

Metze, Ingolf

Article — Digitized Version

Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierte(n) Aktion

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Metze, Ingolf (1979) : Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierte(n) Aktion, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 59, Iss. 10, pp. 508-513

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135368>

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.

Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierten Aktion

Ingolf Metze, Münster

Ein völlig neues Konzept zur Lösung der Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt der in Bayern zwischen den RVO-Kassen und den Ärzteverbänden zustande gekommene Honorarvertrag dar. Können durch derartige marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierten Aktion die Probleme des Gesundheitswesens beseitigt werden?

Seit dem Versuch, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch Einführung einer Konzertierten Aktion in den Griff zu bekommen, sind gerade zwei Jahre vergangen. Angesichts der sich schon vor Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) im Juli 1977 abzeichnenden Erfolge der ergriffenen Maßnahmen fühlte sich die Bundesregierung darin bestätigt, den richtigen Weg zur Kostendämpfung beschritten zu haben. Hinzu kam, daß erfolgversprechende Alternativen nicht vorhanden waren.

Der durch die Maßnahmen des KVKG erzielte Bremseffekt in der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen war jedoch von kurzer Dauer. Schon wieder zeichnet sich ein Kostenanstieg ab, der die Bundesregierung zum Eingreifen zwingen könnte. Anders als 1977 gibt es jetzt jedoch alternative Lösungsansätze. Neben das Instrument des KVKG, die Ausgabenentwicklung durch Festlegung von Ausgabequoten im Rahmen der Konzertierten Aktion zu begrenzen, ist der Versuch von Kassen und Ärzteverbänden getreten, einen weiteren Anstieg der Ausgaben durch Vereinbarungen zwischen den Beteiligten unter Beibehaltung der Autonomie der Kassen zu verhindern.

Hierbei unterscheidet sich der in Bayern zustande gekommene Vertrag von den in anderen Bundesländern getroffenen Vereinbarungen nicht unerheblich. Während der Bayern-Vertrag erstmalig unmittelbare finanzielle Anreize für die Ärzte zur Kostenbegrenzung enthält, wurde in den anderen Verträgen versucht, das bisherige System der Einzelleistungsvergütung soweit wie möglich wieder herzustellen und die Festlegung

verbindlicher Höchstbeträge zu vermeiden. Welche der beiden Alternativen zur Konzertierten Aktion erfolgversprechender ist, hängt letztlich davon ab, ob man dem am Eigennutzaxiom ausgerichteten Steuerungsmechanismus des Bayern-Vertrages mehr vertraut als dem moralischen Appell an die Ärzte hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Verantwortung für die Kostenentwicklung.

Ursachen der Kostenexplosion

Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, so zeigt sich, daß sich die Gesamtausgaben bis 1970 nahezu gleichförmig mit dem Bruttosozialprodukt sowie der Bruttolohn- und Gehaltssumme entwickelten. Angesichts der Parallelität der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Ausgaben für Gesundheit bestand für staatliche Eingriffe keine Veranlassung (Tabelle 1).

Ein Bruch in dieser Entwicklung ergab sich erst mit Einführung der Lohnfortzahlung. Dies erklärt sich daraus, daß sich hierdurch die Gesamtausgaben der Kassen verminderten und Beitragssenkungen möglich wurden. Da die Kosten der Lohnfortzahlung nirgends zahlenmäßig in Erscheinung traten, wurde die ursprünglich als optimal angesehene Quote der Ausgaben für Gesundheit unterschritten, so daß aus der Sicht des Politikers ein Freiraum für eine Erhöhung des Leistungsniveaus entstand. Hinzu kam die damals einsetzende Debatte über eine Unterversorgung der Bevölkerung mit öffentlichen Gütern (Galbraith), aus der ein Bedarf an einer Ausweitung des Angebots stationärer Leistungen abgeleitet wurde.

Gleichzeitig gerieten die öffentlichen Haushalte zunehmend in Finanznot, so daß eine Ausdehnung allgemeiner über den öffentlichen Haushalt zu finanzieren der Leistungen immer schwieriger wurde. Aus dieser Sicht ist es nicht verwunderlich, daß sich die Politiker dem Gesundheitsbereich zuwandten. War dies doch

Prof. Dr. Ingolf Metze, 44, ist Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft an der Universität Münster. Seine Arbeitsgebiete umfassen Finanzwissenschaft und Sozialpolitik.

