁸ Vgl. Homann (2000), S. 47 ff.

⁴⁹ Zerth (2005), S. 21.

⁵⁰ Vgl. Zerth (2005), S. 21.

⁵¹ Vgl. Demsetz (1969), S. 19 und Stigler (1961), S. 213.

⁵² Vgl. Simon (1957), S. 33 f.

⁵³ Vgl. Homann (2000), S. 428 ff.

⁵⁴ Vgl. Kirchgässner (2000), S. 17.

⁵⁵ Kirchgässner (2000), S. 2.

2.1.4. Eigeninteresse

In engem Zusammenhang mit dem zuvor erörterten ökonomischen Prinzip des Rationalverhaltens steht das Eigeninteresse. Das „Rationalverhalten (ist) ein Mittel zur Zielerreichung des Eigeninteresses.“⁵⁶ Für das Eigeninteresse ist entscheidend, dass der Einzelne im Sinne seiner persönlichen Präferenzen handelt und nicht entsprechend denen anderer Individuen. Hierbei wird vom Eigennutzenaxiom gesprochen.⁵⁷ Dies soll nicht ausschließen, dass der Einzelne in seine persönlichen Präferenzen nicht auch Interessen anderer miteinschließen kann. In diesem Fall werden dann Fremdinteressen zu den eigenen.⁵⁸ Bei der Orientierung an den persönlichen Interessen handelt es sich nicht um üblicherweise negativ zu bewertenden Egoismus, sondern um eine wertfreie Annahme, die zunächst davon ausgeht, dass der Einzelne sich seinen Mitmenschen gegenüber im Allgemeinen neutral verhält. Im Umgang der Individuen miteinander kann es von diesen neutralen Handlungsweisen ausgehend zu positiven und negativen Abweichungen kommen. Im Fall von negativer Abweichung vom durchschnittlichen Verhalten wird von Opportunismus gesprochen, bei dem die Akteure unter Anwendung von List ihre persönlichen Ziele erreichen.⁵⁹ Dabei nehmen die betreffenden Personen negative Konsequenzen für ihre Mitmenschen billigend in Kauf. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei altruistischem Aggieren um eine positive Ab-

⁵⁶ Behrends (2001), S. 6.

⁵⁷ Vgl. Behrends (2001), S. 6.

⁵⁸ Vgl. Kirchgässner (2000), S. 16.

⁵⁹ Vgl. Willamson (1990), der Opportunismus wie folgt definiert: „Unter Opportunismus verstehe ich die Verfolgung des Eigeninteresses unter Zuhilfenahme von List. Das schließt krassere Formen ein, wie Lügen, Stehlen und Betrügen, beschränkt sich aber keineswegs auf diese. Häufiger bedient sich der Opportunismus raffinierterer Formen der Täuschung. Sowohl aktive wie passive Formen und sowohl ex-ante wie ex-post Typen gehören dazu.“ Willamson (1990), S. 54 und im Original Willamson (1985).

weichung vom durchschnittlichen Verhalten.⁶⁰ Es ist weder davon auszugehen, dass der Einzelne permanent das Ziel verfolgt, seinen Mitmenschen zu schaden noch dass er dauerhaft Gutes tut.

Nachfolgend wird dem menschlichen Verhalten weder Altruismus noch Opportunismus unterstellt, da diese nicht als typische Verhaltensweisen eines durchschnittlichen Akteurs angesehen werden können.⁶¹ Stattdessen wird dem Individuum – gemäß des Eigennutzenaxioms – Egoismus unterstellt.

2.2. Institutionenökonomische Analysemethoden

Für die spätere Verhaltensanalyse unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen und im politischen Entscheidungsprozess ist es wichtig, die Grundlagen einer Institutionentheorie zu skizzieren. Als Ausgangspunkt wird die Neue Institutionenökonomik (NIÖ) gewählt, die als Weiterentwicklung der neoklassischen Mikroökonomie verstanden werden kann. Im weiteren Verlauf dieses Unterkapitels erfolgt zunächst eine Definition des Begriffs „Institution“. Anschließend wird die NIÖ in wesentlichen Grundzügen beschrieben, um darauf aufbauend die für den weiteren Verlauf der Arbeit wichtigen Analysemethoden der NIÖ erläutern zu können. Hierzu gehören die Theorie der Verfügungsrechte, die Transaktionstheorie und die Prinzipal-Agent-Theorie. Ferner wird die Neue Politische Ökonomik (NPÖ) als Zweig der NIÖ vorgestellt, da auch sie eine Analysemethode dieser Untersuchung ist.

⁶⁰ Vgl. Breuer (2002), S. 37.

⁶¹ Vgl. Frey (1990), S. 6.

2.2.1. Begriffsbestimmung von „Institution“

Im Gegensatz zur Neoklassik, die davon ausging, dass Institutionen keinen Einfluss auf das Wirtschaften haben, bezieht die NIÖ Institutionen als endogene Variable in die Ökonomik mit ein. Für diese Untersuchung werden Institutionen gemäß ERLEI ET AL. als „Systeme von Regeln und Normen, inklusive ihrer Durchsetzungsmechanismen“⁶² definiert. Ökonomisches Verhalten von Akteuren basiert in den meisten Fällen auf bestimmten Anreizen, weshalb nach NORTH „die Anreizstrukturen von Gesellschaften und insbesondere Wirtschaften“⁶³ zudem ein wichtiger und maßgeblicher Bestandteil von Institutionen sind.⁶⁴

Die Ausgestaltung der Institutionen bezieht sich auf die Kultur einer Gesellschaft inklusive ihrer Verfassung und Gesetze, die Organisation von Unternehmen und die Verträge, die Akteure untereinander abschließen. Dabei können Institutionen sowohl einen formellen als auch informellen Charakter aufweisen, sowie absichtlich konstruiert sein oder ungeplant entstehen.⁶⁵ Für die hier vorliegende Untersuchung wird *Institution* erstens als Begriff für Einheiten verstanden, in denen Akteure miteinander agieren. Hierzu können Parteien, Verbände und Unternehmen zählen. Zweitens umfasst *Institution* die vertragliche Zusammenarbeit, in der unterschiedliche Akteure in Bezug zueinander stehen. Dabei ist es irrelevant, ob es sich um einen formalen Vertrag oder um eine informelle Vereinbarung handelt. Für die Analyse ist weiterhin von Bedeutung, dass Institutionen auf der einen Seite

⁶² Erlei (1999), S. 65. Eine ähnliche Definition gibt auch Richter (2003), S. 7.

⁶³ North (1993), S. 11.

⁶⁴ Siehe im Original North (1990), S. 3: „Institutions are the rules of the game in a society or, more formally, are the humanly devised constraints that shape human interaction. In consequence they structure incentives in human exchange, whether political, social, or economic.“

⁶⁵ Vgl. Erlei (1999), S. 25.

als institutionelle Rahmenbedingungen den Handlungsspielraum der Akteure vorgeben und andererseits im Sinne von institutionellen Abmachungen dem Handelnden die Nutzung dieses Spielraums ermöglichen.⁶⁶

2.2.2. Neue Institutionenökonomik

Die Neue Institutionenökonomik integriert den in der neoklassischen Mikroökonomie nicht berücksichtigten institutionellen Zusammenhang und entwickelt dadurch Modelle, die sich näher an der Realität befinden.⁶⁷ Weiterhin geht die NIÖ im Gegensatz zur Neoklassik nicht mehr von der Prämisse der vollständigen Markttransparenz, im Sinne kostenloser und sofortiger Informationsbeschaffung, aus, sondern unterstellt den Akteuren unvollständige Information. Nach ERLEI ET AL. beschäftigt sich die Neue Institutionenökonomik mit der

„systematischen Analyse der Wirkungen (positiv) und des Designs (normativ) von handlungskanalierenden Institutionen menschlichen Verhaltens.“⁶⁸

Die NIÖ hat sich in zwei Richtungen entwickelt: zum einen in die präzise Analyse der Institutionen im Markt und zum anderen in die Anwendung des ökonomischen Instrumentariums auf Untersuchungsgegenstände, die sich außerhalb des Marktes im politischen Sektor befinden. Dieser Bereich der NIÖ betrachtet zahlreiche Fragestellungen, bei denen unterschiedliche Prinzipal-Agent-Probleme analysiert werden, ohne dass diese als solche bezeichnet werden. Das bekannteste

⁶⁶ Vgl. Knudsen (1993), S. 295.

⁶⁷ Vgl. Richter (2003), S. 2.

⁶⁸ Erlei (1999), S. 42.

Anwendungsfeld ist hierbei die *Neue Politische Ökonomik* (NPÖ)⁶⁹, in der das Verhalten der politischen Akteure vor dem Hintergrund ihrer Anreize untersucht wird. Parallel dazu entstand der Forschungszweig der normativ orientierten Verfassungsökonomik, der mit den Namen AUGUST VON HAYEK⁷⁰ und JAMES BUCHANAN⁷¹ verbunden ist. Sie suchten nach Möglichkeiten, die Intentionen von Politikern in dem Sinne zu verändern, dass diese tatsächlich als Agenten der Wähler das Allgemeinwohl in den Vordergrund stellen.⁷²

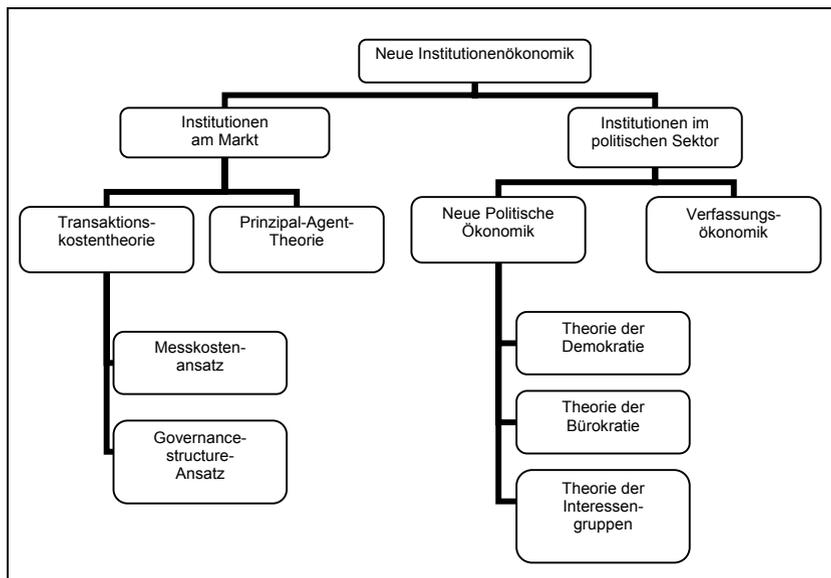


Abb. 4: Neue Institutionenökonomik⁷³

⁶⁹ Als Hauptvertreter gelten Downs (1957), Niskanen (1968), Olsen (1965), im Deutschen Olsen (1968) und später Becker (1983).

⁷⁰ Siehe hierzu Hayek (1960), im Deutschen Hayek (1971) und Hayek (1973), im Deutschen Hayek (1980).

⁷¹ Siehe hierzu Buchanan (1975).

⁷² Vgl. Erlei (1999), S. 42 ff.

⁷³ Entnommen Erlei (1999), S. 44.

Im Bereich der Institutionen am Markt vollzog sich eine weitere Zweiteilung der Forschung. Auf der einen Seite wurde das Verhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer untersucht. Hierbei handelt es sich um die Prinzipal-Agent-Theorie, in deren Zentrum die Abbildung des Zielkonflikts zwischen Prinzipal und Agent steht. Auf der anderen Seite wurde die Weiterentwicklung der Transaktionskostentheorie betrieben, die sich in die Teilbereiche Messkostenansatz⁷⁴ und Governance-structure-Ansatz⁷⁵ unterteilt. ERLEI ET AL. weisen explizit daraufhin, dass ihre Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat⁷⁶, weshalb neben der Transaktionskosten- und der Prinzipal-Agenten-Theorie noch die Theorie der Verfügungsrechte zu ergänzen ist. Die für diese Arbeit notwendigen Theorien werden im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen.

2.2.3. Theorie der Verfügungsrechte

Im Gegensatz zur Neoklassik steht in der Neuen Institutionenökonomik die singuläre Transaktion im Fokus. Der Handel bezieht sich in der NIÖ vorwiegend auf den Austausch von Verfügungsrechten, anstatt auf den tatsächlichen Austausch und Ausgleich von Gütern.⁷⁷ Die Theorie der Verfügungsrechte (property rights) bemüht sich um die Ausgestaltung von Verträgen zur Allokation und Nutzung wirtschaftlicher, also knapper Güter.⁷⁸ Mittels Verträgen können Verfü-

⁷⁴ Der Messkostenansatz ist auf Alchian und Demsetz zurückzuführen. Siehe hierzu Alchian (1972).

⁷⁵ Der Governance-structure-Ansatz geht auf Williamson zurück. Siehe hierzu Williamson (1967).

⁷⁶ Vgl. Erlei (1999), S. 44.

⁷⁷ Vgl. Zerth (2005), S. 27 und Williamson (1986), S. 60.

⁷⁸ Vgl. Furobotn (1972), S. 1140.

gungsrechte ihren Eigentümer wechseln, das heißt verteilt und gestaltet werden.⁷⁹

Drei Arten von Verfügungsrechten lassen sich unterscheiden:

1. Absolute Verfügungsrechte: Diese gelten gegenüber jedermann.
2. Relative Verfügungsrechte: Diese beziehen sich auf das Verhältnis zwischen bestimmten Vertragsbeteiligten.
3. Andere Verfügungsrechte: Hierbei handelt es sich um nicht geschützte Rechtsverhältnisse.⁸⁰

In dieser Arbeit spielen auf der privatwirtschaftlichen Ebene relative Verfügungsrechte eine Rolle, welche zwischen Patient und Leistungserbringer, Krankenversicherung und Leistungserbringer sowie Versicherten und Krankenversicherung bestehen. Absolute Verfügungsrechte existieren zwischen den Wählern und den Politikern. In Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Verfügungsrechte ergeben sich bei den Beteiligten verschiedene Anreize. Diese hängen davon ab, wie die externen Effekte, die bei der Verwendung eines Gutes entstehen, internalisiert werden.⁸¹ Die Frage, welcher Akteur im politischen Sektor und im Gesundheitssystem von welchen Anreizen abhängig ist, wird im weiteren Verlauf der Arbeit untersucht und beantwortet. Kosten, die mit der Vereinbarung oder Übereignung von Verfügungsrechten entstehen, werden als Transaktionskosten bezeichnet.⁸² Auf diese wird im Folgenden näher eingegangen.

⁷⁹ Vgl. Göbel (2002), S. 92 f. und Hoffmann (1996), S. 221.

⁸⁰ Vgl. Richter (2003), S. 96.

⁸¹ Vgl. Demsetz (1967), S. 348. Unter externen Effekten werden Abhängigkeiten zwischen zwei oder mehreren ökonomisch Handelnden verstanden. Siehe hierzu Cornes (1996) und Davis (1977).

⁸² Vgl. Coase (1978), S. 164 ff.

2.2.4. Transaktionskostentheorie

Erst aus der Ablehnung der Forderung nach uneingeschränkter und kostenloser Information sowie aus der Vereinbarung oder Übereignung von Verfügungsrechten ergeben sich Transaktionskosten. Dieser Begriff wurde bereits 1937 von COASE in seinem häufig zitierten Aufsatz „The Nature of the Firm“ geprägt.⁸³ Bei Transaktionskosten handelt es sich um Kosten der Information, der Vereinbarung und der Durchführung.⁸⁴

Transaction costs „ consist of the costs of measuring the valuable attributes of what is being exchanged and the costs of protecting rights and policing and enforcing agreements ...“⁸⁵

Dabei sind Transaktionskosten strikt von den Produktionskosten abzugrenzen, die durch das technische Niveau der Leistungserstellung und -abwicklung bestimmt werden.⁸⁶ Allerdings ist in der Praxis eine exakte Trennung zwischen Produktions- und Transaktionskosten nicht immer möglich und wirtschaftlich.⁸⁷ Die Höhe der Transaktionskosten wird durch den Faktor Unsicherheit gegenüber dem Transaktionsgegenstand und Vertragspartner, sowie ihrer Häufigkeit und Spezifität geprägt.⁸⁸ Das Ausmaß der Spezifität bemisst sich daran, ob die Transaktionskosten gegebenenfalls auch einer alternativen Verwen-

⁸³ Vgl. Coase (1937), S. 386 ff.

⁸⁴ Vgl. Tietzel (1981), S. 211 und Williamson (1985), S. 20. Arrow versteht unter Transaktionskosten schlicht die Kosten zur Betreuung eines Wirtschaftssystems. Vgl. Arrow (1969), S. 48. Bei Transaktionskosten handelt es sich allerdings nicht ausschließlich um monetäre Größen, sondern Opportunitätskosten wie Aufwand und Zeit werden ebenfalls in der Analyse berücksichtigt. Vgl. Picot (2002), S. 66.

⁸⁵ North (1990), S. 27.

⁸⁶ Vgl. Richter (2003), S. 67 ff.

⁸⁷ Vgl. Osterheld (2001), S. 104 ff.

⁸⁸ Vgl. Williamson (1979), S. 239.

dung zugeführt werden können.⁸⁹ Im Falle eines hohen Grades an Spezifität handelt es sich um einmalige bzw. fixe Transaktionskosten, die auch als „sunk costs“ bezeichnet werden.⁹⁰ In der vorliegenden Arbeit sind Transaktionskosten von Bedeutung, da sie Einfluss auf die Anreizstrukturen der jeweiligen Akteure haben.

2.2.5. Prinzipal-Agent-Theorie

Zur Erreichung der individuellen Ziele müssen Akteure sowohl in wirtschaftlichen als auch in politischen Prozessen mit anderen Akteuren in Leistungsbeziehungen treten, woraus Abhängigkeiten entstehen. Jedes Mal, wenn eine solche zwischen Handelnden vorliegt, besteht ein Prinzipal-Agent-Problem. Vereinfachend ausgedrückt bezeichnet der Begriff „Prinzipal“ einen Auftraggeber, während es sich bei dem Agenten um den Auftragnehmer handelt. Beispiele hierfür sind die Verhältnisse zwischen dem Eigentümer eines Unternehmens (Prinzipal) und dem von ihm eingesetzten Manager (Agent) oder zwischen Patient (Prinzipal) und Arzt (Agent). Konstitutive Elemente des Prinzipal-Agent-Problems sind **Informationsasymmetrien** und **externe Effekte**.⁹¹

⁸⁹ Vgl. Richter (2003), S. 50.

⁹⁰ Zu „sunk costs“ siehe Knauth (1992), S. 76.

⁹¹ Vgl. Ripperger (1998), S. 64. Für einen Überblick zur Prinzipal-Agent-Theorie siehe Picot (1995), Wolff (1995), S. 48 ff., Rasmusen (1994), S. 133 ff., Milgrom (1992), S. 214 ff., Pratt (1991), Arrow (1985) und Akerlof (1970).

Die positive Prinzipal-Agent-Theorie befasst sich mit der Identifizierung und Analyse von Verhaltensrisiken unter Vertragspartnern.⁹² Als Instrument zur Analyse der Neuen Institutionenökonomik betrachtet die Prinzipal-Agent-Theorie arbeitsteilig organisierte Beziehungen, bei denen die Rechtsfigur der Vertretung im Vordergrund steht.⁹³ Wenn ein Wirtschaftssubjekt als Eigentümer von Verfügungsrechten – in diesem Fall der Prinzipal – seine Rechte in vollem oder bedingtem Umfang an einen Vertreter – hier der Agent – delegiert, entsteht eine Prinzipal-Agent-Beziehung. Grundlage dieser Beziehung ist ein Vertrag, auf dessen Basis die Verfügungsrechte übertragen werden.⁹⁴ Das Instrument des Vertrages wird hier nicht ausschließlich im juristischen Sinne verstanden, sondern impliziert alle institutionellen Maßnahmen, mit Hilfe derer strategische Interaktionen von Akteuren definiert, beeinflusst und koordiniert werden können.⁹⁵

In diesem Abschnitt wird zunächst die Ausgangslage für eine Prinzipal-Agent-Beziehung erläutert, um darauf aufbauend die verschiedenen Typen asymmetrischer Information vorzustellen. Diese sind für die Analyse der Arbeit von erheblicher Bedeutung, da zwischen den Akteuren im politischen Entscheidungsprozess und Gesundheitswesen unterschiedliche Informationsasymmetrien vorliegen.

⁹² Vgl. Ripperger (1998), S. 64. Der Ansatz der positiven Prinzipal-Agent-Theorie, wie er in dieser Untersuchung Anwendung findet, ist weniger formal bzw. analytisch geprägt als der normative Prinzipal-Agent-Ansatz. Dieser versucht unter Zuhilfenahme mathematischer Modelle bestmögliche Vertragskonstellationen zu errechnen. Siehe hierzu u. a. Jost (2001). Die positive Prinzipal-Agent-Theorie untersucht Verträge mit Blick auf die Anreizwirkungen für den Prinzipal und den Agenten. Vgl. Richter (2003), S. 166. Grundlage für den positiven Ansatz sind die Arbeiten von Jensen (1976) und Fama (1983).

⁹³ Vgl. Zerth (2005), S. 29.

⁹⁴ Vgl. Picot (2002), S. 18 und Meinhövel (1999), S. 7.

⁹⁵ Vgl. Schweizer (1999), S. 5.

2.2.5.1. Ausgangslage

Grundlegende Voraussetzung einer Prinzipal-Agent-Beziehung ist das simultane Vorhandensein asymmetrischer Informationen sowie ein daraus resultierender Interessenkonflikt zwischen dem Prinzipal und dem Agenten, der zu unterschiedlichen strategischen Interaktionen der Parteien führt. Weiterhin divergiert die Risikoeinstellung zwischen Prinzipal und Agent.⁹⁶ Asymmetrische Informationen liegen vor, weil der Prinzipal die Aktivitäten des von ihm beauftragten Agenten nur eingeschränkt beobachten kann.⁹⁷ Der Agent hat einen Informationsvorsprung gegenüber dem Prinzipal.⁹⁸ In diesem Fall ist davon auszugehen, dass der Agent, unter der Annahme von eigennutzenmaximierendem Verhalten, seine Handlungen nicht ausschließlich an den Interessen des Prinzipals ausrichtet, sondern auch seinen eigenen Nutzen maximieren wird.⁹⁹ Es liegt folglich ein Interessenkonflikt vor. Das Nutzenniveau des Prinzipals hängt demnach direkt vom Verhalten des Agenten ab, so dass für den Prinzipal externe Effekte entstehen.¹⁰⁰ Ökonomische Akteure können in unterschiedlichen Vertragsbeziehungen verschiedene Rollen einnehmen. Zum Beispiel kann ein Handelnder gegenüber dem Vertragspartner A in der Rolle

⁹⁶ Vgl. Jost (2001), S. 23.

⁹⁷ Vgl. Jost (2001), S. 13 ff., der darauf hinweist, dass Interessenkonflikt und Informationsasymmetrie wesentliche Merkmale der Prinzipal-Agent-Theorie sind. Vgl. Jost (2001), S. 21.

⁹⁸ Vgl. Karmann (1992), S. 557 und Eggertson (1990), S. 41.

⁹⁹ Vgl. Picot (2002), S. 16. Hierbei handelt es sich um opportunistisches Verhalten des Agenten gegenüber seinem Auftraggeber, dem Prinzipal. Der Agent nutzt diskretionäre Handlungsspielräume, die ihm durch die Unbeobachtbarkeit seiner Handlungen entstehen, zu seinem Vorteil und dem Nachteil des Prinzipals aus. Vgl. Jost (2001), S. 21.

¹⁰⁰ „Externe Effekte (Externalitäten) entstehen, wenn mit der Produktion oder Konsumption eines Gutes Nachteile oder Vorteile für Dritte verbunden sind, die nicht in den Kauf-, Produktions- und Verkaufsentscheidungen der unmittelbar Beteiligten berücksichtigt werden und deshalb Preisbildung und Marktgleichgewicht beeinflussen.“, Hajen (2006), S. 58. Siehe auch Pratt (1991), S. 2 und Arrow (1985), S. 38 f.

des Prinzipals sein, gleichzeitig befindet er sich aber gegenüber Vertragspartner B in der Funktion des Agenten. Es ergibt sich somit in ökonomischen Austauschbeziehungen ein „Geflecht ineinander verschränkter Prinzipal-Agent-Beziehungen“¹⁰¹. Zwischen Prinzipal und Agent wird ein relationaler Vertrag geschlossen, bei dem es sich nicht um einen klassischen Vertrag im Rechtssinne handelt, sondern um das „soziale Verhältnis einer Prinzipal-Agent-Beziehung.“¹⁰² Am Beispiel des Gesundheitswesens lassen sich unterschiedliche Prinzipal-Agent-Beziehungen aufzeigen, wie zwischen Patient (Prinzipal) und Leistungserbringer (Agent), Krankenversicherung und Versicherten sowie Leistungserbringer und Krankenversicherung. Bei den zwei letztgenannten Verhältnissen sind die Rollen des Prinzipals und des Agenten wechselseitig austauschbar. Dabei können die aus dem Prinzipal-Agent-Problem entstehenden Verhaltensunsicherheiten der Akteure, resultierend aus asymmetrischer Informationsverteilung, in verschiedene Typen von Problemen klassifiziert werden. Als Unterscheidungsmerkmale der Probleme dienen die Kriterien, ob das Verhalten des Agenten vor Vertragsabschluss determiniert ist und inwieweit dieses nach Vertragsabschluss vom Prinzipal beobachtbar ist.¹⁰³

¹⁰¹ Picot (2002), S. 85.

¹⁰² Hajen (2006), S. 63.

¹⁰³ Vgl. Spremann (1990), S. 571 ff. und Spremann (1988), S. 614.

	Typen von Informationsasymmetrien			
	hidden action	hidden information	hidden characteristics	hidden intention
Ursprung des Informationsdefizits	endogen	exogen	exogen	
Zeitpunkt des Informationsdefizits	ex post	ex post	ex ante	ex ante / ex post
Vertragsproblem	moralisches Risiko	moralisches Risiko	adverse Selektion	hold up

Tab. 1: Klassifikation versch. Vertragsbeziehungen mit asymmetrischer Information¹⁰⁴

2.2.5.2. Hidden action

Wenn der Prinzipal nach seinem Vertragsabschluss mit dem Agenten zwar die Handlungsergebnisse sieht, nicht aber dessen Verhalten beobachten kann, wird von **versteckter / verborgener Handlung (hidden action)** gesprochen. Diese Informationsasymmetrie ist *endogen*, da sie vom Verhalten des Agenten selbst ausgelöst wird. Weiterhin findet sie *nach* Vertragsabschluss statt, so dass von einer asymmetrischen Information *ex post* gesprochen werden kann. Die Kosten einer Kontrolle wären in einer solchen Situation prohibitiv hoch, denn der Prinzipal hat keine Möglichkeit herauszufinden, ob das Ergebnis aufgrund der Leistung des Agenten zustande gekommen oder auf äußere Umstände zurückzuführen ist.¹⁰⁵ Folglich hat der Agent einen dis-

¹⁰⁴ Entnommen Jost (2001), S. 25, der allerdings nur die drei Spalten hidden action, hidden information und hidden characteristics aufführt. Die vierte Spalte der hidden intention ist vom Autor dieser Arbeit ergänzt worden.

¹⁰⁵ Vgl. Jost (2001), S. 25.

ktionären Spielraum, in dem er mangelnde eigene Leistung hinter exogenen Umwelteinflüssen verstecken kann, so dass der Prinzipal nicht aus dem Aufgabenerfolg auf die Qualität des Handelns des Agenten schließen kann.¹⁰⁶ Hieraus resultierend kann sich der Agent für ein „Anstrengungsniveau“ entscheiden, das nicht im Sinne des Prinzipals ist, ohne dabei mit Nachteilen rechnen zu müssen.

„Die Gefahr, dass der Agent das Informationsdefizit des Prinzipals zu seinem Vorteil ausnutzt, wird als **moralisches Risiko** bezeichnet.“¹⁰⁷

Das Ausmaß des **moralischen Risikos (moral hazard)** ist umso gravierender, je umfangreicher der Handlungsspielraum des Agenten ist und je geringer gleichzeitig die Möglichkeiten der Kontrolle durch den Prinzipal sind. Sein Ziel ist es daher, das **moralische Risiko** durch einen entsprechenden Vertrag im Vorfeld zu begrenzen, in dem er die Möglichkeit strategischen Verhaltens durch den Agenten bei der Vertragsgestaltung berücksichtigt. Ein optimaler Vertrag zwischen den beiden Parteien muss daher zwei Anforderungen erfüllen: Erstens muss ein solcher Vertrag Anreize setzen, den vereinbarten Arbeitseinsatz auch tatsächlich zu leisten. Das bedeutet, dass der Agent in Abhängigkeit seines Arbeitsergebnisses entlohnt wird. Zweitens muss der Vertrag mit einem risikoaversen Agenten diesen gegen Einkommensverluste absichern. Aus diesen beiden Anforderungen ergibt sich ein Konflikt, den ein optimaler Vertrag durch seine Ausgestaltung lösen muss.¹⁰⁸ Des Weiteren kann das opportunistische Verhalten des Agenten durch eine Verringerung der Informationsasymmetrie mit Hilfe von *monitoring* beeinflusst werden. Unter *monitoring* versteht

¹⁰⁶ Vgl. Erlei (1999), S. 112.

¹⁰⁷ Jost (2001), S. 26 oder ähnlich Pratt (1991), S. 33.

¹⁰⁸ Vgl. Jost (2001), S. 26 und S. 53.

man Überwachungsinstrumente und Berichtssysteme, mit denen der Prinzipal den Agenten kontrolliert.¹⁰⁹

2.2.5.3. Hidden information

Diese Art der Informationsasymmetrie ähnelt der **hidden action** in dem Sinne, dass der Zeitpunkt des Informationsdefizits *ex post*, d. h. nach Vertragsabschluss auftritt. Während des Vertragsabschlusses sind beide Vertragspartner gleichmäßig informiert. Im Gegensatz zur **hidden action** entsteht bei der **versteckten Information (hidden information)** das Informationsdefizit hingegen exogen: Das Problem für den Prinzipal besteht darin, dass der Agent nach Vertragsabschluss Informationen erhält, die dem Prinzipal nicht zur Verfügung stehen. Der Agent hat die Möglichkeit, diese Informationen zu seinem ausschließlichen Nutzen zu verwenden.¹¹⁰ Zwar ist das Verhalten des Agenten durch den Prinzipal beobachtbar, allerdings kann dieser aus Mangel an Sachkenntnis die Anstrengungen des Agenten im Verhältnis zu den Umwelteinflüssen nicht bewerten, wodurch sich dieser erneut der Verantwortung für die Ergebnisse seines Handelns entziehen kann.¹¹¹ Auch hier besteht wie zuvor im Falle der **hidden action** ein **moralisches Risiko**.

¹⁰⁹ Vgl. Picot (2002), S. 94 f.

¹¹⁰ Vgl. Jost (2001), S. 77.

¹¹¹ Vgl. Richter (2003), S. 196.

2.2.5.4. Hidden characteristics

In der Situation der **hidden characteristics** kann der Prinzipal zwar das Verhalten des Agenten beobachten, aufgrund von nicht erkennbaren Eigenschaften des Agenten ist es dem Prinzipal allerdings unmöglich, die Aufgabendurchführung zu bewerten.

Der Agent verfügt über eigene Informationen in Bezug auf seine Fähigkeiten. Dieses Informationsdefizit des Prinzipals besteht ex ante, vor Vertragsabschluss, da der Agent besser über seine persönlichen Fähigkeiten Bescheid weiß als der Prinzipal.¹¹² Gleichzeitig sind diese Verhaltensmerkmale des Agenten determiniert, weil der Prinzipal nach Vertragsabschluss weder durch Motivation noch durch Zwang auf sie einwirken kann.¹¹³ Der Prinzipal unterliegt der Gefahr der **adversen Selektion (adverse selection)** bei der Auswahl eines Agenten, der im Nachhinein aus mangelnden Fähigkeiten nicht seinen Ansprüchen genügt.¹¹⁴ Eine Reduzierung der Informationsasymmetrie kann sowohl durch den Agenten als auch durch den Prinzipal vorgenommen werden. Wenn die Initiative vom Agenten ausgeht, wird vom so genannten **signalling** gesprochen. Hierbei versucht der Agent, seine Fähigkeit und Qualifizierung durch die Vorlage von Zeugnissen oder anderen Nachweisen zu unterstreichen.¹¹⁵ Organisiert sich der Prinzipal selbst Informationen über die Fähigkeiten seines Agenten, handelt es sich um **Screening**. Methoden des Screenings können zum Beispiel Tests und Gutachten sein. Darüber hinaus kann ein Prinzipal im Auswahlprozess mehreren potentiellen Agenten unter-

¹¹² Vgl. Picot (2002), S. 88.

¹¹³ Vgl. Spremann (1990), S. 565 ff.

¹¹⁴ Vgl. Jost (2001), S. 28. Das Phänomen der adversen Selektion wurde erstmals von Akerlof am Beispiel des Gebrauchtwagenmarktes aufgezeigt. Siehe hierzu Akerlof (1970).

¹¹⁵ Vgl. Jost (2001), S. 29.

schiedliche Verträge anbieten. In Abhängigkeit von der Vertragsauswahl des jeweiligen Bewerbers sind dem Prinzipal Rückschlüsse möglich, auf die verborgenen Eigenschaften des Kandidaten.¹¹⁶ Hierbei unterliegt der Prinzipal allerdings dem Problem, dass er a priori nicht davon ausgehen kann, dass der Vertragskandidat die Wahrheit sagt. Aus der Tatsache, dass der Prinzipal den Wahrheitsgehalt der Antwort des eventuellen Agenten nicht überprüfen kann, resultieren für diesen keine Nachteile im Falle einer falschen Aussage.¹¹⁷

2.2.5.5. Hidden intention

Hinsichtlich der Verhaltensunsicherheit der **hidden intention** bleiben dem Prinzipal die Absichten des Agenten sowohl vor als auch nach Vertragsabschluss verborgen. Der Prinzipal ist also weder in der Lage, die Absichten des Agenten im Fall von Interessenkonflikten einzuschätzen noch kann der Prinzipal Einfluss auf die Absichten des Agenten nehmen. Wenn das Vertragsverhältnis bereits besteht, ist diese Informationsasymmetrie für den Prinzipal besonders riskant, weil sich dieser in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Agenten begibt.¹¹⁸ Das Ausnutzen der einseitigen Abhängigkeit des Prinzipals durch den Agenten wird als **hold up** bezeichnet.¹¹⁹ Jenes Risiko entsteht durch spezifische Investitionen des Prinzipals, indem die Investitionen - und nicht wie bei den übrigen Verhaltensunsicherheiten die Informati-

¹¹⁶ Vgl. Picot (2002), S. 91 f. Die Situation zwischen Prinzipal und Agent ließe sich auch wie folgt schildern: „Ich habe zwei Verträge zur Auswahl, für jeden Typ von Agenten einen. Sag mir, welcher Typ Du bist und ich werde Dir den entsprechenden Vertrag offerieren.“, Jost (2001), S. 71.

¹¹⁷ Vgl. Jost (2001), S. 72.

¹¹⁸ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 39 und Alchian (1988), S. 67 f.

¹¹⁹ Vgl. Alchian (1988), S. 67 f.

onsasymmetrien - das Hold-up-Problem ausmachen. Zur Überwindung dieser Gefahr kann der Prinzipal nur versuchen, ein wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis aufzubauen, so dass ein Machtgleichgewicht entsteht. Dadurch verringert der Erwerb von Eigentum an spezifischen Investitionen das Hold-up-Risiko.¹²⁰ Eine Alternative für den Prinzipal wäre es, vor Vertragsabschluss (ex ante) die Verfügungsgewalt über ein Sicherungsgut im Sinne eines Pfandes zu erlangen. Er hätte dadurch die Möglichkeit einer wirksamen Gegendrohung für den Fall einer **Hidden-intention-Situation**, so dass das zuvor einseitige Abhängigkeitsverhältnis in ein beidseitiges umgewandelt würde.¹²¹

Die hier aufgeführten Informationsasymmetrien dienen als Grundlage für die Analyse der Frage, warum ein Systemwechsel im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht stattfindet.

2.2.6. Neue Politische Ökonomik

Die Entstehung der der Neuen Politischen Ökonomik¹²² (NPÖ) wird auf das Jahr 1957 datiert, in welchem sie das erste Mal durch ANTHONY DOWNS und PHILIPP HERDER-DORNEICH Erwähnung fand. DOWNS und HERDER-DORNEICH haben als erste die Methodik und Axiomatik der Wirtschaftswissenschaften auf den Bereich der Politik angewendet. Ihr Ziel war es, die Interdependenz zwischen Wirtschaft und Staat

¹²⁰ Vgl. Hart (1995).

¹²¹ Vgl. Ripperger (1998), S. 67.

¹²² Die Namensgebung geht im deutschsprachigen Raum maßgeblich auf Frey (1970), S. 1 ff. und Kirchgässner (1988), S. 53 zurück. Bereits im Jahr 1968 verwendete Mitchell den Begriff wie folgt: „A NEW interdisciplinary field is emerging that links the subjectmatter of political science with the methods and theories of economics. No name as yet has been institutionalized to designate this field; I prefer to call it the ‚newpolitical economy‘.“ Mitchell (1968), S. 76.

aufzuzeigen, die seit der Klassik zunehmend einer Betrachtung durch die Volkswirtschaftslehre entzogen wurde.¹²³ Dabei gilt für HERDER-DORNEICH das allgemeine Modell, in welchem Anbieter Nachfragern gegenüber stehen, denen sie ihre Produkte bzw. Leistungen anbieten und gleichzeitig Ressourcen nachfragen:

„Ökonomisch formuliert, stellen sich die Anbieter als ‚Unternehmer‘ dar, die Nachfrager als ‚Konsumenten‘; die angebotenen Leistungen sind wirtschaftliche Waren. Die Ressourcen werden in Form von Preisen bereitgestellt. Der Wettbewerbsdruck zwingt zu Gewinnmaximierung.“¹²⁴

Gleichzeitig kann dieses allgemeine Modell auch politisch interpretiert werden:

„Als politisches Modell formuliert, sind die Anbieter die ‚Politiker‘, die Nachfrager sind die ‚Wähler‘. Die Politiker bieten ‚politische Programme‘ an, die Wähler geben ihre ‚Wahlstimmen‘ dafür ab. Wettbewerbsdruck zwingt die Politiker dazu, Mehrheiten zu bilden, da sie anders nicht ihre Politik durchführen können.“¹²⁵

Der Grundgedanke HERDER-DORNEICHS war, die Modelle analog auch auf andere soziale Systeme zu übertragen.¹²⁶ Bei diesem Vergleich ist die wesentliche Überlegung die, dass sich in einem sozialen Mechanismus zwei Aggregate oder Parteien gegenüberstehen. Hierbei wird von einem Anbieter und einem Nachfrager ausgegangen, die

¹²³ Vgl. Herder-Dorneich (1992), S. 18.

¹²⁴ Herder-Dorneich (1992), S. 18.

¹²⁵ Herder-Dorneich (1992), S. 18.

¹²⁶ Das Verfahren der Analogiebildung führte zu großen Missverständnissen. Die von Herder-Dorneich als Arbeitshypothese verstandene Auffassung wurde so interpretiert, als spräche er über Tatsachen in dem Sinne, „alle Politiker (seien) von sich aus machtgierig (...) und (hätten) somit einen üblen Charakter ...“ Herder-Dorneich (1992), S. 18. Dies führte dazu, dass Herder-Dorneich seine Dissertation 1959 zunächst unter einem Pseudonym veröffentlichte. Vgl. hierzu Herder-Dorneich (1959).

mittels zweier Leistungsströme miteinander in Rückkoppelung treten. In Bezug auf das Wirtschaftssystem handelt es sich um den Leistungsstrom des Güteraustausches und den Steuerungsstrom in Form von Geldfluss. Im politischen System ist unter dem Leistungsstrom das politische Programm und unter dem Steuerungsstrom das Wählerstimmverhalten zu verstehen.¹²⁷ Für die weitere Analyse dieser Arbeit sind die Leistungsströme im politischen System von erheblicher Bedeutung, da anhand dieser untersucht wird, warum die Einführung eines Reformkonzeptes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Widerstand bei den Akteuren stößt. Die damit einhergehenden Wechselwirkungen zwischen dem Wirtschaftssystem und dem politischen Sektor lassen sich wie folgt skizzieren:

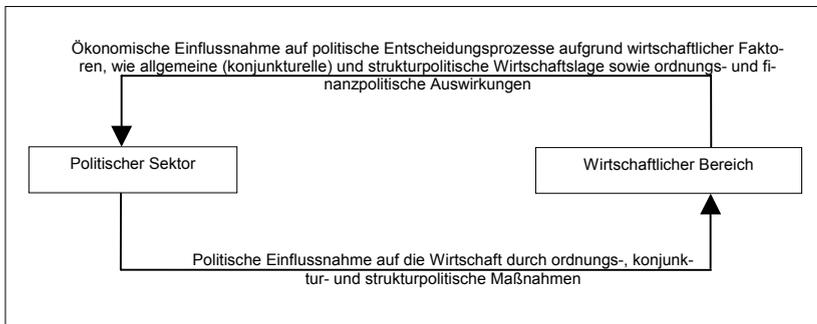


Abb. 5: Einfaches Modell politisch-ökonomischer Interdependenz¹²⁸

¹²⁷ Vgl. Herder-Dorneich (1959), S. 19. Dieses Grundmodell einer Zwei-Aggregate-Ökonomik mit rückkoppelndem Regelkreis wurde im weiteren Verlauf ausdifferenziert. Es gab die Entwicklungsansätze der Rückkoppelung, der Mehr-Aggregate-Ökonomie und der Systemrationalität. Hinsichtlich grundlegender Literatur in Bezug auf die Neue Politische Ökonomik wird auf Frey (2002), Kirsch (2004), Mueller (1997), Bernholz (1994), Mueller (1989), Lehner (1981), Frey (1977) und Barry (1975) verwiesen. Eine umfassende Angabe von Literaturquellen findet sich bei Erlei (1999), S. 366 ff. und bei Behrends (2001), S. 16 f.

¹²⁸ Entnommen Behrends (2001), S. 1.

Die Entscheidungsträger des politischen Sektors wirken auf den wirtschaftlichen Bereich ein, da dieser zur Funktionsfähigkeit bestimmter ordnungspolitischer Maßnahmen¹²⁹ bedarf. Darauf reagieren die Teilnehmer des wirtschaftlichen Bereichs in ihrer Funktion als Wähler mit einer bestimmten Wahlentscheidung, die wiederum Einfluss auf die politische Ebene hat.¹³⁰ Diese Interdependenz von politischer und wirtschaftlicher Ebene bildet eine Grundvoraussetzung für die weitere Untersuchung, weshalb folgende Definition gelten soll:

„Neue Politische Ökonomie wird in ihrer ursprünglichen Ausprägung als gemeinsamer Begriff für Theorien und Forschungsgebiete verwendet, die das Instrumentarium der modernen – **hauptsächlich neoklassischen – Wirtschaftstheorie**, wie den **methodologischen Individualismus**, das **Rationalverhalten** sowie das **Eigeninteresse** bzw. **Eigennutzenaxiom**, für die Erklärung (wirtschafts-) politischer Strukturen und Prozesse anwenden, wobei die **wechselseitigen Beziehungen von Wirtschaft und Politik** im Vordergrund stehen.“¹³¹

Bei der Anwendung der NPÖ als Theorie zur Erklärung von Verhaltensweisen stellt sich die Frage des Ausgangspunktes. Dieser besteht in der Annahme, dass die Individuen in allen Lebens- und Gesellschaftslagen Wahlhandlungen vornehmen. Jeder Einzelne muss ständig Entscheidungen zwischen unterschiedlichen Alternativen treffen. Selbst wenn er nicht wählt, ist dies eine Wahl im Sinne einer Entscheidung zwischen dem Wählen und der Akzeptanz dessen, was ohne seine aktive Beisteuerung entschieden wird. Der Wähler hat die

¹²⁹ Bei diesen Maßnahmen handelt es sich unter anderem um ordnungs-, konjunktur- und strukturpolitische Instrumentarien, die sich unterschiedlich auf die allgemeine, konjunkturelle und strukturelle Wirtschaftslage auswirken. Vgl. Behrends (2001), S. 1 f.

¹³⁰ Vgl. Behrends (2001), S. 1 f., die von einem Prozess der Rückkoppelung spricht.

¹³¹ Behrends (2001), S. 1.

Möglichkeit, sich zwischen verschiedenen Parteien zu entscheiden; ein Politiker kann sich unterschiedlichen Wahlprogrammen anschließen.

Aufgabe der NPÖ ist es, die Politik und die damit einhergehenden Wahlentscheidungen aus Sicht der Wirtschaftswissenschaften zu untersuchen.¹³² In diesem Sinne werden im Verlauf der Arbeit die Handlungen der Akteure untersucht, die am politischen Entscheidungsprozess beteiligt sind.

2.3. Strukturen des Gesundheitswesens

In diesem Abschnitt wird ein Grundmodell des Gesundheitssystems vorgestellt. Ziel ist es, die Beziehungen der unterschiedlichen Akteure zueinander aufzuzeigen und die jeweiligen Handlungsanreize zu verdeutlichen. Aufbauend hierauf wird in Kapitel 4 das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland im Hinblick auf Generationengerechtigkeit untersucht. Weiterhin ist ein Verständnis für die unterschiedlichen Verträge wichtig, welche die Akteure miteinander abgeschlossen haben, da hierauf die Argumentation in Kapitel 5 basiert.

2.3.1. Interaktionsmodell

In der vorliegenden Arbeit wird innerhalb des Gesundheitssystems vom Versicherungsprinzip zur Vermeidung des Risikos von Krank-

¹³² Vgl. Kirsch (2004), S. 3 f.

heitskosten ausgegangen, das entweder nach dem Solidar- oder nach dem Äquivalenzprinzip ausgestaltet sein kann.¹³³

Das Gesundheitssystem beinhaltet dabei alle Institutionen und Personen,

„deren Aufgabe es ist, Ziele der Medizin wie die Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten zu verfolgen.“¹³⁴

Für die Analyse eines Gesundheitssystems sind vor allem die Form der Finanzierung und die Anreize für Anbieter und Nachfrager der Gesundheitsleistungen von Interesse.¹³⁵ Bei den Anbietern und Nachfragern handelt es sich auf der Mikro-Ebene um die Patienten¹³⁶, die Krankenversicherungen¹³⁷ und die Leistungserbringer¹³⁸, die wechselseitig miteinander in Beziehung stehen.¹³⁹ Der Versicherte erwirbt aufgrund seines Versicherungsvertrages einen Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenversicherung.¹⁴⁰

¹³³ Vgl. Ecker (2000), S. 37. In Abgrenzung zum versicherungszentrierten Gesundheitswesen gibt es Gesundheitssysteme, in denen der Staat die Gesundheitsleistungen organisiert. Hierbei handelt es sich um das Fürsorge- und das Versorgungsprinzip. Siehe hierzu Kath (1999), S. 503 ff.

¹³⁴ Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 175.

¹³⁵ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 176.

¹³⁶ Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Begriffe Patient und Versicherter synonym verwendet.

¹³⁷ Hinsichtlich der Krankenversicherung wird an dieser Stelle noch nicht zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) unterschieden.

¹³⁸ Zu Leistungserbringern im Gesundheitswesen zählen Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaunternehmen, Apotheker, die medizintechnische Industrie, Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln usw. In der weiteren Untersuchung bezieht sich der Begriff der Leistungserbringer vorwiegend auf Ärzte und auf die Pharmaindustrie. Beispielhaft werden anhand dieser die Vertragsbeziehungen und Anreize ausgehend von den Leistungserbringern analysiert.

¹³⁹ Vgl. Ecker (2000), S. 37.

¹⁴⁰ Dies gilt sowohl für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch für freiwillige Krankenversicherungen.

Die Versicherung wiederum verhandelt mit den unterschiedlichen Leistungserbringern, welche Leistungen diese den Patienten anbieten müssen.¹⁴¹

Hierbei handelt es sich um den Sicherstellungsvertrag, der Honorierungssysteme und Leistungsversprechen regelt. Das dritte Vertragsverhältnis, der Behandlungsvertrag, besteht zwischen Leistungserbringer und Patient.¹⁴²

Die Vertragsbeziehungen der Akteure untereinander sind in nachfolgender Abbildung nochmals graphisch dargestellt.

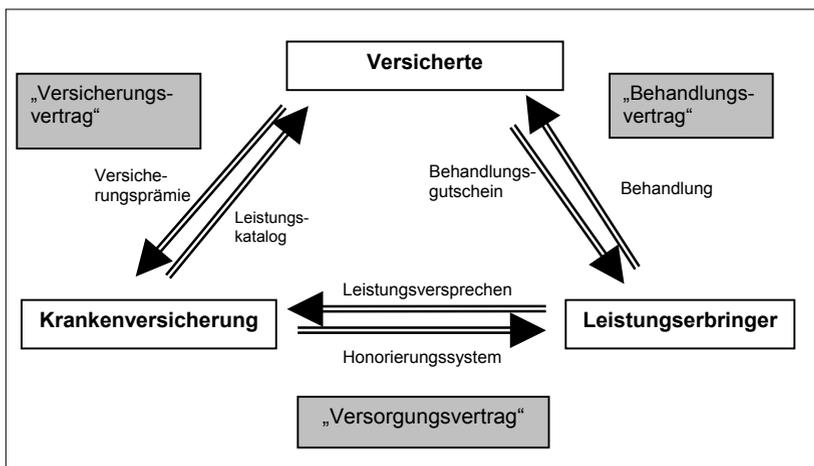


Abb. 6: Akteure und Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen¹⁴³

¹⁴¹ Vorwiegend betrifft dies gesetzliche Krankenversicherungen. Private Krankenversicherungen vereinbaren bei Vertragsabschluss mit dem Versicherungsnehmer einen Leistungskatalog und dann kann der Versicherte im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips seine Rechnungen von Leistungsanbietern zur Kostenerstattung einreichen. Dementsprechend verhandeln Anbieter privater Krankenversicherungen in der Regel nicht direkt mit Leistungserbringern über deren Leistung und Honorar.

¹⁴² Vgl. Oberender (2001), S. 37 f.

¹⁴³ Entnommen Oberender (2001), S. 37.

2.3.2. Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag beinhaltet das institutionelle Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer. Die Vergütung des Leistungserbringers erfolgt entweder durch den Patienten selbst oder durch seine Versicherungsgesellschaft.¹⁴⁴ Als Nachfrager von gesundheitlichen Untersuchungen oder Behandlungen steht dieser vor einem Problem, weil er die Auswirkungen der Behandlung auf seine Gesundheit beziehungsweise die Qualität des Leistungserbringers in vielen Fällen nicht einschätzen kann.¹⁴⁵ Der Patient ist auf die Interpretation der medizinischen Leistung durch den Leistungsanbieter angewiesen. Dementsprechend ist der Prozess der Leistungserstellung zwischen Patient und Leistungserbringer sowie damit auch der Behandlungsvertrag durch beidseitige Informationsasymmetrien gekennzeichnet.¹⁴⁶ Der Leistungserbringer verfügt aufgrund seines Fachwissens über einen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten.¹⁴⁷ Dagegen ist der Patient mit seiner persönlichen Lebensweise vertrauter und kennt seine Bereitschaft, an der Leistungserbringung mitzuwirken, besser.¹⁴⁸ Mögliche Schwierigkeiten im Behandlungsvertrag resultieren aus der asymmetrischen Informationsverteilung, wenn die Ziele vom Patienten (Prinzipal) und Leistungserbringer

¹⁴⁴ Im Falle einer Bezahlung des Leistungserbringers durch den Patienten muss dieser von der gesetzlichen Pflicht zur Krankenversicherung entbunden sein. Er kommt für die entstandenen Kosten entweder selbst auf oder reicht im Verfahren des Kostenerstattungsprinzips seine Aufwendungen bei der PKV ein. Wenn der Leistungserbringer direkt von der Krankenversicherung des Patienten vergütet wird, handelt es sich um das Sachleistungsprinzip.

¹⁴⁵ Vgl. Hajen (2006), S. 64 f.

¹⁴⁶ Vgl. Kortendieck (1993), S. 134 ff.

¹⁴⁷ Vgl. Arrow (1963), S. 951 f.

¹⁴⁸ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 51 und Donaldson (1993), S. 43. Die Mitwirkungs- und Sorgfaltspflichten des Patienten sowie die Frage, inwieweit er den Anweisungen des Arztes nachkommt, werden als Compliance bezeichnet. Vgl. Hajen (2006), S. 65.

(Agent) nicht kompatibel sind und der Prinzipal den Agenten aufgrund bestehender Kontrollkosten nur bedingt überprüfen kann.¹⁴⁹

Ein Anreiz hinsichtlich des Behandlungsvertrags besteht für den Patienten in dem Vorteil, dass der Wert der Gesundheitsverbesserung die hierfür zu entrichtenden Kosten voraussichtlich übersteigt.¹⁵⁰ Die Leistungsanbieter haben, sofern es sich um Privatunternehmen handelt, wovon in dieser Untersuchung ausgegangen wird, sowohl das Ziel, die Qualität ihrer Leistung zu maximieren als auch simultan hierzu ihr Einkommen.¹⁵¹ Resultierend aus der asymmetrischen Informationsverteilung zu Gunsten des Leistungserbringers hat dieser die Möglichkeit, die Zahlungsbereitschaft des Patienten auszunutzen. Das ist der Fall, sofern der Leistungserbringer den Patienten zu höheren Ausgaben für seine Gesundheit veranlasst als dieser bereit wäre bei perfekter Information zu tätigen.¹⁵² Eine derartige opportunistische Vorgehensweise des Leistungserbringers, die auf seinem Informationsvorsprung basiert, wird als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet.¹⁵³

¹⁴⁹ Vgl. Zerth (2005), S. 34 und Hajen (2006), S. 64 f.

¹⁵⁰ Bei den Kosten handelt es sich entweder um die Prämie für die Krankenversicherung und eine eventuelle Eigenbeteiligung oder für den Fall, dass kein Versicherungsschutz vorliegt, das Honorar des Leistungserbringers. In beiden Fällen sind den Kosten Transaktionskosten für die Überprüfung des Leistungserbringers hinzuzurechnen.

¹⁵¹ Vgl. Zerth (2005), S. 35 f. Zur Qualität der ärztlichen Behandlung siehe Breyer (2005), S. 382 und S. 397 ff.

¹⁵² Vgl. McGuire (1995), S. 156 ff.

¹⁵³ Vgl. Hajen (2006), S. 70 f. Zu der Tatsache, dass die Anzahl der pro Patient erbrachten Leistungen mit der Ärztedichte korreliert siehe bereits Krämer (1981), S. 45 ff., McGuire (1995), S. 160 und Breyer (2005), S. 240 ff. Cromwell und Mitchell haben in einer Studie belegt, dass chirurgische Leistungen sowohl deutlich mit der Anzahl von Chirurgen als auch mit deren Gehaltsniveau steigen. Für beide Variablen gelten Elastizitäten um 0,9. Vgl. Cromwell (1986), S. 239 ff. Beispiele für auffällig steigende Knochenichtmessungen zur Osteoporose-Früherkennung finden sich bei Lange (1994), S. 56 ff.

2.3.3. Versicherungsvertrag

Der Versicherungsvertrag gestaltet das Verhältnis zwischen dem Versicherten (Patienten) und der Krankenversicherung.¹⁵⁴ Der Versicherte bezahlt eine Prämie an die Versicherung und erhält von dieser die Garantie, dass sie bei Eintritt des Schadensfalles für die Kosten¹⁵⁵ aufkommt.¹⁵⁶ Das individuelle finanzielle Risiko, resultierend aus einer Krankheit, wird vom Versicherten auf seine Versicherung übertragen.¹⁵⁷ Durch eine Versicherung wird die ursprüngliche Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung im Behandlungsvertrag geändert. Zwischen dem Patienten und dem Leistungserbringer ist ausschließlich eine Leistungsbeziehung vorhanden, da der Patient den Leistungserbringer weiterhin unmittelbar mit der Leistungserbringung beauftragt.¹⁵⁸ Die Honorarverpflichtung des Patienten wird dabei auf die Versicherung übertragen.

Ähnlich wie beim Behandlungsvertrag ist auch beim Versicherungsvertrag die Information auf beiden Vertragsseiten asymmetrisch verteilt. Dies gilt sowohl zu Gunsten der Versicherungen als auch der Versicherungsnehmer. Die Krankenversicherung hat weder vor noch nach Vertragsabschluss hinreichende Kenntnisse über das Kostenrisiko und die Verhaltensweisen¹⁵⁹ des Versicherten. Ein Informationsnachteil beim Versicherungsnehmer besteht in der fehlenden Kenntnis über die Zahlungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Versi-

¹⁵⁴ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 48.

¹⁵⁵ Die Übernahme der Kosten gilt auch für das Sachleistungsprinzip der GKV, da hier die Kosten der Leistungserbringer ebenfalls von der Versicherung getragen werden.

¹⁵⁶ Vgl. Farny (2000), S. 8.

¹⁵⁷ Vgl. Phelps (2003), S. 307 f.

¹⁵⁸ Vgl. Zerth (2005), S. 36.

¹⁵⁹ Zu den Verhaltensweisen zählen z. B. gefährliche Sportarten, Vorerkrankungen und ein ungesunder Lebensstil.

cherung im Falle eines Schadens sowie über deren Seriosität bei der Beitragskalkulation.¹⁶⁰

Der Anreiz für einen Patienten, eine Krankenversicherung abzuschließen, ist vorhanden wegen der Risikoübernahme durch die Versicherung. Aus der Unsicherheit des Patienten über die Wahrscheinlichkeit und die Höhe krankheitsbedingter zukünftiger finanzieller Schäden entsteht sein Interesse am Abschluss eines Versicherungsvertrages mit einer Krankenversicherung.¹⁶¹

„Eine Versicherung wird von einem Patienten dann vorgezogen, wenn eine risikoaverse Person den aktuellen Nutzen eines sicheren Einkommens dem erwartenden Nutzen eines unsicheren Einkommens vorzieht.“¹⁶²

Für eine Krankenversicherung besteht, sofern es sich um ein privates Unternehmen handelt, der Anreiz darin, Gewinne zu erzielen. Gesetzliche Krankenversicherungen haben als Körperschaft öffentlichen Rechts einen staatlichen Auftrag zu erfüllen.¹⁶³

2.3.4. Versorgungsvertrag

Institutioneller Rahmen für die Nachfrage der Krankenversicherung nach Leistungsverpflichtungen durch den Leistungserbringer ist der

¹⁶⁰ Vgl. Hajen (2006), S. 66.

¹⁶¹ Vgl. Kortendieck (1993), S. 155 ff.

¹⁶² Zerth (2005), S. 37.

¹⁶³ Für die optimale Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen auch unter Berücksichtigung von moral hazard siehe Kapitel 4 von Breyer (2005), S. 221. Eine so differenzierte Analyse der Krankenversicherungsverträge ist für diese Arbeit nicht notwendig. Für die spätere Analyse reichen ein allgemeines Verständnis hinsichtlich des Versicherungsvertrags, die Anreize des Versicherten und der Versicherung sowie das Prinzipal-Agent-Problem aus.

