

Saekel, Rüdiger

Article — Digitized Version

Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen? Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Saekel, Rüdiger (1985) : Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen? Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 65, Iss. 4, pp. 176-183

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/136028>

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.

Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen?

Rüdiger Saekel, Bonn

Seit einiger Zeit mehrten sich bei Politikern und Wirtschaftswissenschaftlern die Stimmen, die für eine marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen eintreten. Welchen Beitrag kann die Theorie der Marktwirtschaft zur ordnungspolitischen Reformdiskussion im Gesundheitswesen leisten? Wie sind die Reformvorschläge aus praktischer Sicht zu bewerten?

Historisch gewachsene Strukturen müssen von Zeit zu Zeit auf ihre Sinnhaftigkeit und Funktionstüchtigkeit hin überprüft werden. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gerade 100 Jahre alt geworden ist, erfolgte die erste Bestandsaufnahme nach dem Zweiten Weltkrieg durch die Sozialenquôte-Kommission in den Jahren 1964 bis 1966. Die Kommission kam seinerzeit zu dem Schluß, daß trotz der vorhandenen Mängel und Schwächen des GKV-Systems eine totale Neukonzeption „am Reißbrett“ nicht empfehlenswert sei. Es stünde zuviel auf dem Spiel, als daß unbekümmerte Experimente zulässig wären¹.

20 Jahre später befindet sich die GKV erneut auf dem Prüfstand wissenschaftlicher Kritik. Was ist in der Zwischenzeit geschehen? Als Reaktion auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen in der ersten Hälfte der 70er Jahre hatte der Gesetzgeber 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz eine politische Entscheidung über einen bestimmten Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt getroffen und eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, orientiert am Ziel der Beitragssatzstabilität, zur Leitlinie der Krankenversicherungspolitik erhoben.

Diese politische Wertentscheidung und die Finanzierbarkeit der derzeitigen gesetzlichen Krankenversicherung werden Anfang der 80er Jahre zunehmend von Wirtschaftswissenschaftlern in Frage gestellt. Sie werfen dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland und insbesondere der GKV eine ordnungspolitische Fehlsteuerung vor. Stellvertretend für

diese Kritik stehen die Namen Münnich, Knappe, Oberender, Gäfgen und Henke. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schließt sich dieser Auffassung – wenn auch vorsichtiger formuliert – weitgehend an².

Ihren Höhepunkt findet die Kritik am Gesundheitswesen in einem spektakulären „Appell“ von 30 namhaften Wirtschaftswissenschaftlern in verschiedenen überregionalen Zeitungen. In ihrem „Appell“ an die Bundesregierung gehen die Hochschullehrer davon aus, daß das Gesundheitswesen der Bundesrepublik krank sei und an einer Verschwendung knapper wirtschaftlicher Ressourcen leide. Sie warnen vor einer Fortführung der bisherigen Politik, die Schritt für Schritt zu einer staatlichen Einheitsversorgung und zu einer Entmündigung der Bürger führe und dabei die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens nicht sichere³.

Bemerkenswert an der Diskussion ordnungspolitischer Alternativen⁴ ist, daß sie nahezu ausschließlich inlandsbezogen geführt wird und die vorliegenden internationalen Erfahrungen vergleichbarer westlicher Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen kaum zur Kenntnis genommen werden.

Die Vertreter einer marktwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen gehen davon aus, daß die auf eine überoptimale Versorgung angelegte Struktur des Gesundheitswesens dazu führt, mehr für die Gesund-

*Rüdiger Saekel, 44, Dipl.-Volkswirt, ist Regierun-
gsdirektor im Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung. Er gibt in dem Artikel seine
persönliche Meinung wieder.*

¹ Vgl. Sozialenquôte: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1966, S. 198.

² Vgl. Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Ziffer 492 - 502.

³ Vgl. „Appell“ von 30 wirtschaftswissenschaftlichen Hochschullehrern zur Gesundheitspolitik, in: Die Welt, Nr. 45, vom 22. Februar 1984.

