

Ehrenberg, Herbert et al.

**Article — Digitized Version**

## Krankes Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Ehrenberg, Herbert et al. (1977) : Krankes Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 57, Iss. 4, pp. 168-187

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135058>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

## Krankes Gesundheitswesen

Seit einigen Jahren wachsen die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung stärker als die Löhne und Gehälter ihrer Mitglieder. Bei ungebrochenem Trend müßten die Versicherten in absehbarer Zeit mehr als die Hälfte ihres gesamten Arbeitsentgeltes für die Krankenversicherung aufbringen. Wie ist diese Entwicklung zu stoppen?

---

Herbert Ehrenberg

### Die Therapie der Bundesregierung

In der sozialen Krankenversicherung wachsen seit langem die Ausgaben stärker als die Löhne und Gehälter der Versicherten. Die Gesamtaufwendungen der Krankenversicherung sind von rd. 25 Mrd. DM im Jahre 1970 auf rd. 68 Mrd. DM im Jahre 1976 gestiegen. Das entspricht einem durchschnittlichen Ausgabenanstieg je Versicherten von 16 % jährlich. Die Löhne und Gehälter der Versicherten sind dagegen nur um durchschnittlich 10 % jährlich gestiegen. Dieser Ausgabenüberhang mußte durch ständige Anhebung der Beitragssätze gedeckt werden. Der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung stieg deshalb von 8,2 % (1970) auf 11,3 % (1976).

Ein geringer Teil der Kostensteigerungen ist auf erhebliche Leistungsverbesserungen wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen, unbegrenzte Krankenhauspflege, Sonderurlaub und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes zurückzuführen. Diese waren gesundheitspolitisch notwendig und politisch gewollt. Die überhöhten Kostenanstiege liegen jedoch in strukturellen Schwächen und Fehlentwicklungen des der-

zeitigen Gesundheitssystems. Die Anpassung überholter Strukturen an veränderte wirtschaftliche und gesellschaftliche Bedingungen und gesundheits- und sozialpolitische Erfordernisse ist nicht in dem erforderlichen Maße erfolgt.

#### Ziele des Gesetzentwurfes

Die Bundesregierung beabsichtigt, mit dem Gesetzentwurf zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung

- die steigende volkswirtschaftliche Belastung durch den Gesundheitsaufwand nachhaltig zu begrenzen,
- die Einkommensentwicklung der Anbieter von Gesundheitsleistungen stärker an der allgemeinen Einkommensentwicklung zu orientieren,
- die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen,
- die Struktur des Gesundheitswesens zu verbessern.

Dabei ist die Bundesregierung der Ansicht, daß der Entwurf geeignet ist, das hohe medizinische Versorgungsniveau in der Bundesrepublik Deutschland weiter zu verbessern. Darüber hinaus

ermöglicht der Entwurf eine bessere Verteilung des medizinischen Fortschritts auf alle an dem Gesundheitssystem Beteiligten.

Zur Kostendämpfung und Strukturverbesserung in der sozialen Krankenversicherung ist ein umfangreicher Maßnahmenkatalog vorgesehen.

#### Ärztlicher Bereich

Im *ärztlichen Bereich* ist beabsichtigt, die Honorarverhandlungen künftig an den gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung zu orientieren (nämlich Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit sowie das Volkseinkommen pro Kopf der Bevölkerung). Eine auf dieser Grundlage vereinbarte Gesamtvergütung gewährleistet angemessene Einkommenssteigerungen der Ärzte unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der ärztlichen Praxis.

Zukünftig sollen die persönlichen Leistungen des Arztes ein stärkeres Gewicht gegenüber

den Leistungen der Labor- und Apparatemedizin erhalten. Deshalb ist beabsichtigt, die ärztliche Gebührenordnung neu zu gestalten. Durch die Begünstigung der Apparatemedizin ist die Einkommensverteilung zwischen den verschiedenen Arztgruppen erheblich verzerrt worden, vor allem zu Lasten der Kinderärzte und der Allgemeinpraktiker. Mit der auf der Grundlage der Ersatzkassen - Gebührenordnung zu entwickelnden neuen Gebührenordnung steht künftig ein einheitlicher, gerechter und einfacher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zur Verfügung. Die kassenärztlichen Vereinigungen sollen in Zukunft verpflichtet werden, auf wirtschaftliche Leistungen der Kassenärzte hinzuwirken. Damit soll ermöglicht werden, daß niedergelassene Ärzte Leistungen von eigens darauf spezialisierten Einrichtungen beziehen.

#### Arzneimittelversorgung

Im Bereich der *Arzneimittelversorgung* soll mehr Wirtschaftlichkeit unter Aufrechterhaltung eines hohen medizinischen Niveaus erreicht werden. Der zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen auszuhandelnde Höchstbetrag für die Gesamtaufwendung der Krankenkassen für Arzneimittel soll einen Anreiz zu einer Ordnungsweise geben, die dem im geltenden Recht verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Ärzte, die wirtschaftlich verordnen, werden von der Höchstbetragsregelung überhaupt nicht berührt.

Für den Fall einer Überschreitung des Höchstbetrages ist eine weitgefaßte Toleranzgrenze festgesetzt. Darüber hinaus sind Sondereinflüsse wie Epidemien ausgeklammert. Um dem Arzt einen Preisvergleich von Arzneimitteln zu ermöglichen, wird eine sogenannte Transparenzliste entwickelt. Durch diese Regelung sorgt die Bundesregierung

dafür, daß die Verordnungsfreiheit des Arztes voll gewährleistet bleibt und auch das medizinische Verordnungsniveau nicht nachteilig berührt wird.

#### Krankenhaussektor

Die Bundesregierung beabsichtigt, durch die Regelungen des Gesetzentwurfs, die den *Krankenhaussektor* betreffen,

vor allem dazu beizutragen, den Einfluß des Hauptkostenträgers, der gesetzlichen Krankenversicherung, zu erweitern und die bestehenden Anreizsysteme dahingehend zu verändern, daß ein wirtschaftliches Verhalten aller Beteiligten gefördert wird. Der Entwurf sieht dazu u. a. vor, daß die Krankenkassen ein verstärktes Mitwirkungsrecht bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne durch die Länder erhalten. Ferner sollen die Pflegesätze zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft des jeweiligen Landes unter Beteiligung der betroffenen Krankenhäuser sowie der jeweiligen Krankenkassen ausgehandelt werden.

Ein verstärkter Anreiz zur Beachtung von Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen sowohl bei der Investitionstätigkeit als auch bei der Betriebsführung der Krankenhäuser soll durch die vorgesehene Investitionskostenbeteiligung der Krankenhausträger - 10 % bei Erstinvestitionen, 5 % bei Ersatzinvestitionen - und die Abschaffung des sogenannten Gewinn- und Verlustausgleichs geschaffen werden. Die Bundesregierung sieht außerdem vor, die Durchführung vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung der ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten künftig zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern vertraglich zu vereinbaren. Dadurch wird die stationäre Versorgung der Patienten auf das medizinisch gebotene Maß reduziert. Das trägt zur Senkung der Pflegekosten bei. Zugleich wird die Kontinuität der Behandlung vom Beginn bis zum Abschluß sichergestellt.

Eine weitere Maßnahme ist die mögliche Beteiligung der Krankenhausfachärzte an der ambulanten Behandlung der Versicherten, wenn dies zur Sicherstellung der ärztlichen Versor-

#### Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

*Dr. rer. pol. Herbert Ehrenberg, 50, ist Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.*

*Dr. med. Horst Bourmer, 56, ist Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands - Hartmannbund - e. V. in Bonn und Vizepräsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer.*

*Horst Ruegenberg, 63, Dipl.-Ing., ist Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg.*

*Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 34, ist Inhaber des Lehrstuhls D für Volkswirtschaftslehre (Finanzwissenschaft) an der Technischen Universität Hannover.*

*Prof. Dr. Manfred Borchert, 38, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre (Geld und Währung) und Direktor des Instituts für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Münster. Dieter Tergan, 28, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (Geld und Währung).*

gung erforderlich ist und die Krankenhausversorgung dadurch nicht beeinträchtigt wird. Bisher bestand diese Möglichkeit nur für Chefarzte und leitende Ärzte. Diese Regelung wird dazu beitragen, die ärztliche Betreuung der Versicherten in medizinisch unterversorgten Gebieten zu verbessern. Darüber hinaus soll künftig die belegärztliche Tätigkeit im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung angemessen berücksichtigt werden.

### Korrekturen im Leistungsrecht

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung enthält neben den vorgenannten Regelungen auch einige notwendige Korrekturen im Leistungsrecht der Krankenversicherung. Dadurch sollen die Leistungen der Krankenversicherung auf das gesundheits- und sozialpolitisch gebotene Maß begrenzt und das Verhältnis von Leistungen und Gegenleistungen ausgewogener gestaltet werden.

In Zukunft wird der Zuschuß der Krankenversicherung zum

Zahnersatz auf 80 % der Kosten begrenzt, wobei der Eigenanteil des Versicherten 500 DM nicht übersteigen soll.

Badekuren werden von vertrauensärztlicher Begutachtung abhängig gemacht.

Die Haushaltshilfe durch Verwandte wird eingeschränkt.

Die Rezeptbeteiligung wird – ausgenommen bei längerer Krankheit – auf höchstens 3,50 DM erhöht.

Sogenannte Bagatellarzneimittel für geringfügige Gesundheitsstörungen (z. B. Kopfschmerztabletten, Abführmittel) sollen nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen mit eigenem Einkommen oberhalb einer bestimmten Grenze soll entfallen.

Die beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner wird von einer mindestens 20jährigen Vorversicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung abhängig gemacht.

Neben diesen Maßnahmen soll die Beitragsbemessungsgrenze auf 2890 DM monatlich angehoben werden. Diese Regelung führt zu einer Verstärkung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Bundesregierung beabsichtigt außerdem eine Reduzierung des von der Rentenversicherung an die Krankenversicherung gezahlten Finanzierungsanteils von zur Zeit rd. 17% auf 11% der Rentenausgaben. Damit werden die Überzahlungen beseitigt, die die Rentenversicherung über das gesetzlich vorgesehene Maß an die Krankenversicherung (in den letzten sechs Jahren mehr als 17 Mrd. DM) geleistet hat. Die Kosten der Rentner-Krankenversicherung werden dadurch stärker in dem Bereich in Erscheinung treten, dem sie ihrer Entstehung nach zuzuordnen sind, nämlich der Krankenversicherung. Die mit dieser Neuabgrenzung der Kostenträgerschaft verbundenen Belastungen der Krankenkassen werden durch einen verbesserten Finanzausgleich sozial gerechter verteilt.

