
Ökonomische Grundlagen der Explosion der Gesundheitskosten

WERNER NEUDECK

Der enorme Anstieg der Gesundheitsausgaben nach dem 2. Weltkrieg war wohl der eigentliche Anlaß für die Anwendung ökonomischer Denkmodelle im Gesundheitswesen. Nicht umsonst ist die international bedeutende Zeitschrift für Gesundheitsökonomik in Österreich nur in einer Bibliothek vorhanden: der Ministerialbibliothek des Finanzministeriums.

Nach Robbins' berühmter Definition ist Ökonomie „the science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses“ (Robbins 1932, S. 16). Die Ressourcen der Volkswirtschaft sind begrenzt. Der Gesundheitsökonom muß sich fragen, wie viele davon für medizinische Leistungen verwendet werden und in welchem Verhältnis diese medizinischen Leistungen zueinander eingesetzt werden. Da der Konsum von Gesundheitsleistungen positive externe Effekte für die Mitbürger mit sich bringt (etwa bei ansteckenden Krankheiten oder weil die Gesundheit anderer auch das eigene Wohlbefinden erhöht), ist das Gesundheitswesen auch ein traditionelles Gebiet der Staatsintervention.

Im folgenden werde ich mich nach einigen Vorbemerkungen zur Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen mit allgemeinen Problemen von Versicherungen und Krankenhäusern auseinandersetzen.

Wie kam es zu einem derart rasanten Anstieg der Ausgaben für medizinische Leistungen? Der Ökonom erklärt Phänomene dieser Art gerne aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage – in diesem Fall eben von Gesundheitsleistungen. Die Ausgabensteigerung könnte v. a. durch einen starken Anstieg der Nachfrage verursacht sein. Doch wer bestimmt die Nachfrage im medizinischen Bereich? Sind es die Kranken oder sind es – in ihrem Auftrag oder nicht – die über das nötige Fachwissen verfügenden Ärzte? Oder gibt es einen preisunabhängig vorgegebenen fixen Bedarf an diesen Leistungen? Michael Grossmann entwickelte den richtungweisenden ökonomischen Ansatz zur Erklärung der Nachfrage nach Gesundheit (Grossman, 1972). Gesundheit ist für ihn sowohl ein Konsumgut mit direktem Nutzen (gesteigertes Wohlbefinden) als auch ein Investitionsgut, da Gesunde länger und besser arbeiten können. Jeder Mensch hat einen abnutzbaren Bestand an Gesundheit, den er durch Gesundheitsausgaben erneuern kann.

Wann wird nun diese Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigen? Zunächst werden hier wohl demographische Faktoren eine Rolle spielen: Eine Überalterung der Bevölkerung und ein Trend zu Kleinfamilien oder „Singles“ wird die Nachfrage erhöhen, vermehrte Bildung wird sie möglicherweise senken. Insbesondere werden starke Lohn- und Einkommenserhöhungen, wie sie nach dem Krieg zu beobachten waren, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigern. Einerseits ist Gesundheit sicher kein inferiores Gut, andererseits wäre das durch Krankheit entgangene Einkommen höher. (Freilich sind für reichere Wirtschaftssubjekte wohl auch die Zeitkosten einer Behandlung höher.)

Die wichtigste Ursache für die gestiegene Nachfrage im Gesundheitssektor kann jedoch in der Tatsache gesehen werden, daß die Konsum-

menten medizinischer Leistungen in der Regel nur einen Bruchteil des Preises bezahlen, da der Rest von Versicherungen oder Staat übernommen wird. Auf diesen Aspekt wollen wir im nächsten Abschnitt noch näher eingehen.

Das Angebot an medizinischen Leistungen dürfte kurzfristig relativ starr sein. Ärzte und Spitäler sind nicht leicht ersetzbar und haben eine lange Produktionsdauer. Wie wir freilich schon gesehen haben, haben die Anbieter wegen ihres Fachwissens im Gesundheitswesen auch einen großen Einfluß auf die Nachfrage. So könnte eine Vermehrung des Angebots (forcierte Ärzteausbildung, Bau neuer Krankenhäuser) sich gleichsam „seine eigene Nachfrage schaffen“, also auch die Nachfragekurve nach rechts verschieben, sodaß merkliche Preisreduktionen kaum beobachtbar wären. Wir werden im Rahmen der Krankenanstalten nochmals auf das Angebot zu sprechen kommen. Nach dieser einfachsten Analyse würde man die steigenden Gesundheitsausgaben somit auf eine Steigerung der Nachfrage zurückführen.