⁴ Ein guter Überblick über ordnungspolitische Alternativen im Gesundheitswesen findet sich im Dezemberheft 1984 des Bundesarbeitsblattes.

heit auszugeben, als nötig wäre⁵. Sachleistungs- und Solidarprinzip in der GKV führten dazu, daß für den einzelnen Patienten die unmittelbare Beziehung zwischen seiner Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und den dadurch verursachten Kosten verlorengehe. Das habe zur Folge, daß viele Patienten versuchten, möglichst viele Gesundheitsleistungen höchster Qualität für die von ihnen in Form der Krankenkassenbeiträge bezahlte Pauschale herauszuholen⁶.

Nach Ansicht der Marktwirtschaftler dürfen politische Maßnahmen deshalb nicht am Ausmaß der Kosten oder deren Steigerung ansetzen, sondern an jenen Strukturbedingungen des Gesundheitssystems, die zu einer Überversorgung und zu einer unwirtschaftlichen Produktionsweise von Gesundheitsleistungen Anlaß geben. Solche Maßnahmen bieten allerdings keine Garantie für eine Kostendämpfung. Doch das dürften sie auch nicht, „weil sich das Ausmaß angemessener Kosten nur aus einer rationalen Prozedur der Entscheidungen über den Umfang der Ausgaben erkennen läßt. Dasjenige Maß an Ausgaben, das sich bei einer angemessenen Struktur ergibt, ist zugleich das optimale“⁷.

Hieraus wird die Folgerung abgeleitet, daß die Gesundheitspolitik zunächst ihre Zielvorstellung korrigieren müsse. Das Ziel der Kostendämpfung sei kompromißlos aufzugeben. An deren Stelle habe die Zielvorstellung der „bedürfnisadäquaten kostenminimalen Versorgung“ zu treten. Die Struktur des Gesundheitswesens sei so umzugestalten, daß sie beiden Zielvorstellungen, der Bedürfnisadäquanzen sowie der Wirtschaftlichkeit der Produktion, gerecht wird. Dazu sei allein ein System funktionierender Märkte geeignet.

Allerdings erkennen auch die Kritiker, daß die Erreichung eines gesellschaftlichen Optimums im Sinne der Wirtschaftstheorie in der Realität nicht erwartet werden kann. Deshalb empfiehlt beispielsweise Münnich als realisierbare Alternative die Konzeption der schrittweisen Verbesserung und schlägt vor, die im Gesundheitswesen Handelnden für jede mit dem Allgemeininteresse kongruente Entscheidung zu belohnen und für jede dem Allgemeininteresse zuwiderlaufende Entscheidung zu bestrafen. Als Belohnung und Bestrafung empfiehlt er wirtschaftliche Größen, also Preise.

Einzelne Reformvorschläge

Die aus diesem ordnungspolitischen Ansatz abgeleiteten Einzelvorschläge lassen sich – bei leichten Modifikationen je nach Verfasser – mit Münnich⁸ wie folgt zusammenfassen:

- Einheitliche Versicherungspflichtgrenze für alle

Pflichtversicherten und freie Wahl der Kassenart für alle Versicherten.

- Leistungsverrechnung nach einheitlichen „Produktverzeichnissen“, die durch privatautonome Verhandlungen bzw. durch freie Preisbildung zustande kommen.

Vor dem Hintergrund frei gebildeter Preise vergüten die Sozialversicherer „Normpreise“, die innerhalb der Spanne der tatsächlichen Preise liegen. Die Differenz trägt der Versicherte. Preisverhandlungen dürfen sich nur noch auf Normpreise beziehen, abweichende Preisforderungen sollen zulässig sein.

- Monistische Finanzierung im Krankenhausbereich durch ein Preissystem, das ebenfalls auf den erwähnten Vorschlägen beruht.

Schaffung eines analogen Vergütungssystems wie im Krankenhaus auch für die ambulante Versorgung.

- Einführung einer generellen Selbstbeteiligung unter Berücksichtigung sozialer Merkmale bei den Versicherten.

Aufhebung aller Vorschriften, die den Monopolcharakter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen absichern.

- Aufhebung der Beschränkungen bei der ärztlichen Berufsausübung hinsichtlich Betriebsform, Beschäftigungsverbot, Unternehmens- und Wettbewerbsverbot.

Unterstellung des Gesundheitswesens unter das Kartellrecht.