Horst Bourmer

## Kostendämpfung durch Leistungsbegrenzung

Eines sei gleich zu Beginn meiner Ausführungen festgestellt: Die Ärzteschaft vertritt seit Jahren die Meinung, daß eine Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen notwendig ist, um einen „Kollaps“ zu vermeiden. Dabei ist es erforderlich, eine sinnvolle Weiterentwicklung, insbesondere unseres gegliederten Krankenversicherungssystems, zu unterstützen – ohne die gewachsene Struktur zu zerstören und ohne die bewährten Grundsätze inner-

halb dieses Systems abzubauen. Daß dies keine „Leerformel“ ist, hat bereits vor fünf Jahren der Hartmannbund, der größte freie ärztliche Verband, der Öffentlichkeit präsentiert, nämlich in Form einer detaillierten Stellungnahme zur Sozial- und Gesundheitspolitik, die auf drei Thesen aufbaut:

Die persönliche und soziale Verantwortung in der Gesundheitspolitik;

die Interdependenz von Ge-

sundheit, Gesundheitspolitik und Gesellschaftspolitik;

Kostenklarheit im Gesundheitswesen – Einsetzung eines Sachverständigenrates.

### „Grenzenloser“ Leistungsanspruch?

Zweitens ist hier von vornherein klarzustellen, daß der „Haushalt“ einer Krankenkasse mit dem „Haushalt“ eines jeden Erwerbstätigen in unserer Volkswirtschaft nicht vergleich-

bar gemacht werden kann – im Gegensatz zur Meinung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, der dies immer wieder behauptet. Der Vergleich ist insofern nicht möglich, als jede Haushaltskasse eines Bürgers mit einer bestimmten Summe nur für eine ganz bestimmte, begrenzte Zahl von Gütern und Dienstleistungen der verschiedensten Qualitäten zur Verfügung steht. Der Versicherte der Krankenkasse mit ihrem „Geldtopf“ hat aber für einen bestimmten Beitrag, den der Arbeitgeber und er selbst an die Krankenkassen zahlen, kraft Gesetzes einen unbegrenzten Anspruch auf ärztliche, zahnärztliche und Krankenhausesleistungen, auf Arzneimittel sowie andere Leistungen. Es besteht seitens des Versicherten Anspruch auf alles Notwendige.

Daraus muß der Schluß gezogen werden: Entweder gibt es für einen bestimmten begrenzten Versicherungsbeitrag eine begrenzte Zahl von Gesundheitsleistungen, oder es gibt für einen bestimmten begrenzten Versicherungsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung eine unbegrenzte Zahl von Gesundheitsleistungen mit zusätzlicher finanzieller Beteiligung des Versicherten. Diese zusätzliche finanzielle Beteiligung kann dann auch über die private Krankenversicherung abgesichert werden. In diesem Fall wird der Versicherte auch die notwendige Transparenz über erhaltene Leistungen gewinnen und erkennen können, daß seine finanzielle Beteiligung steigen wird, wenn er Leistungen nicht verantwortungsbewußt und nicht sparsam in Anspruch nimmt.

### Unterschiedliche Auffassungen

Drittens, um auf die aktuelle Diskussion zu kommen, bin ich der Meinung, daß mit dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Kosten-

dämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung eben kein akzeptabler Beitrag zur Ausgabenbegrenzung geliefert wird.

Die Sprecher von acht freien ärztlichen und zahnärztlichen Verbänden, die in einem Konsultationsring zusammengefaßt sind, führten im März 1977 ein Gespräch mit Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg, an dem auch Bundesgesundheitsministerin Huber sowie die Staatssekretäre Dr. Strehlke und Professor Wolters teilnahmen. Thema war natürlich der Regierungsentwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes. Die Ärzte betonten die gemeinsame Zielrichtung einer Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen, wiesen aber auf gravierende unterschiedliche Auffassungen in der Verwirklichung gegenüber der Bundesregierung hin. Die Krankenkassen und Ärzte haben 1976 durch freiwillige Beschränkung bei den Honorarverträgen eine Konsolidierung der Krankenkassenbeiträge bewirkt. Krankenkassen sprachen bereits davon, daß sie im Jahre 1977 keine Beiträge zu erhöhen hätten. Die Ärzte nehmen daher das Recht für sich in Anspruch, eine gesetzlich zementierte Einengung der Selbstverwaltungsfunktionen abzulehnen.

Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg gab in dieser Besprechung zu, daß das geplante Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz für den Versicherten weniger Leistungen für höhere Beiträge zur Folge hat. Das bedeutet nach der Zahlenangabe des Ministers statt bisher durchschnittlich 11,3 % zukünftig 12,5 %. Die Sprecher des Konsultationsringes bestätigten diese voraussehbaren Folgen des Gesetzes, wiesen aber daraufhin, daß die Ursache dafür nicht steigende Kosten des Gesundheitswesens wären, sondern die Absicht der Bundesregierung, auf Kosten der Krankenversicherten die

Rentenversicherung zu sanieren.

### Renten- und gesundheitspolitische Fehler

Der Konsultationsring ärztlicher Verbände hat außerdem in einem Schreiben an Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg klargemacht, daß der vorgelegte Gesetzentwurf die Konsequenz einer verfehlten Politik in der Rentenversicherung und in der Krankenversicherung ist.

Die entscheidenden Fehler in der Rentenpolitik der Vergangenheit waren das Versprechen der Regierungskoalition vor den Wahlen, in jedem Fall eine Rentenanpassung von rund 10 % zum 1. 7. 1977 vorzunehmen und die Beitragsstabilität in der Rentenversicherung zu garantieren.

Die entscheidenden Fehler in der Gesundheitspolitik mit ihren schwerwiegenden Folgen für die Kostenentwicklung sind in der über Jahre anhaltenden Übung von Parlament und Regierung zu sehen, einmal immer neue Versorgungsleistungen den Krankenversicherungen und damit der Versichertengemeinschaft aufzubürden, zum anderen im Interesse einer kurzfristigen Einnahmesteigerung den Kreis der Versicherten auszuweiten und dabei zu übersehen, daß daraus langfristig überproportionale Leistungsanforderungen mit entsprechenden Ausgabensteigerungen für die Krankenversicherungsträger resultieren.

### Alternativen

Folgende Überlegungen sind einer Diskussion wert:

Nicht der Umfang ärztlicher Leistungen darf durch Gesetzesbestimmungen begrenzt werden, weil sich sonst die ärztliche Versorgung verschlechtert. Über die Anpassung der ärztlichen Einkommen (Umsatz abzüglich Praxiskosten) an die all-

gemeine Entwicklung der Real-einkommen in unserem Lande kann man jedoch sprechen. Da die Inanspruchnahme der Ärzte von den Versicherten selbst ausgeht, können die Ärzte das Morbiditätsrisiko allerdings nicht tragen.

Nicht der Verschreibungsumfang von Arzneimitteln darf vorgeschrieben oder gar an die ärztlichen Honorare gekoppelt werden, weil es die Therapiefreiheit einschränkt, wenn nicht Behandlungsnotwendigkeiten, sondern Kostenüberlegungen die Verschreibung steuern. Es erscheint jedoch einer Überlegung wert, das Sachleistungsprinzip auf Arzneimittel nicht mehr anzuwenden, sondern statt dessen dem Versicherten die Kosten für Medikamente zu erstatten (Kostenerstattungsprinzip). Der Versicherte müßte in diesem Fall seine Medikamente zunächst einmal selbst bezahlen.

Nicht der Gedanke an die Einheitsversicherung und die unkritische Aufrechterhaltung des Leistungskatalogs der Krankenkassen dürfen die Gesundheitspolitik bestimmen. Vielmehr sind Formen der Mitverantwortung und Selbstbeteiligung des Bürgers zu entwickeln und in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen, wenn man verantwortungsbewußtes und wirtschaftliches Verhalten auch der Versicherten als erstrebenswert betrachtet.

Nicht die Aushöhlung der Selbstverwaltung der Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder darf durch Vorschriften im Kassenarztgesetz über Empfehlungsvereinbarungen auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden untermauert werden. Vielmehr ist es sinnvoll, eine konzertierte Aktion ins Leben zu rufen, genauso wie sie im Wirtschaftsbereich besteht. Diese konzertierte Aktion könnte durchaus unter der Federführung des

Bundesarbeits- und -sozialministers – aufgrund jährlich zu erarbeitender Gutachten eines unabhängigen Sachverständigenrates (genauso wie im Wirtschaftsbereich) unter Fortfall des jetzt noch von der Bundesregierung jährlich vorgelegten Sozialbudgets – darüber beraten, welche Daten in den Bundesländern bei Honorarverhandlungen mit entsprechender Wertigkeit zu berücksichtigen sind.

Nicht eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber der Institution „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ als Selbstverwaltungsorgan innerhalb des Kassenarztgesetzes darf ausgedrückt werden. Notwendig ist eine sinnvolle Ausweitung der Richtlinienkompetenzen dieses Selbstverwaltungsorgans, damit die Bemühungen um eine stärkere Motivation aller Beteiligten im Gesundheitswesen zu einem sparsameren Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützt werden.

#### Weitere Vorschläge

Innerhalb unseres gegliederten Krankenversicherungssystems sollten stärker folgende Überlegungen geprüft werden:

Völlige Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von sachfremden Leistungen (Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisationen; Leistungen der Mutterschaftshilfe; Sportunfälle; Krankenversicherung der Rentner, die Aufgabe der Rentenversicherung ist);

Versicherungspflichtgrenze möglichst niedrig halten, auch Arbeiter (nicht nur Angestellte) unterliegen dann nicht mehr der Versicherungspflicht, wenn sie diese Grenze von derzeit 2550 DM im Monat überschreiten;

Kostenerstattung im Arzneimittelbereich;

weniger gesetzlich vorgeschriebene, mehr durch die Selbstverwaltung der Kranken-

kassen und Ärzte, Zahnärzte usw. in der Satzung festgelegte Leistungen. Der Gesetzgeber darf nur den Leistungsrahmen fixieren, aber nicht die Leistungen selbst in einem bestimmten Umfang;

Ausbau des Belegarztsystems unter Ausnutzung ärztlicher Zusammenarbeit in Gemeinschaften – sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Ärzten im Krankenhaus mit niedergelassenen Ärzten;

Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften der Bundesländer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, um Fehlinvestitionen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu vermeiden;

verstärkter Ausbau von Sozialstationen und der sozialen Betreuung im Krankenhaus zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer, zur Begrenzung der Kosten im ambulanten und stationären Bereich;

Überarbeitung von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung von Arzneien und Heilmitteln in der Weise, daß davon Wirkungen im Sinne von Steuerungen ausgehen;

Überarbeitung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung der Krankenhauspflege in der Weise, daß davon Wirkungen im Sinne von Steuerungen ausgehen.

#### Notwendige Verhaltensänderung

Ich bin der Meinung, daß auch die Ärzteschaft – aber nicht nur sie – sich um eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bemühen muß, wenn unser System nicht unfinanzierbar werden soll. Dazu etwas Grundsätzliches: Gesundheit kostet nicht viel. Allerdings

setzt sie bestimmte Verhaltensweisen voraus. Würde diese Voraussetzung erfüllt, würden, überspitzt ausgedrückt, unsere Ausgaben für Krankheiten nur wenige D-Mark betragen. Das Problem heißt also nicht: Unsere Gesundheit wird unfinanzierbar, sondern: die Kosten der verlorengegangenen Gesundheit werden finanziell untragbar. Gegen die Risikofaktoren der Überflußgesellschaft kann nur eine Kraft mobilisiert werden: die Verhaltensänderung jedes einzelnen Bürgers.

