

SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE DER
GESUNDHEITSÖKONOMIE

Rechtsanwalt
Max-Erik Niehoff
MBA HCM



1. Einführung
2. Ökonomie des Gesundseins
3. Ökonomie der Krankenversicherungen
4. Gesundheitsökonomische Wirkmechanismen



EINFÜHRUNG



- Die **Gesundheitsökonomie** (engl. health economics) = heterogenes Forschungsfeld an der Schnittstelle der Gesundheitswissenschaften, der Wirtschaftswissenschaften und der Betriebswirtschaftslehre.
- Gegenstand der Gesundheitsökonomie → Analyse des Verhältnisses von Versorgungsbedarfen und verfügbaren Ressourcen sowie Evaluation sozialer Wirksamkeit (community effectiveness) und Rationalität des Ressourceneinsatzes.



- Kernthemen der **Sozialmedizin**
 - soziale Bedingungen erfolgreicher Prävention,
 - sozial nicht diskriminierte Zugang zur medizinischen Versorgung und
 - Bewältigung der sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung.



aus sozialmedizinischer Sicht bestimmen drei Fragen die gesundheitsökonomische Debatte:

1. Welches Gesundheitsleitbild setzt sich gesellschaftlich durch?
2. Kann Gesundheit produziert werden und ist sie folglich wie eine Investition zu behandeln?
3. Sollen Gesundheitsdienstleistungen der individuellen kaufkräftigen Nachfrage unterworfen sein oder einem „überindividuellen“ Interesse folgen?



- gesundheitliche Gegebenheiten einer Bevölkerung haben Folgen für deren wirtschaftlichen Erfolg.
- medizinisch-industrieller Komplex heute das umsatzstärkste Wirtschaftssegment und größter Arbeitgeber in allen entwickelten Ökonomien.
- Gesundheitsökonomie setzt sich mit grundlegenden Fragen der **Ressourcenverteilung** und den **wirtschaftlichen Erfolgsaussichten einer Bevölkerung** auseinander. → Kulminationsfeld von Wirtschafts- und Verteilungsinteressen.
- Jede monetäre und wirtschaftliche Entscheidung steht im Konflikt der Interessengruppen. Zu diesen gehört das Medizinsystem selbst. Allerdings sind auch dessen Interessen nicht homogen.



- Aus sozialmedizinischer Perspektive sind in den ökonomischen Interessenkonflikten die von Krankheit und Behinderung Betroffenen überwiegend die schwächste Partei.
 - **Kostenträgerschaft** medizinischer Versorgung und die **Ressourcenverteilung** sind sozialmedizinische Schüsselfragen.



Gesundheitsökonomisch wirksame Entscheidungen beziehen sich auf folgende

Finanzierungsoptionen:

1. Jeder kauft sich die medizinische Versorgung nach Maßgabe seiner monetären Möglichkeiten und ggf. im Präferenzkonflikt mit anderen Bedürfnissen selbst.
2. Der Staat tritt als Sachwalter des gesamtgesellschaftlichen wie individuellen Interesses auf und finanziert die medizinische Versorgung aus Steuermitteln.
3. Der Gesetzgeber verpflichtet die gesamte oder nur Teile der Bevölkerung zur eigenverantwortlichen und gemeinsamen Risikoabsicherung auf der Grundlage einer kollektiven und selbstverwalteten Umlage.
4. Der Gesetzgeber verpflichtet jeden seiner Bürger zur kapitalgedeckten individuellen Risikovorsorge mit ggf. starker Regulation durch die Legislative und einer Überwachungsfunktion durch die Exekutive sowie zwingend ergänzt um steuerfinanzierte Leistungszugänge im individuellen Überforderungsfall.



Arbeiten des Nationalökonomen **John Maynard Keynes** richtungsweisend für die Ausformung des Konzeptes der sozialen Marktwirtschaft.

