

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere

Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000

Volker Ulrich

Diskussionspapier 1/98

Januar 1998

ISSN 1437-6989

Prof. Dr. Volker Ulrich
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für Allgemeine Volkswirtschaftslehre,
insb. Finanzwissenschaft
Friedrich-Loeffler-Straße 70
17489 Greifswald

Tel.: 03834/86-2467

Fax: 03834/86-2465

e-mail: ulrichv@rz.uni-greifswald.de

Zusammenfassung*:

Seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurden 46 größere Gesetze mit über 6.800 Einzelregelungen erlassen mit dem Ziel, die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen zu begrenzen und den Beitragssatz zu stabilisieren. Die gesetzlichen Eingriffe konnten den Ausgabentrend aber jeweils nur für kurze Zeit bremsen. Die bestehende Beitrags-Leistungs-Spirale konnte bisher nicht durchbrochen werden. Steigende Leistungen implizieren steigende Beitragssätze, die ihrerseits steigende Ansprüche der Versicherten an das System auslösen. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Jahr 2000 geht es im Kern darum, die Finanzierung des Gesundheitswesens lohnkostenneutral zu gestalten, individuelles Handeln und finanzielle Verantwortung stärker in Einklang zu bringen und die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung hin zu mehr Ergebnisorientierung zu fördern.

*Der Beitrag stellt eine überarbeitete Fassung der Antrittsvorlesung dar, die unter dem Titel „Gesundheitswesen im Umbruch – Herausforderungen und Optionen in folgendem Sammelband erscheint: Burchert, H. und Hering, T. (Hrsg.), Gesundheit und Ökonomie: Interdisziplinäre Lösungsvorschläge, Bayreuth 1998.

I. Rahmenbedingungen

1. Marktversagen und Gesundheitsleistungen

Seit seiner Einführung vor rund 100 Jahren entwickelte sich in Deutschland ein umfassendes Krankenversicherungssystem, das nahezu alle Krankheitskosten abdeckt und seit 1995 sogar eine gesetzliche Versicherung gegen das Pflegefallrisiko im Alter unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beinhaltet. Tabelle 1 informiert über den Krankenversicherungsschutz der deutschen Bevölkerung. In den alten Bundesländern sind rund 87 % der Bevölkerung in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Knapp 11 % der westdeutschen Bevölkerung besitzt eine private Krankenversicherung (PKV). Die verbleibenden 2 % der Bevölkerung sind überwiegend Beamte, Militär- und Polizeiangehörige, für die der Staat finanzielle Hilfen im Krankheitsfall bereitstellt. Lediglich 0,3 % der westdeutschen Bevölkerung verfügt über keinen Versicherungsschutz. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl um Personen, die infolge ihres überdurchschnittlichen Einkommens keiner Versicherungspflicht unterliegen. In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der GKV-Versicherten sogar noch höher, nämlich bei 98,2 %. Diese Unterschiede gründen in den niedrigeren Einkommen, der höheren Erwerbsbeteiligung der Frauen und damit einhergehend niedrigeren Durchschnittseinkommen und der höheren Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland, wodurch relativ weniger Menschen mit ihrem Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und damit auch keine Option für einen Wechsel in eine private Krankenversicherung besitzen.

Bei der Allokation von Gesundheitsgütern wird in vielen Ländern, so auch in Deutschland, von marktwirtschaftlichen Prinzipien abgewichen. Wie bereits gesehen, besteht für die Mehrzahl der Bürger ein gesetzlicher Zwang zur Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung. Daneben spielt der Korporatismus, also das Verhandeln zwischen den Verbänden des Gesundheitswesens, eine zentrale Rolle bei der Bestimmung der Leistungskataloge und der Preise für medizinische Leistungen. Diese Abweichungen werden häufig dadurch gerechtfertigt, daß Gesundheitsgüter besondere Merkmale

aufweisen, die ein Marktversagen begründen und implizieren, daß das Gleichgewicht auf nicht-regulierten Märkten keine Pareto-optimale Allokation darstellt.¹

Jahr	Bevölkerung in 1.000	GKV %	PKV %	Sonst. Versiche- rungsschutz* %	ohne Versiche- rungsschutz %
alte Bundesländer					
1970	60.924	87,9	10,3	1,6	1,6
1980	61.516	90,3	7,5	1,9	0,2
1990	63.062	86,2	10,9	2,6	0,2
1992	64.702	86,7	10,8	2,3	0,3
neue Bundesländer					
1991	15.941	98,2	0,5	0,7	0,6
1992	15.732	98,2	1,1	0,6	0,1

* Sozialhilfe, freie Heilfürsorge (studentische Krankenversicherung bis 1974), Beihilfe, Hilfen für Militärangehörige.

Tabelle 1: Krankenversicherungsschutz der deutschen Bevölkerung in ausgewählten Jahren²

Marktversagen bedeutet, daß die Merkmale eines vollkommenen Marktes, etwa Markttransparenz, Konsumentensouveränität oder Güterhomogenität, im Gesundheitswesen nicht vorliegen. Beispielsweise geht von der Impfung gegen eine ansteckende Krankheit ein positiver externer Effekt aus, der vom Markt nicht erfaßt wird. Dieser externe Effekt bewirkt, daß der Nutzen der Impfung nicht nur demjenigen zugute kommt, der sich selbst impfen läßt, sondern auch anderen Personen, da sich deren Ansteckungsrisiko ebenfalls verringert. Auch wenn hier von einem positiven externen Effekt gesprochen wird, gilt es zu betonen, daß es sich aus ökonomischer Sicht um eine Fehlallokation handelt, da das Marktergebnis hinter dem wohlfahrtsoptimalen Ergebnis zurückbleibt.

¹ Zu den Besonderheiten von Gesundheitsgütern und den resultierenden allokativen Konsequenzen vgl. Breyer und Zweifel 1997, S. 151ff.

² Zusammengestellt und errechnet aus: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 307.

Andere Ursachen von Marktversagen können beispielsweise die Unfähigkeit oder die nur eingeschränkte Fähigkeit für rationale Entscheidungen in bezug auf die eigene Gesundheit sein, die sich am deutlichsten bei einer lebensbedrohenden Krankheit zeigen, bei welcher der Betreffende bereit ist, jeden Geldbetrag für seine Genesung zu zahlen. Auch die Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse, der Informationsvorsprung des Arztes oder Gerechtigkeitsaspekte werden häufig als Begründung für staatliche Eingriffe genannt.

Es gilt jedoch zu betonen, daß es sich, unbeschadet der genannten möglichen Ursachen von Marktversagen, bei den meisten Gütern und Leistungen im Gesundheitswesen um private Güter im Sinne der finanzwissenschaftlichen Theorie handelt. Die Behandlungsleistung des Arztes, die Operation im Krankenhaus und auch das Medikament gegen eine nicht ansteckende Krankheit stellen private Güter dar, die im Konsum rivalisieren und die auch grundsätzlich dem Preisausschluß unterworfen werden können.

