

*Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2006 7(Special issue): 5–26

---

# Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

*Peter Zweifel*

Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich

---

## 1. Einführung

Dieser Beitrag setzt sich zum Ziel, zwei miteinander verbundene Fragen zu beantworten: 1. Was ist der Auftrag der Krankenversicherung? Oder in anderen Worten: Warum gibt es eine Nachfrage nach sozialer (bzw. staatlicher) Krankenversicherung? Ist sie der Grund dafür, dass in den meisten entwickelten Ländern die private Krankenversicherung ein Schattendasein führt? 2. Wo liegen die Grenzen der Sozialen Krankenversicherung? Kann man sagen, es gebe ein Zuviel an Sozialer Krankenversicherung in mindestens einer der beiden Dimensionen? Sollte ihre Vorherrschaft zu Gunsten der privaten Krankenversicherung gebrochen werden? Ist das heutige Ausmaß der Deckung zu hoch?

Die nachfolgenden Ausführungen greifen diese Fragen auf. Abschnitt 2 befasst sich mit den verschiedenen Gründen (Effizienz, politische Interessen, Gleichheitsvorstellungen), welche die Existenz – wenn auch nicht notwendig die Dominanz – der Sozialen Krankenversicherung (SKV) erklären. Im Abschnitt 3 steht sodann die Angebotsseite im Mittelpunkt. Es wird ein einfaches Verhaltensmodell entwickelt, das den Trade-off zwischen Produktinnovation und Anstrengungen zur Risikoselektion sowohl eines privaten wie auch eines sozialen Krankenversicherers herausarbeitet. Da die Produktinnovation auch Anstrengungen zur Eindämmung des moralischen Risikos umfasst, kann das Modell eine Antwort auf die Frage geben, ob in der SKV eine Tendenz zur Überversicherung besteht. Um einen Vergleichsmaßstab für die Beurteilung zu erhalten, wird im Abschnitt 4 die ökonomische Theorie des optimalen Krankenversicherungsvertrags kurz dargelegt. Natürlich wäre es von Vorteil, die Ergebnisse der wettbewerblichen und der staatlichen SKV als Gleichgewichtslösungen zu beschreiben und zu bewerten. Eine solche Gleichgewichtslösung würde allerdings nicht nur einen Preis (den Zuschlag für Kosten und Gewinn zur fairen Prämie, der im Versicherungsbeitrag enthalten ist), sondern auch mehrere Qualitätsdimensionen (namentlich Umfang der Innovations- und Risikoselektionsanstrengungen) umfassen. Dies kann im Rahmen des vorliegenden Beitrags nicht geleistet werden. Dennoch erweist es sich als möglich, im Abschnitt 5 einige Aussagen zu den Verhaltensweisen

und institutionellen Rahmenbedingungen zu machen, welche der Ausdehnung der SKV Grenzen setzen.

## **2. Warum gibt es soziale Versicherung?**

Die meisten entwickelten Länder kennen eine kollektive Finanzierung der Gesundheitsleistungen, entweder mittels einer Steuer (so der National Health Service im Vereinigten Königreich) oder mittels Beiträgen zur Sozialen Krankenversicherung (SKV). Die SKV ist üblicherweise charakterisiert durch Pflichtmitgliedschaft (wenigstens für die große Mehrheit der Wohnbevölkerung), möglicherweise freie Wahl des Versicherers sowie eine Einheitsprämie, bzw. einen Einheitsbeitrag. In der SKV ist es demnach den Versicherern verboten, Beiträge nach Maßgabe des individuellen Risikos zu verlangen. In diesem Abschnitt geht es darum, die Nachfrage nach SKV zu analysieren, um die Gründe für ihre Existenz (und möglicherweise ihr Wachstum seit Ende des 19. Jahrhunderts) zu erklären. Diese Nachfrage kann einerseits auf Effizienzvorteile der SKV zurückgeführt werden, genügt möglicherweise aber auch gewissen Gerechtigkeitsvorstellungen. Daneben könnten aber auch politökonomische Gegebenheiten zu einer Ausdehnung der SKV führen.

### ***2.1 Effizienzgründe: Unvollkommenheiten privater Krankenversicherungsmärkte***

Die SKV kann effizienzfördernd sein, falls sie gewisse Marktunvollkommenheiten abschwächt oder sogar eliminiert.

#### **2.1.1 Asymmetrische Information**

Seit dem grundlegenden Beitrag von Rothschild und Stiglitz (1976) besteht der Verdacht, dass private, dem Wettbewerb unterworfenen Versicherungsmärkte durch adverse Selektion gekennzeichnet sind. Der Ausgangspunkt sind Versicherte, die über ihr individuelles Risiko mehr wissen als die Versicherer. Dann ist gemäß Rothschild/Stiglitz das einzige nachhaltige Marktergebnis ein trennendes Gleichgewicht (dessen Existenz nicht einmal in allen Fällen gewährleistet ist), bei dem nur der ungünstigste Risikotyp eine volle Deckung erhält, allerdings zu einer (aktuarisch fairen) hohen Prämie. Günstigere Risiken erhalten Deckung zu niedrigeren Prämien, die jedoch nur partiell sein kann, d.h. sie werden rationiert. Zu den ihnen gebotenen Konditionen würden sie an sich die volle Deckung vorziehen, doch dann würde der für sie bestimmte Vertrag auch für ungünstige Risiken attraktiv.

Im Vergleich zu einem solchen trennenden Gleichgewicht kann die SKV eine Pareto-Verbesserung bewirken. Denn sie zwingt alle Individuen in ein

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

vereinendes Gleichgewicht mit Teildeckung und Durchschnittsbeitrag. Für die ungünstigen Risiken ist dies stets von Vorteil, weil sie niedrigere Beiträge bezahlen. Für die günstigen Risiken ist die SKV möglicherweise ebenfalls von Vorteil, nämlich dann, wenn sie die nun mögliche Lockerung der Rationierung höher einschätzen als die Tatsache, dass sie im vereinenden Gleichgewicht einen überhöhten Beitrag bezahlen müssen.

Ob allerdings die asymmetrische Information bezüglich der Gesundheitsrisiken heutzutage eine so entscheidende Rolle spielt, erscheint fraglich. Denn die privaten Krankenversicherer könnten zunehmend genetische Information verwenden, um eine immer genauere Risikoeinschätzung vorzunehmen. Bereits in den 1980er Jahren, als genetische Information noch nicht verfügbar war, schienen die deutschen privaten Krankenversicherer bei der Risikoeinstufung recht erfolgreich zu sein (Zweifel und Waser, 1992, Kap. 4.2).

### 2.1.2 Altruismus und Trittbrettfahren

Reiche, altruistische Mitglieder der Gesellschaft sind wohl bereit, armen Mitbürgern den Zugang zu Gesundheitsleistungen mittels Krankenversicherung zu gewährleisten. Ein Grund dafür könnte sein, dass gute Gesundheit den Armen die Möglichkeit eröffnet, ein höheres Arbeitseinkommen zu erzielen (Pauly, 1970). Diese private Unterstützung stellt jedoch in der Regel keine effiziente Lösung dar, weil sie die Eigenschaft eines öffentlichen Gutes hat, indem sie nicht nur den Nutzen des Gebers, sondern auch denjenigen aller andern altruistischen Mitglieder der Gesellschaft steigert. Namentlich die andern Reichen werden versucht sein, sich als Trittbrettfahrer zu verhalten, denn der Geber hat ja das Problem für sie gelöst. Da der potenzielle Geber dieses Verhalten antizipiert, wird er sich seinerseits zurückhalten, mit der Folge, dass die Armen keinen Zugang zur Krankenversicherung erhalten. Gerade die reichen Mitglieder einer Gesellschaft werden deshalb versuchen, das Trittbrettfahren potentieller Geber zu vermeiden, indem sie einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst oder eine SKV mit Zwangsgliederschaft durchsetzen. Wie Feldstein (2005) darlegt und für die USA auch nachweist, müsste dieser Begründung zufolge die SKV eher den Interessen der Reichen als der Armen dienen.