Tabelle 1
Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 (Durchschnittliche Veränderung pro Jahr in %)

	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1978
Ausgaben der GKV	+ 10,7	+ 9,8	+ 19,6	+ 7,0
Bruttolohn- und Gehaltssumme	+ 10,3	+ 8,6	+ 9,4	+ 7,5
Bruttosozialprodukt	+ 8,8	+ 8,3	+ 8,7	+ 6,5

der einzige Bereich, in dem Finanzierungsquellen offensichtlich am leichtesten erschlossen werden konnten und es sich gleichzeitig um Leistungen mit hohem Popularitätsgrad handelte.

Die Folge war eine Ausdehnung des Leistungsspektrums durch Ausweitung des Krankheitsbegriffes. Die finanzielle Verantwortung für Aufgaben, die bisher in dem Bereich allgemeiner staatlicher Verantwortung lagen – Suchtkrankheiten, Pflegefälle, psychiatrische Kliniken – bzw. in diesen Bereich gehören – Schwangerschaftsabbruch bei sozialer Indikation –, wurde zunehmend in den Verantwortungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung verlagert. Dies hatte allerdings gleichzeitig zur Folge, daß der ursprüngliche Versicherungscharakter der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr und mehr verloren ging.

Durch die um 1970 vorgenommene Ausweitung des Leistungsniveaus und die Ausdehnung des Angebots wurde eine auf Expansion angelegte Entwicklung eingeleitet. So wurde in den Folgejahren trotz eines sich schon abzeichnenden Ausgabenanstiegs das Leistungsniveau ständig weiter ausgedehnt. Die Aufgabenstellung der Gesetzlichen Krankenversicherung wandelte sich zunehmend von der Sicherung bei Krankheit zur Herstellung und Erhaltung von Gesundheit. Hierbei kam dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Gesundheitsbegriff, wonach Gesundheit als ein „Zustand des vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“ definiert wird, eine zunehmende Bedeutung zu.

Steuerungsdefizit der Einzelleistungsabrechnung

Mitverantwortlich für die als Kostenexplosion bezeichnete Entwicklung der Ausgaben nach 1970 ist aber auch, daß sich die expansiven Tendenzen im Rahmen des „Systems der Einzelleistungsabrechnung“ infolge eines systemimmanenten Steuerungsdefizits ungehindert durchsetzen konnten. Wegen der Bedeutungslosigkeit der entstehenden Kosten sowohl

für die Nachfrager als auch für die über den Einsatz von Gesundheitsgütern – ambulante Verrichtungen, Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit, stationäre Behandlung – entscheidenden Ärzte verlaufen die Interessen von Anbietern und Nachfragern synchron. Während auf funktionsfähigen Märkten die Interessen normalerweise entgegengerichtet sind – hier sind die Nachfrager an niedrigen Ausgaben und die Anbieter an hohen Einnahmen für eine bestimmte Leistung interessiert –, so daß eine gegenseitige Kontrolle der Ausgabenentwicklung stattfindet, ist diese Beziehung im Gesundheitssektor gestört. Nutzen beide Beteiligten aufgrund einer zunehmenden Ökonomisierung ihres Verhaltens die in dem System liegenden Chancen, so müssen die Kosten zwangsläufig steigen. Tritt Anspruchsdenken an die Stelle von Solidarität, so bewirkt ein systemimmanenter Prozeß eine ständige Leistungsausweitung und damit einen permanenten Kostenanstieg.

Eine Begrenzung dieses Prozesses der Leistungsausweitung seitens der Nachfrager nach Gesundheitsgütern ist erst bei Erreichen der Sättigungsmenge zu erwarten, wobei diese Grenze wegen der fehlenden Urteilsfähigkeit der Nachfrager über die Notwendigkeit einzelner Leistungen noch nicht einmal eindeutig fixiert werden kann. Wie Beobachtungen hinsichtlich des Verhaltens der Nachfrager nach Gesundheitsgütern vermuten lassen – Nichteinnahme von Medikamenten, Verweigerung von Operationen, Verzicht auf Arztbesuche, Nichtbefolgung von Therapieempfehlungen –, bewegen wir uns aber in Teilbereichen offenbar unmittelbar auf diese Grenze zu. Folgt man der Argumentation von Illich, so ist diese Grenze teilweise sogar schon überschritten. Die ursprünglich nicht ganz ernstgenommene These von den krankmachenden Gesundheitsgütern ist längst ins allgemeine Bewußtsein eingedrungen.