2. Moral Hazard und adverse Selektion

Marktversagen betrifft prinzipiell nicht nur auf dem Markt für Gesundheitsleistungen auftreten, sondern auch den Markt für Krankenversicherungen. Da Krankheitskosten stochastisch anfallen, können sich Individuen durch den Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages gegen die Unsicherheit ihres Einkommenszuflusses absichern. Hierbei treten die in der Versicherungstheorie bekannten Phänomene des moral hazard und der adversen Selektion auf.³ Der Begriff des moral hazard sagt aus, daß das Bestehen einer Krankenversicherung die Verhaltensanreize für das Individuum ändert und damit auch die Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten einer Erkrankung. Entscheidend ist dabei, daß die Versicherung das Verhalten des Versicherten nicht beobachten kann. So kann das Individuum durch entsprechende vorbeugende Maßnahmen und seinen Lebensstil die Wahrscheinlichkeit zu erkranken beeinflussen, und selbst bei bereits eingetretener Erkrankung stehen die Behandlungskosten nicht fest, da sehr unterschiedliche Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Im Kern verlangt eine Lösung dieses

³ Die deutsche Übersetzung von moral hazard als moralisches Risiko bzw. moralische Versuchung erscheint bei ökonomischen Analysen teilweise mißverständlich, da es weniger um ein moralisch verwerfliches Verhalten geht, sondern um ein rationales individuelles Handeln (vgl. Arrow 1963, S. 941ff., Pauly 1968, S. 535).

Problems, den Patienten an den Behandlungskosten direkt zu beteiligen oder eine gesetzliche Versicherungspflicht einzuführen.

Auch im Falle der adversen Selektion versagt der Markt. Hier ist die Bevölkerung heterogen in bezug auf das Risiko zu erkranken, es liegt jedoch eine asymmetrische Informationsverteilung vor, d. h. jeder einzelne kennt sein individuelles Risiko, nicht aber die Versicherung. Diese muß alle gleich behandeln. Das Informationsgefälle führt dazu, daß die schlechten Risiken die guten Risiken vom Markt verdrängen. Dies liegt daran, daß ein Standardversicherungsvertrag, der sich an den erwarteten Ausgaben orientiert, zwar für alle schlechten Risiken attraktiv ist, nicht aber für die guten Risiken. Diese werden den Vertrag nicht abschließen, da das Verhältnis zwischen hoher Prämie und niedrigen erwarteten Krankheitskosten für sie ungünstig ist. Da die Versicherung nicht zwischen guten und schlechten Risiken unterscheiden kann, kann sie aber auch keine günstigere Prämie für die Gruppe der guten Risiken berechnen. Akerlof, der den Fall asymmetrischer Information zuerst untersucht hat, spricht daher auch von einem "market for lemons"⁴. Die genannten Aspekte besitzen sicherlich ihre Relevanz im Gesundheitswesen und implizieren, daß eine vollständige Marktsteuerung kaum vorstellbar erscheint. Dennoch gilt es zu betonen, daß auch das Ideal, die Zahlungsfähigkeit als Kriterium für die Zuteilung von Gesundheitsgütern auszuschließen, nicht erreichbar erscheint.⁵ Zwar kann ein staatlicher Gesundheitsdienst wie der National Health Service in England medizinische Leistungen ohne Zahlung eines Preises abgeben, nicht aber kostenlos oder in unbegrenzter Menge. Die Finanzierung erfolgt in diesem Fall über allgemeine Steuermittel, die sich in einem Anstieg der Steuer- und Abgabenbelastung niederschlagen. Die Realität zeigt, daß es auch hier zu Rationierungen kommt, etwa über Wartelisten oder durch die Verringerung der Leistungsqualität. Als Konsequenz ergibt sich dann neben dem staatlichen System ein privater Markt für zahlungskräftige Kunden, den man kaum ausschalten kann. Langfristig sind damit die Weichen in Richtung einer Zwei-Klassen-Medizin gestellt, die letztlich genau das Gegenteil von dem bewirken, was ursprünglich intendiert war. Die genannten Aspekte legen zwar gezielte Eingriffe in die betreffenden Märkte nahe, etwa durch gesetzlichen

⁴ Akerlof 1970, S. 488. Die schlechte Ware (Zitronen) verdrängt die gute Ware vom Markt. Akerlof untersuchte den Zusammenhang zunächst für den Gebrauchsgütermarkt, auf dem ebenfalls ein beachtliches Informationsgefälle besteht und damit auch die Gefahr, daß ein wenig sachkundiger Käufer ein Fahrzeug mit Mängeln erwirbt.

⁵ Vgl. Breyer und Zweifel 1997, S. 163.

Versicherungszwang, durch Güter- oder Geldtransfers an Bedürftige, sie rechtfertigen aber weder die Monopolisierung der Angebotsseite durch einen staatlichen Gesundheitsdienst noch die generelle Steuerfinanzierung aller medizinischen Leistungen.

II. Leistungs- und Beitragsspirale

1. Fiskalische Situation der gesetzlichen Krankenversicherung

Innerhalb des skizzierten Rahmens zeigen die Erfahrungen der letzten drei Jahrzehnte, daß sich das deutsche Gesundheitssystem mit stark ansteigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert sieht und ein wachsender Anteil des Volkseinkommens ins Gesundheitswesen fließt. Die beiden nächsten Abbildungen enthalten die Ausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern für das Jahr 1994. Addiert man die Einzelwerte, erhält man etwa 470 Milliarden DM, die 1994 für Gesundheitsleistungen aufgewendet wurden. Den Kernbereich, mit knapp 59 % aller Aufwendungen, bilden die Behandlungsausgaben, gefolgt von den Krankheitsfolgeleistungen mit 28 % und den vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen, die 7 % auf sich vereinen.

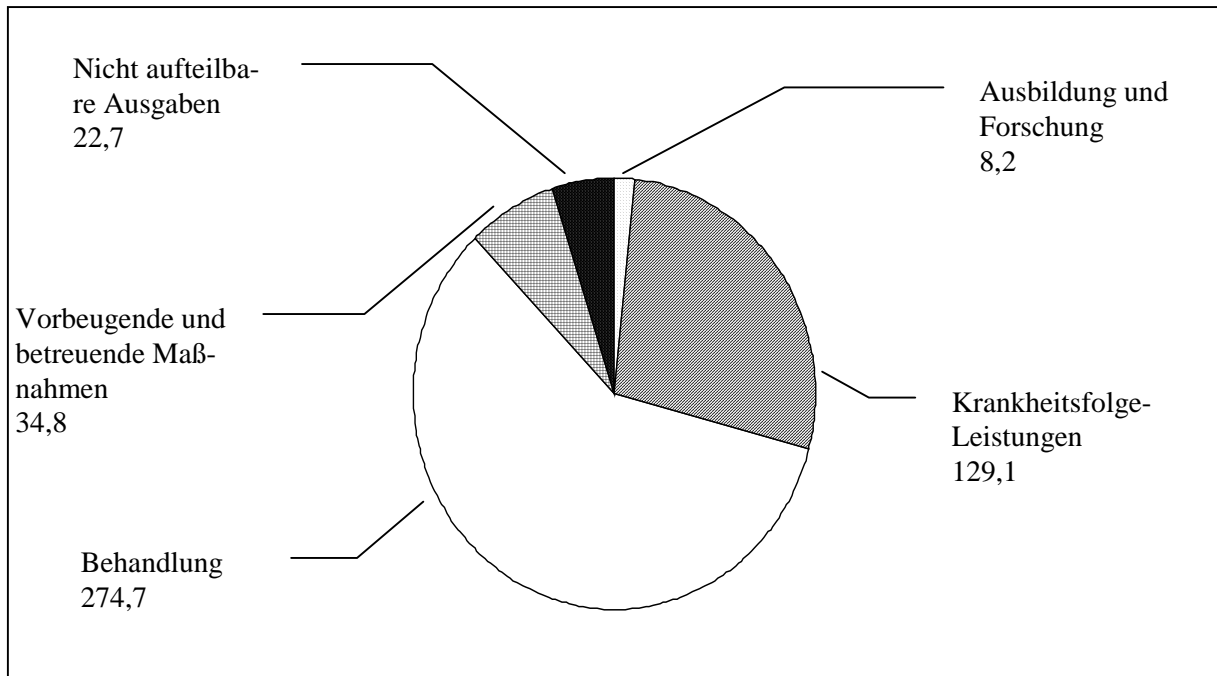


Abbildung 1: Ausgaben für Gesundheit 1994 nach Leistungsarten: Deutschland in Mrd. DM⁶

⁶ Zusammengestellt aus: Müller, W. 1997, S. 107.