Das zweite Problem ist die Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne gleichzeitig das Problem der Finanzierung zu lösen. Zur Leistungsexpansion kam die Mitgliederextension in der gesetzlichen Krankenversicherung, und schließlich muß auch die Anspruchsinflation genannt werden.

Die Sozialenquete-Kommission hat bereits im Jahre 1966 festgestellt, daß vom Kassenspatienten keine den Aufwand zügelnde, gleichgewichtsschaffende Kraft ausgehe; er habe seinen Beitrag entrichtet und verlange mit Recht die ihm zustehende Leistung. Was diese die Kasse kostet, brauche ihn nicht zu interessieren. Wenn auch letztlich der Arzt die Therapie bestimme, so würden auch dem Patienten gewisse Möglichkeiten der Nachfragegestaltung verbleiben. Insbesondere sei es ihm anheimgestellt, bei gegebenem Anlaß den Arzt aufzusuchen oder den Arzt zu wechseln.

Ferner wurde in der Sozialenquete betont: „Sollte wirklich Grund zu der Befürchtung bestehen, daß zahlreiche Menschen das Bedürfnis nach Erhaltung ihrer Gesundheit nicht

mehr in seiner natürlichen Dringlichkeit empfinden, weil sie seine Befriedigung als außerhalb ihrer eigenen Verantwortung liegend betrachten, so wäre ernstlich zu überlegen, ob nicht die GKV bereits die ungewollte Nebenwirkung hat, Willen und Fähigkeit zur Selbstverantwortung bei den von ihr Betreuten zu schwächen.“ Also muß meines Erachtens auf die anderen Pfeiler in unserem System zurückgegriffen werden, die Selbstverwaltungsorgane. Hier sind Steuerungsorgane vorhanden, die zwar nicht vollkommen, aber in einer Weise funktionieren, daß mit der Sozialenquete-Kommission gesagt werden kann: „Es wäre bedenklich, diesen ‚Regelkreis‘ leichtfertig außer Funktion zu setzen.“

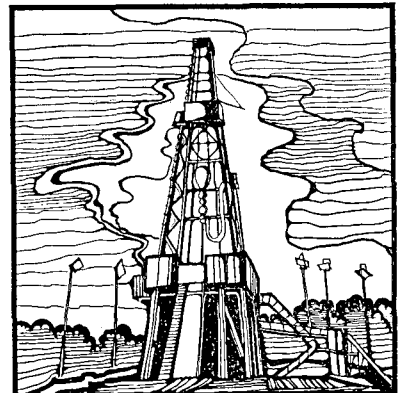
Abschließend möchte ich betonen, daß die Mittel für die verlorengegangene Gesundheit besser eingesetzt werden müs-

# Öl und Gas - wir machen was daraus

Das Öl, das aus der Erde kommt, besteht aus Dutzenden von Stoffen. Sie voneinander zu trennen, umzuwandeln und zu erforschen, damit sie in vielen Bereichen zu gebrauchsfähigen Produkten werden, die für den Einzelnen nützlich sind, das ist unsere Aufgabe.

Mobil macht Treibstoffe, Heizöle, Motorenöle. Und vieles mehr: Außenanstriche von

Schiffen zum Beispiel, wie die meisten Lacke und Farben, Straßenbeläge und Baumaterialien, Kunststoffe für Dachrinnen, Koffer und Schuhsohlen, Schädlingsbekämpfungsmittel, Reinigungs- und Arzneimittel basieren auf Produkten, die wir in unseren Raffinerien hersteilen.



**Mobil**

sen. Die Selbstverwaltungsorgane innerhalb des gegliederten Krankenversicherungssystems können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Das Kassensystem einschließlich der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise könnte beispielsweise auch auf dem Krankenhaussektor angewendet werden.

Das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich meines Erachtens zu einem Leistungsüberangebot entwickelt. Es müßte überlegt werden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung voll übernommen werden, welche Leistungen als notwendig und ausreichend gelten können und welche Leistun-

gen von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht voll finanziert werden sollten. Ich bin der Überzeugung, daß eine Begrenzung des Leistungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Notwendige und Ausreichende, verbunden mit einer Art Selbstbeteiligung, eine Ausgabenbegrenzung herbeiführen könnte.

Horst Ruegenberg

## Kostenbremse mit Schönheitsfehlern

Die besorgniserregende Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfordert im Bereich der Krankenhausbehandlung, der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung und der Arzneimittel gesetzgeberische Maßnahmen, wenn die Kostenentwicklung wirksam gebremst werden soll. Soweit der vorliegende Gesetzentwurf diesem Anliegen entspricht, wird er von den Ortskrankenkassen nachdrücklich unterstützt. Einige Vorschriften des Gesetzentwurfs führen jedoch entgegen der erklärten Zielsetzung zu Kostensteigerungen; insoweit kann der Gesetzentwurf nicht die Zustimmung der Ortskrankenkassen finden.

Eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen setzt stabile Beitragssätze voraus. Die Verringerung der Beiträge der Rentenversicherungsträger zur Rentner-Krankenversicherung von 17,3 auf 11 % des Rentenvolumens verlagert jedoch die Finanzprobleme der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung und ist, so gesehen, zweifellos kein Beitrag zur Sanierung des Gesundheitswesens. Einer solchen

Kostenverlagerung werden mit Sicherheit Erhöhungen der Beitragssätze in erheblichem Umfange folgen. Zudem würden eine Reihe von strukturellen Problemen aufgeworfen, die sich aus der besonderen Situation der gegliederten Krankenversicherung und auch aus ihrem Wettbewerb zur privaten Krankenversicherung ergeben.

### Brisante Fragen

Es könnten sich auch brisante politische Fragen ergeben, wenn z. B.

die Vertragspartner der Krankenkassen in Anbetracht gesetzlich ausgelöster Beitragserhöhungen nicht bereit wären, länger zur Stabilisierung der Finanzen in der Krankenversicherung beizutragen.

die Erhöhung des Finanzierungsanteils der aktiven Beitragszahler der Krankenversicherung an den Kosten der Rentnerkrankenversicherung sich stark auf den Wettbewerb zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung auswirkt. Die Versicherten der privaten Krankenversicherung

brauchen sich nämlich nicht am Defizit in der Rentner-Krankenversicherung zu beteiligen. Dieser Trend wird durch die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie hinsichtlich der Beamten durch die Besonderheiten des Beihilfsrechts noch verstärkt.

von dem sonst durchgehaltenen Grundsatz abgegangen wird, nach dem die Kosten des Sozialversicherungsschutzes von dem für die Geldleistung zuständigen Träger in dem Umfange aufgebracht werden, in dem der Lebensunterhalt durch die Geldleistung bestritten wird.

die Herabsetzung des Finanzierungsanteils der Rentenversicherung an den Kosten der Rentner-Krankenversicherung unausweichlich zu einem umfangreichen Belastungsausgleich in der Krankenversicherung führt, der — im Gegensatz zur Rentenversicherung — nur schwer gerecht gestaltet werden kann.

Ob es wirklich politisch klug ist, in die Finanzschwierigkeiten der Rentenversicherung auch die Krankenversicherung hineinzuziehen und dort die weitere Sa-



nierung mit der Folge zu gefährden, daß die bestehenden politischen Schwierigkeiten sehr bald wachsen statt abnehmen werden, soll hier deutlich angesprochen sein. Es sind schwerwiegende Gründe, wenn die Ortskrankenkassen nachdrücklich gegen die geplante Kostenüberwälzung von weiteren Finanzierungsanteilen der Rentner-Krankenversicherung auf die Krankenversicherung protestieren.

### Belastbarkeitsgrenzen erreicht

Die Verbindung der Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner mit den Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesetzentwurf vermittelt den Eindruck, als entstehe die Notwendigkeit einer Dämpfung der Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung erst durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils der Krankenversicherung an der Rentner-Krankenversicherung. Das ist nicht der Fall.

In der gesetzlichen Krankenversicherung steigen die Ausgaben seit Jahren stärker als die für die Beitragsbemessung maßgebenden Entgelte der Versicherten. In den Jahren 1971 bis 1975 sind die Ausgaben der Krankenversicherung je Mitglied jährlich durchschnittlich um rund 16,5 %, die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelte jedoch nur um rund 9,6 % gestiegen, so daß ein jährlicher Überhang der Ausgaben von rund 6,9 % vorhanden war. Aufgrund dieser Entwicklung mußten die Beitragssätze laufend erhöht werden, von durchschnittlich 8,1 % im Jahre 1971 auf durchschnittlich 11,3 % im Jahre 1976. Würde diesem Trend nicht Einhalt geboten, müßte die Versichertengemeinschaft in absehbarer Zeit mehr als die Hälfte des gesamten Arbeitsentgelts für die Deckung der Kosten in der Krankenversicherung aufbringen. Die Grenzen der Belastbarkeit der Versicherten und ihrer Arbeit-

geber dürften aber schon jetzt erreicht sein.

Die Kontrolle und Steuerung der Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind daher völlig unabhängig von der Sanierung der Rentenversicherung zwingend erforderlich.

### Maßvolle Kostendämpfung

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen ist der Auffassung, daß alle Nutznießer der Krankenversicherung einen angemessenen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung leisten müssen. Die jetzt im Regierungsentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Kostendämpfung werden diesem Postulat überwiegend und in maßvoller Weise gerecht; möglicherweise reichen sie jedoch nicht aus, die gesteckten Ziele zu erreichen.

Die geplanten Vorschriften sehen teils eine Verkürzung der Leistungsansprüche vor, teils haben sie eine formale und tatbestandsmäßige Erschwernis bei der Inanspruchnahme von Leistungen zum Inhalt. Insgesamt bedeuten diese Änderungen eine erhebliche Einschränkung des Leistungsangebots für die Versicherten. Wir halten eine solche Verminderung der Leistungen für die Versicherten nur dann für vertretbar, wenn andererseits auch die Leistungserbringer dementsprechend zur Kostendämpfung beitragen. Bei einem ausgewogenen Verhältnis der Einsparungen von Leistungen und Vergütungen würden von uns folgende Einschränkungen im Leistungsrecht hingenommen:

der Ausschluß bestimmter, im allgemeinen bei weniger bedeutungsvollen Gesundheitsstörungen verabreichter Arznei- und Heilmittel,

die Erhöhung des von dem Versicherten zu tragenden maximalen Anteils an den Arzneikosten auf 3,50 DM je Verordnungs-

blatt unter Einbeziehung der Rentner,

eine Beschränkung des Anspruchs auf Haushaltshilfe, die durch Verwandte und Verschwägerter ausgeführt wird,

die Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen für Kurten,

die Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Zahlung einer einmaligen Geldleistung in der Mutterschaftshilfe,

die Einschränkung des Anspruchs auf Familienkrankenhilfe.