Schaffung des NHS durch **Lord W. Beveridge** ging maßgeblich auf Keynes' Konzepte zurück. Der Aufbau des NHS verfolgte vier Ziele:

1. Schaffung von Bedingungen, die die Wiederholung der Weltwirtschaftskrise in der 30igen unmöglich machten.
2. Wettbewerbsfähigkeit der britischen Industrie durch ein System sozialer Garantien stärken.
3. Motivation der Arbeiter und Angestellten durch soziale Sicherheit stärken.
4. Steigerung der Einkommen durch Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse sollte Nachfrage nach Gütern steigern.



- In den USA gehört die Schaffung eines allgemeinen Krankenversicherungsschutzes seit 1906 zu den wichtigsten innenpolitischen Konflikten. Bis 2012 waren alle Versuche hierzu gescheitert.
- ideologische Begründungen für Ablehnung eines allgemeinen Krankenversicherungsschutzes gehen auf den Calvinismus und seinen amerikanischen Ableger, prominent vertreten durch **Milton Friedman** zurück.
- Nach WK2 Entwicklung der Gesundheitsökonomie vor allem in den USA. Hintergrund war die Durchdringung der ökonomischen Wissenschaften von der durch **J.F. Nash** begründeten Spieltheorie.



- **Kenneth Arrow** (1963): Unterschiede zwischen Dienstleistung „Krankenversorgung“ und anderen Wirtschaftsgütern
- Wegen der Notwendigkeit erheblicher externer Regulation, der Unvorhersehbarkeit von Bedarfen und Ergebnissen der medizinischen Versorgung im Einzelfall, der Ungleichheit von Bedarfen und der asymmetrischen Kompetenz von Patienten und professionellen Helfern sei es für die Mehrheit der Menschen unmöglich, Entscheidungen als Kunden zu treffen. Das gelte insbesondere für die besonders Hilfebedürftigen.
- Wenngleich nicht gesundheitsökonomisch forschend gilt Arrow mit seiner „social choice theory“ Vielen als der eigentliche Begründer der Gesundheitsökonomie.



- Vertreter der „New Economy“ wie **Milton Friedman, James M. Buchanan** und **Friedrich August von Hayek** profilierten sich in scharfer Konfrontation zu **John Maynard Keynes** als einflussreiche Gegner einer sozialen Marktwirtschaft.



- Die in vielen Rechtssystemen akzeptierte Fürsorgepflicht des Staats geht auf die Idee **Georg Wilhelm Friedrich Hegels** zurück, dass der Staat gleichsam ein überindividuelles Wesen sei:

„Der Staat ist die Wirklichkeit der sittlichen Idee. Das Volk ist derjenige Teil des Staates, der nicht weiß, was er will. ... Der Staat ... kennt keine selbständigen Individuen, von denen jedes nur sein eigenes Wohl im Auge haben und verfolgen dürfte. Im Staate ist das Ganze Zweck und der Einzelne Mittel.“



DIE ÖKONOMIE DES GESUNDSEINS



- Eigenschaften von Individuen (mit-)bestimmend für ihre Stellung in der Gesellschaft; gilt im Besonderen für das Arbeitsleben.
- Gesundheit, vor allem deren Deutung als Tauglichkeit, Belastbarkeit und Zumutbarkeit sowie als Wertschöpfungs- bzw. Verlustfaktor sind solche Eigenschaften.



- **Beispiel:**

In Deutschland klagen die Unternehmen, durch Krankheit verlöre die Volkswirtschaft rund 144 Milliarden Euro und pro Arbeitnehmer gingen durch krankheitsbedingte Kosten jährlich rund 3.500 € pro Kopf der Beschäftigten (davon etwa 2.500 € durch die gesetzliche Krankenversicherung) verloren.