Da die Behandlungsausgaben zu über 99 % aus Sachleistungen und die Krankheitsfolgeleistungen zu über 97 % aus Einkommensleistungen, etwa den Lohnersatzleistungen, bestehen, prägt die Entwicklung nach Leistungsarten auch jene nach Ausgabenarten.⁷ Obgleich bei der GKV rund 90 % der Bevölkerung versichert sind, erreicht ihr Anteil nicht einmal die Hälfte der Gesundheitsausgaben. Die 225 Mrd. DM, die in Abbildung 2 auf die GKV entfallen, machen 48 % der Gesundheitsausgaben aus. Die Arbeitgeber tragen 14 % der Gesundheitsausgaben und die öffentlichen Haushalte 13 %. Weiterhin erkennt man, daß die privaten Haushalte 1994 mit 8 % unmittelbar an der Finanzierung beteiligt waren. Die politische Diskussion, die sich ausschließlich auf die GKV kapriert, vernachlässigt insgesamt über 50 % der gesamten Gesundheitsaufwendungen einschließlich der Interdependenzen, die zwischen den Aufwendungen der einzelnen Ausgabenträger bestehen. Diese selektive Sichtweise bestätigt die These, daß es den politischen Reformdiskussionen nicht primär um die Gesundheitsversorgung per se geht, sondern vielmehr um die fiskalische Situation der GKV.

⁷ In der amtlichen Statistik rechnen zu den Sachleistungen alle Leistungen, die den Patienten direkt zugute kommen, etwa in Form ambulanter und stationärer Behandlungen oder durch die Bereitstellung von Medikamenten. Einkommensleistungen dienen dagegen dem Lebensunterhalt der Kranken und umfassen die Zahlung von Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld oder von vorzeitigen Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und die Entgeltfortzahlung bei Krankheit und Mutterschaft. Vgl. Wille und Ulrich 1991, S. 16, Statistisches Bundesamt 1996, S.5.

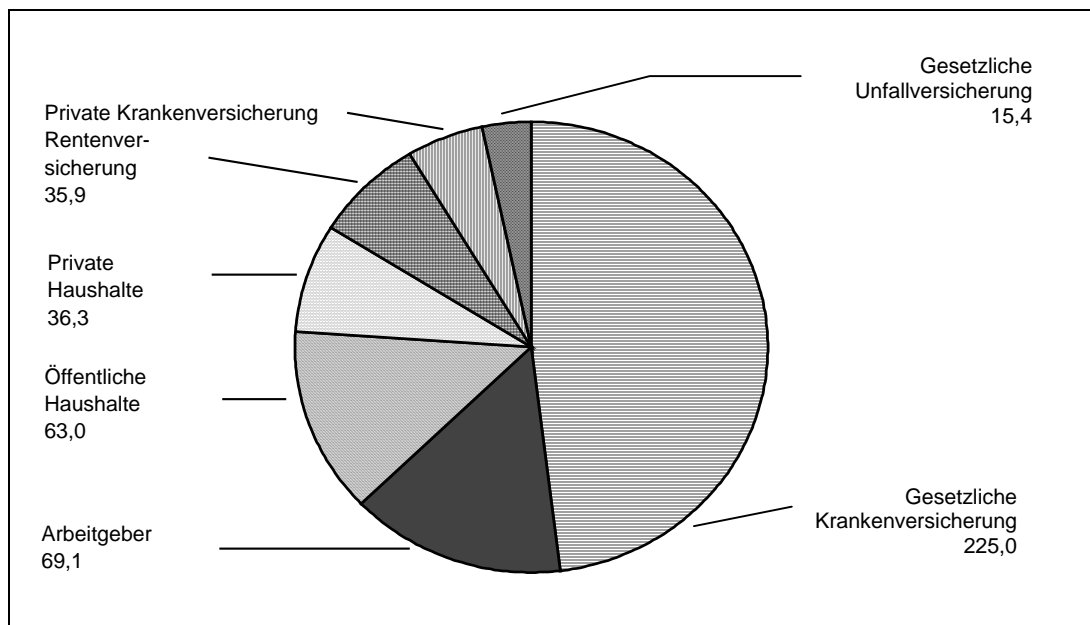


Abbildung 2: Ausgaben für Gesundheit 1994 nach Ausgabenträgern: Deutschland in Mrd. DM⁸

Wie Tabelle 2 anhand der Beitragssatzanteile zeigt, die zur Finanzierung der GKV-Ausgaben notwendig sind, beeinflusst die Entwicklung im Krankenhaus in erheblichem Maße das Wachstum der Ausgaben.⁹ Der allgemeine Beitragssatz, der zur Deckung der Ausgaben erforderlich ist, stieg zwischen 1975 und 1994 von 10,94 % auf 13,73 %. Die Beitragssatzanteile, die dabei auf die stationäre Versorgung entfielen, nahmen von 3,14 % auf 4,39 % zu. Die Finanzierung des stationären Sektors erfordert mit nahezu einem Drittel der gesamten GKV-Ausgaben von allen Behandlungsleistungen den mit Abstand höchsten Beitragssatzanteil. An dem gesamten Anstieg des Beitragssatzes von 2,82 Prozentpunkten partizipierte der Krankenhausbereich mit 1,25 Prozentpunkten, d. h. mit über 44 Prozent. Die zeitliche Entwicklung läßt zudem erkennen, daß neben dem Krankenhaus auch die Heil- und Hilfsmittel und die Pflegebedürftigen (seit 1990) einen steigenden Finanzierungsanteil beanspruchen, während der ambulante Bereich und die Arzneimittel ein moderates Ausgabenwachstum verzeichnen.

⁸ Zusammengestellt aus: Müller, W. 1997, S. 108.

⁹ Vgl. Ulrich und Wille 1997, S. 33ff.

	1975	1980	1990	1994
Allgemeiner Beitragssatz	10,94	12,24	12,51	13,73
Beitragssatzanteile:				
Ärzte	2,02	2,09	2,15	2,25
Zahnärzte	0,74	0,75	0,72	0,79
Zahnersatz	0,75	1,00	0,43	0,41
Arzneien	1,60	1,71	1,93	1,65
Heil- und Hilfsmittel	0,47	0,67	0,76	0,91
Stationäre Behandlung	3,14	3,47	3,94	4,39
Pflegebedürftige	-	-	0,01	0,20
Sterbegeld	0,18	0,19	0,11	0,09
Verwaltungskosten	0,49	0,51	0,64	0,67
Restgröße*	1,55	1,85	1,82	2,37

*Sonstige Ausgaben der GKV (z.B. vorbeugende und betreuende Maßnahmen, Krankheitsfolgeleistungen)

Tabelle 2: Beitragssatzanteile, die zur Finanzierung der GKV-Ausgaben notwendig sind¹⁰

2. Beitragssatzstabilität

Seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurden 46 größere Gesetze mit über 6.800 Einzelregelungen erlassen mit dem Ziel, die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen zu begrenzen und den Beitragssatz zu stabilisieren.¹¹ Auslösende Ursache für die staatlichen Interventionen bildete stets die finanzielle Situation in der GKV und hier vor allem die Entwicklung des Beitragssatzes.¹² Der Beitragssatz in der GKV stieg von 8,2 % im Jahre 1970 auf 13,2 % im Jahre 1994 in den alten Bundesländern und auf 13,0 % in den neuen Bundesländern. Der Beitragssatz in der GKV stellt eine wirtschaftspolitische Zielgröße dar, da er in die Sozialabgabenquote eingeht, die in den alten Bundesländern von 12,6 % im Jahre 1970 auf 19,1 % im Jahre 1994 zunahm.¹³ Bei im wesentlichen unveränderter gesamtwirtschaftlicher Steu-

¹⁰ Schätzung: (Allg. Beitragssatz+Beiträge) x Ausgaben. Zusammengestellt und errechnet aus: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 191.