Versorgungsvertrag. Dieser regelt die medizinische Versorgung der Versicherten auf der einen Seite und das Honorierungssystem der Leistungserbringer auf der anderen Seite.¹⁶⁴ Dementsprechend übernimmt die Krankenversicherung im Versorgungsvertrag als Agent des Prinzipals Patient bzw. Versicherten die Aufgabe, besonders qualifizierte und kostengünstige Leistungserbringer auszuwählen. Hierdurch erhält der Patient einen Vorteil, weil davon auszugehen ist, dass die Krankenversicherung über ein höheres Maß an Informationen im Hinblick auf Preis und Qualität der benötigten Leistungen verfügt.¹⁶⁵

Aus Sicht des Leistungserbringers werden seine Ziele durch einen Versorgungsvertrag nicht verändert. Für den Leistungserbringer sind Versorgungsverträge von Vorteil, wenn das Honorar höher ausfällt als die Kosten der Leistungsverpflichtung.¹⁶⁶ Für die Krankenversicherung haben Versorgungsverträge zunächst den Anreiz, dem Versicherten zu möglichst niedrigen Preisen eine möglichst hohe Qualität an Leistungen zu bieten. Im Falle eines nicht gesetzlich vollständig festgelegten Leistungskatalogs können hieraus Wettbewerbsvorteile für einzelne Krankenversicherungen entstehen. Außerdem hat die Forderung des Patienten nach einer qualitativ hohen und gleichzeitig kostengünstigen Leistungserbringung Auswirkung auf die Ausgestaltung des Versorgungsvertrags. Unter der Bedingung selektiver Verträge befindet sich der Leistungserbringer in einer zweifachen Agentenrolle: Auf der einen Seite ist der Leistungserbringer Agent des Pa-

¹⁶⁴ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 49.

¹⁶⁵ Vgl. Zerth (2005), S. 38, der weiter ausführt, dass die Frage, wie die Bereitstellung von Leistungsangeboten organisiert wird, Bestandteil des Versorgungsvertrages zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern ist. Es sind einzelne Verträge mit bestimmten Leistungserbringern möglich (selektives Kontrahieren) oder Formen des Eigenbetriebes. Siehe hierzu auch Phelps (2003), S. 381 ff.

¹⁶⁶ Vgl. Ecker (2000), S. 51.

tienten im Behandlungsvertrag und auf der anderen Seite Agent der Krankenversicherung im Versorgungsvertrag.¹⁶⁷

2.4. Zwischenfazit

In dieser Untersuchung wird Ökonomik als eine Sozialwissenschaft verstanden, mit der das Verhalten von Menschen auf Märkten unter dem Gesichtspunkt der Knappheit von Gütern untersucht wird. Hierbei wird von Kosten für die Beschaffung von Informationen und von begrenzter Rationalität der Akteure ausgegangen. Von besonderer Bedeutung ist die Annahme, dass gemäß des methodologischen Individualismus jegliche Entscheidung vom Einzelnen ausgeht. Dieser wählt entsprechend seiner eigenen Präferenzen aus seinem persönlichen Handlungsspielraum die für ihn nutzenmaximierende Alternative aus. Das hier beschriebene ökonomische Verhaltensmodell ist Grundlage der weiteren Analyse.

Resultierend aus dem begrenzten Wissensstand der Akteure ergeben sich im Austauschprozess der Handelnden untereinander Informationsasymmetrien. Dies ermöglicht Vertragspartnern opportunistisches Verhalten. Die Prinzipal-Agent-Theorie analysiert die Vertragsbeziehung sowie Informationsasymmetrien der Vertragspartner und schlägt Strategien zur Auflösung vor. Die Beziehungen der Akteure sowohl im politischen Entscheidungsprozess als auch im Gesundheitssektor unterliegen vielfältigen Prinzipal-Agent-Problemen. In Kapitel 5 werden diese analysiert unter der Fragestellung, warum ein Systemwechsel hin zu einem generationengerechteren System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich ist.

¹⁶⁷ Vgl. Zerth (2005), S. 39.

Als ein spezieller Zweig der Neuen Institutionenökonomik hat die Neue Politische Ökonomik nachgewiesen, dass das Verhalten von Menschen in der Wirtschaft auf das Verhalten der Akteure im politischen Bereich übertragen werden kann. Das hat zur Konsequenz, dass die im ökonomischen Verhaltensmodell dargestellten Handlungsweisen und Motive auch für Akteure gelten, die zum Beispiel als Wähler oder Politiker an Entscheidungen beteiligt sind.

Die Schwierigkeiten der Prinzipal-Agent-Theorie lassen sich im Gesundheitswesen wie gezeigt auf der Mikroebene in drei Vertragsbeziehungen unterteilen. Dabei geht es um die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und deren Finanzierung. Die Vertragskonstellationen der Austauschprozesse sind Grundlage der Untersuchung in Kapitel 5.

Für die vorliegende Analyse ist der Aspekt der Generationengerechtigkeit von wesentlicher Bedeutung. Auf diesen Punkt geht die Theorie der Neuen Politischen Ökonomik nicht explizit ein, weshalb Generationengerechtigkeit im nächsten Kapitel erörtert und begründet wird.

3. Generationengerechtigkeit

In diesem Kapitel wird die Frage beantwortet, wer einen Nutzen von Generationengerechtigkeit erfährt.

Hierzu wird zunächst der Grundsatz der Nachhaltigkeit erläutert, aus dem die Idee der Generationengerechtigkeit entstanden ist. Aufbauend darauf erfolgt eine Definition der Begriffe „Generation“, „Gerechtigkeit“ und „Generationengerechtigkeit“. Anschließend wird Verantwortung im Zusammenhang mit Generationengerechtigkeit erörtert. In einem weiteren Schritt wird dann untersucht, ob es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Institution handelt. Diese Analyse ist von Bedeutung, da hiervon die Anwendung der Methoden der Neuen Institutionenökonomik im Verlauf der Untersuchung abhängt. Das Kapitel endet mit einem Zwischenfazit, in dem obige Frage beantwortet wird.

3.1. Nachhaltigkeit

Erstmalig verwendete der sächsische Oberberghauptmann VON CARLOWITZ den Begriff „Nachhaltigkeit“ im Zusammenhang mit der europäischen Wald- und Forstwirtschaft am Ende des Mittelalters.¹⁶⁸ Im 19. Jahrhundert verbreitete sich die Idee der Nachhaltigkeit ausgehend von der deutschen Forstlehre in die gesamte Welt.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Vgl. Knaus (1998), S. 13. Für eine Einführung in das Konzept der Nachhaltigkeit siehe u.a. Kirkby (1995), Kastenholz (1996), Hauff (1987), Turner (1994), Pearce (1990) und Diefenbacher (2001).

¹⁶⁹ Vgl. Radkau (1996), S. 34, der sich auf Peters (1984), S. 4 bezieht. Vgl. auch Raumolin (1990), S. 23 ff., Zürcher (1965), S. 88 ff. und Diefenbacher (2001), S. 59 ff.

Die Nachhaltigkeitsdiskussion, wie sie heute geführt wird, ging 1987 vom so genannten Brundtland-Bericht aus.¹⁷⁰ Dabei wurde „sustainable development“ bzw. dauerhafte Entwicklung von der Brundtland-Kommission wie folgt definiert:

„Dauerhafte Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, daß künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.“¹⁷¹

Die von der Brundtland-Kommission vorgeschlagene Strategie basiert auf einem umfangreichen Maßnahmenkatalog in den Sektoren Wirtschaft, Technik, Gesellschaft und Politik.¹⁷² Allerdings ist der von der Brundtland-Kommission unter dem Titel „Our Common Future“ verfasste Bericht auf vielfältige Art und Weise kritisiert worden - unter anderem deshalb, weil er bei wichtigen Fragen die notwendige Konsequenz vermissen ließ und die vorgeschlagenen Lösungsalternativen nur sehr vage formuliert waren. Daraus ergaben sich verschiedene inhaltliche Interpretationen, die wiederum dazu führten, dass der

¹⁷⁰ Zur deutschen Übersetzung des Brundtland-Berichtes siehe Hauff (1987). Gro Harlem Brundtland wurde 1983 von dem Generalsekretär der UNO aufgefordert, eine unabhängige „Weltkommission für Umwelt und Entwicklung“ einzuberufen und dieser vorzusitzen. 1984 konstituierte sich aus 22 Politikern und Wissenschaftlern unterschiedlicher Länder diese Kommission. Ihre Aufgabe war die Konzipierung einer globalen Handlungsstrategie für einen Entwicklungsprozess, der zum einen die Armut in Teilen der Welt überwinden und zum anderen den langfristigen Erhalt der Naturressourcen sichern sollte. Vgl. Brand (2000), S. 20, Diefenbacher (2001), S. 62 f. und Hauff (1987). Letzterer war der deutsche Vertreter in diesem Ausschuss.

¹⁷¹ Hauff (1987), S. 46. Die Übersetzung des Begriffs „sustainable development“ aus der englischen Sprache hat sich als nicht ganz einfach herausgestellt. Das Wort „sustainable“ wurde unter anderem als „tragfähig“, „dauerhaft“, „zukunftsfähig“ oder „umweltverträglich“ übersetzt, bis der Begriff „nachhaltige Entwicklung“ entstanden ist. Siehe hierzu Quennet-Thielen (1996), S. 9. Für eine historische Einordnung des Prinzips der Nachhaltigkeit und die verschiedenen Definitionen bis 1965 gibt Zürcher und im Weiteren Peters eine detaillierte Aufstellung. Siehe hierzu Zürcher (1965) und Peters (1984), S. 7 ff. Peters bezieht sich bei der Auflistung der Definitionen nach 1965 unter anderem auf Speidel (1967), Speidel (1971), Mayer (1980) und Brünig (1980).

¹⁷² Vgl. Harborth (1993), S. 52.

Leitbildcharakter nur bedingt erfüllt wurde.¹⁷³ In der Politik wird oft von dem so genannten „Drei-Säulen-Modell“¹⁷⁴ gesprochen, in dem die drei Säulen „Ökologie“, „Ökonomie“ und „Soziales“ unterschieden werden.¹⁷⁵ In unmittelbarem Zusammenhang mit Nachhaltigkeit ist die Forderung nach Generationengerechtigkeit zu sehen.¹⁷⁶ Bevor Generationengerechtigkeit definiert und begründet wird, erfolgen zunächst begriffliche Festlegungen von „Generation“ und „Gerechtigkeit“.

3.2. Generation

Das Wort „Generation“ wird in einem sehr umfangreichen sprachlichen Kontext benutzt und findet in unterschiedlichen Wissenschaften wie der Ethnologie, der Soziologie, der Biologie und der Physik sowie in den Kulturwissenschaften Verwendung. BIRNBACHER geht von drei verschiedenen Begriffsbestimmungen aus:

Erstens kann *Generation* in einem rein zeitlichen Sinne gebraucht werden. Sie ist eine abhängig vom Kontext enger oder umfangreicher gefasste Gemeinschaft von zur selben Zeit lebenden Individuen. Nach dieser Definition existiert jeweils nur *eine* Generation zur gleichen Zeit.

Zweitens beschreibt *Generation* die relative Position von Personen in Verwandtschaftsbeziehungen; Kinder gehören zu einer anderen Ge-

¹⁷³ Vgl. Hübscher (2001), S. 366, der in Bezug auf die Kritik am Bericht der Brundtland-Kommission auf Harborth (1993), S. 59 ff., Nutzinger (1995), El-Serafy (1992), S. 60 f., Radke (1995), S. 532 und Gminder (1996), S. 2 hinweist.

¹⁷⁴ Vgl. hierzu Brandl (2002), S. 21.

¹⁷⁵ Vgl. Jöst (2001), S. 345. Döring ergänzt, dass gelegentlich weitere Säulen, wie „Wissen“, „demokratische Kultur“ und „Institutionen“ aufgeführt werden. Vgl. Döring (2001), S. 316.

¹⁷⁶ Vgl. Radermacher (2002), S. 103.

neration als ihre Eltern. Hiernach können zwei, drei oder gar vier Generationen gleichzeitig leben.

Drittens drückt *Generation* die Gesamtheit aller Individuen aus, die in einer bestimmten Zeitspanne geboren sind. In diesem Sinne entspricht die Länge der Periode dem durchschnittlichen Zeitraum, in dem aus Kindern Eltern und aus Eltern Großeltern werden. Nach dieser Definition sind Generationen „zeitliche Idealisierungen von Verwandtschaftsbeziehungen“¹⁷⁷. Kinder gehören zu der Generation, die auf die Elterngeneration unmittelbar folgt. Wenn idealisierend davon ausgegangen wird, dass die Individuen der Population im Durchschnitt genau dann sterben, wenn ihre Urenkel zur Welt kommen, lebt jede idealisierte Generation drei Perioden lang. Somit existieren immer drei Generationen gleichzeitig. Die Generation der Kinder wird *Generation n*, die der Eltern *Generation n-1* und die der *Großeltern n-2* genannt.¹⁷⁸

In der hier vorliegenden Untersuchung wird für *Generation* die zweite Begriffsbestimmung zugrunde gelegt, bei der es sich um die relative Position von Personen in Verwandtschaftsbeziehungen handelt.

Darüber hinaus ist in einem weiteren Schritt die Frage zu beantworten, welche Generation als „zukünftige“ gelten soll. Zur zukünftigen Generation zählt bereits die *Generation n + 1*, da die Lebenszeit zukünftiger Generationen mindestens eine Periode mit einschließt, die von der *Generation n* nicht mehr erlebt wird. Es handelt sich hierbei um die Zukunft der Kinder und Enkelkinder.¹⁷⁹

¹⁷⁷ Birnbacher (1995), S. 23.

¹⁷⁸ Vgl. Birnbacher (1995), S. 23 f.

¹⁷⁹ Vgl. Birnbacher (1995), S. 25. Im Gegensatz dazu versteht Tremmel unter *zukünftigen Generationen* ausschließlich die noch nicht geborenen Generationen - also ausgehend von obiger Idealisierung die Generationen ab $n+3$. Für die Generationen $n+1$ und $n+2$ verwendet Tremmel den Begriff der „nachrückenden Generationen“. Vgl. Tremmel (2003), S. 31. Diese Differenzierung wird in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen.

Die demographischen Zusammenhänge unterschiedlicher Generationen und damit einhergehende intergenerationale Verteilungseffekte lassen sich mit Hilfe eines so genannten *Overlapping Generations Modells* (OLG-Modell) abbilden.¹⁸⁰ Dieses stellt dar, dass zu einem festgelegten Zeitpunkt Mitglieder unterschiedlicher Generationen leben. Dabei werden die Lebensphasen in gleich langen Zeitabständen abgebildet. Die Anzahl der Perioden ist unendlich (t , $t+1$, $t+2$, usw.) und ihre Länge entspricht exakt der zeitlichen Differenz zwischen der Entstehung zweier Generationen. Die Zeitspanne, in der eine Generation lebt, ist für alle Menschen gleich: Zum Anfangszeitpunkt der Periode t wird die Generation n geboren und zu Beginn der Periode $t+1$ die Generation $n+1$.¹⁸¹

Jeder Mensch lebt bis zu drei Perioden, welche die Kindheit, die Erwerbsphase und die Ruhestandsphase umfassen. Allerdings wird der Zeitabschnitt der Kindheit den Eltern und somit der Erwerbsphase zugeordnet, da die Kinder keine ökonomisch relevanten Entscheidungen treffen. Die Analyse innerhalb eines OLG-Modells reduziert sich demnach auf zwei sich überlappende Generationen, die der Erwerbstätigen und die der Rentner.¹⁸² Daraus ergibt sich, dass in Periode $t+1$ sowohl die junge erwerbstätige Generation $n+1$ als auch die ältere, sich im Ruhestand befindende, Generation n lebt.

¹⁸⁰ *Overlapping Generations Modelle* werden in der Theorie der Staatsverschuldung, der Wachstums- und Geldtheorie sowie der Alterssicherung angewendet. Vgl. Wellisch (2000), S. 9. Schwarze (2001), S. 4, weist darauf hin, dass die OLG-Tradition auf Allais (1947), Samuelson (1958), Ando (1963) und Diamond (1965) zurückgeht. Eine moderne Darstellung findet sich in Barro (1995) und die empirischen Anwendungen basieren auf Auerbach (1987).

¹⁸¹ Vgl. Wellisch (2000), S. 9.

¹⁸² Vgl. Brümmerhoff (2001), S. 328.

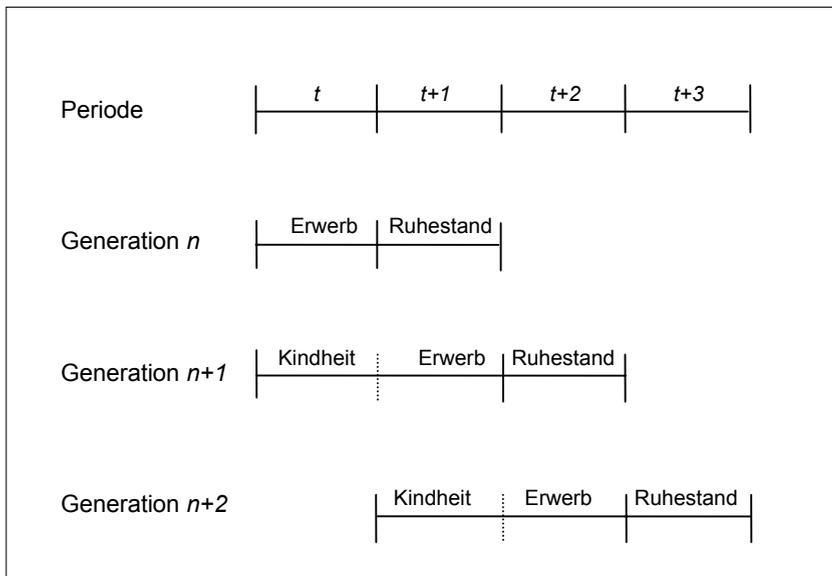


Abb. 7: Demographische Grundstruktur des OLG-Modells¹⁸³

Der zweite Bestandteil des Begriffes „Generationengerechtigkeit“ ist die *Gerechtigkeit*, auf den im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

3.3. Gerechtigkeit

3.3.1. Einführung in die Begrifflichkeit

Im Rahmen dieser Untersuchung ist in Bezug auf Gerechtigkeit zunächst zwischen der individuellen Sichtweise und des institutionellen

¹⁸³ Entnommen Wellisch (2000), S. 10.

Maßstabes zu unterscheiden. Anschließend wird eine Klassifizierung der Gerechtigkeitsidee vorgenommen.

Auf der Ebene des Individuums wird Gerechtigkeit als die Haltung des einzelnen Menschen verstanden, wie dieser rechtens handelt.¹⁸⁴ Danach kann formal als *Gesetzes- oder Regelmäßigkeit* verstanden werden, wonach gerecht ist, was dem Gesetz oder bestimmten Regeln gehorcht.¹⁸⁵ Dem gegenüber ist der institutionelle Maßstab der Gerechtigkeit das Kriterium, nach dem die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Einrichtungen einer Gesellschaft zu beurteilen sind.¹⁸⁶ Die institutionelle Ebene steht nicht im Widerspruch zur Auffassung des methodologischen Individualismus, da auch in den Einrichtungen einer Gesellschaft einzelne Mitglieder aus dieser Gemeinschaft handeln. Dabei vertreten diese Akteure jedoch vorwiegend die Interessen der jeweiligen Institution.

„Gerechtigkeit in der Marktwirtschaft ist primär mit der Formulierung der Spielregeln verknüpft, die das Handeln der wirtschaftlichen Akteure auf dem Markt steuern.“¹⁸⁷

Diese Aussage verdeutlicht, dass bei einer ökonomischen Betrachtung des Aspekts Gerechtigkeit weniger die Haltung *des Einzelnen*, sondern vorwiegend die von einem Handelnden umgesetzten *gesellschaftlichen* Vorgaben (Spielregeln) gemeint sind. Für die vorliegende ökonomische Analyse ist diese Perspektive vorrangig, da Generationengerechtigkeit auf institutioneller Ebene verankert sein muss.

¹⁸⁴ In diesem Sinne ist eine Handlung dann gerecht, wenn sie mit den Gesetzen eines konkreten Rechts übereinstimmt. Das heißt, dass Gerechtigkeit auf das konkrete Verhalten bzw. Unterlassen eines bestimmten Individuums bezogen wird. Vgl. Noll (2002), S. 57.

¹⁸⁵ Vgl. Mozouz (2002), S. 366.

¹⁸⁶ Vgl. Noll (2002), S. 57.

¹⁸⁷ Noll (2002), S. 57, der sich auf Kley (1993), S. 352 f., Koslowski (1988), S. 125 und Hengsbach (1996), S. 29 ff. bezieht.

In einer Klassifizierung lassen sich verschiedene Gerechtigkeitskonzeptionen unterscheiden:

Ursprünglich meinte Gerechtigkeit wie bereits erwähnt die Übereinstimmung mit dem geltenden Recht.¹⁸⁸ Neben dieser auf das Recht bezogenen, allgemeinen Gerechtigkeitsauffassung gibt es die *ausgleichende bzw. korrektive* Gerechtigkeit, nach der ein zuvor definierter Zustand aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen ist, wenn er aus dem Gleichgewicht gebracht wurde.¹⁸⁹

Für die vorliegende wirtschaftswissenschaftliche Untersuchung soll *Gerechtigkeit* ausschließlich aus Sicht der Ökonomik betrachtet werden. Aus ökonomischer Perspektive ist Gerechtigkeit auf die Verteilung von knappen Gütern zu beziehen. Dementsprechend wird in den Wirtschaftswissenschaften von Verteilungsgerechtigkeit (distributiver Gerechtigkeit) gesprochen, die sich an den Ergebnissen des Wirtschaftsprozesses orientiert. Hierunter ist das Bemühen zu verstehen, Nachteile und Vorteile der einzelnen Mitglieder einer Gesellschaft gerecht zu verteilen. Bei der Verteilungsgerechtigkeit ist das Ergebnis für das *einzelne* Mitglied der Gesellschaft von Bedeutung.¹⁹⁰ Für die distributive Gerechtigkeit steht nicht die Frage im Vordergrund, ob ein bestimmter Akteur rechtens handelt, sondern die Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen nach gerechten Maßstäben. Dabei muss zunächst die Auswahl und Definition der Maßstäbe im gesell-

¹⁸⁸ Vgl. Höffe (2001), S. 9.

¹⁸⁹ Diese Gerechtigkeitskonzeption bezieht sich auf Handlungen zwischen Menschen, wozu auch der Tausch von Gütern gehört. Da die Regeln des fairen Tausches Grundlage dieses Ansatzes sind, wird er auch als *Austausch-Gerechtigkeit* bezeichnet. Vgl. Mozouz (2002), S. 366 auch für weitere Ausführungen hinsichtlich der Konzeptionen für Gerechtigkeit und Noll (2002), S. 58. Bei dieser Auffassung von Gerechtigkeit muss nach unterschiedlichen Rechtsgebieten differenziert werden. Im Zivilrecht wird ein Ausgleich für einen erlittenen Schaden und im Strafrecht ein Ausgleich für ein verschuldetes Unrecht verlangt. Darüber hinaus werden fast überall dieselben Grundrechtsgüter geschützt, so dass Mord, Diebstahl und Raub sowie Beleidigung und Urkundenfälschung geahndet werden. Vgl. Höffe (2001), S. 12.

¹⁹⁰ Vgl. Noll (2002), S. 58.

schaftlichen Diskurs durch die Mitglieder der Gesellschaft erfolgen. Die bedeutendsten Begründungsansätze für Umverteilungsmaßstäbe sind aus ökonomischem Blickwinkel der Utilitarismus¹⁹¹ und der Liberalismus¹⁹². Vertreter des Utilitarismus argumentieren mit nutzentheoretischen Überlegungen, wobei die zentrale Aufgabe des Staates darin besteht, den Nutzen für alle Mitglieder der Gesellschaft zu maximieren.¹⁹³ Hierfür ist eine soziale Wohlfahrtsfunktion notwendig, welche die verschiedenen individuellen Nutzen zu einem kollektiven Gesamtnutzen aggregiert. Darin besteht aber auch gleichzeitig der Nachteil utilitaristischer Überlegungen, die grundsätzlich von einem abnehmenden Grenznutzen ausgehen. Es ist weder eine kardinale Nutzenmessung noch ein Vergleich zwischen unterschiedlichen Personen möglich. Dementsprechend kann zusammengefasst werden, dass der Utilitarismus zwar ein Antwortversuch auf ökonomische Probleme der Umverteilung ist, dass der Utilitarismus aber die Verschiedenartigkeit der Menschen nicht ausreichend berücksichtigt.¹⁹⁴

¹⁹¹ Zum Utilitarismus siehe u. a. Lay (1989), S. 41 ff. und Birnbacher (2002), S. 95 ff.

¹⁹² Beim Liberalismus wird das Modell des Gesellschaftsvertrages verwendet, um eine effiziente und gerechte Gesellschaftsordnung festzulegen. Vgl. Noll (2002), S. 59.

¹⁹³ Dabei kann der Utilitarismus, der zu Beginn des 19. Jahrhunderts von Jeremy Bentham und John Stuart Mill begründet wurde, als teleologische oder Folgenethik bezeichnet werden. Im Mittelpunkt einer teleologischen Ethik steht der Maßstab, Handlungen danach auszurichten, dass das größte Glück für die größte Anzahl von Personen generiert wird. Vgl. hierzu Noll (2002), S. 18 f. Im Rahmen des Utilitarismus lässt sich ferner in Handlungs- und Regelutilitarismus differenzieren. Für diese Unterscheidung siehe u. a. Hubig (1993), S. 121 ff. Zur teleologischen Ethik siehe Hübenthal (2002), S. 61 ff. Dem Utilitarismus als teleologische bzw. Folgenethik steht der deontologische Ansatz gegenüber. Deontologische Ethiken sind von der Pflichtmäßigkeit einer Handlung geprägt. Das bedeutet, dass bestimmte Eigenschaften einer Handlung an sich diese zu einer guten oder schlechten Handlung machen. Im Vordergrund steht, dass eine Person etwas tut, weil sie genau dies für richtig erachtet. Somit ist die Einstellung entscheidend und nicht wie beim Utilitarismus die Konsequenz einer Handlung. Vgl. Noll (2002), S. 16 und generell zu deontologischen Ansätzen Werner (2002), S. 122 ff. Der Hauptvertreter der deontologischen Ethik ist Immanuel Kant, der mit der Formulierung des kategorischen Imperativs die neuzeitliche Ethikdiskussion entscheidend beeinflusst hat. Siehe hierzu Russell (2000), S. 710 ff. und 718 f., sowie Steigleder (2002), S. 128 ff.

¹⁹⁴ Vgl. Rawls (1979), S. 45.

Im Gegensatz zum Utilitarismus orientiert sich der Liberalismus bzw. das Prinzip der Vertragstheorien nicht an den Ergebnissen des Wirtschaftsprozesses, sondern „an der **Zustimmung der betroffenen Individuen** zu gesellschaftlichen Regeln oder Maßnahmen.“¹⁹⁵ Daher sind Regeln als gerecht einzustufen, sofern sie die Zustimmung von allen Mitgliedern einer Gesellschaft erhalten.¹⁹⁶ Die zwei bekanntesten Theorien des Gesellschaftsvertrages sind jeweils von den Sozialphilosophen Robert Nozick¹⁹⁷ und John Rawls¹⁹⁸ entwickelt worden.

Für die weitere Untersuchung ist nicht die generelle Begründung ökonomischer Umverteilung von Bedeutung, weshalb diesbezüglich auf eine detaillierte Erörterung verzichtet und auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen wird.

Im Anschluss an diese kurze Erläuterung des Begriffs Gerechtigkeit wird im Folgenden eine auf ökonomischen Ansprüchen basierende Definition von Gerechtigkeit erörtert.

¹⁹⁵ Noll (2002), S. 60.

¹⁹⁶ Vgl. Vanberg (1999), S. 40 f. und Homann (1999), S. 63.

¹⁹⁷ Das Standardwerk von Nozick ist „Anarchie, Staat und Utopia“. Siehe Nozick (1976). Nozick geht von einem unüberwindbaren Spannungsverhältnis zwischen kommutativer, das heißt formaler, Gerechtigkeit und distributiver Gerechtigkeit aus. Die Verfechter der kommutativen Gerechtigkeit erkennen zwar die Regeln der formalen Gerechtigkeit an, nicht aber die ungeplanten Ergebnisse, so durch gerechtes Verhalten erreichte Ergebnisse teilweise als ungerecht aufgefasst werden. Hieraus resultiert, dass wenn Gleichbehandlung zu ungleichen Ergebnissen führt, dass durch eine Angleichung der Ergebnisse von der Gleichbehandlung abgewichen werden muss. Vgl. Streit (1988), S. 43. Nozick ist ein so konsequenter Verfechter der kommutativen Gerechtigkeit, dass er den staatlich organisierten Transfer von Einkommen und Vermögen z. B. über eine progressive Besteuerung für eine Form der Zwangsarbeit hält, was sich nach seiner Meinung nicht vertragstheoretisch legitimieren lässt. Vgl. Noll (2002), S. 61.

¹⁹⁸ Das Standardwerk ist „Eine Theorie der Gerechtigkeit“. Siehe Rawls (1979). Die Vorgehensweise von Rawls ermöglicht es eine aktive staatliche Umverteilungspolitik zu legitimieren, so dass sich von einer Ethik des Sozialstaates sprechen lässt. Vgl. Leipold (1989), S. 375 ff. und Leipold (1987), S. 179 f. Für eine detaillierte Erläuterung der Rawlschen Konzeption siehe u. a. Höffe (1998), S. 3-27, Kersting (1993) oder Kukathas (1990).

3.3.2. Ökonomische Perspektive

Im Rahmen der vorliegenden Analyse ist die ökonomische Betrachtung des Aspekts Gerechtigkeit von maßgeblicher Bedeutung. Deshalb muss zunächst ein Begriff von Verteilungsgerechtigkeit definiert werden, auf dessen Grundlage alle weiteren Diskussionen durchgeführt werden können. Dieser Begriffsbestimmung liegen vier Variablen zugrunde:

1. Definition: „**x** verteilt **y** an **z** auf die Weise **a** resp. nach dem Kriterium **a**.“¹⁹⁹

Die Begründung für die Auswahl dieser Definition besteht darin, dass sie einer präzisen inhaltlichen Festlegung und guten Operationalisierbarkeit unterliegt: Bei „x“ handelt es sich um denjenigen, der etwas verteilt. Hinsichtlich der Überlegung, was verteilt werden kann – hierbei handelt es sich um „y“ des obigen Schemas – ist schnell ersichtlich, dass im Grunde genommen eine Vielzahl von Gütern und Dienstleistungen dafür in Frage kommt. Allerdings ist es für die vorliegende Analyse von Bedeutung, dass die zu verteilenden Güter einen Bezug zu zukünftigen Generationen haben. Demzufolge besteht die Relevanz nicht darin, wie ein aktuell knappes Gut innerhalb einer bestimmten Gruppe aufgeteilt wird. Entscheidend ist vielmehr, dass es sich um ein Gut handelt, das auch oder gerade in der Zukunft als knapp einzustufen ist.

Als drittes wird in obigem Verteilungsschema „z“ genannt. Gemeint ist hiermit der Empfänger, an den etwas verteilt wird. Im Kontext dieser Arbeit sind die Adressaten Mitglieder zukünftiger Generationen.

Eine wichtige Aufgabe einer Theorie der Verteilungsgerechtigkeit ist neben der Festlegung der Verteiler und der Adressaten die Benen-

¹⁹⁹ Kersting (2000), S. 9.

nung des Kriteriums „a“. Dieses Kriterium begründet den Unterschied zwischen gerechtem und ungerechtem Verteilungshandeln.²⁰⁰

Ausgangsformel für Verteilungsgerechtigkeit: **x verteilt y an z nach a**

x = Verteiler (Institution bzw. Person in einer Institution)

y = zu verteilendes knappes Gut oder Dienstleistung

z = Empfänger (Institution bzw. Person in einer Institution)

a = Verteilungskriterium

Abb. 8: Variablen der Definition von Verteilungsgerechtigkeit²⁰¹

Die zuvor dargelegte erste Definition kann im Rahmen des Gesundheitswesens so verstanden werden, dass eine Institution (Krankenversicherung oder Leistungserbringer)²⁰² die notwendigen Leistungen, um das Gut Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen,²⁰³ an den Leistungsbezieher nach bestimmten Kriterien²⁰⁴ verteilt. In Kurzform ergibt sich für das Gesundheitswesen im Allgemeinen die folgende Definition:

2. Definition: **Eine Institution (x) verteilt Gesundheitsleistungen (y) an Bezieher (z) nach dem Verteilungs-**

²⁰⁰ Vgl. Kersting (2000), S. 19.

²⁰¹ Eigene Darstellung.

²⁰² Im Sinne des methodologischen Individualismus ist unter Krankenversicherung oder Leistungserbringer immer ein Individuum innerhalb der Institution Krankenversicherung oder Leistungserbringer zu verstehen, das die Verteilung vornimmt.

²⁰³ Hierbei kann es sich zum einen bei Leistungserbringern um eine ärztliche Leistung handeln oder ein Hilfsmittel und zum anderen bei Krankenversicherungen um die Finanzierung dieses Guts.

²⁰⁴ Der Arzt bestimmt die Kriterien auf Basis seiner therapeutischen Wahlfreiheit. Die Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherungen sind im gesetzlichen Leistungskatalog und in der Satzung der jeweiligen Versicherung festgelegt. Bei einem privatwirtschaftlichen Vertrag zwischen einer privaten Krankenversicherung und einem Versicherten werden die Kriterien vorab vertraglich vereinbart.

kriterium (a).

Daraus folgt im Speziellen für die gesetzliche Krankenversicherung:

<u>3. Definition:</u>	Eine GKV (x) finanziert Gesundheitsleistungen (y) für ihre Versicherten (z) nach Maßgabe des gesetzlichen Leistungskatalogs (a).
-----------------------	---

Die drei aufgeführten Begriffsbestimmungen bilden die Grundlage für die im folgenden Abschnitt vorzunehmende Definition von Generationengerechtigkeit im Allgemeinen und Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen bzw. in der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen.

3.4. Zusammensetzung zu „Generationengerechtigkeit“

Bei der Begriffszusammensetzung wird weiterhin von Verteilungsgerechtigkeit ausgegangen. In der Ausgangsformel für Verteilungsgerechtigkeit, x verteilt y an z nach a, wird als Kriterium (a) für die Erreichung von Generationengerechtigkeit festgelegt:

„Generationengerechtigkeit ist erreicht, wenn zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß erfüllen können, wie die heutige Generation.“²⁰⁵

Damit wird die erste Definition zur nachstehend allgemeinen für Generationengerechtigkeit weiterentwickelt:

²⁰⁵ Tremmel (2005), S. 93.

4. Definition: Die aktuelle Generation (x) verteilt ein Gut (y) zwischen den Generationen²⁰⁶ (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.²⁰⁷

Für Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen gilt demnach:

5. Definition: Die aktuelle Generation (x) verteilt Gesundheitsleistungen (y) zwischen den Generationen (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.

In der GKV lässt sich Generationengerechtigkeit wie folgt definieren:

6. Definition: Eine GKV der aktuellen Generation (x) finanziert Gesundheitsleistungen (y) für ihre Versicherten (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.

Bei der Verwendung des Begriffs „Generationengerechtigkeit“ ist die Differenzierung in temporale und intertemporale Generationengerech-

²⁰⁶ Hiermit sind sowohl Mitglieder der aktuellen Generation als auch aller zukünftigen gemeint. Das bedeutet, dass die Mitglieder der heutigen Generation ein Gut zwischen sich und den Mitgliedern zukünftiger Generationen verteilen.

²⁰⁷ In dieser und den folgenden Definitionen wird von *Generation* gesprochen, obwohl gemäß des methodologischen Individualismus eigentlich präzise von Mitgliedern / Personen / Individuen einer Generation gesprochen werden müsste. Dadurch wären die Definitionen deutlich umfangreicher und unübersichtlicher. Hier ein Beispiel: Mitglieder der jeweils aktuellen Generation (x) verteilen (y) zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Generationen (z), so dass Mitglieder zukünftiger Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können, wie die Mitglieder der aktuellen, verteilenden Generation.

tigkeit sowie die Unterscheidung in intra- und intergenerationelle Gerechtigkeit vorzunehmen. Intertemporale Generationengerechtigkeit bezieht sich auf zukünftige Generationen, die nie mit der aktuellen Generation gemeinsam leben.²⁰⁸ In der vorliegenden Arbeit wären das die Generationen ab der Generation $n+2$ unter der Bedingung, dass die Kindheit der Erwerbsphase zugerechnet wird. Wenn die Kindheit als separate Phase betrachtet wird, beginnt intertemporale Generationengerechtigkeit ab der Generation $n+3$. Bei temporaler Generationengerechtigkeit bezieht sich Generationengerechtigkeit bereits auf die Generation $n+1$, da diese im idealisierten Fall bereits eine Periode länger lebt als die Generation n . Im Rahmen dieser Untersuchung wird die Idee der temporalen Generationengerechtigkeit gewählt, da im Sinne der Zukünftigkeit keine Unterscheidung zwischen nachfolgender und zukünftiger Generation getroffen wird.

Unter **intragenerationeller** Gerechtigkeit wird Gerechtigkeit innerhalb **einer** Generation verstanden. Hierzu zählen die soziale Gerechtigkeit in einem Staat zwischen unterschiedlichen Einkommensschichten, die Gleichstellung zwischen Männern und Frauen oder die Gleichbehandlung von Menschen unabhängig von ihrer ethnischen Abstammung bzw. ihrer Religionszugehörigkeit. Im Gegensatz dazu wird bei **intergenerationeller** Gerechtigkeit von Gerechtigkeit **zwischen** verschiedenen Generationen ausgegangen.²⁰⁹ Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Belastung verschiedener Geburtsjahrgänge, bei der jüngere Jahrgänge deutlich höhere Beiträge in die Sozialversicherung einzahlen müssen als ältere.²¹⁰ Im weiteren Kontext dieser Arbeit wird von **intergenerationeller** Gerechtigkeit ausgegangen.²¹¹ Hierbei kann

²⁰⁸ Vgl. Tremmel (2003), S. 35 f.

²⁰⁹ Vgl. Tremmel (2003), S. 44.

²¹⁰ Vgl. Grieswelle (2002), S. 25.

²¹¹ Sollten an der einen oder anderen Stelle dennoch Unterschiede innerhalb einer Generation von Bedeutung sein, wird die **intragenerationelle** Gerechtigkeit explizit benannt.

es sich aber im Sinne der temporalen Generationengerechtigkeit um die Generationen n und $n+1$ handeln, die eine Periode lang gleichzeitig leben.

In Bezug auf die Anwendungsfelder ist intergenerationelle, temporale Gerechtigkeit vor allem in den Bereichen Finanz-²¹² und Umweltpolitik²¹³ sowie in den sozialen Sicherungssystemen von wesentlicher Bedeutung.

Bei den sozialen Sicherungssystemen spielt Generationengerechtigkeit in der Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung eine herausragende Rolle. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird in einem späteren Kapitel ausführlich dargestellt und auf den Aspekt der intertemporalen Generationengerechtigkeit hin untersucht.

Im gesetzlichen Rentensystem²¹⁴ besteht der so genannte „Generationenvertrag“²¹⁵, bei dem sich im Modus des Umlageverfahrens die jüngere Generation verpflichtet, die Versorgung der älteren zu übernehmen. In diesem System werden die ausgezahlten Renten nicht wie beim Kapitalstockverfahren aus individuell angesparten Beiträgen finanziert, sondern die jeweils aktive Generation der Erwerbstätigen bezahlt die Renten der Generation, die sich in derselben Periode im Ruhestand befindet. Es handelt sich hierbei nicht nur um ein Zwei-Generationen-Modell, sondern um ein Drei-Generationen-Modell, da die erwerbstätige Generation außer den Renten der älteren auch noch die Versorgung der jüngeren heranwachsenden Generation finanziert.²¹⁶

²¹² Vgl. Becker (2003), S. 243 ff.

²¹³ Vgl. Hösle (2003) S. 125 ff. und Kreibich (2003), S. 221 ff.

²¹⁴ Vgl. Butterwegge (2001), Brumlik (1995) und Nell-Breuning (1981).

²¹⁵ Siehe hierzu Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 188.

²¹⁶ Vgl. Caspar (2001), S. 86 f.

Das aus dem Generationenvertrag resultierende Umlageverfahren in der Rentenversicherung führt wegen der demographischen Entwicklung zu einer erheblichen Staatsverschuldung. Laut Art. 115 (1), Satz 2 GG dürfen die in einem Jahr aufgenommenen Kredite nicht größer sein als die im Haushaltsplan vorgesehenen Investitionen für dasselbe Jahr. Als Ausnahme ist eine über den Investitionen liegende Neuverschuldung nur zur Abwehr einer Störung des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts erlaubt.²¹⁷ Für die Jahre vor 2006 wurde wiederholt von dieser Ausnahmeregelung Gebrauch gemacht. Damit zeigen sich die Grenzen, an die selbst die staatlichen Zuschüsse zum umlagefinanzierten Rentensystem stoßen, die folglich kein dauerhaft wirksames Ausgleichsinstrument sein können.

Ein weiteres Anwendungsfeld für Generationengerechtigkeit ist die Umweltpolitik. Das generationenspezifische Umweltproblem liegt darin, dass die Belastung für einige Teile der Umwelt bereits aktuell als kritisch einzustufen ist.²¹⁸ Ziel einer generationengerechten Umweltpolitik müsste eine Erhöhung der Ökoeffizienz sein. Dabei schlägt das „Faktor-10-Konzept“ eine Verzehnfachung der Ökoeffizienz in den nächsten 50 bis 100 Jahren vor.²¹⁹

RENN stellt fünf Managementregeln zur Orientierung für den Umgang mit der Natur auf, die berücksichtigen, dass die natürlichen Ressourcen als Quelle und Senke in doppelter Weise vom Menschen beansprucht werden. Weiterhin differenziert er zwischen erneuerbaren und nicht erneuerbaren Ressourcen.²²⁰ Daraus können Implikationen für eine generationengerechte Umweltpolitik abgeleitet werden.

²¹⁷ Vgl. Art 115, Grundgesetz (2001), S. 53.

²¹⁸ Vgl. Radermacher (2002), S. 27.

²¹⁹ Vgl. Radermacher (2002), S. 27 f., Schmidt-Bleek (1993) und Weizsäcker (1995).

²²⁰ Vgl. Renn (1998), S. 84, der an dieser Stelle die fünf Regeln für das Ressourcenmanagement aufführt.

Für den weiteren Umgang mit Generationengerechtigkeit ist es erforderlich, den Begriff „Verantwortung“ zu definieren und die Bedeutung von Verantwortung im Zusammenhang mit Generationengerechtigkeit aufzuzeigen.

3.5. Verantwortung

Der Terminus „Verantwortung“ ist erst relativ spät entstanden, was nicht bedeutet, dass die dahinter stehende Idee nicht schon länger existent war.²²¹ Ganz im Gegenteil ist der Grundgedanke, der hinter dem Begriff „Verantwortung“ steht, die Frage der Zurechnung, in zahlreichen Ansätzen der Moral vertreten. Verantwortung wird deshalb gesehen als

„die Zurechnung jener Folgen (...), die ein menschliches Subjekt durch sein Handeln kausal bewirkt...“²²²

Übertragen auf Generationengerechtigkeit wird Verantwortung wie folgt definiert: Der aktuellen Generation werden die Folgen der Verteilung eines Gutes zwischen den Generationen nach dem Kriterium zu-

²²¹ Vgl. Kaufmann (1995), S. 85 und Bayertz (1995), S. 3 und S. 43, der in Bezug auf erste Erwähnungen des Begriffs „Verantwortung“ auf Humes „Treatise of Human Nature“, Hume (1739), S. 41, Kants „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“, Kant (1968), S. 458 und Kants „Kritik der praktischen Vernunft“, Kant (1968), S. 100 hinweist. Die Relevanz steigt mit Mills 1959 erschienenem Essay „On Liberty“, Mill (1979). Die erste Monographie stammt von Lévy-Bruhl „L'Idée de Responsabilité“, Lévy-Bruhl (1884), gefolgt von Nietzsches „Genealogie der Moral“, Nietzsche (1887). Max Weber unterschied Ende des Ersten Weltkrieges zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik, Weber (1919), S. 219. Für eine detaillierte Übersicht siehe Schluchter (1988), S. 165-338. Die erste Studie im deutschsprachigen Raum zum Begriff Verantwortung stammt von Weischedel aus dem Jahr 1931. Siehe Weischedel (1931).

²²² Bayertz (1995), S. 5, der weiter ausführt, dass es sich bei den Folgen, die ein Subjekt kausal bewirkt hat, meistens um negative Folgen handelt und dass dies im moralischen Denken und Handeln als Schuld subsumiert wurde.

gerechnet, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß erfüllen können wie die aktuelle, die verteilende Generation.

In der zeitlichen Dimension sieht die klassische Betrachtungsweise von „Verantwortung“ diese immer nur aus der Ex-post-Perspektive²²³ und betrachtet die menschlichen Urheber eines negativ bewerteten Ereignisses. Aus der modernen Gesellschaft resultieren aus unterschiedlichen Gründen zahlreiche Gefahren für zukünftige Generationen, weshalb sich die Frage nach der Verantwortung im Umgang mit diesen Risiken stellt. Der Blick auf Verantwortung ist somit nicht mehr ausschließlich vergangenheitsorientiert, sondern richtet sich auch in gravierendem Maße in die Zukunft. Die zunehmende Bedeutung des Aspekts der Verantwortung hängt mit der Umkehr der Zeitrichtung zusammen. Der „klassische“ Verantwortungsbegriff war und ist retrospektiv zu verstehen, während der „moderne“ Verantwortungsbegriff prospektiv zu sehen ist.²²⁴ Mit der Umkehrung der zeitlichen Betrachtung geht auch eine inhaltliche Veränderung des Begriffs einher. Die retrospektive Verantwortung bezieht sich auf negative Folgen, wohingegen die prospektive Verantwortung auf positive Zustände gerichtet ist. Aus dieser Sichtweise wird der Verantwortliche nicht mehr für schon entstandene Schäden haftbar gemacht, sondern er ist für die Vermeidung zukünftiger Schäden zuständig. Insbesondere in diese Betrachtungsweise ist die Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen einzuordnen.²²⁵

Im Kontext des methodologischen Individualismus wird die Verantwortung immer den Handlungen einer einzelnen Person zugeordnet.

²²³ Birnbacher spricht ganz explizit von dem Begriff der „Ex-post-Verantwortung“, Birnbacher (1995), S. 45.

²²⁴ Vgl. Bayertz (1995), S. 45. Birnbacher drückt dies auch als „Ex-ante-Verantwortung“ aus, Birnbacher (1995), S. 146.

²²⁵ Vgl. Bayertz (1995), S. 45.

Verantwortung kann somit nicht bestimmten Kollektiven wie einer Organisation, einer Institution oder gar einer ganzen Generation zugeschrieben werden. Stattdessen tragen die einzelnen Mitglieder einer Organisation, einer Institution oder einer Generation die Verantwortung für ihr Tun oder ihr Unterlassen.

Es konnte gezeigt werden, dass die Mitglieder der aktuellen Generation in Bezug auf Generationengerechtigkeit eine prospektive Verantwortung für die Folgen ihrer Handlungen haben.

In einem weiteren Schritt erfolgt nun die Überprüfung, ob Generationengerechtigkeit eine Institution ist. Wenn sich nachweisen lässt, dass es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Institution handelt, kann Generationengerechtigkeit im Verlauf der Untersuchung mittels Methoden der Neuen Institutionenökonomik untersucht werden.

3.6. Generationengerechtigkeit als Institution

Die Analyse, inwiefern es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Institution handelt, findet anhand der im zweiten Kapitel aufgestellten Definition von Institution als „System von Regeln und Normen, inklusive ihrer Durchsetzungsmechanismen“²²⁶ statt. Die Systematisierung des Institutionenbegriffs ist in nachfolgender Abbildung veranschaulicht.

²²⁶ Erlei (1999), S. 65.

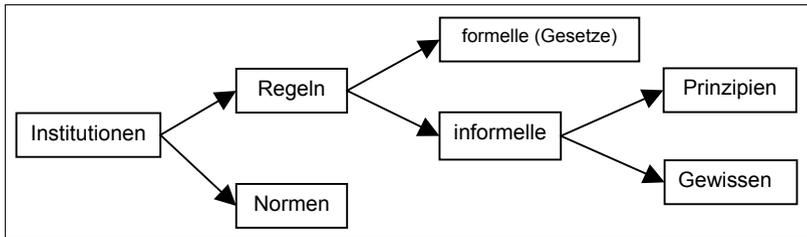


Abb. 9: Systematisierung des Institutionenbegriffs ²²⁷

3.6.1. Generationengerechtigkeit als formelle Regel

Zunächst wird analysiert, ob und in welchem Rahmen Generationengerechtigkeit als formelle Regel in der deutschen Gesetzgebung verankert ist.

Im deutschen Verfassungsrecht wird intergenerationelle Verantwortung nur an einer Stelle explizit geregelt. Hierbei handelt es sich um Art. 20a des Grundgesetzes, der 1994 als Staatszielbestimmung eingefügt wurde²²⁸:

„Art. 20a (Natürliche Lebensgrundlagen) Der Staat schützt auch in Verantwortung für die künftigen Generationen die natürlichen Lebensgrundlagen im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung durch die Gesetzgebung und nach Maßgabe von Gesetz und Recht durch die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung.“²²⁹

²²⁷ Eigene Darstellung.

²²⁸ Vgl. Höfling (2001), S. 107 und S. 112.

²²⁹ Grundgesetz (2001), S. 20.

BRAND und FÜRST weisen auf die Frage hin, ob die in Art. 20a GG festgelegte Staatszielbestimmung „eine rechtlich wirksame Grundlage für die Langfristperspektive der Nachhaltigkeit“²³⁰ ist. Auf der einen Seite geht ein Großteil der rechtswissenschaftlichen Publikationen davon aus, dass durch den Art. 20a GG das Prinzip der Nachhaltigkeit in der deutschen Verfassung eingebunden ist.²³¹ Andererseits wird die Frage aufgeworfen, welche tatsächlichen Rechtswirkungen diese Verfassungsnorm für die Politik zur Folge hat.²³² Als Adressaten der Norm des Art. 20a GG werden die Verwaltung, die Rechtsprechung und der Gesetzgeber genannt, wobei letzterer als der wichtigste gilt. Zu beachten ist die relativierende Klausel „nach Maßgabe von Gesetz und Recht“²³³, die darauf hinweist, dass die Gesetzesnorm zum Beispiel „nicht für eine *konstitutiv-verschärfende* Umformulierung geltender Umweltgesetze“²³⁴ eingesetzt werden darf. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts bedeutet die Schutzpflicht des Art. 20a GG keine Grenze für die ökonomische Weiterentwicklung. Allerdings ist mit der Formulierung, dass zukünftige Generationen inbegriffen sind, ein gewisser Maßstab für ein zu erreichendes Umweltschutzniveau gegeben, wodurch der Staat an das Nachhaltigkeitskriterium gebunden ist.²³⁵ Bei Art. 20a GG handelt es sich nicht um einen „Freifahrtschein“ für einen „*expansiv-rigorosen* Umweltstaat“²³⁶, der sich allen ökonomischen Belangen in den Weg stellt. Aber es ist festzustellen, dass mit dem Art. 20a GG die Chance auf eine Stär-

²³⁰ Brand (2002), S. 77.

²³¹ Siehe zu dieser Auffassung Bückmann (2002), S. 8 ff. und Erbguth (1999), S. 1082 ff.

²³² Vgl. Brand (2002), S. 77.

²³³ Grundgesetz (2001), S. 20.

²³⁴ Schmitt-Preuss (2000), S. 582. Ferner siehe Frank (2000), S. 240 f., der obige Ansicht teilt und darauf hinweist, dass der Wortlaut gelegentlich auch als „Angstklausel“ bezeichnet wird.

²³⁵ Vgl. Brand (2002), S. 78.

²³⁶ Schmitt-Preuss (2000), S. 582.

kung der Umweltpolitik gegeben ist, die nicht nur symbolischen Charakter hat. Die normative Bedeutung einer jeden Staatszielbestimmung ist nicht zu unterschätzen, da sie auch als Interpretationshilfe des einfachen Rechts genutzt werden kann.²³⁷

Als Fazit in Bezug auf Art. 20a GG ist festzuhalten, dass dieser nicht explizit Pflichten der aktuellen Generationen gegenüber zukünftigen bestimmt.²³⁸ Aus diesem Grund kann in Deutschland Generationengerechtigkeit nicht als formelle Regel im Sinne eines Gesetzes betrachtet werden kann.

3.6.2. Generationengerechtigkeit als informelle Regel

Im Weiteren gilt es zu prüfen, ob Generationengerechtigkeit als informelle Regel angesehen werden kann. Unter informellen Regeln werden in dieser Untersuchung sich wiederholende Verhaltensweisen verstanden, bei denen es sich weder um Normen noch um Gesetze handelt. Zu informellen Regeln können Prinzipien und das individuelle Gewissen gezählt werden.²³⁹ Prinzipien sind als Regeln definiert, die sich ein Individuum selbst auferlegt und durchsetzt.²⁴⁰ Das Gewissen stellt eine innere Regelinstanz des Einzelnen dar, die seinen Umgang mit anderen ordnet.²⁴¹ Entscheidend ist sowohl hinsichtlich der Prinzipien als auch des individuellen Gewissens, dass der Einzelne davon

²³⁷ Vgl. Brand (2002), S. 79.

²³⁸ Vgl. Tremmel (2003), S. 364.

²³⁹ Vgl. Ott (2002), S. 458.

²⁴⁰ Vgl. Kirsch (2004), S. 98.

²⁴¹ Mittelstraß bezeichnet Gewissen als „sowohl persönliche allgemeine moralische Überzeugungen (im Sinne der zweifelsfreien Annahme moralischer Normen als einer Urteilsbasis insbesondere für die eigenen Handlungen und Zwecke) als auch die einzelnen Urteile dieser Überzeugungen.“, Mittelstraß (1996), Band 1, S. 769.

abgehalten wird, etwas zu tun, was in einer bestimmten Situation seine persönliche Wohlfahrt fördern würde.²⁴² Es scheint, als wäre diese Bedingung nicht mit dem Streben nach Eigennutzenmaximierung vereinbar, das der ökonomischen Theorie zugrunde liegt.

Prinzipien regeln die Verhaltensweisen des Einzelnen gegenüber sich selbst, das heißt sie sind selbst auferlegte informelle Regeln.²⁴³ Da das Individuum, das Generationengerechtigkeit umsetzt, nicht von dieser selbst betroffen ist, kann Generationengerechtigkeit kein Prinzip sein. Auf eine nähere Untersuchung der Vereinbarkeit von Prinzipien und Ökonomik wird folglich verzichtet. Stattdessen wird nachfolgend analysiert, ob das individuelle Gewissen mit den Prämissen der ökonomischen Theorie in Einklang zu bringen ist und Generationengerechtigkeit begründen kann.

„... das individuelle Gewissen (lässt sich) aus der Perspektive der Neuen Politischen Ökonomik als ein Organ auffassen, dessen Funktion darin besteht, den Umgang des Einzelnen mit anderen so zu regeln, dass er nicht zur Bedrohung für deren Wohlfahrt und Existenz wird.“²⁴⁴

Die Prägung eines individuellen Gewissens geschieht im gesellschaftlichen Umgang des Einzelnen mit anderen Menschen. Zwei Voraussetzungen sind dazu erforderlich:

Andere Personen müssen ein Interesse haben, dem Einzelnen ein Gewissen zu verschaffen; der Einzelne muss die Bereitschaft zeigen, sich dies vermitteln zu lassen.

Mitglieder einer Gesellschaft haben die Bestrebung, dass ein bestimmtes Individuum ein Gewissen hat, weil somit ökonomisch si-

²⁴² Vgl. Kirsch (2004), S. 98.

²⁴³ Um ein Prinzip handelt es sich, wenn jemand sich vornimmt, nicht eine einzige Zigarette zu rauchen, damit nicht die Gefahr besteht, dass er süchtig wird.

²⁴⁴ Kirsch (2004), S. 101.

chergestellt wird, dass diese konkrete Person Handlungsweisen unterlässt, die Kosten für die Allgemeinheit verursachen, und sich stattdessen so verhält, dass externer Nutzen entsteht.²⁴⁵

Mit der zweiten Bedingung geht allerdings die Frage einher, warum ein Individuum selbst die Bereitschaft haben soll, dass ihm ein Gewissen vermittelt wird, zumal es sich dadurch in einen Zustand versetzen lässt, durch den es sich selber einschränkt, indem es eine seine eigentliche Wohlfahrt maximierende Handlung unterlässt.²⁴⁶

KIRSCH stellt vier Erklärungsansätze vor, die das Interesse eines Einzelnen an einem eigenen Gewissen zu begründen versuchen:

Reduzierung der Informations- & Entscheidungskosten

Erstens argumentiert KIRSCH, dass eine Begrenzung der Handlungsalternativen des Individuums durch äußere Einschränkungen (Gebote und Verbote) die Informations- und Entscheidungskosten des Einzelnen verringert, weil eine geringere Anzahl an möglichen Verhaltensweisen die Entscheidungsfindung vereinfacht und beschleunigt.²⁴⁷

²⁴⁵ Vgl. Kirsch (2004), S. 102, der das Beispiel aufführt, dass Eltern nur dann in das Gewissen ihres Kindes investieren, wenn dies für sie vorteilhafter ist als in Einzelsituationen mittels positiver oder negativer Anreize auf das Verhalten des Kindes einzuwirken, falls es sich nicht entsprechend der gesellschaftlichen Vorstellungen der Eltern verhält. Kirsch formuliert: „Der Einzelne hat ein Gewissen, wenn und soweit andere – mittelbar oder unmittelbar – ein Interesse an seiner **Gesellschaftsfähigkeit** haben und von sich aus bereit oder aber durch soziale Kontrollen und Gesetze gezwungen sind, in diese seine Gesellschaftsfähigkeit zu investieren.“, Kirsch (2004), S. 103.

²⁴⁶ Vgl. Kirsch (2004), S. 103, der ausführt: „Es ist in der Tat eine für die Rational-Choice Theorie abenteuerliche Vorstellung, dass der Einzelne ein Interesse daran haben kann, sich von außen so programmieren zu lassen, dass er sich selbst bestraft – Stichwort: Gewissensbisse –, wenn er tut, was ihm zusagt, anderen aber nicht gefällt. Es ist eine für den Rational-Choice Ansatz schockierende Vorstellung, dass der Einzelne ein Interesse daran haben kann, sich in einen Zustand versetzen zu lassen, in dem er nicht anders kann, als sich selbst mit Strafe und Belohnung auch dann zur Einhaltung sozialer Normen zu motivieren, wenn dies im Einzelfall seinen eigenen Trieben, Wünschen, Bedürfnissen und Zielen zuwiderläuft.“, Kirsch (2004), S. 104. Der Begriff „Rational-Choice Ansatz“ wird synonym für die Theorie der Neuen Politischen Ökonomie verwendet. Vgl. Behrends (2001), S. 3.

²⁴⁷ Vgl. Kirsch (2004), S. 104.

Dieser Aussage ist entgegenzusetzen, dass sich jemand nicht weniger rational verhält, wenn er von sich aus beschließt, bestimmte Handlungen gar nicht erst in Erwägung zu ziehen, und sie demnach als potentielle Alternativen im Vorhinein ausschließt. Allerdings trifft er diese Entscheidung selbst, weil er durch sinkende Informations- und Entscheidungskosten die eigene Nutzensteigerung erkennt.

Schaffung einer eigenen Persönlichkeit

Zweitens führt KIRSCH aus, dass der Einzelne neben der Befriedigung seiner Bedürfnisse auch ein Interesse „an der Existenz des eigenen selbstbewussten Ichs“²⁴⁸ hat. Dieses Ich ist durch vergangene Handlungen sowie durch die Projektion zukünftiger Verhaltensweisen geprägt. Für die Identität und Glaubwürdigkeit eines Individuums müssen erwartete Handlungsweisen schon in die Beschreibung des heutigen Ichs integriert werden. Somit ist die Kontinuität entscheidend, und diese kann durch die Annahme eines Gewissens gewährleistet werden.