Im Zusammenhang mit dieser Aussage ergeben sich u.a. folgende Fragestellungen:

- Wer trägt die Verluste?
- Wer oder was ist Verursacher dieser Schäden?
- Stehen den Verlusten durch Krankheit Gewinne bei Besserung der Gesundheit gegenüber?
- Stehen den durch Krankheit verursachten Schäden nicht auch Gewinne zB in der Gesundheitswirtschaft gegenüber?
- Findet ein Ausgleich durch Krankheit und Behinderung verursachter Nachteile statt?



- Hilfeleistungen insgesamt in Geld messbar, aber volkswirtschaftlich nicht in Gewinn- und Verlustrechnungen aufzuspalten.
- Bewertung solcher Ausgaben nur insofern ein ökonomisches Problem, als es um deren Verteilung und Trägerschaft geht. Die Begründung für eine solche Verteilung ist aus der Sicht der Medizin der „Bedarf“.
- Sind die verfügbaren Ressourcen kleiner als der Bedarf, sind normative und prioritäre Entscheidungen unvermeidbar. Das wirft die Frage auf, wem die Entscheidungskompetenz übertragen werden kann.



- Vertreter der **New Economy**: individuelles Gesundsein wird von den Individuen weitgehend selbst bestimmt
- Grad der Gesundheit = Menge an individuell aufgewandten „Investitionen“
- „return of investment“ = Grad an individuellen Wohlbefindens oder Wertsteigerung auf dem Arbeitsmarkt, zumindest aber dem Grad des Werterhalts oder der Minimierung des Wertverlustes etwa infolge der Alterung.



- allgemeine Verfügbarkeit medizinischer Versorgung führe immer zu Missbrauch, da Menschen auf Grund ihrer evolutionär erworbenen biologischen Eigenschaften zu solidarischem Handeln nicht fähig seien.*
- im Falle allgemein garantierter medizinischer Hilfen beständige Kontrolle des Anbieter- und des Konsumentenverhaltens zwingend notwendig, wenn Versorgungssysteme durch eine dritte Partei finanziert werden
- solche Finanzierungen würden dann unvermeidbar zur Einschränkung der Freiheit führen, seien also aus freiheitsethischen Gründen abzulehnen



- Allgemeine Zugangsrechte zur medizinischen Versorgung und Freiheit sind in dieser Argumentation unauflösbare Widersprüche.
- die von **Mark V. Pauly** 1968 vorgetragene These von den moralischen Fehlanreizen (**moral hazard**) ist wirkmächtiges aber auch faktenresistentes Argument.*
- **Friedman, Buchanan, Pauly** und weitere Vertreter der New Economy unterstellen, dass Kranken immer die freie Entscheidung überlassen werden müsse, wofür sie die ihnen verfügbaren Mittel einsetzen wollen, ob sie ihre Ressourcen also für ihre medizinische Versorgung oder für den Kauf eines Autos verwenden wollen. Diese Entscheidungsfreiheit sei zwingend zu fordern, damit Patienten als Kunden und damit als freie Marktteure agieren können.



- Differenzierter **Kenneth Arrow**: Zugang zu Hilfen im Krankheitsfall keine individuelle Wahlentscheidung, die jeweils im Wettbewerb zu anderen Bedürfnissen stehe. Kritik an einer marktkonformen Krankenversorgung auf 7 Argumente gestützt:
 1. individuell unmögliche Vorhersehbarkeit von Krankheit
 2. individuelle Entscheidungsunfähigkeit über den Nutzen von Interventionen
 3. Nichtvorhersehbarkeit des Verhaltens des Anbietermarktes im Verhältnis zur Nachfrage
 4. Fehlen eines Gleichgewichts auf Märkten der Krankenversorgung
 5. Marktversagen bei der sozialen Allokation von Ressourcen
 6. informationelle Informationsasymmetrie
 7. Notwendigkeit, soziale Ineffektivität durch nicht den marktwirtschaftlichen Zwängen unterliegende Institutionen auszugleichen.