¹¹ Vgl. Schulte et al. 1995, S. 27.

¹² Vgl. Erbsland und Wille 1993, S. 495.

¹³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1995, S. 397.

erquote, sie liegt seit Jahrzehnten nahezu konstant zwischen 24 % und 25 %, erhöhte sich deshalb im entsprechenden Zeitraum auch die Gesamtabgabenquote, d. h. der Anteil von Steuern und Sozialbeiträgen am Bruttosozialprodukt, von 36,5 % auf 43,1 %.¹⁴ Eine Abgabenlast in dieser Höhe hemmt die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer und fördert den Drang in die Schattenwirtschaft. Die Ausdehnung der Sozialabgaben konterkariert zudem die Anstrengungen zur steuerlichen Entlastung der Unternehmen und zur Stärkung ihrer internationalen Wettbewerbsposition. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erhielt dann sogar in § 71 des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) bzw. § 71 des Sozialgesetzbuchs (SGB V) eine eigenständige gesetzliche Verankerung. Die GKV-Strukturreform, bestehend aus dem GRG des Jahres 1988, dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1992) und der gerade verabschiedeten dritten Stufe (1997) mit den beiden Neuordnungsgesetzen, steht insofern stark im Zeichen fiskalischer Zielsetzungen und bildet weitgehend eine Reaktion auf das vorangehende relative Wachstum der GKV-Ausgaben.

Wie man aus Abbildung 3 erkennt, konnten die bisherigen gesetzlichen Maßnahmen den Ausgabentrend jeweils nur für kurze Zeit bremsen. Ein Beispiel hierfür stellt das Gesundheitsreformgesetz dar, das 1989 in Kraft trat. Im Jahr 1988 kam es zu Vorzieheffekten, welche die GKV-Ausgaben anstiegen ließen. Bereits 1990 setzte sich wieder die alte Wachstumsdynamik durch. In 1992 entstand ein Rekorddefizit von 9 Mrd. DM, und der Beitragssatz stieg auf die damalige Höchstmarke von über 13 %. Die Erfolglosigkeit des GRG war sicherlich auch ein Grund für das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das bereits vier Jahre später verabschiedet wurde. In Verbindung mit den beiden Neuordnungsgesetzen zeigt sich, daß in immer kürzeren Abständen und in immer stärkerem Ausmaß regulierend eingegriffen werden muß.

Die Konsequenzen sind bekannt. Das GKV-System ist stark reguliert und wird überwiegend durch gesetzliche Vorschriften, Budgetierungen und korporative Verhandlungen gelenkt.

¹⁴ Ebenda, S. 397.

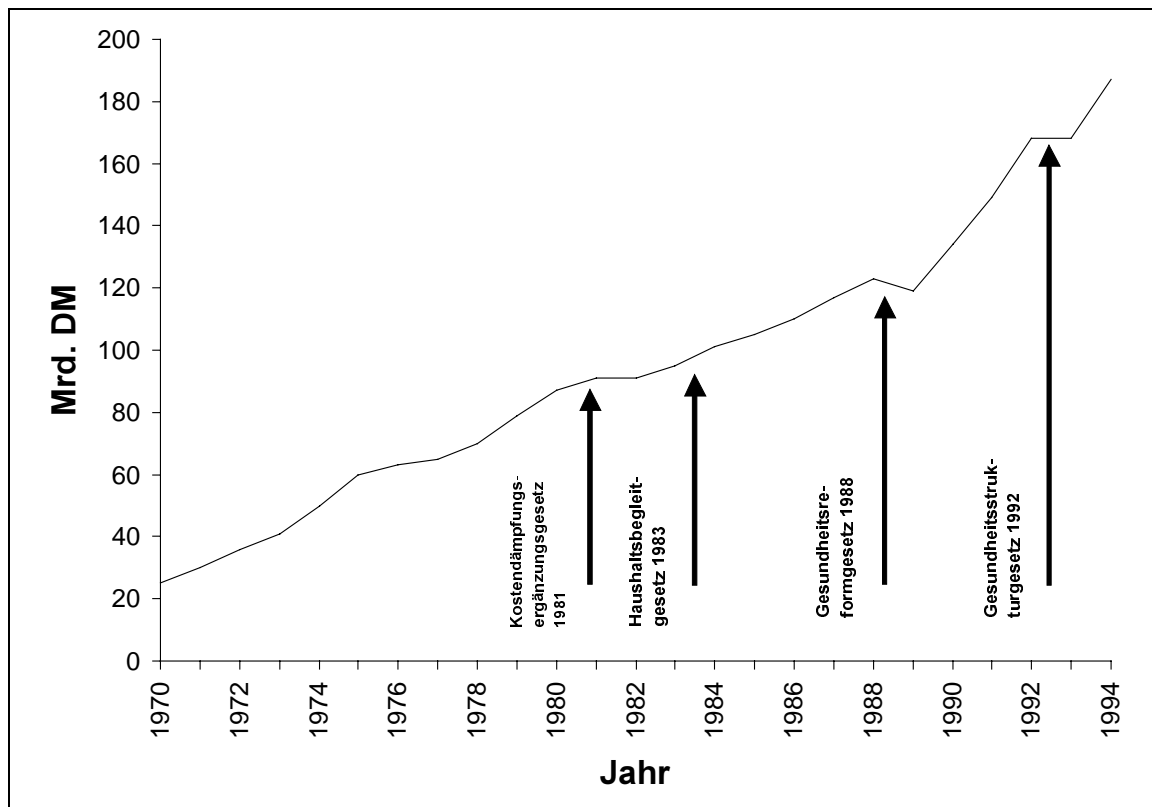


Abbildung 3: Gesamtausgaben der GKV (alte Länder, Mrd. DM), 1970-1994¹⁵

Die Ursachen der Misere sind vielfältig. Aus sozialpolitischen Gründen wird auf eine preisliche Steuerung der Nachfrage verzichtet. Damit wird einer Freifahrer-Mentalität Vorschub geleistet, da im Hinblick auf die Kosten der Gesundheitsversorgung eine Finanzierungssillusion besteht, und es fehlt zudem auch jeder ökonomische Anreiz, sich gesundheitsbewußt und krankheitsvermeidend zu verhalten.¹⁶ Es besteht zudem die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage, indem die Anbieter die nachgefragten Mengen über das medizinisch Notwendige hinaus erhöhen, weil dadurch ihr Einkommen wächst. Während bei Marktgütern der Nachfrager die Leistung ordert, zahlt und konsumiert, fallen im Gesundheitswesen diese drei Funktionen auseinander. Der Arzt verordnet, der Patient konsumiert, und die Kasse bezahlt. Diese Dreiteilung der Nachfrage versetzt den Arzt in die komfortable Lage, materiell sein eigenes Angebot nachzufragen. Empirische Untersuchungen zeigen, daß die nachgefragte ärztliche Leistungsmenge mit der Ärztedichte bzw. im stationären Bereich mit der Bettendichte an-

¹⁵ Zusammengestellt und errechnet auf Grundlage von: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 59.