Inwieweit allerdings eine Erhöhung der Vorhersehbarkeit des eigenen Verhaltens gleichzeitig zu einer Steigerung des individuellen Nutzens führt, wird vom Autor nicht dargelegt. Seine Argumentation basiert lediglich auf der Annahme, dass die Verwirklichung einer eigenen Persönlichkeit zum Bedürfnisportfolio eines Individuums gehört, was aus ökonomischer Sicht nicht stichhaltig genug ist. Es scheint sich hierbei eher um ein intrinsisches Verhalten zu handeln, welches im Rahmen der ökonomischen Theorie nicht als Erklärungsansatz fungieren kann.

Gesellschaftliche Integration

Drittens erläutert KIRSCH, dass die Entwicklung eines eigenen Ichs nicht autonom durch Annahme eines individuellen Normenkatalogs geschieht. Denn durch seinen gesellschaftlichen Umgang muss das

²⁴⁸ Kirsch (2004), S. 104.

Verhalten eines Individuums auch von seinem Umfeld vorhersehbar sein, das heißt das Gewissen muss aus Normen bestehen, die von der Gesellschaft geteilt werden.²⁴⁹

Das dritte Argument stellt weniger eine Begründung dafür dar, dass sich durch die Annahme eines Gewissens Vorteile für ein Individuum ergeben. Vielmehr erklärt es, warum keine Vielzahl verschiedener individueller Gewissen in einer Gesellschaft existiert, sondern dass eine eher einheitliche Gewissensstruktur bei Individuen innerhalb einer Gesellschaft vorhanden ist. KIRSCHS Argumentation ist außerdem entgegenzustellen, dass der Einzelne in einer liberalen Freiheitsordnung, wie sie dieser Arbeit zugrunde liegt, ein Interesse an einem möglichst umfangreichen persönlichen Handlungsspielraum hat. Begrenzt wird dieser lediglich durch Gesetze. Es ist daher nicht nachvollziehbar, welchen Nutzen ein individuelles Gewissen zur Einschränkung des Handlungsrahmens haben soll und welcher Vorteil entsteht, wenn das Verhalten des Einzelnen nach Kriterien bestimmt wird, die teilweise laut KIRSCH für alle gleich sein sollen.

Optimierungskalkül zwischen Selbstverleugnung und gesellschaftlicher Akzeptanz

Das **vierte** Argument bezieht sich laut KIRSCH darauf, dass sich Normen und Moralvorstellungen einer Gesellschaft im Laufe der Zeit ändern und daher zur Aufrechterhaltung der sozialen Akzeptanz eine Anpassung der eigenen Wertvorstellungen erfolgen muss. Dies widerstrebt jedoch dem individuellen Wunsch des Individuums nach Kontinuität der eigenen Persönlichkeit.

„In einer Gesellschaft, in welcher sich die Normen, die man als Einzelner internalisieren muss, wenn man denn an ihr partizipieren soll, (schnell) wandeln, steht der Einzelne – und je älter er ist, desto mehr – vor der Notwendigkeit, die Kosten

²⁴⁹ Vgl. Kirsch (2004), S. 105 f.

einer Selbstverleugnung mit den Nutzen der gesellschaftlichen Integration zu vergleichen.“²⁵⁰

KIRSCH zeigt damit die Wichtigkeit auf, individuelle Normen im Zeitverlauf anzupassen, und welche Abwägung zwischen gesellschaftlicher Akzeptanz und Selbstverleugnung damit einhergehen.

Eine Begründung, warum ein Individuum überhaupt ein Gewissen annehmen sollte, ist aus ökonomischer Sicht in diesem vierten Begründungsansatz nicht erkennbar. Allerdings spiegelt die Problematik der Argumentation die Schwierigkeit wider, die mit der Begründung von informellen Regeln im Allgemeinen und dem individuellen Gewissen im Speziellen einhergeht. Die Ökonomik steht bei der Erklärung von informellen Regeln, in diesem Fall der Bereitschaft des Einzelnen, sich ein Gewissen vermitteln zu lassen, vor dem Problem, dass das ökonomische Verhaltensmodell selbst in Frage gestellt ist.²⁵¹

Deshalb lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die informelle Regel „Gewissen“ keine Institution darstellt.

Im Weiteren gilt es zu prüfen, ob es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Norm handelt.

3.6.3. Generationengerechtigkeit als Norm

Mit Hilfe der Ausführungen von KIRSCH zur Entstehung, Akzeptanz und Geltung von Normen wird überprüft, ob Generationengerechtigkeit als Norm bezeichnet werden kann. Nach seiner Meinung können Normen als endogene Variablen Forschungsgegenstand der Neuen

²⁵⁰ Kirsch (2004), S. 107.

²⁵¹ Vgl. Kirchgässner (1993), S. 191 f.

Politischen Ökonomik sein. Dabei wird zwischen zwei Fragen unterschieden:

- „warum und wie eine individuelle Nachfrage nach gesellschaftlichen Normen entsteht und besteht;
- warum und wie diese individuelle Nachfrage nach gesellschaftlichen Normen befriedigt wird.“²⁵²

Bevor diese Fragen beantwortet werden, erfolgt eine Definition des Begriffs „Norm“.

3.6.3.1. Definition

In dieser Arbeit wird unter Norm

„eine mehr oder weniger stark generalisierte Handlungsanweisung oder Vorschrift (Präskription)“²⁵³ verstanden.

Wird Generationengerechtigkeit vor dem Hintergrund dieser Definition betrachtet, könnte es sich dabei aus semantischer Sicht um eine Norm handeln. Die im vorangegangenen Abschnitt vorgenommene Definition lautet:

4. Definition: **Die aktuelle Generation (x) verteilt ein Gut (y) zwischen den Generationen (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.**

²⁵² Kirsch (2004), S. 83, der sich bei der Unterscheidung der Fragen auf Coleman (1990) bezieht.

²⁵³ Ott (2002), S. 458.

Die Definition von Generationengerechtigkeit ist als Handlungsanweisung oder Vorschrift formuliert, wie es für eine Norm notwendig ist.

Des Weiteren bedarf eine Norm stets einer Begründung, die vielfach mittels weitgehend anerkannter Werte wie Leben, Frieden, Freiheit, Sicherheit, Gesundheit, Selbstverwirklichung, Glück, Pietät oder ähnlicher erfolgt.²⁵⁴ Die aufgeführten Werte sind sehr allgemein gehalten. Der Wert „Freiheit“ qualifiziert nicht den Umfang der Freiheit, genauso wenig wie der Wert „Gesundheit“ das Ausmaß der Versorgung des Einzelnen mit medizinischen Leistungen festlegt. Der Wert „Leben“ sagt nichts über die konkrete Ausgestaltung der Lebensbedingungen aus. Im Falle der Norm „Generationengerechtigkeit“ besteht zwar ein Zusammenhang zum Wert „Leben“. Aber dieser impliziert nicht den Charakter²⁵⁵ der Norm „Generationengerechtigkeit“, nämlich dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation. Der Wert „Leben“ bedeutet nicht zwangsläufig, dass zukünftiges Leben gleich dem aktuellen Leben sein muss, weder im positiven noch im negativen Sinn, da der übergeordnete Wert „Leben“ keine spezifische Aussage über die Lebensumstände Einzelner macht. Dementsprechend kann die mutmaßliche Norm „Generationengerechtigkeit“ nicht mit Rekurs auf einen anerkannten Wert begründet werden.

Weiterhin können Normen durch höherstufige inhaltliche Grundsätze wie Gerechtigkeit oder Menschenwürde gerechtfertigt werden.²⁵⁶ Auch diese Legitimation ist für die eventuelle Norm Generationengerechtigkeit nicht zulässig: Erstens ist das höhere Prinzip „Gerechtigkeit“ Bestandteil des Wortes „Generationengerechtigkeit“. Ein Begriff kann nicht mit sich selber erklärt werden. Zweitens ist es fraglich, ob

²⁵⁴ Vgl. Ott (2002), S. 458.

²⁵⁵ „Der *Charakter* (oder >Gehalt<) einer Norm bezieht sich darauf, was die Norm ihrem Inhalt nach besagt.“, Ott (2002), S. 458.

²⁵⁶ Vgl. Ott (2002), S. 458.

sich die Menschenwürde auch auf Generationen bezieht, die noch gar nicht geboren sind.²⁵⁷ Hinsichtlich der bereits existierenden Generation $n+1$ kann Generationenungerechtigkeit vorliegen, ohne dass diese Generation menschenunwürdig behandelt wird.

Es ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei Generationengerechtigkeit auf semantischer Ebene um eine Norm handeln kann, dass ihre Begründung aber weder mittels anerkannter Werte noch höherstufiger inhaltlicher Prinzipien gelingt. Wenn sich allerdings beweisen ließe, dass eine Nachfrage hinsichtlich der Norm „Generationengerechtigkeit“ bestünde, könnte diese dadurch begründet werden.

3.6.3.2. Nachfrage und Durchsetzung

Voraussetzung für die Entstehung einer Norm ist grundsätzlich, dass eine Nachfrage nach ihr vorhanden ist.

„ ... eine Nachfrage nach sozialen Normen, besteht für den Einzelnen dann, wenn ... die Transaktionskosten verbieten, dass er selbst mit jedem, dessen Verhalten seine Wohlfahrt berührt, Verhandlungen führt.“²⁵⁸

Die Begründung der Nachfrage nach Normen setzt voraus, dass diejenigen, welche die sozialen Normen befolgen sollen, auch gleichzeitig in ihrer eigenen Wohlfahrt eingeschränkt werden, wenn sie die Normen nicht erfüllen. Es kann von einem „Kreislauf der Betroffenheit“ gesprochen werden. Genau dies ist bei der Norm „Generationenge-

²⁵⁷ Siehe hierzu Unnerstall (1999).

²⁵⁸ Kirsch (2004), S. 84, der das folgende Beispiel anführt: Wenn jeder Einzelne eine andere Person dazu bewegt, keine Aluminiumdose wegzuworfen, profitiert jeder Einzelne von sauberen Wegen, selbst wenn er nie wieder über den einen Weg gehen wird, wo er die andere Person zurechtgewiesen hat.

rechtigkeit“ nicht der Fall: Der Einzelne, welcher der Norm „Generationengerechtigkeit“ nachkommen soll, läuft bei Nichtbeachtung in keiner Weise Gefahr, in seiner eigenen Wohlfahrt eingeschränkt zu werden. Die Einhaltung der Norm „Generationengerechtigkeit“ durch die Generation n steigert die Wohlfahrt der nachfolgenden Generationen $n+1$, $n+2$ etc., das heißt der Generationen $n+x$. Wenn aber eine dieser zukünftigen Generationen $n+x$ die Norm „Generationengerechtigkeit“ beachtet, hat dies zwar positive Auswirkungen auf die Generation $n+(x+1)$, allerdings nicht mehr rückwirkend auf die Generation n . Deshalb trifft die Begründung für die Nachfrage nach allgemeinen sozialen Normen nicht auf die spezielle Norm „Generationengerechtigkeit“ zu. Ausnahme hiervon ist die Beziehung zwischen der Generation n und der Generation $n+1$, worauf im nächsten Abschnitt detaillierter eingegangen wird. Neben diesem grundlegenden Problem der Entstehung der Nachfrage bezüglich der Norm „Generationengerechtigkeit“ ergäben sich Schwierigkeiten bei ihrer Durchsetzung. Zur Erläuterung des Durchsetzungsproblems wird unterstellt, dass doch für alle Generationen eine Nachfrage nach der Norm „Generationengerechtigkeit“ bestünde und diese Norm an sich etabliert wäre. Dennoch müsste die Norm im nächsten Schritt durchgesetzt werden. In diesem Fall ist jedoch ein Kollektivgutproblem zweiter Ordnung vorhanden, das darin besteht, dass die Durchsetzung einer Norm selbst den Charakter eines Kollektivguts hat. Dies bedeutet, dass zwar jeder Einzelne die Norm akzeptiert und auch ein Interesse daran hat, dass die Norm erfüllt wird, aber der Einzelne aus unterschiedlichen Gründen nicht gewillt ist, selber für die Beachtung dieser Norm zu sorgen.²⁵⁹ Diese Hürde ist nur dann überwindbar, wenn die Durchsetzung für denjenigen, der die Norm befolgt,

²⁵⁹ Vgl. Kirsch (2004), S. 85. Ein Grund hierfür könnte sein, dass der Einzelne in einer konkreten Situation nicht den Mut hat, sich für eine Norm einzusetzen. Kirsch formuliert „..., dass die Durchsetzung der Normen, an deren Geltung im Extrem alle ein allgemein bekundetes Interesse haben, am aktiven Desinteresse aller im Einzelnen scheitert.“ Kirsch (2004), S. 86.

zu einer Internalisierung des Nutzens führt. Für eine solche Internalisierung ist es jedoch nötig, dass die Personen, die von der Durchsetzung und Einhaltung einer Norm profitieren, in gesellschaftlicher Beziehung zueinander stehen.²⁶⁰ Im Hinblick auf die konkrete Norm „Generationengerechtigkeit“ liegt keine gesellschaftliche Beziehung zwischen den Generationen vor, mit Ausnahme der Generationen n und $n+1$. Als Folge hieraus ergibt sich, dass die Norm „Generationengerechtigkeit“ im Allgemeinen nicht mit Hilfe der Nutzeninternalisierung Geltung erlangen kann.

3.6.3.3. Lösung

Es ist festzuhalten, dass Generationengerechtigkeit nicht als formelle Regel im Sinne eines Gesetzes verankert ist und auch nicht als informelle Regel mit Hilfe des individuellen Gewissens begründbar ist. Vorerst sieht es außerdem so aus, als ob keine Nachfrage nach der Norm Generationengerechtigkeit bestünde, und selbst wenn dies der Fall wäre, eine Durchsetzung nicht möglich sei.

Dennoch lässt sich mit Hilfe der bereits erwähnten Ausnahme eine Begründung herleiten. Die zur Durchsetzung der potentiellen Norm „Generationengerechtigkeit“ notwendige gesellschaftliche Beziehung liegt ausschließlich zwischen den Generationen n und $n+1$ vor. Daher wird auch nur dieses Verhältnis zur Begründung von Generationengerechtigkeit herangezogen. Im Rahmen dessen entsteht auf Seiten der Generation n eine Nachfrage nach Generationengerechtigkeit gegenüber der Generation $n+1$. Ein Mitglied A der Generation n hat ein Interesse an Generationengerechtigkeit, im Sinne einer Nachfrage, gegenüber einem Mitglied B der Generation $n+1$, wenn A befürchten

²⁶⁰ Vgl. Coleman (1990).

muss, dass B ihm Vorwürfe macht, sobald sich A nicht generationengerecht verhält. Unterstützt wird dies dadurch, dass die Generation $n+1$, sobald sie aus der Kindphase als mündiger Bürger heraustritt, gegenüber der Generation n die Einhaltung von Generationengerechtigkeit fordert.

Als Beispiel ist ein Kreis junger Bundestagsabgeordneter zu sehen, der aktuell längere Lebensarbeitszeiten fordert zur Abfederung der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Rentenversicherung in der Zukunft. Wenn sich die Generation n der Forderung der Generation $n+1$ verweigert, wird diese Sanktionen gegen die Generation n verhängen. Hierbei kann es sich um Vorwürfe auf der moralischen Ebene handeln. Ebenso wäre es denkbar, dass die Generation $n+1$, sobald sie eine Wählerstimmenmehrheit über die Generation n hat, deren Sozialansprüche kürzt. Die Vermeidung dieser Sanktionen stellt für die Generation n einen Nutzen dar, weshalb sie einen Anreiz hat, sich bereits in der Gegenwart generationengerecht zu verhalten. Diese Konstellation ist nur in aufeinander folgenden Generationen möglich, so dass der „Kreislauf der Betroffenheit“ wieder hergestellt ist. A kann seinen individuellen Nutzen steigern, indem er durch generationengerechtes Verhalten vermeidet, dass B ihn sanktioniert – mit anderen Worten hat A einen selektiven Anreiz, sich gegenüber B generationengerecht zu verhalten. Folgende Abbildung verdeutlicht diesen Ausnahmefall.

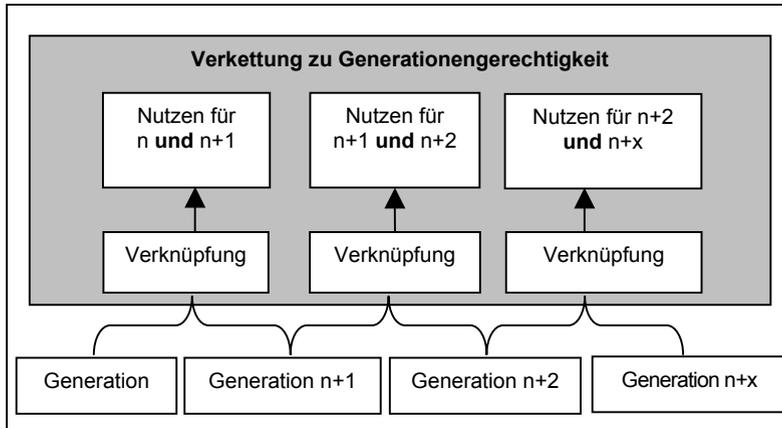


Abb. 10: Verketzung zu Generationengerechtigkeit²⁶¹

Dadurch, dass zwischen den Generationen n und $n+1$, $n+1$ und $n+2$ und so weiter jeweils eine Verknüpfung besteht, die Generationengerechtigkeit begründet, entsteht eine Verketzung von Generationengerechtigkeit. Diese Abfolge darf allerdings nicht dahingehend fehlinterpretiert werden, dass Generation n nun in einem Generationengerechtigkeitsverhältnis zur Generation $n+2$ oder $n+x$ steht. Dies ist weiterhin nicht der Fall.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei ausschließlicher Betrachtung aufeinander folgender Generationen n und $n+1$ sowohl eine Nachfrage nach Generationengerechtigkeit besteht, als auch deren Durchsetzung gegeben ist. Somit kann Generationengerechtigkeit, begründet auf dem Verhältnis zweier unmittelbar aufeinander folgender Generationen, als Norm verstanden werden. Dementsprechend handelt es sich bei Generationengerechtigkeit als Norm um eine Institution.

²⁶¹ Eigene Darstellung.

3.7. Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde im Anschluss an eine historische Einordnung von Generationengerechtigkeit zunächst *Generation* als die relative Position von Personen in Verwandtschaftsbeziehungen abgegrenzt. Basierend auf einer ökonomisch geprägten Begriffsbestimmung von *Gerechtigkeit* erfolgte dann die Definition von Generationengerechtigkeit. Hieran schloss sich jeweils eine Erläuterung von Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen und Generationengerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Letztere ist für das folgende Kapitel von besonderer Bedeutung, da in diesem das System der GKV auf den Aspekt der Generationengerechtigkeit hin untersucht wird. Es konnte ferner dargelegt werden, dass die jeweils aktuelle Generation Verantwortung für die Folgen ihrer Handlungen gegenüber nachfolgenden Generationen trägt. Weiterhin wurde die Frage, ob es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Institution handelt, dahingehend beantwortet, dass Generationengerechtigkeit eine Norm ist und somit als Institution verstanden werden kann. Damit wird es im weiteren Verlauf der Untersuchung möglich sein, die Methoden der Neuen Institutionenökonomik auf die Forschungsfrage anzuwenden. Bisher wurde allerdings noch nicht die eingangs dieses Kapitels aufgeworfene Frage beantwortet, wer einen Nutzen von Generationengerechtigkeit erfährt. Diese Frage ist keinesfalls trivial, sondern ganz im Gegenteil lässt sich mittels einer Antwort auf die Frage gleichzeitig eine Begründung für die Existenz von Generationengerechtigkeit herleiten. In der wissenschaftlichen Literatur, die sich mit Generationengerechtigkeit beschäftigt²⁶², wird diese vorwiegend mittels intrinsischer Motivation begründet. Diese geht davon aus, dass Menschen

²⁶² Seit Anfang der 70er Jahre erfährt Generationengerechtigkeit in der angloamerikanischen Philosophie, ausgehend von RAWLS Standardwerk „A Theory of Justice“, Beachtung. Siehe hierzu „Eine Theorie der Gerechtigkeit“ von Rawls (1979). Mit etwa zehn Jahren Verzögerung fand das Thema Eingang in die deutschsprachige Wissenschaft.

aus Freude oder Interesse an einer Sache selbst eine Handlung vollziehen, was im Widerspruch zur traditionellen Ökonomik steht, die keine intrinsischen Argumentationen für das individuelle Verhalten unterstellt. Die Aussage, dass intrinsische Motivation oder Moral das Verhalten beeinflussen, lässt sich nicht in Einklang mit der eng gefassten Rationalitätsannahme in der Ökonomik bringen.²⁶³ Wenn intrinsische oder moralische Bestandteile im Nutzenkalkül eines Individuums akzeptiert würden, bestünde die Gefahr, dass das ökonomische Modell an empirischem Gehalt verlierte und gegen Kritik immun würde.

„(D)enn durch eine geeignete Formulierung der Nutzenfunktion kann man jedes beobachtbare Verhalten als Maximierung einer Nutzenfunktion bei gegebener Restriktion auffassen.“²⁶⁴

Die Konsequenz einer solchen Kriterienaufweichung wäre, dass sich Generationengerechtigkeit aus ökonomischer Sicht nur noch schwierig begründen ließe. Deshalb wird versucht, Generationengerechtigkeit strikt nach den dieser Arbeit zugrunde liegenden Prämissen des Rationalverhaltens und der Maximierung des Eigennutzens zu begründen.

Dabei wird speziell nach dem Nutzen von Generationengerechtigkeit aus Sicht der Generation n gesucht, denn es kann davon ausgegangen werden, dass zukünftige Generationen $n+x$ als „Empfänger“ von Generationengerechtigkeit grundsätzlich ein Interesse an dieser haben, da von einer Nutzensteigerung für diese zukünftigen Generationen $n+x$ auszugehen ist.

²⁶³ Vgl. Frey (1996), S. 213, der darauf hinweist, dass es unterschiedliche wissenschaftliche Konzeptionen der intrinsischen Motivation gibt. Siehe hierzu Scott (1988), Hirst (1988), Deci (1985) und Deci (1980).

²⁶⁴ Kirchgässner (1993), S. 192.

Die Argumentation für eine Nutzensteigerung der Generation n lässt sich aus der Erörterung des letzten Abschnitts entnehmen: Für Mitglieder der Generation n ergibt sich bei Beachtung von Generationengerechtigkeit der Vorteil, im Sinne einer Nutzensteigerung, dass sie nicht mit Sanktionen der Mitglieder der Generationen $n+1$ rechnen müssen.

Somit ist die Frage nach dem Nutzen von Generationengerechtigkeit dahingehend zu beantworten, dass diese nicht nur den Nutzen der Generation $n+1$ bzw. $n+x$ steigert, sondern auch den Nutzen der Generation n .

4. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Nachdem zuletzt der Nutzen von Generationengerechtigkeit begründet wurde, besteht das Ziel dieses Kapitels darin, ein Teilsystem einer marktwirtschaftlichen Ordnung aufzuzeigen, in dem Generationengerechtigkeit nicht vorhanden ist. Es wird versucht nachzuweisen, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland nicht generationengerecht ist. Aufbauend darauf wird ein Alternativmodell vorgestellt, das den Ansprüchen von Generationengerechtigkeit deutlich gerechter wird als das System des Status quo.

4.1. Analyse des Status quo

Zunächst werden die Grundlagen des derzeitigen deutschen Systems der GKV beschrieben, um daraus resultierende Informationsasymmetrien unter den Akteuren im deutschen Gesundheitswesen ableiten zu können. Ferner wird untersucht, inwiefern die gesetzliche Krankenversicherung generationengerecht ist.

4.1.1. Grundlagen

Das System der sozialen Sicherung in Deutschland besteht aus fünf Säulen.²⁶⁵ Eine davon ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).²⁶⁶ Die ursprüngliche Aufgabe der GKV am Ende des 19. Jahr-

²⁶⁵ Bei den fünf Säulen handelt es sich um die gesetzliche Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie die Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe.

²⁶⁶ Vgl. Frohwitter (1999), S. 199.

hundreds²⁶⁷ war lediglich die Absicherung der Einkommen im Krankheitsfall. Daraus ist inzwischen eine allgemeine Gesundheitssicherung entstanden.

Mittlerweile sind fast 90 Prozent der deutschen Bevölkerung Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. In Deutschland müssen sich alle Arbeiter und Angestellten, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt, in der GKV versichern. Personen, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Beamte und Selbständige können sich freiwillig versichern – entweder in der GKV oder der privaten Krankenversicherung (PKV).²⁶⁸

Das folgende Unterkapitel beschreibt die Grundsätze und damit einhergehende Zwänge im System der GKV. Weiterhin wird die Vergütung der Leistungserbringer - differenziert nach ambulanter und stationärer Behandlung dargestellt - um darauf aufbauend die Finanzierung der GKV zu erläutern. Hierbei wird auf die Einnahmen und Ausgaben sowie den Risikostrukturausgleich (RSA) eingegangen.

Diese grundlegenden Erörterungen sind notwendig, damit an späterer Stelle die Unterschiede zwischen einem Alternativmodell und dem derzeitigen System der GKV aufgezeigt und in Bezug auf Generationengerechtigkeit bewertet werden können.

²⁶⁷ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 180, der ferner darauf hinweist, dass die Gründung der GKV der erste Baustein der Bismarckschen Sozialgesetzgebung war.

²⁶⁸ Vgl. Zweifel (2002), S. 10 und Breyer (2005), S. 198. Zu den gesetzlichen Bedingungen der Versicherungspflicht siehe §§ 5-8 SGB (2006).

4.1.1.1. Grundsätze

Im weiteren Verlauf dieser Untersuchung wird unter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das System der gesetzlichen Krankenversicherung verstanden. Dabei sind die Träger der GKV einzelne gesetzliche Krankenkassen. Dementsprechend wird im Folgenden von gesetzlicher Krankenkasse gesprochen, wenn eine einzelne Versicherungsinstitution gemeint ist, und von GKV, wenn das System aller gesetzlichen Krankenkassen als Institution betrachtet wird.

Krankenversicherungen funktionieren entweder nach dem Solidar- oder dem Äquivalenzprinzip. In der GKV herrscht das Solidarprinzip, woraus sich das Bedarfs- und das Leistungsfähigkeitsprinzip ableiten. Sie stellen damit zwei wesentliche Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung dar.²⁶⁹ Bei der Leistungsanspruchnahme gilt das Bedarfsprinzip, wonach ausschließlich Art und Schwere einer Krankheit über die Leistungen, die ein Versicherter erhält, entscheiden.²⁷⁰ Im Gegensatz hierzu findet auf der Finanzierungsseite der GKV das Leistungsfähigkeitsprinzip Anwendung, nach dem der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportional zum Erwerbseinkommen²⁷¹ des Versicherungsmitgliedes erhoben wird.²⁷² Diese Prämie wird je zur Hälfte vom Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse und dessen Arbeitgeber getragen.²⁷³ Dabei haben der Gesundheitszustand des Mitgliedes, im Sinne seines Risikos, sowie die Anzahl und der Ge-

²⁶⁹ Zum Solidarprinzip siehe Ecker (2000), S. 55 ff.

²⁷⁰ Dies gilt nicht für Lohnersatzleistungen (Krankengeld), welche entsprechend des zuvor erzielten Einkommens ausgezahlt werden. Vgl. Hajen (2006), S. 118.

²⁷¹ Beiträge zur GKV werden nur vom Erwerbseinkommen und nicht auf Miet- oder Kapitaleinkünfte erhoben.

²⁷² Bei Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse handelt es sich um diejenigen, die Beiträge bezahlen, wohingegen Versicherte Familienangehörige sind.

²⁷³ Vgl. Breyer (2005), S. 196. Mittlerweile entrichten die Arbeitnehmer zusätzlich einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent des Bruttoerwerbseinkommens.

sundheitszustand eventuell mitversicherter Familienangehöriger keinen Einfluss auf die Höhe des Versicherungsbeitrages. Bei diesem Grundsatz handelt es sich um das Sachleistungsprinzip in der GKV, wie es in nachfolgender Abbildung aufgeführt ist.

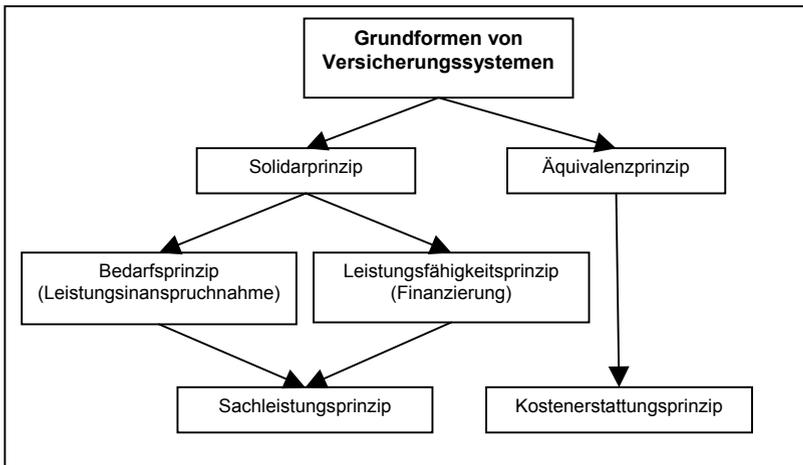


Abb. 11: Prinzipien der Versicherungssysteme²⁷⁴

Für das Solidarprinzip gelten also eine einkommensabhängige Beitragserhebung und eine beitragsunabhängige Leistungsgewährung.

Dem Solidarprinzip in der GKV steht das Äquivalenzprinzip gegenüber, das für jeden Versicherten eine individuelle Risikoprämie kalkuliert und in den privaten Krankenversicherungen (PKV) seine Anwendung findet. Die nach dem Äquivalenzprinzip bestimmten Versicherungsprämien berücksichtigen die gesamten erwarteten Kosten des Versicherten über dessen Lebenszeit und richten sich nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen. Deshalb werden in der PKV für alle Familienangehörigen einzeln Prämien erhoben.²⁷⁵ In der GKV hinge-

²⁷⁴ Eigene Darstellung.

²⁷⁵ Vgl. Hajen (2006), S. 118.

gen sind sämtliche Familienangehörige beitragsfrei beim beitragszahlenden Mitglied mitversichert.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal der gesetzlichen Krankenkassen besteht darin, dass sie mit Ausnahme der Innungs- und Betriebskrankenkassen einem Kontrahierungszwang unterliegen.²⁷⁶ Dies bedeutet, dass sie Versicherte nicht ablehnen dürfen oder die Prämien entsprechend ihres Risikos differenzieren können. Für jede versicherte Person in der GKV gelten dieselben Bedingungen (Diskriminierungsverbot).²⁷⁷

Weiterhin sind die gesetzlichen Krankenkassen zu einem vorwiegend gesetzlich festgeschriebenen Leistungsumfang verpflichtet. Lediglich ein geringer Teil (unter 5 Prozent) des Leistungsumfangs einer gesetzlichen Krankenkasse kann von dieser per Satzung festgelegt werden.²⁷⁸ Hierin unterscheidet sich die GKV von der PKV, bei der hinsichtlich des Umfangs der Leistungen Vertragsfreiheit zwischen der Versicherung und dem Versicherten besteht, das heißt der Leistungskatalog kann je nach Anbieter und Versicherungsnehmer variieren.²⁷⁹

Die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterliegen der Selbstverwaltung.²⁸⁰ In einer solchen Organisation bildet ein Verwaltungsrat das oberste Gremium,

²⁷⁶ Vgl. Specke (2005), S. 292. Innungs- und Betriebskrankenkassen können in ihrer Satzung eine Öffnung für betriebsfremde Mitglieder vorsehen, müssen dies aber nicht.

²⁷⁷ Vgl. Breyer (2005), S. 193 und S. 273.

²⁷⁸ Vgl. Rosenbrock (2004), S. 91.

²⁷⁹ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 182, der darauf hinweist, dass auch in der PKV ein bestimmter Minimalkatalog von Leistungen festgeschrieben ist, damit der Arbeitgeberzuschuss bewilligt wird.

²⁸⁰ Siehe hierzu § 4 Abs. 1 SGB (2006).

das grundsätzlich mit Vertretern der Versicherten und mit Vertretern der Arbeitgeber der Versicherten besetzt ist.²⁸¹

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die GKV bietet den Versicherungsmitgliedern und ihren Familienangehörigen gemäß des Solidarprinzips einen Vollversicherungsschutz im Krankheitsfall nach einem relativ festgelegten Leistungsumfang zu zwar einkommensproportionalen, aber einheitlichen und risikounabhängigen Beitragssätzen.²⁸²

4.1.1.2. Vergütung der Leistungserbringer

Im deutschen Gesundheitswesen gilt außerdem das Subsidiaritätsprinzip, welches von einer Nachrangigkeit der Institutionen ausgeht. Dies führt dazu, dass der Gesetzgeber im Rahmen seiner Gesundheitspolitik lediglich den institutionellen Ordnungsrahmen festlegt. Die nähere Ausgestaltung, wie die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen und die Entlohnung der Leistungserbringer, bleibt den Akteuren selbst überlassen.²⁸³

Die gesetzlichen Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern im stationären und im ambulanten Sektor Verträge ab, welche die medizinische Versorgung ihrer Versicherten und die Entlohnung der Leistungserbringer sicherstellt.²⁸⁴ Hierbei wird zwischen direkter Vergütung im stationären Bereich und indirekter Vergütung in der

²⁸¹ Ersatzkassen bilden eine Ausnahme und weichen insofern von dem beschriebenen Organisationsprinzip ab, dass ihre Selbstverwaltungsgremien ausschließlich aus Versichertenvertretern bestehen.

²⁸² Vgl. Oberender (2002), S. 39 f.

²⁸³ Vgl. Sauerland (2002), S. 348.

²⁸⁴ Vgl. Zweifel (2002), S. 11.

ambulanten Versorgung unterschieden. Diese Vertragskonstellationen der GKV werden nachfolgend für den ambulanten Bereich am Beispiel der Kassenärzte und im stationären Sektor anhand von Verträgen mit Krankenhausträgern aufgezeigt. In der **stationären Versorgung** schließen die gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Landesverbände Versorgungsverträge direkt mit den Krankenhausträgern ab, so dass diese für die Sicherstellung der stationären Versorgung verantwortlich sind.²⁸⁵ Seit der gesetzlichen Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) im Jahr 2002 werden stationäre Behandlungen nach leistungsorientierten Fallpauschalen vergütet. Hierbei werden Fallgruppen (DRGs) und deren Bewertungsrelationen bundeseinheitlich auf Basis der Fallkosten einer repräsentativen, vollständig erfassten Stichprobe von Krankenhäusern festgelegt.²⁸⁶ Die Vertragsbeziehungen im stationären Bereich sind in nachfolgender Abbildung dargestellt.

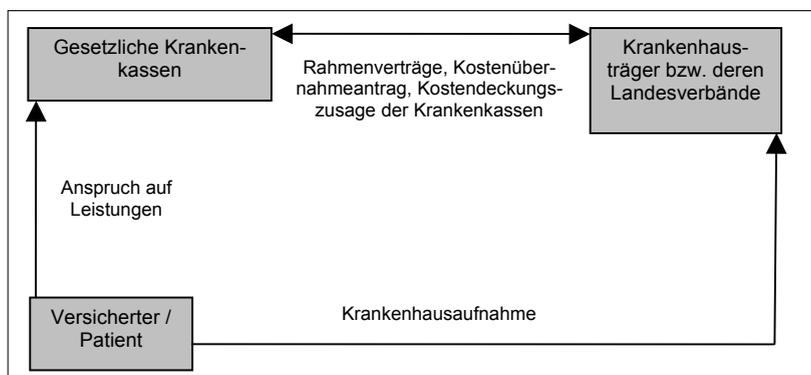


Abb. 12: Vertragsbeziehungen in der stationären Versorgung²⁸⁷

²⁸⁵ Vgl. Sauerland (2002), S. 346 f.

²⁸⁶ Vgl. Specke (2005), S. 273 ff., der die Funktionsweise der DRGs im Einzelnen erläutert. Diese Details sind für die vorliegende Untersuchung nicht von Bedeutung, da es im Wesentlichen darauf ankommt, in welcher Beziehung die Akteure zueinander stehen, und nicht darauf, nach welchen Kriterien die Fallkosten im Krankenhaus ermittelt werden.

²⁸⁷ In Anlehnung an Sauerland (2002), S. 347.

In der **ambulanten Versorgung** sind die Vertragskonstellationen der Beteiligten komplexer als im stationären Sektor, was am Beispiel der Kassenärzte²⁸⁸ erläutert wird, die sich zu Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammenschließen.²⁸⁹ Diese handeln Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen aus. Die Bezahlung der Kassenärzte erfolgt mittels einer Gesamtvergütung jeder gesetzlichen Krankenkasse an die KV, die das erhaltene Budget unter den Kassenärzten verteilt.²⁹⁰ Neben dieser Distributionsfunktion haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen die Verpflichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten.²⁹¹ Zu deren Gewährleistung beauftragen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder, das heißt die Kassenärzte.²⁹² Somit sind die Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl Ver-

²⁸⁸ Bei Kassenärzten handelt es sich um Ärzte, die eine Zulassung bei gesetzlichen Krankenkassen haben, das heißt sie können mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Im Gegensatz dazu gibt es Ärzte ohne Kassenzulassung, die ausschließlich private Rechnungen stellen.

²⁸⁹ Siehe hierzu § 77 Abs. 1 SGB (2006). Alle regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schließen sich in einem Dachverband zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammen. Die Verbandsstrukturen der Zahnärzte sind auf Länder- und Bundesebene analog.

²⁹⁰ Die Verteilung des Honorarbudgets erfolgt in der GKV nach Gebührenordnungen, in denen jede ärztliche Leistung mit einer Punktzahl versehen ist. Der Wert eines Punktes in Geldeinheiten ergibt sich ex post aus der Berechnung der KV. Das Gesamtbudget pro Jahr wird durch die Anzahl aller von den Kassenärzten zur Vergütung eingereichten Punkte geteilt, wodurch der Punktwert entsteht. Der Umsatz einer Arztpraxis ergibt sich dann aus der Multiplikation aller ihrer Punkte mit dem ex post festgestellten Punktwert. Das Gesamtbudget, das eine gesetzliche Krankenkasse einer KV gewährt, wird als Multiplikation der festgelegten Kopfpauschale mit der Anzahl der Mitglieder berechnet. Vgl. Specke (2005), S. 232 f.

²⁹¹ Siehe zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung §§ 69 ff., SGB (2006). Die Entlohnung der Kassenärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen ist in § 85 geregelt: „Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.“, § 85 Abs. 1 SGB (2006).

²⁹² In Deutschland sind ca. 98 Prozent der niedergelassenen Ärzte als Vertragsärzte von den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Vgl. Rosenbrock (2004), S. 107.

tragspartner ihrer Mitglieder als auch der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Vertragskonstellation, die eintritt, wenn ein gesetzlich versicherter Patient sich von einem Kassenarzt behandeln lässt, ist in nachfolgender Abbildung dargestellt.

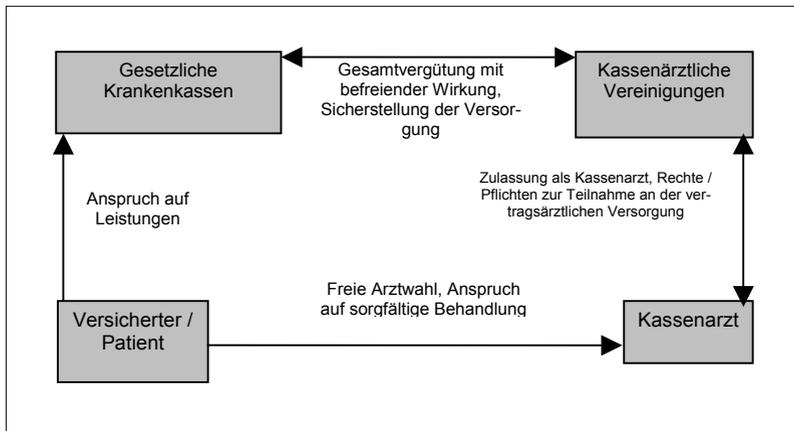


Abb. 13: Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung²⁹³

Weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung der GKV bezahlt der Patient einen Leistungserbringer selbst. Gemäß dem Sachleistungsprinzip erfolgt die Entlohnung der Leistungserbringer durch die gesetzlichen Krankenkassen, mit Ausnahme der vom gesetzlich Versicherten laut Gesetz zu leistenden Zuzahlungen.²⁹⁴

Im Gegensatz zu dem zuvor dargestellten Sachleistungsprinzip schließt der Patient bzw. Versicherte in der privaten Krankenversicherung jeweils privatrechtliche Verträge mit den Leistungserbringern ab,

²⁹³ In Anlehnung an Sauerland (2002), S. 346.

²⁹⁴ Zuzahlungen sind vom gesetzlich Versicherten auf Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, stationäre Krankenhausaufenthalte und in Form der Praxisgebühren auch im ambulanten Sektor zu entrichten.

bezahlt diese und reicht die Rechnung bei seiner privaten Krankenversicherung zur Erstattung ein. Jenes Verfahren wird Kostenerstattungsprinzip genannt.²⁹⁵

Die zuvor beschriebenen Akteure und die entsprechenden Vertragskonstellationen, sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor, sind für die später folgende Untersuchung der Informationsasymmetrien von besonderem Belang.

Aufgrund der herausragenden Rolle von Berufsverbänden im deutschen Gesundheitssystem und die damit einhergehende Bedeutung für die Analyse in Kapitel fünf, wird an dieser Stelle auf die Funktion der Interessenverbände näher eingegangen.

Exkurs: Berufsverbände im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen stehen die Berufsverbände, wie zum Beispiel die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit drei Gruppen in Kontakt: ihren Mitgliedern, denen sie die Einkommen garantieren sollen, den Politikern, für die die Verbände eine Informationsbeschaffungsfunktion wahrnehmen, und den Versicherten bzw. Patienten, denen sie eine bestimmte Behandlungsqualität sichern sollen. Dabei ist die Nachfrage hinsichtlich Berufsverbänden im deutschen Gesundheitswesen durch drei Gründe gekennzeichnet. Als erstes ist der Schutz vor Wettbewerb unter den Verbandsmitgliedern zu nennen. Im Sinne der ökonomischen Kartelltheorie haben Verbände die Aufgabe, den Preiswettbewerb und die Qualitätskonkurrenz zwischen ihren Mitgliedern einzuschränken, um für diese ein möglichst hohes Einkommen zu garantieren. Zweitens ermöglichen Verbände den Zugang zu öffentlichen Mitteln. Gerade im Gesundheitswesen wird ein Teil des Etats durch öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt. Der dritte Grund für die

²⁹⁵ Vgl. Hajen (2006), S. 118 und siehe erneut die Abbildung „Prinzipien der Versicherungssysteme“.

Nachfrage besteht in einer Stärkung der Rolle des Arztes, indem die Verbände ein Garant der Umverteilung sind. Zunehmend müssen jüngere Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen für die medizinische Versorgung älterer Mitglieder aufkommen. Diese ansteigende Umverteilung wird von den Verbänden dadurch gesteuert, dass sie den medizinischen Bedarf als alleiniges Kriterium für ärztliches Handeln verteidigen.²⁹⁶

Auf der Angebotsseite, im Sinne, dass die Mitglieder eines Verbandes eine Leistung offerieren, sind folgende Gründe für die Bildung und Aufrechterhaltung von Berufsverbänden, wie Ärzteverbänden, vorhanden: Mittels dieses Zusammenschlusses können Preisabsprachen leichter durchgesetzt werden. Ferner wird von Verbänden der Zutritt zu den jeweiligen Märkten, auf denen die Mitglieder agieren, kontrolliert. Darüber hinaus liegt bei diesen zumindest innerhalb einer Region und einer bestimmten Fachrichtung eine unvermeidliche Homogenität der Interessen vor, die es einem Verband erlaubt, gewisse Dienstleistungen anzubieten, die seinen Fortbestand sichern.²⁹⁷

Es lässt sich zusammenfassen, dass Verbände im Gesundheitswesen den institutionellen Rahmen der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure verändern.²⁹⁸ Die potentielle Einflussnahme von Verbänden auf die politische Entscheidungsfindung und deren Folgen werden in Kapitel fünf näher untersucht.

²⁹⁶ Vgl. Breyer (2005), S. 495 f. und Zweifel (1992).

²⁹⁷ Vgl. Breyer (2005), S. 496 f. und Olsen (1965).

²⁹⁸ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 118.

4.1.1.3. Einnahmen, Ausgaben und Risikostrukturausgleich

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen werden fast ausschließlich durch die Beiträge der Mitglieder erzielt.²⁹⁹ Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV lag 1970 noch bei 8,2 Prozent des Bruttoeinkommens und stieg bis 2007 auf 13,9 Prozent an, wobei er im Jahr 2005 sogar bei 14,2 Prozent lag.³⁰⁰

Die Finanzierung der Ausgaben erfolgt in der GKV anhand des Umlageverfahrens, bei dem die Einnahmen einer Periode die Ausgaben derselben decken müssen.³⁰¹ In der GKV werden keine Altersrückstellungen gebildet, wie es in der PKV gesetzlich vorgeschrieben ist, um die individuellen Prämien über die Lebenszeit konstant zu halten.³⁰² Im Umlageverfahren kommt es stattdessen bei demographischen und wirtschaftsstrukturellen Veränderungen zu Finanzierungsproblemen und damit zu steigenden Beitragssätzen. Diese entstehen durch die Entwicklung, dass weniger jüngere Menschen nachwachsen und erwerbstätig werden, gleichzeitig aber aufgrund einer zunehmenden Lebenserwartung die Menschen ein höheres Lebensalter erreichen. Im Gegensatz zum Umlageverfahren

²⁹⁹ Die staatlichen Zuschüsse zur GKV sind wesentlich geringer als die zur gesetzlichen Rentenversicherung, obwohl die GKV Aufgaben erfüllt, die nicht unmittelbar der Versicherung von Krankheitsrisiken zuzuschreiben sind, wie die bereits erwähnte beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern oder Leistungen beim Mutterschutz. Vgl. Hajen (2006), S. 124.

³⁰⁰ Vgl. BPD (2007), BMG (2006) und BMG (2007).

³⁰¹ In der Realität trifft es nur bedingt zu, dass die Ausgaben einer Periode durch die Einnahmen derselben gedeckt werden. Zum einen gilt nach § 265a SGB V ein kassenartenspezifischer Finanzausgleich, bei dem gesetzliche Krankenversicherungen innerhalb einer Kassenart gegenüber einer anderen Kasse zur Finanzhilfe verpflichtet sind. Zum anderen muss der Haushaltsplan einer jeden gesetzlichen Krankenkasse von der jeweiligen Landes- oder Bundesaufsicht im Vorhinein genehmigt werden. Treten die Erwartungen, die einem Haushaltsplan zugrunde liegen, nicht ein, kann es passieren, dass eine Kasse ein Defizit ausweist. Vgl. SGB (2006).

³⁰² Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 188.

erreichen. Im Gegensatz zum Umlageverfahren steht das Kapitaldeckungsverfahren der PKV.³⁰³

Resultierend aus den einkommensbezogenen Beiträgen ergeben sich abhängig von der Mitgliederstruktur der gesetzlichen Krankenkassen für diese verschiedene hohe Beitragseinnahmen. Zum Ausgleich von Vor- und Nachteilen allein aufgrund der Versichertenstruktur einer gesetzlichen Krankenkasse hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt.³⁰⁴ Der RSA ist als ein krankenkassen- und kassenartenübergreifender sowie überregionaler Einnahmenausgleich konzipiert. Dieser stellt nicht auf den Ausgabenbedarf ab, sondern betrachtet die Strukturmerkmale, die eine einzelne Krankenkasse durch eigenes Agieren nur bedingt beeinflussen kann, und kompensiert diese Unterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen durch finanzielle Transfers.³⁰⁵

Ziel des Risikostrukturausgleichs ist es, dass sich Unterschiede in den Risiken der Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse nicht in vollem Umfang in deren Beitragssätzen widerspiegeln.³⁰⁶ Damit wird der Gefahr entgegengewirkt, dass Mitglieder³⁰⁷ mit einem „guten

³⁰³ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 188, der erläutert, dass die dem Kapitaldeckungsverfahren zugrunde liegende Prognose über die Lebenserwartung der Versicherten für 50 Jahre im Voraus schwierig ist. Aus Fehleinschätzungen der Lebenserwartung und des medizinisch-technischen Fortschritts ergaben sich in der Vergangenheit häufig Prämiensteigerungen in der PKV.

³⁰⁴ Vgl. Cassel (1999), S. 11 und Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 189. Der RSA umfasst die Variablen Alter, Geschlecht, Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, Einkommen und Anzahl der Versicherten mit Arbeitsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten. Siehe zum RSA § 266 ff. des SGB V.

³⁰⁵ Vgl. Hajen (2006), S. 122, der weiter erläutert, dass der Risikostrukturausgleich die Unterschiede in den Mitgliedschaften der Versicherten hinsichtlich Alters- und Geschlechtsstruktur, Zahl der mitversicherten Familienangehörigen und durchschnittlicher Grundlohnsumme ausgleicht.

³⁰⁶ Vgl. Breyer (2005), S. 275, 300 ff. und 319 ff. Für weitere Details zum RSA siehe u. a. Specke (2005), S. 509 ff.

³⁰⁷ Die Risikogruppen des RSAs richten sich nach den Versicherten (Mitglieder zuzüglich deren Familienangehörige).

Risiko“ in gesetzliche Krankenkassen mit niedrigen Beiträgen wechseln und die so genannten „schlechten Risiken“ in ihrer ursprünglichen Krankenkasse bleiben. Hieraus ergäbe sich eine Spirale von Beitragssatzerhöhungen. Aus den aufgeführten Strukturen der GKV resultieren unterschiedliche Anreize für die verschiedenen Akteure, die am System der GKV beteiligt sind. Diese Anreize, die aus Informationsasymmetrien entstehen, sind Gegenstand des folgenden Unterkapitels.

4.1.2. Informationsasymmetrien im Status quo

In diesem Unterkapitel werden die verschiedenen Formen der Informationsasymmetrien und ihre Auswirkungen auf die Vertragspartner der GKV analysiert. Die nachfolgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Prinzipal-Agent-Beziehungen auf, die im Rahmen des GKV-Systems unter den Akteuren entstehen können.

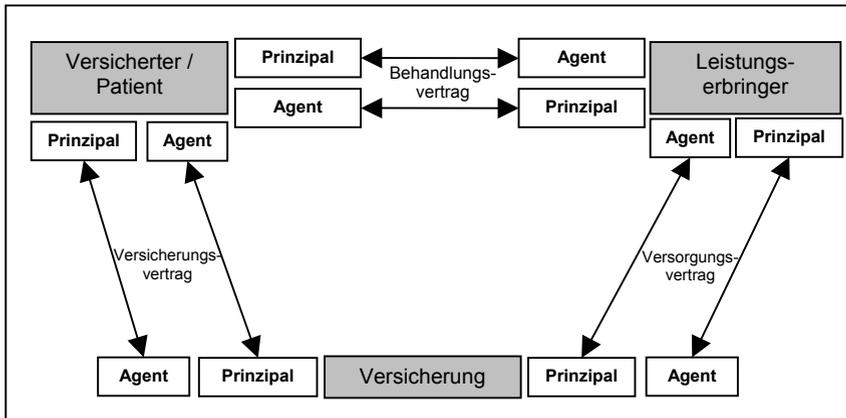


Abb. 14: Prinzipal-Agent-Beziehungen im Rahmen der GKV³⁰⁸

³⁰⁸ Eigene Darstellung.

Es wird untersucht, welche Prinzipal-Agent-Beziehung in welchem Ausmaß vorhanden ist, und wie sich die daraus resultierenden Anreize auswirken.

Eine solche Untersuchung des GKV-Systems ist von Bedeutung, um darauf aufbauend in Kapitel fünf analysieren zu können, wie sich die Akteure bei einem potentiellen Systemwechsel der GKV positionieren, das heißt welchen Anreizen sie unterliegen, einen Systemwechsel zu unterstützen oder zu verhindern.

Zuvor gibt eine Abbildung nochmals einen Überblick über die verschiedenen Informationsasymmetrien, wie sie in Kapitel zwei bereits erläutert wurden.

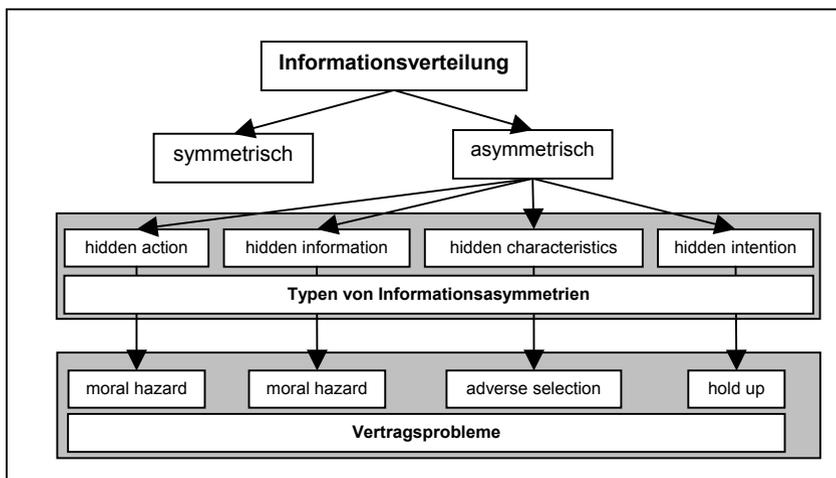


Abb. 15: Typen von Informationsasymmetrien und ihre Vertragsprobleme³⁰⁹

³⁰⁹ Eigene Darstellung.

4.1.2.1. Hidden information & hidden action

Versicherungsvertrag

Die Informationsasymmetrie der hidden information ist im Versicherungsvertrag von geringem Stellenwert. Sie bezieht sich darauf, dass der potentielle Versicherte als Agent vor Abschluss des Versicherungsvertrages über Informationen zu seinem Gesundheitszustand verfügt, die der gesetzlichen Krankenkasse als Prinzipal nicht vorliegen. Im System der GKV ist dieser Informationsvorsprung jedoch unerheblich, da jede gesetzliche Krankenkasse zur Aufnahme jedes Antragsstellers verpflichtet ist (Kontrahierungszwang).

Im Weiteren wird daher nur noch auf die Informationsasymmetrie der hidden action eingegangen, in der zunächst die Konstellation im Versicherungsvertrag analysiert wird, in welcher die Versicherung in der Rolle des Prinzipals ist und der Versicherte als Agent auftritt.

Die durch das Eintreten eines Versicherungsfalles entstehenden Kosten für eine gesetzliche Krankenversicherung sind abhängig vom Verhalten des Versicherten. Dieses bleibt den Versicherungen jedoch aufgrund der Informationsasymmetrie verborgen und eine Überwachung des Patientenverhaltens kommt wegen prohibitiv hoher Kosten nicht zum Tragen. Daraus resultiert die Gefahr des moralischen Risikos (moral hazard). Dabei handelt es sich um nur bedingt beobachtbare Verhaltensänderungen,³¹⁰ die abhängig vom Zeitpunkt ihres Auftretens zwei unterschiedliche Moral-hazard-Formen beinhalten:³¹¹ Der Versicherte kann in der GKV *ex ante* die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Erkrankung beeinflussen, da er keinen Anreiz hat, gesundheitsschädliches Verhalten zu unterlassen und die eigene Gesundheit zu fördern. Weiterhin ist die Schadenshöhe *ex post* vom

³¹⁰ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 5.

³¹¹ Vgl. Evans (1984), S. 34.

Vorgehen des Versicherten abhängig – dahingehend, dass der Versicherte medizinische Leistungen überbeansprucht.³¹² Somit kann unter moralischem Risiko das opportunistische Verhalten des Versicherten verstanden werden, das dazu führt, dass der durchschnittliche Erwartungsschaden mit Versicherungsschutz größer ist als ohne.³¹³ Für den Versicherten drohen jedoch keine unmittelbaren negativen Konsequenzen, weil die Kosten der unnötigen Leistungen gleichmäßig auf das Kollektiv der Versicherten umgelegt werden.³¹⁴ Allerdings wird durch das moralische Risiko das Wohlfahrtsoptimum nicht erreicht, so dass die individuelle Rationalität, wenig Schadensbegrenzung auszuüben, zu einer gesellschaftlichen Irrationalität und somit zu einer Rationalitätenfalle führt. Im Ergebnis müssen alle Versicherten eine höhere Prämie leisten, da keiner bereit ist, den individuellen Schaden zu begrenzen.³¹⁵

Demnach sind das Sachleistungs- und das Solidarprinzip in der GKV der Grund für das moralische Risiko, da sie für den Versicherten in der GKV keine monetären Folgen bedeuten.³¹⁶ Der einzelne Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse handelt aus seiner Sicht sogar absolut rational, wenn er durch die maximale Inanspruchnahme der Versicherung seinen Nutzen kurzfristig steigert. Die langfristigen Folgen – verschlechterte Versicherungsbedingungen und Beitragssatzsteigerungen – werden vom Versicherten nur bedingt ins Kalkül gezogen.³¹⁷

³¹² Vgl. Pauly (1986), S. 640 und Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 55 f. und S. 139 f.

³¹³ Vgl. Kortendieck (1993), S. 192.

³¹⁴ Vgl. Berthold (1991), S. 148.

³¹⁵ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 56.

³¹⁶ Vgl. Oberender (2001), S. 77 f., der davon spricht, dass durch die Individualisierung des Nutzens bei gleichzeitiger Kollektivierung der Kosten ein Verantwortungsvakuum und damit einhergehend eine Rationalitätenfalle im Sinne einer „Ausbeutung aller durch alle“ auftritt.

³¹⁷ Vgl. Kortendieck (1993), S. 201 f.

Eine Maßnahme zur Verringerung des moralischen Risikos ist in der Theorie das monitoring. In der Praxis sind aber im System der GKV keine Überwachungs- und Berichtssysteme vorgesehen, die es den Krankenkassen (Prinzipalen) ermöglichen, das Verhalten des Versicherten (Agenten) zu erfassen und zu kontrollieren. Eine weitere Möglichkeit, die Gefahr des moralischen Risikos einzudämmen, besteht im Rahmen von Selbstbeteiligungen durch den Versicherten.³¹⁸ Der positive Anreiz von Selbstbehalten zur Vermeidung von unnötigen Leistungsausgaben in der GKV gilt als anerkannt.³¹⁹ Allerdings finden Selbstbeteiligungen in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern nur sehr geringe Anwendung, wodurch lediglich eine begrenzte Eindämmung des moralischen Risikos möglich ist.³²⁰ Darüber hinausgehende Anreize zur Minimierung der Leistungsanspruchnahme, wie Kostenerstattungs- oder Bonus-Malus-Systeme, sind der GKV im Bereich der Pflichtversicherung nur sehr eingeschränkt möglich.

Die umgekehrte Prinzipal-Agent-Beziehung des Versicherungsvertrages, in der die gesetzliche Krankenkasse die Rolle des Agenten und der Versicherte die des Prinzipals innehat, entsteht aus dem Wissen der Versicherung über ihre interne Struktur und aus den Verhältnissen zu Leistungserbringern. Das Moral-hazard-Problem äußert sich in diesem Fall darin, dass der Versicherte als Prinzipal die Arbeitsweise der Versicherung nur bedingt beobachten kann. Der Versicherte kann zwar den Anbieter wechseln, unterliegt dann allerdings einem Hidden-information-Problem, da er die Strukturen der potentiellen neuen gesetzlichen Krankenkasse nicht einsehen kann.

³¹⁸ Vgl. Orłowski (2003), S. 60 ff.

³¹⁹ Vgl. Breyer (2005), S. 225 ff.