- **Milton I. Roemer** (1917-2001) beschrieb im Ergebnis umfangreicher Analysen mit dem nach ihm benannten Roemer's Law ("A bed built, is a bed filled."), die Realität des „**supplier induced demand**".
- bezeichnet die Unmöglichkeit funktionsfähiger Anbieter- und Kundenmärkte in der Krankenversorgung.
- Versagen gründet in dem Umstand, dass der Entscheider über Art und Umfang der medizinischen Leistungen zugleich auch der wirtschaftliche Nutznießer seiner Entscheidung ist, also zugleich über den Bedarf und die Kosten, bzw. seinen eigenen Nutzen entscheidet.



Frage nach der Regulationsmacht des Kunden ist Schlüsselproblem einer Theorie der Gesundheitsökonomie. **P. Herder-Dorneich** (geb. 1926) begründet das Marktversagen im Falle der Krankenversorgung mit folgenden Argumenten*

- Uno-actu-Prinzip
- Roemer's Law
- soziale Ineffektivität und Ineffizienz marktwirtschaftlicher Krankenversorgungssysteme
- Personenverschiedenheit von Hilfsbedürftigem und Kostenträger
- mangelnde „Produktauglichkeit“ von Patienten (keine Standardisierbarkeit aufgrund von Varianz)
- Tendenz zur Monopolbildung aufgrund Integrationsbedarf von Leistungen und Leistungserbringern in einer arbeitsteiligen und kooperativen Versorgung unter Marktbedingungen

*Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen. Baden-Baden



Alain Enthoven unterstellt* die Auflösung des Konflikts zwischen Marktpräferenz und allgemein zugänglicher Krankenversorgung könne regulatorisch gelöst werden. Hierzu müssten die sechs Hindernisse, die einem regulierten Markt entgegenstehen, überwunden werden. Diese Hindernisse seien:

1. die freie Arztwahl
2. die freie ärztliche Entscheidung bei der Therapiewahl
3. der Einfluss des Arztes auf die Kosten
4. das Prinzip der Kostenerstattung
5. die Einzelpraxis
6. das Prinzip „Geld folgt der Leistung“, insbesondere die retrospektive Bezahlung von medizinischen Leistungen

*Enthoven, A. (1978): Consumer-Choice-Health-Plans: A national health-insurance proposal on regulated competition in the private sector. New England Journal of Medicine 298:709-720



- Zur Überwindung dieser Defizite entwarf er die Konzepte des sog. „**managed competition**“ und des „**managed care**“. Ziel: Käuferrisiko (Staat, Versicherung, Arbeitgeber) auf den Leistungserbringer übertragen (verkaufen).
- Basis dieser Transaktion sind prospektive Finanzierungen mittels sog. Kopfpauschalen (capitation).
- Folge: Schaffung trustähnlicher, marktkonformer und kompetitiver Versicherungsunternehmen, die in Allianz mit wertschöpfungsseitig hoch integrierten und zentralisierten Versorgungsgiganten agieren.



DIE ÖKONOMIE DER KRANKENVERSICHERUNGEN



- Öffentlich-rechtlich organisierte Absicherungen von Krankheitsrisiken und der sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung sind in sozialökonomisch entwickelten Staaten die wichtigsten Träger des Risikoschutzes.
- Sie sind zudem die monetäre und regulatorische Grundlage der Gesundheitswirtschaft.



- Das ökonomische Dilemma jeder Art der Krankenversicherung ist die sozial ungleiche, bzw. nicht zufällige Verteilung der Versicherungsrisiken und die Unvorhersehbarkeit der künftig notwendig werdenden Behandlungsanlässe im individuellen Einzelfall.