¹⁶ Vgl. Oberender 1997, S. B1.

steigt, auch wenn man in einem multivariaten Ansatz für weitere erklärende Variablen kontrolliert.¹⁷ Aufgrund dieser Rahmenbedingungen entstehen ein Verantwortungsvakuum und ein Teufelskreis in Form einer Leistungs-Beitrags-Spirale: Steigende Leistungen implizieren steigende Beitragssätze, die ihrerseits steigende Ansprüche der Versicherten an das System auslösen.¹⁸ Letztlich bleibt in einem solchen System nur eine Budgetierung der Ausgaben. Budgetierung bedeutet auch stets eine Zementierung der Ausgabenstruktur. Auf diese Weise wird aber nicht nur das Wachstumspotential des Gesundheitswesens beschnitten, sondern auch Arbeitsplätze werden vernichtet oder entstehen erst gar nicht. Dies ist vor dem Hintergrund der vorherrschenden hohen Arbeitslosigkeit von größter ökonomischer und politischer Brisanz.¹⁹

III. Zukünftige Herausforderungen

1. Grundsätzliche Aspekte

Krankheit und Invalidität gehören zu den Lebensrisiken, die eine Daseinsvorsorge erfordern. Die Kenntnis der Bestimmungsfaktoren bildet eine Grundlage für eine rationale Gesundheitspolitik und für Fragen der Finanzierung. Je mehr z. B. über Art und Häufigkeit von Krankheitsfällen nach Bevölkerungsgruppen bekannt ist, desto stärker verbessern sich die Möglichkeiten zur Risikoprävention. Aus Abbildung 4 lassen sich die Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands entnehmen.

¹⁷ Für einen Überblick vgl. Breyer und Zweifel 1997, S.257.

¹⁸ Vgl. Zweifel 1986, S.555ff., Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S.34ff., Oberender 1997, S. B1.

¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997, S.169ff.

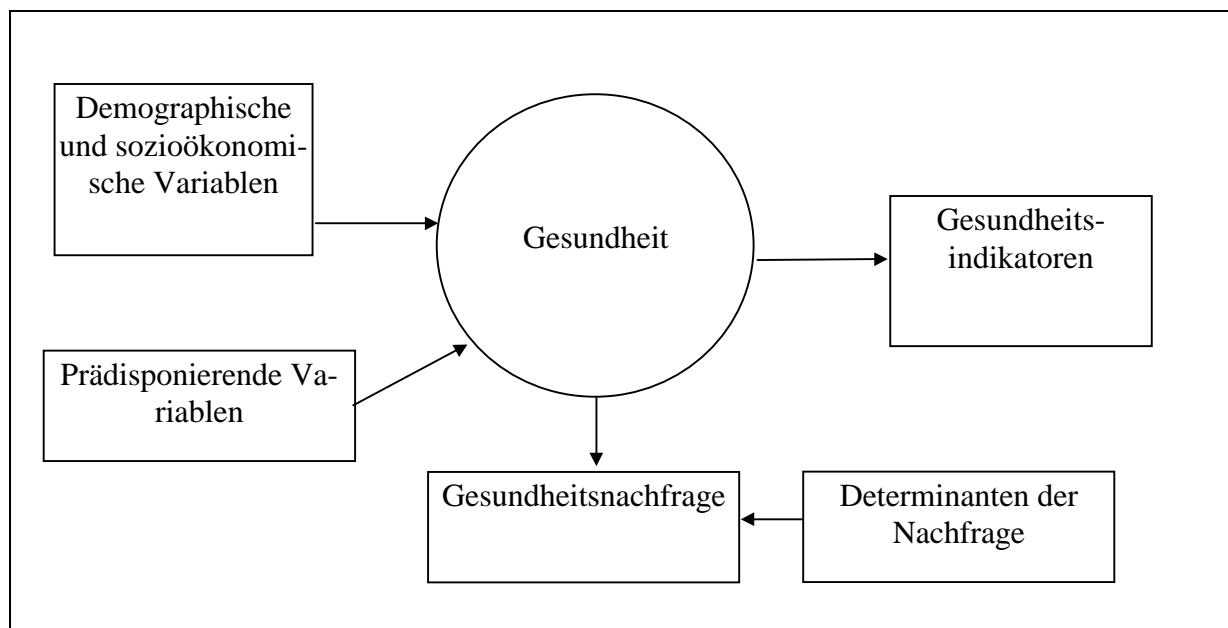


Abbildung 4: Determinanten des Gesundheitszustandes

Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Gesundheit, die häufig als latente Variable modelliert wird, da sie nicht beobachtbar ist. Als fruchtbar haben sich Ansätze erwiesen, die Gesundheit mit Hilfe beobachtbarer Indikatoren zu messen.²⁰ Solche Gesundheitsindikatoren sind etwa die Gesundheitszufriedenheit, der Gesundheitszustand oder die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Weiterhin wirken auf die Gesundheit demographische, sozioökonomische und prädisponierende Variablen. Zu diesen Gruppen rechnen beispielsweise die Variablen Alter, Familienstand, Einkommen, Ausbildung, Arbeitsplatzbedingungen oder die Lebensstilvariablen wie Rauch-, Trink- und Ernährungsgewohnheiten. Die Gesundheit wiederum drückt sich in der Gesundheitsnachfrage aus, etwa in Form von Fallzahlen, Krankenhaustagen oder Medikamentenkonsum. Daneben gibt es noch eine Kategorie von Variablen, die zwar die Gesundheitsnachfrage beeinflussen, nicht aber die latente Variable Gesundheit selbst. Hierzu zählen etwa der Umfang und die Struktur des Krankenversicherungsschutzes oder bestimmte Wettbewerbsmerkmale des Gesundheitssystems. Empirische Untersuchungen betonen die Bedeutung der individuellen und strukturellen Determinanten, wie etwa Lebensgewohnheiten, Ernährungsverhalten und Umweltqualität, denen häufig ein größeres Gewicht für die Gesundheit zukommt als der eigentlichen Nachfrage nach medizinischen Lei-

²⁰ Vgl. Leu und Doppmann 1986, S. 161ff. sowie Pohlmeier und Ulrich 1992, S. 219.

stungen.²¹ Mit Hilfe dieser Determinanten und einer Disaggregation der Bevölkerung nach Krankheitsbildern lassen sich Erklärungszusammenhänge aufhellen. Das ist eine Voraussetzung für eine stärkere Risikoprävention mit Hilfe verhaltensbeeinflussender Anreize, die dem Eintreten von Erkrankungen entgegenwirken, bzw. bei bereits vorhandener Erkrankung zur rechtzeitigen Therapie beitragen kann.

2. Konkrete Herausforderungen

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts zeichnen sich insbesondere auf den drei Gebieten der demographischen Entwicklung, des technischen Fortschritts und der Globalisierung Herausforderungen an das Gesundheitswesen ab, da sie die genannten Determinanten des Gesundheitszustands in erheblichem Ausmaß verändern werden:²²

Die demographische Herausforderung

In Deutschland vollzieht sich ein grundlegender Wandel von Umfang und Struktur der Bevölkerung, der unter dem Schlagwort "double aging" diskutiert wird. Das damit angesprochene Phänomen einer steigenden Lebenserwartung und eines anhaltenden Geburtenrückgangs führt zu vielfältigen Veränderungen in der Gesellschaft und der Volkswirtschaft. Der gesellschaftliche Umbau spielt in jedem umlagefinanzierten Versicherungssystem eine zentrale Rolle. In der GKV impliziert dieses System, daß die heutigen Beitragszahler die Leistungen an die Kranken zahlen. Im Unterschied zur Rentenversicherung, in der die Rentner keine Beiträge mehr zahlen, werden in der GKV von den Kranken noch Beitragszahlungen geleistet, so daß der demographische Effekt scheinbar nur abgeschwächt zum Tragen kommt. Dieser Argumentation läßt sich entgegenhalten, daß die Beiträge der Rentner von ihrer Rente erhoben werden und die Renten selbst wiederum in Umlageverfahren von den Erwerbstätigen finanziert werden. Durch eigene Beiträge der Rentner lassen sich zwar die Beitragssätze der allgemeinen Krankenversicherung beeinflussen, nicht aber die Belastung der Erwerbstätigen insgesamt.²³

²¹ Vgl. Pohlmeier und Ulrich 1992, S.219ff.

²² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 91ff., 1995, S. 101ff., 1996, S. 69ff., 1997, S. 59ff., Breyer und Zweifel 1997, S. 395ff.

²³ Diese Argumentation unterstellt, daß keine weiteren Einkunftsarten der Beitragserhebung zugrunde gelegt werden.

Tabelle 3 illustriert die Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen anhand des Ausgabenprofils für Behandlungsleistungen der GKV für das Jahr 1995. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf erreichen bei Personen über 80 Jahre im Durchschnitt das Sechsfache jenes Betrages, der auf die Gruppe der 0-14jährigen entfällt. Wie man der Tabelle weiterhin entnehmen kann, setzt der Ausgabenanstieg bereits in der Altersklasse der 65-69jährigen ein, sofern man die Mehrausgaben bei den Frauen zwischen 20 und 30 Jahren außer acht läßt, die auf Schwangerschaft und Kindergeburt zurückzuführen sind.

Alter in Jahren		Behandlungsausgaben DM pro Kopf		
von	bis	Männer	Frauen	Insgesamt
0	14	1.228,01	1.079,56	1.156,15
15	19	1.176,54	1.466,44	1.316,20
20	24	1.278,04	1.758,12	1.507,04
25	29	1.484,90	2.294,09	1.870,53
30	34	1.579,07	2.235,03	1.891,67
35	39	1.939,09	2.325,05	2.123,83
40	44	2.069,45	2.358,68	2.210,47
45	49	2.577,08	2.831,62	2.701,30
50	54	2.947,90	3.096,05	3.020,95
55	59	3.487,85	3.340,69	3.414,32
60	64	4.031,67	3.683,28	3.853,29
65	69	4.866,83	4.400,97	4.611,95
70	74	5.590,51	5.170,68	5.322,64
75	79	6.392,94	6.118,90	6.208,24
80	und mehr	6.893,70	6.721,43	6.767,60

Tabelle 3: Behandlungsausgaben nach Alter und Geschlecht, alte Bundesländer (1995)²⁴

Das Ausgabenprofil verdeutlicht zunächst die Altersabhängigkeit der Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Querschnitt. Ein direkter demographischer Effekt resultiert aus den überdurchschnittlich hohen Ausgaben für ältere Menschen, zudem wachsen in den nächsten Jahrzehnten die zahlenmäßig starken "Baby-Boom-Generationen"

²⁴ Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus: Reschke und Jacobs 1994, S. 30.

in die höheren Altersklassen hinein. Diese Entwicklung geht mit einem Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Gesundheitsausgaben einher.

Abbildung 5 enthält die Auswirkungen des direkten demographischen Effekts auf die zukünftigen Ausgaben der GKV für Behandlung.²⁵ Die Berechnung erfolgt durch Verknüpfung der demographischen Veränderungen mit dem konstanten Ausgabenprofil des Jahres 1995. Durch die geschilderte Bevölkerungsentwicklung wirken zwei gegenläufige Effekte auf die aggregierte Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Auf der einen Seite führt der Bevölkerungsrückgang zu einer Verringerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Auf der anderen Seite impliziert die Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersklassen eine Erhöhung der Inanspruchnahme. Da der Rückgang der Bevölkerung erst nach dem Jahr 2000 einsetzt, steigen die Gesundheitsausgaben demographiebedingt zunächst an, zwischen den Jahren 2015 und 2020 erreichen sie ihren Höchststand und gehen danach wieder zurück.

Insgesamt läßt der Alterungsprozeß der Bevölkerung die Behandlungsausgaben bis zum Jahr 2040 um etwa 7 % gegenüber dem Basiswert des Jahres 1995 ansteigen. Ein überproportionaler Anstieg findet sich bei den Männern, deren Behandlungsausgaben um etwa 17 % ansteigen, während die Ausgaben für Frauen, allerdings von einem höheren Niveau aus, im Jahr 2040 wieder das Niveau des Jahres 1995 erreichen. Die Ausgaben für die Männer steigen bis zum Jahr 2027 kontinuierlich an, während der Ausgabenanstieg bei den Frauen bereits im Jahr 2016 sein Maximum erreicht.

Die These von der demographischen Herausforderung blieb nicht unwidersprochen. Die Schweizer GesundheitsökonomInnen Zweifel, Felder und Meier stellen die These auf, daß die Nähe des Todeszeitpunktes die Ausgaben in die Höhe treibt und nicht das Kalender- bzw. Kohortenalter.²⁶ Dies impliziert, daß die mit zunehmendem Alter steigenden Gesundheitsausgaben nicht durch das Alter per se verursacht sind, sondern durch die mit dem Alter steigende Nähe zum Todeszeitpunkt, und somit die Kosten des letzten Lebensjahres die hohen Ausgaben im Alter verursachen. Anhand von Daten schweizerischer Krankenkassen zeigen sie, daß die hohen Ausgaben bei den über 65jährigen in den letzten beiden Lebensjahren anfallen, unabhängig von dem tatsäch-

²⁵ Vgl. Erbsland, Ried und Ulrich 1997, S. 1ff.

lich erreichten Alter. Eine steigende Lebenserwartung führt demnach nur zu einer Verlagerung dieser Kosten in eine höhere Altersklasse, während sich die Pro-Kopf-Ausgaben nicht verändern.

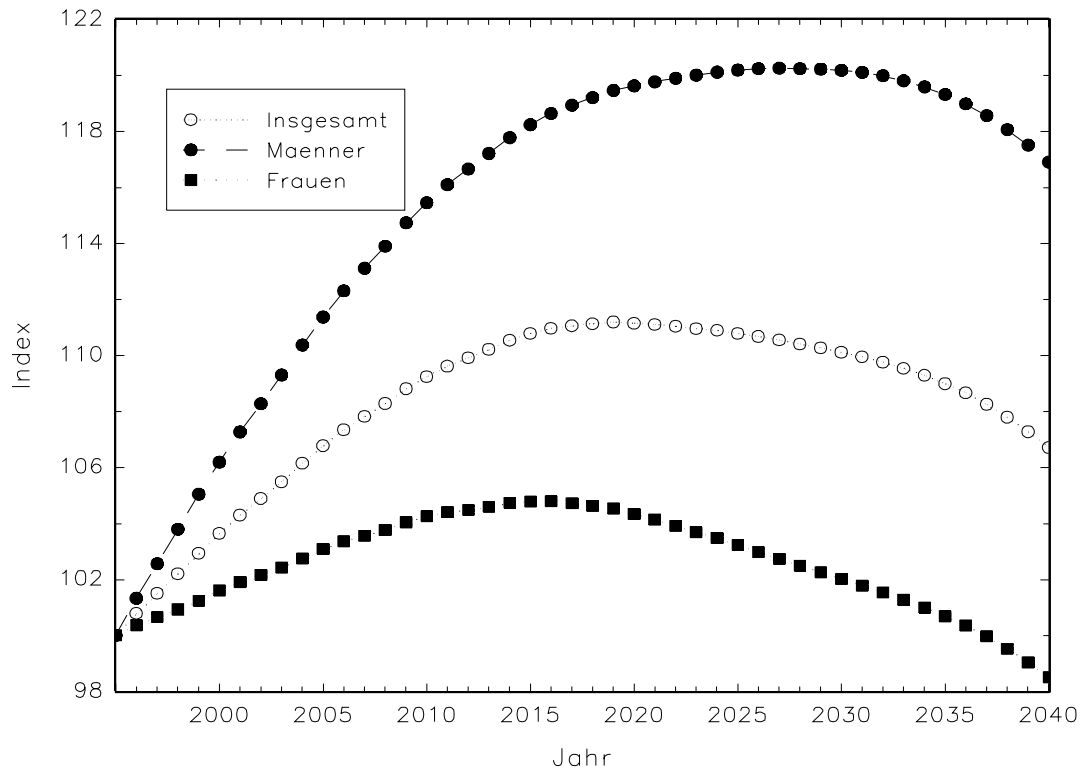


Abbildung 5: Prognostizierte Entwicklung der GKV-Behandlungsausgaben (1995 = 100)