³²⁰ Vgl. Beske (2004). Zu den Selbstbehalten des Versicherten gehört in der ambulanten Versorgung die quartalsmäßige Praxisgebühr. Bei Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln liegt grundsätzlich eine Zuzahlung vor – Ausnahmen sind möglich.

Versorgungsvertrag

Im Rahmen der Untersuchung des Versorgungsvertrags auf die Informationsasymmetrien und die damit einhergehenden Vertragsprobleme ist zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu unterscheiden. Zunächst wird die ambulante Versorgung analysiert.

Die gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipale) gewährleisten den Kassenärzten (Agenten) über die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Vergütung. Allerdings ist es dem Prinzipal nicht möglich, die Leistung des Agenten im Rahmen von dessen Behandlungsvertrag mit dem Patienten (Versicherten) zu beurteilen. Einzelfallauswertungen inklusive einer fallbezogenen Zuordnung von Leistungsdaten sind in der GKV nicht vorgesehen, so dass die Beurteilung von Kassenärzten hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen schwierig ist.³²¹ Dementsprechend hat sich auch kein monitoring des einzelnen Arztes durch den Kostenträger etabliert.

Diese Tatsache ist den Kassenärzten wiederum bewusst, weshalb sie diese zu ihrem Vorteil ausnutzen können. Es handelt sich um eine angebotsinduzierte Nachfrage, die zu einem Moral-hazard-Verhalten bei den Kassenärzten führen kann.³²² Für den jeweiligen Kassenarzt steht nicht die Nutzenmaximierung der gesetzlichen Krankenkasse im Sinne niedriger Leistungsausgaben im Vordergrund, sondern seine individuelle Nutzenmaximierung durch Erreichung eines möglichst hohen Einkommens. Jenes lässt sich gewährleisten, wenn der Arzt viele und teure Einzelleistungen pro Fall generiert.³²³ Unterstützt wird dieses Verhalten durch den Patienten, der im Rahmen seines Be-

³²¹ Vgl. Neuffer (1997), S. 106.

³²² Vgl. Phelps (2003), S. 210 ff. und Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 157 ff.

³²³ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 140.

handlungsvertrages kein Interesse an einer Leistungseingrenzung hat.³²⁴

Darüber hinaus verhindert im ambulanten Sektor die indirekte Vergütung über Kassenärztliche Vereinigungen, dass gesetzliche Krankenkassen den Ärzten finanzielle Anreize setzen.

Im umgekehrten Fall hat die Versicherung allerdings in ihrer Rolle als Agent im Versorgungsvertrag einen deutlichen Informationsvorsprung gegenüber ihren Leistungserbringern (Prinzipalen). Deshalb kann sie nicht-kostendeckende Vergütungen durchsetzen und folglich die Ärzte ausnutzen. Ein solcher Nachteil für den Prinzipal wird aber durch die zwischengeschaltete Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise kompensiert, da diese über ein ähnlich hohes Wissen verfügen wie die gesetzlichen Krankenkassen.³²⁵

Weiterhin gilt es, den Versorgungsvertrag in der stationären Behandlung zwischen gesetzlicher Krankenkasse (Prinzipal) und Krankenhausträger (Agent) zu betrachten. Auch hier ist davon auszugehen, dass das jeweilige Krankenhaus als Agent versucht, seinen Gewinn auf Kosten des Prinzipals zu maximieren, was ein Moral-hazard-Problem impliziert. Um dieses zu beseitigen, wird der Prinzipal den Agenten beobachten. Dies geschieht nicht unmittelbar während der Leistungserbringung im Krankenhaus, sondern ex post. Aufgrund der Einzelabrechnung des Krankenhauses mittels DRGs, ist es einer gesetzlichen Krankenkasse möglich, Vergleiche mit anderen Krankenhäusern vorzunehmen. Sie kann diejenigen Einrichtungen zu mehr Effizienz auffordern, die unterdurchschnittliche Ergebnisse aufweisen. Ein weiteres Kriterium für die Qualität eines Krankenhauses im Sinne von Kostendämpfung ist die über die durchschnittliche Liegezeit hinausgehende Verweildauer eines Patienten. Außerdem kann die Ver-

³²⁴ Vgl. Breyer (2005), S. 245.

³²⁵ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 115.

sicherung die Anzahl der Komplikationen als Qualitätskriterium für ein Krankenhaus zugrundelegen. Dem auch im stationären Sektor auftretenden Moral-hazard-Problem lässt sich also mittels monitoring effektiv entgegenwirken.

Im umgekehrten Fall, dass die gesetzliche Krankenkasse in der Rolle des Agenten ist und das Krankenhaus in der des Prinzipals, entstehen für dieses im Gegensatz zum ambulanten Bereich Moral-hazard-Probleme. Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen verfügen über Informationsvorsprünge gegenüber den Krankenhausbetreibern, die sie bei den Verhandlungen der krankenhausspezifischen Kostenerstattungsbestandteile zu ihrem Vorteil ausnutzen können. Ein monitoring dieses Verhaltens der Landesverbände in vorherigen Verhandlungen durch den Krankenhausbetreiber nutzt diesem in einer aktuellen Verhandlung nur bedingt. Außerdem ist dieses monitoring mit großen Transaktionskosten verbunden, sofern es dem Prinzipal überhaupt gelingt, an Verhandlungsinformationen der Landesverbände mit anderen Krankenhausbetreibern zu gelangen.

Behandlungsvertrag

Der Patient (Prinzipal) kann die Anstrengungen des Arztes (Agenten) mangels medizinischen Fachwissens in den überwiegenden Fällen nicht beurteilen.³²⁶ Bei einem für den Patienten nicht zufrieden stellenden Behandlungsverlauf bzw. –ergebnis hat der Arzt die Möglichkeit, die Verantwortung von sich abzuwälzen. Er kann den Patienten aufgrund unzureichender Mitwirkung an der Therapie (der so genannten „Compliance“) verantwortlich machen oder rechtfertigt sich mit externen Gegebenheiten wie unerwarteten Komplikationen. Es handelt sich hierbei um ein Moral-hazard-Verhalten des Arztes als Agenten gegenüber dem Patienten als Prinzipal. Wegen fehlender Kontroll-

³²⁶ Vgl. Breuer (2002), S. 165 und Schneider (1998), S. 7.

möglichkeiten für den Versicherten besteht für den Arzt ein Anreiz zur Reduzierung seines Aufwands.³²⁷ Bei gleichzeitiger uneingeschränkter Abrechnungsmöglichkeit mit der KV maximiert der Arzt seinen individuellen Nutzen. Er ist bemüht, sein individuelles Einkommen zu maximieren, wofür er die ihm vom Patienten übertragene Entscheidungskompetenz ausnutzt. Es liegt quasi ausschließlich im Ermessen des Arztes, welche medizinischen Leistungen und Therapien er dem Patienten verschreibt.³²⁸ Diese angebotsinduzierte Nachfrage führt zu einem Anstieg der Ärztedichte, was empirisch belegt werden kann.

Dieses Moral-hazard-Problem lässt sich nicht durch monitoring reduzieren, da dem Prinzipal keine geeigneten Überwachungs- und Berichtssysteme zur Verfügung stehen. Seine einzige Möglichkeit zur Reduzierung der Informationsasymmetrie ist darin zu sehen, dass der Prinzipal sich eigenes Fachwissen aneignet. Dazu konsultiert er entweder einen weiteren Arzt, um sich eine Zweitmeinung einzuholen oder er informiert sich in entsprechenden Fachmedien. Die dafür erforderlichen Informations- und Transaktionskosten sind sehr hoch, weshalb davon auszugehen ist, dass nur sehr wenige Patienten bereit sind, diese Kosten aufzubringen.

Es lässt sich im Behandlungsvertrag auch ein Prinzipal-Agent-Problem aufzeigen, in welchem der Patient der Agent und der Arzt der Prinzipal ist. In diesem Fall kann eine Reduzierung der „Compliance“ des Patienten (Agenten) die Bemühungen des Arztes (Prinzipals) beeinträchtigen.³²⁹ Dieses Problem kann vom Arzt weder beobachtet noch bewertet werden, so dass sich für ihn ein Moral-hazard-Problem ergibt. Eine Lösung mittels monitoring ist nur dann möglich, wenn der

³²⁷ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 118.

³²⁸ Vgl. Breyer (2005), S. 345.

³²⁹ Vgl. Schneider (2003), S. 8.

Patient die gesundheitsfördernden Maßnahmen in Gegenwart des Arztes vornimmt.³³⁰

Eine Zusammenfassung und Bewertung der Auswirkungen des Moral-hazard-Problems in Bezug auf den Versicherungs-, Versorgungs- und Behandlungsvertrag gibt nachfolgende Tabelle:

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Info-asymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV A: Vers	P: Vers A: GKV	P: GKV A: Arzt	P: Arzt A: GKV	P: GKV A: KH	P: KH A: GKV	P: Vers A: Arzt	P: Arzt A: Vers
		hidden action	moral hazard	●	●	●	○	●	●
<p>Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus</p> <p>● = stark ausgeprägt; ● = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt</p>									

Tab. 2: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge³³¹

Moral hazard entsteht zusätzlich zu den Fällen aus den drei zuvor aufgeführten Verträgen noch in einer weiteren, vierten Beziehung: Verbände im Gesundheitswesen haben gegenüber Politikern den Anreiz, nur solche Informationen weiterzugeben, die ihren Verbandsmitgliedern nützlich sind. Dies birgt die Gefahr, dass unvollständige oder sogar sachlich falsche Informationen an Politiker herangetragen werden. Damit geht das Problem der adversen Selektion einher. Verbände, die inhaltlich richtige Informationen an Politiker liefern, werden von

³³⁰ Bei der einmaligen Einnahme von Medizin ist ein monitoring noch möglich. Wenn als gesundheitsfördernde Maßnahme jedoch eine Diät oder sportliche Betätigung verabreicht wird, kann der Arzt als Prinzipal seinen Patienten nicht mehr regelmäßig überwachen.

³³¹ Eigene Darstellung.

Verbänden, die rein interessenorientierte Informationen verteilen, verdrängt, da der Nutzen dieser Verbände für die Berufsgruppe größer ist und sie folglich eher dem „unseriösen“ Verband beitreten.³³² Auf die Schwierigkeiten, die mit der adversen Selektion im Rahmen der verschiedenen Verträge unter den Leistungserbringern in Verbindung stehen, wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

Zusammenfassend für dieses Unterkapitel bleibt festzuhalten: Die asymmetrische Informationsverteilung des Typs moral hazard liegt im deutschen Gesundheitswesen zwischen allen Beteiligten vor: zwischen Versicherung und Arzt, zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Versichertem und gesetzlicher Krankenkasse. Auffällig ist die beiderseitige Ausprägung, weil jede dieser drei Parteien je nach Konstellation in der Rolle des Agenten oder Prinzipals ist.

4.1.2.2. Hidden characteristics

Versicherungsvertrag

Der Informationsvorsprung des potentiellen Versicherungskunden (Agenten) gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) über seinen persönlichen Gesundheitszustand und sein Verhalten³³³ (hidden information) führt zu Informationsnachteilen bei der Versicherung. Diese kennt folglich weder den genauen zukünftigen Bedarf zu finanzierender Gesundheitsleistungen noch deren Zeitpunkt. Weiterhin ist einer gesetzlichen Krankenkasse die Anzahl und Verteilung „guter“ und „schlechter“ Risiken unter ihren Versicherten nicht bekannt.

³³² Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 130.

³³³ Als Beispiel dienen Risikosportarten oder das Rauchen, die sich eventuell negativ auf die Gesundheit des Versicherten auswirken.

Somit läuft die Versicherung Gefahr, dass ihre Durchschnittskalkulation von Prämien und Kosten nicht stimmt, weil sich zu viele „schlechte“ Risiken im Versichertenbestand befinden und dadurch die Versicherungsprämie angehoben werden muss. Dieser Prozess der adversen Selektion wird verstärkt, wenn Personen mit guten Risiken in Versicherungen mit niedrigen Beiträgen abwandern.³³⁴ In der GKV können grundsätzlich alle Versicherten - unabhängig von ihrem Krankheitsrisiko - in eine andere, günstigere gesetzliche Krankenkasse wechseln, weshalb das Problem der adversen Selektion nur bedingt vorhanden ist. Wenn jedoch die Gefahr der adversen Selektion minimiert werden soll, wäre dies lediglich durch eine Prämiengestaltung gemäß dem individuellen Risiko des Versicherungsnehmers zu gewährleisten. Genau das ist in der GKV mit Anwendung des Solidarprinzips nicht vorgesehen.

Da das Risiko der adversen Selektion in der GKV nicht besonders groß ist, sind auch die Lösungsmöglichkeiten für dieses Problem nicht von sonderlicher Bedeutung. Der potentielle Versicherungskunde hat keinen Grund, mittels des so genannten Signallings sein niedriges Krankheitsrisiko zu signalisieren, weil die gesetzliche Krankenkasse ihn ohnehin aufnehmen muss. Aus demselben Grund ist es für die Versicherung irrelevant, ein Screening des Kunden vorzunehmen.³³⁵

Die umgekehrte Situation ermöglicht es der gesetzlichen Krankenkasse (Agent), gegenüber dem Versicherten (Prinzipal) Informationsvorteile auszunutzen. Der Wissensvorsprung der Versicherung bezieht sich vor allem auf deren Leistungsbedingungen, auf die Schadensregulierung sowie die Markterfahrung.

³³⁴ Vgl. Schulenburg Graf v. d. (2000), S. 5.

³³⁵ In der privaten Krankenversicherung wird dieses Screening in Form von Gesundheitsfragen vorgenommen. Abhängig von der Beantwortung und den damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken wird die Prämie festgelegt.

Ein adverses Selektionsproblem zum Nachteil des Versicherten entsteht, wenn die gesetzliche Krankenkasse ihre Erfahrung dahingehend ausnutzt, dass sie die Versicherungsverträge so gestaltet, dass gezielt „gute“ Risiken angelockt werden und „schlechte“ Risiken abgehalten werden.³³⁶ Im Sachleistungsprinzip der GKV ist der Versicherte allerdings aufgrund des Kontrahierungszwangs und des Diskriminierungsverbots nur bedingt vom Verhalten seiner gesetzlichen Krankenversicherung abhängig. Somit ist die Gefahr der adversen Selektion für den Versicherten ausgehend von einer gesetzlichen Krankenkasse als niedrig einzustufen. Dementsprechend sind die theoretischen Lösungsmöglichkeiten nicht von Bedeutung.

Versorgungsvertrag

Im Rahmen der Versorgungsverträge spielen die Verbände im deutschen Gesundheitswesen und damit auch im System der GKV eine herausragende Rolle. Die Versorgung auf der ambulanten Ebene wird ausschließlich zwischen den Landesverbänden der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung ausgehandelt. Hierbei nehmen die Landesverbände die Rolle des Prinzipals gegenüber der KV ein, die wiederum als Prinzipal gegenüber ihren Mitgliedern den Kassenärzten (Agenten) auftritt. Gemäß des Problems der hidden characteristics kann der Prinzipal zwar das Verhalten der Agenten, sowohl der KV als auch der Kassenärzte beobachten, aber die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht in der Lage, die Leistungserbringung zu bewerten. Sie schließen Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab und nehmen dementsprechend auch schlechte Leistungserbringer unter Vertrag. Ferner besteht keine Möglichkeit zum Abschluss selektiver Verträge mit einzelnen Kassenärzten. Somit sind ebenso wie im Versicherungsvertrag die theo-

³³⁶ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 104. Dieses Verhalten wird als „cream skimming“ bzw. im Deutschen als „Rosinenpicken“ bezeichnet. Vgl. Ecker (2000), S. 76 ff.

retischen Lösungsvorschläge zur Behebung dieses adversen Selektionsproblems obsolet, da sowohl aus Sicht des Agenten (Kassenarztes) ein Signalling wirkungslos ist als auch aus Sicht der gesetzlichen Krankenkasse ein Screening.

Bei umgekehrter Betrachtung, dass der Kassenarzt oder seine Vereinigung der Prinzipal ist und die KV bzw. ein Landesverband der gesetzlichen Krankenkassen der Agent, besteht ein ähnliches Abhängigkeitsverhältnis des Arztes zur KV wie zuvor beschrieben zwischen Landesverband und KV. Der Vertragsarzt ist gesetzlich dazu gezwungen, Mitglied in einer KV zu sein. Daher kann er sich keine gesetzliche Krankenversicherung suchen und mit dieser einen Exklusivvertrag schließen. Das adverse Selektionsproblem tritt ein, wenn eine KV im Auftrag der Kassenärzte mit einem Landesverband einen schlechten, das heißt für die Ärzte unvorteilhaften Vertrag abschließt. Aufgrund der Zwangssituation, in der sich die Ärzte gegenüber der KV befinden, sind die theoretischen Lösungsmöglichkeiten nicht anwendbar.

Anders sieht die Vertragsbeziehung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Krankenhäusern aus, da hier von Seiten der Krankenhäuser keine Institution dazwischen geschaltet ist, das heißt es besteht ein unmittelbarer Versorgungsvertrag zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern. Aus diesem Grund können die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipale) mit jedem Krankenhausbetreiber (Agenten) einzelne Versorgungsverträge abschließen. Das hat ein adverses Selektionsproblem zur Folge, weil der Prinzipal die Aufgabendurchführung des Agenten nicht beurteilen kann und daher einen aus seiner Sicht ungünstigen Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus abschließen könnte. Deshalb sind die Lösungsvorschläge von größerer Bedeutung als im ambulanten Versorgungsvertrag, denn ein Krankenhausbetreiber kann seine besondere Qualität gegenüber dem Prinzipal signalisieren, indem er Erfolgsstatistiken über Behandlungsergebnisse ver-

öffentlich. In wirtschaftlicher Hinsicht geben die Jahresabschlüsse von Krankenhäusern die Möglichkeit zur Beurteilung der Kosteneffizienz. Diese Information kann sich ein Landesverband auch selbst beschaffen, so dass dann ein Screening als Lösung der adversen Selektion vorliegt.

Ein adverses Selektionsproblem aus Sicht eines Krankenhausbetreibers als Prinzipal gegenüber eines Landesverbandes der GKV als Agent ist nicht ersichtlich. Die Vertragspartner verhandeln *ex ante* die Entlohnung und im Weiteren wird jeder einzelne Behandlungsfall abgerechnet.

Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag wird vom Patienten (Prinzipal) initiiert, der damit einen Kassenarzt (Agenten) auffordert, ihn medizinisch zu versorgen. Für den Prinzipal besteht dabei aufgrund der Versorgungsverträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich ein Unterschied in der Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung. Da der Patient die Qualitätseigenschaften des Arztes *ex ante* nicht beurteilen kann, führt dieses Informationsdefizit zu Schwierigkeiten.³³⁷ Die Verminderung der Informationsasymmetrie mittels Screening ist begrenzt auf eventuell aushängende Weiterqualifizierungszeugnisse des Arztes oder positive Mundpropaganda. Ein Signalling ist dem Arzt durch ein Werbeverbot grundsätzlich untersagt.³³⁸

Die Tatsache, dass die *hidden characteristics* im Behandlungsvertrag nicht endgültig offen gelegt werden können, führt zu einer Entschär-

³³⁷ Vgl. Schwartz (1997), S. 74 f.

³³⁸ Vgl. § 27 der Muster- und Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, Bundesärztekammer (2006).

fung des Qualitätswettbewerbs unter den Kassenärzten und sichert auch qualitativ mäßigen Ärzten ein gewisses Einkommen.³³⁹

Der Behandlungsvertrag weist auch ein Prinzipal-Agent-Verhältnis auf, in dem der Arzt in der Rolle des Prinzipals und der Patient in der des Agenten ist. Der Arzt kann nur bedingt einschätzen, inwieweit sich der Patient (Agent) in Bezug auf die Therapie kooperativ verhält und seine „Compliance“ hoch ist.³⁴⁰ Dem Arzt können durch den Patienten wichtige Informationen über dessen Gesundheitszustand und Lebensumstände vorenthalten werden, weshalb es durch den Arzt zu einem adversen Selektionsproblem in Bezug auf die Therapie und Medikamentenwahl kommen kann.

Die bereits eingeführte Tabelle zur systematischen Darstellung der verschiedenen Verträge wird im Folgenden um die Zeile des Vertragsproblems der adversen Selektion ergänzt:

Eine Zusammenfassung und Bewertung wie stark die advers Selektion im Versicherungs-, Versorgungs- und Behandlungsvertrag ausgeprägt ist, bietet nachfolgende Tabelle:

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
Infosymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV A: Vers	P: Vers A: GKV	ambulant		stationär		P: Vers A: Arzt	P: Arzt A: Vers
				P: GKV A: Arzt	P: Arzt A: GKV	P: GKV A: KH	P: KH A: GKV		
hidden action	moral hazard	●	●	●	•	●	●	●	●
hidden characteristics	adverse selection	•	•	●	●	●	○	●	●

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus ● = stark ausgeprägt; • = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt

Tab. 3: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge II³⁴¹

³³⁹ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 117.

³⁴⁰ Auf die eingeschränkten Lösungsmöglichkeiten dieses Problems ist bereits im Abschnitt „Hidden action / hidden information“ eingegangen worden.

³⁴¹ Eigene Darstellung.

4.1.2.3. Hidden intention

Versicherungsvertrag

Die Absicht eines kostensteigernden Verhaltens des Versicherten (Agenten) bleibt der gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) im System der GKV sowohl ex ante als auch ex post verborgen (hidden information). Diese Informationsasymmetrie ist für die gesetzliche Krankenkasse von besonderer Gefahr, weil dadurch in einem weiteren Schritt das Hold-up-Problem entstehen kann. Hierbei handelt es sich um das Ausnutzen der einseitigen Abhängigkeit des Prinzipals durch den Agenten, wobei die getätigten Investitionen des Prinzipals gleichzeitig sein Risiko ausmachen. Die gesetzliche Krankenkasse tätigt Investitionen zur Förderung des Gesundheitszustandes der Versicherten³⁴² und innerhalb des eigenen Systems³⁴³.

Das in der Wissenschaft vorgeschlagene Lösungskonzept der gegenseitigen Abhängigkeit greift im System der GKV nicht, da der Versicherte (in diesem Fall der Prinzipal) keine Investitionen in Bezug auf eine bestimmte gesetzliche Krankenversicherung (in diesem Fall Agent) unternimmt. Es entsteht für den Versicherten kein Hold-up-Problem.

Versorgungsvertrag

In der ambulanten Versorgung befindet sich die gesetzliche Krankenkasse (Prinzipal) gegenüber der KV (Agent) in einem Abhängigkeitsverhältnis, da die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Kassenärztlichen Vereinigungen exklusiv mit der Leistungserstel-

³⁴² Als Beispiel ist der Aufbau von bestimmten Programmen zur Förderung des Gesundheitszustandes, wie Disease Management Programme, zu nennen.

³⁴³ Hierbei kann es sich zum Beispiel um die Einstellung neuer Mitarbeiter oder den Ausbau / die Renovierung von Büros handeln.

lung beauftragen müssen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben keine Alternative, zumal die Kassenärztlichen Vereinigungen Monopolisten sind und selektive Verträge im ambulanten Sektor nicht zulässig sind. Hieraus ergibt sich ein Hold-up-Problem für die gesetzlichen Krankenkassen, welches sich in ihrer ungünstigen Position im Rahmen von Kollektivverhandlungen über das Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen widerspiegelt.³⁴⁴ Eine Lösung im Sinne wechselseitiger Abhängigkeiten (GKV=Agent; KV/Kassenarzt=Prinzipal) ist nicht vorhanden.

Gegenüber dem jeweiligen Kassenarzt (Agent) existiert für die gesetzliche Krankenkasse (Prinzipal) kein Hold-up-Problem, da sie die Gesamtvergütungen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen bezahlt. Des Weiteren besteht für die gesetzliche Krankenkasse als Agent keine Möglichkeit, einen Kassenarzt als Prinzipal in eine einseitige Abhängigkeit von ihr zu bringen.

Der Versorgungsvertrag im stationären Bereich führt zwischen gesetzlicher Krankenkasse als Prinzipal und Krankenhausbetreiber als Agent zu keinem Hold-up-Problem, da die Versicherung keine Investitionen in Bezug auf einen speziellen Krankenhausbetreiber tätigt. Im umgekehrten Fall ist der Krankenhausbetreiber (Prinzipal) ebenfalls nur bedingt von der gesetzlichen Krankenkasse abhängig. Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenhausbetreiber und gesetzlicher Krankenkasse gibt es bestimmte krankenhausspezifische Komponenten. Wenn der Krankenhausbetreiber in Bezug auf diese einen für ihn schlechten Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse aushandelt, besteht die Möglichkeit, dass er seine zuvor getätigten Investitionen nicht vollständig refinanzieren kann und somit teilweise einem Hold-up-Problem unterliegt.

³⁴⁴ Vgl. Oliveira (2002), S. 230.

Behandlungsvertrag

In Behandlungsverträgen kann ein Hold-up-Problem zwischen Arzt (Agent) und Patient (Prinzipal) nur selten existieren, da der Patient meistens die Möglichkeit hat, einen anderen Arzt zu konsultieren. Einschränkungen liegen vor in Regionen, wo die Ärztedichte, vor allem die der Spezialisten, äußerst gering ist oder wenn eine Person sehr immobil ist. Weiterhin ist es denkbar, dass der Patient eine hohe emotionale Bindung zu einem Arzt aufgebaut hat, so dass er sich nicht traut, den Behandlungsvertrag aufzulösen. In einem solchen Fall ist die in der Theorie vorgeschlagene Lösung der gegenseitigen Abhängigkeit nicht anwendbar, da nicht ersichtlich ist, wie ein Arzt in einem bereits andauernden Behandlungsverhältnis vom Patienten wirtschaftlich abhängig werden könnte.

Die Konstellation, die beim Arzt (Prinzipal) zu einem Hold-up-Problem führt, liegt vor, wenn er im Rahmen einer Anamnese und Diagnose in Vorleistungen tritt, der Patient (Agent) dann aber den Arzt wechselt oder die Behandlung abbricht. Aufgrund der relativ niedrigen Punktbewertung für die Erstellung einer Diagnose führt das Abwandern des Patienten beim Prinzipal zu sunk costs.³⁴⁵ Die Behebung des Hold-up-Problems durch die Schaffung einer gegenseitigen Abhängigkeit scheitert daran, dass der Arzt seinen Patienten nicht zu einer Fortsetzung der Behandlung zwingen kann. Die Entscheidungsfreiheit liegt letztendlich immer beim Patienten.

Nachfolgend wird die Tabelle zur Bewertung der Vertragsprobleme mit dem Hold-up-Problem vollständig dargestellt:

³⁴⁵ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 120.

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Infoasymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV	P: Vers	P: GKV	P: Arzt	P: GKV	P: KH	P: Vers	P: Arzt
		A: Vers	A: GKV	A: Arzt	A: GKV	A: KH	A: GKV	A: Arzt	A: Vers
hidden action	moral hazard	●	●	●	●	●	●	●	●
hidden characteristics	adverse selection	●	●	●	●	●	○	●	●
hidden intention	hold up	●	○	●	○	○	●	●	●

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus

● = stark ausgeprägt; ● = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt

Tab. 4: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge III³⁴⁶

Die Gewichtung der Probleme, die in der Abbildung für die drei verschiedenen Verträge vorgenommen wurde, ist für das Kapitel fünf von wesentlicher Bedeutung. Eine „starke Ausprägung“ des Problems resultiert aus einer auffälligen Informationsasymmetrie. Diese führt dazu, dass der Agent einen großen Nutzen hat, wenn er seinen Informationsvorsprung gegenüber dem Prinzipal zu dessen Lasten ausnutzt. Die Nutzensteigerung und die damit einhergehenden Anreize der verschiedenen Akteure im System der GKV sind Bestandteil der Analyse in Kapitel fünf.

³⁴⁶ Eigene Darstellung.

4.1.3. Generationengerechtigkeit

Aus den Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen Ineffizienzen und erhöhte Ausgaben. Im weiteren Verlauf wird nun dargestellt, inwiefern diese im Rahmen des Umlageverfahrens aufgebracht werden oder ob die Ausgaben durch Verschuldung zu Lasten zukünftig lebender Beitragszahler finanziert werden. Hierfür findet das Verfahren der Generationenbilanzierung³⁴⁷ Anwendung.

4.1.3.1. Generationenbilanz

Bei der Methode der Generationenbilanzierung handelt es sich um ein intergeneratives Budgetierungssystem, dem die intertemporale Budgetrestriktion des Staates zugrunde liegt.³⁴⁸ Diese geht zwar nicht von einem jährlichen Ausgleich des Budgets aus, aber sie fordert, dass die aktuelle Staatsschuld durch die Nettosteuerzahlung aller zurzeit lebenden und zukünftigen Generationen gedeckt sein muss.³⁴⁹ Dabei wird die Nettosteuerzahlung einer Generation ermittelt, indem man vom Barwert aller Zahlungen, welche die Generation während ihres verbleibenden Lebens an den Staat zu leisten hat, den Barwert sämtlicher Zahlungsströme, welche die Generation über ihr restliches

³⁴⁷ Das Konzept der Generationenbilanzierung (Generational Accounting) basiert auf Auerbach (1991), Gokhale (1995) und Kotlikoff (1999).

³⁴⁸ Vgl. Raffelhüschen (2003), S. 91. Das Verfahren der Generationenbilanz lässt sich grundsätzlich auch auf andere Teilbereiche oder auf den gesamten Staatshaushalt übertragen. Da sich die vorliegende Untersuchung auf das Problem der Generationengerechtigkeit in der GKV konzentriert, wird die Generationenbilanz auch nur auf diesen Teilbereich angewendet.

³⁴⁹ Vgl. Krimmer (2003), S. 5 und Mevis (2006), S. 3.

Leben erhalten wird, abzieht. Im Ergebnis bedeutet eine Nettosteuerzahlung, dass ein durchschnittliches Kohortenmitglied im Verlauf seines Lebens betrachtet mehr Steuer- und Beitragszahlungen aufbringt als es vom Staat an Transferleistungen erhält. Es handelt sich um ein positives Generationenkonto und entsprechend des Falles, dass mehr Transferleistungen vom Staat erhalten als an diesen gezahlt werden, um ein negatives Generationenkonto.³⁵⁰

Die allgemeine Generationenbilanz lässt sich auf die GKV im Speziellen anwenden, indem nur die dieses System betreffenden Zahlungsströme berücksichtigt werden. Dann ermittelt die spezielle Generationenbilanz, ob während der Lebenszeit einer Generation mehr Leistungen von dieser aus der GKV beansprucht werden als sie selbst an Beiträgen in die GKV einzahlt oder umgekehrt. Hierfür werden zunächst die durchschnittlichen Beitragszahlungen eines jeden Jahrgangs mit den Kassenleistungen für denselben saldiert. Das Ergebnis ist die Nettobeitragszahlung in die GKV eines in einem bestimmten Basisjahr lebenden Jahrgangs für dieses Jahr. Die Nettobeitragszahlung wird mit der Produktivitätswachstumsrate in die Zukunft fortgeschrieben.³⁵¹ Wenn alle jährlichen Nettobeitragszahlungen eines Durchschnittsindividuums über dessen restlichen Lebenszeitraum mit dem Realzins diskontiert und dann summiert werden, ergibt sich das Generationenkonto dieses Individuums für die GKV. In einem weiteren Schritt werden die Generationenkonten der Durchschnittsindividuen mit der Jahrgangsstärke gewichtet und über alle lebenden und zukünftigen Kohorten addiert, woraus sich die Nachhaltigkeitslücke ergibt.³⁵² Diese drückt aus, dass die Menge aller Generationen mehr Leistungen aus der GKV erhält, als sie selbst an Beiträgen während

³⁵⁰ Vgl. Hagist (2006), S. 3 und Mevis (2006), S. 3.

³⁵¹ Ein 25-Jähriger bezahlt 2010 einen um $(1+g)^3$ höheren Nettobeitrag als ein 25-Jähriger im Basisjahr 2007.

³⁵² Vgl. Hagist (2006), S. 5.

ihrer restlichen Lebenszeit einzahlt oder umgekehrt. Im Falle einer positiven Nachhaltigkeitslücke bedeutet dies, dass die aktuell lebenden Jahrgänge eine Finanzierungslast vor sich herschieben, die durch ihre Kinder getragen werden muss. Das führt bei gleich bleibendem Leistungsniveau in der GKV zu steigenden Beitragssätzen. Wenn es ausschließlich nachfolgenden Generationen obliegt, die Nachhaltigkeitslücke in der GKV mittels höherer Nettobeitragszahlungen zu schließen, zeigt das Generationenkonto eines 1-Jährigen oder jedes beliebigen zukünftigen Jahrgangs die Belastung der nachfolgenden Beitragszahler. Die Beiträge eines im Basisjahr 0-Jährigen und eines ein Jahr später Geborenen lassen sich direkt miteinander vergleichen, da beide über ihren gesamten Lebenszyklus hin erfasst werden. Damit ist die Mehrbelastung nachfolgender Generationen die Differenz der beiden Generationenkonten.³⁵³

4.1.3.2. Demographischer Finanzierungseffekt

Als Ausgangspunkt für die demographische Entwicklung in Deutschland ist festzuhalten, dass diese bis zum Jahr 2040 relativ genau prognostizierbar ist und einen Alterungsprozess der kommenden Dekaden aufzeigt.³⁵⁴

Wichtige Parameter für die Entwicklung einer Bevölkerungsstruktur sind die Gesamtfertilitätsrate und die Lebenserwartung.³⁵⁵ Dabei sagt die Gesamtfertilitätsrate aus,

³⁵³ Vgl. Fetzner (2003), S. 6 f.

³⁵⁴ Vgl. Ulrich (2000), S. 164 und Ulrich (2003), S. 60.

³⁵⁵ Vgl. Ehrentraut (2007), S. 4. Ferner ist die Wanderungsbewegung zu nennen, auf die allerdings in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen wird, da die Zu- und Abwanderung für die Fragestellung der Arbeit nur von nachrangiger Bedeutung ist.

„wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens durchschnittlich hätte, wenn die für den gegebenen Zeitpunkt maßgeblichen altersspezifischen Fruchtbarkeitsverhältnisse von ihrem 15. bis 49. Lebensjahr gelten würden.“³⁵⁶

Diese Fertilitätsrate liegt in Deutschland bei durchschnittlich 1,4 Kindern pro Frau³⁵⁷, was dazu führt, dass sich jede Elterngeneration nur zu etwa zwei Dritteln durch Kinder reproduziert. Alleine zur Aufrechterhaltung des Bevölkerungsbestandes wären aber etwa 2,1 Geburten pro Frau notwendig.³⁵⁸ Aus diesem Grund wird die Darstellung der Bevölkerungsstruktur in den jungen Jahrgängen immer schmaler (die so genannte Alterung von unten), was der einen Seite des doppelten Alterungsprozesses, auch „double-aging process“ genannt, entspricht.

Bei der anderen Seite dieses Prozesses handelt es sich um die Lebenserwartung, welche die durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren angibt, die ein neugeborenes Kind leben wird.³⁵⁹ Für die Steigerung der Lebenserwartung (Alterung von oben) gibt es unterschiedliche Gründe.³⁶⁰ In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts führte vor allem eine nachlassende Säuglings- bzw. Kindersterblichkeit zu einem starken Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung.³⁶¹ Darüber hin-

³⁵⁶ Ehrentraut (2007), S. 4, der sich auf Haub (2002) bezieht.

³⁵⁷ Vgl. Deutschland (2003).

³⁵⁸ Vgl. Fetzer (2005), S. 3.

³⁵⁹ Grundlage dieser Durchschnittsberechnung ist die Sterbetafel des jeweils betrachteten Geburtenjahrgangs. Die Sterbetafel zeigt, „wie viele Personen der Grundgesamtheit in einem bestimmten Lebensalter noch am Leben sein würden, wenn die zum Zeitpunkt der Erstellung der Tafel bestehenden Sterblichkeitsverhältnisse in allen Altersjahren als konstant angenommen würden.“ Ehrentraut (2007), S. 5, der sich auf Deutschland (2006) bezieht.

³⁶⁰ Vgl. Erbsland (1999), S. 173 und Ulrich (1997), S. 203, die sich hinsichtlich des „double-aging process“ auf Börsch-Supan (1991), S. 107, Raffelhüschen (2003), S. 85 und Ulrich (2003), S. 62 beziehen.

³⁶¹ Die Lebenserwartung in den ersten 50 Jahren des 20. Jahrhunderts stieg bei Männern von 44,8 auf 64,6 und bei Frauen von 48,2 auf 68,5 Jahren.

aus ging seit 1950 die Sterblichkeit von älteren Menschen zurück, was unter anderem auf gute medizinische Versorgung, gesunde Ernährung und hohe allgemeine Lebensqualität zurückzuführen ist.³⁶² Aufgrund dieser beiden Faktoren des doppelten Alterungseffektes ergibt sich, dass in Zukunft immer weniger junge und zunehmend ältere Menschen in Deutschland leben werden.³⁶³

Daher bekommt die prognostizierte Alterstruktur bis zum Jahr 2050 zunehmend die Form einer Urne, wie nachfolgende Abbildung zeigt:

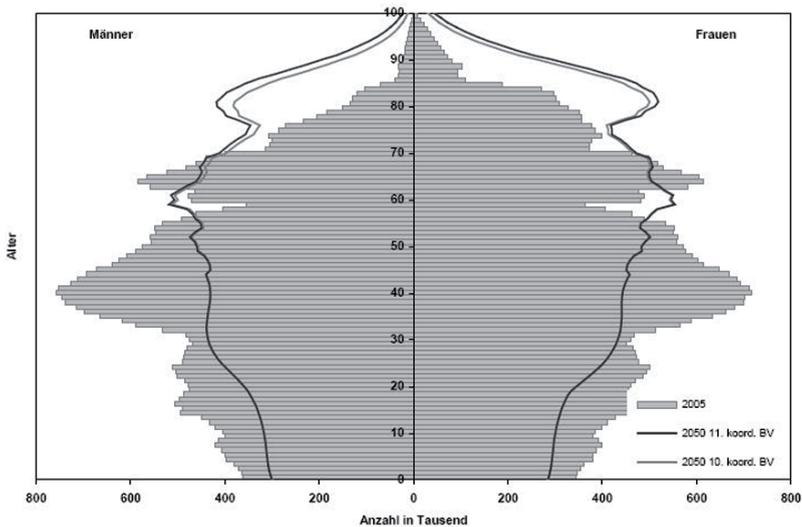


Abb. 16: Prognostizierte Altersstruktur III³⁶⁴

Selbst bei Berücksichtigung einer jährlichen Nettozuwanderung von 200.000 Personen sinkt die Bevölkerung in Deutschland von ca 82

³⁶² Vgl. Frohwitter (1999), S. 202.

³⁶³ Vgl. Ehrentraut (2007), S 5 f.

³⁶⁴ Entnommen Hagist (2007), S. 3.

Millionen Menschen im Jahr 2007 auf etwa 77 Millionen Menschen im Jahr 2050.³⁶⁵ Dabei ist diese Schrumpfung nicht das alleinige Problem. Hinzu kommt die Verschiebung in der Altersstruktur, was mit dem Ansteigen des Altenquotienten gezeigt werden kann. Hierbei handelt es sich um die Relation der Personen im Alter von 60 Jahren und darüber zu denen zwischen 20 und 59 Jahren.³⁶⁶ Dieser Altenquotient wird von 35 Prozent im Jahr 1992 auf ca. 46 Prozent im Jahr 2010 steigen und abhängig von der jeweils zugrunde gelegten Prognosevariante im Jahr 2050 Werte zwischen 75 und 80 Prozent erreichen.³⁶⁷ Für die GKV hat die demographische Entwicklung folgende Konsequenzen: Ein Nachlassen der Generationenstärke führt bei gleichbleibender Finanzierungsstruktur der GKV zu niedrigeren Einnahmen. Parallel dazu erhöht die Anzahl der älteren Menschen die Ausgaben im Gesundheitssektor.³⁶⁸ Es besteht somit eine „Altersabhängigkeit der Nachfrage nach medizinischen Leistungen“³⁶⁹, die darauf zurückzuführen ist, dass ältere Menschen im Gegensatz zu jüngeren häufiger erkranken oder sogar von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind.³⁷⁰

³⁶⁵ Vgl. Hagist (2007), S. 3.

³⁶⁶ Vgl. Ulrich (2003), S. 62. Dabei dient der Altenquotient als „Anhaltspunkt für die Belastung der Erwerbstätigen aus der Mitversorgung der älteren Bevölkerung.“, Frohwitter (1999), S. 202. Hierbei wird unterstellt, dass die Altersgrenze des Altenquotienten mit dem durchschnittlichen Ende des Erwerbsstatus übereinstimmt.

³⁶⁷ Vgl. Ulrich (2003), S. 62 und Okruch (2001), S. 129, der sich auf die neunte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bezieht.

³⁶⁸ Vgl. Ulrich (1997), S. 204 und S. 229 und Ulrich (2000), S. 164. Die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen verursacht ca. das Vierfache an Behandlungsausgaben und die Gruppe der 80-Jährigen und älteren sogar nahezu das Sechsfache im Vergleich zur Gruppe der 0- bis 14-Jährigen. Dabei sind die altersbedingten Ausgabeneffekte von den unterschiedlichen Behandlungsarten abhängig und fallen am stärksten bei Arzneimitteln und bei der stationären Behandlung ins Gewicht. Vgl. Erbsland (1999), S. 175.

³⁶⁹ Erbsland (1999), S. 175.

³⁷⁰ Das Leiden an verschiedenen Krankheiten wird als Morbiditätseffekt bezeichnet. Dieser „gibt darüber Auskunft, ob die Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch die mit dem Alter zunehmende Morbidität im Sinne des physischen Alterseffektes getrieben wird.“, Erbsland (1999), S. 178.

Für die GKV ergibt sich im Basisjahr 2003 eine Generationenbilanz, in der nur die Kohorten der im Basisjahr 15- bis 35-jährigen als Nettobeitragszahler auftreten. Alle anderen Kohorten sind Nettoleistungsempfänger. Hieraus resultiert für 2003 eine Nachhaltigkeitslücke der GKV in Höhe von 1.577,7 Mrd. Euro oder 74,1 Prozent des BIPs, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

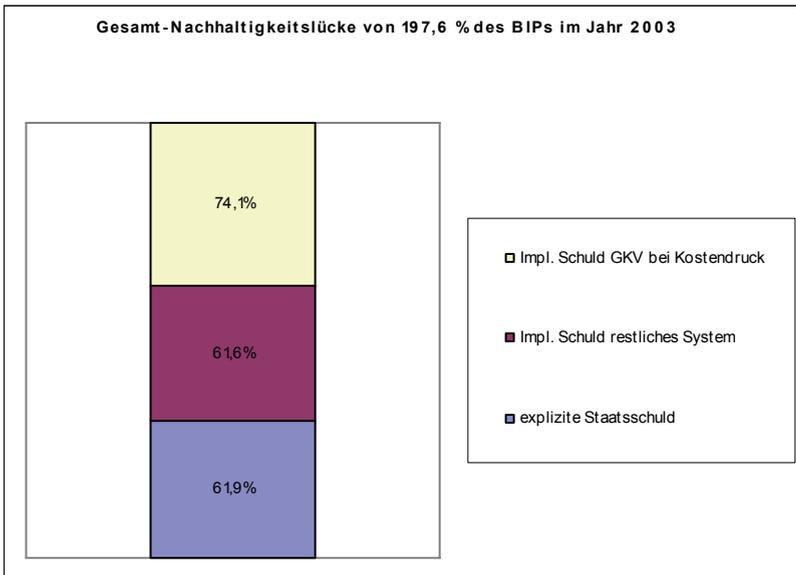


Abb. 17: Nachhaltigkeitslücke 2003³⁷¹

Diese Nachhaltigkeitslücke in der GKV führt langfristig bis zum Jahr 2050 zu einer Beitragssatzsteigerung auf ca. 18,6 Prozent des Bruttoerwerbseinkommens eines Versicherungsmittglieds.³⁷² Der Grund

³⁷¹ In Anlehnung an Fetzer (2006), S. 103, der als Grundlage für die Projektion der zukünftigen Kohortenstärken auf das mittlere Szenario (Variante fünf) der zehnten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes zurückgreift. Siehe hierzu Statistisches (2003). Für die endgültige Projektion siehe Fetzer (2006), S. 28 ff.

³⁷² Im Jahr 2006 lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV bei 13,3 Prozent. Vgl. BMG (2006). Dieser wird 2007 steigen.

für die Steigerung der Beitragssätze ist, dass ein eventuelles Defizit einer gesetzlichen Krankenkasse laut Gesetz³⁷³ im Folgejahr durch eine Erhöhung des Beitragssatzes ausgeglichen werden muss. Die Beitragssatzsteigerung auf 18,6 Prozent beinhaltet weder die Konsequenz eines längeren Lebens hinsichtlich der individuellen altersspezifischen Gesundheitskosten noch den medizinisch-technischen Fortschritt. Diese beiden Punkte werden im Folgenden näher eingegangen.

4.1.3.3. Indirekter demographischer Ausgabeneffekt

Der indirekte demographische Ausgabeneffekt der GKV beschreibt die zwangsläufigen Folgen einer zunehmenden Lebenserwartung. Beim Ausgabeneffekt wird zwischen der Medikalisierungsthese und der Kompressionsthese unterschieden.³⁷⁴ Die Medikalisierungsthese geht von einer umfangreichen Zahl multimorbider älterer Patienten aus, deren Leben mittels neuer Behandlungsformen verlängert wird. Gleichzeitig führen aber die weiteren, teilweise in Krankheit verbrachten Jahre zu einer zusätzlichen Leistungsanspruchnahme.³⁷⁵ Im Gegensatz dazu vermutet die Kompressionsthese, dass die individuellen Gesundheitsleistungen kurz vor dem Tod rapide ansteigen, so dass die Leistungsanspruchnahme nicht vom Alter, sondern von der verbleibenden Zeitspanne bis zum Tod abhängt.³⁷⁶ Als Schlussfolgerung ergibt sich, dass eine höhere Lebenserwartung nicht zwangsläufig zu mehr Leistungsausgaben führen muss, da die Ausgaben am

³⁷³ Siehe hierzu § 220, SGB (2006).

³⁷⁴ Die Medikalisierungsthese geht auf Verbrugge (1984) und die Kompressionsthese auf Fries (1980) zurück.

³⁷⁵ Vgl. Krämer (1996).

³⁷⁶ Vgl. Hajen (2006), S. 43.

Lebensende lediglich über eine längere Zeitspanne gestreckt werden. Innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion besteht keine Einigkeit darüber, welche der Thesen eher zutrifft, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass es keine direkten Messungen zur Validität der einen oder anderen These gibt.³⁷⁷ In Bezug auf die Generationenbilanz führt die Kompressionsthese dazu, dass alle Kohorten über ihr Restleben höhere Nettosteuern zahlen. Im Gegensatz zum Status quo reicht das Alter der Nettobeitragszahler hierbei von 15 bis 40 Jahre (Status quo bis 35 Jahre).

Wenn die Voraussetzungen der Medikalisierungsthese eintreten, sind alle Kohorten Nettotransferempfänger. Es gäbe bezogen auf das Jahr 2003 keinen Jahrgang, der mehr in die GKV einzahlt als er an Kosten produziert.

Die Beitragssatzprojektion ergibt für die GKV im Jahre 2050 einen Beitragssatz von ca. 18 Prozent bei Annahme der Kompressionsthese und über 20 Prozent im Falle der Medikalisierungsthese.³⁷⁸ Daraus folgt, dass ein Ignorieren der Medikalisierungsthese, sofern dieses Szenario eintritt, zu einer deutlichen Unterschätzung des prognostizierten Beitragssatzes von derzeit 18,6 Prozent führt. Diese Gefahr ist bei der Kompressionsthese im Vergleich zum Status quo nicht gegeben.

³⁷⁷ Vgl. Fetzer (2006), S. 81 ff., der einen vergleichenden Überblick über die Literatur zu den jeweiligen Thesen gibt.

³⁷⁸ Vgl. Fetzer (2006), S. 87, der auch aufführt, welche genauen Annahmen bei diesen Szenarien zugrunde liegen.

4.1.3.4. Medizinisch-technischer Fortschritt

Neben den bisher aufgezeigten Problemen als Folge der demographischen Entwicklung impliziert der medizinisch-technische Fortschritt eine weitere Schwierigkeit im System der GKV. In diesem Zusammenhang wird von einer „Explosion des Machbaren“³⁷⁹ im Gesundheitswesen gesprochen.

Die ökonomische Literatur unterscheidet folgende drei Arten von Innovationen:

1. Prozessinnovation: Ein gleiches Produkt wird im Zeitverlauf zu geringeren Kosten hergestellt.
2. Produktinnovation: Ein Produkt wird mit neuen Eigenschaften versehen. Meistens geschieht dies zu höheren Produktionskosten.
3. Organisatorische Innovation: Durch neue Kombinationen von Produktprozessen besteht die Möglichkeit Kostenvorteile zu erzielen.³⁸⁰

Im Gesundheitswesen überwiegen die Produktinnovationen, während Prozessinnovationen und organisatorische Innovationen eher selten sind.³⁸¹

³⁷⁹ Ulrich (2000), S. 164.

³⁸⁰ Vgl. Breyer (2005), S. 509 ff.

³⁸¹ Vgl. Okruch (2001), S. 130. Zu Produktinnovationen zählen verbesserte diagnostische Geräte, chirurgische Techniken, neue Medikamente gegen ernsthafte Erkrankungen sowie weiterführende Möglichkeiten in der Gentechnologie. Vgl. Ulrich (2000), S. 164. Bei den Innovationen dominieren sogenannte „halfway-technologies“. Es handelt sich hier um Technologien, die das Leben des Menschen verlängern, ihn aber nicht endgültig von der Krankheit heilen können. Vgl. Oberender (2003a), S. 199. Zusätzlich werden Behandlungs- und Therapieverfahren ohne einen Substitutionsprozess eingesetzt. In diesem Fall wird von „add-on-technologies“ gesprochen. Vgl. Oberender (2003a), S. 199.

Aus diesem Grund nehmen zum einen die Möglichkeiten Krankheiten kausal zu behandeln stetig zu. Zum anderen ist das Tempo des medizinischen Fortschritts dabei so schnell, dass die Halbwertszeit medizinischen Wissens im Durchschnitt vier bis fünf Jahre beträgt.³⁸² Allerdings ist eine Prognose des medizinischen Fortschritts nur sehr bedingt möglich. Da aber parallel dazu die finanziellen Ressourcen nicht im selben Maße wachsen, entsteht eine Fortschrittsfalle. Hiermit einher geht das Problem der zunehmenden Ansprüche der Patienten denen aber nicht ausreichend finanzielle Mittel gegenüber stehen.³⁸³

Die hohe Innovationsrate bei der Entwicklung neuer medizinischer Geräte und Medikamente führt hier zu einer Ausgabensteigerung. Diese lässt sich anhand des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP zeigen, der im Jahr 1970 bei 6,2 Prozent lag und bis 2002 auf 10,9 Prozent angestiegen ist.³⁸⁴

Zur Berechnung der Auswirkung des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Generationenbilanz und den Beitragssatz wird angenommen, dass die Wachstumsrate im Gesundheitswesen um einen Prozentpunkt höher ist als die allgemeine.³⁸⁵ Daraus ergibt sich eine Generationenbilanz für das Basisjahr 2003, in der alle lebenden Generationen Nettoleistungsempfänger der GKV sind. Als Gesamtnachhaltigkeitslücke resultiert ein Wert von 340,4 Prozent des BIPs (ohne medizinisch-technischen Fortschritt: 197,6 Prozent des BIPs), wovon die GKV eine Nachhaltigkeitslücke in Höhe von 216,9 Prozent inne hat (ohne medizinisch-technischen Fortschritt: 74, Prozent des

³⁸² Vgl. Oberender (2004), S. 27.

³⁸³ Vgl. Oberender (2002), S. 206.

³⁸⁴ Vgl. Fetzer (2006), S. 90, der auch einen Literaturüberblick über die medizinisch-technische Entwicklung gibt.

³⁸⁵ Siehe hierzu Breyer (2000), der für die Zeitspanne von 1970 bis 1995 ein um einen Prozentpunkt höheres Wachstum der GKV-Ausgaben pro Kopf gegenüber dem entsprechenden BIP-Wachstum ermittelt hat.

BIPs), was in nachfolgender Abbildung graphisch veranschaulicht wird.

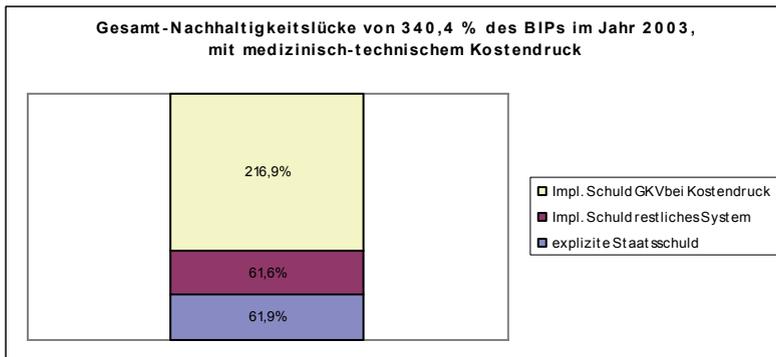


Abb. 18: Nachhaltigkeitslücke 2003 mit medizinisch-technischem Kostendruck³⁸⁶

Aus der dargestellten Nachhaltigkeitslücke in der GKV folgt eine Entwicklung des Beitragssatzes bis zum Jahr 2050 (unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts) auf ca. 27,0 Prozent beim Status quo, auf ca. 26,5 Prozent bei der Kompressionsthese und auf ca. 30,0 Prozent bei der Medikalisierungsthese.³⁸⁷

Es zeigt sich, dass die demographische Entwicklung in doppelter Hinsicht Auswirkungen auf die Steigerung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung hat - zum einen aufgrund der direkten Wirkung des doppelten Alterungseffekts und zum anderen durch den indirekten Effekt, der Konsequenzen der höheren Lebenserwartung auf die Leistungsanspruchnahme. Wesentlich gravierender

³⁸⁶ In Anlehnung an Fetzer (2006), S. 103.

³⁸⁷ Vgl. Fetzer (2006), S. 99 f.

sind allerdings die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Beitragssatzentwicklung der GKV.³⁸⁸

4.1.4. Bewertung

In der Analyse des Status quo der GKV hat sich herausgestellt, dass dieses System von Grundsätzen geprägt ist, die dazu führen, dass zwischen den Akteuren verschiedene Informationsasymmetrien entstehen. Deren Untersuchung zeigte unter anderem, dass das Solidarprinzip in Kombination mit dem Sachleistungsprinzip zur Folge hat, dass die Versicherten keinen Anreiz haben, sich mit den monetären Konsequenzen ihres Konsums von Gesundheitsleistungen auseinander zu setzen. Daraus entsteht ein moralisches Risiko, was wiederum zu Ineffizienzen in der GKV führt. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der Art der Vergütung der Leistungserbringer im ambulanten Sektor. Am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung konnte aufgezeigt werden, dass ein adverses Selektions-Problem entsteht, wenn ein Verband für seine Mitglieder, in diesem Fall alle Kassenärzte, die Vergütung aushandelt. Selektive Verträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und einzelnen Kassenärzten, die das adverse Selektions-Problem umgingen, sind im ambulanten Bereich nicht realisierbar. In Bezug auf die Einnahmen und Ausgaben unterliegt die GKV dem Umlageverfahren, was bedeutet, dass die anfallenden Ausgaben einer Periode durch die Einnahmen derselben gedeckt werden müssen. Ist dies einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb eines Jahres

³⁸⁸ Hierbei ist lediglich ein um einen Prozentpunkt höheres Wachstum im Gesundheitswesen berücksichtigt worden. Kotlikoff (2005) et al. haben ein um 1,7 Prozentpunkte höheres Wachstum des BIPs pro Kopf für Deutschland innerhalb der Zeitspanne von 1970 bis 2002 herausgefunden. Bezüglich der Höhe der Nachhaltigkeitslücke im Jahr 2043 bei unterschiedlichen Kostendruckannahmen siehe Fetzer (2006), S. 97.

trotz der Umverteilung des RSAs nicht möglich, muss diese Krankenkasse im Folgejahr den Beitragssatz erhöhen.

Mit Hilfe der Methode der Generationenbilanz konnte weiterhin nachgewiesen werden, dass das Umlageverfahren in der GKV als keineswegs generationengerecht bezeichnet werden kann. Bei der Betrachtung der altersspezifischen Ein- und Ausgabenprofile der Gesamtbevölkerung zeigt sich im Gegenteil eine Umverteilung zwischen den Generationen.³⁸⁹ Ausgangspunkt dieses Mangels an Generationengerechtigkeit in der GKV ist der double-aging-Prozess, das heißt, die Veränderung der Bevölkerungsstruktur von einer Pyramidenform hin zu einer Urne und das Ansteigen des Altenquotienten.

Durch Zugrundelegen eines Szenarios, das neben dem demographischen Wandel auch den medizinisch-technischen Fortschritt und die Medikalisierungsthese berücksichtigt, ergeben sich folgende Konsequenzen:

Alle lebenden Generationen sind Nettoleistungsempfänger der GKV. Dies bedeutet konkret, dass es in keinem Jahrgang ein Durchschnittsindividuum gibt, das den Barwert der voraussichtlich konsumierten Leistungen in Form von Beiträgen in das System einbezahlt. Zur Deckung der Ausgaben mittels des Umlageverfahrens wäre im Jahre 2050 ein Beitragssatz in der GKV von ca. 30 Prozent zu erheben.

Es zeigt sich also, dass bei der prognostizierten demographischen Entwicklung und dem zu erwartenden medizinisch-technischen Fortschritt keine Beitragsstabilität in der GKV erreicht werden kann.

„Die seit Jahrzehnten anhaltende Dominanz der eher kurzfristig ausgerichteten Einnahmen- und Ausgabenpolitik blockiert

³⁸⁹ Raffelhüschen weist darauf hin, dass bei jungen Jahrgängen (0- bis 20-Jährigen) die durchschnittlichen Leistungen ähnlich wie bei Rentnern die Beiträge übersteigen, weshalb oftmals auch vom 3-Generationenvertrag gesprochen wird. Vgl. Raffelhüschen (2003), S. 88, Fußnote.

die Ausrichtung hin zu einer langfristigen strukturverändernden Politik und impliziert zudem erhebliche Lastenverschiebungen zu Ungunsten der zukünftigen Generationen. Die Kinder und Enkelkinder werden erwartungsgemäß ‚den Preis‘ für das reproduktive Verhalten der Eltern zu zahlen haben, wenn die heutigen Generationen sich nicht auf Strukturreformen einigen können.³⁹⁰

Entsprechend der in Kapitel drei formulierten Definition für Generationengerechtigkeit in der GKV ist festzustellen, dass im derzeitigen System der GKV keine Generationengerechtigkeit vorliegt, das heißt die sechste Definition wird nicht erfüllt.

6. Definition: Eine GKV der aktuellen Generation (x) finanziert Gesundheitsleistungen (y) für ihre Versicherten (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.

Zukünftige Generationen können ihre Bedürfnisse gerade nicht im selben Ausmaß erfüllen wie die aktuelle Generation, da sie ausgehend von obiger Prognose nahezu 30 Prozent ihres Bruttoeinkommens an die gesetzliche Krankenkasse abführen müssen. Selbst wenn der Beitragssatz konstant auf aktuellem Niveau gehalten wird, führt dies zu einer drastischen Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV, wodurch zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen nicht im selben Ausmaß realisieren können wie die aktuelle Generation.

Dementsprechend kann das aktuelle System der GKV als nicht generationengerecht bewertet werden, womit ein Teilsystem einer markt-

³⁹⁰ Ulrich (2003), S. 63 f.

wirtschaftlichen Ordnung identifiziert ist, in dem keine Generationengerechtigkeit besteht. Hiermit ist die Prämisse gegeben, um die eingangs gestellte Forschungsfrage zu beantworten.