Stellt man daraufhin die Frage, ob es auf der Anbieterseite einen Mechanismus zur Begrenzung der Ausdehnung des Leistungsvolumens gibt, so kommt man auch hier zu einem negativen Ergebnis. Ärzten nachzuweisen, daß ein bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Aufwand nicht gerechtfertigt ist, wird kaum möglich sein. So wird die Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme immer medizinisch begründet werden können. Die negativen Wirkungen auf die Gesundheit der Patienten infolge der durch jede zusätzliche Aufnahme steigenden Strahlenbelastung treten dabei allzu leicht in den Hintergrund.

Mit einer weiteren Ausdehnung des Leistungsvolumens durch die Anbieter ist erst dann nicht mehr zu rechnen, wenn die Kapazitäten voll ausgelastet sind

und eine Substitution ärztlicher Arbeitszeit durch von anderen Anbietern erstellte Gesundheitsgüter – Arzneimittel, Überweisung zur stationären Behandlung – nicht mehr möglich ist. Wie dehnbar diese Grenze ist, ergibt sich schon daraus, daß zumindest die Kapazitäten an Sachkapital durch neue Investitionen erweitert werden können. Lediglich das Zeitpotential ist nicht kurzfristig vermehrbar, so daß von dieser Seite her Grenzen gezogen sind. Wie wenig wirksam diese Grenze aber in Zukunft sein wird, zeigt schon ein oberflächlicher Blick auf die erwartete Entwicklung des Ärzteangebots.

**Kostenbegrenzung durch
Konzertierte Aktion**

Die Erfolglosigkeit des Bemühens, die Kostenentwicklung durch systemimmanente Mechanismen zu begrenzen, machte staatliche Aktivitäten zwangsläufig erforderlich. Ein erster Schritt auf diesem Wege ist die Einführung von Höchstbeträgen für bestimmte Ausgabenkategorien. Durch die Fixierung von Ausgabequoten und das Inkrafttreten von Sanktionen bei Überschreiten dieser Quoten soll erreicht werden, daß die Anbieter das Leistungsvolumen nur in dem vorgegebenen Rahmen erhöhen. Wegen der Ausweichreaktionen der Betroffenen auf die Festlegung von Höchstbeträgen sind allerdings weitere staatliche Eingriffe vorprogrammiert. Die Festlegung von Höchstbeträgen ist aus dieser Sicht also nur der Beginn einer Entwicklung zu verstärkten staatlichen Eingriffen im Gesundheitswesen.

Geht man von der Idee der Konzertierten Aktion aus, so wäre ihre Aufgabe allein darin zu sehen, die für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Verantwortlichen zu einem Gespräch zusammenzuführen und an ihre gesellschaftliche Verantwortung zu erinnern. Indem den Beteiligten die Interdependenz ihres Handelns deutlich wird, soll ein Verhalten bewirkt werden, das ein Erreichen der allen gemeinsamen Ziele sicherstellt. Durch die zusätzlich eingeführte Vorschrift der Verabschiedung von Empfehlungen für die Entwicklung der einzelnen Ausgabenkategorien soll darüber hinaus sichergestellt werden, daß der Kostenanstieg tatsächlich begrenzt wird. Gleichzeitig soll mit der Verabschiedung dieser Empfehlungen durch ein Gremium, in dem alle gesellschaftlichen Gruppen vertreten sind, erreicht werden, daß die jeweiligen Höchstbeträge den gesellschaftlichen Bedürfnissen entsprechen. Diese Aufgabe der Konzertierten Aktion ist allerdings ein politischer Kompromiß, da die Bestimmung von Höchstbeträgen nach den ursprünglichen Vorstellungen der Bundesregierung nicht durch die Konzer-

tierte Aktion, sondern unmittelbar durch den Politiker vorgenommen werden sollte.