Probleme der Risikoabsicherung für den Krankheitsfall betreffen auch die erhebliche Asymmetrie der Bedarfe und die Varianz ihrer Dauer. Diese Asymmetrie hat mindestens drei Pole:

- Gesundheitsgefährdungen und die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind in der Regel zueinander umgekehrt proportional.
- Horizontal gleiche soziale Lebenslagen bedeuten nicht, dass auch die Risikoladungen gleich wären. Biologische Varianz und die Varianz von Lebensstilen bewirken immer auch eine Risikovarianz, die allein über soziale Merkmale nicht abgebildet werden kann.
- Asymmetrie der Bedarfsverteilung in einer Bevölkerung nimmt mit steigender mittlerer Lebensdauer der Bevölkerung zu. Ca. 80% der finanziellen Ressourcen der Krankenversicherungen werden von ca. 20% der Versicherten beansprucht und 80% der Ressourcen werden etwa 3 Jahre vor dem Erreichen der mittleren Lebensdauer verbraucht (**Pareto principle**).



- Die Kosten medizinischer Versorgung einer Versicherung sind das Produkt von Preis je Fall und deren Mengen.
 - Folgerichtig sind die Aufwendungen je Fall und die Fallmengen die entscheidenden Zielgrößen jeder versicherungsökonomischen Regulation.



Vereinfacht ergeben sich die **Preise** aus den fixen (leistungsunabhängigen) und den variablen (leistungsabhängigen) Kosten.

Beide Kostenarten berühren unmittelbar sozialmedizinische Fragestellungen. Ausschlaggebend sind folgende Feststellungen:

1. Fixe Kosten sind nach Standort und Bedarfsprofil unterschiedlich. Versicherer haben Interesse an einheitlichen fixen Kosten. Dies führt zu Standardisierung des Versorgungsangebots und zu einer Konzentration der Fallmengen.
2. Fixkostenanteile je Fall sinken bei steigender Fallzahl. Interesse an Steigerung der Fallzahl ist unmittelbare Folge. Auch Interesse an Fokussierung auf Fälle mit hoher Prävalenz steigt.
→ Tendenz zur Überversorgung.
3. Tendenz zur Entstehung marktbeherrschender Versorgungsmonopole → wirft grundlegende Fragen bedarfsgerechter Generierung, Allokation und des Verbrauchs von Versorgungsressourcen auf



- Preisregulation vergleichsweise überschaubare Herausforderung
- Mengenregulation (vor allem die Regulation einer medizinisch bedarfsgerechten Mengenstruktur der Versorgungsleistungen) und die Regulation der Leistungsbedarfe hochgradig komplex und konfliktbesetzt.
- Bislang nur wenige wirksame Wege zur Regulation von medizinischen Leistungsmengen, vor allem, weil kaum wirksame und realitätskonforme Wege der Indikationsregulation:
 - Techniken des pre-certification, pre-authorazation, pre-estimate of costs etc. (außerhalb der Spielregeln des Managed Care nur selektiv zur Mengenregulation wirksam einsetzbar)
 - Leistungsbudgetierung und –exklusion, die Übertragung des Versicherungsrisikos auf den Leistungserbringer oder auf die Versicherten sind konfliktträchtig



Unter diesen Bedingungen nur drei grundsätzliche Optionen für Krankenversicherungsschutz :

- ökonomisches Risiko „Krankheit“ verbleibt beim Patienten. Nicht zahlungskräftigen Nachfragern ist dann eine Krankenversicherung verwehrt oder nur begrenzt zugänglich. „Gesundheitsmarkt“ verwehrt der nicht kaufkräftigen Nachfrage den Zugang, bzw. erzwingt den Ausgleich dieses Marktversagens durch staatliche Interventionen.
- ökonomisches Risiko „Krankheit“ wird vom Staat, bzw. von den Steuerzahlern übernommen. Umfang, Art und Form der Leistungserbringung werden durch die Legislative definiert und durch die Exekutive organisiert und kontrolliert. Leistungsfähigkeit hängt von der Wirtschaftskraft einer Volkswirtschaft sowie von den Strukturentscheidungen der Haushaltsplanungen ab.
- ökonomisches Risiko „Krankheit“ wird über parafiskalische Umlage von den Mitgliedern einer Versicherung kollektiv und selbstverwaltend getragen. Umfang, Art und Mechanismus des Leistungszugangs wird durch Träger der Umlage definiert und kontrolliert, ggf. auch organisiert. Leistungsfähigkeit hängt von den durchschnittlichen Arbeitseinkommen (Grundlohnsumme) der Versicherten ab.