Wichtig am Ansatz der Marktwirtschaftler ist, daß eine ordnungspolitische Umorientierung in Richtung auf mehr Markt keine Gewähr dafür bietet, daß die Gesundheitsausgaben weniger rasch als bisher steigen oder sogar sinken würden. Dieser Tatbestand, auf den die Marktwirtschaftler stets hinweisen, wird häufig von Politikern und gesellschaftlichen Gruppen übersehen, die eine marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen deshalb befürworten, weil sie sich davon eine erfolgreichere Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen versprechen. Sie übersehen dabei die grundsätzlich andere Zielsetzung der marktwirtschaftlichen Gesundheitspolitik.

⁵ Vgl. Frank E. Münnich: Wie teuer darf die Gesundheit sein?, in: *pharma dialog* 76, November 1982, S. 33.

⁶ Vgl. P. Oberender: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: *Jahrbuch für Sozialwissenschaft*, Band 31, 1980, S. 150.

⁷ Vgl. Frank E. Münnich, a.a.O., S. 33.

⁸ Vgl. Frank E. Münnich: Mehr Markt, in: *Bundesarbeitsblatt*, Heft 12, 1984, S. 11.

Nach herrschender Meinung ist es weitgehend unstrittig, daß sich in entwickelten Volkswirtschaften Wirtschaftsmärkte in der Regel am effizientesten marktwirtschaftlich steuern lassen. Da das Gesundheitswesen einige wichtige Besonderheiten gegenüber normalen Wirtschaftsmärkten aufweist, muß geprüft werden, ob hier die Voraussetzungen für das Funktionieren von Angebots- und Nachfragemechanismen (zumindest weitgehend) gegeben sind. Nur wenn dies der Fall ist, stimmen die Hypothesen der Marktwirtschaftler.

Üblicherweise unterstellt die Wirtschaftstheorie optimale Marktergebnisse, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ein homogenes und individuelles Gut,
- Preiselastizität der Nachfrage,
- Konsumentensouveränität,
- Markttransparenz für alle Marktteilnehmer und
- Abwesenheit von Angebots- und Nachfragemonopolen bzw. -oligopolen.

Schwierigkeiten bereitet die Definition des Gutes „Gesundheit“. Bisher ist keine allgemein akzeptierte und brauchbare Definition gelungen. Gesundheit ist nicht für jedermann allgemeingültig zu beschreiben und läßt sich auch nicht exakt messen. Häufig sind nur qualitative Vergleiche möglich. Wegen der Unterschiedlichkeit der Patientenprobleme und der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Behandlungsverfahren ist Gesundheit kein homogenes, sondern ein äußerst heterogenes Gut.

Auch ist Gesundheit kein reines Individualgut. Vielmehr treten bei seinem Konsum Externalitäten auf, und das Ausschlußprinzip gilt in vielen Fällen nicht. Obligatorische Impfaktionen und Maßnahmen der Seuchenbekämpfung sowie medizinische Ausbildung und medi-

zinische Forschung haben sicher den Charakter eines öffentlichen Gutes, weil in diesen Fällen der soziale Nutzen den privaten Nutzen deutlich übersteigt. Auch bei vielen anderen Gesundheitsleistungen kommt zum individuellen Nutzen noch der soziale Nutzen eines verbesserten Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung mit allen daraus erwachsenen Vorteilen für die Volkswirtschaft hinzu. Gesundheit stellt sich somit als typisches Mischgut dar.

Besonderheiten im Gesundheitsbereich

Von Ausnahmen abgesehen, in denen medizinische Erfordernisse und ästhetische Aspekte sowie Gesichtspunkte des Wohlbefindens ineinander übergehen (z. B. bei Brillen, Hörgeräten, Massagen, Zahnprothesen), ist „Gesundheit“ zudem kein Gut, von dem je nach Höhe des Preises mehr oder weniger nachgefragt wird. In den Kernbereichen gesundheitlicher Versorgung, im ambulanten und stationären Bereich, ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weitgehend preisunelastisch⁹.