Festlegung von Höchstbeträgen

Selbst wenn das Ziel einer Kostenbegrenzung erreicht werden sollte, hat die Festlegung von Höchstbeträgen aus ökonomischer Sicht den entscheidenden Nachteil, daß hierdurch die makroökonomische Produktionsfunktion für Gesundheit – also das Einsatzverhältnis von ambulanten Verrichtungen, Arzneimitteln, Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausleistungen – festgeschrieben wird. Produktivitätsfortschritte durch Substitution der verschiedenen Leistungsträger sind, wenn auch nicht völlig ausgeschlossen, so doch zumindest behindert. Eine Weiterentwicklung der Behandlungsstruktur wird, sofern sie positive gesamtwirtschaftliche Effekte hat, erheblich erschwert. Substitutionsprozesse, wie sie in der Vergangenheit zwischen ärztlichem Zeitaufwand und dem Einsatz von Medikamenten beobachtet werden konnten, würden nicht mehr stattfinden. Wie dringend notwendig uns derartige Substitutionen als Mittel zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Gesundheitsgütern sind, zeigt ein Blick auf die in den letzten Jahren eingetretene Veränderung der relativen Preise einzelner Güterkategorien (Tabelle 2).

Eine Festlegung von Höchstbeträgen durch „politische“ Gremien hat zudem den nachteiligen Effekt, daß das Ergebnis in zunehmendem Maße von Gruppen beeinflusst wird, die keine Verantwortung für die Kostenentwicklung tragen. Weiterhin wird die Entwicklung der Ausgabequoten immer mehr zum Spiegelbild der politischen Einflußmöglichkeiten der jeweiligen Gruppen, mit der Gefahr, daß wirtschaftliche Überlegungen in den Hintergrund treten. Ein deutliches Beispiel hierfür ist darin zu sehen, daß es bislang noch nicht gelungen ist, den kostenträchtigsten Bereich der stationären Versorgung in eine Höchstbetragsrege-

Tabelle 2
Veränderung der makroökonomischen
Produktionsfunktion für Gesundheit und der Preise
der „Produktionsfaktoren“
(Durchschnittliche Veränderung pro Jahr in %)

	1970-1975		1975-1976	
	Einsatzmengen	Preise	Einsatzmengen	Preise
ambulante Leistungen	+ 9,7	+ 5,4	+ 2,2	+ 3,7
darunter: ärztliche Arbeitszeit	(+ 1,2)		(+ 2,3)	
Arzneimittel	+ 11,1	+ 4,5	+ 8,1	+ 0,2
Krankenhaufälle	+ 4,2	+ 18,9	+ 6,1	+ 3,4
Arbeitsunfähigkeitstage	- 1,0	+ 10,2	+ 3,9	+ 7,0

lung im Rahmen der Konzertierte Aktion miteinzubeziehen. Daß es sich hierbei gerade um den Bereich des Gesundheitswesens handelt, in dem das Angebot in einem wesentlichen Umfange von öffentlichen Trägern erbracht wird, ist möglicherweise kein Zufall.

Ein weiteres Problem der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist darin zu sehen, daß hier Ausgabebeträge – also Umsatzwerte – für einzelne Teilbereiche des Gesundheitswesens festgeschrieben werden bzw. werden sollen. Demgegenüber beschränkte sich die Konzertierte Aktion beim Wirtschaftsministerium darauf, Preis- bzw. Lohnempfehlungen zu beschließen. Dies bedeutet insofern einen wesentlichen Unterschied, als bei Preisempfehlungen die Nachfragemengen frei schwanken können, so daß die als Folge der Preisänderungen wirtschaftlich notwendigen Substitutionsprozesse weiterhin stattfinden können.

Demgegenüber bewirkt bei einer Fixierung von Umsätzen jede Preisänderung zwangsläufig eine Mengenreduktion. Betrachtet man den gleichen Zusammenhang aus der Sicht der Anbieter, so entsteht also durch jede Verringerung der angebotenen Mengen eine Ausweitung des Spielraumes für Preiserhöhungen. Infolge der durch eine Verringerung der Produktion entstehenden Kosteneinsparungen können die Anbieter ihre Gewinne bei Konstanz der Gesamtausgaben erhöhen, wenn es ihnen gelingt, den entstehenden Preiserhöhungsspielraum voll auszunutzen. Hieraus ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit zur Einführung von Preiskontrollen.