Die tatsächliche Ermittlung der Ausgaben im letzten Lebensjahr gestaltet sich ausgesprochen schwierig, da die Stichprobe insofern eine Verzerrung aufweist, als sie natürlich nur die Verstorbenen enthält. Die Datenlage in diesem Bereich erweist sich daher als äußerst unzureichend. Erste amerikanische Studien stützen den Restlebenszeiteffekt.²⁷ Sie konnten nachweisen, daß auf die jährlich ca. 5 % Versterbenden in der Altersgruppe der über 65jährigen knapp 30 % aller Kosten entfallen. Die Verteilung der Kosten im letzten Lebensjahr ist zudem sehr ungleichmäßig. 40 % der Kosten fallen im letzten, 12 % im vorletzten und 8 % im drittletzten Monat an. Interessanterweise sinken die Ausgaben für das letzte Lebensjahr mit zunehmendem Alter, d. h., der medizinische Aufwand für den Versterbenden nimmt mit steigendem Lebensalter ab. Zur Rettung eines 90jährigen Menschen wird ein geringerer Aufwand betrieben als zur

²⁶ Vgl. Zweifel, Felder und Meier 1996, S. 29ff.

²⁷ Vgl. Lubitz und Riley 1993, S. 1092ff., Lubitz, Babe und Baker 1995, S. 999ff.

Rettung eines 70jährigen. Diese Ausführungen zeigen, daß weitere detaillierte Untersuchungen notwendig sind, um Informationen über die Verteilung der Ausgaben zu erhalten und die Frage nach der demographischen Herausforderung beantworten zu können.

Die technologische Herausforderung

Im Unterschied zur demographischen beweist sich die technologische Herausforderung als unstrittig. Im Gesundheitswesen der Industrieländer findet eine „Explosion des Machbaren“²⁸ statt. Neue und verbesserte diagnostische Geräte, revolutionäre chirurgische Techniken, neue Medikamente gegen Krebs und Aids oder die Möglichkeiten der Gentechnologie und der Organtransplantation retten Leben oder tragen zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Diese Neuerungen sind fast ausschließlich Produktinnovationen, welche die neuen Ziele mit höheren Kosten erreichen. Als Christiaan Barnard vor fast genau 30 Jahren (3.12.1967) das erste menschliche Herz verpflanzte, stiegen *uno actu* die Kosten für eine derartige Therapie von null auf damals 200.000 Mark.²⁹ Prozeßinnovationen, die es erlauben, eine bestimmte Leistung zu niedrigeren Kosten herzustellen, sind demgegenüber selten. Ebenfalls selten sind organisatorische Innovationen, die über Synergieeffekte Kosteneinsparungen ermöglichen. So droht in der Tat technischer Fortschritt in der Medizin zum Motor zukünftiger Ausgabenexplosionen zu werden. Bereits heute ist absehbar, daß nicht mehr alles finanziert werden kann, was technisch möglich wäre.

Die Herausforderung durch die Globalisierung

Die Herausforderung durch den internationalen Wettbewerb bzw. die Globalisierung der Märkte wird für das Gesundheitswesen noch weitgehend übersehen.³⁰ Wenn in Zukunft in Europa Arbeitskräfte frei wandern können, kommt den in den einzelnen Ländern erzielbaren Einkommen und auch dem entsprechenden Kosten-Leistungsverhältnis der Gesundheitsversorgung eine steigende Bedeutung zu. Das Kapital dürfte in jene Länder fließen, die eine hohe Grenzleistungsfähigkeit und damit Rendite zusichern. Daher wird verstärkt mit internationalen Direktinvestitionen in private Einrichtungen des Gesundheitswesens zu rechnen sein. Insgesamt dürften sich die

²⁸ Krämer 1982, S.37f.

²⁹ Vgl. Krämer 1982, S. 92.

³⁰ Vgl. Breyer und Zweifel 1997, S. 420ff.

nationalen Gesundheitssysteme von bisher hochgradig geschützten Sektoren in sehr offene oder zumindest nur teilweise geschützte Sektoren umwandeln. Diese Entwicklung betrifft auch die Neugestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen den Verhandlungspartnern in den einzelnen EU-Ländern.

IV. Lösungsansätze

Wie könnte eine Lösung dieser vielfältigen Probleme aussehen, und welche Schritte sind erforderlich, um die skizzierten zukünftigen Herausforderungen bewältigen zu können? Zunächst gilt es zu betonen, daß das Gesundheitswesen durch Ressourcenknappheit gekennzeichnet ist und daß sich das Handeln nach diesem Faktum zu richten hat. Aus ökonomischer Sicht besteht der Verdacht, daß bei zahlreichen Gesundheitsausgaben die erzielten gesellschaftlichen Nutzen die Opportunitätskosten unterschreiten bzw. nicht mehr rechtfertigen. Diesen Zusammenhang zeigt Abbildung 6.

Das Diagramm zeigt, daß eine zunehmende medizinische Leistungsmenge mit einem sinkenden Nutzenzuwachs einhergeht. Je mehr Leistungen je Fall bereits erbracht wurden, um so kleiner fällt der Grenznutzen einer weiteren Leistung aus. Die maximale medizinische Versorgung liegt im Punkt M. Dort ist der weitere Nutzenzuwachs gleich null. Die Erfüllung dieser maximalen medizinischen Versorgung verlangt aber einen Mittelabzug aus anderen Sektoren, in denen die Mittel einen höheren Nutzen stiften würden, als dies im Gesundheitswesen der Fall ist. Dies liegt daran, daß in diesen Sektoren der Mitteleinsatz noch nicht bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt wurde. Nach dem Gebot der Knappheit müssen die Mittel nun so verwendet werden, daß die letzte verausgabte Mark in allen möglichen Verwendungen einen gleich hohen Nutzen stiftet. Die ökonomisch optimale Versorgung liegt daher im Schnittpunkt der Grenznutzen- und Grenzkostenkurven und liefert eine Ausbringung, die kleiner ausfällt als die maximale medizinische Versorgung. Aus dieser Perspektive heraus sind bei allen Beteiligten Anreize zu schaffen, um mit den knappen Mitteln sparsam umzugehen.