### 2.1.3 Die SKV als Mittel der optimalen Besteuerung

Dieses Argument geht davon aus, dass die Politiker als wohlwollende Diktatoren allgemeine gesellschaftliche Ziele verfolgen und deshalb über Steuereinnahmen in dem von ihnen gewünschten Umfang verfügen sollten (Cremer und Pestieau, 1996). Unter dieser Prämisse ist es ein Nachteil, dass die Einkommensbesteuerung nur beschränkt dazu verwendet werden kann, um von Individuen mit hohen Fähigkeiten zu jenen mit wenigen Fähigkeiten umzuverteilen. Denn da Fähigkeiten annahmegemäß nicht beobachtet werden können, haben Hochbegabte stets die Möglichkeit zu behaupten, sie seien in Wirklichkeit wenig begabt und deshalb steuerlich bevorzugt zu

behandeln. Doch wenn zwischen den Fähigkeiten und dem Krankheitsrisiko eine negative Korrelation besteht, verteilt die SKV mit ihrem Einheitsbeitrag die Einkommen in der gewünschten Richtung um. Denn jene mit hohem Krankheitsrisiko (und geringen Fähigkeiten) leisten dann einen „zu niedrigen“ Beitrag, während jene mit niedrigem Krankheitsrisiko einen „zu hohen“ Beitrag entrichten. Damit wird indirekt, mittels der SKV, die gewünschte Umverteilung durchgesetzt.

## ***2.2 Gerechtigkeitsvorstellungen als Begründung der SKV***

Eine weit verbreitete Gerechtigkeitsvorstellung ist die Forderung nach Chancengleichheit. Doch schon bei Geburt weisen die Menschen unterschiedliche Gesundheitsrisiken auf, die teilweise leicht beobachtbar sind und sich in der privaten Krankenversicherung in hohen Prämien niederschlagen würden. Wegen genetischer Diagnosen und der Ausbreitung von Tests während der Schwangerschaft werden die Möglichkeiten der Prämiendifferenzierung in Zukunft weiter zunehmen. Dadurch müssten Menschen, die ohnehin schon mit einem niedrigeren Bestand an Gesundheitskapital ausgerüstet sind, zusätzlich noch für die gleiche Versicherungsdeckung einen höheren Preis noch bezahlen. Hinter dem Schleier der Ungewissheit würden deshalb risikoaverse Individuen dafür optieren, dass wenigstens die finanzielle Bürde schlechter Gesundheit gleichmäßig über die Mitglieder der Gesellschaft verteilt wird.

Grundsätzlich gibt es zwei Alternativen, um mittels der SKV solchen Gerechtigkeitsvorstellungen zum Durchbruch zu verhelfen (vgl. Tabelle 1). Einerseits können die Prämien der privaten Krankenversicherung (PKV) subventioniert werden, um zu verhindern, dass namentlich Bezieher niedriger Einkommen durch den Beitrag übermäßig belastet würden. Die Subventionslösung hat den wichtigen Vorteil, dass sie den Wettbewerb in allen Dimensionen sowohl in der PKV wie der SKV ermöglicht, was auch die Verwendung von Information bezüglich des Risikos durch die Versicherer (d.h. risikogerechte Prämien) mit einschließt (Zweifel und Breuer, 2005).

Andererseits bedingt diese Lösung die Erfassung von Einkommen und Vermögen sowie die Notwendigkeit, einen Referenzvertrag festzulegen, auf dessen Grundlage die Subventionierung erfolgt. Dabei gibt es zwei Untervarianten. Die Subvention kann erstens laufend ausgerichtet werden; sie könnte zweitens die Form eines einmaligen Transfers annehmen, welcher dem Barwert der zukünftigen übermäßigen Belastung (berechnet über die Lebenserwartung der Empfänger) entspricht. Damit wird allerdings das Risiko der Langlebigkeit auf die Empfänger der Subvention verschoben. Die zweite grundsätzliche Alternative besteht in einer monopolistischen SKV mit einheitlichem Beitrag, der verhindert, dass sich Unterschiede in den Gesundheitsrisiken im Versicherungsbeitrag niederschlagen.

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

**Tabelle 1** Wege zur Erreichung des Solidaritätszieles

Alternative	Vorteile	Nachteile	Literaturhinweise
<b>Laufender Transfer</b>	Erlaubt umfassenden Wettbewerb in PKV und SKV sowohl mit Prämien wie auch	Erfassung von Einkommen und Vermögen; Festlegung eines Referenzvertrags	Pauly et al. (1992) Knappe (2005)
<b>Subventionierung der Beiträge</b>	<b>Einmaliger Transfer auf Lebenszeit</b>	Produkten bei öffentlicher Information über Risiken	Erfassung von Einkommen und Vermögen; Verschiebung des Risikos der Langlebigkeit auf die zu Unterstützenden
<b>Regulierung: einheitliche Beiträge</b>	Entlastet das öffentliche Budget	Induziert Risikoselektion und den RSA als Sekundärregulierung	Van de Ven et al. (2000)

Hinweis: RSA = Risikostrukturausgleich, PKV = private Krankenversicherung

### 2.3 Politökonomische Gründe für die Existenz und das Wachstum der SKV

Jede Versicherung verteilt um. Doch in der PKV wird die Umverteilung im Idealfall ausschließlich durch den Zufall gesteuert, nämlich von Versicherten, die während der Vertragsdauer keinen Schaden erlitten, hin zu jenen, die von einem Schaden betroffen wurden und Leistungen erhalten. Demgegenüber enthält die SKV stets Elemente systematischer Umverteilung bereits deshalb, weil die Beiträge nicht nach dem Risiko abgestuft sind, was zur Folge hat, dass Vermögen systematisch von den günstigen zu den ungünstigen Risiken umverteilt wird (OECD, 2004).

In der SKV bezieht sich die Umverteilung aber häufig nicht nur auf die Finanzierung, sondern auch auf die Leistungen, d.h. Gesundheitsgüter und mittelbar die Gesundheit selbst. Denn die SKV gewährleistet den Zugang zu den Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen, während die Nachfrage nach diesen Leistungen grundsätzlich einkommenselastisch ist (Gerdtham et al., 1992, Miller und Frech, 2004, Zweifel et al., 2005a). Damit wird die SKV für die Politiker zu einem idealen Mittel zur Bedienung der Interessen jener Gruppen, die genügend organisiert sind, um den Ausgang der Wahlen zu beeinflussen (Gouveia, 1997, Hindriks und de Donder, 2003,

Tullock, 2003). Die Umverteilungswirkungen der SKV können im Einzelnen wie folgt beschrieben werden.

### **2.3.1 Umverteilung von Einkommen und Vermögen**

Die SKV als ein Mittel der systematischen Umverteilung hat den wichtigen Vorteil, dass die Nettozahler die systematische Komponente der Umverteilung kaum abschätzen können. Wenn die Beiträge zur SKV eine Lohnsteuer darstellen (wie beispielsweise in Deutschland), bezahlen Beschäftigte mit einem hohen Einkommen mehr als andere für dieselbe Versicherungsdeckung. Für sie ist es jedoch unklar, ob es sich dabei um systematische Umverteilung handelt, weil sie im Erwartungswert auch überdurchschnittlich viele Leistungen in Anspruch nehmen (Henke, 2005). Ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann allein schon deshalb höher sein, weil die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall fast immer mit dem Lohneinkommen zunimmt.

Doch von der Lohnfortzahlung geht ein indirektes moralisches Risiko aus (Zweifel und Manning, 2000), indem sie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen begünstigt. Deshalb kann der höhere Beitrag durchaus als berechtigt erscheinen und die Besteuerungskomponente verdecken, welche auf Widerstand stoßen würde, wenn sie explizit als Steuer veranlagt würde. Tatsächlich tendiert die SKV dazu, die oberen und mittleren Einkommensschichten insgesamt zu bevorteilen, wie dies Feldstein (2005) im Falle des US-amerikanischen Programms für die Rentner in der „Medicare“ nachgewiesen hat. Der wichtigste Grund besteht darin, dass diese Bevölkerungsgruppen im Durchschnitt lange genug leben, um in den Genuss der Medicare-Leistungen zu kommen.

### **2.3.2 Umverteilung von medizinischen Leistungen**

Hier sind zwei Wirkungen der SKV zu unterscheiden. Der Einkommenseffekt der SKV besteht darin, dass Patienten, die sich ohne Versicherungsdeckung weniger oder überhaupt keine medizinischen Leistungen hätten leisten können, durch die Versicherungsdeckung zu effektiven Nachfragern werden (Nyman, 2003). Wie am Anfang dieses Abschnitts ausgeführt, sind medizinische Leistungen ein normales und vielleicht sogar ein Luxusgut. Die Versicherungsdeckung zur Einheitsprämie kommt dann einer Umverteilung von Reich zu Arm gleich, falls die Preiselastizität der Nachfrage von Reich für diese Leistungen nicht niedriger ist als von Arm, so dass Arm durch die versicherungsinduzierte Preissteigerung nicht stärker zurück gedrängt wird als Reich (ob ein solcher Unterschied der Preiselastizitäten besteht, ist allerdings unklar, vgl. Newhouse et al. 1993, Kap. 11). Der zweite Effekt ist die durch die Versicherungsdeckung aufgeblähte Zahlungsbereitschaft (ZB) für Gesundheitsleistungen (welche die oben angesprochene Preiserhöhung erwarten lässt) (Breyer u.a., 2005, S. 462). Falls die wahre ZB beispielsweise 100 Geldeinheiten (GE) ist und die Kostenbeteiligung 25%, beträgt die beobachtete und marktwirksame ZB 400 GE.