4.2. Alternativen

Dieses Unterkapitel gibt zunächst einen Überblick hinsichtlich unterschiedlicher Alternativen zum derzeitigen System der gesetzlichen Krankenversicherung. Darauf aufbauend wird das „Bayreuther Versicherungsmodell“ als ein Gegenvorschlag zum Status quo ausführlich erörtert und dessen Vorteile dargestellt. Ziel ist es, die eingangs gestellte Frage zu beantworten, ob es zum gegenwärtigen System der GKV eine generationengerechtere Alternative gibt.

4.2.1. Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie

Die Reformvorschläge für das System der gesetzlichen Krankenversicherung bewegen sich zwischen zwei Polen, die in reiner Form realisiert zu einer Aufhebung des aktuellen GKV-Systems als Solidarversicherung führen. Einerseits handelt es sich um rein marktwirtschaftlich orientierte Entwürfe, in denen das Krankheitsrisiko der Eigenverantwortung des Individuums überlassen wird. Andererseits stehen Konzepte zur Diskussion, die bei gleich bleibender Bedarfsbefriedigung die Umverteilung aus Steuermitteln finanzieren.³⁹¹ Vor allem über letztere wird seit der Veröffentlichung des Berichts der „Kommission zur Nachhaltigkeit der Finanzierung der Sozialen Sicherungssys-

³⁹¹ Vgl. Hajen (2006), S. 130.

teme“ (die sogenannte „Rürup-Kommission“)³⁹² im Jahr 2003 in Deutschland öffentlich diskutiert.³⁹³ Dabei stehen zwei Alternativen im Mittelpunkt: die Bürgerversicherung und die Gesundheitsprämie.³⁹⁴

Beim Modell der Bürgerversicherung sind unterschiedliche Varianten möglich, die im Extremfall alle Bürger, nicht nur die Arbeitnehmer, in die Krankenversicherung integrieren. Weiterhin sieht das Konzept den Wegfall der Versicherungspflichtgrenze vor, was dazu führt, dass auch die einkommensstarken Arbeitnehmer verpflichtend in die Solidargemeinschaft eingebunden sind.³⁹⁵ Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze hat einen Rückgang des Geschäfts der privaten Krankenvollversicherungsanbieter zur Folge. Die privaten Krankenversicherungen müssten sich nach der Vorstellung der Befürworter der Bürgerversicherung weitestgehend auf Zusatzversicherungen beschränken. Ein weiterer Grundgedanke der Bürgerversicherung ist die Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten. Hierbei handelt es sich um Gewinn-, Pacht- und Mieteinkünfte. Solange, wie allerdings die aktuelle Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöht wird, ergäbe sich lediglich eine geringe Wirkung auf die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen.³⁹⁶

³⁹² Siehe hierzu BMGS (2003).

³⁹³ Vgl. Breyer (2005), S. 199 und Hajen (2006), S. 296.

³⁹⁴ Die Bürgerversicherung wird von einer Gruppe um den Gesundheitsökonom und derzeitigen Bundestagsabgeordneten Karl Lauterbach präferiert, wohingegen die Gesundheitsprämie von Bert Rürup und anderen Kommissionsmitgliedern bevorzugt wird.

³⁹⁵ Der Wegfall der Versicherungspflichtgrenze führt zu schwierigen verfassungsrechtlichen Fragen, da diese Grenze als „Friedenslinie“ zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen verstanden wird.

³⁹⁶ Vgl. Specke (2005), S. 154 f. Die Ausdehnungen der Versicherungspflicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung auf alle Erwerbstätigen wird mit der Ausweitung der Solidarität und der Möglichkeit der Beitragsentlastung begründet. Einer Studie zufolge wäre eine Entlastung um 0,6 Beitragssatzpunkte bei Einbeziehung aller derzeit nicht gesetzlich versicherten Personen möglich. Siehe hierzu die Studie von Sehlen (2004). Hinsichtlich der Erweiterung auf andere Einkunftsarten soll das Leistungsfähigkeitsgesetz besser umgesetzt und die Belastung des Faktors Arbeit verringert werden. Vgl. Breyer (2005), S. 199.

Im Gegensatz dazu führt laut Kommissionsbericht eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei gleichzeitiger Eingliederung aller steuerpflichtigen Einkünfte zu einem Beitragssatzrückgang um 1,3 Prozentpunkte. Die weitere Einbeziehung aller Bürger in die Versicherungspflicht ergäbe ein zusätzliches Potential von 0,7 Prozentpunkten.³⁹⁷

Neben Veränderungen auf der Einnahmenseite ist der Aspekt der Solidarität zu betrachten. Diese erfolgt wie bisher im Rahmen einer systemimmanenten Umverteilung.³⁹⁸

Es lässt sich zusammenfassen, dass das Modell der Bürgerversicherung die Logik des derzeitigen Systems der GKV als Solidarsystem fortschreibt, in dem jedoch zunehmend weitere Teile der Bevölkerung mit einbezogen werden.

Auch die zweite, von der Rürup-Kommission zur Diskussion gestellte Alternative, das Prämienmodell, kann unterschiedlich ausgebaut sein. Wesentlich ist jedoch, dass die einkommensabhängige Beitragserhebung durch eine Kopfpauschale ersetzt wird, welche die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben widerspiegelt.³⁹⁹ Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt bestehen, wohingegen die für Ehepartner entfällt. Ferner wird die paritätische Aufteilung der Beiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern abgeschafft. Stattdessen wird das Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer einmalig um den Arbeitgeberanteil der Krankenversicherung erhöht. Zukünftige Beitragssatzerhöhungen müssen die Arbeitnehmer dann alleine finanzieren.⁴⁰⁰

³⁹⁷ Vgl. BMGS (2003), S. 159. Vorgabe für die Kommission war es, die Beitragshöhe unter 13 Prozent zu senken. Bei einem Beitragssatzsenkungspotential von ca. 2 Prozentpunkten, wie zuvor dargestellt, wäre der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2003 auf 12,4 Prozent gesunken. Vgl. Hajen (2006), S. 300.

³⁹⁸ Vgl. Hajen (2006), S. 301.

³⁹⁹ Vgl. Specke (2005), S. 155.

⁴⁰⁰ Hiermit wäre das politische Ziel erreicht, die Unternehmen von Lohnnebenkosten und deren Steigerung zu entlasten.

Dabei erfolgt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wie bisher nach dem Umlageverfahren.⁴⁰¹

Der Aspekt der Solidarität wird vollständig in das Steuersystem integriert, was zu geschätzten jährlichen Aufwendungen von 28 Milliarden Euro für den Staat führt.⁴⁰²

Im Gegensatz zur Bürgerversicherung ändert sich beim Prämienmodell der Status der privaten Krankenversicherungen nicht, so dass diese als Anbieter von Krankenvollversicherungen erhalten bleiben.

Die beiden zuvor beschriebenen Modelle stellen die Neustrukturierung der Einnahmenseite des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in den Mittelpunkt ihrer Konzeptionen. Damit wird das Problem der demografischen Entwicklung allerdings nicht gelöst, was von einer kleinen Gruppe an Gutachtern um den Finanzwissenschaftler RAFFELHÜSCHEN kritisiert wird.⁴⁰³ Dieser unterbreitet mit der „Freiburger Agenda“ einen eigenen Vorschlag zur Strukturreform des Systems der GKV mit dem Ziel der langfristigen Finanzierungssicherheit. Der Vorschlag besteht aus drei Elementen:

1. Ausgliederung von Zahnarzt- und Zahnersatzleistungen⁴⁰⁴
2. Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente

⁴⁰¹ Vgl. Hajen (2006), S. 297 und Specke (2005), S. 155.

⁴⁰² Eine finanzielle Umverteilung findet innerhalb einer gesetzlichen Krankenkasse nur noch zwischen Gesunden und Kranken statt. Dies entspricht dem eigentlichen Zweck einer jeden Versicherung, unabhängig davon, ob es sich um eine private Versicherung oder das Solidarsystem einer gesetzlichen Krankenkasse handelt. Vgl. Hajen (2006), S. 303. Darüber hinausgehende familien- oder verteilungspolitische Ziele sind von der Gemeinschaft der Steuerzahler zu finanzieren. Vgl. BMGS (2003), S. 162 f.

⁴⁰³ Vgl. Hajen (2006), S. 306.

⁴⁰⁴ Die Vorschläge und damit einhergehend die Komponente der Ausgliederung von Zahnarzt- und Zahnersatzleistungen basieren auf einer Argumentation vor Inkrafttreten des GMGs im Jahr 2004. Danach wäre im Rahmen der Freiburger Agenda nur noch die Zahnarztleistung auszugliedern, da die Leistungen für Zahnersatz bereits zum größten Teil aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen wurden.

3. Reduzierung des Kostendrucks im stationären Bereich mittels wettbewerbs- und ordnungspolitischer Regeln⁴⁰⁵

RAFFELHÜSCHEN kommt im Rahmen der Freiburger Agenda zu dem Ergebnis, dass zukünftige Generationen mit Implementierung dieser Maßnahmen in großem Umfang entlastet werden im Vergleich zum derzeitigen System der GKV.⁴⁰⁶

Ein weiterer Vorschlag zur Reform der GKV ist das „Bayreuther Versichertenmodell“, das im Folgenden erläutert wird.

4.2.2. Bayreuther Versichertenmodell

Die zuvor erörterten Konzepte der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie stellen die Neukonzipierung des solidarischen Ausgleichs in den Mittelpunkt. Weiterhin entwerfen sie jeweils unterschiedliche Vorschläge zur Beitragseinnahme. Auf das Problem der Ausgaben im derzeitigen GKV-System gehen die Modelle nicht ein. Demgegenüber unterbreitet die Freiburger Agenda Maßnahmen zur Kosteneinsparung in der GKV.

Im Gegensatz zu diesen drei Entwürfen liegt der Schwerpunkt des Bayreuther Versichertenmodells auf der Eigenverantwortung des Individuums. Auf Basis eines marktwirtschaftlich orientierten Krankenversicherungssystems konzipiert das Bayreuther Modell Vorschläge zur Reform der Einnahmen- und der Ausgabenseite sowie einer Umgestaltung des solidarischen Ausgleichs.

⁴⁰⁵ Vgl. Fetzer (2002), S. 13.

⁴⁰⁶ Vgl. Fetzer (2002), S. 17. In diesem Artikel werden die drei Kernelemente der Freiburger Agenda umfassend erläutert.

Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten grundlegenden Veränderungen des Bayreuther Versichertenmodells vorgestellt. Darauf aufbauend werden die unterschiedlichen Informationsasymmetrien des derzeitigen GKV-Systems auf ihre Ausprägung im Reformkonzept hin untersucht. Anschließend wird der Aspekt der Generationengerechtigkeit im Alternativmodell analysiert.

4.2.2.1. Kernpunkte

Die Analyse des GKV-Systems hat gezeigt, dass im Rahmen ökonomischer Überlegungen vor allem an den Anreizstrukturen und den Koordinationsmechanismen im Gesundheitssystem anzusetzen ist, da auf den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt nur sehr bedingt Einfluss genommen werden kann.⁴⁰⁷

Zum bisherigen umlagefinanzierten System der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt OBERENDER eine Alternative, deren Ziel es ist, Ursachen von Ineffizienzen zu beseitigen und systemimmanente, individuelle Anreize zu schaffen. Aus diesen Gründen steht im „Bayreuther Versichertenmodell“ die Einheit von Handlung, Verantwortung und Haftung des Individuums im Vordergrund, die als allgemeines Prinzip freiheitlicher Ordnung gilt. Gemäß dem Individualprinzip ist der mündige Bürger grundsätzlich in der Lage, seine Interessen auf Basis eigenverantwortlicher Entscheidungen umzusetzen.⁴⁰⁸

Weiterhin ist im Gesundheitssystem eine Wettbewerbsordnung notwendig, die es Anbietern von alternativen Problemlösungen ungehin-

⁴⁰⁷ Vgl. Oberender (2003b), S. 24.

⁴⁰⁸ Vgl. Oberender (2002), S. 111 f. und Oberender (2006), S. 28.

dert ermöglicht, in den Gesundheitsmarkt einzutreten - einhergehend mit dem Risiko, dass etablierte Marktteilnehmer verdrängt werden.⁴⁰⁹ Diese Art der Wettbewerbsordnung, das Haftungsprinzip und die Eigenverantwortung des Einzelnen erfordern dezentrale Steuerungsmaßnahmen für das Gesundheitssystem.⁴¹⁰ Hierdurch werden die Selbstbestimmung der Akteure und die Möglichkeit der Nutzung unterschiedlichen Wissens über Innovationen im Gesundheitssystem gewährleistet.⁴¹¹

4.2.2.1.1. Allgemeine Versicherungspflicht und risikoorientierte Prämien

Ausgangspunkt des Bayreuther Versichertenmodells ist eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, die mit einer Regelleistungsversorgung⁴¹² einhergeht. Dabei ist es nicht nötig, die Ausgestaltung des Versicherungsvertrages gesetzlich vorzuschreiben, wie es im derzeitigen System der GKV der Fall ist. Lediglich der Grundleistungskatalog muss in einem gesellschaftspolitischen Diskurs ermittelt werden. Ferner unterliegen die Versicherungsanbieter hinsichtlich des Grundleistungskatalogs sowohl einem Kontrahierungszwang als auch einem Diskriminierungsverbot, damit sichergestellt ist, dass alle Bürger eine Krankenversicherung erhalten, die den Regelleistungskatalog umfasst. Die Höhe der von den Krankenversicherungen zu erhebenden Beiträge wird innerhalb eines marktwirtschaftlichen Modells von den

⁴⁰⁹ Vgl. Hamm (1994), S. 307 ff. und Oberender (2006), S. 28.

⁴¹⁰ Vgl. Oberender (2006), S. 28.

⁴¹¹ Vgl. Okruch (2001), S. 134.

⁴¹² Die Versicherung existenzbedrohender Risiken muss von jedem Versicherungsunternehmen in der Regelleistungsversorgung bzw. dem Grundleistungskatalog verpflichtend angeboten werden. Siehe Oberender (2006), S. 7.

Versicherungen mittels risikoorientierter Prämien festgelegt. Hierbei unterliegen die Anbieter dem Druck des Wettbewerbs, so dass dessen Effizienzpotentiale voll ausgeschöpft werden können.⁴¹³

Risikoorientierte Prämien bemessen sich nach den individuellen Schadenswahrscheinlichkeiten der Versicherten. Da bei einer Krankenversicherungspflicht jede Person ab der Geburt dieser Pflicht unterliegt, orientieren sich die Prämien am durchschnittlich zu erwartenden Schadensrisiko einer Person. Zum Zeitpunkt der Geburt ist lediglich das Geschlecht bekannt,⁴¹⁴ nicht aber eine Disposition für bestimmte Krankheiten oder der spätere Lebensstil, der das Krankheitsrisiko beeinflussen kann. Aus diesem Grund ist eine Risikoeinstufung eines Neugeborenen nur nach standardisierten Kriterien und vereinheitlichten durchschnittlichen Erwartungen möglich, weshalb eine Individualisierung der Beiträge gemäß dem jeweiligen Risiko erst später erfolgen kann. Daher ergibt sich die risikoorientierte Prämie zum Zeitpunkt der Geburt anhand des durchschnittlichen Risikos des Versichertenkollektivs. Ziel einer jeden Versicherung und somit auch einer Krankenversicherung ist es, nach Schadenseintritt einen Ausgleich der zuvor nicht unterscheidbaren Risiken zu erreichen. Jeder Versicherte entrichtet dabei über seine Lebenszeit so viele Beiträge, wie er an Leistungen durchschnittlich in Anspruch nimmt.⁴¹⁵

Alle Leistungen, die über den Regelversorgungskatalog hinausgehen, sind von jeder Person individuell und eigenverantwortlich gemäß der

⁴¹³ Vgl. Oberender (2002), S. 130 ff. Zum Funktionieren dieses „Versicherungsmarktes“ ist die Liberalisierung des Versicherungs- und des Versorgungsvertragsrechts notwendig. Darüber hinaus muss der Versicherte im Sinne des Kunden eine Kontrollfunktion innehaben. Hierfür ist es weiterhin notwendig, dass dem Versicherten keine Kosten im Rahmen einer „Exit-Option“ entstehen, weshalb die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen von wesentlicher Bedeutung ist. Vgl. Oberender (2003b), S. 33 f.

⁴¹⁴ An dieser Stelle findet die Tatsache keine Beachtung, dass mit Hilfe genetischer Untersuchungen bestimmte Risikofaktoren, die im Verlauf des Lebens einer Person auftreten, bereits zum Zeitpunkt der Geburt festgestellt werden können.

⁴¹⁵ Vgl. Oberender (2006), S. 32 ff.

jeweiligen Präferenz und Risikoeinstellung auf freiwilliger Basis zu versichern. Auch hierbei gilt das Prinzip der risikoorientierten Versicherungsprämien. Im Gegensatz zur Regelleistungsversorgung unterstehen bei freiwilligen Zusatzversicherungen die Versicherungsnehmer und –geber sowie die zwischen ihnen getroffenen Vereinbarungen keinem staatlichen Zwang.⁴¹⁶

Das Modell sieht weiterhin eine Abdeckung des gesamten Krankenversicherungsmarktes durch private Krankenversicherungen vor, das heißt sowohl für die Regel- als auch für die Zusatzversicherungen. Diese Anbieter stehen mit der Prämiengestaltung des Grundleistungskatalogs und den Wahlтарifen in uneingeschränktem Wettbewerb untereinander. Die Kalkulation aktuarischer Risikoprämien erfolgt im Sinne des Äquivalenzprinzips, wonach die Prämien dem Erwartungswert der Schäden entsprechen.⁴¹⁷ Dabei ist in einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungssystem von der generellen Versicherbarkeit eines jeden Risikos auszugehen. Personen mit schlechten Risiken müssen zwar einen Zuschlag entrichten, allerdings steigt dieser unterproportional im Verhältnis zum Risiko an.⁴¹⁸ Im Wettbewerb unter den Krankenversicherungen kann die risikoorientierte Prämie als Preissignal verstanden werden. Allerdings ist anzunehmen, dass der Preis nicht das einzige Kriterium für die Auswahl einer Krankenversicherung ist, da Qualität und Service auch von Bedeutung sind.

⁴¹⁶ Bei den staatlichen Zwangsmaßnahmen handelt es sich um einen Kontrahierungszwang und ein Diskriminierungsverbot für die Versicherung des Regelleistungskatalogs.

⁴¹⁷ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 139. Wenn sich das Äquivalenzprinzip auf ein einzelnes versichertes Risiko bezieht, wird vom „individuellen Äquivalenzprinzip“ gesprochen. In Bezug auf Versichertenbestände handelt es sich um das „kollektive Äquivalenzprinzip“. Vgl. Farny (2000), S. 67.

⁴¹⁸ Vgl. Pauly (2001), S. 56 ff. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass als Wettbewerbskriterien zwischen den Krankenversicherungen neben den Tarifen auch die Qualität und der Service dienen. In diesem Fall steigt mit der Bedeutung preisunabhängiger Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Risikodurchmischung einer Krankenversicherung an. Vgl. hierzu Oberender (2006), S. 37.

Aufgrund des altersbedingten Anstiegs der Krankheitskosten muss die steigende Schadens erwartung während der Versicherungslaufzeit in den Prämien berücksichtigt werden. Eine Möglichkeit hierfür ist ein Beitragsanstieg im Zeitverlauf. Eine weitere Option besteht darin, Altersrückstellungen zu bilden. Sie ermöglicht eine konstante Durchschnittsprämie über die Lebenszeit von Versicherten.⁴¹⁹ Diese bezahlen in jüngeren Jahren bzw. zu Beginn der Vertragslaufzeit einen Beitrag, der oberhalb der zu erwartenden Krankheitskosten liegt. Mit diesem Überschuss werden für das jeweilige Kollektiv Altersrückstellungen gebildet, von denen erhöhte Krankheitskosten im fortgeschrittenen Alter finanziert werden.⁴²⁰ Das Bayreuther Versichertenmodell geht von der Bildung dieser Altersrückstellungen zur Glättung der Versicherungsprämie des Versichertenkollektivs aus. Ein Nachteil ist allerdings die Portabilität der Altersrückstellungen im Falle eines Versicherungswechsels des Versicherten.⁴²¹ Bei den derzeitigen privaten Krankenversicherungen zeigt sich, dass aufgrund der fehlenden Portabilität von Altersrückstellungen kein Wettbewerb unter Bestandskunden stattfindet, sondern nur unter Neukunden.⁴²² Gerade in einem starken Wettbewerb der Krankenversicherungen untereinander sind die Wechselmöglichkeiten für Bestandskunden gewollt. Daher ist es erforderlich, für jeden Versicherten individuelle Altersrückstellungen festzulegen, die im Falle eines Versicherungswechsels übertragen werden können.⁴²³ Der neue Anbieter ermittelt einen geglätteten risikoorientierten Beitrag aus der Differenz der Kosten für das individuel-

⁴¹⁹ Vgl. Farny (2000), S. 91.

⁴²⁰ Vgl. Oberender (2006), S. 43 f.

⁴²¹ Vgl. Ruckdäschel (2000), S. 206 ff.

⁴²² Vgl. Meyer (2002).

⁴²³ Vgl. Oberender (2006), S. 44 f.

le Krankheitsrisiko des Anwärters und der Altersrückstellung, die von der vorangegangenen Krankenversicherung übernommen wird.⁴²⁴

Von der aktuellen paritätischen Finanzierung der Versicherungsprämien durch den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer wird im Bayreuther Versichertenmodell abgesehen. Stattdessen wird einmalig der Beitrag des Arbeitgebers steuerneutral auf das Bruttoeinkommen des Arbeitnehmers aufgeschlagen. Weiterhin wird, wie zuvor bereits im Modell der Bürgerversicherung vorgestellt, auch im Bayreuther Versichertenmodell der Einkommensbegriff gemäß des Steuerrechts auf alle Einnahmen ausgeweitet, die dem Einzelnen zufließen.⁴²⁵

4.2.2.1.2. Solidarität

Eine elementare Voraussetzung im Bayreuther Versichertenmodell ist die Neudefinition von Solidarität im Gesundheitswesen. Die Solidarität gegenüber einkommensschwachen Personen muss nicht zwangsläufig wie im derzeitigen System der GKV mit Hilfe einkommensabhängiger Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen zustande kommen.⁴²⁶ In der folgenden Abbildung wird das derzeitige Solidarprinzip dem Individualprinzip des Bayreuther Versichertenmodells gegenüber gestellt.

⁴²⁴ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 141. Oberender stellt die Probleme und unterschiedlichen Anreize der an einem Versicherungswechsel beteiligten Parteien dar und wägt drei Alternativen gegeneinander ab. Siehe Oberender (2006), S. 46 ff. Eine solche detaillierte Analyse ist für die Fragestellung dieser Arbeit irrelevant. Die Feststellung, dass eine Mitnahme von Altersrückstellungen sinnvoll und möglich ist, reicht aus.

⁴²⁵ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 142. Eine Beschränkung auf das Erwerbseinkommen entfällt. Einkünfte aus Miete, Pacht und Kapital werden bei der Beitragsbemessung berücksichtigt.

⁴²⁶ Vgl. Oberender (2006), S. 29.

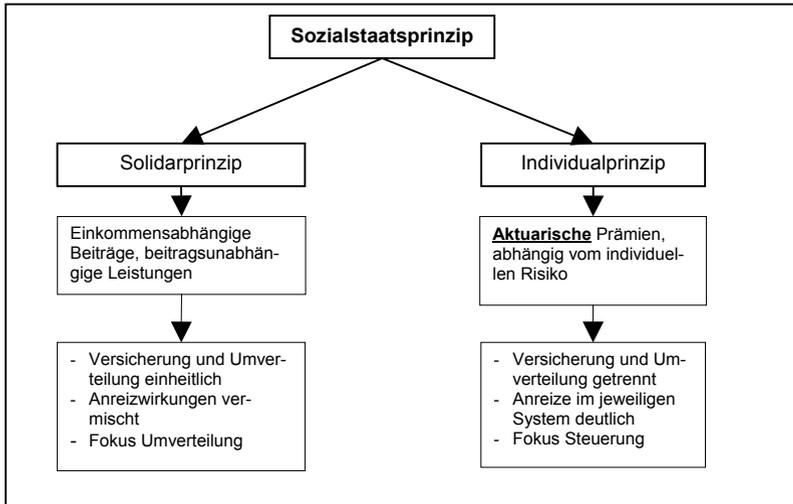


Abb. 19: Ausgestaltung des Sozialprinzips⁴²⁷

Im Bayreuther Vorschlag werden die Kosten der Umverteilung aus dem allgemeinen Staatsbudget finanziert. Der Vorteil liegt darin, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht mit Umverteilungsaufgaben zusätzlich belastet werden.⁴²⁸ Bei der staatlichen Unterstützung handelt es sich um eine Subjektförderung, wie sie der Idee des „Versicherungsgeldes“ zugrunde liegt: Sobald die Beiträge des Einzelnen einen bestimmten Eigenanteil übersteigen, hat der Versicherte Anspruch auf die Zahlung von Versicherungsgeld durch den Staat.⁴²⁹ Es erfolgt hierbei also eine Subventionsleistung des Staates. Mit Hilfe des Versicherungsgeldes werden die Personen unterstützt, die wegen eines großen persönlichen Risikoprofils hohe Beiträge für die Absicherung

⁴²⁷ Entnommen Oberender (2006), S. 30.

⁴²⁸ Vgl. Oberender (2006), S. 34.

⁴²⁹ Vgl. Oberender (2003a), S. 205, Oberender (2003b), S. 2 ff. und S. 36 f. und Oberender (2002), S. 139 ff. und Breyer (2000a), S. 445. Hinsichtlich des Versicherungsgeldes siehe Ruckdäschel (2000), S. 181 ff. und Oberender (1996), S. 95 f.

des Regelkatalogs bezahlen müssten, z. B. chronisch Kranke. Im Zuge dieser Subjektbezuschussung bleibt dennoch die Entscheidungsfreiheit des Geförderten gewahrt, wie er seiner Versicherungspflicht nachkommt. Die Höhe des Eigenanteils ist aufgrund fehlender objektiver wissenschaftlicher Kriterien in einem gesellschaftspolitischen Diskurs normativ festzulegen.⁴³⁰ Hierbei gilt jedoch der ordnungspolitische Grundsatz, dass eine Rationierungsentscheidung unabhängig vom konkreten Krankheitsfall zu treffen ist und dass diese auf allgemeingültige Weise auf der Makroebene zu entscheiden ist.⁴³¹ Die Höhe des Versicherungsgeldes muss so bemessen sein, dass eine Externalisierung von höheren Versicherungsprämien auf die Solidargemeinschaft nicht möglich ist. Ansonsten ginge bei einem Ausgleich der gesamten Überschreitung des Eigenanteils die Preissensitivität der risikoorientierten Prämien verloren. Ein Lösungsvorschlag ist, die Erstattungsbeiträge des Versicherungsgeldes gemäß des durchschnittlichen Versicherungsrisikos zu bemessen. Weiterhin sind ökonomisch schwache Personen stärker zu unterstützen als Versicherte, die mit hohem Einkommen die Grenze des Eigenanteils überschreiten. Eine degressive Ausgestaltung des Versicherungsgeldes erscheint sinnvoll, das heißt mit steigendem Einkommen sinkt die prozentuale Subvention.⁴³²

Der hier vorgeschlagenen Versicherungsgeldlösung liegt eine Subjektförderung auf Basis eines Steuer-Transfer-Systems zu Grunde. Die Subjektförderung - einhergehend mit der Versicherungspflicht des Grundleistungskatalogs - verhindert eine Unter- oder Nichtversicherung.

⁴³⁰ Vgl. Oberender (2002), S. 143 f.

⁴³¹ Vgl. Oberender (2006), S. 35 und Oberender (2002), S. 148 ff.

⁴³² Vgl. Oberender (2006), S. 36 und Ruckdäschel (2000), S. 184 ff.

Der Vorteil einer Subjekt- gegenüber einer Objektförderung ist in der Erhöhung der Kaufkraft von den Geförderten zu sehen. Sie räumt ihnen ein hohes Maß an Handlungs- und Entscheidungsfreiheit ein und stärkt ihre Eigenverantwortung.⁴³³

Die Finanzierung des Versicherungsgeldes aus Steuermitteln gewährleistet, dass alle Gesellschaftsmitglieder an der Finanzierung der sozialpolitisch gewollten Umverteilung beteiligt sind. Weiterhin ist dieses Verfahren deutlich transparenter als die Umverteilung im derzeitigen System der GKV, an dem ausschließlich die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt sind.⁴³⁴

Im Bayreuther Modell wird als zumutbarer Eigenanteil 10 Prozent des Einkommens angesetzt. Dabei liegen nicht nur die Einkünfte aus selbständiger und nicht-selbständiger Arbeit zugrunde, sondern auch Einnahmen aus Miete, Pacht und Kapital.

4.2.2.1.3. Versorgungsstrukturen

Die Implementierung des Bayreuther Versichertenmodells führt aufgrund von risikoorientierten Prämien und der Umgestaltung des Sozialprinzips zu einer gewollten Liberalisierung des Versicherungsmarktes. Hieraus ergibt sich für die einzelne Krankenversicherung die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens: Sie kann mit einem einzelnen Leistungserbringer oder Einheiten von Leistungserbringern speziell ausgestaltete Verträge abschließen. Der Kostenträger hat vor allem Interesse an vertraglichen Bindungen mit Leistungsanbietern, die den Versicherten des Kostenträgers eine qualitativ hochwertige Be-

⁴³³ Vg. Oberender (2006), S. 36 und Oberender (1996), S. 98.

⁴³⁴ Vgl. Oberender (2006), S. 36.

handlung garantieren. Dadurch spart die Versicherung mittelfristig Ausgaben ein.⁴³⁵ Ein Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen setzt voraus, dass diese dem Wettbewerbsrecht unterliegen und somit die Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern den Anforderungen der Missbrauchskontrolle und der Kartellüberprüfung entsprechen.⁴³⁶ Darüber hinaus bleiben die Inhalte der Verträge grundsätzlich der Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner überlassen, unter der Bedingung, dass die Anforderungen des gesetzlich festgelegten Regelleistungskatalogs erfüllt werden. Hieraus ergibt sich ein Wettbewerb unter den Leistungserbringern, die ihrerseits Vertragsfreiheit haben. Demnach müssen sie nicht mehr speziellen Organisationen beitreten – die Zwangsgliedschaft der Kassenärzte in der kassenärztlichen Vereinigung wird abgeschafft. Stattdessen können die Leistungsanbieter ihre Interessenvertretung frei wählen. Neben der Wettbewerbsfreiheit zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern ist auch der Versicherte grundsätzlich frei in der Auswahl seiner Ärzte. Wenn sich der Versicherte für eine bestimmte Krankenversicherung entscheidet, die nur mit speziellen Leistungsanbietern Verträge abgeschlossen hat, unterwirft sich der Versicherte freiwillig der von der Krankenversicherung vorgegebenen Auswahl an Leistungserbringern.⁴³⁷

Von großer Bedeutung ist, dass den Versicherungsnehmern sowohl bei der Absicherung des Grundleistungskatalogs als auch bei den freiwilligen Zusatzversicherungen Anreize geboten werden, die durch sie entstehenden Kosten möglichst niedrig zu halten. Hierzu können

⁴³⁵ Vgl. Oberender (2006), S. 40 und 51 ff., Oberender (2003) und Sauerland (1999), S. 286 ff.

⁴³⁶ Vgl. Oberender (2006), S. 52.

⁴³⁷ Vgl. Fleckenstein (2006), S. 142 ff. Die vorgegebene Auswahl an Leistungserbringern, mit denen die Krankenversicherung einen Vertrag zur Kostenerstattung unterhält, ist Bestandteil der Versicherungspolice zwischen Krankenversicherung und Versichertem.

zum Beispiel das Verfahren der Selbstbeteiligung oder vertraglich festgelegte Vorsorgeuntersuchungen gehören sowie die Einschreibung des Versicherten bei einem Disease-Management-Programm⁴³⁸, das von einer Krankenversicherung angeboten wird.⁴³⁹ Entscheidend ist, dass der Patient einen direkten Einfluss auf die Höhe der anfallenden Kosten hat und ihm dies transparent gemacht wird.

Zusammenfassung

Die Kernelemente des Bayreuther Versichertenmodells sind eine allgemeine Versicherungspflicht für einen zu versichernden Regelleistungskatalog, der im politischen Diskurs festgelegt wird. Dabei ist jede Krankenversicherung verpflichtet die Regelleistungen anzubieten. Allerdings kann die Versicherung die Prämien selbst mittels Kalkulation des individuellen Risikos des Versicherungsanwärters bestimmen. Der Regelleistungskatalog wird um freiwillige Zusatzversicherungen ergänzt. Sowohl für die Versicherung des Regelleistungskatalogs als auch für die Zusatzversicherungen werden ökonomisch sinnvolle Anreize wie Selbstbeteiligung des Versicherten oder Beitragsrückerstattungen im Versicherungsvertrag integriert.

Ein solidarischer Schutz wird mittels des Versicherungsgeldes eingeführt. Dieses steht allen Versicherten zur Verfügung, deren Krankenversicherungsbeiträge eine im politischen Diskurs festzulegende Belastungsgrenze überschreitet. Die Finanzierung erfolgt aus allgemeinen Steuermitteln. Hinsichtlich der Versorgung der Versicherten ist es

⁴³⁸ Bei einem Disease-Management-Programm handelt es sich um ein strukturiertes Behandlungskonzept für chronisch Kranke. Siehe hierzu Specke (2005), S. 103 und 107 ff.

⁴³⁹ Vgl. Oberender (2002), S. 141.

den Krankenversicherungen erlaubt selektive Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen.⁴⁴⁰

Im Bereich der Zusatzversicherungen unterstehen die Versicherungsnehmer und –geber und die zwischen ihnen getroffenen Vereinbarungen gar keinem staatlichen Zwang. Der Versicherungsvertrag kommt unter Wettbewerbsbedingungen zustande, so dass das Äquivalenzprinzip greift und Konkurrenz unter den verschiedenen Versicherungsanbietern entsteht. Für dieses marktwirtschaftliche Vorgehen ist konstitutives Element, dass die Versicherungen die Möglichkeit haben, aktuarische Prämien zu erheben. Hierbei werden die Beiträge der Versicherungsnehmer entsprechend ihres persönlichen Risikos festgelegt. Hinzu kommt noch, dass die Berechnung der Beiträge nicht mehr ausschließlich auf Basis des Einkommens erfolgt, sondern dass alle Einkünfte zugrunde gelegt werden.

Zur Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungen muss es den Versicherten problemlos möglich sein, zwischen den Anbietern zu wechseln. Aus diesem Grund ist zu erwarten, dass die Versicherungen Altersrückstellungen bilden, damit die Beiträge im Alter trotz der steigenden Aufwendungen konstant bleiben. Im Rahmen eines nachdrücklichen Wettbewerbs ist es nötig, dass diese Rückstellungen bei einem Versicherungswechsel vom Versicherten mitgenommen werden können.⁴⁴¹

⁴⁴⁰ Ein Grundsicherungsvertrag muss nicht unbedingt die uneingeschränkte Wahlfreiheit des Arztes durch den Patienten beinhalten. Stattdessen wäre es denkbar, dass sich ein Versicherter bei einem Managed Care-System im Zuge seines Grundleistungsvertrages einschreibt. Entscheidend ist lediglich, dass der Versicherungsnehmer die Wahl hat, ob er einen solchen Vertrag unterschreibt oder lieber eine andere Versicherungsvariante haben möchte. Vgl. Oberender (2002), S. 140 f.

⁴⁴¹ Vgl. Oberender (2002), S. 141 f.

4.2.2.2. Informationsasymmetrien im Alternativmodell

Im diesem Abschnitt wird analysiert, ob und inwieweit die Informationsasymmetrien des derzeitigen GKV-Systems im Bayreuther Versichertenmodell zum Tragen kommen.

4.2.2.2.1. Hidden information & hidden action

Versicherungsvertrag

Im Unterkapitel „4.1.2. Informationsasymmetrien“ wurde herausgearbeitet, dass sich die Asymmetrietypen hidden information und hidden action insbesondere in der fehlenden Überprüfbarkeit des Patientenverhaltens für die Krankenversicherungen zeigen.

Das Problem der hidden information ist im Bayreuther Versichertenmodell theoretisch sogar noch von größerer Bedeutung als im derzeitigen System der GKV, da im Reformmodell häufigere Wechsel der Versicherten (Agenten) zwischen den Krankenversicherungen (Prinzipale) zu erwarten sind. In der Praxis wirkt dem allerdings die Risikoprüfung bei Versicherungsverwechslungen entgegen, denn der Versicherungsanwärter wird in Hinblick auf einen drohenden Versicherungsausschluss bei falschen oder fehlenden Informationen voraussichtlich wahrheitsgemäße Angaben tätigen.⁴⁴²

In Bezug auf die Informationsasymmetrie der hidden action ist das Risiko im Alternativkonzept hingegen geringer. Der Patient hat aufgrund

⁴⁴² Für die Krankenversicherungen ist es relativ einfach, mittels Einsicht in frühere Krankenakten zu überprüfen, ob der Versicherte bei Eintritt in die Krankenversicherung die Wahrheit gesagt hat oder nicht. Die Tatsache der Überprüfbarkeit ist wiederum dem Versicherten bzw. Anwärter bewusst, weshalb er in seinem eigenen Interesse bei der Risikoprüfung die Wahrheit sagen wird.

bestimmter Vertragskonstellationen, wie zum Beispiel einer prozentualen Selbstbeteiligung, ein Interesse an möglichst niedrigen Kosten. Mit Umsetzung des Kostenerstattungsprinzips wird im Bayreuther Versichertenmodell eine höhere Transparenz geschaffen, welche Anbieterleistungen zu welchem Preis abgerechnet werden. Aus diesen Gründen wird das Vertragsproblem des moral hazard deutlich weniger ausgeprägt sein als im derzeitigen GKV-System.⁴⁴³

Das umgekehrte Prinzipal-Agent-Problem, dass der Versicherte (Prinzipal) keine Kenntnisse über die Arbeitsweise seiner Krankenversicherung (Agent) hat, kann im Reformkonzept nahezu ausgeschlossen werden. Zwischen den Versicherungen herrscht uneingeschränkter Wettbewerb und folglich ein hohes Maß an Transparenz für die Versicherten. Die vorhandene Wechselmöglichkeit zwischen den Versicherungsanbietern erlaubt es dem Versicherten, bei Unzufriedenheit mit seiner Krankenversicherung diese zu wechseln.

Versorgungsvertrag

Versorgungsverträge unterliegen insbesondere einem Moral-hazard-Verhalten der Ärzte (Agenten) gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipale). Bei der ambulanten Versorgung ist im Alternativmodell ein solches Verhalten der Ärzte unwahrscheinlich. Aufgrund des selektiven Kontrahierens besteht für die Krankenversicherung die Möglichkeit, nur mit den Anbietern Verträge abzuschließen, von deren Qualität sich die Versicherung überzeugt hat. Daraus ergibt sich ebenfalls ein Anreiz für die Leistungserbringer, hohe Qualität zu wettbewerbsfähigen Preisen zu erbringen, da der Kostenträger sonst mit anderen Anbietern Kontrakte eingeht. Im Falle, dass der Versicherte die Arztauswahl selbst trifft, obliegt ihm auch die Qualitätsüberprü-

⁴⁴³ Ein vollständiges Zurückdrängen des Moral-hazard-Problems kann nicht mit Sicherheit prognostiziert werden, da die Möglichkeit besteht, dass der Versicherte trotz Selbstbeteiligung preisunsensibel ist und vermehrt Kosten produziert.

fung. Einer Generierung und Abrechnung von vielen und teuren Einzelleistungen der Anbieter wird durch den Selbstbehalt des Versicherten Einhalt geboten. Die kassenärztliche Vereinigung als bisheriger Vertragspartner für die gesetzlichen Krankenkassen auf der einen Seite und die Kassenärzte auf der anderen Seite werden im Reformmodell abgeschafft.⁴⁴⁴

Die umgekehrte Konstellation im Versorgungsvertrag stellt sich wie folgt dar:

Das Informationsproblem der Leistungserbringer als Prinzipale gegenüber den Krankenversicherungen als Agenten, spiegelt sich in deren Versuch der Durchsetzung nicht-kostendeckender Vergütung wider. Diese Problematik wird im Reformkonzept dadurch gelöst, dass jeder Leistungserbringer seine individuelle kostendeckende Vergütung aushandeln kann. Dabei ist nicht auszuschließen, dass ineffizient arbeitende Anbieter vom Markt verschwinden, was aus wettbewerblicher Sicht durchaus vertretbar ist. Es lässt sich zusammenfassen, dass das Vertragsproblem des moral hazard in der ambulanten Versorgung des Alternativmodells nicht mehr von Belang ist. Auch im stationären Sektor können die Krankenversicherungen (Prinzipale) dem Versuch der Gewinnmaximierung der Krankenhäuser auf Kosten der Versicherungen mit selektiven Verträgen entgegenwirken. Leistungsanbieter und Kostenerstatter handeln einzelne Kontrakte aus, in denen bestimmte Qualitätskriterien festgelegt werden.⁴⁴⁵

⁴⁴⁴ Siehe hierzu Oberender (2006), S. 52, der es für möglich hält, „dass sich Ärzte zu gemeinsamen Organisationen zusammenschließen und mit einzelnen oder mehreren Kassen kontrahieren.“ Oberender geht allerdings nicht von einer Zwangsmitgliedschaft aller Kassenärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung aus. Auch auf diesem Sektor ist der Wettbewerb unter den Institutionen vorgesehen, so dass verschiedene Interessenvertretungen in Konkurrenz um Mitgliedschaften stehen.

⁴⁴⁵ Den Krankenversicherungen bieten sich hinsichtlich der Qualitätsbeurteilung genügend Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Krankenhäusern. Deshalb haben diese kein Interesse, die Qualitätsmaßstäbe zu unterschreiten, da sie davon ausgehen müssen, dass sie sofort die Vertragsbindung mit dem Kostenerstatter verlieren und zudem noch einen Imageverlust bei den Versicherten hinnehmen müssen.

Das Moral-hazard-Problem besteht in der zweiten Konstellation des Versorgungsvertrages darin, dass die Landesverbände der Krankenversicherungen (Agenten) gegenüber den Krankenhausbetreibern (Prinzipalen) über mehr Informationen verfügen und diese zu ihrem Vorteil ausnutzen. Diese Verzerrung kann im Bayreuther Modell teilweise weiterhin vorhanden sein. Allerdings ist zu bedenken, dass die Krankenhausbetreiber nicht zwangsläufig mit übergeordneten Landesverbänden verhandeln und Verträge abschließen müssen, sondern stattdessen mit einzelnen Krankenversicherungen kontrahieren können. Weiterhin haben die Krankenhausbetreiber ihrerseits die Möglichkeit, Informationen zu sammeln und mit Hilfe von Interessenvertretungen einen möglichst günstigen Vertrag auszuhandeln. Im Ergebnis bleibt diese Informationsasymmetrie in gering ausgeprägtem Maße bestehen.

Behandlungsvertrag

Die Moral-hazard-Problematik bezüglich des Behandlungsvertrags zwischen Arzt und Patienten ist unabhängig von der Konstellation, welche Partei als Prinzipal oder Agent fungiert, weiterhin gegeben. Es ist auch im Alternativmodell nicht zu erwarten, dass sich der Patient (Prinzipal) aufgrund seiner Selbstbeteiligung so umfangreich informiert, dass er den Arzt in seiner Tätigkeit tatsächlich kontrollieren kann. Die Generierung eines solchen Maßes an umfassendem Wissen geht für den Prinzipal mit sehr hohen Kosten einher.

Ferner hat der Arzt als Prinzipal auch im Bayreuther Modell keine Handhabe, vermehrt auf die Compliance seines Patienten (Agenten) Einfluss zu nehmen. Dementsprechend bleibt das Vertragsproblem des moral hazard im gleichen Umfang erhalten wie im derzeitigen GKV-System.

4.2.2.2.2. Hidden characteristics

Versicherungsvertrag

Das Problem der adversen Selektion aufgrund von hidden characteristics verliert im Reformkonzept an Bedeutung. Der Versicherungsanwärter muss sich als Agent bei einem Versicherungswechsel einer Risikoüberprüfung unterziehen, auf deren Basis das Versicherungsunternehmen eine risikobezogene Prämie festlegt. Der Agent wird somit bestimmte Eigenschaften darlegen müssen.

Im umgekehrten Vertragsverhältnis bleibt die Informationsasymmetrie weiterhin in geringem Ausmaß bestehen. Der Versicherungsanwärter (Prinzipal) kann sich nicht davor schützen, dass Versicherungen durch die Gestaltung der Versicherungsverträge gezielt versuchen, „gute“ Risiken anzuwerben und „schlechte“ Risiken fernzuhalten.⁴⁴⁶ Hierdurch entstehen dem Prinzipal Nachteile, sofern er wegen einer schlechten individuellen Risikoausprägung von den Versicherungen nicht aufgenommen wird oder er höhere Beiträge bezahlen muss.

Versorgungsvertrag

Krankenversicherungen schließen in ihrer Rolle als Prinzipale eines Versorgungsvertrages insbesondere im ambulanten Sektor selektive Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern direkt ab. Sie überwinden damit die Schwierigkeiten der hidden characteristics. Im derzeitigen GKV-System können Kassenärztliche Vereinigungen hingegen auch solche Leistungserbringer unter Vertrag nehmen, deren mangelnde Dienstleistungen die Krankenkassen im Rahmen der Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls vergüten müssen.

⁴⁴⁶ Vgl. Ecker (2000), S. 76 ff.

Im entgegengesetzten Fall hat der Leistungserbringer als Prinzipal im Bayreuther Modell ebenso die Möglichkeit, sich seine Vertragspartner selbst auszusuchen und ist nicht von einer übergeordneten Institution (KV) abhängig, die für ihn die Verträge aushandelt. Der Leistungserbringer entscheidet eigenständig mit welcher Krankenversicherung (Agent) er einen Kontrakt abschließt.

Im stationären Sektor bleibt das Problem der adversen Selektion aus Sicht der Krankenversicherung (Prinzipal) gegenüber Krankenhausbetreibern (Agenten) grundsätzlich auch im Alternativkonzept bestehen. Dem Prinzipal ist es weiterhin nur sehr bedingt möglich, die Aufgabendurchführung des Agenten zu überprüfen. Allerdings ist davon auszugehen, dass der erhöhte Wettbewerb unter den Krankenhausbetreibern zu einer steigenden Qualität führt. Hierdurch verringert sich das Adverse-Selektions-Problem des Prinzipals.

Ein adverses Selektionsproblem aus Sicht des Krankenhausbetreibers als Prinzipal gegenüber den Krankenversicherungen als Agenten ist im Bayreuther Modell ebenfalls nicht zu sehen.

Behandlungsvertrag

Der Arzt als Agent vermag gleichfalls im Reformmodell, bestimmte Eigenschaften gegenüber dem Patienten (Prinzipal) zu verstecken, so dass dieser mit einer adversen Selektion konfrontiert wird.

Umgekehrt kann der Patient (Agent) weiterhin dem Arzt (Prinzipal) Eigenschaften vorenthalten, welche die Compliance des Patienten negativ beeinflussen. Aus diesen Gründen bewirkt das Alternativkonzept beim Vertragsproblem der adversen Selektion für den Behandlungsvertrag erneut keine positive Veränderung.

4.2.2.2.3. Hidden intention

Versicherungsvertrag

Die Informationsasymmetrie der hidden intention und das damit einhergehende Vertragsproblem des hold up ist im reformierten System nicht von Bedeutung. Das kostensteigernde Verhalten des Versicherten als Agent (moral hazard) ist im Reformmodell nur noch wenig ausgeprägt vorhanden. Aus diesem Grund läuft die gesetzliche Krankenkasse als Prinzipal keine Gefahr, Investitionen auf Basis falscher Annahmen zu tätigen. Stattdessen übt sie ihre Investitionen auf rein betriebswirtschaftlicher Basis aus.

Versorgungsvertrag

Bei den Versorgungsverträgen lassen sich im Alternativkonzept weder im ambulanten noch im stationären Sektor einseitige Investitionen des Prinzipals aufgrund der Abhängigkeit gegenüber dem Agenten erkennen. Das derzeit stark ausgeprägte Hold-up-Problem zwischen der gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) und dem Leistungsanbieter (Agent) im ambulanten Versorgungsvertrag sowie das bedingt vorhandene Hold-up-Problem zwischen Krankenhaus (Prinzipal) und gesetzlicher Krankenkasse (Agent) treten im Reformmodell nicht mehr auf. Stattdessen führen die Umsetzbarkeit selektiver Verträge und der zum großen Teil uneingeschränkte Wettbewerb im Versorgungsbe-
reich zu Investitionen aus uneingeschränkt betriebswirtschaftlichen Gründen.

Behandlungsvertrag

Die Hold-up-Probleme zwischen Arzt und Patient in ihrer wechselseitigen Funktion als Prinzipal und Agent sind auch im Bayreuther Versicherermodell weiterhin in geringer Ausprägung vorzufinden. Hierbei

handelt es sich um die Schwierigkeit des Patienten als Prinzipal, in Regionen mit eingeschränkter Ärztedichte dem Vertragsproblem des hold up durch Auswahl eines anderen Arztes (Agenten) zu entgehen.

Für den Arzt als Prinzipal bleibt das Problem des Arztwechsels durch den Patienten (Agenten) nach einer Diagnose ebenso bestehen. Wegen des niedrigen Punktwertes einer Diagnose rentiert sich die vom Arzt vorgenommene Investition in das Arzt-Patienten-Verhältnis eventuell nicht.

Die Ausprägungen der Informationsasymmetrien des Bayreuther Versichertenmodells sind in der folgenden Abbildung zusammengefasst:

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Infoasymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV	P: Vers	P: GKV	P: Arzt	P: GKV	P: KH	P: Vers	P: Arzt
		A: Vers	A: GKV	A: Arzt	A: GKV	A: KH	A: GKV	A: Arzt	A: Vers
hidden action	moral hazard	•	○	○	○	○	•	●	●
hidden characteristics	adverse selection	○	•	○	○	•	○	●	●
hidden intention	hold up	○	○	○	○	○	○	•	•

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus

● = stark ausgeprägt; • = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt

Tab. 5: Auswirkungen der Informationsasymmetrien im Alternativmodell⁴⁴⁷

Bezüglich der Bewertung des Bayreuther Versichertenmodells gegenüber dem derzeitigen System der GKV sind zwei Wirkungen besonders relevant: Erstens lässt die Ausprägung aller drei Vertrags-

⁴⁴⁷ Eigene Darstellung.

probleme (moral hazard, adverse selection und hold up) bei den Konstellationen der Versicherungsverträge und der Versorgungsverträge in deutlichem Maße nach bzw. ist in den meisten Fällen gar nicht mehr vorhanden. Zweitens zeigt sich, dass im Behandlungsvertrag die drei Vertragsprobleme in derselben Stärke vorkommen wie im derzeitigen System.

Als Schlussfolgerung ergibt sich: Das Alternativkonzept bewirkt insgesamt positive Veränderungen im Vergleich zum bestehenden Versicherungssystem der GKV. Es hat zwar keine Effekte auf die Behandlungsverträge, erreicht jedoch signifikante Verbesserungen in den Versicherungs- und Versorgungsverträgen. Die Vorteile liegen in höherer Transparenz von Leistungsqualitäten und Preisen, verbessertem Wettbewerb sowie Kostenreduzierung insbesondere durch Kostenkontrolle. Zusammengefasst weist das Reformmodell eine höhere Effizienz des Krankenversicherungssystems auf als das bestehende.

4.2.2.3. Generationengerechtigkeit

Ziel dieses Unterkapitels ist der Nachweis, dass das Bayreuther Versichertenmodell in seiner Finanzierung generationengerechter ist als das derzeitige GKV-System.

Hierzu wird eine intertemporale Beurteilung des Reformmodells im Hinblick auf die Kosten pro Versichertem, die implizite Steuer sowie die Transferleistungen durchgeführt und mit dem aktuellen System verglichen.

Für diese Gegenüberstellung wird auf OBERENDER ET AL. zurückgegriffen. Die Autoren analysieren das Lebenszeiteinkommen und die Lebenszeitausgaben für medizinische Leistungen im Zeitraum von 2005 bis 2050 mit dem Zweck, die Nachhaltigkeit des Reformmodells zu

belegen.⁴⁴⁸ Damit führen sie ebenfalls den Nachweis für ein höheres Maß an Generationengerechtigkeit im Bayreuther Versichertenmodell verglichen mit dem derzeitigen GKV-System.

In ihrer Begründung schlagen OBERENDER ET AL. neben dem Referenzszenario - die Fortschreibung des derzeitigen GKV-Systems - zwei Reformszenarien vor, für die grundsätzlich folgende Annahmen gelten:

- Die Finanzierung erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip, wobei sich die Höhe der Beiträge am Risiko der Versicherten orientiert. Dieses bemisst sich nach Alter und Geschlechtszugehörigkeit des Versicherten.⁴⁴⁹
- Der zur Berechnung der Beiträge verwendete Einkommensbegriff berücksichtigt die Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Arbeit, Renten sowie andere Einnahmen, z. B. Hartz IV-Zahlungen und Elterngeld. Nicht enthalten sind Erlöse aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalerträge.⁴⁵⁰
- Die Einkommensprofile werden auf dem Stand des Jahres 2002 eingefroren und mit einem konstanten Wachstum von jährlich 1,5 Prozent fortgeschrieben.⁴⁵¹
- Die Ausgaben für medizinische Leistungen beziehen sich auf den gesamten Lebenszyklus eines Jahrgangs. Den steigenden Gesundheitsausgaben wird durch eine Fortschreibung

⁴⁴⁸ Zur Vorgehensweise siehe Oberender (2006), S. 54.

⁴⁴⁹ Vgl. Oberender (2006), S. 71.

⁴⁵⁰ Die zur Berechnung genutzten Einkommensprofile über den Lebenszyklus von Männern und Frauen basieren auf den Daten des Sozioökonomischen Panels aus dem Jahr 2002. Vgl. Oberender (2006), S. 58 ff.

⁴⁵¹ Vgl. Oberender (2006), S. 66.

mit jährlich 2 Prozent unabhängig vom Alter des Versicherten Rechnung getragen.⁴⁵²

Für die folgende Darlegung wird ausschließlich Bezug auf das Reformszenario II genommen, da es nach OBERENDER ET AL. „unter Finanzierungsaspekten (...) ab einer Altersgrenze von 40 Jahren Vorteile“⁴⁵³ gegenüber dem Status-quo-Modell aufweist. Ferner nehmen die Veränderungen im Reformszenario II eine deutlichere Ausprägung ein als im Reformszenario I, so dass die Vergleichsmöglichkeit der Ausprägung von Generationengerechtigkeit größer ist. Im Szenario II werden im Jahr 2005 alle Versicherten unter 40 Jahren, auch die bisher in der PKV Versicherten, die selbständig Erwerbstätigen und die Beamten komplett in das neue Reformsystem überführt. Ferner werden alle Neugeborenen von Geburt an in diese neue GKV integriert.⁴⁵⁴ Die älteren Personen bleiben weiterhin im bisherigen GKV-System versichert, das aufgrund des Ablebens der immer älter werdenden Versicherten im Zeitablauf stetig schrumpft. Es kann davon ausgegangen werden, dass nach einer Übergangszeit von zwei Generationen der Wechsel in das neue System abgeschlossen ist.⁴⁵⁵

4.2.2.3.1. Vergleich der Kosten

In der weiteren Betrachtung werden zunächst die Kosten im Referenzszenario denen im Reformszenario II gegenübergestellt. Dabei

⁴⁵² Vgl. Oberender (2006), S. 66. Datenbasis für die Gesundheitsausgaben in der GKV bilden die Altersprofile des RSAs 2002, nach dem die Lebenszeitausgaben für die medizinische Versorgung von Männern 70.755 Euro und die von Frauen 81.873 Euro für den Jahrgang 2005 betragen. Vgl. Oberender (2006), S. 63 f.

⁴⁵³ Oberender (2006), S. 86.

⁴⁵⁴ Vgl. Oberender (2006), S. 71 f.

⁴⁵⁵ Vgl. Oberender (2006), S. 56.

zeigt sich, dass die Ausgaben für medizinische Leistungen bei Fortführung des heutigen Systems trotz schrumpfender Bevölkerung und damit sinkender Anzahl von Versicherten im Betrachtungszeitraum (2005 bis 2050) von ca. 133 auf ca. 370 Milliarden Euro ansteigen werden.⁴⁵⁶ Demgegenüber erhöhen sich die Gesamtausgaben im Reformszenario II von ca. 139,7 Milliarden Euro im Jahr 2005 auf ca. 412 Milliarden Euro im Jahr 2050. Allerdings sind im Reformszenario II in allen betrachteten Jahren mehr Versicherte einbezogen als im Referenzszenario. Bei diesem „Überschuss“ an Versicherten handelt es sich vorwiegend um gute Risiken, die im Referenzszenario in der PKV versichert sind. Dadurch ergeben sich im Alternativmodell jährlich im Durchschnitt niedrigere Ausgaben je Versichertem als im fortgeschriebenen Status quo, wie nachfolgende Tabelle darlegt:

Jahr	Referenzszenario			Reformszenario II		
	Ausg. (in Mrd. €)	Vers. (in Mill.)	Ausg. je Vers.	Ausg. (in Mrd. €)	Vers. (in Mill.)	Ausg. je Vers.
2005	133,39	70,68	1.887,18	139,70	76,88	1.817,07
2010	152,93	70,95	2.155,46	161,02	77,89	2.067,27
2015	174,09	71,01	2.451,52	184,55	78,72	2.344,33
2020	197,28	70,93	2.781,37	210,85	79,40	2.655,68
2025	221,90	70,53	3.146,31	239,43	79,69	3.004,37
2030	248,98	69,83	3.565,31	270,21	79,39	3.403,53
2035	279,19	68,86	4.054,46	304,67	78,58	3.877,20
2040	310,07	67,67	4.582,29	340,74	77,52	4.395,74
2045	340,89	66,33	5.139,54	377,54	76,25	4.951,28
2050	370,01	64,79	5.710,56	412,95	74,73	5.526,19

Tab. 6: Gegenüberstellung Referenzszenario und Reformszenario II⁴⁵⁷

⁴⁵⁶ Die Ausgaben für die Bevölkerungsentwicklung stammen aus den Prognosen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2002. Zur Darstellung der Ausgabenentwicklung im Status-quo-Szenario siehe insgesamt Oberender (2006), S. 66 f.

⁴⁵⁷ Darstellung in Anlehnung an Oberender (2006), S. 67 und S. 74.

Die niedrigeren Kosten je Versichertem im Alternativkonzept sind notwendige Voraussetzungen, damit ein Systemwechsel von den Versicherten überhaupt in Erwägung gezogen wird.