Wenden wir uns nun zwei besonderen Problemen der Gesundheitsökonomik zu: den Versicherungen und den Krankenanstalten.

Probleme von Versicherungen

Wie bereits Arrow in seinem klassischen Artikel (Arrow, 1963) betonte, ist die Allgegenwart von Unsicherheit ein besonderes Kennzeichen des Gesundheitssektors. Unsicherheit gibt es darüber, ob eine Krankheit überhaupt auftreten wird und welche Kosten bei ihrem Auftreten anfallen werden, ob sich der gewünschte Behandlungserfolg einstellen wird etc.

Angesichts dieser Unsicherheit und der weitverbreiteten Risikoaversion der Bevölkerung müßte die soziale Wohlfahrt durch eine Versicherung gegen Krankheitskosten erhöht wer-

den können. Die Versicherungsprämie wird wohl über der aktuarisch fairen Prämie liegen müssen: Einerseits können auch große Versicherungen keine vollkommene Risikostreuung erzielen und sind vielleicht risikoavers. Andererseits fallen Verwaltungs- und Transaktionskosten an. Aus beiden Gründen erwartet man Vorteile der Massenproduktion im Versicherungswesen, die den freien Wettbewerb in diesem Sektor behindern könnten und daher gelegentlich als Begründung für eine staatliche Pflichtversicherung angesehen werden. Bei zu hohen Prämien werden sich nur die besonders risikoaversen Wirtschaftssubjekte versichern, und zwar vor allem gegen schwere Krankheitsfälle, deren Auftreten nicht zu unwahrscheinlich, aber auch nicht zu wahrscheinlich sein darf. Selbstverständlich wären die Prämien der Versicherten nach ihren individuellen Krankheitswahrscheinlichkeiten differenziert.

Der Bereitstellung dieser Versicherung durch den Markt stehen jedoch weitere Hindernisse entgegen, die sich aus der asymmetrischen Information zwischen Versicherern und Versicherten ergeben. Einerseits können die Versicherungen möglicherweise zwischen „guten“ und „schlechten“ Risiken nicht unterscheiden, sodaß das Problem der „adverse selection“ (also der negativen Auslese) auftritt. Die Versicherungen werden in solchen Situationen versuchen, spezielle Leistungspakete anzubieten, um damit gute von schlechten Risiken zu trennen. Wie etwa Rothschild und Stiglitz gezeigt haben, muß in „adverse selection“ Situationen keineswegs ein Gleichgewicht existieren (Rothschild – Stiglitz, 1976). Auch die Lösung dieses Problems wird oft in einer staatlichen Zwangsversicherung gesehen. (Andererseits könnten bei Vorliegen einer staatlichen Standardversicherung die Privatversicherungen versuchen, die „besseren“ Risiken mit günstigeren Prämien an sich zu ziehen,

und damit gleichsam den „Rahm abzuschöpfen“. Der Einheitsversicherung blieben dann nur die „schlechtesten“ Kunden.)

Das für die Krankenversicherung wohl wichtigste Problem ist jedoch das des *moral hazards* (Arrow, 1963, Pauly, 1968). Die Versicherten und ihre Ärzte haben nämlich in der Regel einen von der Versicherung kaum kontrollierbaren Einfluß auf die Höhe der Krankheitsausgaben. Sie können durch vorbeugende Maßnahmen (wie etwa Vorsicht, gesünder leben etc.) die Wahrscheinlichkeit der Krankheit vermindern. Vor allem aber bestimmen sie in gewissem Maße die Höhe der Ausgaben, die im Krankheitsfall getätigt werden. Wenn nun die Versicherung einen Großteil der Krankheitskosten trägt, vermindert sich für den einzelnen der Anreiz, diese Ausgaben möglichst klein zu halten.