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

### 2.3.3 Umverteilung von Gesundheit

Wie in Abschnitt 2.1.2 ausgeführt, ist der Altruismus bezüglich der Gesundheit wahrscheinlich stärker ausgeprägt als in Bezug auf das Einkommen, obschon es dazu noch keine Evidenz zu geben scheint (die Methoden, um die Präferenzen für die Umverteilung von Gesundheit zu messen, sind noch wenig entwickelt; vgl. Olsen, 2000). Mit Hinweis auf den Altruismus können Politiker geltend machen, einen Auftrag der Stimmbürger wahrzunehmen, wenn sie „Gesundheit für alle“ zu gewährleisten suchen (der berühmte Slogan der Weltgesundheitsorganisation). Gleichheit des Zuganges zur Krankenversicherung lässt sich dann als entscheidende Bedingung für den gleichen Zugang zu den Gesundheitsleistungen und damit die Gleichheit des Gesundheitszustandes interpretieren – sofern Gesundheitsleistungen effektiv sind, wofür es neuerdings Hinweise gibt (vgl. Miller und Frech, 2004, Lichtenberg, 2004, zum Argument vgl. Culyer und Wagstaff, 1993).

Falls die SKV tatsächlich dazu beiträgt, Stimmen zu gewinnen und damit die Chancen auf (Wieder-)Wahl in einer Demokratie zu erhöhen, würde man voraussagen, dass die öffentlichen Aufwendungen dafür um die Zeit der Wiederwahl besonders hoch sein müssten. Van Dalen und Swank (1996) prüften diese Hypothese an Hand zweier Kategorien der öffentlichen Ausgaben der Niederlande (ausgedrückt als Anteile am BIP) zwischen 1956 und 1993. Es handelt sich einerseits um Gesundheitsausgaben (z.B. Subventionen für die Krankenhäuser) und andererseits um Ausgaben zu Gunsten der Sozialversicherungen im Allgemeinen (also nicht nur der SKV). Während die Autoren während der Wahlperioden keine systematische Veränderung der Ausgaben für die Gesundheit feststellen, nehmen die Transfers zu Gunsten der Sozialversicherung während des Vorjahres, im Jahr der Wahl und im Jahr nach der Wahl zu. Der von ihnen geschätzte Unterschied ist 13%, also z.B. eine Zunahme von 8 auf 9% des BIP. Zusätzlich aber hat der Anteil der Rentner in der Bevölkerung auf die Kategorien der öffentlichen Ausgaben einen signifikanten Einfluss. Dies ist deshalb wichtig, weil die Rentner mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit an Wahlen und Abstimmungen teilnehmen. Insgesamt ist also diese (beschränkte) Evidenz mit der Ansicht vereinbar, dass Regierungen die SKV ausweiten, um wahlentscheidende Wählergruppen zu gewinnen.

#### **Folgerung 1:**

Die in der Literatur vorgebrachten Begründungen der Sozialen Krankenversicherung als eine effizienzsteigernde Institution erweisen sich als wenig überzeugend, weil sie deren Wachstum nicht zu erklären vermögen. Was die Gerechtigkeit anbetrifft, so könnte sie durch gezielte Subventionierung statt einheitlicher Beiträge erreicht werden. Die beschränkte empirische Evidenz lässt vermuten, dass polit-ökonomische Motive, nämlich das Gewinnen von Wählerstimmen, die entscheidende Begründung für die Existenz und das Wachstum der Sozialen Krankenversicherung liefern dürften.

### **3. Das Angebot an sozialer Krankenversicherung**

Sofern die Folgerung 1 zutrifft, müssten Regierungen und ihre Verwaltungen als Unternehmer gesehen werden, welche mit dem Angebot der Gesundheitssicherung ihre Ziele verfolgen. Dies würde zum einen auf Systeme des Typs „National Health Service“ zutreffen, wo die Regierung selbst die Funktion des Versicherers übernimmt, dabei aber auch die Versorgung mit medizinischen Leistungen organisiert (im Folgenden „öffentlicher Krankenversicherer“ genannt). Dies würde aber auch auf die SKV zutreffen, auch wenn sie in der Mehrzahl der Industrieländer nicht ins öffentliche Budget integriert ist. Innerhalb dieser Gruppe sind zwei Varianten zu unterscheiden, nämlich soziale Krankenversicherer, die im Wettbewerb um Mitglieder stehen (wie etwa in Deutschland, den Niederlanden oder in der Schweiz), und der monopolistische öffentliche Krankenversicherer (wie er in Kanada, Schweden, aber letztlich auch in Österreich vorherrscht, wo die Bürger auf Grund ihrer Beschäftigung auf Lebenszeit einer Kasse zugeordnet werden).

#### ***3.1 Angebot eines kompetitiven sozialen Krankenversicherers***

Das Angebot an Krankenversicherung lässt sich durch mehrere Produktdimensionen beschreiben, namentlich durch den Umfang des Leistungskatalogs, die Höhe des Zuschlags zur fairen Prämie, den Grad der vertikalen Integration der Leistungserbringer, den Grad der Konzentration auf der Anbieterseite und vor allem das Ausmaß der Anstrengungen zu Gunsten der Produktinnovation einerseits und zu Gunsten der Risikoselektion andererseits. Einfachheitshalber werden im Folgenden nur die beiden zuletzt genannten Entscheidungsvariablen analysiert, die jedoch von besonderer Bedeutung sind. Der Krankenversicherer kann sich zu Gunsten der Produktinnovation anstrengen, indem er neue Leistungen in den Katalog aufnimmt, aber auch (und für die Regierungen wichtiger), das moralische Risiko eindämmt. Die Lancierung von Managed Care-Alternativen, von Verträgen mit (erhöhter) Kostenbeteiligung oder mit Bonusoptionen für Schadenfreiheit stellen Beispiele solcher Produktinnovationen dar.

Der Versicherer kann aber auch in die Risikoselektion investieren, indem er die günstigen Risiken an sich zieht. Nach Ansicht der meisten Autoren (vgl. z.B. van de Ven und Ellis, 2000) laufen diese Selektionsanstrengungen auf ein Nullsummenspiel hinaus und sind somit als effizienzmindernd einzustufen. Diese Ansicht geht allerdings von der Annahme aus, dass die Drohung, als ungünstiges Risiko erkannt zu werden, auf Seiten der Versicherten keine Anstrengungen auslöst, sich durch die Eindämmung des moralischen Risikos als besseres Risiko zu empfehlen.

Soziale Krankenversicherer streben zwar von sich aus kaum die Maximierung des Erwartungsgewinnes an, müssen aber ihr wirtschaftliches



## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

Überleben unter dem Druck des Wettbewerbs sicherstellen. Die Schaffung von Reserven erhält so große Bedeutung. Doch dann kann das Verhalten dieser Versicherer nicht von der Maximierung des Erwartungsgewinnes abweichen, weil dieses Verhalten das wirtschaftliche Überleben am besten garantiert.

Eine vertiefte Analyse des Zusammenspiels der beiden Entscheidungsgrößen Produktinnovation und Risikoselektion als Folge von Anpassungen an exogene Veränderungen würde eine komparativ-statische Analyse verlangen. Diese Analyse soll hier nicht durchgeführt werden (vgl. aber Zweifel, 2006). Ihr Ergebnis kann wie folgt beschrieben werden. Die exogene Veränderung soll ein Ausbau (bzw. die Einführung) eines Risikostrukturausgleichs (RSA) sein. Der RSA hat zum Ziel, den Anreiz zur Risikoselektion (in Folge der Einheitsprämie) zu neutralisieren, indem ein Versicherer mit überdurchschnittlichem Anteil günstiger Risiken einen Beitrag in den RSA entrichten muss, der dazu verwendet wird, um jene Wettbewerber mit einem überdurchschnittlichen Anteil ungünstiger Risiken zu subventionieren (eine umfassende Diskussion des RSA wird von Van de Ven und Ellis, 2000 geleistet).