Auch die Konsumentensouveränität ist im Gesundheitsbereich begrenzt. Die unspezifische Nachfrage des Patienten wird in der Regel erst durch die Entscheidung des Arztes in eine spezifische Nachfrage verwandelt, d. h. der eigentliche Nachfrager im Gesundheitswesen ist der Arzt. Nur im Fall der Erstnachfrage nach ärztlicher Hilfe liegt die Entscheidung beim Patienten. Allerdings fehlt in vielen dieser Fälle die freie Wahlmöglichkeit, ärztlichen Rat anzufordern oder nicht. Denn wer erkrankt ist, braucht in der Regel sofort Hilfe.

Schließlich besteht im Gesundheitswesen eine nahezu totale Intransparenz. Nicht einmal der Arzt verfügt in allen Fällen über die nötige Übersicht. Es sei nur an die mangelnde Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt

⁹ Vgl. Paul J. Feldstein: Health Care Economics, New York u.a. 1979, S. 91.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG**NEUERSCHEINUNG****Klaus Bolz (Hrsg.)****DIE WIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG IN AUSGEWÄHLTEN
SOZIALISTISCHEN LÄNDERN OSTEUROPAS
ZUR JAHRESWENDE 1984/85**

Großoktav, 389 Seiten, 1985, brosch. DM 39,-

ISBN 3-87895-269-4

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

oder den Märkten für Heil- und Hilfsmittel erinnert. Hinzu kommt, daß die Schaffung von Transparenz über ärztliche Behandlungsformen eine durchaus zweischneidige Forderung ist, die für die Patienten möglicherweise mehr Nachteile als Vorteile mit sich bringt. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß im Gesundheitswesen das „Uno-actu-Prinzip“ herrscht¹⁰, d. h. Produktion und Konsum räumlich und zeitlich zusammenfallen und ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bestehen muß. Hinzu kommt, daß aus Gründen der Einheitlichkeit der räumlichen Lebensbedingungen auch weniger wirtschaftliche Anbieter (z. B. Arztpraxen oder Krankenhäuser) vorgehalten werden müssen.

Ein weiteres Hindernis für mehr Marktwirtschaft ist, daß das Gesundheitswesen der Bundesrepublik einen kartellrechtlichen Ausnahmebereich darstellt. Es bestehen ausgeprägte regionale Angebotsmonopole (kassenärztliche/kassenzahnärztliche Vereinigungen) und Nachfrageoligopole (Landesverbände der unterschiedlichen Krankenkassenarten). In Hinblick auf die Ersatzkassen, die ihre Verträge mit den Leistungserbringern in der Regel bundesweit aushandeln, besteht sogar ein zweiseitiges Monopol. Diese Angebots- und Nachfrage-monopole bzw. -oligopole müßten aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen für eine marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen geschaffen werden sollten.

Als Fazit ist festzustellen, daß die meisten Voraussetzungen für ein marktwirtschaftlich konstruiertes Ordnungsmodell im Gesundheitswesen wegen der Besonderheiten dieses Bereichs nicht bzw. nur sehr eingeschränkt gegeben sind. Selbst bei Aufhebung des kartellrechtlichen Ausnahmebereichs ließen sich deshalb bei marktwirtschaftlicher Steuerung nur suboptimale Ergebnisse erzielen. Ob diese Ergebnisse besser einzuschätzen wären als die bisherigen Ergebnisse der gesundheitspolitischen Steuerung, ist theoretisch schwer zu beantworten. Um dennoch empirische Anhaltspunkte für eine Bewertung der Vorschläge zu erhalten, verbleiben nur Vergleiche mit unterschiedlich strukturierten Gesundheitssystemen entwickelter westlicher Länder.