### Bedenken der Ortskrankenkassen

Unterschiedliche Meinungen gibt es allerdings bei Zahnersatz und Kieferorthopädie. Während die Versichertenseite der Selbstverwaltung hier auf der konsequenten Durchsetzung des Sachleistungsprinzips ohne Selbstbeteiligung besteht, ist die Arbeitgeberseite der Auffassung, daß eine Selbstbeteiligung bei diesen beiden Leistungen angezeigt ist. Bedenken bestehen allerdings in jedem Fall gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung der Höchstbeteiligung, wonach der Versicherte zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen generell bis zu 500 DM selbst zu zahlen hat. Anstelle dieser Regelung schlagen wir vor, die Beteiligung der Versicherten durch die Selbstverwaltung festsetzen zu lassen.

Die Regelung, Fahrkosten nur dann zu übernehmen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 DM betragen, würde insbesondere die Bevölkerung in ländlichen Bereichen stark benachteiligen. Daher wird empfohlen, diese Vorschrift fallen zu lassen.

### Falsche Ärztebehauptungen

Die Kritik der Kassenärzte gegen die für 1976 und 1977 vereinbarte Honorarbegrenzung läßt den Schluß zu, daß es in Zukunft

nicht mehr zu solchen freiwilligen Honorarbegrenzungen kommen wird. Deshalb werden die das Kassenarztrecht betreffenden Gesetzesvorschläge begrüßt. Durch die Anbindung der Gesamtvergütungen für ärztliche Leistungen an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung wird sichergestellt, daß die Entwicklung der Ausgaben für ärztliche Leistungen mit der Entwicklung der Arbeitnehmerentgelte Schritt hält, so daß die Ausgaben auf diesem Sektor keine oder keine nennenswerten Beitragserhöhungen erforderlich machen.

Für die Ärzteschaft sind keine Honorarvermindierungen vorgesehen, sondern es geht darum, die zukünftigen Honorarerhöhungen an gesamtwirtschaftlichen Kriterien auszurichten, was bei dem hohen Durchschnittseinkommen der Ärzte und Zahnärzte zumutbar ist, wenn die soziale Krankenversicherung weiterhin finanzierbar bleiben soll. Von der Anbindung der kassenärztlichen Gesamtvergütung an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung wird auf der Ärzteseite behauptet, sie führe zu einer Reglementierung der kassenärztlichen Versorgung und zu einer Beeinträchtigung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Kassenarztrecht. Das ist unrichtig.

Bei Vertragsverhandlungen mit Ärzten wurde schon früher auf gesamtwirtschaftliche Daten Rücksicht genommen. So haben z. B. im April 1976 die Vertragspartner der Empfehlungsvereinbarung (Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen) ausdrücklich erwähnt, daß sie sich auch an volkswirtschaftlich relevanten Daten orientiert hätten. Die gesetzliche Festlegung dieser Orientierungsdaten bedeutet lediglich eine Objektivierung und Versachlichung bei künftigen Vertragsverhandlungen und keine Reglementierung der kassenärztlichen Vergütung. Mit der vorgesehenen Möglich-

keit, die entstandenen Kosten überprüfen zu können, läßt sich noch nicht die Effizienz der medizinischen Maßnahmen ermitteln. Wir schlagen deshalb ergänzend vor, daß die Behandlungsfälle sowohl auf den Erfolg als auch auf die entstandenen Kosten überprüft werden können.

### Verwirrung der Versicherten

Auch für den Arzneimittelbereich muß gelten, daß sich die Ausgaben der Krankenkassen an ihren Einnahmen orientieren. Allerdings wird bezweifelt, ob die Vereinbarung eines Arzneimittelhöchstbetrages im Gesamtvertrag, wie sie der Regierungsentwurf vorsieht, geeignet ist, die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel zu dämpfen. Die sanktionslose Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages bis zu 5 % könnte dazu führen, daß bei Vereinbarung eines Höchstbetrages, der in etwa von gesamtwirtschaftlichen Entwicklungsdaten ausgeht, die Steigerung der Arzneimittelausgaben ein Ausmaß annähme, das mindestens den früher gewohnten Steigerungsraten von 12 bis 15 % entspräche.

Sehr viel halten wir davon, daß die Arzneimittelrichtlinien zukünftig verbindliche Regelungen über vom Kassenarzt vorzunehmende Preisvergleiche enthalten sollen. Hier muß auch an die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Aufklärung und Beratung der Ärzte über eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnungsweise erinnert werden, der sie bisher nicht in ausreichender Weise nachgekommen sind. Gemeinsam mit den Krankenkassen müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen jetzt diese Aufgabe erfüllen.

Das diffamierende Wort von der „Billig-Medizin“ kann nur den Zweck haben, die Versicherten zu verwirren. Die geplanten Vorschriften führen nicht zu

einer „Billig-Medizin“. Dazu kann es nur kommen, wenn die Ärzte auf die gesetzlichen Vorschriften in unangemessener Weise reagieren sollten. Auch wir halten Arzneimittelhöchstbeträge nicht für das alleinige und beste Instrument zur Kostendämpfung auf dem Arzneimittelsektor. Wir sind jedoch der Auffassung, daß auch in diesem Bereich wirksame Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben dringend erforderlich sind.

### Thesen zum Krankenhausbereich

Im Krankenhausbereich mögen folgende Thesen den Standpunkt der Ortskrankenkassen klar machen:

Der Einfluß der Krankenkassen auf die Krankenhausbedarfsplanung ist von besonderer Wichtigkeit, da die Investitionsentscheidungen die Benutzerkosten wesentlich bestimmen. Die Ortskrankenkassen fordern deshalb gesetzliche Bestimmungen, die die konsequente Verwirklichung von einvernehmlich zwischen den Beteiligten aufgestellten Krankenhausbedarfsplänen erlauben. Andernfalls sehen die Krankenkassen keine Möglichkeit, die Ausgabenentwicklung bei den Krankenhausleistungen auf ein volkswirtschaftlich vertretbares Maß zu bringen.

Die Ortskrankenkassen fordern direkte Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern auf Selbstverwaltungsbasis. Für die Vereinbarung der Pflegesätze ist ein Verfahren einschließlich einer Schiedsamsregelung vorzusehen, das der gemeinsamen Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Krankenkassen und Krankenhäuser grundsätzlich Rechnung trägt.

Die Ortskrankenkassen fordern Regelungen unter Ein-schluß von Modellversuchen zur Einführung der vorstationären Diagnostik und nachstationären

Behandlung als Pflichtbestandteil der Verträge. Sonst wird der gewünschte Erfolg nicht erreicht.

□ Die Übernahme eines Teils der Investitionskosten durch die Krankenhäuser kann von den Ortskrankenkassen unter keinen Umständen akzeptiert werden. Ein von den Krankenhäusern zu tragender Eigenanteil an den Investitionskosten wird letztlich den Krankenhausbenutzern bzw. ihren Kostenträgern über den

Pflegesatz angelastet. Diese Art der Investitionskostenverlagerung hat keinen Kostendämpfungseffekt, sondern erhöht die Beitragssätze der Krankenkassen.

Dieser globale und notgedrungen auch unvollständige Überblick soll die Zielsetzungen erkennen lassen, die von den Ortskrankenkassen aufgrund ihrer jahrzehntelangen Verantwortung und Erfahrung für eine

Sanierung des Gesundheitswesens verfolgt werden. Wir halten dabei eine möglichst weitgehende gemeinsame Selbstverwaltung mit den Vertragspartnern für den angemessensten Weg, um diese Ziele und damit eine Kostendämpfung zu erreichen. Was derzeit fehlt, wenn eine dauerhafte Sanierung gelingen soll, sind die Grundlagen für funktionierende Regelkreise, die zu schaffen der Gesetzgeber aufgerufen ist.

Klaus-Dirk Henke

## Ursachen der Kostensteigerungen

Die Ursachen der allenthalben beklagten Kostensteigerung im Gesundheitswesen, meist gemessen an dem Anstieg der Ausgaben für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen sowie für Arzneimittel, sind äußerst vielfältig. Ihre Analyse zählt zu den wesentlichen Voraussetzungen für eine Beurteilung der zur Zeit heftig diskutierten Regierungsvorschläge zur Dämpfung des als unvertretbar hoch angesehenen Ausgabenanstiegs. Für die Ursachenerklärung kann die Frage nach der Menge gesundheitlicher Leistungen von der Frage nach dem Preis dieser Leistungen getrennt werden.

Der Umfang an gesundheitlichen Leistungen schlägt sich z. B. in den Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten, Laboruntersuchungen, Verschreibungen oder Kuren nieder. Zu den Bestimmungsgrößen zählen auf der Nachfrageseite der Gesundheitsstand und das Anspruchsverhalten der Bevölkerung und auf der Angebotsseite etwa gesetzliche Vorschriften über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und in Zusammenhang damit Änderungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Kran-

kenversicherung sowie das nachfragebeeinflussende Verhalten der Ärzte.

### Schlüsselstellung des Arztes

Der enge Zusammenhang zwischen den Bestimmungsfaktoren auf der Angebotsseite und denjenigen auf der Nachfrageseite erschwert die theoretische und empirische Untersuchung des „Gesundheitsmarktes“ und macht deutlich, daß die These von dem Angebot, das sich seine eigene Nachfrage schafft, leichter behauptet als empirisch belegt werden kann. Außer Zweifel steht jedoch, daß der Arzt eine Schlüsselstellung einnimmt und es Bereiche gibt, in denen das Saysche Theorem sich zumindest partiell in einem „over-doctoring“ dokumentiert – ein Sachverhalt, der im übrigen auch von ärztlicher Seite nicht bestritten wird.

Auf dem Markt für ambulante Leistungen läßt sich diese Aussage verdeutlichen. Betrachtet man die Auswirkungen des jeweils geltenden Honorierungs- oder Abrechnungssystems auf den Umfang der erbrachten Leistungen im Zeitraum, in dem das

System der Pauschalhonorierung vom System der Einzelleistungsvergütung abgelöst wurde, so läßt sich nachweisen, daß in den Jahren von 1959–1963, also noch unter dem alten Abrechnungssystem, der Leistungsbedarf je Behandlungsfall in den RVO-Kassen um 8,4 % stieg, während nach der Einführung der Einzelhonorierung in den Jahren 1967–1971 ein Anstieg von 14,2 % zu verzeichnen war<sup>1)</sup>.

Der mit diesen Zahlen aufgedeckte statistische Zusammenhang zwischen Leistungsumfang und Abrechnungssystem, der noch bereinigt werden könnte um den Einfluß des in der Rezession der Jahre 1966/67 möglicherweise angewachsenen Behandlungsbedarfs arbeitsloser Arbeitnehmer, zeigt, daß die Leistungsmenge in Teilbereichen nicht nur von medizinischen Erfordernissen, sondern auch von finanziellen Erwägungen beeinflusst werden kann. Mit diesem Sachverhalt soll weniger eine Hauptursache der Kostenent-

<sup>1)</sup> Vgl. im einzelnen I. Metzke: Probleme der Arzthonorierung und ihre Reform, in: H. Lampert (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD, in: Schriftenreihe des Vereins für Socialpolitik, N. F. Band 82, Berlin 1975, S. 38 ff.

wicklung im Gesundheitswesen aufgezeigt als vielmehr verdeutlicht werden, daß auch ärztliches Verhalten – genau wie das anderer Gruppen – durch finanzielle Anreize gelenkt und dadurch auch der Leistungsumfang bestimmt wird.