Durch den RSA wird die eingenommene Prämie im Falle eines ungünstigen Risikos erhöht, so dass der negative Deckungsbeitrag sich verbessert, d.h. gegen Null geht. Demgegenüber reduziert die Zahlung an den RSA die eingenommene Nettoprämie des Versicherers mit „zu vielen“ günstigen Risiken, so dass der (positive) Beitrag eines günstigen Risikos gegen Null geht. Falls der RSA erfolgreich ist, nehmen beide Gewinnbeiträge nach dem Ausgleich genau den Wert Null an, so dass der Anreiz zur Risikoselektion gänzlich entfällt.

Der RSA hat jedoch auch eine Nebenwirkung auf die Innovationsanstrengungen. Denn eine Komponente ihres Grenzertrags besteht darin, mobile jüngere, üblicherweise günstigere Risiken anzuziehen. Dieser Grenzertrag geht gegen Null, wenn der RSA seine Wirkung entfaltet. Tatsächlich zeigt die Erfahrung jener Länder, welche im Zusammenhang mit der Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den sozialen Krankenversicherern den RSA einführten (wie Deutschland und die Schweiz, vgl. Beck et al., 2003), dass die erhofften Produktinnovationen weitgehend ausblieben. Dies kann allerdings auch anderen Regulierungen als dem RSA zuzuschreiben sein.

### **3.2 Angebot durch einen öffentlichen Krankenversicherer**

Da der Leiter einer öffentlichen SKV ein Beamter ist, müsste man eigentlich die Gesamtheit der Beziehungen zwischen den Politikern, den Beamten und den Wählern in ein Modell einbringen (wie z.B. in Alesina und Tabellini, 2004, vgl. auch Boldrin und Rustichini, 2000, Hammond und Knott, 1996; eine vergleichende Beschreibung der Regulierung sozialer Krankenversicherer wird von Maarse et al., 2005 geleistet). Hier wollen wir uns damit begnügen, die Entscheidungssituation eines leitenden Beamten zu untersuchen, dessen Überleben in seiner Funktion vom Wohlwollen eines Politikers abhängt. Diese Vereinfachung hat den Vorteil, dass sie zu Aussagen führt, welche

sich mit jenen bezüglich des kompetitiven Versicherers unmittelbar vergleichen lassen (vgl. Abschnitt 3.1).

Dabei gilt es von Anfang an zwei wichtige institutionelle Unterschiede zu beachten: Erstens darf eine öffentliche SKV üblicherweise keine Reserven aufbauen. Reserven sind nicht notwendig, weil ja das wirtschaftliche Überleben der SKV durch die Regierung gesichert wird, welche ihr Defizit ausgleicht. Vom verantwortlichen Beamten wird deshalb erwartet, dass er ein ausgeglichenes Budget erzielt, und Abweichungen in beide Richtungen senken die Wahrscheinlichkeit, dass er seine bisherige Stellung behalten kann.

Der zweite Unterschied bezieht sich auf die Entscheidungsgrößen. Da die öffentliche SKV ein Monopol darstellt, das die ganze Wohnbevölkerung umfasst, gibt es keinen Grund, Anstrengungen zur Risikosektion zu unternehmen. Das heißt aber auch, dass der Anteil der günstigen Risiken exogen ist und nicht auf die Selektionsanstrengungen reagiert. Damit bleibt die Innovation die einzige Entscheidungsvariable. Die Anstrengungen zu Gunsten der Produktinnovation führen zu niedrigeren zukünftigen Behandlungskosten.

Unter den getroffenen Annahmen folgt, dass die Entscheidungssituation des leitenden Beamten im Optimum gar nichts mit den Innovationsanstrengungen zu tun hat (Zweifel, 2006). Da diese Anstrengungen sein Budget belasten, fährt er somit am besten, wenn er die Produktinnovation ganz sein lässt. Dies führt zur

**Folgerung 2:**

Ein einfaches Modell des Verhaltens eines kompetitiven Krankenversicherers unter der Auflage des einheitlichen, risikounabhängigen Beitrags sagt eine Abschwächung des Interesses an Produktinnovationen voraus, wenn ein Risikostrukturausgleich eingeführt wird. Ein monopolistischer öffentlicher Krankenversicherer dagegen hat überhaupt keinen Anreiz zur Produktinnovation.

In der Regel dürfte es demnach in der kompetitiv ausgestalteten SKV trotz Risikostrukturausgleich noch zu etwas Produktinnovation kommen, während sie im Monopol der öffentlichen SKV nicht zu erwarten ist. Die empirische Evidenz zu dieser Voraussage steht noch aus; immerhin fällt auf, dass es in den letzten Jahren am ehesten in der schweizerischen SKV zur Lancierung neuer Vertragsformen gekommen ist und in Deutschland einzelne Gesetzliche Krankenversicherer mit Managed Care-Optionen experimentieren, während der britische National Health Service dem moralischen Risiko der Bürger mit einer altersabhängigen Rationierung der Leistungen beizukommen sucht (was nicht gerade als Produktinnovation gelten kann).

Doch möglicherweise sind solche Unterschiede von geringer Bedeutung, weil ein optimaler Krankenversicherungsvertrag die angesprochene Eindämmung des moralischen Risikos gar nicht verlangt. Zur Abklärung dieser Frage soll im nachfolgenden Abschnitt die einschlägige Theorie kurz rekapituliert werden.

### **4. Eigenschaften eines optimalen Krankenversicherungsvertrags**

Die im Abschnitt 2.1 genannten Effizienzbelegendungen für die Existenz einer SKV mit Zwangsmittgliedschaft würden am ehesten dann überzeugen, wenn die SKV in einem gewissen Sinne optimal für das repräsentative Individuum ausgestaltet wäre (vgl. z.B. Breyer 2005). Mit Blick auf die Tendenz der meisten SKV-Systeme in Richtung voller Deckung hat in diesem Zusammenhang die Frage der Kostenbeteiligung eine besondere Bedeutung. Deshalb soll im Folgenden zentral auf die Begründung von Kostenbeteiligungen eingegangen werden.

#### **4.1 Verwaltungskosten**

Es gibt einen guten theoretischen Grund, zur Deckung der Verwaltungskosten eine (feste) Kostenbeteiligung einzusetzen. Unter der Voraussetzung der Erwartungsnutzenmaximierung auf Seiten der Versicherten ist es optimal, teilweise oder ganz Ausgaben auszuschließen, die häufig, jedoch in kleinen Beträgen vorkommen (Mossin, 1968). Sind die Verwaltungsaufwendungen proportional zum Erwartungswert der Gesundheitsausgaben, kann dieser Ausschluss mit einer festen Kostenbeteiligung erreicht werden (Arrow, 1963).

#### **4.2 Nicht versicherbare Schäden**

Krankheit hat oft nicht nur finanzielle, sondern auch nicht-finanzielle Konsequenzen, namentlich Schmerz und Leiden. Eine optimale Krankenversicherungsdeckung müsste den Grenznutzen des Vermögens in allen Zuständen der Natur ausgleichen. Dies bedeutet jedoch nicht volle Deckung, sobald die finanziellen und nicht-finanziellen Schäden in einer Beziehung stehen. Wenn nämlich der Grenznutzen des Vermögens im Falle der Krankheit niedriger ist als im Zustand der Gesundheit (z.B. wegen einer reduzierten Fähigkeit, aufwändige Konsumausgaben zu genießen), sollte die Versicherung die finanziellen Schäden nicht voll ausgleichen. Ist allerdings der Grenznutzen des Vermögens im Zustand der Krankheit besonders hoch (indem beispielsweise ein exklusiver Urlaubsort gerade dann wichtig ist), erweist sich umgekehrt die Überversicherung als optimal (Cook und Graham, 1977, Breyer u.a., 2005, Kap. 6.3.2).

#### **4.3 Ex-ante moralisches Risiko**

Darunter versteht man die Neigung der Versicherten, unter dem Einfluss des Versicherungsschutzes die präventiven Anstrengungen zu senken, was die Schadenswahrscheinlichkeit erhöht. Falls dies der Versicherer nicht beobachten kann, muss er seine Prämienkalkulation entsprechend gestalten. Die Prämie muss mit zunehmender Deckung progressiv ansteigen, so dass volle Deckung besonders teuer wird (Ehrlich und Becker, 1972). In der SKV

beobachtet man eine solche Prämienfunktion nirgends, obschon sie ja leicht durchgesetzt werden könnte. Denn die Versicherten können wegen des Monopols eine progressive Prämienfunktion nicht dadurch unterlaufen, dass sie eine Reihe von Versicherungsverträgen mit geringer Deckung und niedriger Prämie abschließen.