Der Versicherte, der krank wird, wird also häufiger Ärzte aufsuchen, mehr und teurere Medikamente kaufen, längere und häufigere Krankenhausaufenthalte mit teurerer Behandlung in Kauf nehmen, mit umfangreicheren Labortests einverstanden sein etc. Er wird medizinische Leistungen nachfragen, solange er sich dadurch einen wenn auch noch so geringen Vorteil für seine Gesundheit erwarten kann. Die anfallenden Kosten erhält er ja – wenigstens zum Teil – durch die Versicherung ersetzt. Dabei muß der Kranke diese Nachfrageentscheidung durchaus nicht selbst treffen: Er kann sie etwa dem behandelnden Arzt oder dem Apotheker als seinen fachkundigen und bevollmächtigten Vertretern überlassen. Auch sie werden im Interesse ihres Patienten aufwendige und kostspielige Behandlungsmethoden wählen, da sie von dritter Seite bezahlt werden. Im schlimmsten Fall werden sie im eigenen Interesse noch teurere (wenn ertragbringendere) Verfahren wählen.

Eine Krankenversicherung kann somit zu einem Überkonsum von Gesundheitsleistungen führen. Wegen

fehlender Preisanreize wollen die Individuen mehr konsumieren, als sie kollektiv als Prämien zu zahlen bereit sind. Bei Vorliegen von moral hazard besteht daher ein Spannungsverhältnis zwischen Risikoverminderung durch Versicherung und adäquaten Anreizen. Ein optimaler Versicherungsvertrag wird somit, wie etwa Zeckhauser gezeigt hat (Zeckhauser, 1970), sowohl Anreiz- als auch Versicherungsaspekte berücksichtigen müssen, sodaß die Versicherung in der Regel nur einen Teil der anfallenden Krankheitskosten ersetzen wird.

Der freie Markt wird daher wohl keine vollkommene Versicherung bereitstellen. Aus diesen und anderen Gründen (wie etwa die schon erwähnte adverse selection, sowie das Problem zunehmender Skalenerträge im Versicherungswesen) haben die westlichen Staaten nach dem 2. Weltkrieg durch den starken Ausbau einer obligatorischen Sozialversicherung bzw. eines nationalen Gesundheitsdienstes den Versicherungsschutz im Krankheitsfall auf Kosten der Anzeizeffekte stark ausgebaut. Da das moral-hazard-Problem unvermindert auch bei dieser staatlich inspirierten Versicherung auftritt, darf es nicht verwundern, daß es in den letzten Jahrzehnten zu enormen Ausgabenerhöhungen im Gesundheitssektor kam.

Der Sozialversicherung bleiben im wesentlichen drei Wege, um dieser Kostenexplosion Herr zu werden.

1. Könnte man die Leistungsstruktur der Krankenversicherung im Sinne des oben erwähnten „optimalen Versicherungsvertrages“ anzeizeffizienter gestalten. So dürften die Wirtschaftssubjekte bei kleineren Gesundheitsausgaben fast risikoneutral sein, sodaß ein gewisser Selbstbehalt für kleinere Krankheitsfälle angebracht erschiene. Im mittleren Bereich wäre eine Kostenbeteiligung des Versicherten denkbar, während für sogenannte „Katastrophen“ doch meist eine vollstän-

digere Risikoabdeckung vorge schlagen wird.

2. Könnte man zu strengeren Mengen- und Qualitätsrestriktionen greifen, indem man etwa die Leistungspakete je Krankheit genau festlegt oder die Patienten durch lange und unangenehme Wartezeiten (Zeitkosten!) vom Konsum abschreckt. Wie bereits erwähnt, ist Kontrolle auf diesem Gebiet jedoch nicht einfach.
3. Schließlich könnte man an ein ethisches Standesbewußtsein der Ärzte appellieren, nur notwendige und günstige Behandlungsmethoden zu wählen und nicht volkswirtschaftliche Ressourcen zu verschwenden.

Freilich ist keineswegs sicher, daß die Bürokratie in einer quasistaatlichen Sozialversicherung ohne Wettbewerbsdruck überhaupt einen entsprechenden Anreiz hat, die Kosten zu minimieren. Hier werden wohl zusätzliche Kontrollmechanismen nötig sein. Daß es dem Staat unter Umständen aber möglich ist, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, zeigt der staatliche Gesundheitsdienst in Großbritannien.

Höchstwahrscheinlich würde eine Krankenversicherung übrigens auch ohne moral hazard die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöhen: Durch die Versicherung wird Einkommen zu den Kranken umverteilt, die sich eine entsprechende Behandlung dadurch erst leisten können.