Reaktion von Ärzten und Kassen

Soll eine Verschlechterung der Versorgung mit Gesundheitsgütern verhindert werden, so muß eine Vereinbarung von Höchstbeträgen also durch eine Vereinbarung über die Preise der betreffenden Güterart ergänzt werden. Eine solche Maßnahme erweist sich lediglich dann nicht als notwendig, wenn unter den Anbietern ein Wettbewerb um die Höhe ihres individuellen Anteils an den Gesamtausgaben eintritt. Ein solcher Wettbewerb erscheint zumindest im ambulanten Bereich zunächst nicht ausgeschlossen. Wie Erfahrungen aus anderen Wirtschaftsbereichen erwarten lassen, ist jedoch damit zu rechnen, daß die Anbieter die negativen Folgen eines ruinösen Wettbewerbs für die Gruppe insgesamt erkennen und zu einem dem Interesse der Gruppe dienenden Verhalten übergehen. Je größer der Organisationsgrad der Gruppe, desto eher ist eine entsprechende Verhaltensänderung zu erwarten, nach der die Produktion also eingeschränkt und die Preise erhöht werden.

Wie umstritten die Festlegung von Ausgabehöchstbeträgen für einzelne Arten von Gesundheitsgütern bei den hiervon Betroffenen ist, wird daran deutlich, daß nicht nur die Ärztevertreter, sondern auch die Kassen – also die Vertreter der Nachfrager – versuchten, sich den durch die Konzertierte Aktion ergebenden Zwängen zu entziehen. Indem sie die von der Konzertierte Aktion zu treffenden Entscheidungen durch Abschluß individueller Verträge vorwegnahmen, brachten sie die Konzertierte Aktion zunehmend in die Situation, nur das bestätigen zu können, was vorher individuell vereinbart wurde. Der Einfluß der neben den Ärzten und den Kassen in der Konzertierte Aktion vertretenen anderen Gruppen – also der Politiker, der Gewerkschaften, der Arbeitgeber – auf das Verhandlungsergebnis wurde somit ausgeschaltet. Damit wurde die Konzertierte Aktion im Prinzip aber obsolet.

Die Einigung von Ärzten und Kassen beschränkte sich jedoch lediglich darauf, das bisherige System der Abrechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen – also ohne Fixierung eines Höchstbetrages für die Gesamtvergütung – wieder herzustellen und dort, wo Höchstbeträge festgelegt wurden, den Richtwertcharakter dieser Höchstbeträge herauszustellen. So sollen die Ärzte bei Überschreiten des Arzneimittelhöchstbetrages zunächst lediglich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen informiert und bezüglich der Einhaltung der Richtwerte ermahnt werden. Gezielte Einzelüberprüfungen sollen erst dann erfolgen, wenn der einzelne Kassenarzt seine Verordnungsweise trotz dieser Information nicht ändert.

Da unmittelbare finanzielle Konsequenzen einer Überschreitung der Grenzen nicht vereinbart wurden bzw. von der Festlegung von Höchstbeträgen abgesehen wurde, beschränkt sich der Zwang zur Kostenbegrenzung vor dem Hintergrund drohender Staatseingriffe allein auf moralische Appelle. Sowohl Ärzte als auch Kassen stehen insoweit unter Erfolgswang, als ein Mißerfolg hinsichtlich der sich ergebenden Kostenentwicklung als ein Versagen der Selbstverwaltung und damit der Autonomie der einzelnen Kassen im Rahmen der gegliederten Gesetzlichen Krankenversicherung angesehen wird und eine Zentralisierung des Systems durch weitere staatliche Eingriffe provoziert.