### Verhalten der Versicherten

Eine ähnliche Überlegung gilt für das Verhalten der Versicherten. Die quasi kostenlose Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die Solidargemeinschaft führt bei ihren Mitgliedern auch zu finanziellen Kalkülen.

Der Vorteil einer Finanzierung der Leistung aus steuerähnlichen Beiträgen im Rahmen großer Versichertengemeinschaften wird zum einen in der „kostenlosen“ Befriedigung von Gesundheitsbedürfnissen gesehen, d. h. darin, daß die Nachfrage unabhängig vom individuellen Einkommen ist. Zum anderen erwartet man von einer Finanzierung über zweckgebundene Beiträge dadurch eine Stärkung des Kostenbewußtseins der Nachfrager, daß den gezahlten Beiträgen Gegenleistungen gegenüberstehen und durch diesen Zusammenhang einerseits die Bereitschaft zur Zahlung von Beiträgen erhöht und andererseits ein Ausufern des Leistungskatalogs vermieden wird.

Diese Hoffnung wurde jedoch enttäuscht, weil bei der Größe vieler Versichertengemeinschaften der Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und der Belastung für die Gemeinschaft verlorengeht. Das hat dazu geführt, daß die Nachfrage über das Ausmaß hinauswächst, das bei Kenntnis und Berücksichtigung der Kosten angefallen wäre (free-rider Haltung). An die Stelle des Solidarverhaltens tritt ein Rendite-Denken. Viele Versicherte versuchen, für ihre Beitragszahlungen eine angemessene Menge an Gesundheitsleistungen und manchmal noch mehr „herauszuholen“. In die-

sem Verhalten, das auch im Zusammenhang mit dem verstärkten Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung steht, liegt ebenfalls eine Ursache für den gestiegenen Umfang an Gesundheitsleistungen.

### Besonderheiten der Preisbildung

Neben dem Leistungsvolumen sind es die Preise für Gesundheitsleistungen, die die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bestimmen. Sie werden durch die Kosten der Produktionsfaktoren und die Produktivität ihres Einsatzes beeinflusst. Während die Preisbildung für Arbeit und Kapital, die zur Produktion von Dienstleistungen nachgefragt werden, sich nicht grundsätzlich von der Preisbildung auf anderen Faktormärkten unterscheidet, sind die Märkte für gesundheitliche Leistungen durch Besonderheiten gekennzeichnet. Das zeigt beispielhaft ein Blick auf den Markt für ambulante Leistungen. Dort erfolgt die Preisbildung über die Honorarvereinbarungen zwischen Versicherersträgern und kassenärztlichen Vereinigungen. Ihnen liegen je nach Versicherung unterschiedliche Gebührenordnungen zugrunde, wobei die Kassen sich bei ihren Bemühungen um Neumitglieder und oft auch um eine Sonderstellung bei den Ärzten gegenseitig in der Höhe der Erstattungen bzw. Honorare zu übertreffen versuchen. Innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen kommt es noch zu weiteren Preisdifferenzen bei gleichen Leistungen, z. B. innerhalb der RVO-Kassen nach Kassenarten und Regionen. Bundeseinheitliche Honorarabschlüsse sind keineswegs die Regel.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung ist den Versicherungen in diesem Punkt grundsätzlich überlegen, ein Vorteil, der für den einzelnen Arzt einkommenswirksam sein kann. Wollte man die Preisunterschiede bei gleichartigen Leistungen abbauen, wäre jedoch ein Finanz-

ausgleich zwischen den Kassen erforderlich. Anderenfalls wären diejenigen Kassen mit dem höchsten Anteil an Mitgliedern mit hohem Alter oder einer großen Zahl zum gleichen Versicherungsbeitrag mitversicherter Familienangehöriger benachteiligt. Niedriges Beitragsaufkommen und hoher Leistungsbedarf der Mitglieder („schlechtere Risiken“) bewirken ungleiche Startvoraussetzungen; diese Kassen müßten Beitragserhöhungen vornehmen, um den gesetzlich festgelegten Leistungsumfang aufrechterhalten zu können. Ein Finanzausgleich, mit dem weder die Eigenständigkeit der Kassen noch das System der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben werden müßte, brächte eine Stärkung der Kassenseite bei der Honoraraushandlung und die Voraussetzung für einen Wettbewerb mit gleichen Startbedingungen unter den einzelnen Kassen mit sich.

### Bedeutung der Produktivitätsentwicklung

Neben den Besonderheiten der Preisbildung für ambulante, aber auch für stationäre Gesundheitsleistungen unterscheidet sich auch die Bedeutung der Produktivitätsentwicklung für die Preisgestaltung von ihrem Einfluß auf anderen Märkten. Das liegt nicht nur an den Schwierigkeiten der Produktivitätsmessung im Gesundheitssektor, in dem der Output nur unzulänglich erfaßt und gemessen werden kann. Das Problem besteht auch darin, daß es derzeit an Möglichkeiten und Anreizen fehlt, Produktivitätsfortschritte in den Preisen weiterzugeben.

Wie stark die beiden Bestimmungsfaktoren Menge und Preis die Entwicklung der Gesundheitskosten beeinflussen, ist noch weitgehend unbekannt und bedarf der Untersuchung. Dazu müßte einerseits die Preisentwicklung der Gesundheitsgüter analysiert und mit ähnlichen Gü-

tergruppen unter Berücksichtigung von Qualitätsveränderungen verglichen und andererseits die Mengenentwicklung auf den einzelnen Teilmärkten des Gesundheitswesens, z. B. auch den für werkärztliche und öffentliche Gesundheitsleistungen, in allen Einzelheiten erfaßt werden.

Die in der Diskussion befindlichen Lösungsansätze lassen sich danach unterscheiden, ob sie mehr auf die Nachfrager oder stärker auf die Anbieter von Gesundheitsleistungen zielen und ob sie eher kurz- oder langfristig angelegt sind.

### Langfristige Reformvorschläge

Langfristige Reformvorschläge setzen oft bei einer Erhöhung des Angebots an Gesundheitsleistungen an, d. h. einer größeren Zahl niedergelassener Ärzte, durch das es über vermehrten Wettbewerb zu Preissenkungen auf diesem Teilmarkt kommen soll. Der Hypothese, ein erhöhtes Angebot führe zu Preisdruck, steht jedoch die Überlegung entgegen, daß es zu einer Kostensenkung erst dann kommt, wenn bei Preissenkungen der Leistungsumfang konstant bleibt. Hier sind also weitere Bedarfsrechnungen und Kosten-Nutzen-Analysen erforderlich, in denen auch die Kosten der zusätzlichen Studienplätze für Mediziner und die Frage der Abhängigkeit des Leistungsumfangs vom Angebot berücksichtigt werden. Weiterhin wäre zu prüfen, ob es medizinisch und ökonomisch überhaupt sinnvoll ist, die traditionelle Gesundheitsversorgung in unveränderter Form weiterzuführen. Aus Kosten-Nutzen-Erwägungen läßt sich entnehmen, wie unzureichend die medizinische Wirksamkeit ärztlicher Leistungen sowie die ökonomische Effizienz des Gesundheitswesens bisher erforscht ist und wie sehr empirische Beweise über die Nützlichkeit immer neuer Investitionen in die Apparatemedizin noch ausstehen<sup>2)</sup>.

Zu einer langfristig angelegten Gesundheitspolitik zählt auf der Nachfrageseite eine Gesundheitspädagogik, die es sich zur Aufgabe machen könnte, der Bevölkerung Gesundheit nicht nur als Recht, sondern auch als Pflicht zu vermitteln. Die Tatsache, daß Gesunde für Kranke aufkommen, mag als gerechter versicherungsimmanenter Verteilungsgrundsatz angesehen werden, dessen Verwirklichung im Einzelfall noch zu wünschen übrig läßt. Es ist aber auch der Fall denkbar, daß sich die Gesunden fragen, warum sie die Behandlungskosten der Kranken, deren schlechte Gesundheit auf ungesunde Lebensweise zurückgeht, finanzieren sollen. Steigende Kosten für die gesundheitliche Versorgung erscheinen in diesem Zusammenhang als ein Preis für den gewünschten Lebensstil. Wird die ungesunde Lebensweise zur Belastung für die Solidargemeinschaft, stellt sich die Frage einer direkten Anlastung der notwendigen Behandlungskosten beim ungesund lebenden Individuum. Hier handelt es sich um ein Problem, das bisher im Zusammenhang mit einer höheren Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen kaum beachtet wird. Darüber hinaus stellt sich für die gesundheitliche Aufklärung die Frage, welches Gesundheitsbewußtsein eher erwünscht ist; jenes, das immer deutlicher ein verbessertes und damit teureres Leistungsangebot fordert (z. B. in der Unfallchirurgie), oder jenes, das die Ursachen der zunehmenden Morbidität und Mortalität zu erkennen versucht (z. B. der Verkehrs- und Berufsunfälle).

### Gefahr von Kostenverlagerungen

Angesichts der Ursachen der Kostenentwicklung und der langfristigen Möglichkeiten zur Kosteneindämmung wird bereits

deutlich, wie schwierig es erst sein muß, die Kosten durch kurzfristige Eingriffe unter Kontrolle zu bekommen. Ob es gelingt, dürfte kaum zu belegen sein. Dazu wäre zum einen eine Präzisierung des Kostenbegriffs und zum anderen eine zugrundezulegende Leistungsnorm erforderlich. Eine finanzielle Entlastung bei der GKV allein führt noch nicht zwangsläufig zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitswesen; es muß vielmehr gewährleistet sein, daß es nicht zu einer Kostenverlagerung auf andere Finanzierungsalternativen (etwa höhere Steuern, größerer Selbstbehalt oder höhere Preise) kommt. Das bedeutet, daß bei gleichem Leistungsumfang und Gesundheitsstand Kostensenkungen nur über Rationalisierungsanstrengungen herbeigeführt werden können.

Versucht man vor dem Hintergrund der angeführten gesundheitsökonomischen Überlegungen eine Einschätzung der von der Bundesregierung vorgelegten Vorschläge zur Dämpfung der Kostenentwicklung, so ist zu fragen, wie sich die einzelnen Maßnahmen auf die Menge und die Preise der Gesundheitsleistungen auswirken und ob sie über die Angebots- oder Nachfrageseite wirken.