#### **4.4 Ex-post moralisches Risiko**

Darunter ist die Neigung der Versicherten zu verstehen, nach Eintritt des Schadens nicht mehr die kostengünstigste, sondern die für sie angenehmste Lösung zur Behebung des Schadens zu wählen. Falls der Versicherer den Gesundheitszustand der Versicherten beobachten könnte, wäre der Indemnitätsvertrag das perfekte Mittel dagegen: Die Versicherungsleistung wäre nicht von den Gesundheitsausgaben, sondern nur vom Gesundheitszustand abhängig, und alle Extras müssten aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Wegen mangelnder Beobachtbarkeit muss allerdings die Leistung an die Gesundheitsausgaben geknüpft werden. Dann wird eine Kostenbeteiligung notwendig, um die Tendenz zur Überkonsumption medizinischer Leistungen einzudämmen. Die optimale Rate der (prozentualen) Kostenbeteiligung ist um so höher, je größer die Preiselastizität der Nachfrage nach dem betrachteten Typ der medizinischen Leistungen (Spence und Zeckhauser, 1971, vgl. auch Breyer u.a., 2005, Kap. 6.5.3.2). Die empirische Evidenz zum Beispiel aus der RAND Health Insurance Study (Manning u.a., 1987) zeigt, dass es eine kleine, wenn auch signifikante Preiselastizität für die meisten medizinischen Leistungen gibt (für eine Übersicht über die Evidenz vgl. Zweifel und Manning, 2000).

##### **Folgerung 3:**

Die Theorie des Versicherungsvertrages zeigt mehrere Gründe dafür auf, von einer vollen Deckung abzusehen. Die Verwaltungskosten sollten durch einen festen Selbstbehalt abgedeckt werden, und die Existenz nicht-finanzieller Risiken sowie insbesondere des ex-post moralischen Risikos legt eine proportionale Kostenbeteiligung nahe, welche mit der Preiselastizität der Nachfrage für Gesundheitsleistungen variiert.

### **5. Grenzen der Sozialen Krankenversicherung**

Angesichts des bis in die jüngste Zeit ungebremsten Wachstums der SKV stellt sich die Frage, ob die SKV (abgesehen von einer „natürlichen“ Zunahme der Gesundheitsausgaben) an Grenzen stößt. Tatsächlich haben erstens die Untersuchungen des Abschnitts 3 gezeigt, dass die Regulierung der SKV Produktinnovationen behindert, welche die SKV für die Bürger attraktiver machen würden. Zweitens sprechen die Eigenschaften des optimalen Vertrages (vgl. Abschnitt 4) dafür, dass die Deckung auch in der SKV wegen des moralischen Risikos beschränkt bleiben muss. Drittens folgt eine Beschränkung aus der institutionellen Tatsache, dass das Gesundheitsrisiko

## **Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung**

zwar sehr wichtig, aber eben doch nur ein Risiko unter mehreren darstellt, dem die Individuen ausgesetzt sind. Die entscheidende Beschränkung der SKV besteht jedoch darin, dass die Zahlungsbereitschaft der Bürger, sich mit immer höheren Beiträgen den Zugang zu immer besseren, aber auch teureren Gesundheitsleistungen zu sichern, nicht unbeschränkt ist.

### **5.1 Durch die Regulierung geschaffene Grenzen der SKV**

In der SKV sind die Beiträge fast immer unabhängig vom wahren Risiko und meist auch für die ganze Bevölkerung einheitlich. Diese Gleichheit würde untergraben, falls kompetitive Sozialversicherer neue Produkte lancierten, welche eine höhere Prämie rechtfertigen würden. Es bleibt dann nur die in Deutschland verfolgte Politik der Experimente im kleinen Rahmen, bei der erfolgreiche Innovationen einzelner Versicherer zur allgemeinen Vorschrift für Alle werden. Dieses Vorgehen ist mit Innovationsprozessen auf Märkten, wo die meisten Versuche keinen Erfolg haben und manche Wettbewerber bereits die übernächste Innovation vorbereiten, nicht vergleichbar (Henke, 2005). Im Falle eines monopolistischen öffentlichen Systems kann eine Innovation zudem nur erfolgen, wenn die Mehrheit im Parlament (oder sogar die Mehrheit der Abstimmenden in einer direkten Demokratie) darüber befunden hat. Diese Hürde hat zur Folge, dass die laufende Vertragsausgestaltung hinter den Änderungen in den Präferenzen und relevanten Restriktionen der Bevölkerung um Jahre, wenn nicht Jahrzehnte hinterher hinkt (Breyer u.a., 2005, Kap. 14.1).

### **5.2 Beschränkungen infolge der institutionellen Rahmenbedingungen**

Ohne Zweifel haben die Gesundheitsrisiken für das Leben der Bürger eine große Bedeutung. Sie sind jedoch zusätzlich mit einer Reihe anderer Risiken konfrontiert. Übernimmt man die Kategorien der Sozialversicherung, so sind dies Unfall, Invalidität, Alter, Arbeitslosigkeit, Familienzuwachs und vorzeitiger Tod des Ernährers (Breyer, 2005, Zweifel, 2000a, 2000b). Die Beziehungen zwischen diesen Risiken sind noch wenig untersucht worden; doch die wenige verfügbare Evidenz lässt positive Korrelationen vermuten. Dies bedeutet, dass die drei Aktiva, die von den Bürgern über ihren Lebenszyklus hinweg gesteuert werden müssen, nämlich Gesundheit, finanzielles Vermögen und Fähigkeiten („health, wealth, wisdom“; vgl. Williams, 1998) wahrscheinlich positiv korreliert sind, was (zumindest bei Risikoaversion) eine unerwünscht hohe Varianz der Aktiva induziert.

Deshalb sollte das Sicherungssystem als Ganzes die positiven Korrelationen ins Gegenteil umkehren, zum Beispiel indem es Leistungen, die in einem Bereich niedriger ausfallen als erwartet, durch höhere als zu erwartende Leistungen in einem anderen Bereich wettmacht. Doch erste Forschungsergebnisse auf der makroökonomischen Ebene lassen vermuten, dass in verschiedenen Industrieländern die Trendabweichungen der Leistungen verschiedener Versicherungsweige positiv statt negativ korreliert

sind. Zum Beispiel weisen die Trendabweichungen der Leistungen der deutschen Arbeitslosenversicherung (ALV) eine positive Korrelation nicht nur mit den Abweichungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), sondern auch mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) auf (vgl. Tabelle 2). Umgekehrt ist nicht einer der insgesamt sechs möglichen Korrelationskoeffizienten der Tabelle 2 signifikant negativ. Im Falle der GKV erweisen sich zwei von vier möglichen Korrelationskoeffizienten als signifikant positiv.

Ebenso gelingt es der GKV nicht, die Lücken in den Leistungen der privaten Versicherung zu füllen (vgl. Tabelle 3). Ihre Trendabweichungen sind ausgerechnet mit denjenigen der Privaten Krankenversicherung (PKV) positiv korreliert. Insgesamt ist nicht einer von zwanzig möglichen Korrelationskoeffizienten signifikant negativ.

Diese Ergebnisse können selbstverständlich umgedreht werden zur Aussage, die deutschen Privatversicherer würden ihrer Aufgabe nicht nachkommen, die Lücken in den Leistungen der Sozialversicherung zu füllen. Doch wie die Tabelle 4 klar macht, sind innerhalb der privaten Versicherung immerhin drei von zehn möglichen Korrelationskoeffizienten signifikant negativ, so dass die Privatversicherung wenigstens einen gewissen Diversifikationseffekt erreicht. Insgesamt dürfte die Sozialversicherung und darin die SKV in Deutschland (aber auch in Österreich, der Schweiz und den USA, vgl. Zweifel, 2000b) weitgehend dafür verantwortlich sein, dass die heutigen Sicherungssysteme die Bürger einer zu großen Volatilität ihrer Aktiva aussetzen.

Die (allerdings sehr vorläufige) Evidenz – die natürlich durch Untersuchungen auf der Ebene der individuellen Versicherungsansprüche gestützt werden müsste – lässt jedenfalls vermuten, dass der gleiche Aufwand an Ressourcen mehr Sicherheit für die Bevölkerung produzieren könnte, oder dass umgekehrt der gleiche Grad an Sicherheit mit weniger Geld erreicht werden könnte. Dies macht insbesondere die SKV für die Bürger wenig attraktiv.