Kostenwirkung des Bayern-Vertrages

Ein völlig neues Konzept zur Lösung der anstehenden Probleme stellt der in Bayern zwischen den RVO-Kassen und den Ärzteverbänden zustande gekommene Honorarvertrag dar. Im Rahmen dieses äußert

umstrittenen Vertrages wurde erstmalig versucht, direkte Anreize für die Ärzte zur Kostenbegrenzung zu schaffen. Zwar ging man nicht so weit, die Ärzte durch Prämien unmittelbar an den Einsparungen der bei den Kassen insgesamt entstehenden Ausgaben zu beteiligen, sondern vereinbarte sogar entsprechend den Vorstellungen der Konzertierte Aktion eine Obergrenze für die ärztliche Gesamtvergütung (Honorardeckel). Diese Grenze soll jedoch ihre Wirksamkeit verlieren, wenn es den niedergelassenen Ärzten gelingt, die Ausgaben in anderen Kostenbereichen zu senken.

Die Kassenärzte brauchen also trotz einer Ausweitung des ambulanten Leistungsvolumens über die vereinbarte Grenze hinaus keine Schmälerung ihrer Honorare zu befürchten, wenn diesem Leistungsanstieg entsprechende Einsparungen durch

- eine verringerte Zahl der Krankenhauseinweisungen,
- einen sparsameren und wirtschaftlicheren Einsatz von Arzneimitteln,
- eine Verringerung der Zahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie
- eine sparsamere Verordnung von physikalisch-therapeutischen Behandlungen

gegenüberstehen. Indem die Ärzte medizinisch und wirtschaftlich nicht vertretbaren Patientenwünschen mehr Widerstand entgegenbringen und sie die Möglichkeit haben, ihre Patienten durch eine Ausdehnung des ambulanten Leistungsvolumens besser zu versorgen, und teure stationäre Leistungen durch billigere ambulante Leistungen substituiert werden, wird erwartet, daß die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Gesundheitsgütern steigt.

Einführung eines Prämiensystems

Grundgedanke der Konzeption des Bayern-Vertrages ist die Überzeugung, daß eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssektor nur dann möglich ist, wenn die die Kosten veranlassenden niedergelassenen Ärzte an den Kosteneinsparungen finanziell beteiligt werden. Die Bedeutung des über den Einsatz von Gesundheitsgütern entscheidenden ambulante behandelnden und in freier Praxis tätigen Arztes für die Kostenentwicklung wird erkannt und das Eigennutzstreben zum Ansatzpunkt der Maßnahmen gemacht. Da sich eine Ausweitung der ärztlichen Gesamtvergütung unmittelbar auf die Höhe der ärztlichen Einkommen auswirkt, wird erwartet, daß die Ärzte Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit und Überweisungen zur stationären Behandlung im Rahmen ihrer Behandlung nur

dann einsetzen, wenn dies medizinisch notwendig und wirtschaftlich vertretbar erscheint.

Der entscheidende Vorteil des Bayern-Vertrages ist darin zu sehen, daß der Steuerungsmechanismus auf eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Gesundheitsgütern hinwirkt, indem die Ärzte die aufgrund ihrer Therapie bewirkten Kosten stärker beachten und kostensenkende Substitutionsprozesse ausgelöst werden. Für den Bereich ambulanter Leistungen fehlen jedoch jegliche Anreize zu Kosteneinsparungen. Die erzielbaren Kosteneinsparungen erstrecken sich jedoch nicht auf wirtschaftlich nicht vertretbare ambulante Leistungen. Außerdem werden die Gesamtausgaben der Kasse nicht beeinflusst, da Einsparungen aufgrund verminderter Krankenhauseinweisungen sowie verminderter Verordnungen für Arzneimittel und Arbeitsunfähigkeit die Gesamtvergütungssumme entsprechend erhöhen. Insgesamt sind demnach keine Kostensenkungen zu erwarten. Dies würde erst durch die Einführung eines Prämiensystems ermöglicht werden.

Ein solches System wäre die konsequente Weiterentwicklung des im Bayern-Vertrages enthaltenen Steuerungsmechanismus. Da jede Kostensenkung eine Erhöhung der Prämie und damit des ärztlichen Einkommens bewirkt, werden die Ärzte eigene Einrichtungen, Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisungen im Rahmen ihrer Behandlung in der Struktur einsetzen, daß die Behandlungskosten ein Minimum ergeben. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Gesundheitsgütern würde steigen, so daß die Gesamtaufwendungen sinken. Hiermit ist allerdings das Problem einer Verschlechterung des Versorgungsniveaus verbunden.