Die starke Ausdehnung der Krankenversicherung über Sozialversicherung, wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen und eine steuerliche Förderung der privaten Versicherung führte zu einer allgemeinen Aushöhlung wirtschaftlicher Effizienz-Anreize und ist mithin sicher als eine Hauptursache der Explosion der Gesundheitsausgaben anzusehen.

Probleme von Krankenhäusern

Die Ausgaben für Spitalsbehandlung stiegen in den letzten Jahren

besonders rasch und machen einen sehr bedeutenden Anteil an den gesamten Gesundheitskosten aus. Es darf daher nicht verwundern, daß sich die Literatur eingehend mit dem Spitalsbereich beschäftigt hat.

Zunächst wurden Modelle des Krankenhausverhaltens entworfen. Wie kommen die Angebotsentscheidungen in den Spitälern zustande und welche Zielfunktion wird maximiert? Angesichts des gemeinnützigen Charakters der Krankenanstalten, der speziellen Position der Ärzte und des fehlenden Marktwettbewerbs scheint die übliche Gewinnmaximierungshypothese der Firma hier wenig angebracht. Nach einem häufig verwendeten Ansatz maximieren Spitäler eine Zielfunktion, die einerseits die Menge und andererseits die Qualität der Spitalsleistungen – entsprechend gewichtet – enthält (Newhouse, 1970, Feldstein, 1981, etwa Ch. 3). Schon aus ethischem Sendungsbewußtsein wollen die Administratoren und Ärzte möglichst viele Leistungen möglichst hoher Qualität erbringen. Überdies erhöht sich damit das – für den Spitalserhalter vielleicht wichtige – Prestige der Institution (nach dem Manager vielleicht bei Fehlen des Gewinnmotivs bewertet werden) und der professionelle Status und die technischen Möglichkeiten der Ärzteschaft. Diese Zielfunktion führt natürlich dazu, daß die Spitäler eine teurere, weil „qualitätsvollere“ Behandlung wählen: mehr Ärzte und Krankenschwestern werden pro Bett verwendet, neueste Maschinen werden gekauft, selbst wenn sie in benachbarten Spitälern ohnedies vorhanden sind etc. – All dies hat natürlich eine Erhöhung der Kosten zur Folge.

Man könnte in die Zielfunktion der Manager auch noch ein angenehmes, konfliktfreies Arbeitsklima einbauen. Dies würde eine ansprechende Arbeitsplatzgestaltung und relativ hohe Löhne erklären, was wiederum kostensteigend wirkt. Bei freiem Marktzutritt gewinnmaximierender Kran-

kenhäuser wäre diese Art von Ziel-funktion natürlich nicht möglich.

Pauly und Redisch (1973) sehen das Krankenhaus als einen Zusammenschluß von Ärzten zwecks Einkommensmaximierung und weisen damit auf den Einfluß der Ärzte auf Spitalsentscheidungen hin. Dieses Modell kann den übermäßigen und kostensteigernden Einsatz von nicht-ärztlichem Personal und Kapital (modernste Ausstattung, auch weniger notwendige Apparaturen, etc.) erklären, da dadurch die Produktivität und das Einkommen der Ärzte gehoben wird. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn die Ärzte die Spitals-einrichtung gratis für die Behandlung ihrer Privatpatienten verwenden dürfen.

Alle diese Spitalsziele können jedoch nur unter der finanziellen Beschränkung angestrebt werden, daß die teureren Leistungen auch tatsächlich bezahlt und nachgefragt werden. Damit sind wir aber wieder beim schon diskutierten Versicherungsproblem angelangt.

Wenn die Sozialversicherung – also ein Dritter – für die Kosten der Krankenhäuser aufkommt bzw. wenn der Wohlfahrtsstaat ihre Defizite abdeckt, dann wird die Nachfrage der Konsumenten/Patienten durch die höheren Kosten nicht gebremst werden und die Spitäler können ihre Qualitäts-, Mengen- und Einkommensziele besser erfüllen. Der Anreiz zum effizienteren Wirtschaften verschwindet. Feldstein (1981, besonders Ch. 6) hat sogar einen Aufschaukelungsmechanismus zwischen privater Krankenversicherung und steigenden Spitalspreisen festgestellt. Steigende erwartete Behandlungskosten – wegen höherer Qualität – führen zu Höherversicherung; diese wiederum ermöglicht es den Spitälern, noch höhere Qualität zu noch höheren Preisen anzubieten usw. Diese Spirale geht natürlich zu Lasten der nicht Höherversicherten, die sich nun ebenfalls höheren Kosten gegenübersehen.