- Absicherung von Krankheitsrisiken berührt weiteres grundsätzliches Problem: die **ökonomische Wirkung von „Innovationen“**. J. Schumpeter (Nationlökonom, 1883-1950) hat solche Wirkungen untersucht.
 - Er kommt zu dem, Schluss, dass der Erfolg von Wirtschaftstätigkeiten, deren Ziel „Gewinne“ sind, an die Fähigkeit zur ständigen **„kreativen Destruktion“** bestehender Produktionsprozesse, ihrer Infrastrukturen und Standorte wie auch der Produkte selbst geknüpft ist.
- Frage: Ob bzw. unter welchen Bedingungen ist eine solche „kreative Destruktion“ auf Systeme der Krankenversorgung und ihre Finanzierung übertragbar?



Zweifel an der Übertragbarkeit betreffen:

- Unmöglichkeit, ggf. aber auch fehlende Notwendigkeit, einer ständigen „Produkterneuerung“ und Destruktion bestehender Infrastrukturen
- nicht beliebige permanente Veränderbarkeit von „Produktionsstandorten“
- prinzipielle Schwierigkeit, Prozesse der Güterproduktion auf die medizinische Versorgung zu übertagen
- problematisches Motiv der Gewinnerwirtschaftung in steuerfinanzierten und umlagefinanzierten Sicherungssystemen



Geschichte der Medizin dennoch immer auch eine Innovationsgeschichte. Diese verweist auf mindestens folgende Aspekte:

- praktische Umsetzung von Erkenntnisfortschritten der Medizin bedarf einer etablierten, interessensunabhängigen und metaanalytisch begleiteten indikationsbezogenen Nutzenbewertung, einer hinreichenden Plastizität der Gesundheitssysteme und einer verbindlichen fachlichen Weiterbildung der Akteure.
- Innovationen ergänzen nicht nur verfügbare Verfahren, ggf. ersetzen sie auch etablierte Verfahren. Der Ersatz muss dann Teil der Innovation sein, ein Vorgang, der nicht der Selbstverantwortung der Akteure überlassen werden kann.



- Bildungs- und Qualifikationsfortschritte sind Voraussetzungen der Penetration von Innovationen in die Praxis.
- Die Sicherung der Zugänglichkeit medizinischer Innovationen ist eine Schlüsselfrage ihrer sozialen Wirksamkeit. Wenn es nicht gelingt, beides zu verbinden, misslingt Innovation.
- Innovationen beziehen sich nicht allein auf Methoden der Diagnostik und der Therapie, sondern gleichgewichtig auch auf die Sicherung des Zugangs zur Versorgung, auf die Vermeidung von Über-, Unter- und von Fehlversorgung sowie auf die Optimierung von Versorgungsstrukturen und -prozessen und ihres Managements.



- Die Bewältigung von Krankheitsfolgen ist ein Schlüsselthema der medizinischen Versorgungsinnovationen jenseits der beständigen Suche nach neuen diagnostischen Techniken und therapeutischen Strategien.
- Innovationen bedürfen zwingend der Regulation ihrer indikationsspezifischen Zulassung. Diese darf nicht den Anbieterinteressen überlassen werden.



GESUNDHEITSÖKONOMISCHE WIRKMECHANISMEN





- Die gesundheitsökonomische Debatte wird von der These bestimmt, nur unter Markt- und Wettbewerbsbedingungen könnten knappe Güter „gerecht“ verteilt werden.
- Knappheitsthese geht zurück auf eine Gruppe von Theologen, die im 16. Jh. die Schule von Salamanca begründeten.
- Im 20. Jh. u.a. wieder aufgegriffen von F.A. Hayek ist das Theorem heute ein Grundpfeiler des Neoliberalismus.