4.2.2.3.2. Vergleich der impliziten Steuern

Im Weiteren ist die Frage zu beantworten, ob und in welchem Ausmaß das Bayreuther Versichertenmodell generationengerechter ist als der Status quo. Dies lässt sich mit Hilfe der impliziten Steuer erläutern, die das Maß an ökonomischer Belastung durch Teilnahme am Umlageverfahren der GKV für einen GKV-Versicherten angibt.⁴⁵⁸

Das Referenzszenario weist eine positive implizite Steuer pro Kopf für alle nach 1965 geborenen Jahrgänge aus, die bei durchschnittlich 20.000 Euro pro Kopf liegt. Multipliziert mit der durchschnittlichen Stärke eines Jahrgangs ergibt sich eine Gesamtbelastung pro Jahrgang von ca. 20 Milliarden Euro, welche in dieser Höhe auch für die nachfolgenden Jahrgänge ab 1965 gilt. Dabei beträgt das Umverteilungsvolumen an die unteren Einkommensgruppen des Jahrgangs 2005 ca. 17,66 Milliarden Euro, was 42 Prozent der Lebenszeitbeiträge dieses Jahrgangs entspricht. Gleichzeitig entsteht im Jahr 2005 ein gesamtes Umverteilungsvolumen in der GKV von 56,2 Milliarden Euro, die wiederum 51 Prozent der GKV-Einnahmen des Jahres 2004 ausmachen.⁴⁵⁹

Im Reformmodell ergibt sich keine implizite Steuer mehr, weil der Gegenwartswert der gesamten Beiträge mit dem Wert der erhaltenen medizinischen Leistungen übereinstimmt. Aufgrund der altersspezifischen

⁴⁵⁸ In Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung gilt: „Implizite Steuer = Barwert der Einzahlungen – Barwert der Ansprüche an die GKV“, Oberender (2006), S. 65.

⁴⁵⁹ Vgl. Oberender (2006), S. 68 ff.

Prämien wird eine Umverteilung zwischen den Jahrgängen innerhalb der neuen GKV verhindert. Das bedeutet, dass alle Generationen in jedem Alter die Prämien bezahlen, die den „erwarteten Kosten der medizinischen Versorgung entsprechen.“⁴⁶⁰ Subventionen finden nach der Reform nur noch im auslaufenden alten GKV-System statt, das unverändert nach dem Umlageverfahren funktioniert. Letztlich ist entsprechend der eingeführten Definition von Generationengerechtigkeit in der GKV abzugleichen, ob das Bayreuther Versichertenmodell dieser Bedingung nachkommt. In Kapitel 3 wurde festgehalten:

6. Definition: Eine GKV der aktuellen Generation (x) finanziert Gesundheitsleistungen (y) für ihre Versicherten (z) so, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse im selben Ausmaß (a) erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation.

Der Systemwechsel bewirkt, dass zukünftige Generationen nicht durch zuvor lebende Generationen finanziell belastet sein werden. Das heißt weiterhin, dass zukünftige Generationen im Sinne obiger Definition ihre Bedürfnisse im Gesundheitswesen im selben Ausmaß erfüllen können wie die aktuelle, verteilende Generation. Ausgenommen hiervon sind die Kosten für den medizinischen Fortschritt, die wahrscheinlich auch zukünftig Prämiensteigerungen nach sich ziehen werden. Allerdings sind später lebende Versicherte nicht mehr dazu gezwungen, die aufgebauten „finanziellen Lasten“ vorher lebender Versicherter zu tragen.

Das Reformszenario II des Bayreuther Versichertenmodells wird der zugrunde gelegten Definition von Generationengerechtigkeit folglich gerecht.

⁴⁶⁰ Oberender (2006), S. 79.

4.2.2.3.3. Vergleich der Transferleistungen

Mit dem Wegfall der impliziten Steuer und damit einhergehenden Ausdehnung der Generationengerechtigkeit werden einige Einkommens- und Altersgruppen in der Übergangsphase höhere Beiträge an die neue GKV leisten müssen als an die bisherige. Diese Mehrbelastung durch einkommensunabhängige Prämien wird zumindest teilweise mittels Kompensationszahlungen von der Gesamtgesellschaft getragen werden müssen.⁴⁶¹

Dabei weisen OBERENDER ET AL. ausdrücklich darauf hin,

„dass es sich bei dem kalkulatorischen Kompensationsbedarf nicht um einen unmittelbar notwendigen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf handelt, sondern um eine zunächst fiktive Rechengröße, die angibt, was es kosten würde, wenn eine Reformmaßnahme letztlich keine Verlierer besitzt.“⁴⁶²

Der erste Bedarf an Transferzahlungen besteht für Versicherte der neuen GKV mit niedrigen Einkommensgruppen, bei denen es zu einer finanziellen Überforderung kommen kann. Zweitens müssen in der neuen kapitalgedeckten GKV Altersrückstellungen für die Versicherten gebildet werden, die zuvor in der alten GKV versichert waren, in der es keine Altersrückstellungen gab. Darüber hinaus ist es nötig, die im alten umlagefinanzierten GKV-System verbleibenden älteren Versicherten zu unterstützen, deren medizinische Kosten immer weiter steigen, deren Versicherungsgemeinschaft sich aber gleichzeitig zunehmend verkleinert.⁴⁶³

⁴⁶¹ Vgl. Oberender (2006), S. 72. „Ein Kompensationsbedarf tritt daher nur dann ein, wenn die Einkommensbelastung durch GKV-Beiträge nach der Reform höher ausfällt als im Status quo.“, Oberender (2006), S. 72.

⁴⁶² Oberender (2006), S. 72.

⁴⁶³ Vgl. Oberender (2006), S. 57.

Zur Berechnung des maximalen Kompensationsbedarfs muss im Reformszenario II zwischen der alten und der neuen GKV differenziert werden. Dabei errechnet sich diese virtuelle Zahlung stets als Differenz zwischen dem Beitragssatz im reformierten Modell und dem des fortgeschriebenen Referenzmodells. Damit ergibt sich im Betrachtungszeitraum der jeweils nachstehende Kompensationsbedarf:

Jahr	Reformszenario II		
	alte GKV	neue GKV	Summe
2005	8,38	20,29	28,67
2010	19,31	23,55	42,86
2015	31,26	27,16	58,42
2020	43,15	31,13	74,28
2025	53,45	35,40	88,85
2030	60,74	40,23	100,97
2035	61,94	44,83	106,77
2040	56,74	50,51	107,25
2045	46,77	55,95	102,72
2050	31,40	61,03	92,43

Tab. 7: Kompensationsbedarf in Mrd. im Reformszenario II im Zeitraum 2005-2050⁴⁶⁴

Der gesamte Kompensationsbedarf im Umstellungsjahr 2005 entspricht ca. 29 Milliarden Euro, steigt dann um das mehr als Dreifache

⁴⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis von Oberender (2006), S. 80.

bis zum Jahr 2040 an und sinkt danach wieder bis 2050 auf 92 Milliarden Euro. Dieser Wert beziffert im Reformmodell ungefähr die solidarische Leistung im Sinne des Versichertengeldes der Gesamtgesellschaft, da in 2050 bis auf 4,6 Millionen Versicherte die gesamte Bevölkerung auf das Bayreuther Versichertenmodell umgestellt ist.⁴⁶⁵

Gleichzeitig zeigt der Transferbedarf von knapp 31,4 Milliarden Euro, der nur für diese 4,6 Millionen älteren Versicherten anfällt, die hohe Belastung, welche das derzeitige GKV-System mit dem Umlageverfahren in sich birgt. Ungefähr 6,2 Prozent der Bevölkerung (4,60 von 74,73 Millionen Bürgern) erhalten 34,0 Prozent (31,40 von 92,43 Milliarden Euro) der Kompensationszahlungen. Diese Subventionen werden im Referenzszenario verdeckt und mittels der impliziten Steuer im Umlageverfahren durch die jüngeren Versicherten finanziert.⁴⁶⁶

In der aktuellen GKV werden - wie bereits dargelegt - 56,24 Milliarden Euro umverteilt (Querschnittsbetrachtung für den Jahrgang 2005). Dieses Volumen entfällt mit Umstellung auf das Reformmodell und kann folglich für die Zahlung des Versicherungsgeldes genutzt werden. Somit relativiert sich der errechnete fiktive Kompensationsbedarf in Höhe von 28,67 Milliarden Euro in 2005 und von 92,43 Milliarden Euro in 2050, da die Beträge mit dem identifizierten Umverteilungsvolumen verrechnet werden können.⁴⁶⁷

⁴⁶⁵ Vgl. Oberender (2006), S. 80 f. und S. 92 f.

⁴⁶⁶ Vgl. Oberender (2006), S. 80 und S. 87.

⁴⁶⁷ Vgl. Oberender (2006), S. 87 und S. 92.

4.2.2.4. Bewertung

Die Entstehung von deutlich mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Bayreuther Versichertenmodell ist positiv zu bewerten. Die aktivere Rolle der Krankenversicherungen erlaubt es diesen, Einfluss auf das Verhalten der anderen Leistungserbringer zu nehmen und sie mit Hilfe von Anreizen dazu zu bringen, sich im Sinne der Versicherung zu verhalten. Deren oberstes Ziel besteht darin, sich im Wettbewerb zu behaupten. Das wird ihr nur durch Orientierung an den Bedürfnissen der Versicherten gelingen und durch das Angebot von Versicherungsverträgen mit Leistungen zu angemessenen Preisen und geregelter Qualität.

Außerdem wird die Anreizsituation für die Versicherungsnehmer verändert, indem der Eindruck geschwächt wird, dass Leistungen zum Nulltarif möglich sind. Anreize für einen ausgabenorientierten Umgang mit medizinischen Leistungen können vor allem bei den freiwilligen Zusatzleistungen leicht gesetzt werden: Prozentuale Selbstbeteiligungen und höhere Beiträge bei übermäßiger Inanspruchnahme führen zu einem höheren Kostenbewusstsein der Versicherten.

Die Einführung der Versicherungspflicht in Kombination mit einer Subjektförderung verhindert eine Nichtversicherung in der Gesellschaft. Gleichzeitig ist aber der Marktmechanismus trotz Umverteilungsspekt gewahrt, so dass die Freiheit der individuellen Entscheidung der Versicherten erhalten bleibt. Ein weiterer Vorteil der staatlichen Unterstützung mittels Versicherungsgeldes ist, dass alle steuerzahlenden Bürger an der Solidaraufgabe teilhaben. Das ist im derzeitigen System nicht gegeben, in dem sich Bezieher höherer Einkommen durch Eintritt in die PKV dem Solidarprinzip der GKV entziehen können.⁴⁶⁸

⁴⁶⁸ Vgl. Oberender (2002), S. 144.

Der einzuführende Verzicht auf den hälftigen Arbeitgeberanteil entkoppelt den Arbeitsmarkt vom Sozialversicherungssystem. Dies reduziert die Lohnnebenkosten und lässt die Arbeitskraft im internationalen Vergleich in ein erheblich konkurrenzfähigeres Licht rücken als es zurzeit der Fall ist. Dabei wird auch die bisherige Verschleierung der tatsächlichen Höhe der Krankenkassenbeiträge aufgehoben.

Ein Vorteil ist außerdem darin zu sehen, dass nicht mehr nur das Erwerbseinkommen, sondern die gesamten Einkünfte als Bemessungsgrundlage gewertet werden. Dies führt zu einer deutlich faireren Ermittlung der Beiträge - gemessen an dem Vermögen bzw. den Einkünften des Versicherten - verglichen mit dem bisherigen System der GKV, bei dem sich die Beiträge lediglich auf das Arbeitseinkommen beziehen.

In Bezug auf die Ausprägung von Informationsasymmetrien weist das Bayreuther Versichertenmodell, wie aufgezeigt werden konnte, erhebliche Vorteile gegenüber dem derzeitigen GKV-System auf. Sowohl im Versicherungs- als auch im Versorgungsvertrag entstehen wesentlich weniger Vertragsprobleme.

Zuletzt konnte belegt werden, dass die Finanzierung des Alternativkonzeptes generationengerechter ist als im Status quo. Die eingangs des Unterkapitels gestellte Frage nach einer generationengerechteren Alternative zum derzeitigen System der GKV kann also eindeutig positiv beantwortet werden.

4.3. Zwischenfazit

Im ersten Teil dieses Kapitels wurden vorab die Grundlagen des derzeitigen GKV-Systems vorgestellt. Darauf aufbauend konnten unterschiedliche Informationsasymmetrien und die damit einhergehenden

Vertragsprobleme der Akteure dargelegt werden. Anschließend gelang der Nachweis, dass das gegenwärtige System der gesetzlichen Krankenversicherung als nicht generationengerecht zu bewerten ist. Hiermit konnte der Anforderung nachgekommen werden, ein Teilsystem einer marktwirtschaftlichen Ordnung aufzuzeigen, in dem Generationengerechtigkeit nicht vorhanden ist. Diese Forderung wurde anfangs der Arbeit aufgestellt.

Der zweite Teil des Kapitels befasste sich zunächst überblicksartig mit ausgewählten Alternativkonzepten zum derzeitigen GKV-System, um im Anschluss daran das Bayreuther Versichertenmodell ausführlich zu erörtern. Die Vorteile dieses Modells gegenüber dem Status quo wurden aufgezeigt. Als Ergebnis lässt sich zusammenfassen, dass das Alternativkonzept in Bezug auf die Finanzierung generationengerechter ist als das derzeitige GKV-System.

5. Verhaltensanalyse der Akteure

Ziel dieses Kapitels ist die Beantwortung der Forschungsfrage, weshalb in einer marktwirtschaftlichen Ordnung Generationengerechtigkeit nicht umgesetzt wird. Dabei ist zunächst von Interesse, warum kein Systemwechsel vom gegenwärtigen GKV-System hin zu der generationengerechteren Alternative des Bayreuther Versichertenmodells erfolgt.

Gemäß der Neuen Politischen Ökonomik werden deshalb die Wechselwirkungen zwischen den Akteuren des politischen und des wirtschaftlichen Sektors untersucht, die an einem Systemwechsel beteiligt sind.

Dazu wird zunächst erläutert, wer in einer indirekten Demokratie für eine bestimmte Handlung die Verantwortung trägt. Daraus folgernd werden die Akteure des Gesundheitswesens und des politischen Kontextes aufgeführt, die an politischen Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Daran schließt sich eine systematische Untersuchung der drei Informationsasymmetrien *hidden action*, *hidden characteristics* und *hidden intention* an, die sich bei diesen Akteuren ergeben.

5.1. Verantwortung der Akteure in einer indirekten Demokratie

In einer *indirekten Demokratie*, wie sie in Deutschland vorzufinden ist, stimmen die wahlberechtigten Bürger nicht über einzelne Fragen ab.⁴⁶⁹ Stattdessen werden Volksvertreter in ein Parlament gewählt,

⁴⁶⁹ Das Gegenteil der *indirekten Demokratie* ist die *direkte Demokratie*, wie sie z. B. in der Schweiz gebräuchlich ist. Hier stimmen die Wähler über Einzelfragen auf dem Weg des Volksentscheids ab. Vgl. Erlei (1999), S. 320.

die in den meisten Fällen einer Partei angehören, die ein bestimmtes Programm vertritt. Somit entscheiden die Bürger, welche Partei die Regierung stellt und ihr Wahlprogramm zum Regierungsprogramm umsetzen kann.⁴⁷⁰

Aus Sicht der Neuen Politischen Ökonomik bestehen Parallelen zwischen der staatlichen Ordnung der *Demokratie* und der ökonomischen Ordnung der *Marktwirtschaft*: Die Demokratie gewährleistet den Bürgern Freiheit, und die Marktwirtschaft sichert den Wirtschaftssubjekten Freiheiten zu.⁴⁷¹ Gemäß des methodologischen Individualismus resultieren die Ergebnisse der Wirtschaftsprozesse aus den Entscheidungen der Individuen. Ähnlich verhält es sich in einer Demokratie, in der politische Entscheidungen, im Sinne von Ergebnissen politischer Prozesse, auf die Entscheidungen der einzelnen Wahlberechtigten zurückzuführen sind. Weiterhin bestehen auch Institutionen wie die Regierung, Parteien und Interessenverbände aus ihren *einzelnen* Mitgliedern, so dass von vornherein eine kollektive Verantwortung einer Institution auszuschließen ist. Demnach ist im Hinblick auf die Verantwortung nur das Verhalten *einzelner* Akteure zu begutachten.

Im Kapitel „Generationengerechtigkeit“ wird Verantwortung als

„die Zurechnung jener Folgen (...), die ein menschliches Subjekt durch sein Handeln kausal bewirkt ...“⁴⁷², definiert.

Es lässt sich für politische Entscheidungen eine vereinfachte Kausalkette erstellen, die in der Top-down-Betrachtung wie folgt aussieht: Eine politische Entscheidung wird von der Regierung getroffen.⁴⁷³ Die

⁴⁷⁰ Vgl. Erlei (1999), S. 320.

⁴⁷¹ Vgl. Richter (2003), S. 521, Erlei (1999), S. 319 und Horbach (1992), S. 56 ff.

⁴⁷² Bayertz (1995), S. 5.

⁴⁷³ Dies stellt eine Vereinfachung dar. In Deutschland wird eine politische Entscheidung nicht allein von der Regierung getroffen, sondern von den Abgeordneten des Bundestages.

Regierung setzt sich aus Mitgliedern der Parteien zusammen, die von den Wählern bestimmt werden. Grundlage der rational entscheidenden Wähler sind die Programme der jeweiligen Parteien. Ferner nutzen Interessenverbände ihren Einfluss im Rahmen des Meinungsbildungsprozesses sowohl gegenüber den Wählern als auch den Politikern.

In einem weiteren Schritt ist, unter Zuhilfenahme der Definition von Verantwortung, nun bottom up eine Zurechnung der Folgen des Handelns der Wähler ersichtlich. Der einzelne Wähler ist zunächst verantwortlich dafür, welcher Partei er seine Stimme gibt. Weiterhin bestimmt er selbst, in welchem Maße er sich von Interessenvertretungen beeinflussen lässt und inwieweit er Informationen über unterschiedliche Wahlprogramme einholt. Die von ihm gewählten Politiker, die innerhalb der Regierung bzw. des Parlaments Entscheidungen treffen, sind ihrerseits ursächlich für die von ihnen getroffenen Handlungen verantwortlich.

In gleichem Maße wie der einzelne Wähler verantwortet auch jeder Politiker, in welchem Umfang er sich von den Äußerungen der Interessenverbände beeinflussen lässt.

Die Mitglieder der Parteien müssen wiederum für die Wahlprogramme einstehen, die als Grundlage der Entscheidung des Wählers dienen.

Es ist festzustellen, dass alle Beteiligten der Kausalkette aufgrund der Zurechenbarkeit der Folgen ihres Handelns die Verantwortung für das jeweilige Ergebnis tragen. Somit sind die Akteure auch für die Konsequenzen heranzuziehen, die aus Entscheidungen und Handlungen hervorgehen, die in der Gegenwart getroffen werden, aber erst in der Zukunft eintreten. Dabei spielt die zeitliche Reichweite in die Zukunft keine Rolle, ausschlaggebend ist lediglich der kausale Zusammenhang zu den Entscheidungen in der Gegenwart.

5.2. Akteure im Gesundheitswesen

Für die Analyse der Interdependenzen zwischen dem politischen und dem wirtschaftlichen System gemäß der Neuen Politischen Ökonomik ist es von grundsätzlicher Bedeutung, die unterschiedlichen Interessen der beteiligten Akteure zu berücksichtigen.

Auf der politischen Ebene lassen sich einerseits Anbieter in Form von politischen Parteien und deren Politikern sowie andererseits Wähler als Nachfrager differenzieren. Demgegenüber steht das Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig, der die ökonomische Ebene repräsentiert. Auch hier sind die verschiedenen Interessen der Beteiligten zu beachten. Wie bereits gezeigt wurde, lässt sich in die Leistungsanbieter (ambulante und stationäre), die Versicherten bzw. Patienten und die Krankenversicherungen (gesetzliche und private) als Kostenträger unterscheiden. Deren Interessen und Handlungsmotivationen wurden in Kapitel vier ausführlich untersucht und dargestellt. Von Bedeutung ist an dieser Stelle der ergänzende Hinweis, dass die Versicherten bzw. Patienten als Teil eines wirtschaftlichen Sektors gleichzeitig Wähler im politischen Bereich sind. Außerdem vertreten die unterschiedlichen Interessenverbände der Leistungsanbieter im Gesundheitssektor auch bestimmte Wählerinteressen und damit einhergehend Wähler im politischen Kontext, worauf im weiteren Verlauf des Kapitels ausführlich eingegangen wird.

5.2.1. Vorgehensweise

Im Kapitel „4. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)“ wurden im Abschnitt „4.1.2. Informationsasymmetrien“ die Auswirkungen der Informationsasymmetrien im derzeitigen System der GKV auf die unterschiedlichen Verträge zwischen den beteiligten Akteuren analysiert und die Ergebnisse komprimiert in folgender Tabelle zusammengefasst:

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Info- asymmetrie	Vertrags- problem	P: GKV	P: Vers	P: GKV	P: Arzt	P: GKV	P: KH	P: Vers	P: Arzt
		A: Vers	A: GKV	A: Arzt	A: GKV	A: KH	A: GKV	A: Arzt	A: Vers
hidden action	moral hazard	●	●	●	•	●	●	●	●
hidden characteristics	adverse selection	•	•	●	●	●	○	●	●
hidden intention	hold up	●	○	●	○	○	•	•	•

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus

● = stark ausgeprägt; • = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt

Tab. 8: Auswirkungen der Informationsasymmetrien auf die Verträge im Status quo⁴⁷⁴

Diesen Resultaten wurden im Abschnitt „4.2.2.2. Informationsasymmetrien“ die Auswirkungen derselben Vertragsprobleme im Rahmen des Bayreuther Versichertenmodells als Alternativkonzept gegenübergestellt. Nachfolgende Abbildung zeigt das Ergebnis dieser zweiten Analyse:

⁴⁷⁴ Eigene Darstellung.

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Info- asymmetrie	Vertrags- problem	P: GKV A: Vers	P: Vers A: GKV	P: GKV A: Arzt	P: Arzt A: GKV	P: GKV A: KH	P: KH A: GKV	P: Vers A: Arzt	P: Arzt A: Vers
		hidden action	moral haz- ard	●	○	○	○	○	●
hidden cha- racteristics	adverse selection	○	●	○	○	●	○	●	●
hidden intention	hold up	○	○	○	○	○	○	●	●

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus
 ● = stark ausgeprägt; ● = wenig ausgeprägt; ○ = nicht ausgeprägt

Tab. 9: Auswirkungen der Informationsasymmetrien im Alternativmodell II⁴⁷⁵

Im direkten Vergleich ist ersichtlich, dass im Versicherungs- und Versorgungsvertrag die Informationsasymmetrien und die daraus resultierenden Vertragsprobleme im Alternativkonzept deutlich weniger markant sind als im Status quo. Im Gegensatz dazu bleiben die Informationsasymmetrien und Vertragsprobleme in ihrer Ausprägung im Behandlungsvertrag gleich. Dabei führt die Verringerung der Informationsasymmetrien im Falle eines Systemwechsels bei den Vertragsbeteiligten zu Nutzenveränderungen.

Im weiteren Verlauf wird nun in einem ersten Schritt analysiert, welche Akteure des Gesundheitswesens in der Rolle des Agenten oder des Prinzipals einem Nutzenverlust bzw. –gewinn unterliegen. Anschließend wird in einem zweiten Schritt untersucht, inwieweit diese Akteure Beteiligte am politischen Entscheidungsprozess sind.

⁴⁷⁵ Eigene Darstellung.

Damit einher geht die Beantwortung der Frage, ob und wenn ja in welchem Ausmaß die Akteure Einfluss auf eine politische Entscheidung hin zu einem Systemwechsel nehmen oder diesen vermeiden können.

Für die Beurteilung der Nutzenveränderungen, impliziert durch den Rückgang der Informationsasymmetrien, sind die Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells von großer Bedeutung. Daher werden sie in nachfolgender Tabelle aufgeführt:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Versichertenmodells	
1.	Allgemeine Krankenversicherungspflicht aller Bürger für einen festgelegten Regelleistungskatalog existenzbedrohender Risiken
2.	Risikoorientierte Krankenversicherungsprämien, sowohl für die Pflicht- als auch die freiwilligen Zusatzversicherungen
3.	Solidarischer Schutz zur Gewährleistung der Krankenpflichtversicherung für ökonomisch Schwache mittels steuerfinanziertem Versicherungsgeld
4.	Möglichkeit für Krankenversicherungen, selektive Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern abschließen zu können
5.	Ökonomische Anreize, wie Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen, sowie uneingeschränkter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und Leistungsanbietern

Tab. 10: Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells⁴⁷⁶

5.2.2. Nutzenveränderung der Akteure im Gesundheitswesen

In den folgenden Abschnitten wird die Nutzenveränderung der Beteiligten am Gesundheitswesen im Hinblick auf einen Systemwechsel untersucht. Dazu gehören die Krankenversicherung, die Leistungsanbieter und die Patienten. Für jede Gruppe wird analysiert, welche Vor- und Nachteile im derzeitigen GKV-System sich - resultierend aus In-

⁴⁷⁶ Eigene Darstellung.

formationsasymmetrien - bei einem Systemwechsel verändern. Dabei werden die Vertragsprobleme moral hazard, adverse selection und hold up in Bezug zu dem Versicherungs-, dem Versorgungs- und dem Behandlungsvertrag gestellt.

5.2.2.1. Hidden action

Im derzeitigen GKV-System unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipale) im Versicherungsvertrag mit den Versicherten (Agenten) einem ausgeprägten Moral-hazard-Problem. Die Ursache hierfür ist das Verhalten des Versicherten, das der Krankenkasse jedoch aufgrund der Informationsasymmetrie verborgen bleibt. Das Bayreuther Versichertenkonzept geht in diesem Fall von einer deutlichen Reduzierung dieses Vertragsproblems zu Gunsten des Prinzipals aus. Der Versicherte wird durch ökonomische Anreize, wie zum Beispiel einer prozentualen Selbstbeteiligung an den entstehenden Kosten, versuchen, diese Ausgaben möglichst gering zu halten.⁴⁷⁷

Umgekehrt gestaltet es sich, wenn im Versicherungsvertrag die gesetzliche Krankenkasse in der Rolle des Agenten und der Versicherte in der des Prinzipals ist, da die Versicherung besser über ihre eigenen Strukturen Bescheid weiß. Ferner ist sie uneingeschränkt über die Verträge mit den Leistungsanbietern informiert. Aus diesem Vertragsproblem des moral hazard generiert die gesetzliche Krankenversicherung derzeit Vorteile für sich. Diese werden im Reformmodell minimiert, da zwischen den Krankenkassen unbegrenzter Wettbewerb herrscht, der zu einem hohen Maß an Transparenz führt. Für den

⁴⁷⁷ Dies entspricht dem Punkt 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

Versicherten als Prinzipal ist diese Durchschaubarkeit bei seiner Entscheidung, welcher Krankenkasse er beitrifft, nutzenfördernd.⁴⁷⁸

Auch im ambulanten Versorgungsvertrag sinkt der Informationsnachteil der gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) gegenüber dem Arzt (Agenten) bei einem Systemwechsel. Das Reformkonzept sieht im Gegensatz zum derzeitigen System die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern vor, weshalb die Krankenkasse (Prinzipal) nicht mehr Gefahr läuft, im Rahmen von Gesamtverträgen mit der kassenärztlichen Vereinigung schlechte Leistungsanbieter (Agenten) vergüten zu müssen.⁴⁷⁹

Hingegen generieren die gesetzlichen Krankenkassen als Agenten in der ambulanten Versorgung im aktuellen GKV-System nur geringe Vorteile gegenüber ihren Vertragspartnern, den Ärzten, vertreten durch kassenärztliche Vereinigungen (Prinzipale). Der Vorteil ergibt sich für die Krankenkassen dadurch, dass sie als Konsequenz aus ihrem Informationsvorsprung nicht-kostendeckende Vergütungen durchsetzen können. Das Reformmodell unterbindet diese Möglichkeit, da der einzelne Leistungserbringer (Prinzipal) individuell seine Vergütung mit einer Krankenkasse (Agent) vereinbaren kann.⁴⁸⁰

Wesentlich größer sind derzeit das Moral-hazard-Problem und der damit einhergehende Nutzen für die Krankenhäuser (Agenten) im Versorgungsvertrag des stationären Sektors. Sie haben einen Informationsvorsprung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipalen). Dieser ergibt sich aus der Tatsache, dass der Prinzipal im derzeitigen System die Leistungen des Agenten nur bedingt beobachten kann und dieser daher versucht, seinen Gewinn auf Kosten des

⁴⁷⁸ Dies entspricht dem Punkt 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁷⁹ Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁸⁰ Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

Prinzipals zu maximieren. Die Möglichkeiten der selektiven Verträge und der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander führen im Reformmodell allerdings dazu, dass der Informationsnachteil der gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) erheblich verringert wird.⁴⁸¹

Umgekehrt haben auch die gesetzlichen Krankenkassen zurzeit als Agenten gegenüber den Krankenhäusern (Prinzipale) einen Informationsvorsprung und somit Vorteile. Der daraus resultierende Nutzen ist größer als im ambulanten Bereich, da die Krankenhausbetreiber auf einer niedrigeren Ebene zusammengeschlossen sind als die Ärzte im Rahmen der kassenärztlichen Vereinigungen. Das Problem reduziert sich im Alternativmodell auf einen deutlich geringeren Ausprägungsgrad, da die Krankenhausbetreiber nicht dazu gezwungen sind, mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen Verträge abzuschließen, sondern Verträge mit einzelnen Krankenversicherungen aushandeln können.⁴⁸²

Im Rahmen des Behandlungsvertrages unterliegt momentan der Versicherte bzw. Patient als Prinzipal gegenüber dem Arzt als Agenten einem Informationsnachteil, da der Patient die Anstrengungen des Arztes nur sehr eingeschränkt beurteilen kann. Dieses Vertragsproblem bleibt im Bayreuther Versichertenmodell in gleichem Ausmaß bestehen, so dass sich keine Nutzenveränderung ergibt. Das gleiche gilt für die Konstellation, in welcher der Arzt Prinzipal und der Patient Agent ist. Auch in diesem Fall ist nicht davon auszugehen, dass der Patient im Reformmodell seine Bereitschaft zur Compliance ausweitet.

⁴⁸¹ Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁸² Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

5.2.2.2. Hidden characteristics

Die Informationsasymmetrie der hidden characteristics und das damit einhergehende Vertragsproblem der adversen Selektion tritt im derzeitigen Versicherungsvertrag nur geringfügig auf. Der Informationsvorsprung des potentiellen Kunden (Agenten) gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) verliert im Alternativkonzept an Bedeutung, da sich der Agent bei einem Versicherungswechsel einer Risikoprüfung unterziehen muss. Weiterhin erhebt die Krankenkasse risikoorientierte Prämien, wodurch sie ihren Informationsnachteil kompensieren kann.⁴⁸³

Andererseits kann die Krankenkasse (Agent) ihre Markterfahrungen dahingehend ausnutzen, dass sie gezielt „gute“ Risiken anlockt. Dieselbe Möglichkeit bietet sich dem Unternehmen aber auch im Bayreuther Versichertenmodell, weshalb keine Nutzenveränderung im Falle eines Systemwechsels ersichtlich ist.

Das adverse Selektionsproblem des ambulanten Sektors besteht im derzeitigen System darin, dass die gesetzliche Krankenkasse (Prinzipal) aufgrund der Kollektivverträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen (Agenten) das Verhalten der Ärzte als Leistungserbringer nicht beurteilen kann. Dieses Problem wird im Reformmodell durch die Einführung selektiver Verträge im Rahmen des uneingeschränkten Wettbewerbs der Leistungsanbieter untereinander beseitigt.⁴⁸⁴

Damit einhergehend wird auch die Informationsasymmetrie der kassenärztlichen Vereinigung (Prinzipal) behoben, die im Auftrag der Ärzte mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (Agenten) einen für bestimmte Ärzte negativen Vertrag abschließen kann. Diese Möglichkeit sieht das Alternativkonzept nicht mehr vor, da hier

⁴⁸³ Dies entspricht dem Punkt 2 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁸⁴ Dies entspricht dem Punkt 4 des Bayreuther Versichertenmodells.

jeder Leistungserbringer selektive Verträge mit der Krankenkasse seiner Wahl aushandeln kann.⁴⁸⁵ Demnach ergibt sich ein leichter Nutzenverlust für die gesetzlichen Krankenversicherungen bei einem Systemwechsel.

Im stationären Bereich liegt ein Informationsvorsprung der Krankenhäuser (Agenten) gegenüber den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (Prinzipale) vor, da diese nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, das Verhalten des Agenten zu überprüfen. Dieser Informationsvorsprung und der damit einhergehende Vorteil werden im Reformmodell aufgrund des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern abgeschwächt, weshalb eine Nutzenreduzierung für den Agenten gegeben ist.⁴⁸⁶

In der Konstellation, in der die gesetzliche Krankenkasse der Agent und das Krankenhaus der Prinzipal ist, kommt weder im derzeitigen noch im Reformmodell die Schwierigkeit der adversen Selektion zum Tragen, so dass keine Nutzenveränderung vorliegt.

Auch hinsichtlich des Behandlungsvertrages zwischen Versichertem bzw. Patient und Arzt ist bei einer Systemreform keine Nutzenmodifikation ersichtlich, weder in der Verteilung, dass der Versicherte der Prinzipal und der Arzt der Agent ist, noch umgekehrt.

5.2.2.3. Hidden intention

Bei der Informationsasymmetrie der hidden intention ergibt sich derzeit im Versicherungsvertrag ein Informationsvorsprung des Versicherten (Agenten) gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse

⁴⁸⁵ Dies entspricht dem Punkt 4 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁸⁶ Dies entspricht dem Punkt 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

(Prinzipal). Diese unterliegt der Gefahr, dass sie Investitionen auf Basis falscher Annahmen tätigt, die vom Versicherten (Agenten) ausgelöst werden. Das Problem der einseitigen Abhängigkeit des Prinzipals vom Agenten entsteht im Alternativkonzept nicht mehr, da die Krankenkassen ihre Investitionsentscheidungen auf rein betriebswirtschaftlicher Basis treffen.⁴⁸⁷

Im umgekehrten Fall (Prinzipal=Versicherter und Agent=GKV) tritt im Versicherungsvertrag weder im derzeitigen System noch in der Alternative ein Hold-up-Problem auf, weshalb auch keine Modifikation des Nutzens im Fall eines Systemwechsels entsteht.

In der ambulanten Versorgung unterliegt die gesetzliche Krankenkasse (Prinzipal) zurzeit einem ausgeprägten Hold-up-Problem gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung (Agent), weil diese exklusiv die Verträge für die Ärzte aushandelt. Aufgrund der Vertragsfreiheit und des uneingeschränkten Wettbewerbs im Reformkonzept wird dieses Ungleichgewicht zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkassen aufgelöst.⁴⁸⁸

Ebenso wie im Versicherungsvertrag entsteht auch im ambulanten Versorgungsvertrag in der entgegengesetzten Konstellation (Prinzipal=Arzt und Agent=GKV) im aktuellen wie im Reformsystem kein Vertragsproblem und somit keine Nutzenveränderung.

Ähnlich verhält es sich in der stationären Versorgung, wenn die gesetzliche Krankenkasse in der Rolle des Prinzipals und das Krankenhaus in der des Agenten ist. Sowohl im derzeitigen Verfahren als auch im Bayreuther Versichertenmodell liegt kein Hold-up-Problem vor, weshalb auch keine Modifikation des Nutzens bei den Vertragspartnern ersichtlich ist.

⁴⁸⁷ Dies entspricht dem Punkt 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁴⁸⁸ Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

Befindet sich allerdings ein Krankenhausbetreiber in der Situation des Prinzipals und die gesetzliche Krankenkasse in der des Agenten, ergibt sich im Status quo ein leichter Informationsvorsprung für den Agenten. Der Grund besteht in krankenhausspezifischen Komponenten der Vergütung. Wenn der Betreiber eines Krankenhauses einen für ihn schlechten Vertrag aushandelt, besteht das Risiko, dass er im Vorfeld getätigte Investitionen nicht gänzlich refinanzieren kann. Das Bayreuther Versichertenmodell sieht im Rahmen der selektiven Verträge und des freien Wettbewerbs der Leistungsanbieter vor, dass ein Krankenhausbetreiber mit einer gesetzlichen Krankenkasse die Vergütung der zu erbringenden Leistungen frei aushandeln kann. Er hat somit auch die Möglichkeit einer Mischkalkulation, indem er mit verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Vergütungsverträge abschließt, die ihm im Ergebnis eine Refinanzierung seiner Investitionen sichern.⁴⁸⁹

Das Hold-up-Problem im Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient bzw. Versichertem ist auch im Reformkonzept in wenig ausgeprägtem Umfang vorhanden. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Versicherte bzw. Patient der Prinzipal und der Arzt der Agent ist oder umgekehrt. Da der Grad der Ausprägung in beiden Systemen gleich groß ist, kommt es bei einem Systemwechsel für keinen der Akteure zu einer Nutzenveränderung.

5.2.2.4. Bewertung

Die Ergebnisse der vorangegangenen Analyse sind aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

⁴⁸⁹ Dies entspricht den Punkten 4 und 5 des Bayreuther Versichertenmodells.

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Infoasymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV	P: Vers	P: GKV	P: Arzt	P: GKV	P: KH	P: Vers	P: Arzt
		A: Vers	A: GKV	A: Arzt	A: GKV	A: KH	A: GKV	A: Arzt	A: Vers
hidden action	moral hazard	+	--	++	-	++	-	0	0
hidden characteristics	adverse selection	+	0	++	--	+	0	0	0
hidden intention	hold up	++	0	++	0	0	-	0	0

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus
 -- = starker Nutzenverlust; - = leichter Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = leichter Nutzengewinn; ++ = starker Nutzengewinn

Tab. 11: Nutzenveränderung für die gesetzlichen Krankenkassen⁴⁹⁰

Ein Systemwechsel führt für die gesetzlichen Krankenkassen in der Rolle des Prinzipals im Versicherungs- sowie im ambulanten und stationären Versorgungsvertrag in allen drei Informationsasymmetrien zu einer Reduzierung der Nachteile und somit zu einer Nutzensteigerung.⁴⁹¹ Gleichzeitig ist auch ein Nutzenverlust der gesetzlichen Krankenkassen als Agent in einigen Informationsasymmetrien zu verzeichnen. Allerdings ist in der Gesamtbetrachtung der Nutzengewinn der gesetzlichen Krankenkassen größer als der Nutzenverlust, so dass diese im Ergebnis von einem Systemwechsel profitieren würden.

Dieser Nutzengewinn aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen impliziert einen gleich großen Nutzenverlust auf Seiten der Leistungserbringer und der Versicherten, wie aus folgender Tabelle ersichtlich wird:

⁴⁹⁰ Eigene Darstellung.

⁴⁹¹ Einzige Ausnahme ist das Vertragsproblem des hold up im stationären Versorgungsvertrag, bei dem keine Nutzenveränderung ersichtlich ist.

Vertrag		Versicherungsvertrag		Versorgungsvertrag				Behandlungsvertrag	
				ambulant		stationär			
Infoasymmetrie	Vertragsproblem	P: GKV A: Vers	P: Vers A: GKV	P: GKV A: Arzt	P: Arzt A: GKV	P: GKV A: KH	P: KH A: GKV	P: Vers A: Arzt	P: Arzt A: Vers
		hidden action	moral hazard	-	++	--	+	--	+
hidden characteristics	adverse selection	-	0	--	++	-	0	0	0
hidden intention	hold up	--	0	--	0	0	+	0	0

Legende: P=Prinzipal; A=Agent; Vers=Versicherter/Patient; Arzt=Kassenarzt/KV; KH=Krankenhaus
-- = starker Nutzenverlust; - = leichter Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = leichter Nutzengewinn; ++ = starker Nutzengewinn

Tab. 12: Nutzenveränderung für die Leistungserbringer und Versicherten⁴⁹²

Für den Versicherten gilt im Falle der Reform: Als Agent unterliegt er im Versicherungsvertrag gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse (Prinzipal) in allen drei Informationsasymmetrien einem leichten bis starken Nutzenverlust. Demgegenüber ist sein Nutzengewinn als Prinzipal nur in der Informationsasymmetrie der hidden action gegeben.

Weiterhin lässt sich für den Leistungserbringer folgende Situation im Alternativmodell statuieren: Der Arzt sieht sich als Agent im ambulanten Versorgungsvertrag in den drei Informationsasymmetrien einer starken Nutzenreduzierung zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkasse ausgesetzt. Ein Nutzengewinn für den Arzt als Prinzipal ist hingegen in den Informationsasymmetrien der hidden action und der hidden characteristics vorhanden. Der Nutzenverlust fällt bei Einführung des Bayreuther Versichertenmodells im stationären Versorgungsvertrag für die Krankenhausbetreiber (Agenten) bei der Informationsa-

⁴⁹² Eigene Darstellung.

symmetrie der hidden characteristics nicht ganz so stark aus wie bei der hidden action. Ferner ist im Falle der hidden intention keine Veränderung festzustellen. Für den Krankenhausbetreiber als Prinzipal ist sowohl im Bereich der hidden action als auch der hidden intention nur ein leichter Nutzengewinn zu verzeichnen.

Im Komplex des Behandlungsvertrages ist aus Sicht des Leistungsanbieters und des Versicherten in beiden Rollen keine Nutzenveränderung nach Reformierung des heutigen Systems gegeben.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Gesamtbilanz der Nutzenveränderung bei einem Systemwechsel zwar ausgeglichen ist. Aber im Einzelnen profitiert vor allem die gesetzliche Krankenkasse, während sowohl die Leistungsanbieter als auch die Versicherten einer Nutzenreduzierung im Zuge eines Systemwechsels unterliegen.

Im zweiten Schritt ist nun zu untersuchen, wie groß der Einfluss der jeweiligen Akteure des Gesundheitswesens auf den Prozess der politischen Entscheidungsfindung ist.

5.3. Akteure im politischen Entscheidungsprozess

In diesem Unterkapitel wird der politische Entscheidungsprozess als Markt bzw. Wettbewerb für politische Leistungen gemäß der Neuen Politischen Ökonomik dargestellt. Die Beteiligten lassen sich im Sinne des ökonomischen Modells in Anbieter und Nachfrager politischer Maßnahmen differenzieren. Die Seite der Nachfrager unterteilt sich wiederum in organisierte Interessengruppen, die gleichbedeutend einer Lobby bestimmte Vereinigungen oder Interessen der Bevölkerung vertreten, und in unorganisierte Nachfrager, die den Großteil der Bevölkerung bilden. Demgegenüber stehen als Anbieter von politischen Leistungen die Parteien und der gesamte politisch-administrative Sek-

tor. Dabei gliedert sich das politische System in die Regierung, welche die Politik ausarbeitet, und in die Verwaltung, die sie umsetzt.⁴⁹³

Im Folgenden wird das Verhalten der an einem politischen Entscheidungsprozess Beteiligten analysiert. Dabei handelt es sich um Wähler, Parteien, Interessenverbände und (Regierungs-)Politiker. Nach einer allgemeinen Verhaltensanalyse des jeweiligen Akteurs folgt eine spezielle Untersuchung seines Verhaltens im Hinblick auf die Entscheidung, einen GKV-Systemwechsel herbeizuführen. Ausgangspunkt ist die zuvor ermittelte Nutzenveränderung des Akteurs im Rahmen der Einführung des Bayreuther Versichertenmodells.

5.3.1. Wähler

In einer Demokratie entscheiden grundsätzlich die Wähler über staatliche Maßnahmen. Dementsprechend sind auch die Einführung und der Umfang eines GKV-Systemwechsels von den Wählern abhängig. Deren Wahlverhalten wird sich – unter Annahme von rational-eigennutzenorientiertem Verhalten – am persönlichen Vorteil ausrichten und weniger am gesamtgesellschaftlichen Optimum.⁴⁹⁴

Für die Umsetzung eines Systemwechsels ist entscheidend, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen gleichzeitig auch Wähler im politischen Rahmen sind und folglich mit ihren Wahlstimmen eine Veränderung erwirken bzw. vermeiden können. Die Summe der Stimmen der Leistungserbringer und der Krankenkassenvertreter haben nur einen marginalen Anteil im Vergleich zur Stimmenanzahl der Versicherten und Patienten. Dementsprechend hat diese

⁴⁹³ Vgl. Erlei (1999), S. 323. Auf den Sektor der Verwaltung wird nicht spezifisch eingegangen, da dieser lediglich die Gesetzesanweisungen umsetzt.

⁴⁹⁴ Vgl. Fritsch (2005), S. 388.

cherten und Patienten. Dementsprechend hat diese Wählergruppe den größten Einfluss auf einen möglichen Systemwechsel.

5.3.1.1. Rationales Verhalten der Wähler

Grundlage für die Wahlentscheidung eines Wählers ist sein Informationsstand hinsichtlich des Nutzens und der Kosten der unterschiedlichen zur Wahl stehenden Alternativen. Dabei wird zunächst allgemein von einem rationalen Wähler ausgegangen, der solange in die Beschaffung von Informationen investiert, wie der Grenzertrag höher ist als die Grenzkosten der Informationsbeschaffung.⁴⁹⁵ Gerade die Informationsbeschaffungskosten können aber für den einzelnen Wähler sehr groß sein. Daher ist nur dann von einem hohen Informationsgrad des Wählers auszugehen, wenn die Kosten wider Erwarten relativ niedrig sind oder aber die persönliche Betroffenheit des Einzelnen durch die Kollektiventscheidung besonders hoch ist. Demnach kann im Umkehrschluss von starken Anreizen zur Informationsbeschaffung ausgegangen werden, wenn die Entscheidung deutliche Auswirkungen für das Individuum nach sich zieht. Da dies jedoch eher selten der Fall ist, sind beim Wähler zu einzelnen Sachfragen grundsätzlich Informationsdefizite zu vermuten. Inwieweit diese Nachteile das tatsächliche Wahlergebnis beeinflussen, ist in der Literatur umstritten. Es kann in einem gewissen Maße zu Kompensationseffekten kommen, wenn die Parteien aufgrund des Wettbewerbs miteinander aktive Wählerinformation betreiben. Außerdem werden Wähler durch die Medien zu bestimmten Themen informiert. Allerdings bleibt der Informationsstand der Wähler summa summarum unzureichend und nicht detailliert genug. Es lässt sich zusammenfassen, dass eine Zunahme

⁴⁹⁵ Vgl. Downs (1968), S. 210.

der Informationsdefizite auf Seiten der Wähler mit einer Ausdehnung des Risikos einhergeht, dass eigennützig handelnde Politiker, Bürokraten oder Verbandsmitglieder für sich einen Vorteil aus dem Informationsnachteil der Wähler ziehen.⁴⁹⁶

Für die konkrete Wahlentscheidung, ob ein GKV-Systemwechsel stattfinden soll oder nicht, ist folgender Informationsgrad beim Wähler anzunehmen: Erstens ist die persönliche Betroffenheit eines jeden Wählers durch die Kollektiventscheidung hoch, da nahezu alle Wähler von einem Systemwechsel und den damit einhergehenden Folgen betroffen sind. Dementsprechend ist der individuelle Anreiz des Wählers groß, sich hinsichtlich eines potentiellen GKV-Systemwechsels ausreichend zu informieren. Zweitens werden die Informationsbeschaffungskosten für den Einzelnen nicht sonderlich ausgeprägt sein. Aufgrund der umfangreichen Betroffenheit, die sich aus der Wahlentscheidung ergibt, werden auch die Parteien umfänglich über ihre jeweilige Position informieren. Aus diesen Gründen kann im Ergebnis beim Wähler von einem hohen Informationsgrad zum Thema GKV-Systemwechsel ausgegangen werden. Für diese Annahme spricht auch die geringe Erklärungsbedürftigkeit der Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells.⁴⁹⁷ Dies bezieht sich allerdings nicht auf die tatsächlichen Auswirkungen eines Systemwechsels für einzelne Wähler, weil die Konsequenzen individuell sehr unterschiedlich ausfallen können.

Ein rational handelnder Wähler prüft im Zuge seiner Wahlentscheidung, bei welcher der Alternativen sein individueller Nutzen maximiert wird:

⁴⁹⁶ Vgl. Fritsch (2005), S. 394.

⁴⁹⁷ Siehe hierzu die Tabelle „Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells“.

„Nicht die gesamtwirtschaftliche Effizienz entscheidet darüber, für wen oder was die Wähler stimmen, sondern der eigene Vorteil.“⁴⁹⁸

Dadurch kann es in einer indirekten Demokratie zu Konstellationen kommen, in denen eine Maßnahme für die Mehrheit der Wähler einzeln betrachtet einen hohen Nutzen hat, die aber für die gesamte Gesellschaft ineffizient ist. Umgekehrt kann allerdings auch eine Option nicht zustande kommen, die zu einer Maximierung der Gesamtwohlfahrt führen würde, weil die Wähler sich im Hinblick auf ihren persönlichen Nutzen dagegen entscheiden. Dafür gibt es zwei Gründe: Zu wenige Wähler kämen in den Genuss des Nutzens der effizienteren Alternative oder zu wenige Wähler müssten die Kosten der ineffizienteren Maßnahme tragen.⁴⁹⁹

Es handelt sich hierbei um eine Rationalitätenfalle: Die Eigennutzenorientierung der Wähler führt oftmals zu Entscheidungen, deren Folgen vor allem zu kurzfristigen und nicht zu langfristigen positiven Effekten führen. Letztere sind für den einzelnen Wähler nur bedingt vorstellbar und haben daher auch eher einen geringen Einfluss auf dessen Wahlentscheidung.

5.3.1.2. GKV-Systemwechsel aus Sicht der Wähler

Im konkreten Fall der Einführung des Bayreuther Versichertenmodells beurteilt der Wähler die Folgen dieses Systemwechsels ausschließlich in Bezug auf seine eigene Person. Für die Wahlentscheidung müssen drei Altersgruppen und deren Interessen gesondert betrach-

⁴⁹⁸ Fritsch (2005), S. 389.

⁴⁹⁹ Vgl. Fritsch (2005), S. 389.

tet werden. Die erste Gruppe besteht aus den Wählern, die 40 Jahre und älter sind, die zweite Gruppe ist im Alter von 21 bis 39 Jahren und bei der dritten Gruppe handelt es sich um die 18- bis 20-Jährigen. Diese Einteilung ergibt sich aus dem Reformmodell, das in seinem Szenario von Versicherten in der neuen GKV bis zum Alter von 20 Jahren ausgeht. Hinsichtlich der wahlberechtigten Bevölkerung, die im weiteren Verlauf analysiert wird, sind nur die 18- bis 20-Jährigen relevant. Weiterhin sind im Alternativkonzept die Gruppen der 21- bis 39-Jährigen und der über 39-Jährigen von Bedeutung. Resultierend aus dieser Einteilung lässt sich folgende Tabelle konstruieren, die für die Bewertung der Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells durch die drei Altersgruppen herangezogen werden soll:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
1.	Allgemeine Kranken-versicherungspflicht ...						
2.	Risikoorientierte Kranken-versicherungsprämien ...						
3.	Solidarischer Schutz ...						
4.	Einführung selektiver Verträge ...						
5.	Ökonomische Anreize ...						
Wahlentscheidung							
Gewichtung							
Legende: - = leichter Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = leichter Nutzengewinn							

Tab. 13: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells⁵⁰⁰

In allen drei Blöcken ist wiederum zwischen den GKV-Versicherten und den PKV-Versicherten zu unterscheiden, wie obige Tabelle verdeutlicht. Denn der Versicherte trifft seine Wahlentscheidung in Abhängigkeit davon, ob er zum Zeitpunkt der Abstimmung über einen Systemwechsel in der GKV oder der PKV versichert ist. Zur Beurtei-

⁵⁰⁰ Eigene Darstellung.

lung der Relevanz werden pro Altersgruppe die Anteile der jeweils gesetzlich und privat Versicherten betrachtet:

Anzahl der	Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt		gesamt
	GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV	
Vers. (absolut)	39.269.744	4.026.556	19.662.073	2.016.067	2.636.540	270.340	67.881.320
Vers. in %	57,9%	5,9%	29,0%	3,0%	3,9%	0,4%	100,0%

Tab. 14: Versichertenverteilung nach alter GKV bzw. alter PKV⁵⁰¹

In den folgenden Abschnitten werden die fünf Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells einzeln daraufhin untersucht, welche Nutzenveränderungen für die Wähler der unterschiedlichen Altersgruppen bei Umsetzung des Konzepts entstehen.

5.3.1.2.1. Allgemeine Krankenversicherungspflicht

Die allgemeine Krankenversicherungspflicht aller Bürger einhergehend mit einem festgelegten Regelleistungskatalog zur Behandlung existenzbedrohender Risiken⁵⁰² führt bei keinem Personenkreis – weder in der derzeitigen GKV noch PKV – zu einer Nutzenveränderung. Hierbei wird allerdings unterstellt, dass bei einer Reduzierung des Leistungskatalogs auf das existenzbedrohende Minimum auch die Prämie für diese Versicherung proportional herabgesetzt wird. Ist dies nicht der Fall, sind alle Wähler nach einem Systemwechsel schlechter gestellt als zuvor, weil sie für dieselben Prämien weniger Leistung bekommen. Sollten einige Versicherungen im Zuge der Umstellung versuchen, versteckte Preiserhöhungen vorzunehmen, haben die Versicherten im Rahmen des freien Wettbewerbs die Möglichkeit,

⁵⁰¹ Eigene Darstellung, Daten entnommen Bundesamt (2007).

⁵⁰² Dies entspricht dem Punkt 1 des Bayreuther Versichertenmodells.

zu einer anderen Versicherung zu wechseln. Bei dieser Beurteilung wird noch nicht die Risikoorientierung der Prämie berücksichtigt, die zu höheren Kosten für den Versicherten bzw. Wähler führen kann. Stattdessen wird singularär die allgemeine Krankenversicherungspflicht einhergehend mit einem Regelleistungskatalog existenzbedrohender Risiken betrachtet, die per se nicht zu einer Nutzenveränderung bei der zugrunde liegenden Wählerschaft führt.

Das Ergebnis ist in nachfolgender Tabelle zusammengefasst:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
1.	Allgemeine Kranken-versicherungspflicht ...	0	0	0	0	0	0
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzensgewinn							

Tab. 15: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells II⁵⁰³

Für Wähler, die bisher noch keinen Krankenversicherungsschutz haben, besteht in diesem Kernpunkt sogar ein Nutzensgewinn, da sie zukünftig versichert sind. Allerdings ist diese Gruppe verglichen mit der Gesamtheit der von einem GKV-Systemwechsel Betroffenen relativ klein, weshalb sie nicht separat ausgewiesen wird.⁵⁰⁴

⁵⁰³ Eigene Darstellung.

⁵⁰⁴ Laut Gesundheit (2005), Tabelle 9.1 waren 2003 ca. 188.000 Personen nicht versichert, was eine niedrige Quote der Gesamtzahl aller Versicherten ausmacht. Allerdings ist die Zahl der nichtversicherten Bürger schwierig zu ermitteln, weshalb oft auch von einer deutlich höheren Zahl gesprochen wird.

5.3.1.2.2. Risikoorientierte Krankenversicherungsprämien

Die risikoorientierte Krankenversicherungsprämie, sowohl für die Pflicht- als auch für die freiwilligen Zusatzversicherungen⁵⁰⁵, kann zu Nutzenreduzierungen führen. Auch hierbei ist gemäß des Alters zu unterscheiden. Laut OBERENDER ET AL. wird für die Versicherten bis zum Alter von 20 Jahren eine einheitliche Kopfprämie unterstellt, welche die Gesamtkosten dieser Altersgruppe deckt.⁵⁰⁶ Für die Personen der betroffenen Jahrgänge erscheint diese Vorgehensweise nicht negativ, da die Krankheitskosten in diesem Lebensabschnitt relativ niedrig sind, sieht man einmal von den Kosten bei der Geburt ab, die in der Mittelung der Krankheitskosten der ersten 20 Lebensjahre enthalten sind. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass sich die Wähler im Alter bis zu 20 Jahren nicht gegen einen Systemwechsel stellen. Allerdings ist auch kein expliziter Nutzengewinn ersichtlich, weshalb es bei dieser Gruppe im Ergebnis zu keiner Nutzenveränderung kommt. Es ist jedoch in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Wahlberechtigung erst im Alter von 18 Jahren eintritt.⁵⁰⁷ Daher könnten nur drei Jahrgänge (18- bis 20-Jährige) bezüglich eines Systemwechsels auf Basis der risikoorientierten Versicherungsprämien abstimmen.

Die Wähler, welche älter als 20 und jünger als 40 Jahre sind, werden bei der Einführung der risikoorientierten Prämien gemäß der zwei im Bayreuther Versichertenmodell vorgesehenen Risikofaktoren Alter und Geschlecht eingestuft. OBERENDER ET AL. kommen in ihrer Berechnung zu dem Ergebnis, dass die Lebenszeitausgaben für Frauen

⁵⁰⁵ Dies entspricht dem Punkt 2 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁵⁰⁶ Vgl. Oberender (2006), S. 72.

⁵⁰⁷ Von Ausnahmen, wie dem Wahlrecht ab 16 Jahren bei einigen Kommunalwahlen, wird an dieser Stelle abgesehen, da der hier diskutierte GKV-Systemwechsel nur bei einer Bundestagswahl zur Diskussion stünde.

des Jahrgangs 2005 um ca. 16 Prozent höher sind als bei den Männern desselben Jahrgangs.⁵⁰⁸ Im derzeitigen System der GKV sind die Beiträge für Frauen und Männer grundsätzlich identisch, bei gleich hohem Einkommen. Wenn nun im Reformkonzept eine geschlechtsspezifische Erhebung der Prämien gemäß dem Äquivalenzprinzip erfolgt, erfahren die Frauen älter als 20 Jahre auf jeden Fall einen Nachteil gegenüber ihrer jetzigen Situation. Deshalb werden die weiblichen Wähler der betroffenen Jahrgänge gegen die risikoorientierten Versicherungsprämien und damit voraussichtlich gegen einen GKV-Systemwechsel insgesamt stimmen, sofern die Nutzenreduzierung nicht in anderen Punkten ausgeglichen wird. Bei ausschließlicher Betrachtung des geschlechtsbezogenen Risikofaktors führt der Nachteil bei den Frauen zu einem gleichgroßen Vorteil bei den Männern. Die hiervon betroffenen männlichen Jahrgänge müssten also für das Bayerischer Versichertenmodell votieren. Dieses sieht aber des Weiteren den Risikofaktor Alter vor, durch den für Männer und Frauen risikoorientierte und altersabhängige Prämien nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert werden. Das impliziert mit höherem Alter auch steigende Prämien, weil die Krankheitskosten zunehmen.⁵⁰⁹ Auch diese Entwicklung ist im derzeitigen GKV-System nicht gegeben. Demzufolge ist anzunehmen, dass die Wählerinnen damit rechnen, dass sie erstens bei der Einstufung nach risikoorientierten Prämien im Zuge der Systemumstellung schlechter gestellt sind als im Status quo und zweitens alle Wähler aufgrund des Äquivalenzprinzips mit zunehmendem Alter höhere Prämien bezahlen müssen. Nicht nur für die Frauen, sondern auch für die Männer im Alter von 21 bis 39 Jahren ergibt sich somit eine Nutzenreduzierung mit Einführung risikoorientierter Krankenversicherungsprämien.

⁵⁰⁸ Vgl. Oberender (2006), S. 64.

⁵⁰⁹ Vgl. Oberender (2006), S. 74.

Als dritte Altersgruppe sind die über 39-Jährigen zu betrachten. Unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt eines Systemwechsels in der GKV oder der PKV versichert sind, bleiben sie weiterhin im selben System. Demnach ergeben sich keine Konsequenzen für die Versicherten in dieser Altersgruppe – weder negative noch positive Folgen – weshalb von einer indifferenten Positionierung hinsichtlich des zweiten Kernpunktes des Reformmodells auszugehen ist. Für dieses Element zeigt nachfolgende Tabelle zusammenfassend die Ergebnisse:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
2.	Risikoorientierte Krankenversicherungsprämien ...	0	0	-	-	0	0
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzensgewinn							

Tab. 16: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells III⁵¹⁰

5.3.1.2.3. Solidarischer Schutz

Von der Maßnahme des solidarischen Schutzes zur Gewährleistung der Krankenpflichtversicherung für ökonomisch Schwache mittels steuerfinanziertem Versicherungsgeldes⁵¹¹ sind alle steuerzahlenden Bürger betroffen.⁵¹² Auf der einen Seite bedeutet dies, dass Wähler zwischen 0 bis 39 Jahren im neuen System davon profitieren, wenn die GKV-Prämien zusammen mit den darüber hinaus gehenden Krankheitskosten einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigen. Allerdings ist anzunehmen, dass jeder Wähler

⁵¹⁰ Eigene Darstellung.