Selbstverständlich gibt es auch noch andere Erklärungen der Kostenexplosion in den Spitälern: Als arbeitsintensive Dienstleistungsbetriebe sind sie von Lohnsteigerungen besonders betroffen und weisen relativ geringe Produktivitätssteigerungen auf. Neue medizinische Technologien ermöglichen oft erst eine – wenn auch komplizierte – Behandlung bestimmter Krankheiten und füllen damit die Krankenhäuser. Schließlich kommt es auch aus demographischen Gründen bei einem „Älterwerden“ der Bevölkerung zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Spitalsleistungen.

Wie kann die Kostenexplosion im Spitalsbereich gebremst werden? Nach den eben diskutierten Modellen scheint eine partielle Kontrolle von einzelnen Kostenelementen wenig sinnvoll zu sein, da die Spitäler Qualität und Menge dann eben unter Vermehrung anderer Kosten erhöhen werden. Erfolgversprechender und einfacher wäre wohl ein generelles und rigides Budgetlimit für jedes Krankenhaus. Eine optimale Ressourcenverteilung zwischen den Spitälern ist derart freilich kaum möglich.

Wie schon im Zusammenhang mit Versicherungen diskutiert, sollten vor allem die Versicherungsverträge auch Bedacht auf die Anreize zur Kostensenkung nehmen. Natürlich setzt dies voraus, daß die Gebietskörperschaften nicht jedes eventuell auftretende Defizit dann doch abdecken. Wie könnten solche anreizeffizienteren Versicherungszahlen aussehen? Zunächst wäre – wie Feldstein vorschlägt – eine Kostenbeteiligung der Patienten vorstellbar. Zweitens wird ein Kostenersatz nach diagnostic related groups (DRG) diskutiert. Die Versicherung ersetzt hier für jeden Patiententyp einen einheitlichen Pauschalbetrag, sodaß das Krankenhaus einen Anreiz zur möglichst kostengünstigen Behandlung jedes Kranken hat.

Privatversicherungen könnten eigene Kleinspitäler gründen, um ihre Versicherten dort kostengünstiger be-

handeln zu können. In den USA schlägt man zur Belebung des Wettbewerbs Prepaid Health Plans oder Health Maintenance Organisations (HMO) vor. Gegen eine fixe Gebühr bieten hier einige im Wettbewerb stehende Organisationen eine umfassende Gesundheitsvorsorge an. Die Organisation wird in der Regel aus einem Zusammenschluß von Ärzten (und eventuell Spitälern) bestehen und hat ebenfalls Interesse daran, jeden Patienten billig, aber zu seiner Zufriedenheit zu pflegen. Auch Vorbeugemaßnahmen werden hier größere Bedeutung haben. Die Erfolge dieser Organisationen sind jedoch umstritten.

Abschließend kann festgestellt werden, daß es Aufgabe der Ökonomen ist, die Anzeizeffekte, die sich aus jedem Bezahlungssystem ergeben, offenzulegen und effizientere Anreizstrukturen vorzuschlagen. Angesichts der Komplexität der Zusammenhänge im Gesundheitswesen und der auf allen Ebenen auftretenden Unsicherheit sollte man freilich keinen „Stein der Weisen“ erwarten.

Literatur

- K. J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care; in: AER 53 (1963), 941-973.
- M. Feldstein, Hospital Costs and Health Insurance; Cambridge (Mass.) and London 1981.
- M. Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health; in: JPE 80 (1972), 223-256.
- J. P. Newhouse, Toward a Theory of Non-profit Institutions: An Economic Model of a Hospital; in: AER 60 (1970), 64-74.
- M. V. Pauly, The Economics of moral hazard; in: AER 58 (1968), 531-557.
- M. V. Pauly und M. Redisch, The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative; in: AER 63 (1973), 87-100.
- L. Robbins, An Essay on the Nature and Significance of Economic Science; London 1932.
- M. Rothschild und J. E. Stiglitz, Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information; in: QJE 90 (1976), 629-649.
- R. Zeckhauser, Medical Insurance: A Case Study of the Trade-off between Risk Spreading and Appropriate Incentives; in: JET 2 (1970), 10-26.