- Knappheitstheorem unterstellt, jeder Mensch sei nach seiner Natur so beschaffen, dass er beständig danach trachte so viel Güter wie möglich zu erlangen. Eine Sättigung dieses Bedürfnisses sei nie möglich.
- „**Unersättlichkeitsaxiom**“ besagt auch, dass die Knappheit der Waren sich in ihren Preisen spiegele und jeden Menschen vor die freie Wahl stelle, diese zu erwerben oder nicht. Dies verknüpfe Markt, Gerechtigkeit und Freiheit unmittelbar.
- Die Verteilung, bzw. Zugänglichkeit knapper Güter könne nur über die kaufkräftige Nachfrage reguliert werden, wenn das höherwertige Gut Freiheit gewahrt werden soll.



- *"Nobody spends somebody else's money as carefully as he spends his own. Nobody uses somebody else's resources as carefully as he uses his own. So, if you want efficiency and effectiveness, if you want knowledge to be properly utilized, you have to do it through the means of private property. ... No third party is involved when we shop at a supermarket. We pay the supermarket clerk directly. The same for gasoline for our car, clothes on or back, and so on down the line."*



- Die den klassischen Markttheorien folgende Deutung der Krankenversorgung muss sich der Frage stellen, ob das Konzept der aktiven Kundennachfrage problemlos auf die Krankenversorgung übertragen werden kann.
- **Globale Unterversorgung ist kein Ergebnis falscher Käuferpräferenzen!**
- Knappheit ist keine Folge von unbegrenztem Konsumverlangen. Es ist für die Mehrheit der Menschen Folge eines ihnen verwehrten Zugangs zu existentiellen Ressourcen. Unverkennbar lebt ein anderer Teil der Menschheit im Überfluss, bezogen auf die Krankenversorgung unter den Risiken einer Überversorgung.



- Eine erhebliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang von Pauly ursprünglich gegen das steuerfinanzierte Medicaid in den USA postulierte **Moral Hazard Theorem**.
- Reinhardt hierzu präzise und knapp, aber auch erfolglos: *“The moral-hazard argument makes sense, however, only if we consume health care in the same way that we consume other consumer goods, and to economists like Nyman this assumption is plainly absurd. We go to the doctor grudgingly, only because we’re sick.”...“You always hear that the demand for health care is unlimited. This is just not true. People who are very well insured, who are very rich, do you see them check into the hospital because it’s free? Do people really like to go to the doctor? Do they check into the hospital instead of playing golf?”*



- Die Lohnquote ist der Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Bruttoinlandsprodukt. Sie wird entweder als Brutto- oder als Nettolohnquote ausgewiesen und ist für alle lohnabhängigen Finanzierungssysteme der sozialen Risikoabsicherung eine maßgebliche Verteilungskenngröße.
- Unter Grundlohnsumme (GLS) versteht man die Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, aus denen Krankenversicherungsbeiträge zu leisten sind, also die bundesweite Gesamtsumme des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, aus dem die Beiträge zur Krankenversicherung errechnet werden.



- Der Gewinn einer Krankenversicherung ist der Überschuss der Einnahmen über die Ausgaben des Unternehmens.
- Gewinnerzielung ist das primäre Wirtschaftsziel von privaten Versicherungsunternehmen.
- Sofern es sich um gemeinnützige Unternehmen der Krankenversicherung nach den Normen des öffentlichen Rechts handelt, ist diesen die Gewinnerzielung erlaubt, nicht aber die Ausschüttung von Gewinnen oder deren unregelmäßige Akkumulation.



- Die Risikoselektion ist der wichtigste gesundheitsökonomische Wirkmechanismus nicht regulierter marktwirtschaftlicher Krankenversicherungen.
- Das Verbot jeder Risikoselektion ist hingegen der wichtigste gesundheitsökonomische Mechanismus steuer- und umlagefinanzierter Krankenversicherungen.