Hierauf ist im Falle der umstrittenen Zuordnung der überproportional hohen Krankheitskosten der Rentner auf die Renten- und Krankenversicherung keine Antwort möglich. Die vorgesehene Begrenzung der Zahlungen der Rentenversicherung an die Krankenversicherung von etwa 17 % auf rund 11 % der jährlichen Rentenausgaben vermeidet Leistungsminderungen in der einen und führt ceteris paribus zu Beitragserhöhungen in der anderen Versicherung. Krankenversicherungsbeiträge für Rentner, die nach Einkommengrenzen gestaffelt werden könnten, würden die Sanierungslast zwischen den Generationen aufteilen und den Zusammenhang

<sup>2)</sup> Vgl. hierzu M. Pflanz: Nichts als Hypothesen, in: Medical Tribune, Jg. 11, Nr. 51 v. 17. 12. 1976, S. 21.

zwischen Beitragszahlung und Leistung in der Krankenversicherung wieder stärker verdeutlichen.

Die wesentlichen Punkte des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bestehen neben den Korrekturen im Leistungsrecht darin, den niedergelassenen Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen einen Rahmen für die Entwicklung der ärztlichen Honorare und der Arzneimittelausgaben vorzugeben, sowie in den Bestimmungen über den Eigenanteil der Krankenhäuser an den Investitionskosten und den Vorschriften über ihre Aufgaben.

Besonders umstritten ist die vorgesehene Orientierung der Einkommen niedergelassener Ärzte an der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung. Sie erlaubt eine bessere Abschätzung der zukünftigen Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ob sie die Ärzte zu kostenbewußterem Verhalten im Sinne einer Produktivitätserhöhung ihrer Tätigkeit nutzen, bleibt abzuwarten. Möglich ist es, daß die Ärzte die Anzahl der Behandlungsfälle und den jeweils erbrachten Leistungsumfang drosseln, um bei geringeren Einkommenszuwachsen Anschluß an die allgemeine Entwicklung der Arbeitszeit zu finden. Die Reaktion der Praxisärzte wird davon abhängen, wie die kassenärztlichen Vereinigun-

gen die fixierte Gesamtvergütung der Kassenärzte zuteilen. Das Einzelabrechnungssystem läßt sich in alter Form nur noch durchhalten, wenn alle Ärzte von sich aus den Leistungsumfang pro Behandlungsfall nicht auf Kosten der anderen Ärzte auszuweiten versuchen.

Mit der geschickten Handhabung des vom Gesetzgeber vorgesehenen „Repartitionsprinzips“ wäre es sogar möglich, das Problem der ungleichen räumlichen Ärztedichte gleichzeitig zu lösen. Bei der Aufteilung der Summe auf Regionen könnte z. B. die jeweilige Ärztedichte und -struktur sowie der Gesundheitsstand der Bevölkerung herangezogen werden. In Gebieten mit der höchsten Ärztedichte würden dann die Verdienstmöglichkeiten im Falle von Neuzulassungen für alle dort ansässigen Ärzte ungünstiger.

Die Ursachen der Kostenentwicklung bei den ambulant erbrachten Leistungen werden mit einer Begrenzung des Honoraranstiegs allerdings nicht erfaßt. Die Höhe der Einkommen läßt sich im wesentlichen auf die Knappheit der Praxisärzte und Unvollkommenheiten auf dem Markt für ambulante Leistungen zurückführen. Schließt man sich der auch von Metze genannten Vermutung an, daß die Knappheit der Praxisärzte die weniger entscheidende Bestimmungsgröße ist<sup>3)</sup>, wird deutlich, wo eine ursachenadäquatere Be-

kämpfung des Kostenanstiegs anzusetzen hat. So könnten neben den bereits genannten Marktunvollkommenheiten, die in der ungleichen Risikoverteilung unter den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer mangelnden Marktmacht liegen, weitere ebenfalls auf der Nachfrageseite bestehende Mängel beseitigt werden.

#### Stärkung der Nachfrageseite

Während der von der Bundesregierung vorgesehene Belastungsausgleich zwischen den Krankenkassen mit unterschiedlichem Rentneranteil als ein Schritt zur Steigerung der Funktionsfähigkeit des gegliederten Krankenkassensystems angesehen werden kann, fehlt es an einer weiteren Stärkung der Nachfrageseite. So wäre mehr Aufklärung und Transparenz über Art und Umfang sowie die Kosten ärztlicher Leistungen wünschenswert. Sie ist auf vergleichbaren Märkten für Dienstleistungen eine Selbstverständlichkeit. Die Anbieter von ärztlichen Leistungen sollten daher in Verbindung mit den Versicherungen einen entsprechenden Abrechnungsmodus (z. B. Preislisten, Kostenvoranschläge, statistische Wahrscheinlichkeiten des Behandlungserfolges) einführen.

Wünschenswert wäre auch eine häufigere Revision der Gebührenordnung. Dabei könnte im

<sup>3)</sup> I. Metze: a. a. O., S. 79.

## VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

### NEUERSCHEINUNG

Bruno Molitor

### WISSENSCHAFT UND POLITIK IM WIDERSTREIT

Großoktav, 195 Seiten, 1977, Preis brosch. DM 34,-

ISBN 3-87895-154-X

V E R L A G W E L T A R C H I V G M B H - H A M B U R G

Hinblick auf Möglichkeiten einer kostengerechten Kalkulation von Einzelleistungen, Rationalisierungsanreizen etc. auch Rat von Organisationsfachleuten und Kostenrechnungsexperten eingeholt werden. In diese Richtung zielen auch die Vorschläge der Bundesregierung, die darauf hinwirken, die Überbewertung der Apparatemedizin in der Gebührenordnung (sie bewirkt u. a. die starken Einkommensdifferenzen unter den verschiedenen Ärztesgruppen bei den Praxisärzten) abzubauen und die medizinisch-technischen Leistungen kostengünstiger zu erbringen.

### Selbstbeteiligung

In Verbindung mit einer erhöhten Preistransparenz sind auch die Vorschläge zu einer höheren Selbstbeteiligung an den Kosten des Gesundheitswesens zu sehen. Durch sie soll der Patient einen Anreiz erhalten, seine Krankenversicherung sparsamer zu nutzen. Das Hauptproblem besteht darin, daß eine Selbstbeteiligungsregelung nur ungenügend zwischen einer überdurchschnittlichen Nachfrage aufgrund eines schlechten Gesundheitsstandes oder eines fehlentwickelten Kostenbewußtseins differenzieren kann. An empirischen Untersuchungen, in denen der quantitative Effekt einer Selbstbeteiligung ermittelt wird, fehlt es noch weitgehend. Erfahrungen der PKV sowie aus dem Ausland (Schweiz, USA, Frankreich) müßten hier herangezogen werden.

Auch die von der Bundesregierung vorgeschlagene Selbstbeteiligung in Form höherer Rezeptgebühren und beim Zahnersatz könnte, wenn sie Gesetz wird, als Experiment zur Beurteilung von Selbstbehaltsregelungen dienen. Gleichzeitig ist zu bedenken, daß Beteiligungsvorschläge nicht nur anhand ihrer Kostenwirkungen beurteilt werden, sondern auch an ihrem – freilich schwer quantifizier-

baren, politisch aber bedeutsamen – Einfluß auf den individuellen Freiheitsspielraum und die Selbstverantwortung des mündigen Bürgers.

Die Vereinbarung eines Höchstbetrages für die Gesamtaufwendungen für Arzneimittelverordnungen, bei dessen Überschreitung um mehr als 5 % unter bestimmten Bedingungen eine entsprechende Minderung der ärztlichen Gesamtvergütung vorgenommen wird, dürfte sicherlich nicht zu einer nachweisbaren Verschlechterung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung führen. Mit der Regelung soll gegebenenfalls ein Teil der Kostensteigerungen auf die Ärzte als Mitverursacher des Kostenumfangs im Arzneimittelsektor zurückschlagen. An diese Maßnahme wird sich eine Reihe von weiteren Regelungen der Selbstverwaltungsorgane und des Gesetzgebers anschließen. Die „wirtschaftliche Verordnungsweise“ muß operationalisiert und sogenannte Transparenzlisten müssen durch Kommissionen erstellt werden; eine heftige Auseinandersetzung steht also bevor.

### Öffnung der Krankenhäuser

Für die vorgesehene Eigenbeteiligung an den Investitionskosten durch die Krankenhäuser gelten die bereits angeführten Überlegungen zum Kostenbegriff. Eine Kostenverlagerung in die Pflegesätze bewirkt noch keine Kostensenkung. Zu einer Erhöhung der Pflegesätze kommt es jedoch, wenn die Träger der Krankenhäuser die vorgesehenen 10 % bei Neuinvestitionen und 5 % bei Ersatzinvestitionen nicht aufbringen können. Das dürfte für kirchliche sowie andere frei gemeinnützige und private Einrichtungen, die immerhin fast 50 % aller Krankenhausbetten stellen, zutreffen.

Die Öffnung der Krankenhäuser für vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung

sowie die finanzielle Unterstützung der Umwandlung von Krankenhäusern zu Pflegeheimen sind Maßnahmen, die dann Zustimmung finden, wenn gleichzeitig das Belegarztsystem weiter ausgebaut wird. Ob diese Veränderungen zu nachhaltigen Kosteneinsparungen führen, ist weitgehend unbekannt; empirische Belege liegen nicht vor. Es gibt bisher nur wenige sich über längere Zeiträume erstreckende Modellversuche unter wissenschaftlicher Kontrolle, und weitere sind dringend erforderlich. Ob ihre Ergebnisse jedoch angesichts der hier im Vergleich zu den anderen Teilmärkten überproportional ansteigenden Kosten für stationäre Leistungen abgewartet werden können, ist eine politische Entscheidung. Vielleicht sollte man nur zeitlich begrenzte Veränderungen zulassen und angesichts der noch ausstehenden Überprüfung der Hypothesen über die kostensparenden Wirkungen neben einer Öffnung der Krankenhäuser weitere Angebotsformen für ambulante und stationäre Leistungen ebenfalls fördern (z. B. Diagnosezentren, Praxiskliniken und Krankenhäuser mit Belegarztsystemen).

Zusammenfassend zeigt sich, daß nur einige der vorgeschlagenen Maßnahmen kostenmindernd wirken und andere lediglich die Kosten unter verschiedenen Finanzierungsalternativen zugunsten der GKV umstrukturieren, ohne die Gesamtkosten im Gesundheitswesen zu senken. Die Honorarregelungen für Praxisärzte und der Vorschlag zu den Arzneimittelverordnungen schaffen neue kostenwirksame „incentives“. Finanzielle Erwägungen werden einen Druck auf den Umfang gesundheitlicher Leistungen ausüben, der aber aller Voraussichten nach – von Ausnahmefällen abgesehen – die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, gemessen an ihrem Gesundheitsstand, nicht beeinträchtigen wird.

Manfred Borchert, Dieter Tergan

## Gesucht: eine langfristige Strategie

Zum zentralen Thema der sozialpolitischen Debatte der vergangenen Monate gehörte neben der Rentenversicherung die Finanzierung der Krankenversicherung. Die im Verlauf dieser Diskussion von der Bundesregierung zur Reduzierung des Ausgabenüberhanges im Gesundheitsbereich vorgeschlagenen Maßnahmen lassen sich grundsätzlich nach zwei Aspekten einordnen.