**Tabelle 2** Korrelationen der Trendabweichungen in den Leistungen der deutschen Sozialversicherung, 1975–1993

	GRV (1)	GAV (2)	GKV (3)	GUV (4)	ALV (5)
<b>GRV (1)</b>	1				
<b>GAV (2)</b>	-0.86*	1			
<b>GKV (3)</b>	0.45	-0.33	1		
<b>GUV (4)</b>	0.91*	-0.81*	0.67*	1	
<b>ALV (5)</b>	0.76*	-0.75*	0.65*	0.83*	1

\*Korrelationskoeffizient signifikant unterschiedlich von Null (Signifikanzniveau 5% oder besser)

GRV: Gesetzliche Rentenversicherung, GAV: Gesetzliche Altersversicherung

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung, GUV: Gesetzliche Unfallversicherung

ALV: Arbeitslosenversicherung

Quelle: Materialbände zum Sozialbericht der Bundesregierung; Eisen et al. (1997)

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

**Tabelle 3** Korrelationen der Trendabweichungen in den Leistungen der deutschen privaten und sozialen Versicherung, 1975–1993

	GRV (5)	GAV (6)	GKV (7)	GUV (8)	ALV (9)
<b>PLV (1)</b>	0.27	-0.08	0.26	0.39	0.25
<b>PKV (2)</b>	0.79*	-0.72*	0.56*	0.92*	0.63*
<b>PUV (3)</b>	-0.41	0.28	-0.15	-0.41	-0.26
<b>PHV (4)</b>	0.43	-0.25	0.16	0.54*	0.08

\*Korrelationskoeffizient signifikant verschieden von Null (Signifikanzniveau 5% oder besser)

PLV: Private Lebensversicherung, PKV: Private Krankenversicherung

PHV: Allgemeine private Haftpflichtversicherung, PUV: Private Unfallversicherung (übrige Symbole vgl. Tabelle 2)

Quelle: Eisen et al. (1997)

### 5.3 Die Zahlungsbereitschaft der Bürger für SKV als Begrenzung

Die Forderung, die heutigen Sozialversicherungssysteme zu reformieren, fußt häufig auf dem Argument, dass sie nicht länger finanzierbar seien. Doch Leistungen, die das Bruttoinlandsprodukt nicht übersteigen, können im Grundsatz finanziert werden. Das Argument muss deshalb abgeschwächt werden zur Aussage, dass die (marginale) Zahlungsbereitschaft (ZB) der Bürger beschränkt ist, so dass eine Ausweitung der SKV über diese ZB hinaus einen Effizienzverlust für die Gesamtwirtschaft verursachen würde. Die Schwierigkeit bestand bislang darin, dass die marginale ZB für zusätzliche, von der SKV zu finanzierende Gesundheitsleistungen nicht bekannt war.

Für den Fall der Schweiz stehen dazu erste Hinweise zur Verfügung. In einem Discrete Choice Experiment mit 1000 Individuen im Jahre 2003 wurde die marginale ZB für zusätzliche Leistungen, bzw. die verlangte Kompensation für die Akzeptanz von Einschränkungen im Austausch für einen veränderten Beitrag zur SKV gemessen (Telser et al., 2004, Zweifel et al., 2005b).

Liest man die Tabelle 5 zunächst horizontal, so fällt auf, dass die Kompensationsforderungen durchweg am höchsten sind für eine Ärzteliste, die ausschließlich auf Kostenkriterien beruht (Spalte 1). Der Mittelwert

**Tabelle 4** Korrelationen der Trendabweichungen in den Leistungen der deutschen Privatversicherung, 1975–1993

	PLV (1)	PKV (2)	PUV (3)	PHV (4)
<b>PLV (1)</b>	1			
<b>PKV (2)</b>	0.37	1		
<b>PHV (3)</b>	-0.19	-0.41	1	
<b>PUV (4)</b>	0.54*	0.76*	-0.40	1

Die Symbole sind in Tabelle 3 erklärt

beträgt CHF 103 (€ 67 zu Wechselkursen von 2003), oder etwa 38 Prozent der monatlichen Durchschnittsprämie von CHF 270. Immerhin ist dieser Betrag endlich, was gegen die öfters von Ärztereinigungen aufgestellte Behauptung spricht, die freie Arztwahl habe keinen Preis. Eine sowohl auf Qualitäts- wie auch Kostenkriterien beruhende Ärzteliste verlangt bereits eine deutlich geringere Kompensation, nämlich 20, bzw. 16 Prozent der Prämie (vgl. Spalten 2 und 3 der Tabelle 5).

Im Rahmen der Managed Care-Alternativen, die zurzeit in der schweizerischen SKV angeboten werden, lassen sich Kosteneinsparungen bis zu 60 Prozent erzielen (vgl. Lehmann und Zweifel, 2004). Die Krankenversicherer dürften diese Einsparungen während der ersten fünf Jahre der Laufzeit des Alternativvertrags jedoch nur soweit an ihre Klienten weiter geben, als die Prämienenkung nicht mehr als 25 Prozent beträgt. Kein Wunder, dass sich nur rd. 6 Prozent der Bevölkerung für einen Vertrag mit „harter“ Ärzteliste entscheiden! Trotz des Fehlens eines wirklichen Markttests darf jedoch das vorliegende Ergebnis näherungsweise auch umgekehrt interpretiert werden: Aus einer Ausgangssituation mit einer Ärzteliste auf Grund von Kostenkriterien heraus wäre eine Ausdehnung der SKV in Richtung gänzlich freier Arztwahl den Versicherten im Durchschnitt ungefähr 38 Prozent der Prämie wert (während die damit verbundene Kostensteigerung einen Prämienanstieg von mehr als 60 Prozent bedingen würde). Die Zahlungsbereitschaft vieler Versicherter würde demnach für eine solche Ausdehnung nicht ausreichen.

Die Tabelle 5 zeigt weiterhin, dass die Befragten gegen eine Verzögerung des Zugangs zu neuen Therapien und Arzneimitteln um zwei Jahre deutlichen Widerstand leisten würden, denn dies müsste mit immerhin CHF 65 oder 24 Prozent der Durchschnittsprämie abgegolten werden (Spalte 4), während eine Beschränkung der vergüteten Arzneimittel auf Generika (Spalte 5) kaum eine Kompensation verlangt.

Würden jene Arzneimittel vergütet, die für Bagatellerkrankungen verwendet werden, wären die befragten Schweizer im Durchschnitt sogar bereit, einen kleinen Betrag zu bezahlen (Spalte 6); es dürfte sich dabei jedoch um so genannten 'warm glow' handeln (Andreoni, 1995).

Die Zusammenfassung der Kapazitäten für stationäre Behandlung in größere zentralisierte Einheiten auf regionaler Ebene (Spalte 7 der Tabelle 5) schließlich müsste mit immerhin CHF 37 oder ungefähr 14 Prozent der mittleren Prämie kompensiert werden – dies, obschon in der gesundheitsökonomischen Literatur die Meinung vorherrscht, größere Einheiten seien effizienter.

Es ist auch sehr informativ, die Tabelle 5 senkrecht zu lesen. Man stellt dann erhebliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen fest. Gegenüber der Ärzteliste basierend auf Kosten- und Qualitätskriterien (Spalte 3) ist die Französisch-sprechende Minderheit der Schweiz so skeptisch, dass sie eine Kompensation von hohen CHF 136 im Monat verlangen würde, mehr als das Fünffache der deutschsprachigen Mehrheit (CHF 26). Auch bezüglich der