⁵¹¹ Dies entspricht dem Punkt 3 des Bayreuther Versichertenmodells.

⁵¹² Vgl. Oberender (2006), S. 36. „Durch die Finanzierung des Versicherungsgeldes aus allgemeinen Steuermitteln werden alle Gesellschaftsmitglieder in die Finanzierung der sozialpolitisch motivierten Umverteilung einbezogen.“

erst einmal davon ausgeht, dass er seine gesamten Kosten alleine zu tragen hat und keine staatliche Unterstützung erhält. Folglich sieht sich ein Wähler zunächst nicht selbst als Begünstigter der solidarischen Maßnahmen des Versicherungsgeldes. Daher entstehen dem Wähler auf der anderen Seite die Kosten für den solidarischen Schutz ökonomisch Schwacher. Die Mittel hierfür muss jeder Steuerzahler anteilig gemäß seines Steuersatzes aufbringen. Daraus folgt, dass alle steuerzahlenden Wähler in den Altersgruppen von 18 bis 20 Jahren und 21 bis 39 Jahren vorerst aufgrund der steuerbasierten Finanzierung des Versicherungsgeldes für sich einen Nachteil annehmen. Inwiefern dem Einzelnen der Solidarbeitrag nutzt, indem er selber Versicherungsgeld bezieht, zeigt sich erst nach der Einführung des Alternativkonzepts. Die negativen Folgen einer erhöhten Steuerzahlung betreffen allerdings alle und sind sofort wirksam, während nicht alle Wähler Versicherungsgeld bekommen. Somit ist ein Nutzenverlust für diese Wählergruppen ersichtlich.

Ferner ist die Altersgruppe der über 39-Jährigen zu betrachten. Auch diese Versicherten sind negativ von der Steuerfinanzierung der Solidarmaßnahme betroffen und haben somit einen Nutzenverlust. Gleichzeitig haben sie keinen Vorteil, da die Versicherten in der alten GKV weiterhin einen einkommensabhängigen Beitrag bezahlen und daher keine potentiellen Empfänger von Versicherungsgeld sind. Die in der alten GKV bei einem Systemwechsel fehlenden Beitragszahlungen der nachfolgenden Jahrgänge (resultierend aus dem Umlageverfahren) müssen von allen Bürgern getragen werden. Dies führt bei einem Systemwechsel zu einer Schlechterstellung der über 39-Jährigen. Sie zahlen nach der Reform dieselben Beiträge wie vorher, müssen aber zusätzlich höhere Steuern für das Versicherungsgeld aufbringen.

Im Prinzip gestaltet es sich bei den PKV-Versicherten älter als 39 Jahre genauso. Auch sie bleiben in ihrer privaten Krankenversicherung versichert.⁵¹³ Sie haben in ihren Prämien über die Zeit bereits Altersrückstellungen gebildet, weshalb sich die Beiträge nur verändern dürfen, wenn die Kosten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts steigen. In der Praxis ist dies seit vielen Jahren der Fall. Darüber hinaus müssen aber auch die PKV-Versicherten mittels Steuerzahlungen für die Solidarität im neuen GKV-System und die fehlende Generationumlage im alten GKV-System der über 39-Jährigen aufkommen. Daraus folgt ebenso für die über 39-jährigen PKV-versicherten Wähler, wie für alle anderen Wähler, ein Nutzenverlust in Bezug auf den dritten Kernpunkt des Bayreuther Versichertenmodells, wie in nachfolgender Tabelle festgehalten wird:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
3.	Solidarischer Schutz ...	-	-	-	-	-	-
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzengewinn							

Tab. 17: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells IV⁵¹⁴

5.3.1.2.4. Selektive Verträge

Die Möglichkeit für Krankenversicherungen, selektive Verträge mit den einzelnen Leistungsanbietern abschließen zu können⁵¹⁵, spielt für

⁵¹³ Die Autoren des Bayreuther Versichertenmodells gehen hierauf nicht explizit ein. Da sie aber nur Veränderungen für die unter 40-Jährigen vorschlagen, kann implizit davon ausgegangen werden, dass diejenigen, die über 39 Jahre alt und privat versichert sind, dies auch weiterhin bleiben.

⁵¹⁴ Eigene Darstellung.

⁵¹⁵ Dies entspricht dem Punkt 4 des Bayreuther Versichertenmodells.

die Wähler unabhängig von der Altersgruppe und der Versicherungsart keine Rolle. Dieser Aspekt im Bayreuther Versichertenmodell betrifft also die Wähler nicht, so dass von keiner Nutzenveränderung auszugehen ist. Die Wähler werden sich daher voraussichtlich neutral gegenüber diesem Aspekt verhalten.

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
4.	Einführung selektiver Verträge ...	0	0	0	0	0	0
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzengewinn							

Tab. 18: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells ⁵¹⁶

5.3.1.2.5. Ökonomische Anreize

Das fünfte Kernelement des Reformmodells besteht in der Einführung ökonomischer Anreize wie Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen sowie uneingeschränktem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und Leistungsanbietern.

Es ist schwierig, die Vorschläge der Selbstbeteiligung und der Beitragsrückerstattungen hinsichtlich der Nutzenveränderung der Altersgruppen der 18- bis 20- und der 21- bis 39-Jährigen zu beurteilen. Für beide Aspekte müsste eine Aussage über die Risikoaffinität der Wähler getroffen werden, was mit Hilfe der hier vorliegenden Analyseinstrumente nicht möglich ist. Wird jedoch von einem risikoneutralen Verhalten ausgegangen, dann ist zu erwarten, dass die Wähler eine Selbstbeteiligung scheuen und eine Beitragsrückerstattung befürworten. Zur Vereinfachung wird für die Bewertung einer Nutzenverände-

⁵¹⁶ Eigene Darstellung.

rung der Wähler angenommen, dass sich diese beiden Gesichtspunkte in Bezug auf eine Nutzenveränderung neutralisieren. Damit verbleibt als letzter zu untersuchender Bestandteil des Alternativkonzeptes der uneingeschränkte Wettbewerb. Dieser birgt für alle Versicherten aufgrund von konkurrenzbedingten Preissenkungen und Service- sowie Qualitätsverbesserungen Vorteile. Daher ist bezogen auf dieses Kernelement bei den Wählern der Altersgruppen 18 bis 20 und 21 bis 39 Jahre insgesamt von einem Nutzensgewinn auszugehen. Die Altersgruppe der über 39-Jährigen ist von den ökonomischen Anreizen der Selbstbeteiligung und der Beitragsrückerstattung nicht betroffen, da sich für sie im Zuge eines Systemwechsels hinsichtlich ihrer Krankenversicherung nichts ändert. Gleichzeitig profitieren sie aber von einem erhöhten Wettbewerb unter den Leistungserbringern, wodurch auch sie einen Nutzensgewinn verzeichnen, wie die Tabelle zeigt:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
5.	Ökonomische Anreize ...	+	+	+	+	+	+
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzensgewinn							

Tab. 19: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VI⁵¹⁷

5.3.1.2.6. Bewertung

Die nachfolgende Tabelle fasst die analysierten Nutzenveränderungen der verschiedenen Wählergruppen in Bezug auf alle fünf Kernpunkte des Reformmodells zusammen:

⁵¹⁷ Eigene Darstellung.

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
1.	Allgemeine Krankenversicherungspflicht ...	0	0	0	0	0	0
2.	Risikoorientierte Krankenversicherungsprämien ...	0	0	-	-	0	0
3.	Solidarischer Schutz ...	-	-	-	-	-	-
4.	Einführung selektiver Verträge ...	0	0	0	0	0	0
5.	Ökonomische Anreize ...	+	+	+	+	+	+
Wahlentscheidung		indifferent	indifferent	dagegen	dagegen	indifferent	indifferent
Gewichtung		57,9%	5,9%	29,0%	3,0%	3,9%	0,4%
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzengewinn							

Tab. 20: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VII⁵¹⁸

Dabei wird davon ausgegangen, dass alle Wähler die jeweiligen Elemente gleich stark gewichten. Eine unterschiedlich starke Gewichtung ließe sich nur empirisch ermitteln, weshalb in dieser Arbeit von einer gleich verteilten Gewichtung ausgegangen wird. Diese Annahme erlaubt eine vereinfachte Bewertung mittels einer Bilanzierung der Nutzenverluste und –gewinne der unterschiedlichen Elemente und damit eine Prognose für die Wahlentscheidung des Wählers. Im Falle einer stärkeren Gewichtung eines Nutzenverlustes gegenüber einem Nutzengewinn, sähe die Wahlentscheidung negativ aus. Stattdessen kann bei gleich starker Gewichtung von einer Wahlenthaltung ausgegangen werden, da sich der Nutzenverlust und –gewinn ausgleichen.

Hierbei zeigt sich, dass die Wähler bis 20 Jahre und die Wähler älter als 39 Jahre dieselben Präferenzen haben, die in der Bilanzierung der Nutzengewinne und -verluste zu einer indifferenten Wahlentscheidung führen. Der jeweilige Nutzenverlust aus dem steuerfinanzierten

⁵¹⁸ Eigene Darstellung.

Versicherungsgeld wird mit einem Nutzensgewinn aus einem erhöhten Wettbewerb ausgeglichen. Diese Wähler versammeln insgesamt ca. 68 Prozent der Wählerstimmen auf sich, wovon mit ca. 58 Prozent der Stimmen der größte Anteil auf die GKV-Versicherten älter als 39 Jahre entfällt.

Die Wähler zwischen 21 bis 39 Jahren stimmen auf Basis der vorangegangenen Analyse gegen das Bayreuther Versichertenmodell. Ihr Nutzenvorteil resultierend aus mehr Wettbewerb wird aus den Nutzenverlusten durch risikoorientierte Versicherungsprämien und der steuerfinanzierten Aufbringung des Versicherungsgeldes überkompensiert. Hieraus folgt, dass die negative Wahlentscheidung dieser Wähler-/Versichertengruppe ausschlaggebenden Einfluss auf die Gesamtwahlentscheidung hat, was daran liegt, dass die anderen Wähler-/Versichertengruppen ein indifferentes Meinungsbild haben. Zu beachten ist allerdings, dass dieses Wahlergebnis nur auf die Enthaltung der anderen Gruppen zurückzuführen ist und auf einer relativ geringen Stimmenanzahl von 32 Prozent beruht. Nichts desto trotz lässt sich auch mit einem solch niedrigen Votum eine Entscheidung herbeiführen. Andererseits wird deutlich, dass die GKV-Versicherten der über 39-Jährigen mit ca. 58 Prozent der Stimmen alleine jegliche Wahlentscheidung erwirken könnten, sofern sie sich nicht enthalten.

5.3.2. Parteien

In diesem Unterkapitel wird die Rolle von Parteien im Rahmen eines möglichen GKV-Systemwechsels untersucht. Ziel ist die Beantwortung der Frage, ob eine Partei das Bayreuther Versichertenmodell in ihr Wahlprogramm aufnehmen wird oder nicht. Dazu wird nach einem einleitenden Abschnitt das Zweiparteienmodell dargestellt, anhand dessen das Verhalten der Politiker in Bezug auf die Ausgestaltung

des Programms ihrer Partei untersucht wird. In engem Zusammenhang mit dieser Analyse sind die Ergebnisse des vorangegangenen Abschnitts hinsichtlich der Überlegungen rationaler Wähler zu sehen. Das Unterkapitel endet mit einer Bewertung oben aufgeworfener Frage.

5.3.2.1. Rationales Verhalten der politischen Parteien

Für DOWNS ist die wichtigste Voraussetzung für das rationale Verhalten politischer Parteien das Vorhandensein einer einheitlichen und widerspruchsfreien Präferenzordnung, woraus ein rationaler, partieller Entscheidungsprozess resultiert.⁵¹⁹

Dementsprechend ergibt sich für DOWNS folgende Definition:

„Eine politische Partei ist eine Gruppe von Personen, die die Kontrolle über den Regierungsapparat dadurch in ihre Hand zu bekommen suchen, daß sie in einer ordnungsgemäß abgehaltenen Wahl ein Amt erhalten. ...“⁵²⁰

Da gemäß des methodologischen Individualismus ein Kollektiv nicht als solches agieren kann, wird jede Partei im Sinne einer Einzelperson betrachtet. Für eine Partei ist oberstes Ziel, eine Wahl zu gewinnen. Dafür muss sie möglichst zahlreiche Wählerstimmen auf sich vereinen. Die Strategie der Partei zur Maximierung der Wählerstimmen ist abhängig von der Verteilung der Wählerpräferenzen. Im Bereich der Parteienmodelle ist das ausschlaggebende Kriterium der Differenzierung die Anzahl der im Modell berücksichtigten Parteien.

⁵¹⁹ Vgl. Behrends (2001), S. 29.

⁵²⁰ Downs (1968), S. 25.

In der Literatur wird zwischen Ein-, Zwei- und Mehrparteiensystemen unterschieden. Das am einfachsten nachzuvollziehende System ist das mit zwei Parteien, weshalb es im Weiteren als Beispiel vorgestellt wird.⁵²¹

5.3.2.2. Zweiparteienmodell

5.3.2.2.1. Theoretische Grundlagen

In einem Zweiparteiensystem gelten folgende Prämissen:

Die beiden Parteien sind vollständig über die Präferenzen der Wähler und die Konsequenzen staatlichen Handelns informiert. Nach einer Wahl verfügt die Gewinnerpartei für die gesamte Legislaturperiode über die Regierungsgewalt. Auf Seiten der Wähler herrscht vollkommene Information über die Wahlprogramme der Parteien und die Maßnahmen der letzten Regierung, so dass von ausschließlich rationalen Wählern ausgegangen werden kann.⁵²²

Wie bereits gezeigt werden konnte, bedeutet rationales Wahlverhalten, dass jeder Bürger gemäß seiner individuellen Nutzenmaximierung wählt.⁵²³ Dementsprechend entscheidet sich nach DOWNS im Zweiparteienmodell der rationale Wähler für die Partei, bei der er da-

⁵²¹ In Bezug auf die Unterschiede des Mehr- und des Einparteiensystems zum Zweiparteiensystem wird u. a. auf Bernholz (1984), Kapitel 10 und Kapitel 11 verwiesen.

⁵²² Vgl. Bernholz (1984), S. 269. Die Annahme über das vollständige Wissen der Präferenzen der Wähler und deren vollkommen rationales Verhalten entsprechen der hier zugrunde gelegten Theorie und nicht der Realität.

⁵²³ Vgl. Behrends (2001), S. 31 und Horbach (1992), S. 62 ff.

von ausgeht, dass sie ihm in der nächsten Legislaturperiode den höchsten Nutzen bringt.⁵²⁴

Für den Wähler spielen zwei Wahlperioden eine Rolle:

1. die der Wahl folgende, welche t+1 genannt wird, und
2. die am Wahltag endende, welche t genannt wird.

Downs führt für seine Analyse weitere Symbole ein:

- „U bedeutet das wirkliche oder hypothetische Nutzeneinkommen eines einzelnen Wählers aus der staatlichen Tätigkeit während einer Wahlperiode.
- A ist die Partei, die während der Periode t im Amt ist, d. h. die Regierungspartei.
- B ist die Oppositionspartei, d. h. die Partei, die während der Periode t nicht an der Macht ist. (...)
- U^a bedeutet das Nutzeneinkommen, das während einer bestimmten Periode tatsächlich empfangen wird. Es ist das Nutzeneinkommen, das durch die Partei, die an der Macht ist, während dieser Zeit geliefert wird.
- Uⁱ bedeutet das Nutzeneinkommen, das nach Auffassung des Wählers das höchste ist, das er während irgendeiner Periode hätte erhalten können. Es ist das Nutzeneinkommen, das ihm die ideale Regierung geboten hätte, wenn sie in der betreffenden Periode an der Macht gewesen wäre.
- E bedeutet Erwartungswert.⁵²⁵

Zur Ermittlung des höheren Nutzeneinkommens im Falle des Regierens unterschiedlicher Parteien kann der Wähler in einem Zweiparteiensystem einen einfachen Vergleich der Erwartungswerte vornehmen.

$$E(U_{t+1}^A) - E(U_{t+1}^B)$$

Formel 1⁵²⁶

⁵²⁴ Vgl. Downs (1968), S. 35.

⁵²⁵ Downs (1968), S. 37.

⁵²⁶ Vgl. Downs (1968), S. 38.

Die Differenz ist das erwartete Parteidifferential. Wenn es positiv ist, stimmt der Bürger für die zurzeit regierende Partei, also für Partei A. Im anderen Fall wird er die Opposition (Partei B) wählen.

Die Frage, wie ein rationaler Wähler die erwarteten Nutzeneinkommen berechnen soll, von denen er sein Parteidifferential ableitet, beantwortet DOWNS wie folgt: Er geht davon aus, dass der Wähler die Leistung der Oppositionspartei in Erwägung zieht, welche diese im Zeitraum t (aktuelle Legislaturperiode) erbracht hätte.⁵²⁷ Diese Größe vergleicht er mit dem ihm tatsächlich zugute gekommenen Nutzeneinkommen unter der aktuellen Regierung.

$$(U_t^A) - E(U_t^B)$$

Formel 2⁵²⁸

Bei dieser Differenz handelt es sich um die Hauptdeterminante des zu erwartenden Parteidifferentials des Wählers.

Zur Erstellung eines Parteidifferentials muss der Wähler in einem ersten Schritt das tatsächliche Handeln der Regierung einer hypothetischen Regierungstätigkeit der Opposition gegenüberstellen, um Differenzen herauszufinden. Im zweiten Schritt muss er den Einfluss der Unterschiede auf sein persönliches Nutzeneinkommen bestimmen. Als letzte Maßnahme müssen die Unterschiede im Nutzen zu einem Nettoergebnis aggregiert werden. Erst hieran lässt sich wirklich zeigen, welche Partei um wie viele Nutzeneinheiten für den jeweiligen Wähler vorteilhafter ist.

⁵²⁷ Hierzu merkt Downs an, dass diese Erwägungen rein hypothetisch sind und der Wähler daher bei der Kalkulation seines Nutzeneinkommens auf seine „Phantasie“ angewiesen ist. Vgl. Downs (1968), S. 39.

⁵²⁸ Vgl. Downs (1968), S. 39.

5.3.2.2.2. Parteienwettbewerb

Die Mitglieder der Parteien können das Vorgehen der Wähler in Bezug auf deren Erstellung eines Parteidifferentials antizipieren. Neben der Verfolgung ihrer ideologischen Ausrichtung versuchen die Politiker daher aufgrund ihres eigennutzenorientierten Verhaltens, die Menge öffentlicher Güter aus- bzw. abzubauen und eine „disponible Finanzmasse“ zu generieren.

Modellhaft wird unterstellt, dass es eine Linkspartei und eine Rechtspartei gibt, die um den Wahlsieg kämpfen. Die Wahl gewinnt die Partei mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Die beiden Parteien haben verschiedene Wahlprogramme in Bezug auf die Bereitstellung *eines* öffentlichen Gutes. Es wird davon ausgegangen, dass die Linkspartei eine höhere Menge des öffentlichen Gutes zur Verfügung stellen möchte als die Rechtspartei. Weiterhin gilt die Annahme, dass das Steueraufkommen zur Deckung der Bereitstellungskosten ausreicht, so dass es nicht zu Defiziten kommen kann, jedoch zu Überschüssen. Die Linkspartei ruft folglich aufgrund ihres Wahlprogramms mit einer höheren Leistungsmenge auch eine höhere Steuerbelastung hervor als die Rechtspartei.⁵²⁹ Die Präferenzen der Nachfrager hinsichtlich der öffentlichen Leistungen sind ersichtlich, so dass beide Parteien über die Vorstellungen der Wähler vollständig in Kenntnis gesetzt sind. Relevant ist die Annahme, dass alle Wähler über die Programme der zwei Parteien vollends informiert sind.⁵³⁰

Der ideale Parteienwettbewerb führt nun zu einer Reduzierung dieser verfügbaren Finanzmittel auf Null. Dieser Prozess erklärt sich wie folgt: In der Ausgangslage wird angenommen, dass die Linkspartei eine gewisse Menge des öffentlichen Gutes zu einer festgelegten

⁵²⁹ Vgl. Pappenheim (2001), S. 125 und Erlei (1999) et al., S. 332 f.

⁵³⁰ Vgl. Bernholz (1984), S. 269 ff.

Kopfsteuer zur Verfügung stellt und gleichzeitig noch über eine konkrete disponible Finanzmasse verfügt. Zu Lasten dieser Masse wird die Rechtspartei eine erhöhte Menge des öffentlichen Gutes bereithalten bei gleich hoher Kopfsteuer. Hierdurch wird die Rechtspartei Stimmen gewinnen, da für die Wähler der persönliche Nutzen in Form der Mengenausweitung des öffentlichen Gutes steigt. Dies führt zu einem wechselseitigen Prozess der beiden Parteien, indem sie die Menge des öffentlichen Gutes immer weiter zu Lasten der disponiblen Finanzmasse ausbauen, bis diese Null erreicht.⁵³¹

Es stellt sich nun die Frage, wie die jeweiligen Programme der zwei Parteien aussehen müssen, damit sie die Wahl gewinnen. DOWNS geht bei einem Zweiparteiensystem von einer Verteilung der Wähler entlang einer Skala von 1 bis 100 gemäß der Normalverteilung bei 50 aus. Dabei spiegelt die Normalverteilung die Präferenzen der Wähler wider. Wenn in der Ausgangslage die beiden Parteien an den Punkten 25 und 75 stehen, werden sie schnellstmöglich in Richtung des Zentrums konvergieren, da sie hier mehr Wählerstimmen erhalten. In der Praxis führt das zu dem Ergebnis, dass die parteipolitischen Programme sich immer mehr angleichen und eine Überschneidung der ursprünglich unterschiedlichen Ansätze nicht auszuschließen ist.⁵³² Somit handelt es sich bei dem letzten notwendigen Wähler zur Erreichung der Mehrheit um den Medianwähler. In einer indirekten Demokratie mit einfacher Mehrheitswahl muss also eine Partei zur Erreichung eines Wahlsiegs ihr Programm an dem Medianwähler ausrichten.⁵³³

⁵³¹ Vgl. Fritsch (2005), S. 397 f. und Erlei (1999), S. 335 ff.

⁵³² Dies bezieht sich allerdings nur auf eine Normalverteilung der Wählerpräferenzen. In dem Fall, dass es zwei Extrempunkte gibt, die jeweils am äußeren Rand der Skala liegen, konvergieren die Parteiprogramme nicht aufeinander zu. Vgl. Downs (1968), S. 112.

⁵³³ Vgl. Pappenheim (2001), S. 122 f. Erlei et al. weisen darauf hin, dass die Erfüllung der Präferenzen des Medianwählers gleichzeitig das Nash-Gleichgewicht in einem spieltheoretischen Wahlspiel darstellt. Vgl. Erlei (1999), S. 340.

Im konsequent zu Ende gedachten Zweiparteiensystem führt das Verhalten der beiden Parteien nicht nur zu einer Überschneidung der Wahlprogramme, sondern zu einer Auflösung der Links- und Rechtspartei hin zu zwei „Median(Wähler)Parteien“ mit quasi identischem Wahlprogramm.⁵³⁴ Im Mittelpunkt stehen dann nicht mehr die Inhalte, sondern die Wahlsystematik.

Die bisherigen Überlegungen beziehen sich auf ein Zweiparteiensystem, sind aber in ihren Grundlagen auch auf ein Mehrparteiensystem übertragbar. In diesem Fall vergleicht der Wähler die Regierungspartei mit der Oppositionspartei, von der er den höchsten persönlichen Nutzen unter allen Oppositionsparteien erwartet. Daneben besteht allerdings in einem Mehrparteiensystem für einen rationalen Wähler auch die Möglichkeit, seine Stimme einer Partei zu geben, bei welcher er nicht davon ausgeht, dass sie seinen Nutzen maximiert. Grund dafür ist die vom Wähler angenommene Wahrscheinlichkeit für einen Wahlsieg seiner Präferenzpartei. Wenn diese Chance als zu gering angesehen wird und somit die Wahlstimme nach Meinung des Wählers keinen Einfluss hat, wählt er die zweitfavorisierte Partei. Dabei ist sein Nutzeneinkommen voraussichtlich geringer, aber die Wahrscheinlichkeit des Wahlsiegs höher als bei der Präferenzpartei.⁵³⁵

⁵³⁴ Vgl. Pappenheim (2001), S. 124. Dieses Ergebnis kommt allerdings nur zustande, wenn die oben getroffenen Prämissen ausnahmslos gelten, was in der Praxis nicht der Fall ist. In dem Modell wird den Wählern eine uneingeschränkte Nutzenarbitrage unterstellt, die besagt, dass sie die Linkspartei wählen, wenn der Nutzen aus ihrem Wahlprogramm größer ist als der Nutzen des Programms der Rechtspartei. Hierfür ist die Annahme nötig, dass eine vollständige und kostenlose Information der Bürger über alle Steuer-Mengen-Relationen vorliegt, welche die Parteien anbieten. Beide Prämissen sind in der Realität nur sehr eingeschränkt vorhanden, so dass sich das Kalkül der Wähler ändert. Es müssten die Kosten für eine umfassende Informationsbeschaffung mit eingerechnet werden, und es ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass ein großer Teil der Wähler sich mit einer eingeschränkten Informationsmenge zufrieden stellen lässt. Vgl. Erlei (1999), S. 340 f.

⁵³⁵ Vgl. Behrends (2001), S. 31 und Downs (1968), S. 46 f.

5.3.2.2.3. GKV-Systemwechsel aus Sicht der Parteien

Auf Basis des zuvor erörterten Zweiparteienmodells wird im Folgenden die Möglichkeit untersucht, ob eine Partei die Umstellung auf das Bayreuther Versichertenmodell in ihr Wahlprogramm aufnimmt.

Ausgangslage ist die Überlegung der beiden Parteien (Links- und Rechtspartei), sich in Bezug auf einen GKV-Systemwechsel in ihren jeweiligen Wahlprogrammen zu positionieren. Es wird davon ausgegangen, dass die Linkspartei das aktuelle GKV-System präferiert und keinen Systemwechsel vorschlägt. Weiterhin wird angenommen, dass die Rechtspartei grundsätzlich einen GKV-Systemwechsel gemäß des Bayreuther Versichertenmodells vornehmen möchte.⁵³⁶ Die Rechtspartei antizipiert folglich entsprechend ihres potentiellen Wahlprogramms und der damit einhergehenden Einführung des Bayreuther Versichertenmodells eine höhere finanzielle Belastung bei einigen Wählergruppen.⁵³⁷ Beide Parteien sind über die Vorstellungen der Wähler vollständig in Kenntnis gesetzt, so dass die Präferenzen der Nachfrager hinsichtlich der zusätzlichen finanziellen Belastung ersichtlich sind. Dabei gilt weiterhin die Annahme relevant, dass auch alle Wähler über die Programme der zwei Parteien vollends informiert sind.⁵³⁸

Mit Hilfe der zuvor getätigten Überlegungen zur „disponiblen Finanzmasse“ wird nun gezeigt, warum die Rechtspartei aus Gründen der Wählerstimmenmaximierung die Einführung des Bayreuther Versi-

⁵³⁶ Die Wahlprogramme der Links- und der Rechtspartei sind vom Autor willkürlich zugeordnet worden. Eine umgekehrte Verteilung ist genauso gut vorstellbar.

⁵³⁷ Zur Gegenüberstellung, welche Wählergruppen in welchem Ausmaß bei einem GKV-Systemwechsel hin zum hier diskutierten Reformmodell betroffen sind, wird auf das Unterkapitel „Wahlverhalten in Bezug auf einen GKV-Systemwechsel“ verwiesen.

⁵³⁸ Vgl. Pappenheim (2001), S. 125, Erlei (1999) et al., S. 332 f. und Bernholz (1984), S. 269 ff.

chertenmodells nicht in ihrem Wahlprogramm aufnehmen wird, obwohl sie das Alternativkonzept ideologisch eindeutig befürwortet.

Zunächst wird davon ausgegangen, dass die Linkspartei ein gewisses Maß an Solidarität zu einem festgelegten Beitragssatz in der GKV anbietet und gleichzeitig noch eine bestimmte Menge an disponibler Finanzmasse vorhanden ist. Die Rechtspartei überlegt sich nun, diese verfügbare Finanzmasse nach Einführung des Reformmodells für die Finanzierung des Versicherungsgeldes zu nutzen. Wenn die disponiblen Mittel zur vollständigen Finanzierung des Versichertengeldes im Alternativkonzept ausreichen, entsteht keinem Wähler im dritten Kernpunkt des Bayreuther Versichertenmodells ein Nutzenverlust, eher ein Nutzengewinn. Selbst bei Annahme keiner Nutzenveränderung wäre die Gesamtbilanz der Wahlentscheidung positiv, wie die Zusammenfassung in nachfolgender Tabelle verdeutlicht:

Wesentliche Elemente des Bayreuther Vers.modells		Vers. 40 Jahre und älter		Vers. 21-39 Jahre alt		Vers. 18-20 Jahre alt	
		GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
1.	Allgemeine Krankenversicherungspflicht ...	0	0	0	0	0	0
2.	Risikoorientierte Krankenversicherungsprämien ...	0	0	-	-	0	0
3.	Solidarischer Schutz ...	0	0	0	0	0	0
4.	Einführung selektiver Verträge ...	0	0	0	0	0	0
5.	Ökonomische Anreize ...	+	+	+	+	+	+
Wahlentscheidung		dafür	dafür	indifferent	indifferent	dafür	dafür
Gewichtung		57,9%	5,9%	29,0%	3,0%	3,9%	0,4%
Legende: - = Nutzenverlust; 0 = keine Nutzenveränderung; + = Nutzengewinn							

Tab. 21: Wahlentscheidung bzgl. des Bayreuther Versichertenmodells VIII⁵³⁹

⁵³⁹ Eigene Darstellung.

In diesem Fall würde die Linkspartei in ihrem Wahlprogramm die freien Finanzmittel dazu nutzen, das ihrerseits bevorzugte GKV-System zu unterstützen. Entweder könnte sie die Solidarität bei gleich bleibendem Beitragssatz ausbauen oder den Beitragssatz bei einem gleich hohen Umfang an Solidarität senken. Zwischen den Parteien ergäbe sich ein Wettbewerb um das von den Wählern bevorzugte GKV-System, der aber an dieser Stelle nicht von Bedeutung ist. Entscheidend ist vielmehr, dass die beiden Parteien die disponible Finanzmasse immer mehr aufbrauchen werden, um entlang der von Downs angenommenen Normalverteilung bei 50 die meisten Stimmen für sich gewinnen zu können. Auch hier spielt der Medianwähler die bedeutende Rolle, da er der einen oder anderen Partei zum Wahlsieg verhilft. Bei diesem konkreten Beispiel kommt es indessen nicht zu einer Auflösung der Links- und Rechtspartei hin zu zwei „Medianparteien“, da sie weiterhin an unterschiedlichen Wahlprogrammen bezüglich des GKV-Systems festhalten. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Verwendung der disponiblen Finanzmasse, so dass der Medianwähler sich letztendlich zwischen einem der beiden Programme entscheiden muss. Diese Situation wird voraussichtlich jedoch nicht eintreten, da die verfügbare Finanzmasse nicht so umfangreich ist, um das Versicherungsgeld vollständig zu finanzieren. Wenn beispielsweise das von OBERENDER ET AL. zugrunde gelegte gesamte Umverteilungsvolumen in der GKV im Jahre 2005 von 56,2 Milliarden Euro als disponible Finanzmasse betrachtet wird, steht demgegenüber im selben Jahr zwar nur ein Kompensationsbedarf im Sinne des Versicherungsgeldes von 28,7 Milliarden Euro. Dieser Betrag wächst indessen bereits im Jahr 2015 auf 58,4 Milliarden Euro an und liegt somit über dem Umverteilungsvolumen von 2005. Im Jahre 2050 wird dieser festgeschriebene 2005-Wert deutlich von den notwendigen

Kompensationszahlungen im Umfang von dann 92,4 Milliarden Euro übertroffen.⁵⁴⁰

Weiterhin ist zu bedenken, dass der Einsatz der verfügbaren Finanzmittel als Versicherungsgeld einen anderweitigen Gebrauch ausschließt. Es ergibt sich quasi ein Wettbewerb um die Investition der Finanzmittel, bei dem die Verwendung bevorzugt wird, die dem Wähler den größten Nutzen zuführt.

5.3.2.2.4. Bewertung

Die Politiker der Rechtspartei sind sich bewusst, dass die disponible Finanzmasse nicht zur Finanzierung des Versicherungsgeldes ausreicht, weshalb die Umsetzung des 3. Kernpunktes („Solidarischer Schutz ...“) bei allen Wählern zu Nutzenreduzierungen führt.

Hieraus ergibt sich in der Gesamtbilanz eine Ablehnung des GKV-Systemwechsels bei den Wählern der Altersgruppen von 21 bis 39 Jahren, während alle anderen Wähler indifferent sind. Diese Bewertung können die Politiker der Rechtspartei antizipieren und werden entgegen ihrer ideologischen Überzeugung von der Befürwortung des Bayreuther Versichertenmodells Abstand nehmen.

Somit lässt sich die eingangs des Unterkapitels gestellte Frage dahingehend beantworten, dass keine Partei das Reformmodell in ihr Wahlprogramm aufnehmen wird, solange sie berechtigterweise davon ausgehen kann, dass die Wähler aus Gründen der Eigennutzenmaximierung kein Interesse an der Wahl eines solchen Programms und der damit einhergehenden Umsetzung haben.

⁵⁴⁰ Siehe zu den Beträgen Oberender (2006), S. 87 und 92.

Zu diesem Ergebnis kommen auch FRITSCH ET AL., die eine der zentralen Schlussfolgerungen des politischen Wettbewerbs folgendermaßen formulieren:

„Eigennützige Motive der Politiker bewirken, dass sie ihr Wahlprogramm an den Präferenzen der Wähler ausrichten.“⁵⁴¹

5.3.3. Interessenverbände

Den Grundstein für die Erforschung von wirtschaftlichen Interessen bestimmter Gruppen legte 1956 der amerikanische Ökonom MANCUR OLSON.⁵⁴² Seine Theorie ist in die Sparte der konfliktorischen Gruppentheorien einzuordnen, die davon ausgehen, dass

„nicht alle Interessen gesellschaftlicher Gruppen in politisch relevanter Interessenartikulation und –aggregation (gesellschaftliche Interessen werden formuliert und gebündelt) münden und zu einem Gemeinwohl a posteriori führen.“⁵⁴³

Im Folgenden wird zunächst das rationale Verhalten von Interessenverbänden im Allgemeinen erörtert, um darauf aufbauend die Haltung von Verbänden gegenüber einem GKV-Wechsel im Speziellen zu analysieren. Die Untersuchung endet mit einer Bewertung.

⁵⁴¹ Fritsch (2005), s. 399.

⁵⁴² Siehe hierzu das Hauptwerk von Olson (1965) und im Deutschen Olsen (1968).

⁵⁴³ Behrends (2001), S. 53.

5.3.3.1. Rationales Verhalten der Interessenverbände

Der vorwiegende Zweck eines Interessenverbandes ist wirtschaftlicher Natur und besteht darin, den Mitgliedern Vorteile zu verschaffen. Bei den Mitgliedern kann es sich um Privatpersonen, die dann auch gleichzeitig Wähler sind, handeln oder auch um Unternehmen.

In vier Bereichen bestehen Einflussmöglichkeiten durch Interessenvertreter:

1. Finanzierungspotential
2. Informationspotential
3. Initiierung kollektiven Handelns im politischen Bereich
4. Initiierung kollektiven Handelns im Marktbereich.⁵⁴⁴

Interessenverbände nehmen eine Vermittlerrolle zwischen der Regierung und den Wählern wahr. DOWNS geht im Sinne seines Rationalitätsaxioms davon aus, dass es Ziel der Interessenverbände ist, ihren eigenen Nutzen zu maximieren. Die Verbände geben hingegen vor, den Willen der Wähler bzw. ihrer Mitglieder zu vertreten, damit deren Präferenzen von der Regierung berücksichtigt werden. Gleichzeitig versuchen die Interessenverbände, die Wähler von bestimmten Meinungen zu überzeugen, so dass die Wähler sich für eine Partei im Sinne der Interessenvertretung entscheiden.⁵⁴⁵

Im Gegensatz zur Regierung sind die jeweiligen Verbände auf ihrem speziellen Themengebiet wesentlich besser informiert. Für die Regierung ist es mit erheblichen Kosten verbunden, bestimmte Informationen zu beschaffen, die den Verbänden leichter zugänglich sind. Die einzelnen Unternehmen haben mehr Einblick in die entsprechende

⁵⁴⁴ Vgl. Daumann (1999), S. 172 und S. 185, sowie Daumann (1999), der eine umfassende Übersicht zu dem Thema liefert.

⁵⁴⁵ Vgl. Fritsch (2005), S. 411 und Downs (1968), S. 86.

Marktsituation⁵⁴⁶ als die Regierung, weshalb sie auch die Konsequenzen politischer Entscheidungen auf die Marktteilnehmer besser abschätzen können. Den Verbänden ist es möglich, diese Informationen mit einem vergleichsweise niedrigen Kostenaufwand zusammenzutragen, zu aggregieren und an die Politiker weiterzuleiten. Dies geschieht mit einer gewissen Selektion der Daten dahingehend, nur die Informationen weiterzugeben, welche die Interessen der Verbände stärken. Allerdings müssen die Verbandsvertreter gewährleisten, ihre Glaubwürdigkeit nicht zu verlieren, so dass von der Weitergabe eines relativ authentischen Bildes der Realität an die Politiker ausgegangen werden kann. Gleichzeitig haben die Interessenverbände die Aufgabe, ihre Mitglieder über das politische Geschehen und die Folgen der sie betreffenden politischen Entscheidungen zu informieren.⁵⁴⁷ Damit sind die Verbände Informationsquellen in zwei Richtungen: zum einen für die Politiker und zum anderen für die Verbandsmitglieder, bei denen es sich gleichzeitig um Wähler handelt.

Im Gegensatz zu den Wählern, die nur im Zuge der Wahl ihren Einfluss geltend machen können, wirken Interessenverbände auch *während* der Legislaturperiode auf den Entscheidungsprozess der Mitglieder der Regierung ein. Diese Möglichkeit besteht, da die Verbände als Gegenleistung kostengünstig Datenmaterial zur Verfügung stellen oder zusagen, die Wähler bei der nächsten Wahl in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen.

⁵⁴⁶ Zur Marktsituation werden die nötigen Produktionsmittel, die Zahl, die Größe und der Einfluss der Konkurrenten, Lieferanten bzw. Abnehmer, die Anzahl der Beschäftigten und die Arbeitsmarktsituation in der jeweiligen Branche sowie Gewinne, Umsätze und Steuern gerechnet.

⁵⁴⁷ Vgl. Pappenheim (2001), S. 157.

5.3.3.2. GKV-Systemwechsel aus Sicht der Interessenverbände

Für diese Interessenanalyse steht das Einflusspotential der Verbände gegenüber Politikern im Vordergrund. Hierbei geht es um die Möglichkeiten der Interessenverbände, kollektives Handeln im politischen Sektor zu veranlassen. Ob sich die Politiker von diesen Initiativen tatsächlich beeinflussen lassen, wird in einem anschließenden Abschnitt diskutiert.

Von einem GKV-Systemwechsel sind verschiedene Interessenverbände betroffen. Zum einen gibt es die Verbände der Krankenkassen und zum anderen die der Leistungserbringer. Letztere werden sich hinsichtlich der ersten drei Kernpunkte⁵⁴⁸ des Bayreuther Versichertenmodells neutral positionieren, da ihre Mitglieder – die Leistungsanbieter – hiervon nicht unmittelbar berührt sind. Allerdings werden sich die Verbände der Leistungserbringer gegen die Umsetzung des vierten und fünften Punktes aus dem Reformkonzept aussprechen. Der Grund für diesen Einwand liegt in der Möglichkeit, dass Krankenversicherungen nach der Reform selektive Verträge mit Leistungserbringern abschließen können, woraus sich eine deutlich schlechtere Verhandlungsposition für die Anbieter ergibt. Weiterhin ist es nicht im Interesse der Leistungsanbieter und ihrer Verbände, dass ökonomische Anreize für mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sowie zwischen den Anbietern untereinander geschaffen werden. Denn die höhere Markttransparenz und Effizienz baut die bisherigen Informationsasymmetrien ab und reduziert folglich den Nutzen der Leistungserbringer. Daher lässt sich antizipieren,

⁵⁴⁸ Hierbei handelt es sich erstens um die allgemeine Krankenversicherungspflicht aller Bürger für einen festgelegten Regelleistungskatalog existenzbedrohender Risiken, zweitens um risikoorientierte Krankenversicherungsprämien, sowohl für die Pflicht- als auch die freiwilligen Zusatzversicherungen und drittens den solidarischen Schutz zur Gewährleistung der Krankenpflichtversicherung für ökonomisch Schwache durch steuerfinanziertes Versicherungsgeld.

dass die Interessenverbände der Leistungserbringer die Politiker dahingehend beeinflussen werden, *gegen* einen Systemwechsel auf Basis des Bayreuther Versichertenmodells zu votieren.

Die Interessenverbände der Krankenkassen sind zu unterteilen in die Vertretungen der gesetzlichen und die der privaten Krankenkassen. Zunächst ist festzustellen, dass im Rahmen des vorliegenden Reformkonzeptes eine Trennung der Versicherungen, wie sie derzeit zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung besteht, aufgehoben wird. Grundsätzlich können aber die Institute beider Krankenversicherungsarten weiter bestehen. Gemäß des Alternativvorschlags dürfen alle Krankenkassen Krankenvollversicherungen anbieten. Es ergeben sich für die Krankenversicherungen neue Handlungsfelder und somit auch neue Chancen bei einem gleichzeitig erhöhten Wettbewerb. Ohne eine empirische Erhebung bei den einzelnen Krankenkassen bzw. deren Verbänden ist keine eindeutige Prognose möglich, wie diese sich gegenüber den ersten beiden Kernpunkten⁵⁴⁹ des Alternativkonzeptes positionieren. Auf der einen Seite vergrößern sich die Chancen einer jeden Versicherung auf dem Markt. Auf der anderen Seite ist es denkbar, dass die Versicherungen die neuen Marktrisiken scheuen und lieber am Status quo festhalten. Den Änderungen in Bezug auf die solidarische Absicherung sozial schwacher Versicherter⁵⁵⁰ werden die Krankenkassenverbände positiv gegenüber stehen, da die Finanzierung des Versicherungsgeldes aus Steuermitteln die Haushalte der Krankenversicherungen entlastet. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass die Interessenverbände – sowohl die der gesetzlichen als auch die der privaten Krankenkassen – den Nutzengewinn für ihre

⁵⁴⁹ Hierbei handelt es sich erstens um die allgemeine Krankenversicherungspflicht aller Bürger hinsichtlich eines festgelegten Regelleistungskatalogs existenzbedrohender Risiken und zweitens um risikoorientierte Krankenversicherungsprämien, sowohl für die Pflicht- als auch für die freiwilligen Zusatzversicherungen.

⁵⁵⁰ Hierbei handelt es sich um den 3. Kernpunkt des Bayreuther Versichertenmodells.

Mitglieder erkennen, der aus dem Abschluss von selektiven Verträgen⁵⁵¹ und aus Anreizen wie Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen⁵⁵² entsteht.

5.3.3.3. Bewertung

Die Interessenverbände der Leistungserbringer werden sich gegenüber Politikern vermutlich größtenteils gegen einen GKV-Systemwechsel gemäß des Bayreuther Versichertenmodells aussprechen. Grund hierfür ist der zu erwartende Nutzenverlust der Verbandsmitglieder im Vergleich zum Status quo. Gleichzeitig werden die Verbände ihren Mitgliedern empfehlen, bei Wahlen gegen dieses Reformmodell zu stimmen.

Im Gegensatz hierzu ist die strategische Positionierung der Krankenkassenverbände nicht so eindeutig zu antizipieren, denn die Einzelvoten für alle fünf Kernpunkte lassen sich nicht mit Sicherheit voraussagen. Dementsprechend kann auch die Wahlempfehlung der Verbände an ihre Mitglieder nicht exakt eingeschätzt werden.

Die Anzahl der Verbandsmitglieder ist relativ gering gemessen an der Gesamtheit der Wahlberechtigten. Allerdings lässt dies keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Einflussnahme auf die Politiker durch die Verbände zu. Die Macht der Interessenvertreter, im Sinne der Beeinflussung der Parlamentarier, kann selbst bei wenig vertretenen Wählerstimmen überproportional groß sein.

⁵⁵¹ Hierbei handelt es sich um den 4. Kernpunkt des Bayreuther Versichertenmodells.

⁵⁵² Hierbei handelt es sich um den 5. Kernpunkt des Bayreuther Versichertenmodells.

5.3.4. (Regierungs-)Politiker

Zunächst wird in diesem Unterkapitel das rationale Verhalten der (Regierungs-)Politiker dargestellt. Auf Basis dieser Analyse wird die Haltung der Parlamentarier im Hinblick auf einen GKV-Systemwechsel ermittelt. Hierbei werden im Speziellen die Einflussmöglichkeiten untersucht, die Wähler auf die Handlungsweisen von Politikern haben. Diese Diskussion wird auf die Beeinflussung von Volksvertretern durch Interessenverbände erweitert. Die Verhaltensanalyse der (Regierungs-)Politiker endet mit einer Bewertung.

5.3.4.1. Rationales Verhalten der (Regierungs-)Politiker

Wie gezeigt werden konnte, sind für Politiker die Nutzenkalküle der Wähler leicht nachvollziehbar und auch vorhersehbar, weshalb die Parlamentarier vorwiegend kurzfristig wirksame verteilungspolitische Maßnahmen durchsetzen. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht wäre es hingegen wohlfahrtsfördernder, wenn Politiker eine optimale Allokation sicherstellen und daran anknüpfend verteilungspolitische Schritte mittels direkter Transfers umsetzen. Konkret bedeutet dies, dass allokatonsverbessernde Maßnahmen durchgeführt werden und die dadurch erzielten Wohlfahrtsgewinne für Kompensationszahlungen an benachteiligte Personen eingesetzt werden. Diese Kompensation erfolgt als direkte Subjektförderung und nicht über den Umweg einer Objektförderung.⁵⁵³

⁵⁵³ Vgl. Fritsch (2005), S. 389 f. et al.: „In Deutschland wäre es zum Beispiel aus gesamtwirtschaftlicher Sicht sinnvoll, wenn der Staat den Bau von Sozialwohnungen nicht mehr subventionieren würde, sondern statt dessen Subjektförderung betreibt und die frei werdenden Haushaltsmittel zu Wohngeldzahlungen in Abhängigkeit von der Bedürftigkeit des jeweiligen Haushalts verwendet.“

Die Prinzipal-Agent-Theorie unterstellt Politikern vielfach, dass sie sich als Agenten gegenüber ihren Prinzipalen, den Wählern, opportunistisch verhalten.⁵⁵⁴

Auch das Modell von DOWNS basiert auf dem Eigennutzen-Axiom und geht bei der Motivation von politischen Akteuren davon aus,

„daß sie nur handeln, um das Einkommen, das Prestige und die Macht zu erlangen, die mit öffentlichen Ämtern verbunden sind. Daher streben in unserem Modell die Politiker niemals ein öffentliches Amt an, weil es ihnen ermöglicht, bestimmte politische Konzepte zu verwirklichen; ihr einziges Ziel ist, die Vorteile zu genießen, die ein öffentliches Amt an sich bietet.“⁵⁵⁵

Allerdings stellt DOWNS auch fest, dass selbst die Politiker nicht durchweg egoistisch motiviert handeln, sondern häufig vom individuellen Standpunkt aus irrational entscheiden, in der Überzeugung, dass die mit ihrer Entscheidung einhergehenden Handlungen für die Gesellschaft rational sind.⁵⁵⁶ Diese Fälle werden jedoch ausgeklammert; für die Untersuchungen gilt die Modellannahme der Eigennutzenmaximierung.⁵⁵⁷

Die politische Tätigkeit eines Volksvertreters hat mittlerweile die wesentlichen Merkmale eines ausgeprägten Berufs angenommen, einschließlich der Probleme. So wie zum Beispiel ein Unternehmer den

⁵⁵⁴ Vgl. Fritsch (2005), S. 395, Feldmann (1999), S. 220 f. und Pappenheim (2001), S. 158 ff.

⁵⁵⁵ Downs (1957), S. 27 und vgl. Voigt (2002), S. 117.

⁵⁵⁶ Vgl. Downs (1957), S. 27, der ausführt: „Politiker handeln z. B. in der realen Welt manchmal so, wie es nach ihrer Auffassung für die Gesellschaft als Ganzes am besten ist, selbst wenn sie wissen, daß ihre Handlungsweise sie Stimmen kosten wird.“, Downs (1957), S. 27.

⁵⁵⁷ Vgl. Voigt (2002), S. 122.

Risiken des Marktes ausgesetzt ist, besteht die vergleichsweise ähnliche Gefahr für den Politiker, sein politisches Amt zu verlieren.

Damit Politiker ein politisches Mandat erhalten, müssen sie Wahlen gewinnen. Hierbei unterliegen sie dem in einer indirekten Demokratie typischen Wettbewerb von verschiedenen Parteien. Politiker sehen sich folglich in ihren Handlungen stets der Restriktion Wahl bzw. der Wiederwahl ausgesetzt.⁵⁵⁸ Daher ist es für den beruflichen Erfolg eines Politikers unabdingbar, das politische Instrument der Partei zu nutzen. Für den Volksvertreter ist die Institution einer Partei *das* Mittel zur Erreichung seiner persönlichen Ziele. Hierbei muss der Politiker darauf achten, dass seine Äußerungen und Meinungen nicht zu sehr im Kontrast zu denen der Partei stehen. In einem solchen Fall liefe der Politiker Gefahr, von der Partei oder der Fraktion ausgeschlossen zu werden und seine Ziele nicht mehr mit Hilfe der Partei erreichen zu können.⁵⁵⁹

Eine ähnliche Ausgangslage gilt für die Regierung, die sich aus den Politikern bildet. Daher gilt aus Sicht der NPÖ analog für die Regierung in einer indirekten Demokratie, dass diese nach einer maximalen politischen Unterstützung durch ihre Wähler strebt. Aus diesem Grund tätigt die Regierung die Ausgaben, von denen sie sich den Erhalt der meisten Wählerstimmen erhofft. Hierzu werden bewusst Finanzierungsmaßnahmen gewählt, welche die wenigsten Wählerstimmen kosten.⁵⁶⁰ Das führt allerdings nicht zwingend zu einer Maximierung der sozialen Wohlfahrt in der Gesellschaft, wie es von der Regierung im Rahmen der traditionellen Form der Wirtschaftstheorie verlangt wird.

⁵⁵⁸ Vgl. Voigt (2002), S. 121, Pappenheim (2001), S. 139 und Erlei (1999), S. 329.

⁵⁵⁹ Vgl. Pappenheim (2001), S. 159.

⁵⁶⁰ Vgl. Downs (1968), S. 50.

5.3.4.2. GKV-Systemwechsel aus Sicht der (Regierungs-)Politiker

Das Streben der (Regierungs-)Politiker nach individueller Nutzenmaximierung hat auch Einfluss auf einen potentiellen GKV-Systemwechsel.

Hierbei sind nicht mehr die einzelnen Kernelemente des Bayreuther Versichertenmodells in ihrer separaten Betrachtung von Bedeutung, sondern das aggregierte Wahlverhalten der Wähler. Wie gezeigt werden konnte, führt ein GKV-Systemwechsel auf Basis des Alternativkonzeptes bei einem maßgeblichen Anteil der Wähler zu einer Nutzenreduzierung. Folglich würde bei einer Wahl eindeutig gegen die Einführung des Reformmodells gestimmt werden, was die Politiker im Vorfeld bereits antizipieren können. Da die Volksvertreter die Wahlprogramme ihrer Parteien an den Wünschen der Wähler ausrichten, werden sie – unabhängig von ihrer Parteizugehörigkeit – eine Reformierung gemäß des Bayreuther Versichertenmodells nicht in ihr Parteiprogramm aufnehmen.

Darüber hinaus beeinflussen Interessenverbände die Regierung. Sie wird zu politischen Maßnahmen veranlasst, die oftmals mehr den Nutzen bestimmter Wähler steigern, als dass die Handlungen zum Vorteil einer Mehrheit sind. Grund hierfür ist die Einschätzung der Regierung, dass bestimmte Wählergruppen wichtiger als andere sind.⁵⁶¹ Dies widerspricht allerdings der Gleichheit der Stimmen, die alle Wahlberechtigten haben: Da jeder wahlberechtigte Bürger lediglich über eine Stimme verfügt, ist eine Bevorzugung bestimmter Gruppierungen durch die Regierung nur dann sinnvoll, wenn die zahlenmäßig stärksten Gruppen von Einkommensempfängern, das heißt die Empfänger niedriger Einkommen, begünstigt werden.⁵⁶² Für das

⁵⁶¹ Vgl. Behrends (2001), S. 32.

⁵⁶² Vgl. Downs (1968), S. 198.

Bayreuther Versichertenmodell ist die Priorisierung der Wählergruppen nach dem Kriterium des Einkommens sekundär. Primär wichtig ist eine Einteilung in drei Altersgruppierungen, wie sie im Reformkonzept vorgeschlagen wurde und bei der Analyse des Wählerverhaltens Anwendung fand. Demnach bilden die GKV-Versicherten ab 40 Jahren mit 58 Prozent aller Versicherten die größte Wählergruppe, was gleichzeitig auch dem Anteil der wahlberechtigten Bevölkerung entspricht. Es müsste also diese Gruppe durch das Bayreuther Versichertenmodell begünstigt werden statt der Empfänger geringer Einkommen. Allerdings konnte aufgezeigt werden, dass eine Bevorzugung dieser Personen nur mit erheblichen Nachteilen für die unter 40-jährigen Wähler einherginge. In diesem Fall müssten weniger als die Hälfte der Wähler bzw. Versicherten die gesamte Steuerlast für die Systemumstellung und die damit erforderliche Finanzierung des Versicherungsgeldes übernehmen. Eine solche Belastung wäre nicht tragbar, was auch die (Regierungs-)Politiker wissen. Aus diesem Grund werden sie einen GKV-Systemwechsel mittels des Bayreuther Versichertenmodells nicht in ihre Parteiprogramme aufnehmen und somit gar nicht erst den Wählern zur Wahl stellen.

5.3.4.3. Bewertung

Die Mitglieder der Regierung wie auch alle anderen Politiker verfolgen grundsätzlich das Ziel einer Wiederwahl in der folgenden Legislaturperiode. Daher treffen sie Entscheidungen prinzipiell entsprechend dem Willen ihrer potentiellen Wähler und den Wünschen der Interessenverbände. Von diesen hoffen die Politiker einerseits, Informationen über die vom Verband vertretene Gruppe der Gesellschaft zu erhalten und andererseits eine Beeinflussung im Sinne der Partei.

Weil die Politiker vom Wählerwillen abhängig sind, wird das Bayreuther Versichertenmodell, obwohl es generationengerechter ist als das derzeitige GKV-System, keinen Eingang in die Programme der Parteien finden. Somit wird es in einem weiteren Schritt auch keine Umsetzung bzw. Anwendung erfahren.

Für die Politiker ist es nicht möglich, nach einer Wahl beliebig entgegen ihrem angekündigten Wahlprogramm zu agieren, da sie bei der nächsten Wahl an ihrem Verhalten und der Umsetzung ihres Parteiprogramms gemessen werden.⁵⁶³

Allerdings weist PAPPENHEIM einschränkend daraufhin, dass sich Politiker insbesondere direkt nach einer Wahl defacto nicht mehr an ihr Wahlversprechen halten, da die nächste Wahl erst wieder in einigen Jahren stattfindet. PAPPENHEIM beschreibt den Grad der selbstdurchsetzenden Vereinbarung zwischen Wählern und Politikern daher als relativ gering.⁵⁶⁴

5.4. Zwischenfazit

Für das Grundmodell des politischen Wettbewerbs können folgende Schlussfolgerungen festgehalten werden:

1. Die Wahlentscheidung der Wähler basiert auf ihrem eigenen Profit und nicht auf dem gesamtwirtschaftlichen Vorteil.
2. Eigennutzenorientierte Motive von Politikern führen dazu, dass sich die Wahlprogramme der Parteien an den Präferenzen der Wähler orientieren.

⁵⁶³ Vgl. Voigt (2002), S. 128.

⁵⁶⁴ Vgl. Pappenheim (2001), S. 159 und speziell zur Funktionsweise von selbstdurchsetzenden Verträgen siehe Klein (1985).

3. In der Theorie weisen in einem Zweiparteiensystem am Ende des Anpassungsprozesses beide Parteien identische Wahlprogramme auf, die den Präferenzen des Medianwählers entsprechen.
4. Der Parteienwettbewerb führt zu einem relativ effizienten Verfahren zur Bereitstellung öffentlicher Güter. Eine Zweckentfremdung von Steuergeldern durch die Parteien und durch die Politiker für eine individuelle Nutzenmaximierung ist nur bedingt möglich, da ein solches Verhalten der Regierungspartei bzw. der Regierungspolitiker die Opposition stärken würde und dieser zum Sieg bei der nächsten Wahl verhelfen könnte.
5. Interessengruppen nehmen Einfluss sowohl auf Politiker und Parteien als auch auf Wähler, um bestimmte Vorteile des jeweiligen Interessenverbandes durchzusetzen.⁵⁶⁵

Aus diesen Gründen kann davon ausgegangen werden, dass das Bayreuther Versichertenmodell von den Politikern nicht eingeführt wird. Ausschlaggebende Faktoren sind die kurzfristige Nutzenmaximierung der Wähler und die Profitorientierung der Politiker.

⁵⁶⁵ Vgl. Fritsch (2005), S. 399 f. und S. 415.

6. Fazit

6.1. Zusammenführung der Ergebnisse

Abschließend werden die Forschungsfrage dieser Arbeit „Warum wird in einer marktwirtschaftlichen Ordnung Generationengerechtigkeit nicht umgesetzt?“ und die daraus abgeleiteten Teilfragen beantwortet.

Erste Teilfrage: Wer hat einen Nutzen von Generationengerechtigkeit?

Hinter dieser Frage nach dem Nutzen steht außerdem die Begründung für die Notwendigkeit von Generationengerechtigkeit gemäß der NPÖ. Eines der Ziele war der Nachweis, dass es sich bei Generationengerechtigkeit um eine Norm aus Sicht der NPÖ handelt.

Unter der Annahme, dass zukünftige Generationen $n+x$ als Nutznießer von Generationengerechtigkeit ein Interesse an deren Umsetzung haben, musste bewiesen werden, dass auch die aktuell lebende Generation n einen Nutzen davon erfährt. Hierzu wurde in Bezug auf Generationengerechtigkeit ausschließlich die gesellschaftliche Beziehung zwischen den Generationen n und $n+1$ betrachtet. Die Mitglieder der Generation n haben ein Interesse an der Umsetzung von Generationengerechtigkeit gegenüber der Generation $n+1$ und zwar nur gegenüber dieser nachfolgenden Generation. Das resultiert aus der Befürchtung, von der Generation $n+1$ nicht generationengerechtes Verhalten vorgeworfen zu bekommen. Diese Sorge bzw. die moralische Verpflichtung gegenüber den Nachkommen lässt sich lediglich zwischen zwei oder maximal drei aufeinander folgenden Generationen aufrechterhalten. Sobald eine Generation n keinen direkten Kontakt mehr zur Generation $n+x$ hat, entfällt die Befürchtung einer solchen Konfrontation.