Auf der einen Seite sollen die Kosten durch eine stärkere Risikobeteiligung der Nachfrager nach Gesundheitsleistungen reduziert werden. Dies soll durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von 75 % auf 85 % der entsprechenden Bemessungsgrenze der Rentenversicherung erreicht werden, außerdem durch eine Selbstbeteiligung bei der Einlösung von Rezepten und bei der Finanzierung von Zahnersatz sowie durch eine Einschränkung der Familienhilfe. Auf der anderen Seite wird von den Anbietern von Gesundheitsleistungen – den Ärzten, Krankenhäusern und der pharmazeutischen Industrie – eine Selbstbeschränkung bei der Preisgestaltung gefordert. Die Entwicklung der Arzthonorare soll der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt werden. Dazu wird eine vorgegebene Gesamthonorarsumme vorgeschlagen, die die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen unter Berücksich-

tigung der allgemeinen Einkommensentwicklung und der Entwicklung der Praxiskosten aushandeln könnten.

### Das ökonomische Problem

Angebot und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen treffen heute nach einem ganz unökonomischen Prinzip aufeinander. Zwar wird die reale Leistung direkt von den Anbietern an die Nachfrager abgegeben, doch erfolgt die finanzielle Gegenleistung indirekt vom Nachfrager über den Finanzier Krankenkasse an die Anbieter. Die Krankenkasse hat neben der Risikostreuung für die Nachfrager die Aufgabe, praktisch als marktmächtiger Interessenvertreter der Nachfrager den Anbietern gegenüberzustehen. Nur hat sie es nicht in der Hand, die nachgefragte Menge an ärztlichen Leistungen nach ökonomischen Gesichtspunkten zu variieren. Die Krankenkasse wäre daher mit einer Gewerkschaft auf dem Arbeitsmarkt vergleichbar, der das Kampfmittel „Streik“ genommen ist. Hinzu kommt, daß der einzelne Nachfrager nach Leistungen fast nie erfährt, was die ihm angebotene Leistung kostet, denn die Überweisung des Rechnungsbetrages erfolgt im allgemeinen über die Krankenkasse.

Dadurch können die Kostenpreise von Gesundheitsleistungen fast ohne Nachfragebeschränkung zunehmen; die

Nachfrageelastizität ist scheinbar null. Jedoch, auch diese Überlegung ist ungenau, da sich die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen auf eine Dienstleistung für einen ganzen Krankheitsfall bezieht, die tatsächliche Leistung sich jedoch in Teilleistungen vollzieht. So ist die Nachfrage nach ärztlichen Teilleistungen – und nur auf die bezieht sich die Marktüberlegung – aufgrund mangelnder Kompetenz der Nachfrager allein vom Angebot bzw. der Beratung des Anbieters abhängig.

Es treten noch zusätzliche ökonomische Probleme auf. Bei den Verhandlungen über Honorarerhöhungen pro Leistungseinheit stehen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Anzahl von RVO-Kassen und Ersatzkassen gegenüber, die (zumindest soweit die RVO-Kassen betroffen sind) außerdem bisher regional differenziert mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Honorarerhöhungen verhandelt haben. Geschäftspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist also keine zentral organisierte Krankenversicherung. Insofern besteht auch kein monopoloides Gebilde auf der Nachfrageseite des Marktes für Gesundheitsleistungen, wohl aber mit der zentralen Kassenärztlichen Bundesvereinigung eines auf der Angebotsseite. Damit besitzen die Krankenkassen nicht die Macht, um ihre Aufgabe als Interessenvertreter der Nachfrager effektiv wahrzunehmen.



Der Beruf des Arztes ist zu Recht von jeher eine der ethisch angesehensten Tätigkeiten in einer Volkswirtschaft gewesen; die ökonomische Seite dieses Berufsstandes ist aber gegenwärtig stark in den Vordergrund der Diskussion gerückt. Der Grund dafür sind die hohen Durchschnittsverdienste von Ärzten. Im Jahre 1967/68 betrug das durchschnittliche monatliche Einkommen eines Ministerialrates 1 800 bis 3 000 DM, das von ordentlichen Professoren war mit ungefähr 3 000 DM ebenso hoch wie das von Abteilungsdirektoren in der Industrie. Eine mittlere Gastwirtschaft<sup>1)</sup> brachte dem Unternehmer 6 000 DM, ein mittleres Friseurgeschäft 4 000 DM, das durchschnittliche Monatseinkommen der Ärzte bewegte sich zwischen 3 000 und 10 000 DM. Für das Jahr 1968 wurde für Ärzte ein durchschnittliches Jahreseinkommen<sup>2)</sup> von 84 766 DM ermittelt, das entsprechende Einkommen der Zahnärzte betrug 75 929 DM. Nach von der Bundesregierung genannten Zahlen betrug im Jahre 1974 das durchschnittliche jährliche Bruttoeinkommen der niedergelassenen Ärzte nach Abzug der Praxiskosten 150 000 bis 160 000 DM, bei den niedergelassenen Zahnärzten 180 000 bis 200 000 DM<sup>3)</sup>.

In den letzten zehn Jahren ist das ärztliche Einkommen konstant um 11 %, das zahnärztliche Einkommen sogar um 16 % gestiegen<sup>4)</sup>. Würde sich der Kostenanstieg im gesamten Ge-

sundheitswesen, also bei den Arzteinkommen wie bei den Arzneimitteln und den Krankenhauskosten, so weiterentwickeln wie bisher, so vermutet man für das Jahr 2000 einen Aufwand für die Gesundheitsfürsorge eines jeden einzelnen von mehr als der Hälfte seines Einkommens.

### Ansätze für eine Kostenbegrenzung

Es ist selbstverständlich, daß das jetzt existierende System der sozialen Absicherung der Patienten über die Krankenkasse nicht angetastet werden soll. Dennoch ist es möglich, Wettbewerbselemente in das Verhältnis Arzt-Patient einzuführen; vorausgesetzt, die Kapazität ärztlicher Leistungen ist zuvor ausreichend erweitert worden!

In diesem Fall könnten die Gebühren für ärztliche Teilleistungen freigegeben werden. Allerdings müßte der Nachfrager auch sehen und sich bewußt sein, was die nachgefragte Leistung kostet. Dazu wären von den Ärzten Angaben über die von ihnen berechneten Gebühren pro Leistungseinheit zu veröffentlichen, beispielsweise durch eine im Wartezimmer ausgehängte Gebührenliste. Die Ärzte könnten auch die Honorarrechnungen jedem einzelnen Patienten unmittelbar zusenden; wahrscheinlich aber würde dies gegenüber dem bisherigen System der direkten Abrechnung über die Krankenkasse zu teuer werden.

Um den Patienten zu marktgerechtem Verhalten zu veranlassen, könnte man ihm eine Prämie dafür zugestehen, daß er „preiswerte“ Ärzte aufsucht. Eine derartige Regelung wird aber kaum funktionieren können, denn die in Aussicht gestellte Prämie wäre für Kassemitglieder ein Anreiz, ohne wirklichen Bedarf Ärzte aufzusuchen.

Eine solche Entwicklung könnte man jedoch dadurch um-

gehen, daß beim Besuch „teurer“ Ärzte ein Aufgeld vom Patienten verlangt wird, der Besuch „preiswerter“ Ärzte weiterhin ohne zusätzliche Kosten möglich ist. Die Ärzte würden dadurch angeregt, möglichst billig ihre Leistung zu veräußern, da sonst die Nachfrage ausbleiben würde. Außergewöhnliche Fähigkeiten genialer Ärzte könnten in diesem System sogar noch höher bewertet werden als bisher, da sich die ihnen von den Krankenkassen gezahlten Vergütungen von jenen Vergütungen unterscheiden würden, die ein in seiner Leistung nur durchschnittlicher Arzt erhält. Eine solche Differenzierung der Honorare entspricht aber lediglich der ökonomischen Gerechtigkeit. Im übrigen muß sich auch ein sozial schwacher Patient einen „teuren“ Arzt leisten können, was durch eine Staffelung des Aufgeldes in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit der Patienten erreicht werden könnte. Not- und Unfallsituationen sind von diesen Vorstellungen selbstverständlich von vornherein ausgenommen.

Zusätzliche Belastungen würden im Vergleich zur derzeitigen Situation dem Patienten trotz des Aufgeldes, das beim Besuch eines „teuren“ Arztes fällig werden würde, nicht entstehen. Denn bei Einführung dieses Systems werden die Aufgaben der Krankenkassen für Arzthonorare relativ sinken, was sich ebenfalls in einer relativen Senkung der Krankenkassenbeiträge niederschlägt. Die Versicherten hätten nun individuell zu entscheiden, wie sie die gesparten Beiträge verwenden wollen.

### Geringer Wettbewerbsdruck

Diese Überlegungen können nur dann realisiert werden, wenn die Ärzte miteinander um ihre Patienten konkurrieren, also auf dem Sektor medizinischer Leistungen der Wettbewerb funktioniert. Das setzt aber voraus, daß den Nachfragern nach ärzt-

<sup>1)</sup> Vgl. H. A d a m: Der Kampf um Löhne und Gewinne, Köln 1974, S. 13.

<sup>2)</sup> Vgl. I. M e t z e: Probleme der Arzthonorierung und ihre Reform, in: H. L a m p e r t (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD, N. F. Bd. 82 der Schriften des Vereins für Socialpolitik, Berlin 1975, S. 67.

<sup>3)</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung Nr. 34 vom 11. 2. 1977, S. 2.

<sup>4)</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung Nr. 233 vom 10. 10. 1975, S. 23. Im Vergleich dazu ist das Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit — die in der Krankenversicherung Versicherten, die die Einkommenssteigerungen der niedergelassenen Ärzte finanzieren, sind in der überwiegenden Mehrzahl Unselbständige — in den Jahren 1965 bis 1975 durchschnittlich jährlich um 9,6 % angehoben worden. Vgl. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, div. Jg.

lichen Leistungen eine ökonomisch ausreichend große Zahl von Anbietern gegenübersteht. Gegenwärtig behauptet man, daß das Angebot an ärztlichen Leistungen wegen der geringen medizinischen Ausbildungskapazität zu knapp ist. Dies wird auch dadurch deutlich, daß im Bereich der öffentlich besoldeten Ärzte in den siebziger Jahren noch ein akuter Nachwuchsmangel nachgewiesen wurde<sup>5)</sup>. Als weiteres Beispiel sei noch erwähnt, daß Kommunen teilweise sogar Umsatzgarantien gewähren, um überhaupt eine Praxis besetzen zu können.

In der gegenwärtigen Situation bedeutet dies, daß mit dem Numerus Clausus an den Universitäten der Staat für eine relativ geringe Ausdehnung der Angebotskapazität ärztlicher Leistungen sorgt und später zusätzlich noch einmal den Umsatz eines Anbieters finanziell absichert. Daß man mit einer genügenden Ausdehnung des Angebotes einen finanziellen Einkommensdruck erreicht, zeigt die momentane Situation der Lehrer, für die man jetzt gar schon den Zweidrittel-Lehrer vorschlägt, was auf eine beachtliche Einkommensminderung bei Absolventen pädagogischer Hochschulen hinausläuft.