**Tabelle 5** Verlangte Kompensationen für Einschränkungen in der schweizerischen SKV (2003)

Sozioökonomische Eigenschaft	Betrag in CHF/Monat <sup>a)</sup>						
	Ärzte nach Kosten- kriterien ausgewählt (1)	Ärzte nach Qualitäts- kriterien ausgewählt (2)	Ärzte nach Kosten- und Qualitäts- kriterien ausgewählt (3)	Zugang zu neuen Therapien und Arznei- mitteln um 2 Jahre verzögert (4)	Bezahlung nur von Generika (5)	Ausschluss von Bagatell- Arzneimitteln (6)	Schließung lokaler Krankenhäuser zu Gunsten regionaler Einheiten (7)
<b>Stichprobe insg.</b>	103 (13.2)	53 (8.8)	42 (7.8)	65 (7.9)	3 (5.5)	-6 (5.3)	37 (5.7)
<b>Nach Sprachregion</b>							
Deutschsprachig	88 (11.8)	38 (7.8)	26 (6.8)	56 (7.1)	5 (5.5)	-5 (5.3)	31 (5.2)
Franz.-sprachig	191 (76.3)	138 (58.5)	136 (56.9)	117 (45.4)	-14 (19.6)	-13 (19.2)	74 (31.0)
<b>Nach durchschnittlichem Monateinkommen je Haushaltsmitglied</b>							
<CHF 1500	67 (17.5)	44 (14.7)	35 (13.4)	52 (12.2)	-5 (10.0)	-2 (9.7)	28 (9.1)
CHF 1500–4000	108 (17.5)	56 (11.6)	42 (9.9)	66 (10.3)	9 (7.2)	-5 (6.8)	42 (7.8)
CHF 4000+	148 (55.8)	62 (29.9)	63 (29.7)	81 (29.4)	-14 (17.5)	18 (17.8)	33 (16.8)

**Bemerkungen:** a) 1 CHF entspricht 0.7 € zu Wechselkursen von 2003; Standardfehler in Klammern

anderen Einschränkungen ist ihre ZB durchweg mindestens zweimal so hoch wie diejenige der deutschsprachigen Schweizer. Ein zweiter Hinweis auf Präferenzheterogenität ist der Unterschied zwischen den Einkommensklassen. So beträgt die verlangte Kompensation für eine Ärzteliste nur auf Grund von Kostenkriterien in der obersten Einkommensklasse mehr als das Doppelte des Betrages, der in der niedrigsten Einkommensklasse gelten würde.

Selbstverständlich können reiche Bürger immer aus der SKV optieren, indem sie zusätzlich bezahlen; die ärmeren Bürger dagegen trifft ein regulierungsinduzierter Wohlfahrtsverlust, weil die notwendige Reduktion der Prämie im Ausmaß von 25% durchaus aufgebracht werden könnte, doch zur Zeit nicht an die Versicherten weiter gegeben werden darf, so dass sie beim konventionellen Vertrag bleiben. Offensichtlich läuft die von der SKV verlangte Einheitlichkeit der Beiträge und Vertragsbedingungen mindestens im Falle der Schweiz Gefahr, angesichts der zu vermutenden Heterogenität der Präferenzen erhebliche Effizienzverluste zu verursachen.

**Folgerung 4:**

Es gibt eine Reihe von Beschränkungen der Sozialen Krankenversicherung, von der regulierungsinduzierten Bremsung der Produktinnovation über den mangelnden Diversifikationseffekt angesichts positiver korrelierter Risiken bis hin zur Zahlungsbereitschaft für ihre Ausweitungen, welche hinter den zusätzlichen Kosten zurückbleibt.

## 6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Dieser Beitrag befasste sich mit zwei miteinander verbundenen Fragen: Was sind die Gründe für die Existenz und das Wachstum der sozialen Krankenversicherungen (SKV)? Was sind die Grenzen der SKV? Was die Existenz der SKV betrifft, könnte es sich um eine Institution handeln, die gewisse problematische Eigenschaften privater Versicherungsmärkte korrigiert, die gemeinhin als Marktversagen interpretiert werden. Auch Gerechtigkeitsüberlegungen können eine Nachfrage nach SKV begründen. Die wenige verfügbare Evidenz lässt jedoch eher vermuten, dass die entscheidenden Gründe namentlich für das Wachstum der SKV politökonomischer Natur sind. Denn die SKV scheint für die Politiker, welche die (Wieder)Wahl anstreben, ein wirksames Instrument für das Gewinnen von Stimmen zu sein (Folgerung 1 im Text).

Die Grenzen der SKV sind somit eher auf der Angebotsseite zu suchen, wobei zwei Varianten unterschieden werden müssen. Die eine ist die Bereitstellung der Versicherungsdeckung durch Krankenversicherer, die zwar sowohl in Bezug auf die Gestaltung der Beiträge als auch die zu deckenden Leistungen reguliert sind, sich aber mit Produktinnovationen Konkurrenz um Kunden machen. Die andere Variante ist die monopolistische öffentliche Einheitskasse. Ein einfaches Modell führt zur Voraussage, dass die Ergänzung der Regulierung durch einen Risikostrukturausgleich (der bewirkt, dass Versicherer mit einem überdurchschnittlichen Anteil günstiger

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

Risiken Zahlungen zu Gunsten der Konkurrenten mit überdurchschnittlich vielen ungünstigen Risiken leisten müssen), den Anreiz zur Produktinnovation schwächt. Der Grund dafür ist einfach. Jede Produktinnovation zieht zunächst die Jungen an; doch Junge gelten in allen bestehenden Spielarten des Risikostrukturausgleichs als günstige Risiken. Die Produktinnovation löst damit in der SKV eine finanzielle Sanktion aus. Auch der monopolistische öffentliche Versicherer könnte sich unter dem politischen Druck, die zukünftigen Behandlungskosten zu senken, zur Produktinnovation genötigt sehen. Doch bei der mathematischen Analyse ergibt sich, dass für das Überleben des Amtsdirektors in seiner Funktion die Innovationsanstrengung gar keine Rolle spielt, so dass nicht mit ihr zu rechnen ist (Folgerung 2).

Ob allerdings die Bremsung bzw. das Ausbleiben der Produktinnovation (die zur Zeit vor allem in der Schaffung von Verträgen mit erhöhter Kostenbeteiligung besteht) überhaupt ein Manko darstellt, lässt sich nur an Hand der Theorie des optimalen Krankenversicherungsvertrags beurteilen. Diese Theorie liefert Gründe sowohl für eine feste wie auch eine prozentuale Kostenbeteiligung, die letztere nicht zuletzt mit dem Zweck, das moralische Risiko einzudämmen (Folgerung 3).

Die Tatsache, dass die SKV diesen Anforderungen nicht oder höchstens zum Teil entspricht, begrenzt ihre Wirkung. Eine andere Grenze der SKV besteht darin, dass für risikoaverse Bürger ein Sicherungssystem, das unter Erwarten niedrige Leistungen bei einem Risiko durch besonders großzügige Leistungen bei einem anderen Risiko ausgleicht, von großem Interesse wäre. Doch erste empirische Evidenz lässt vermuten, dass die Sozialversicherung generell, darin aber auch die SKV, diesen Diversifikationseffekt nicht bietet. Eine letzte Grenze bildet die marginale Zahlungsbereitschaft der Bürger für einen weiteren Ausbau der SKV. Falls umgekehrt ein Rückbau zur Debatte steht, stellt sich die Frage, ob die geforderten Kompensationen (z.B. in Form gesenkter Beiträge) möglicherweise geringer ausfallen als die erzielbaren Kosteneinsparungen. Marktexperimente in der Schweiz lassen vermuten, dass die Bürger zwar für Einschränkungen von Managed Care-Typ erheblich kompensiert werden müssten; doch wenn es den Krankenversicherern erlaubt würde, die erzielbaren Einsparungen vollumfänglich weiterzugeben, wären die Prämienenkungen genügend hoch, um diese Alternativen attraktiv zu machen. Der SKV sind damit ganz unabhängig von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben aus politökonomischen Motiven klare Grenzen gesetzt (Folgerung 4).

Diese Grenzen dürften in der Zukunft an Bedeutung gewinnen, weil die Kosten der Gesundheitsversorgung mehr und mehr am Ende des menschlichen Lebens anfallen, zu einem Zeitpunkt also, wo sie nicht durch erhöhte Beiträge der Begünstigten finanziert werden können. Darüber hinaus induziert die SKV genau den medizinisch-technologischen Wandel, der weitgehend dafür verantwortlich ist, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung rasch zunehmen. Denn das so genannte dynamische moralische Risiko betrifft nicht nur die Versicherten, sondern auch die Leistungserbringer, die

ebenfalls der neuesten, zumeist noch teureren Technologie den Vorzug geben (Zweifel, 2003). Die große Herausforderung an die Krankenversicherung, ob sozial oder privat, wird deshalb darin bestehen, Vertragsformen mit Anreizen dafür zu entwickeln, sich vielleicht mit der zweitneusten statt der allerneusten medizinischen Technologie zu begnügen, wenigstens dann, wenn man vermuten muss, dem Tode nahe zu sein. Dem Wettbewerb ausgesetzte Versicherer, die nicht nur das Geschäft der Krankenversicherung betreiben, dürften allerdings zu solchen Produktinnovationen eher fähig sein als monopolistische öffentliche Institutionen.