- Wettbewerb ist ein Interaktionsprinzip, dessen Ziel die Selektion von Gewinnern und Verlierern ist. Angewandt auf die Krankenversorgung betrifft dieses Prinzip den Wettbewerb der Krankenversicherungen und den Wettbewerb der Anbieter von medizinischen Versorgungsleistungen.



- Wettbewerb stellt den aus sozialmedizinischer Perspektive entscheidenden Vorteil einer allgemeinen und sozial nicht diskriminierten Absicherung zur Disposition: den umfassenden und allgemein zugänglichen Versicherungsschutz.
- Das ist analog auch dann der Fall, wenn die Begrenzung medizinischer Leistungen auf notwendige, wirksame und das Erforderliche nicht überschreitende Interventionen der Maßstab einer evidenzbasierten Medizin ist und anstrebt, unnötige Interventionsrisiken zu vermeiden. Die Vermeidung von Leistungsangeboten, die darüber hinausgehen, folgen also keinem ökonomischen Prinzip, sondern beruhen auf sozialetischen Grundsätzen der medizinischen Berufspraxis. Wettbewerb steht dann in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zur Indikations- und zur Bedarfsgerechtigkeit.



- Der sich tendenziell globalisierende wirtschaftliche Wettbewerb der Akteure der Krankenversicherungen und der Versorgungsanbieter hat bedeutsame Konsequenzen. Diese sind hinsichtlich folgender Fragen zu beurteilen:
 1. Welche Auswirkungen hat ein Patientenwettbewerb um den Zugang zu medizinischer Versorgung?
 2. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb um Kunden für Versicherungsangebote?
 3. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb der Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen um Verträge mit „Kunden“?



- Das Konzept „Wettbewerb“ ist nur zu implementieren, wenn an die Stelle des medizinisch Notwendigen und Erforderlichen die individuelle Kaufkraft tritt und Kaufkraftdefizite subsidiär ausgeglichen werden (können). Nach diesen Maßstäben sortieren sich dann auch die Gewinner und die Verlierer des Wettbewerbs sowie seine Gegner und Unterstützer.
- Die Diversifizierung der Versicherungsprodukte, die Monopolisierung der Akteure und die beständige Gefahr von medizinisch problematischen Über- und Unterversorgungen sind die aus sozialmedizinischer Perspektive wichtigsten und problembehaftetsten Aspekte des Wettbewerbs.



- Das Wirtschaftlichkeitsprinzip in der Krankenversorgung bezeichnet die an Zielen messbare rationale Nutzung von in Geld messbaren Ressourcen.
- Mikroökonomische Effizienzvorteile können makroökonomischen Effizienzverlust bewirken.



- Die Bedarfsorientierung der Risikoabsicherung für den Krankheitsfall gehört zu den wichtigsten Wirkmechanismen von allgemein zugänglichen Krankenversicherungen.



- Die Bedarfsbewertung an Risikoabsicherungen für den Krankheitsfall verweist auf mindestens sechs Gruppen mit unterschiedlichen ökonomischen Interessen:
 1. Patienten
 2. Versicherte
 3. Versicherung
 4. Medizinische Leistungserbringer
 5. Eigentümer von Versorgungseinrichtungen
 6. Versorgungsplanung



- Als purchaser–provider-split (PPS) wird die rechtliche und institutionelle Trennung der medizinischen Leistungserbringer (provider) von den Krankenversicherungen (purchaser) bezeichnet.
- PPS hat drei Funktionen:
 1. Es soll den Patienten vor einem potentiellen Interesse des Finanzierers der Leistungen an einer Unterversorgung schützen.
 2. Analog soll es den Patienten vor einer Überversorgung im Anbieterinteresse bewahren.
 3. Es soll durch die Trennung von Anbietern und Käufern marktähnliche Bedingungen schaffen.