Das bisher bestehende System der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen, in dem die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte nur einem äußerst geringen Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind, funktioniert sicher auch mit einer geringeren Zahl von ausgebildeten Medizinern und Zahnmedizinern, als für eine Konkurrenzsituation Voraussetzung wäre. Es gilt hierfür die gleiche Situation wie für einen beliebigen Monopolmarkt: Angebot und Nachfrage sind ausgeglichen; allerdings ist dabei die angebotene Menge wesentlich

geringer und sehr viel teurer als bei Konkurrenz. Wenn aber das Angebot relativ knapp ist, kommt es auch von der Nachfrageseite her zu Preisüberbietungen, was die erwähnten Umsatzgarantien belegen. Funktionierender Wettbewerb zwischen Ärzten dagegen führt zu sinkenden Preisen der Gesundheitsleistungen gegenüber dem bestehenden System.

### Ausdehnung des Angebots

Wettbewerbstheoretische Überlegungen zeigen allerdings, daß eine Erhöhung der Zahl der Anbieter keineswegs automatisch eine Verstärkung des Wettbewerbs bedeutet, vor allen Dingen dann nicht, wenn sich die Gruppe der betroffenen Anbieter kartellartig verhält. Außerdem kann der Wettbewerb nur dann den gewünschten Erfolg bringen, wenn die Krankenkassen gegenüber den Interessenvertretungen der Ärzte als gleichberechtigte Partner auftreten können.

Bei einer Ausdehnung des Angebotes wird die Attraktivität der medizinischen und zahnmedizinischen Ausbildung natürlich abnehmen, da dies mit einer Minderung des durchschnittlichen Einkommens der Ärzte und Zahnärzte einhergeht. Ein entsprechendes Verhalten der Bewerber für das Medizinstudium konnte schon einmal in den Jahren um 1950 registriert werden<sup>6)</sup>. Diese Reaktion dürfte jedoch derzeit kaum zu einer bedeutenden Abnahme der Bewerber für einen Studienplatz in den Fächern Medizin und Zahnmedizin führen, da auch die Einkommen anderer akademischer Berufe in den vergangenen Jahren relativ gesunken sind.

Eine zusätzliche Ausdehnung des Angebotes ärztlicher Leistungen ist natürlich mit erheblichen Kosten verbunden; es müssen Ausbildungsplätze für zusätzliche Ärzte in starkem Umfang geschaffen werden. Und

dies in einer Ausbildungsrichtung, die vergleichsweise hohe Studienplatzkosten verursacht. Zur Ausbildung eines Mediziners war im Jahre 1973 ein Aufwand von jährlich 48 550 DM erforderlich<sup>7)</sup>, ein Betrag, der zehnmal höher war als die — allerdings nicht vergleichbaren — jährlichen Kosten eines wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Studiums. Wegen der öffentlichen Finanzknappheit ist auch nicht damit zu rechnen, daß der Bund oder die Länder bereit sind, die erforderlichen Mittel für zusätzliche Ausbildungskapazitäten im medizinischen Bereich aufzubringen. Gerade die finanziellen Probleme der öffentlichen Hand führten ja zu der gegenwärtigen Diskussion um die Sozialversicherung einschließlich der Krankenversicherung.

### Privatisierung der Ausbildungskosten

An anderer Stelle<sup>8)</sup> ist bereits darauf hingewiesen worden, daß heute im Ausbildungssektor die Kosten sozialisiert sind, der Nutzen der Ausbildung aber privatisiert ist. Daraus ergeben sich ganz bestimmte Benachteiligungen von Nichtabiturienten. Es kann aber auch ökonomisch nicht befriedigen, daß die Gemeinschaft der Steuerzahler Kosten übernimmt, die betroffenen Ausgebildeten dann jedoch den Nutzen ihrer Ausbildung allein in Anspruch nehmen. Daraus ergibt sich die Konsequenz, daß bei einer Sozialisierung der Kosten auch die Gemeinschaft am Nutzen der Ausbildung direkt partizipiert oder aber bei privatem Nutzen auch die Ausbildungskosten privatisiert werden. Natürlich betrifft dies nicht allein Mediziner, sondern alle akademisch Ausgebildeten.

<sup>5)</sup> Vgl. I. Metze: a. a. O., S. 85.

<sup>7)</sup> Vgl. D. Winterhager: Zur Finanzierung der beruflichen Bildung: Die Alternativen in der aktuellen Diskussion, Gewerkschaftliche Monatshefte, Köln, 26 Jg. (1975), S. 552.

<sup>8)</sup> Vgl. M. Borchert: Zur Ökonomie der Bildung und zum Recht auf Arbeit, in: Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung, Nr. 1 (1977).

<sup>5)</sup> Vgl. o. V.: Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, in: Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Bd. 20, Berlin 1974, S. 24.

Wären die Ausbildungskosten privatisiert, so würde zwar die öffentliche Hand das Studium vorfinanzieren, der Akademiker hätte jedoch dieses Darlehen aus seinem späteren Einkommen zu tilgen<sup>9)</sup>. Dabei sollte aus sozialen Gründen eine Einkommensgrenze festgelegt werden, ab der diese Rückzahlung vorzunehmen wäre. Um die Attraktivität des akademischen Studiums zu gewährleisten, könnte diese Grenze auf das zwei- bis dreifache des durchschnittlichen Einkommens fixiert werden.

Die Einnahmen der Ausbildungsabgabe sollten grundsätzlich dazu verwendet werden, den ursprünglichen Finanzier — die Steuerzahler — zu entlasten. Im medizinischen Bereich, um den es hier geht, könnten diese Tilgungsbeträge vorübergehend aber auch dazu verwendet werden, zusätzliche Ausbildungskapazitäten zu schaffen. Später würden jedoch auch hier die Tilgungsbeträge wieder zur Entlastung der Steuerzahler — die die Ausbildungskosten schließlich vorfinanziert haben — verwendet.

Solange das Angebot an medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen noch nicht den Umfang aufweist, der notwendig ist, damit ein Markt überhaupt funktionsfähig sein kann, bestünde natürlich grundsätzlich die Gefahr, daß die finanzielle Belastung, die die Ärzte und Zahnärzte durch die Tilgung der Ausbildungskosten zu tragen haben, auf die Kosten der Leistung überwältigt wird. Es sind also zusätzliche Maßnahmen erforderlich, um vorübergehende Marktunvollkommenheiten bis zum Zeitpunkt genügender Angebotskapazitäten zu überbrücken. Dazu gehört der Honorarstopp, den der Kassennarztverband für die Zeit, bis die Regierung eine „vernünftige Lösung“ im Sozialbereich gefunden hat,

<sup>9)</sup> Einen interessanten Tilgungsvorschlag macht M. Z ö l l e r: Selbstverantwortung stärken! — Hochschulfinanzierung und Studienförderung —.

angeboten hat. Auf einen ähnlichen Effekt zielt die Regierungsvorlage ab. Zur langfristigen Lösung der bestehenden Probleme im Bereich des Angebots an medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen ist die Regierungsvorlage dagegen nicht geeignet, da sie sich, jedenfalls soweit es die Entwicklung der Gesundheitskosten betrifft, auf die Bekämpfung von Symptomen beschränkt.

#### Zusätzliche Ausbildungskapazitäten

Durch eine Privatisierung der Ausbildungskosten fielen erhebliche Mittel zur Erweiterung der Ausbildungskapazitäten im medizinischen Bereich an. Würde jeder der in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Ärzte — im Jahre 1974 waren es ungefähr 53 000<sup>10)</sup> — jährlich z. B. 10 000 DM zurückzahlen<sup>11)</sup>, so fielen im Jahr nach der Einführung dieser Regelung bereits mehr als 500 Mill. DM an, die zur Ausbildung zusätzlicher Mediziner verwendet werden könnten. Dies bedeutet, daß bereits ein Jahr nach der Einführung dieser Regelung genug finanzielle Mittel bereitstünden, um etwa 1600 zusätzliche Ärzte auszubilden.

Die Bildungsabgabe wäre aber von den bereits berufstätigen Ärzten, deren Vergütung ein bestimmtes jährliches Mindesteinkommen überschreitet, über einen Zeitraum von 30 Jahren zu zahlen. Da damit jedes Jahr ein Betrag von mehr als 500 Mill. DM zur Verfügung stünde, könnten statt der 1600 sogar weit über 8000 zusätzliche Medizinstudenten, unmittelbar nachdem die entsprechenden Ausbildungskapazitäten geschaffen worden wären, ihr Studium aufnehmen. Mit den

<sup>10)</sup> Vgl. Statistisches Jahrbuch 1976 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart und Mainz 1976, S. 89.

<sup>11)</sup> Oben war von jährlichen Ausbildungskosten des Medizinstudiums in Höhe von 48 550 DM ausgegangen worden. Bei einer Studiendauer von ca. 6 Jahren fallen so 300 000 DM Gesamtkosten an. Eine 30jährige Dauer der Berufsausübung ergibt ohne Zinsbelastung 10 000 DM an jährlicher Tilgung.

insgesamt zurückzuzahlenden Ausbildungskosten der zur Zeit in freier Praxis arbeitenden etwa 53 000 Ärzte könnte theoretisch das Studium von ca. 50 000 weiteren Medizinern finanziert werden. Geringere jährliche Tilgungsbelastungen würden zu keiner grundsätzlichen Änderung dieser Aussage führen. Dabei sind die Zahlen so vorsichtig kalkuliert, daß sogar eine durch die Einführung der Ausbildungsabgabe entstehende Minderung des Steueraufkommens — die Bildungsabgabe würde das Bruttoeinkommen über das Sockeleinkommen hinaus bei allen Akademikern mindern — durch Abführungen an den Fiskus verringert werden könnte.

Zu berücksichtigen ist auch, daß die Zahnärzte und die durch sie abzuführende Bildungsabgabe in dieser Rechnung nicht enthalten sind. Auch bei ihnen — in der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 30 000 niedergelassene Zahnärzte<sup>12)</sup> — wäre eine signifikante Steigerung der Ausbildungskapazitäten durch eine derartige Bildungsabgabe möglich.

Ziel der hier vorgetragenen Überlegungen ist es, eine Strategie zur langfristigen Beseitigung der außerordentlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, soweit sie auf der Knappheit des Angebots an medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen beruhen, aufzuzeigen. Dies ist deshalb um so notwendiger, als die in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion gemachten Vorschläge nur zur Bekämpfung von Symptomen, nicht aber der Ursachen der Kostensteigerungen geeignet sind. Man sollte sich allerdings darüber klar sein, daß die erheblichen Verstärkungen des Wettbewerbs zwischen den Ärzten Rationalisierungen im Bereich des Gesundheitswesens nicht überflüssig machen.

<sup>12)</sup> Vgl. Statistisches Jahrbuch 1976 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart und Mainz 1976, S. 89.