## Literaturverzeichnis

- Alesina, A. und G. Tabellini (2004), Bureaucrats or Politicians?, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper No.10241.
- Andreoni, J. (1995), Warm-glow vs. Cold-prickle: The Effects of Positive and Negative Framing in Experiments on Cooperation, *Quarterly Journal of Economics* 110, 1–21.
- Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review* 53, 941–973.
- Beck, K., S. Spycher, A. Holly und L. Gardiol (2003), Risk Adjustment in Switzerland, *Health Policy* 65, 63–74.
- Boldrin, M. und A. Rustichini (2000), Political Equilibria with Social Security, *Review of Economic Dynamics* 3, 41–78.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005), *Gesundheitsökonomik*. 5. Aufl. Springer, Heidelberg.
- Breyer, F. (2005), Auf Leben und Tod – Steigende Lebenserwartung und Sozialversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 5, 227–241.
- Cook, P.J. und D.A. Graham (1977), The Demand for Insurance and Protection: The Case of Irreplaceable Commodities, *Quarterly Journal of Economics* 91, 143–156.
- Cremer, H. und P. Pestieau (1996), Redistributive Taxation and Social Insurance, *International Tax and Public Finance* 3, 281–295.
- Culyer, A.J. und A. Wagstaff (1993), Equity and Equality in Health and Health Care, *Journal of Health Economics* 12, 431–457.
- Eisen, R., H. Schlesinger und P. Zweifel (1997), Korrelationen bei versicherbaren Schäden und ihre langfristigen Folgen, in: J.-M. von der Schulenburg u.a. (Hrsg.), *Allokation der Ressourcen bei Sicherheit und Unsicherheit*. Festschrift für Leonhard Männer, Nomos, Baden-Baden, 29–50.
- Ehrlich, I. und G.S. Becker (1972), Market Insurance, Self-insurance and Self-protection, *Journal of Political Economy* 80, 623–648.
- Feldstein, M.S. (2005), Rethinking Social Insurance, *American Economic Review* 95, 1–25.
- Gerdtham, U.G., B. Jönsson und J. Sogaard (1992), An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross Section Study of OECD countries, *Journal of Health Economics* 11, 63–84.
- Gouveia, M. (1997), Majority Rule and the Public Provision of a Private Good, *Public Choice* 93, 221–244.

## Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung

- Hammond, T.H. und J.H. Knott (1996), Who Controls the Bureaucracy? Presidential Power, Congressional Dominance, Legal Constraints, and Bureaucratic Autonomy in a Model of Multi-institutional Policy-making, *Journal of Law, Economics, and Organization* 12, 119–166.
- Henke, K.D. (2005), Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 6, 95–112.
- Hindriks, J. und P. De Donder (2003), The Politics of Redistributive Social Insurance, *Journal of Public Economics* 87, 2639–2660.
- Knappe, E. (2005), Bürgerversicherung aus volkswirtschaftlicher Sicht, in: Bitburger Gespräche, Jahrbuch 2004/II, H.C. Beck, München, 41–54.
- Lehmann, H. und P. Zweifel (2004), Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance, *Journal of Health Economics* 23, 997–1012.
- Lichtenberg, F.R. (2004), Sources of U.S. Longevity Increase, 1960–2001, *Quarterly Review of Economics and Finance* 44, 369–389.
- Maarse, H., A. Paulus und G. Kuiper (2005), Supervision in Social Health Insurance: A Four-Country Study, *Health Policy* 71, 333–346.
- Manning, W.G. u.a. (1987), Health Insurance and the Demand for Medical Care, Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review* 77, 251–277.
- Miller, R.D. Jr. und H.E. Frech III (2004), *Health Care Matters, Pharmaceuticals, Obesity, and the Quality of Life*. AEI Press, Washington DC.
- Mossin, J. (1968), Aspects of Rational Insurance Purchasing, *Journal of Political Economy* 76, 553–568.
- Newhouse, J.P. und The Insurance Experiment Group (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, A RAND Study*. Harvard University Press, Cambridge und London.
- Nyman, J.A. (2003), *The Theory of Demand for Health Insurance*. Stanford University Press, Stanford.
- OECD (2004), *The OECD Health Project – Towards High-Performing Health Systems*. Paris.
- Olsen, J.A. (2000), A Note on Eliciting Distributive Preferences for Health, *Journal of Health Economics* 19, 541–550.
- Pauly, M.V. (1970), The Efficiency in the Provision of Consumption Subsidies, *Kyklos* 23, 33–57.
- Pauly, M.V., P. Danzon, P. Feldstein und J. Hoff. (1992), *Responsible National Health Insurance*. Washington D.C.
- Rothschild, M. und J.E. Stiglitz (1976), Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, *Quarterly Journal of Economics* 90, 630–649.
- Spence, A.M. und R.J. Zeckhauser (1971), Insurance, Information, and Individual Action, *American Economic Review*, Papers and Proceedings, 61, 380–387.
- Telser, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel, und P. Eugster, (2004), Was leistet unser Gesundheitswesen? Rüegger, Zürich.
- Tullock, G. (2003), The Origin of the Rent-Seeking Concept, *International Journal of Business and Economics* 2, 1–8.
- Van Dalen, H.P. und O.A. Swank (1996), Government Spending Cycles: Ideological or Opportunistic?, *Public Choice* 89, 183–200.
- Van de Ven, W.P.M.M. und R.P. Ellis (2000), Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, in: J.P. Newhouse und A.J. Culyer (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A. North Holland, Amsterdam, Kap. 14.

- Van de Ven, W.P.M.M., R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut und E.M. van Barneveld (2000), Access to Coverage for High Risks in a Competitive Individual Health Insurance Market: Via Premium Rate Restrictions or Risk-adjusted Premium Subsidies, *Journal of Health Economics* 19, 311–339.
- Williams, A. (1998), Makes a Man Health, Wealthy, and Wise! Or from Folklore to Systems Science, in: G. Duru u.a. (Hrsg.), *Systems Science in Health Care*, Vol. 23. Masson, Paris, 57–60.
- Zweifel, P. und O. Waser (1992), *Bonus Options in Health Insurance*. Kluwer, Dordrecht.
- Zweifel, P. (2000a), The Division of Labor between Private and Social Insurance, in: G. Dionne (Hrsg.), *Handbook of Insurance*. Kluwer, Boston, Kap. 28.
- Zweifel, P. (2000b), The Future Division of Labor between Private and Social Health Insurance, *Journal of Health Care Finance* 26, 38–55.
- Zweifel, P. (2003), Medical Innovation: a Challenge to Society and Insurance, *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 28, 194–202.
- Zweifel, P. (2006), The Supply of Voluntary Health Insurance in Developing Countries, erscheint in: A. Preker (Hrsg.), *Voluntary Health Insurance in Developing Countries*. World Bank, Washington.
- Zweifel, P. und Breuer, M. (2005), The Case for Risk-Based Premiums in Public Health Insurance, erscheint in: *Health Economics, Policy, and Law*.
- Zweifel, P. und W.G. Manning (2000), Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in: A.J. Culyer und J.P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A. Elsevier, Amsterdam, Kap. 8.
- Zweifel, P., L. Steinmann und P. Eugster (2005a), The Sisyphus Syndrome Revisited, *International Journal of Health Care Finance and Economics*.
- Zweifel, P., H. Telser und S. Vaterlaus (2005b), Consumer Resistance Against Regulation: the Case of Health Care, erscheint in: *Journal of Regulatory Economics*.

---

**Abstract:** *This contribution seeks to answer two questions, (1) What are the reasons for a demand for social health insurance (SHI)?, and (2) What are the limits to the growth of SHI? A review of the reasons for the existence of SHI reveals that while economists have emphasized the possible contribution of SHI to efficiency, the available evidence points to public choice reasons, which also seem to explain better the growth of SHI. Indeed, since private insurance redistributes as well (albeit governed by chance), it is tempting for politicians to use SHI for systematic redistribution (the extent of which cannot easily be detected by net payers). Turning to the supply of SHI, two dimensions are studied in some detail, viz. efforts at product innovation and at risk selection. Competing suppliers of SHI, while hampered by risk adjustment which sanctions innovators for attracting the young, are predicted to invest in innovation. A monopolistic public SHI scheme, by way of contrast, does not need to select risks and, on the other hand, it is predicted to refrain from product innovation. This is but one limit to the growth of SHI; the ultimate one is citizens' lack of willingness to pay for its continuing expansion, about which some evidence for the case of Switzerland is presented.*