Steuerung durch Wettbewerb der Systeme

Durch ein Nebeneinander des bisherigen Systems der Einzelleistungsabrechnung und eines Prämiensystems entsprechend der Konzeption des Bayern-Vertrages erscheint es allerdings möglich, die Vorteile des jeweiligen Systems zu nutzen und die Nachteile zu vermeiden. Durch Schaffung eines Wettbewerbs zwischen beiden Systemen könnte erreicht werden, daß sich die jeweiligen systemimmanenten Tendenzen nicht mehr unbegrenzt durchsetzen können. Ein solcher Wettbewerb setzt allerdings voraus, daß auch den Versicherten eine Wahlfreiheit zwischen den Systemen eingeräumt wird. Wegen der Möglichkeit für die Versicherten, sich bei einem Wechsel ins Angestelltenverhältnis für die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse oder ein Verbleiben bei einer RVO-Kasse zu entscheiden, ist die hier geforderte Wahlfreiheit –

wenn auch äußerst begrenzt – im Prinzip sogar jetzt schon vorhanden.

Alle im Gesundheitswesen diagnostizierten Mängel haben ihre Ursache letztlich darin, daß zum einen ein Outputmaß, zum anderen ein Maß für die Wirtschaftlichkeit fehlt. Die zur Beurteilung der Effizienz notwendigen Indikatoren werden aber durch das Nebeneinander der beiden Systeme verfügbar. Ob die Versicherten bei einem Prämiensystem die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten, erkennt man an dem Leistungsvolumen, das Versicherten, die nach dem System der Kostenerstattung abrechnen, zur Verfügung gestellt wird. Ob sich der Arzt wiederum bei diesen wirtschaftlich verhält, wird daran erkennbar, welche Leistungen in ähnlich gelagerten Fällen der anderen Gruppe von Versicherten verordnet werden. Das eine System profitiert demnach von der Existenz des anderen.

Hierdurch entsteht eine Tendenz zur Angleichung des Versorgungsgrades und des Kostenniveaus. Die sich für die Versicherten ergebenden Unterschiede werden gering sein und sich im wesentlichen auf den Leistungskomfort beschränken. Diese durch das Verhalten der Ärzte bewirkte Tendenz zur Stabilität des

Gesamtsystems wird durch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten noch verstärkt. Werden die Unterschiede in der Versorgung größer, als dies die Unterschiede in den Beiträgen rechtfertigen, so kommt es zur Abwanderung von Versicherten, die die jeweils schlechter beurteilte Versicherung zwingen, Maßnahmen zu treffen, die einer Abwanderung der Versicherten entgegenwirken.

Würden sich Kassen, Ärzte und Politiker entschließen können, den mit dem Bayern-Vertrag beschrittenen Weg konsequent fortzusetzen, indem ein direktes Prämiensystem eingeführt und ein Nebeneinander der Systeme mit Wahlfreiheit für die Versicherten geschaffen würde, so wäre einerseits eine dringend erforderliche Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bei einer gleichzeitigen Zunahme innovatorischer Aktivitäten, andererseits aber auch eine Entwicklung des Versorgungsgrades entsprechend den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung erreichbar. Staatliche Eingriffe können auf ein Minimum reduziert werden, so daß die wegen der Reaktionen der Betroffenen auf diese Eingriffe zu erwartenden negativen Effekte auf die Kostenentwicklung bzw. das Versorgungsniveau vermieden werden könnten.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Jochen Schober

DER GELDANGEBOTSPROZESS IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Die vorliegende Untersuchung soll die Einflußmöglichkeiten der Geldpolitik auf den monetären Bereich der Volkswirtschaft im Konjunkturverlauf aufdecken. Diese haben sich in dem vom Verfasser betrachteten Zeitraum nicht zuletzt wegen der wechselnden währungspolitischen Rahmenbedingungen erheblich verändert. Auch die geldpolitischen Grundsätze haben sich gewandelt. Dadurch ist die empirische Untersuchung zwar erschwert worden, jedoch wurde die Möglichkeit genutzt, eine Fülle von geldpolitischen Versuchen auf ihre Wirkung im Geldangebotsprozeß zu überprüfen.

Großoktav, 311 Seiten, 1979, Preis brosch. DM 36,-

ISBN 3-87895-184-1

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