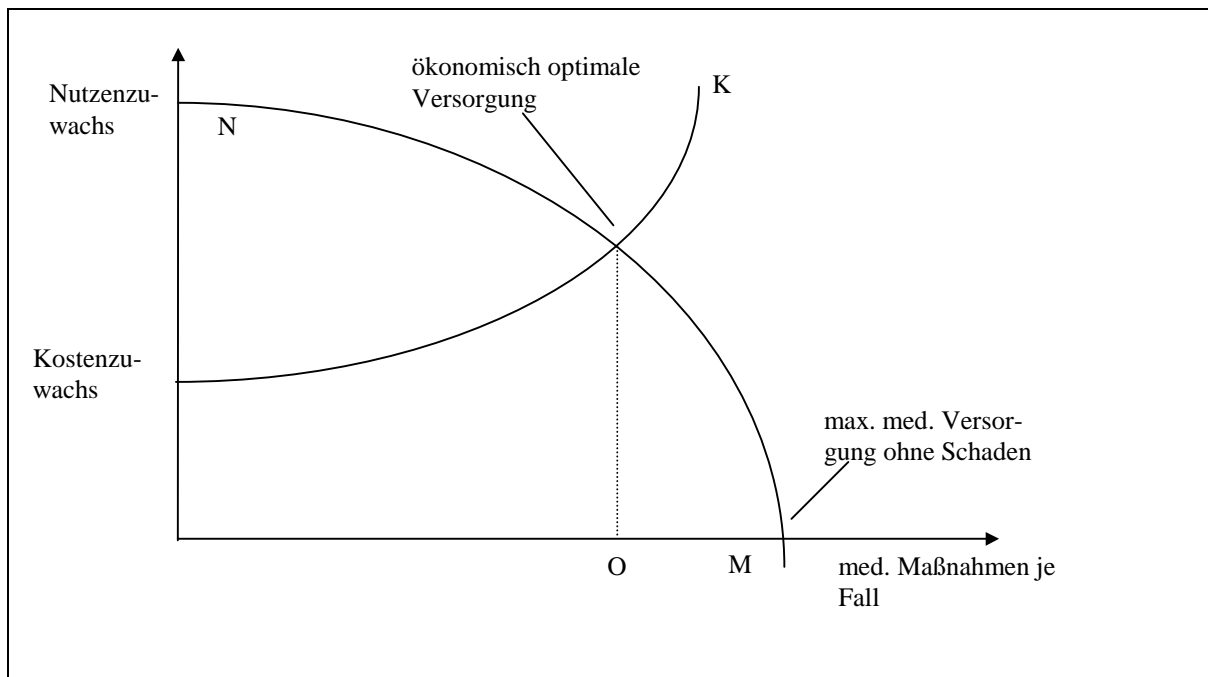


Abbildung 6: Mitteleinsatz aus medizinischer und ökonomischer Sicht³¹

Das Grundproblem ist dabei nicht die Verschwendung, sondern die zunehmende Knappheit der Ressourcen, die ins Gesundheitswesen fließen. Selbst wenn das gesamte Bruttosozialprodukt in das Gesundheitswesen flösse, wäre eine vollständige Befriedigung der individuellen Bedürfnisse nicht möglich. Vielmehr bedarf es eines „Managements des Mangels“³². Dies kann nur erreicht werden, wenn das individuelle Handeln mit der finanziellen Verantwortung in Einklang steht. Natürlich müssen hierbei die sozialpolitischen Grenzen beachtet werden, d. h., es muß eine Härtefall- und Sozialfallregelung geben. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 betont der Sachverständigenrat, daß es als Alternative zur Budgetierung letztlich nur eine Ausrichtung hin zu mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit geben kann.³³ Hinzu kommt, daß eine zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens lohnkostenneutral sein muß, d. h. daß der Teufelskreis aus steigenden Beiträgen, höheren Lohnnebenkosten und höherer Arbeitslosigkeit durchbrochen werden muß, um das Gesundheitswesen langfristig hochwertig gestalten und finanzieren zu können. Nur durch konsequente Strukturveränderungen läßt sich die

³¹ Zusammengefasst aus Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 206.

³² Oberender 1997, S. B1.

³³ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 20.

notwendige Weichenstellung vornehmen, hin zu einem finanzierbaren Gesundheitswesen bei gleichzeitig hohem Qualitätsniveau.

Literatur

- Akerlof, G. (1970), The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, 84, S. 488-500.
- Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, 53, S. 941-973.
- Breyer, F. und Zweifel, P. (1997), Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Heidelberg et al.
- Erbsland, M. und Wille, E. (1993), Die Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes im ambulanten Sektor und ihre Auswirkungen auf den Pharmamarkt, in: ZEW-Wirtschaftsanalysen, 1993/94, Jg.1, S. 494-515.
- Erbsland, M., Ried, W. und Ulrich, V. (1997), Die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf Ausgaben und Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung, erscheint in: Wille, E. (Hrsg.), Ansätze zur Reform des Steuer- und Sozialversicherungssystems, Frankfurt/M.
- Krämer, W. (1982), Wer leben will, muß zahlen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre möglichen Auswirkungen, Düsseldorf.
- Leu, R.E. und Doppmann, R.J. (1986), Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, in: Gäfgen, G. (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin, S. 161-175.
- Lubitz, J.D. und Riley, G.F. (1993), Trends in Medical Payments in the Last Year of Life, in: The New England Journal of Medicine, S. 1092-1096.
- Lubitz, J.D., Beebe, J. und Baker, C. (1995), Longevity and Medicare Expenditures, in: The New England Journal of Medicine, S. 999-1003.
- Müller, W. (1997), Ausgaben für Gesundheit 1994, in: Wirtschaft und Statistik, 2/97, S. 106-113.
- Oberender, P. (1997), Mehr Wettbewerb schafft neue Perspektiven im Gesundheitswesen, Gegen Dirigismus - für mehr Markt, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Stellenmarkt Gesundheit, Nummer 266, 15. 11. 1997, S. B1.
- Pauly, M.V. (1968), The Economics of Moral Hazard: Comment, in: The American Economic Review, 58, S. 531-537.

- Pohlmeier, W. und Ulrich, V. (1992), Determinanten des Gesundheitszustands. Ein empirischer Ansatz zur Outputmessung im Gesundheitswesen bei partieller Information, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 112(2), S. 219-238.
- Reschke, P. und Jacobs, K. (1994), GKV-Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht 1995. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes, IGES-Papier Nr. 94-42, Berlin.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten 1995, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Sondergutachten 1996, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997), Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Baden-Baden.
- Schulte, G. et al. (1995), Die Zukunft der stationären Versorgung, in: Arnold, M. und Paffrath, D. (Hrsg.), Krankenhaus-Report '95, Stuttgart und Jena, S. 21-29.
- Statistisches Bundesamt (1996), Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe S.2, Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1993, Stuttgart.
- Ulrich, V. und Wille, E. (1997), Finanzierungssysteme im stationären Sektor, in: Stephan, A. (Hrsg.), Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen - ein internationaler Vergleich, Wien, S. 33-57.
- Wille, E. und Ulrich, V. (1991), Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.), Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin, S. 9-115.

Zweifel, P. (1986), Die Kosten-Versicherungsspirale im schweizerischen Gesundheitswesen, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, 122(3), S. 555-583.

Zweifel, P., Felder, S. und Meier, M. (1996), Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Oberender, P. (Hrsg.), Alter und Gesundheit, Baden-Baden, S. 29-46.

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere

Bisher erschienen:

- 1/97 Ole Janssen/Carsten Lange: „Subventionierung elektronischer Geldbörsen durch staatliche Geldschöpfungsgewinne“
- 2/97 Bernd Frick: „Kollektivgutproblematik und externe Effekte im professionellen Team-Sport: 'Spannungsgrad' und Zuschauerentwicklung im bezahlten Fußball“
- 3/97 Frauke Wilhelm: „Produktionsfunktionen im professionellen Mannschaftssport: Das Beispiel Basketball-Bundesliga
- 4/97 Alexander Dilger: „Ertragswirkungen von Betriebsräten/Eine Untersuchung mit Hilfe des NIFA-Panels