Der Nutzen für die aktuell lebende Generation n beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Vermeidung von Vorwürfen. Im Falle eines nicht generationengerechten Verhaltens könnte die unmittelbar nachfolgende Generation $n+1$ mittels einer Wählerstimmenmehrheit auch Sanktionen gegenüber der Generation n beschließen. Hieraus ergäbe sich für diese eine direkte Nutzenreduzierung, wodurch im Umkehrschluss eine Nutzensteigerung bei generationengerechtem Verhalten ableitbar ist.

Somit konnte nachgewiesen werden, dass Generationengerechtigkeit die erste Bedingung einer Norm im Sinne der NPÖ erfüllt. Es handelt sich hierbei um die Nachfrage hinsichtlich einer Norm durch diejenigen, welche diese erfüllen sollen. Die zweite Bedingung besteht in der Durchsetzbarkeit einer Norm und fordert eine gesellschaftliche Beziehung zwischen den Personen, die von der Durchsetzung und der Einhaltung dieser Norm profitieren. Auch diese Forderung ist im Falle der Generationen n und $n+1$ erfüllt.

Eine Begründung für die Notwendigkeit von Generationengerechtigkeit aus Sicht der NPÖ besteht also erstens in der festgestellten Nachfrage nach Generationengerechtigkeit bei aufeinander folgenden Generationen und zweitens in der Gewährleistung ihrer Durchsetzung.

Zweite Teilfrage: In welchem Maße ist das aktuelle System der GKV in Deutschland generationenungerecht?

Mit Hilfe der Methode der Generationenbilanz konnte gezeigt werden, dass das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht generationengerecht ist. Zum einen besteht das Problem des demographischen Wandels. Aufgrund der geringen Fertilität und der gleichzeitig steigenden Lebenserwartung entwickelt sich die Bevölkerungsstruktur von einer Pyramiden- hin zu einer Urnenform. Hierbei handelt es sich um den double-aging process, der generell Grundlage

von Generationenungerechtigkeit in einem umlagefinanzierten System, wie dem der GKV ist. Verstärkt wird dieses Problem durch das Ansteigen des Altenquotienten auf einen Wert zwischen 75 und 80 Prozent im Jahr 2050. Zum anderen generiert der medizinisch-technische Fortschritt ständig steigende Kosten, deren Ausmaß nicht absehbar ist, weil eine Prognose dieses Fortschritts nahezu unmöglich ist.

Daher führen der demographische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und die Medikalisierungsthese dazu, dass alle lebenden Generationen Nettoleistungsempfänger der GKV sind. Unter Beibehaltung des Umlageverfahrens müsste im Jahre 2050 bei gleich bleibendem Leistungskatalog ein GKV-Beitragssatz von ca. 30 Prozent erhoben werden. Diese Tatsache lässt sich zum einen nicht mit dem politischen Ziel der Beitragssatzstabilität in Einklang bringen. Zum anderen können Mitglieder zukünftiger Generationen entsprechend der zuvor aufgestellten Definition von Generationengerechtigkeit ihre Bedürfnisse in Bezug auf die GKV bei einem solch hohen Beitragssatz nicht im selben Ausmaß erfüllen wie derzeit lebende Generationen. Wenn derselbe Grad an Bedürfnisbefriedigung bei unterschiedlichen Generationen gewährleistet sein soll, ist ebenfalls generationenungerecht, den GKV-Beitragssatz zwar auf heutigem Niveau zu halten, aber dafür den Leistungskatalog einzuschränken.

Dritte Teilfrage: Gibt es zum derzeitigen System der GKV eine Alternative, die generationengerechter ist?

Diese Fragestellung ist positiv zu beantworten, da die Überprüfung des Bayreuther Versichertenmodells hinsichtlich Generationengerechtigkeit ergeben hat, dass das Reformkonzept im Vergleich zum aktuellen GKV-System einen deutlich höheren Grad an Generationengerechtigkeit aufweist. Gründe hierfür sind unter anderem die Etablierung von mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern und die

Möglichkeit für Krankenversicherungen, mittels selektiver Verträge Einfluss auf das Verhalten der Leistungserbringer zu nehmen. Weiterhin werden den Versicherten bzw. Patienten Anreize gesetzt, sich kostenorientiert zu verhalten. Auf der Seite der Beitragseinnahmen führen risikoorientierte Prämien im Zusammenhang mit dem Äquivalenzprinzip und dem Kapitaldeckungsverfahren zu Vorteilen gegenüber dem derzeitigen Umlageverfahren, welches an das individuelle Lohn Einkommen gekoppelt ist.

Mit Hilfe eines auf realen Zahlen beruhenden Reformszenarios konnte nachgewiesen werden, dass die Finanzierung gemäß des Bayreuther Versichertenmodells deutlich generationengerechter ist als die im Status quo.

Vierte Teilfrage: Warum erfolgt kein Systemwechsel von der aktuellen GKV hin zu einer generationengerechteren Alternative?

Ein GKV-Systemwechsel auf Basis des hier untersuchten Bayreuther Versichertenmodells ist nicht durchsetzbar, weil die Wählerschaft davon nicht zu überzeugen ist. Der größte Teil der Versicherten und gleichzeitig wahlberechtigten Bevölkerung würde sich bei der Frage nach der Einführung dieses Alternativkonzepts indifferent verhalten. Weiterhin spräche sich die Altersgruppe der 21- bis 39-Jährigen, die ca. 32 Prozent der Wähler ausmacht, gegen das Reformmodell aus, da es ihren individuellen Nutzen reduziert. Dementsprechend manifestieren die Politiker die Idee a priori nicht in ihren Parteiprogrammen, um ihre Wiederwahl zu sichern.

Der Einfluss von Interessenverbänden kann in diesem Zusammenhang nur bedingt eingeschätzt werden. Die Verbände der Leistungsanbieter sprechen sich vermutlich gegen das Bayreuther Versichertenmodell aus, wohingegen die Verbände der Krankenkassen theoretisch betrachtet durchaus Vorteile generieren könnten.

Letztendlich lassen sich aber weder die Empfehlungen der verschiedenen Interessengruppierungen eindeutig prognostizieren, noch deren Einfluss auf die Politiker einerseits und die Wähler andererseits.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass das Streben nach kurzfristiger Eigennutzenmaximierung von Wählern und Politikern einen GKV-Systemwechsel verhindert.

Forschungsfrage: Wird in einer marktwirtschaftlichen Ordnung Generationengerechtigkeit umgesetzt?

In einer marktwirtschaftlichen Ordnung versuchen nicht nur die Teilnehmer am wirtschaftlichen Prozess, ihren individuellen Nutzen zu maximieren, sondern auch die Akteure eines politischen Entscheidungsprozesses. Die Neue Politische Ökonomik hat gezeigt, dass hierzu insbesondere der einzelne Wähler wie auch der einzelne Politiker zählen.

Generationengerechtigkeit wird deshalb nicht umgesetzt, weil es für keinen der am politischen Prozess beteiligten Akteure rational wäre:

- Der Wähler wird Generationengerechtigkeit nicht fordern. Bei singularer Betrachtung von Generationengerechtigkeit ist für ihn zwar eine Nutzenzunahme ersichtlich, nicht aber in der Bilanzierung der mit ihrer Umsetzung einhergehenden Nachteile für den Einzelnen.
- Der Politiker muss sich zur Sicherstellung seiner Amtsausübung in der nächsten Legislaturperiode bzw. zur Sicherstellung seiner Wiederwahl grundsätzlich an den Interessen des Wählers orientieren. Folglich fokussieren sich die Themen der Wahlprogramme in einem idealisierten Zweiparteiensystem auf die Interessen des Medianwählers. Nur wenn dieser Generationengerechtigkeit wünscht, wird sie in das Wahlprogramm aufgenommen.
- Auch für die Interessenverbände liegt das primäre Ziel in der Maximierung des Nutzens ihrer Mitglieder in der Gegenwart und nicht

in der Umsetzung von Generationengerechtigkeit, sofern die Mitglieder sie nicht befürworten oder fordern.

Damit konnte aufgezeigt werden, dass die an einem politischen Entscheidungsprozess beteiligten Akteure, wie Wähler bzw. Versicherte, Partei- und Interessenverbandsmitglieder sowie Politiker in Folge ihres Strebens nach Maximierung des persönlichen Nutzens kein Interesse an der Umsetzung von Generationengerechtigkeit haben. Dabei ist in einer indirekten Demokratie eine Kausalverbindung ersichtlich, in welcher der Wählernutzen ausschlaggebend ist. An ihm richten sich die Interessen der weiteren Akteure aus. Sobald Generationengerechtigkeit ausdrücklich von den Wählern gefordert würde, hätte sie auch bei den Politikern, in den Parteien und in den Interessenverbänden Befürworter und könnte somit eine Umsetzung finden.

6.2. Politikempfehlung

Wenn Politiker sich als Ziel setzen würden, eine Wahlentscheidung zugunsten des Bayreuther Versichertenmodells herbeizuführen, gäbe es zwei Strategien:

Erstens könnten die Politiker versuchen, die wahlentscheidende Gruppe der GKV-Versicherten älter als 39 Jahre von einem Systemwechsel zu überzeugen. Bei weiterhin geltender Annahme, dass sich *ceteris paribus* nur das Kernelement 3 (Steuerfinanzierung des Versicherungsgeldes) ändert, müsste hier ein Nutzenverlust verhindert werden. Dies wäre allerdings nur möglich, wenn die gesamte Belastung der Steuerfinanzierung auf die unter 40-Jährigen umverteilt würde. Dabei spielt deren Votum in Bezug auf einen Systemwechsel dann auch keine Rolle, solange die über 39-Jährigen für einen Systemwechsel stimmen. Die Wähler unter 40 Jahren werden jedoch die Finanzierung des Versicherungsgeldes alleine nicht komplett leisten

können. Dementsprechend ergibt sich bei dieser Strategie für die Politiker das Dilemma, auf der einen Seite die über 39-jährigen GKV-Versicherten von der Steuerfinanzierung des Versicherungsgeldes entlasten zu müssen, gleichzeitig aber eine Steuerfinanzierung unrealistisch werden zu lassen.

Die zweite Strategie der Politiker bestünde darin, die Versicherten im Alter von 21 bis 39 Jahren von einem Systemwechsel zu überzeugen, wenn gleichzeitig die größte Wählergruppe der über 39-Jährigen weiterhin indifferent bleibt. Hierbei müsste entweder der Nutzenverlust nach Einführung einer risikoorientierten Krankenversicherungsprämie oder die Steuerfinanzierung des Versicherungsgeldes ins Gegenteil umgekehrt werden. Bei einer Abkehr von der Risikoorientierung des Versicherungsbeitrages würde jedoch das Äquivalenzprinzip durchbrochen werden, welches gerade existentieller Bestandteil des Reformmodells ist. Ferner ließe sich ein positives Votum der Wähler/Versichertengruppe erreichen, wenn diese nicht an der Steuerfinanzierung des Versichertengeldes beteiligt wären und somit keinen Nutzenverlust erlitten. In diesem Fall müssten dann aber alle anderen Gruppen die Steuerfinanzierung alleine tragen. Bei obiger Annahme, dass die Wähler der anderen Altersgruppen weiterhin indifferent bleiben, erscheint diese Vorgehensweise erfolgsversprechend. Allerdings lässt sich - ohne einen empirischen Nachweis zu führen - mit großer Sicherheit annehmen, dass diese Gruppen dem Nutzenverlust in diesem Kernpunkt ein solch hohes Maß an Bedeutung beimessen, dass sie allein schon deshalb gegen einen Systemwechsel stimmen würden, unabhängig von eventuellen Nutzenvorteilen bei anderen Kernpunkten des Reformkonzeptes.

Im Ergebnis lässt sich zusammenfassen, dass die erste Strategie aus Finanzierungsgesichtspunkten nicht umsetzbar und die zweite auf Basis des anzunehmenden Wahlverhaltens der größten Wählergruppe nicht mehrheitsfähig ist.

6.3. Ausblick

Ein mögliches Untersuchungsfeld für zukünftige Studien bilden die Aspekte des Bayreuther Versicherungsmodells, die mittels gesellschaftspolitischer Diskurse zu entscheiden sind. Hierbei handelt es sich um die Inhalte des Regelleistungskatalogs und die Kriterien zur Bereitstellung von Versicherungsgeld. Insbesondere das Kriterium der Solidarität ist auch aus der Perspektive anderer Sozialwissenschaften und der Ethik zu betrachten.

Weiterhin ist interessant zu erforschen, ob und wenn ja wie der Nutzenverlust im Bayreuther Versichertenmodell auf ein solches Maß reduzierbar ist, dass der Medianwähler sich für das Reformkonzept entscheidet. Allerdings ist dabei von großer Bedeutung, dass das Alternativmodell in seinen Kernbestandteilen nicht verwässert wird.

Aus empirischer Sicht lässt sich außerdem untersuchen, welche Gewichtung der Wähler auf die fünf verschiedenen Kernpunkte des Bayreuther Versichertenmodells legt und wie sich dies auf eine Wahlentscheidung auswirkt.

Für die übrigen Säulen des Sozialsystems könnte analysiert werden, ob auch auf sie die für das GKV-System festgestellten Defizite zutreffen oder ob hier andere Probleme bei der Umsetzung von Generationengerechtigkeit bestehen.

Letztlich kann überprüft werden, ob Kernpunkte des Bayreuther Modells in anderen Sektoren des Sozialsystems, zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung, angewendet werden können, um hier zur Auflösung von Generationenungerechtigkeit beizutragen.

Literaturverzeichnis

- Akerlof, G. (1970): The market for 'lemons': Qualitative uncertainty and the market mechanism. In: *Quarterly Journal of Economics*, 84, 1970, S. 488-500.
- Alchian, A. A.; Demsetz, H. (1972): Production, Information Costs, and Economic Organization. In: *American Economic Review*, 72, 1972, S. 777-795.
- Alchian, A.; Woodward, S. (1988): The firm is dead - long live the firm. In: *Journal of Economic Literature*, 26, 1988, S. 65-79.
- Allais, A. (1947): *Economie et Interet*, Paris, 1947.
- Ando, A. F.; Modigliani, F. (1963): The "Life Cycle" Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests. In: *American Economic Review*, 53, 1963, S. 55-84.
- Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care. In: *American Economic Review*, 53, 1963, S. 941-973.
- Arrow, K. J. (1969): The Organization of Economic Activity: Issues Pertinent to the Choice of Market versus Non-Market Allocation. In: *Joint Economic Committee, 91st Congress, 1st Session, Bd. 1 (Hrsg.): The Analysis and Evaluation of Public Expenditures: The PBB-System*, Washington/D.C., 1969, S.
- Arrow, Kenneth. J. (1985): The economics of agency. In: Pratt, J.; Zeckhauser, R. (Hrsg.): *Principals and agents: the structure of business*, Boston, 1985, S. 37-51.
- Auerbach, Ch.; Gokhale, J.; Kotlikoff, L. J. (1991): Generational Accounting: A Meaningful Alternative to Deficit Accounting. In: Bradford, D. (Hrsg.): *Tax Policy and the Economy*, Vol. 5, Cambridge, 1991, S. 55-110.
- Auerbach, Ch.; Kotlikoff, L. J. (1987): *Dynamic Fiscal Policy*, Cambridge, 1987.
- Barro, R. J.; Sala-i-Martin, X. (1995): *Economic Growth*, London, 1995.
- Barry, B. (1975): *Neue Politische Ökonomie. Ökonomische und Soziologische Demokratietheorie*, Frankfurt, New York, 1975.

- Bayertz, Kurt (1995): Eine kurze Geschichte der Herkunft der Verantwortung. In: Bayertz, Kurt (Hrsg.): Verantwortung Prinzip oder Problem?, Darmstadt, 1995, S. 3-71.
- Becker, A. (2003): Generationengerechte Finanzpolitik. In: Generationen, Stiftung für die Rechte zukünftiger (Hrsg.): Handbuch Generationengerechtigkeit, München, 2003, S. 243-271.
- Becker, G. S. (1983): A Theory of Competition among Pressure Groups for Political Influence. In: The Quarterly Journal of Economics, 98, 1983, S. 371-400.
- Becker, G. S. (1993): Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen, 1993.
- Behrends, S. (2001): Neue Politische Ökonomie, München, 2001.
- Bernholz, P. (1984): Grundlagen der Politischen Ökonomie, Tübingen, 1984.
- Bernholz, P.; Breyer, F. (1994): Grundlagen der politischen Ökonomie, Bd. 2: Ökonomische Theorie der Politik, Tübingen, 1994.
- Berthold, N. (1991): Ansätze einer ökonomischen Theorie der Sozialwissenschaften. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaften, 42, 1991, S. 145-178.
- Beske, F.; Drabinski, T. Zöllner, H. (2004): Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich, Kiel, 2004.
- Birg, H. (2005): 100 Jahre Geburtenrückgang. In: F.A.Z., (Frankfurter Allgemeine Zeitung), 26. Februar 2005, 2005, S. 41.
- Birnbacher, D. (1995): Grenzen der Verantwortung. In: Bayertz, K. (Hrsg.): Verantwortung Prinzip oder Problem?, Darmstadt, 1995, S. 143-183.
- Birnbacher, D. (1995): Verantwortung für zukünftige Generationen, Stuttgart, 1995.
- Birnbacher, Dieter (2002): Utilitarismus / Ethischer Egoismus. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 95-107.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2006): Pressemitteilung 06.02.2006 "Stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung", Berlin, 2006.

-
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2007): Bekanntmachung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenkassen zum Stichtag 1. Januar 2007, Bonn, 2007.
- BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme - Bericht der Kommission, Berlin, 2003.
- Bohnen, A. (1975): Individualismus und Gesellschaftstheorie, Tübingen, 1975.
- Börsch-Supan, A. (1991): Implications of an Aging Population: Problems and Policy Options in West Germany and the United States. In: Economic Policy, 12, 1991, S. 103-139.
- BPD, Bundeszentrale für politische Bildung (2007): www.bpd.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html... Recherchestand 27.02.2007, 2007.
- Brand, K.-W.; Fürst, V. (2002): Sondierungsstudie - Voraussetzung und Probleme einer Politik der Nachhaltigkeit - Eine Exploration des Forschungsfelds. In: Brand, K.-W. (Hrsg.): Politik der Nachhaltigkeit, Berlin, 2002, S. 15-109.
- Brand, K.-W.; Jochum, G. (2000): Der deutsche Diskurs zu nachhaltiger Entwicklung, München, 2000.
- Brandl, S. (2002): Zukunft der Arbeit und soziale Nachhaltigkeit Zur Transformation der Arbeitsgesellschaft vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeitsdebatte, Opladen, 2002.
- Breßler, C. (2006): Altersstruktur, 2006.
- Breuer, S. (2002): Digitale Ökonomie und Gesundheitswesen, Bayreuth, 2002.
- Breyer, F.; Haufler, A. (2000a): Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. In: International Tax and Public Finance, 7, 2000a, S. 445-461.
- Breyer, F.; Zweifel, P. S.; Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomie, Berlin, 2005.
- Breyer, Friedrich; Ulrich, Volker (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220, 2000, S. 1-17.

- Brumlik, M. (1995): *Gerechtigkeit zwischen den Generationen*, Berlin, 1995.
- Brümmerhoff, D. (2001): *Finanzwissenschaft*, München, 2001.
- Brünig, E. F.; Mayer, H. (1980): *Waldbauliche Terminologie*, Wien, 1980.
- Buchanan, J. M. (1985): *Constitutional Democracy, Individual Liberty, and Political Equality*. In: *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie*, Band 4, 1985, S. 35-47.
- Buchanan, James, M. (1975): *The Limits of Liberty: Between Anarchy and Leviathan*, Chicago, 1975.
- Bückmann, W. (2002): *Das Nachhaltigkeitsgebot der Agenda 21 und seine Umsetzung ins Recht*, Berlin, 2002.
- Bundesamt, Deutschland Statistisches (2007): *Bevölkerung nach Altersgruppen ...*, dem Internet entnommen am 14.06.2007, 2007.
- Bundesärztekammer (2006): *(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte*, 2006.
- Bündnis90, Die Grünen; (2002): *Die Zukunft ist grün - Grundsatzprogramm von Bündnis90; Die Grünen*, Berlin, 2002.
- Butterwegge, C.; Klundt, M. (2001): *Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel*, Opladen, 2001.
- Caspar, J. (2001): *Generationen-Gerechtigkeit und moderner Rechtsstaat - Eine Analyse rechtlicher Beziehungen innerhalb der Zeit*. In: Birnbacher, D.; Brudermüller, G. (Hrsg.): *Zukunftsverantwortung und Generationensolidarität*, Würzburg, 2001, S. 73-113.
- Cassel, D.; Janßen, J. (1999): *GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. In: Knappe, E. (Hrsg.): *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden, 1999, S. 11-49.
- Christl, C. (2001): *Wettbewerb und internationaler Handel. Eine Analyse ihrer Interdependenzen und institutionellen Voraussetzungen im Rahmen einer internationalen Wettbewerbsordnung*, Tübingen, 2001.

-
- Coase, R. (1937): The Nature of the Firm. In: (Hrsg.): *Economica*, 1937, S. 386-405.
- Coase, R. H. (1978): Das Problem der sozialen Kosten. In: Assmann, Kirchner, Schanze (Hrsg.): *Ökonomische Analyse des Rechts*, Kronberg, 1978, S. 146-202.
- Coleman, J. S. (1990): *Foundations of Social Theory*, Cambridge (Mass.), London, 1990.
- Cornes, R.; Sandler, T. (1996): *The theory of externalities, public goods and club goods*, Cambridge, 1996.
- Cromwell, J.; Mitchell, J. M. (1986): Physician Induced Demand for Surgery. In: *Journal of Health Economics*, 1986, S. 239-313.
- Daumann, F. (1993): Zur Notwendigkeit einer Harmonisierung im gemeinsamen Markt. Eine evolutionstheoretische Untersuchung, Bayreuth, 1993.
- Daumann, F. (1995): Ein evolutionstheoretisch fundiertes Instrumentarium zur Analyse der Handels- und Rechtsordnung. In: *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften*, 46, 1995, S. 55-75.
- Daumann, F. (1999): Interessenverbände im politischen Prozeß: eine Analyse auf der Grundlage der Neuen Politischen Ökonomie, Tübingen, 1999.
- Daumann, F. (1999): Interessenverbände im politischen Prozeß - Einflußnahme und Möglichkeiten der Begrenzung. In: *ORDO - Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft*, 50, 1999, S. 171-206.
- Davis, J.; Hulett, J. (1977): An analysis of market failure - externalities, public goods, and mixed goods, Gainesville, 1977.
- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1980): The Empirical Exploration of Intrinsic Motivational Processes. In: *Advances in Experimental Social Psychology*, 10 (1), 1980, S. 39-80.
- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1985): *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*, New York, 1985.
- Demsetz, H. (1967): Toward a theory of property rights. In: *American Economic Review*, 57, 1967, S. 347-359.
- Demsetz, H. (1969): Information and efficiency - another viewpoint. In: *Journal of Law and Economics*, 12 (1), 1969, S. 1-22.

- Deutschland, Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2003.
- Deutschland, Statistisches Bundesamt (2006): Periodensterbetafeln für Deutschland, Wiesbaden, 2006.
- Diamond, P. (1965): National Debt in a Neoclassical Growth Model. In: *American Economic Review*, 55, 1965, S. 1126-1150.
- Diefenbacher, H. (2001): *Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie*, Darmstadt, 2001.
- Donaldson, C.; Gerard, K. (1993): *Economics of Health Care Financing*, 1993.
- Donges, J. B.; Freytag, A. (2001): *Allgemeine Wirtschaftspolitik*, Stuttgart, 2001.
- Döring, Ralf; Ott, Konrad (2001): Nachhaltigkeitskonzepte. In: *zfwu - Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 3, 2001, S. 315-338.
- Downs, A. (1957): *An Economic Theory of Democracy*, New York, 1957.
- Downs, A. (1968): *Ökonomische Theorie der Demokratie*, Tübingen, 1968.
- Durkheim, E. (1976): *Die Regeln der soziologischen Methode*, Darmstadt, 1976.
- Ecker, T. (2000): *Solidarität unter Managed Care? Eine austauschtheoretische Analyse der Konsequenzen aus der Einführung von selektiven Kontrahieren für das Auftreten des Phänomens der Risikoselektion in einem solidarischen Versicherungssystem*, Bayreuth, 2000.
- Eggertson, T. (1990): *Economic behaviour and Institutions. Principles of Neoinstitutional Economics*, Cambridge, 1990.
- Ehrentraut, O.; Heidler, M. (2007): *Demografisches Risiko für die Staatsfinanzen? Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen im Vergleich*, Freiburg, 2007.
- El-Serafy, S. (1992): *Ökologische Tragfähigkeit. Einkommensmessung und Wachstum*. In: Goodland, R. (Hrsg.): *Nach dem Brundtland-Bericht: Umweltverträgliche Wirtschaftliche Entwicklung*, Bonn, 1992, S. 59-71.

-
- Erbguth, W. (1999): Konsequenzen der neueren Rechtsentwicklung im Zeichen nachhaltiger Raumentwicklung. In: DVB, 1, 1999, S.
- Erbsland, M.; Ried, W.; Ulrich, V. (1999): Die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf Ausgaben und Beitragsatz der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wille, E. (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden, 1999, S. 173-197.
- Erlei, M.; Leschke, M.; Sauerland, D. (1999): Neue Institutionenökonomik, Stuttgart, 1999.
- Evans, B. (1984): Strained Mercy: The Economics of Canadian Medical Care, Toronto, 1984.
- Fama, E.; Jensen, M. (1983): Separation of Ownership and Control. In: Journal of Law and Economics, 26, 1983, S. 327-349.
- Farny, D. (2000): Versicherungsbetriebslehre, Karlsruhe, 2000.
- Feldmann, H. (1999): Ordnungstheoretische Aspekte der Institutionenökonomik, Berlin, 1999.
- Fetzer, S. (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer-Fortschritt, Freiburg, 2005.
- Fetzer, S. (2006): Zur nachhaltigen Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitssystems, Frankfurt am Main, 2006.
- Fetzer, S.; Moog, S.; Raffelhüschen, B. (2003): Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Freiburg, 2003.
- Fetzer, S.; Raffelhüschen, B. (2002): Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung, Freiburg, 2002.
- Fetzer, Stefan; Hagist, Christian; Höfer, Max A. (2004): Nachhaltige Gesundheitsreformen?, Freiburg im Breisgau, 2004.
- Fleckenstein, J. (2006): Prävention in einem liberalen Gesundheitssystem, Bayreuth, 2006.
- Frank, D. (2000): Umweltrecht und Wirtschaft. Studien zum öffentlichen Wirtschaftsrecht 47, Köln, München, 2000.

- Frey, B. S. (1970): Die ökonomische Theorie der Politik oder die neue politische Ökonomie: Eine Übersicht. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1970, S. 1-23.
- Frey, B. S. (1977): Moderne Politische Ökonomie, München, Zürich, 1977.
- Frey, B. S. (1990): Ökonomie ist Sozialwissenschaft Die Anwendung der Ökonomie auf neue Gebiete, München, 1990.
- Frey, B. S.; Kirchgässner, G. (2002): Demokratische Wirtschaftspolitik, München, 2002.
- Frey, B. S.; Oberholzer-Gee, F. (1996): Zum Konflikt zwischen intrinsischer Motivation und umweltpolitischer Instrumentenwahl. In: Siebert, H. (Hrsg.): Elemente einer rationalen Umweltpolitik: Expertisen zur umweltpolitischen Neuorientierung, Tübingen, 1996, S.
- Fries, J. F. (1980): Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. In: The New England Journal of Medicine, 303, 1980, S. 130-135.
- Fritsch, M.; Wein, T.; Ewers, H.-J. (2005): Marktversagen und Wirtschaftspolitik, München, 2005.
- Frohwitter, I. (1999): Die gesetzliche Pflegeversicherung unter dem Einfluß der Altersstrukturverschiebung. In: Wille, E. (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden, 1999, S. 199-230.
- Furobotn, E. G.; Pejovich, S. (1972): Property Rights and Economic Theory: A Survey of Recent Literature. In: Journal of Economic Literature, 12, 1972, S. 1137-1162.
- Gesundheit, Bundesministerium für (2005): Statistisches Taschenbuch 2005 Gesundheit, Berlin, 2005.
- Gminder, U. (1996): Sustainable Development in der pharmazeutischen Industrie, Berlin, 1996.
- Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart, 2002.
- Gokhale, J.; Raffelhüschen, B.; Walliser, J. (1995): The Burden of German Unification: A Generational Accounting Approach. In: Finanzarchiv, 52, 1995, S. 141-165.

-
- Green, D. P.; Shapiro, I. (1999): Rational Choice - eine Kritik am Beispiel von Anwendungen in der politischen Wissenschaft, München, 1999.
- Grieswelle, D. (2002): Gerechtigkeit zwischen den Generationen. Solidarität, Langfristdenken, Nachhaltigkeit in der Wirtschafts- und Sozialpolitik, Paderborn, München, Wien, Zürich, 2002.
- Grundgesetz, (2001): München, 2001.
- Hagist, C.; Heidler, M.; Raffelhüschen B., Schoder, J. (2007): Die Generationenbilanz - Brandmelder der Zukunft Update 2007: Demografie trifft Konjunktur, Freiburg, 2007.
- Hagist, C.; Raffelhüschen, B.; Weddige A. (2006): Brandmelder der Zukunft - Die Generationenbilanz 2004. In: Diskussionsbeiträge, Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 2006, S.
- Hajen, L.; Paetow, H.; Schumacher, H. (2006): Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Paraxisbeispiele, Stuttgart, 2006.
- Hamm, W. (1994): Die Funktionen von Privateigentum, Vertragsfreiheit und privater Haftung. In: Hermann-Pillath, C.; Schlecht, O.; Wünsche, H. (Hrsg.): Grundtexte zur Sozialen Marktwirtschaft, Stuttgart, 1994, S. 305-317.
- Harborth, H.-J. (1993): Dauerhafte Entwicklung statt globaler Selbstzerstörung: Eine Einführung in das Konzept des "Sustainable Development", Berlin, 1993.
- Hart, O. (1995): Firms, contracts, and financial structure, Oxford, 1995.
- Haub, C. (2002): Dynamik der Weltbevölkerung 2002, Stuttgart, 2002.
- Hauff, V. (1987): Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung, Greven, 1987.
- Hayek, F. A. v. (1971): Die Verfassung der Freiheit, Tübingen, 1971.
- Hayek, F. A. v. (1973): Law, Legislation, and Liberty, Band 1, Chicago, 1973.
- Hayek, F. A. v. (1980): Recht, Gesetzgebung und Freiheit, Band 1, Landsberg / Lech, 1980.

- Hayek, F. A. v. (1991): Die Verfassung der Freiheit, Tübingen, 1991.
- Hayek, Friedrich August von (1960): The Constitution of Liberty, Band 1, London, 1960.
- Heine, W. (1983): Methodologischer Individualismus Zur geschichtsphilosophischen Begründung eines sozialwissenschaftlichen Konzepts, Würzburg, 1983.
- Hengsbach, Friedhelm (1996): Gerechtigkeit in der Marktwirtschaft. Der systematische Ort einer wirtschaftsethischen Reflexion. In: Becker, J.; u.a. (Hrsg.): Ethik in der Wirtschaft. Chancen verantwortlichen Handelns, Stuttgart, 1996, S. 23-47.
- Henke, K.-D.; Johanßen, W.; Neubauer, G.; Rumm, U.; Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München, 2002.
- Herder-Dorneich, P. (1959): Politisches Modell zur Wirtschaftstheorie (Buchhandlungsausgabe der Dissertation, 1. Auflage unter dem Pseudonym Fred. O. Harding, 2. Auflage im gleichen Jahr unter dem Namen des Verfassers), Freiburg / Breisgau, 1959.
- Herder-Dorneich, P. (1992): Neue Politische Ökonomie, Baden-Baden, 1992.
- Hirst, M. K. (1988): Intrinsic Motivation as Influenced by Task Interdependence and Goal Setting. In: Journal of Applied Psychology, 73 (1), 1988, S. 96-101.
- Höffe, Otfried (1998): Einführung in Rawls' Theorie der Gerechtigkeit. In: Höffe, Otfried (Hrsg.): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Berlin, 1998, S. 3-26.
- Höffe, Otfried (2001): Gerechtigkeit: eine philosophische Einführung, München, 2001.
- Hoffmann, E.; Hoffmann, F. (1996): Data Envelopment Analysis: A Basis for Incentive Contracting. In: Picot, A.; Schlicht, A. (Hrsg.): Firms, Markets and Contracts. Contributions to Neoinstitutional Economics, Heidelberg, 1996, S. 220-244.
- Höfling, W. (2001): Intergenerationelle Verantwortung und Verfassungsrecht In: Birnbacher, D.; Brudermüller, G. (Hrsg.): Zukunftsverantwortung und Generationensolidarität, Würzburg, 2001, S. 107-113.

-
- Homann, K. (1999): Die Legitimation von Institutionen. In: Korff, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik. Ethik wirtschaftlicher Ordnungen, Gütersloh, 1999, S. 50-95.
- Homann, K.; Suchanek, A. (2000): Ökonomik. Eine Einführung, Tübingen, 2000.
- Horbach, J. (1992): Neue Politische Ökonomie und Umweltpolitik, Frankfurt am Main, New York, 1992.
- Hösle, V. (2003): Dimensionen der ökologischen Krise - Wege in eine generationengerechte Welt. In: Generationen, Stiftung für die Rechte zukünftiger (Hrsg.): Handbuch Generationengerechtigkeit, München, 2003, S. 125-151.
- Hübenthal, Christoph (2002): Teleologische Ansätze. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 61-68.
- Hubig, Christoph (1993): Technik- und Wissenschaftsethik. Ein Leitfaden, Berlin, 1993.
- Hübscher, M.; Müller, M. (2001): Wo bleibt das Individuum in der Nachhaltigkeitsdebatte? Eine Integrative Ethik für eine Nachhaltige Entwicklung. In: zfwu - Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 3, 2001, S. 365-384.
- Hume, D. (1739): A Treatise of Human Nature, Oxford, 1739.
- Hume, D. (1996): Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral, Stuttgart, 1996.
- Jensen, M. C.; Meckling, W. H. (1976): Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. In: Journal of Finance Economics, 3, 1976, S. 305-360.
- Jöst, F. (2001): Probleme der Umsetzung von Nachhaltigkeitsstrategien. In: zfwu - Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 3, 2001, S. 340-342.
- Jost, P.-J. (2001): Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaft, 2001.
- Kant, I. (1798 / 1980): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Hamburg, 1798 / 1980.
- Kant, I. (1968): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Kants Werke, Berlin, 1968.

- Kant, I. (1968): Kritik der praktischen Vernunft, in: Kants Werke, Berlin, 1968.
- Karmann, A. (1992): Principal-Agent-Modelle und Risikoallokation. Einige Grundprinzipien. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 11, 1992, S. 557-562.
- Kastenholz, H. G.; Erdmann, K.-H.; Wolff, M. (1996): Nachhaltige Entwicklung. Zukunftschancen für Mensch und Umwelt, Berlin, 1996.
- Kath, D. (1999): Sozialpolitik. In: Bender, D.; Cassel, H.; Gabisch, D.; et al. (Hrsg.): Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik Band 2, München, 1999, S. 477-541.
- Kaufmann, F.-X. (1995): Risiko, Verantwortung und gesellschaftliche Komplexität. In: Bayertz, K. (Hrsg.): Verantwortung. Prinzip oder Problem?, Darmstadt, 1995, S. 72-97.
- Kersting, W. (1993): John Rawls zur Einführung, Hamburg, 1993.
- Kersting, W. (2000): Theorien der sozialen Gerechtigkeit, Stuttgart, 2000.
- Kirchgässner, G. (1988): Wirtschaftspolitik und Politiksystem: Zur Kritik der traditionellen Ordnungstheorie aus Sicht der Neuen Politischen Ökonomie. In: Cassel, D.; Ramb, B.-T.; Thieme, H. J. (Hrsg.): Ordnungspolitik, 1988, S. 53-75.
- Kirchgässner, G. (1993): Hält sich der Homo oeconomicus an Regeln? Einige Bemerkungen zur Rolle von Normen und Regeln im Rahmen der Konzeption des ökonomischen Verhaltensmodells. In: Herder-Dorneich, P.; Schenk, K.-E.; Schmidtchen, D. (Hrsg.): Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie. Neue Politische Ökonomie von Normen und Institutionen, Tübingen, 1993, S. 181-197.
- Kirchgässner, G. (2000): Homo oeconomicus Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Tübingen, 2000.
- Kirkby, J.; O'Keefe, P.; Timberlake, L. (1995): The Earthscan Reader in Sustainable Development, London, 1995.
- Kirsch, G. (2004): Neue Politische Ökonomie, Stuttgart, 2004.
- Klein, B. (1985): Self-Enforcing Contracts. In: Journal of Institutional and Theoretical Economics, 141, 1985, S. 594-600.

-
- Kley, Roland (1993): Gerechtigkeit. In: Enderle, G.; u.a. (Hrsg.): Lexikon der Wirtschaftsethik, Freiburg, 1993, S. 352-360.
- Knappe, E. (1995): Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor. In: Oberender, P. (Hrsg.): Transplantationsmedizin: ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte, Baden-Baden, 1995, S. 11-41.
- Knaus, A.; Renn, O. (1998): Den Gipfel vor Augen. Unterwegs in eine nachhaltige Zukunft, Marburg, 1998.
- Knauth, P. (1992): Sunk Costs. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 2, 1992, S. 76-78.
- Knudsen, C. (1993): Modelling rationality, institutions and processes in economic theory. In: Maeki, U.; Gustafsson, B.; Knudsen, C. (Hrsg.): Rationality, institutions and economic methodology, London, 1993, S. 265-299.
- Kortendieck, G. (1993): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik: Neoklassische versus österreichische Markttheorie dargestellt am Beispiel des Gesundheits- und Krankenversicherungswesens, Freiburg im Breisgau, 1993.
- Koslowski, P. (1988): Prinzipien der ethischen Ökonomie: Grundlegung der Wirtschaftsethik und der auf die Ökonomie bezogene Blick, Tübingen, 1988.
- Kotlikoff, L.; Hagist, C. (2005): Who's going broke? Rising the health care costs in ten OECD countries, 2005.
- Kotlikoff, L.; Raffelhüschen, B. (1999): Generational Accounting Around the Globe. In: American Economic Review, 89, 1999, S. 161-166.
- Krämer, W. (1981): Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für kassenärztliche Leistungen. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 13, 1981, S. 45 ff.
- Krämer, W. (1996): Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs. In: Kirch, W.; Kliemt, H. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg, 1996, S.
- Kreibich, R. (2003): Generationengerechtigkeit im Zeitalter globaler Umweltkrisen. In: Generationen, Stiftung für die Rechte zukünftiger (Hrsg.): Handbuch Generationengerechtigkeit, München, 2003, S. 221-242.

- Krimmer, P. ; Raffelhüschen, B. (2003): Intergenerative Umverteilung und Wachstumsimpulse der Steuerreformen 1999 bis 2005. Die Perspektive der Generationenbilanz. In: Diskussionsbeiträge, Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 2003, S.
- Kukathas, Ch.; Pettit, P. (1990): A Theory of Justice an its Critics, Cambridge, 1990.
- Kyrer, A. (2005): Neue politische Ökonomie, München, 2005.
- Lange, S.; Richter, K.; Köbberling J. (1994): Knochendichtemessung zur Früherkennung einer Osteoporose. In: Rationalitäten der Medizin, Jahrbuch für Kritische Medizin, 22, 1994, S. 56-78.
- Lay, Ruppert (1989): Ethik für Manager, Düsseldorf, 1989.
- Lehner, F. (1981): Einführung in die Neue Politische Ökonomik, Königstein im Taunus, 1981.
- Leipold, H. (1987): Vertragstheoretische Begründung staatlicher Aufgaben. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 16. Jg., 1987, S. 177-182.
- Leipold, H. (1989): Vertragstheorie und Gerechtigkeit. In: Gutmann, G.; Schüller, A. (Hrsg.): Ethik und Ordnungsfragen der Wirtschaft, Baden-Baden, 1989, S. 357-385.
- Lévy-Bruhl, L. (1884): L'Idée de Responsabilité, Paris, 1884.
- Mayer, H. (1980): Waldbau, Stuttgart, New York, 1980.
- McGuire, A.; Henderson, J.; Mooney, G. (1995): The Economics of Health Care, London, New York, 1995.
- Meinhövel, H. (1999): Defizite der Principal-Agent-Theorie, Lohmar, Köln, 1999.
- Menger, C. (1883): Untersuchungen über die Methode der Sozialwissenschaften und der politischen Ökonomie, Leipzig, 1883.
- Meran, J. (1979): Individualismus oder Kollektivismus? Versuch einer Rekonstruktion eines sozialwissenschaftlichen Grundlagenstreits. In: Zeitschrift für allgemeine Wissenschaftstheorie, X/1, 1979, S. 35-53.
- Mevis, D.; Weddige, O. (2006): Gefahr erkannt - Gefahr gebannt? Nachhaltigkeitsbilanz der 15. Legislaturperiode des deutschen Bundestages 2002-2005, Freiburg im Breisgau, 2006.

-
- Meyer, U. (2002): Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen. In: Diskussionspapier Universität Bamberg, Bamberg, 2002, S.
- Milgrom, P.; Roberts, J. (1992): Economics, organization and management, Englewood Cliffs (NJ), 1992.
- Mill, J. S. (1979): On Liberty. In: Robson, J. M. (Hrsg.): Collected Works of John Stuart Mill, Toronto und London, 1979, S. 213-310.
- Mitchell, W. C. (1968): The New Political Economy. In: Social Research, 1968, S. 76-110.
- Mittelstraß, J. (1996): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie, Stuttgart, Weimar, 1996.
- Mozouz, Nadia (2002): Stichwort "Gerechtigkeit". In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 365-370.
- Mueller, D. C. (1989): Public Choice II: A Revised Edition of Public, Cambridge, 1989.
- Mueller, D. C. (1997): Perspectives on Public Choice: A Handbook, Cambridge, 1997.
- Nell-Breuning, O.; Fetsch, C. G. (1981): Drei Generationen in Solidarität, Köln, 1981.
- Neuffer, J. (1997): Managed Care - Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitssystem, Bayreuth, 1997.
- Nietzsche, F. (1887): Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift. In: Colli, G.; Montinari, M. (Hrsg.): Sämtliche Werke, Kritische Studienausgabe, München, Berlin und New York, 1887, S. 245-412.
- Niskanen, W. (1968): Nonmarket Decision Making: The Peculiar Economics of Bureaucracy. In: American Economic Review, Papers and Proceedings, 57, 1968, S. 293-305.
- Noll, Bernd (2002): Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft, Stuttgart, 2002.
- North, D. C. (1990): Institutions, institutional change and economic performance, Cambridge, 1990.

- North, D. C. (1993): Institutions and credible commitment. In: Journal of Institutional and Theoretical Economics, 149, 1993, S. 11-23.
- Nozick, Robert (1976): Anarchie, Staat und Utopia, München, 1976.
- Nutzinger, H. G.; Radke, V. (1995): Wege zur Nachhaltigkeit. In: Nutzinger, Hans G. (Hrsg.): Nachhaltige Wirtschaftsweise und Energieversorgung. Konzepte, Bedingungen, Ansatzpunkte, Marburg, 1995, S. 225-256.
- Oberender, P. (1996): Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Krankenversicherung. In: Siebert, H. (Hrsg.): Sozialpolitik auf dem Prüfstand, Tübingen, 1996, S. 85-110.
- Oberender, P. (2003a): Zukunft der GKV: Erweiterung der Bemessungsgrundlage oder ordnungspolitische Reform? In: Albring, M.; Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt am Main u. a., 2003a, S. 197-208.
- Oberender, P. (2004): Medizin und Ökonomie: kein Widerspruch! Liberale Argumente zu einem vermeintlichen Dilemma, Bayreuth, 2004.
- Oberender, P.; Ecker, T. (2001): Grundelemente der Gesundheitsökonomie, Bayreuth, 2001.
- Oberender, P.; Felder, S.; Ulrich V.; Schneider, U.; Werblow, A.; Zerth, J. (2006): Bayreuther Versichertenmodell. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth, 2006.
- Oberender, P.; Fleischmann, J. (2002): Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Analyse von Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Stuttgart, 2002.
- Oberender, P.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart, 2002.
- Oberender, P.; Zerth, J. (2003): Disease Management aus ökonomischer Sicht. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 97, 2003, S. 189-194.
- Oberender, Peter; Zerth, Jürgen (2003): Gesundheitspolitik: quo vadis? Der Weg zu einer marktwirtschaftlichen Reform. In: Schüller, A. (Hrsg.): Orientierung für ordnungspolitische Reformen, Stuttgart, 2003, S. 8-23.

-
- Oberender, Peter; Zerth, Jürgen (2003b): Bayreuther Manifest Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth, 2003b.
- Okruch, S. (2001): Gesundheitspolitik. Wirtschaftspolitik der Experimente als Ursache und Lösung der Krise des Gesundheitswesens. In: Koch, Lambert T. (Hrsg.): Wirtschaftspolitik im Wandel, München, 2001, S. 113-136.
- Oliveira, R. (2002): Leitlinien für Reformen im ambulanten deutschen Gesundheitswesen, Bayreuth, 2002.
- Olsen, M. (1965): *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, MA, 1965.
- Olsen, M. (1968): Die Logik des kollektiven Handelns. Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen, 1968.
- Opp, K.-D. (1999): Contending Perceptions of the Theory of Rational Action. In: *Journal of Theoretical Politics*, 11, 1999, S. 171-202.
- Orlowski, U.; Wasem, J. (2003): *Gesundheitsreform 2004: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)*, Heidelberg, 2003.
- Osterheld, I. (2001): *Transaktionskostenrechnung und Unternehmensstrategie*, Wiesbaden, 2001.
- Ott, K. (2002): Prinzip / Maxime / Norm / Regel. In: Düwell, M.; Hübenthal, C.; Werner, M. H. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 457 - 463.
- Pappenheim, R. (2001): *Neue Institutionenökonomik und politische Institutionen*, Frankfurt am Main, Berlin, Bern u. a., 2001.
- Pauly, M. (1986): Taxation, Health Insurance and Market Failure in der Medical Economy. In: *Journal of Economic Literature*, 24, 1986, S. 629-640.
- Pauly, M.; Herring, B. (2001): Premium Variation in the Individual Health Insurance Market. In: *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 1, 2001, S. 43-58.
- Pearce, D.; Markandya, A.; Barbier, E. B. (1990): *Sustainable Development. Economics and Environment in the Third World*, Hants, Vermont, 1990.
- Persky, J. (1995): The Ethology of Homo Economicus. In: *Journal of Economic Perspectives*, 9, 1995, S. 221-231.

- Peters, W. (1984): Die Nachhaltigkeit als Grundsatz der Forstwirtschaft, ihre Verankerung in der Gesetzgebung und ihre Bedeutung in der Praxis, Hamburg, 1984.
- Phelps, C. (2003): Health economics, New York, 2003.
- Picot, A.; Dietl, H.; Frank, E. (2002): Organisation: Eine ökonomische Perspektive, Stuttgart, 2002.
- Picot, A.; Neuburger, R. (1995): Agency Theorie und Führung. In: Kieser, A. (Hrsg.): Handwörterbuch der Führung, Stuttgart, 1995, S. 14-21.
- Popper, K. R. (1992): Der Zauber Platons, Tübingen, 1992.
- Popper, K. R. (1992): Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, Band 2: Falsche Propheten: Hegel, Marx und die Folgen, Tübingen, 1992.
- Pospisil, C. (2003): Privatisierung von Universitätskliniken. Eine ordnungsökonomische Analyse zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung, Bayreuth, 2003.
- Pratt, J. W.; Zeckhauser, R. J. (1991): Principals and agents - an overview. In: Pratt, J. W.; Zeckhauser, R. J. (Hrsg.): Principals and agents - the structure of business, Boston, 1991, S. 1-36.
- Quennet-Thielen, Cornelia (1996): Nachhaltige Entwicklung: Ein Begriff als Ressource der politischen Neuorientierung. In: Kastenholz, Hans. G.; Erdmann, Karl-Heinz.; Wolff, Manfred (Hrsg.): Nachhaltige Entwicklung. Zukunftschancen für Mensch und Umwelt, Berlin, 1996, S. 9-21.
- Radermacher, F. J. (2002): Balance oder Zerstörung. Ökosoziale Marktwirtschaft als Schlüssel zu einer weltweiten nachhaltigen Entwicklung, Wien, 2002.
- Radkau, J. (1996): Beweist die Geschichte die Aussichtslosigkeit von Umweltpolitik? In: Kastenholz, H. G.; Erdmann, K.-H.; Wolff, M. (Hrsg.): Nachhaltige Entwicklung. Zukunftschancen für Mensch und Umwelt, Berlin, 1996, S. 23-44.
- Radke, V. (1995): Sustainable Development - Eine ökonomische Interpretation. In: ZAU, 8, 1995, S. 532-543.

-
- Raffelhüschen, B.; Fetzer, S.; Moog, S. (2003): Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie. In: Albring, M.; Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt am Main u. a., 2003, S. 85-114.
- Rasmusen, E. (1994): Games and Information. An Introduction to Game Theory., Cambridge und Oxford, 1994.
- Raumolin, J. (1990): The problem of forest-based development as illustrated by the development discussion, Helsinki, 1990.
- Rawls, J. (1979): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main, 1979.
- Renn, O.; Knaus, A. (1998): Den Gipfel vor Augen. Unterwegs in eine nachhaltige Zukunft, Marburg, 1998.
- Richter, R.; Furubotn, E. G. (2003): Neue Institutionenökonomik, Tübingen, 2003.
- Ripperger, T. (1998): Ökonomik des Vertrauens: Analyse eines Organisationsprinzips, Tübingen, 1998.
- Ritsert, J. (1976): Methodologischer Individualismus oder Totalitätsbezug? In: Ritsert, J. (Hrsg.): Wissenschaftslogik einer kritischen Soziologie, Frankfurt a. M., 1976, S. 84-112.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik, Bern, 2004.
- Ruckdäschel, S. (2000): Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen, Bayreuth, 2000.
- Russell, Bertrand (2000): Philosophie des Abendlandes (1. Auflage 1945), München und Wien, 2000.
- Samuelson, P. A. (1958): An Exact Consumption Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money. In: Journal of Political Economy, 66, 1958, S. 436-467.
- Sauerland, D. (1999): Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Jg 48, Heft 3, 1999, S. 265-294.
- Sauerland, D. (2002): Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven, Gütersloh, 2002.

- Schluchter, W. (1988): Religion und Lebensführung. Band 1: Studien zu May Webers Kultur- und Werttheorie, Frankfurt am Main, 1988.
- Schmidt-Bleek, F. (1993): Wieviel Umwelt braucht der Mensch? MIPS - Das Maß für öko-logisches Wirtschaften, 1993.
- Schmitt-Preuss (2000): Die Entwicklung des deutschen Umweltrechts als verfassungsgelitete Umsetzung der Maßgaben supra- und internationaler Umweltpolitik. In: Juristenzeitung, 55, 2000, S. 581-591.
- Schneider, U. (1998): Der Arzt als Agent des Patienten - zur Übertragbarkeit der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung. In: Wirtschaftswissenschaftliches Diskussionspapier 2/98, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 1998, S.
- Schneider, U. (2003): Asymmetric information and the demand of health care - the case of double moral hazard (Wirtschaftswissenschaftliches Diskussionspapier 02-03), Bayreuth, 2003.
- Schulenburg Graf v. d., M.; Greiner W. (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen, 2000.
- Schumpeter, J. A. (1908): Das Wesen und der Hauptinhalt der Nationalökonomie, 1908.
- Schwartz, A. (1997): Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor, Wiesbaden, 1997.
- Schwarze, A.; Welsch, H. (2001): Ökologische Steuerreform und Nachhaltigkeit: OLG-Modelle als Instrument zur Bewertung langfristiger Politikstrategien, Oldenburg, 2001.
- Schweizer, U. (1999): Vertragstheorie - neue ökonomische Umriss, Tübingen, 1999.
- Scott, W. E; Farh, J. L.; Podsakoff, P. M. (1988): The Effects of "Intrinsic" and "Extrinsic" Reinforcement Contingencies on Task Behavior. In: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 41 (4), 1988, S. 405-425.
- Sehlen, S.; Schröder, W.; Schiffhorst, G.; Hofmann, J.; Reschke, P. (2004): Bürgerversicherung Gesundheit - Grundes Modell - Simulationsrechnungen zu den Ausgestaltungsmöglichkeiten. In: IGES-Papier, 04-06, Berlin, 2004, S.

-
- SGB, V (2006): 2006.
- Siebenhüner, B. (2001): Nachhaltigkeit und Menschenbilder. In: zfwu - Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 3, 2001, S. 343-359.
- Simon, H. A. (1957): Models of Man- Social and Rational, London, New York, 1957.
- Specke, H. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Daten - Fakten - Akteure, Bern, 2005.
- Speidel, G. (1967): Forstliche Betriebswirtschaftslehre, eine Einführung, Hamburg, Berlin, 1967.
- Speidel, G. (1971): Die Nachhaltigkeit - Formen und Voraussetzung des forstlichen Grundgesetzes. In: Allg. Forst- und Jagdzeitung, 142, 1971, S. 295-300.
- Spremann, K. (1988): Reputation, Garantie, Information. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaftslehre, 58, 1988, S. 613-629.
- Spremann, K. (1990): Asymmetrische Information. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaftslehre, 60, 1990, S. 561-585.
- Statistisches, Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2003.
- Statistisches, Bundesamt (2006): Alterspyramide im Jahr 2000 und 2040 (Angaben in %), 2006.
- Steigleder, Klaus (2002): Kant. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 128-139.
- Stigler, G. (1961): The economic of information. In: Journal of Political Economy, 69 (3), 1961, S. 213-225.
- Stillfried Graf v. d., D. (1996): Gesundheitssysteme im Wandel, Bayreuth, 1996.
- Streit, M. (1988): Freiheit und Gerechtigkeit. Ordnungspolitische Aspekte zweier gesellschaftlicher Grundwerte. In: Ordo, Bd. 39, 1988, S. 33-53.
- Suchanek, A. (1994): Ökonomischer Ansatz und theoretische Integration, Tübingen, 1994.

- Tietzel, M. (1981): Die Ökonomie der Property Rights: Ein Überblick. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 30, 1981, S. 207-243.
- Tietzel, M. (1981): Die Rationalitätsannahme in den Wirtschaftswissenschaften, oder: Der homo oeconomicus und seine Verwandten. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaften, 32, 1981, S. 115-138.
- Tremmel, J. (2003): Generationengerechtigkeit - Versuch einer Definition. In: Generationen, Stiftung für die Rechte zukünftiger (Hrsg.): Handbuch Generationengerechtigkeit, München, 2003, S. 27- 79.
- Tremmel, J. (2003): Positivrechtliche Verankerung der Rechte nachrückender Generationen. In: Generationen, Stiftung für die Rechte zukünftiger (Hrsg.): Handbuch Generationengerechtigkeit, München, 2003, S. 349-381.
- Tremmel, J. (2005): Bevölkerungspolitik im Kontext ökologischer Generationengerechtigkeit, Wiesbaden, 2005.
- Turner, R. K.; Pearce, D.; Bateman, I. (1994): Environmental Economics. An elementary introduction, New, London u. a., 1994.
- Ulrich, P. (1992): Rezension zu "Bievert, B. und Held, M. (Hrsg.): Das Menschenbild der ökonomischen Theorie. Zur Natur des Menschen. Frankfurt/M. und New York 1991". In: Journal of Institutional and Theoretical Economics, 148, 1992, S. 520-524.
- Ulrich, V. (2000): Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren? In: Gesundheitsökonomik & Qualitätsmanagement Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik, 5, 2000, S. 163-172.
- Ulrich, V. (2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV. In: Albring, M.; Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnamenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt am Main u. a., 2003, S. 59-83.
- Ulrich, V.; Erbsland, M. (1997): Der langfristige Zusammenhang zwischen demographischen und budgetären Variablen. In: Andel, N.; Wiegard, W.; Richter, W. F.; Sinn, H.-W. (Hrsg.): Finanzarchiv, Tübingen, 1997, S. 203-232.

-
- Unnerstall, H. (1999): Rechte zukünftiger Generationen, Würzburg, 1999.
- Vanberg, V. (1975): Die zwei Soziologien. Individualismus und Kollektivismus in der Sozialtheorie, Tübingen, 1975.
- Vanberg, V. (1982): Markt und Organisation. Individualistische Sozialtheorie und das Problem korporativen Handelns, Tübingen, 1982.
- Vanberg, V. (1999): Die Akzeptanz von Institutionen. In: Korff, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik. Ethik wirtschaftlicher Ordnungen, Gütersloh, 1999, S. 38-50.
- Verbrugge, L. M. (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Morality of Middle-Aged and Older Persons. In: Millbank Memorial Found Quarterly, 62, 1984, S. 475-519.
- Voigt, S. (2002): Institutionenökonomik, München, 2002.
- Watkins, J. W. N. (1952): Ideal Types and Historical Explanation. In: British Journal for the Philosophy of Science, 3, 1952, S. 22-43.
- Watkins, J. W. N. (1958): The Alleged Inadequacy of Methodological Individualism. In: Journal of Philosophy, 55, 1958, S. 390-395.
- Watkins, J. W. N. (1972): Idealtypen und historische Erklärung. In: Albert, H. (Hrsg.): Theorie und Realität, Ausgewählte Aufsätze zur Wissenschaftslehre der Sozialwissenschaften, Tübingen, 1972, S. 331-356.
- Weber, M. (1919): Politik als Beruf. In: Mommsen, W. J.; Schluchter, W. (Hrsg.): Max Weber Gesamtausgabe Abteilung I, Tübingen 1992, S. 157-252.
- Weischedel, W. (1931): Das Wesen der Verantwortung, Frankfurt am Main, 1931.
- Weizsäcker, E. U.; Lovins, A. B.; Lovins, L. H. (1995): Faktor Vier: doppelter Wohlstand, halbiertes Naturverbrauch, 1995.
- Wellisch, D. (2000): Finanzwissenschaft III Staatsverschuldung, München, 2000.

- Werner, Micha H. (2002): Deontologische Ansätze. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart, Weimar, 2002, S. 122-127.
- Williamson, O. E. (1967): Hierarchical Control and Optimum Firm Size. In: Journal of Political Economy, 75, 1967, S. 123-138.
- Williamson, O. E. (1979): Transaction-cost economics - the governance of contractual relations. In: Journal of Law and Economics, 22, 1979, S. 233-361.
- Williamson, O. E. (1985): The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting, New York, 1985.
- Williamson, O. E. (1986): Vertical Integration and Related Variations on a Transaction-Cost Economics Scheme. In: Stiglitz, J. E.; Mathewson, G. F. (Hrsg.): New Developments in the Analyses of Market Structure, London, 1986, S. 149-174.
- Williamson, O. E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus - Unternehmen, Märkte, Kooperationen, Tübingen, 1990.
- Wolff, B. (1995): Organisation durch Verträge, Wiesbaden, 1995.
- Zerth, J. (2005): Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem, Baden-Baden, 2005.
- Zürcher, U. (1965): Die Idee der Nachhaltigkeit unter spezieller Berücksichtigung der Gesichtspunkte der Forsteinrichtung. In: Mitteilungen der Schweizer Anstalt für das Forstliche Versuchswesen, 41/42, 1965, S.
- Zweifel, P.; Breuer, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. VFA, Zürich, 2002.
- Zweifel, P.; Eichenberger, R. (1992): The Political Economy of Corporatism in Medicine: Self-Regulation or Cartel Management? In: Journal of Regulatory Economics, 4, 1992, S. 89-108.