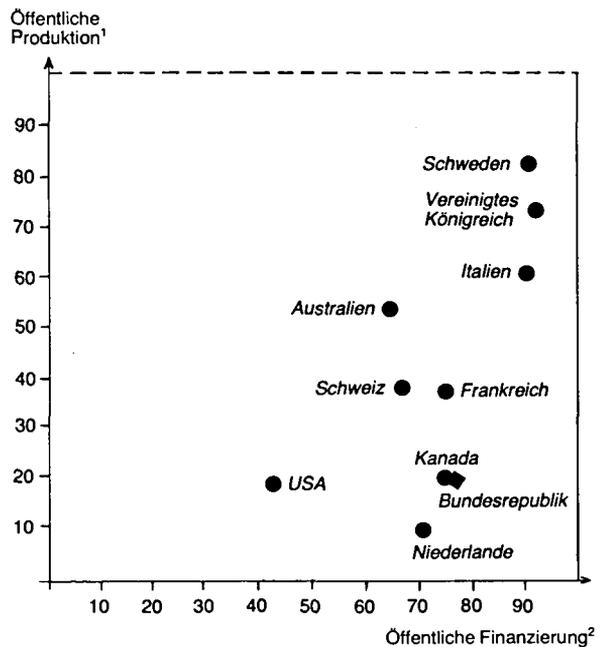
Internationale Vergleiche

Die Gesundheitssysteme vergleichbarer westlicher Industrieländer weisen eine breite Skala unterschiedlicher ordnungspolitischer Systeme auf. Nach Pfaff¹¹

¹⁰ Vgl. Philipp Herder-Dorneich: Systemimmanenz der Kostenexpansion, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 6, 1983, S. 237 f.

¹¹ Vgl. M. Pfaff: Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor: Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge, Band 135, Sonderdruck 1983, S. 83 ff.

Schaubild 1
Finanzierungs- und Produktionstypen
von Gesundheitssystemen in westlichen
Industrienationen



¹ Anteil der Gesundheitsausgaben der staatl. Institutionen an allen Gesundheitsausgaben in %.

² Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesamtausgaben für Gesundheit in %.

Quelle: M. Pfaff: a.a.O., S. 85.

lassen sich – orientiert am Kriterium des Organisationstypus – folgende Systeme unterscheiden:

- zentralisierte Wohlfahrtssysteme (z. B. Großbritannien),
- dezentrale Wohlfahrtssysteme (z. B. Kanada, Schweden, Finnland),
- liberale, aber zentrale Systeme (z. B. Frankreich),
- liberale Verhandlungssysteme (Bundesrepublik, Österreich),
- nationale Gesundheitsdienste mit Überlagerung eines privaten Systems (z. B. Irland) sowie
- vorwiegend privat organisierte Systeme (z. B. USA und Schweiz).

Nach der Finanzierungsart und der Leistungsträgerschaft unterscheidet Pfaff in Anlehnung an Maxwell Systeme mit

- sehr hohem öffentlichen Finanzierungs- und Produktionsanteil (z. B. Schweden, Großbritannien),
- sehr hohem öffentlichen Finanzierungs- und hohem öffentlichen Produktionsanteil (Italien),

□ hohem öffentlichem Finanzierungs- und Produktionsanteil (Australien, Schweiz, Frankreich),

□ hohem öffentlichen Finanzierungs- und mittlerem öffentlichen Produktionsanteil (z. B. Kanada, Bundesrepublik, Niederlande),

□ mittlerem öffentlichen Finanzierungs- und geringem öffentlichen Produktionsanteil (z. B. USA).

In Schaubild 1 ist der öffentliche Finanzierungs- und Produktionsanteil für zehn westliche Industrienationen wiedergegeben. Danach liegt der Anteil der öffentlichen Finanzierung bei mindestens 40 %, und die Bandbreite für den öffentlichen Produktionsanteil ist deutlich größer als für den Anteil der öffentlichen Finanzierung.

Wenn die Kritik der Marktwirtschaftler an nicht marktwirtschaftlich strukturierten Gesundheitssystemen richtig ist, sollte man erwarten, daß Länder, in denen ein marktwirtschaftlich organisiertes System weitgehend verwirklicht ist, unter ökonomischen Effizienzgesichtspunkten deutlich besser abschneiden als Länder mit anders strukturierten Ordnungstypen des Gesundheitswesens. Als ökonomischer Effizienzmaßstab kommen die Gesundheitsquote, d. h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, und die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben in den verschiedenen Ländern in Frage.

Tabelle 1
Gesundheitsquoten¹ im internationalen Vergleich 1960-1982
(nominal, in %)

Land	1960	1970	1975	1982
Australien	5,1	5,7	7,6	7,6
Österreich	4,4	5,3	6,4	7,3
Belgien	3,4	4,0	5,4	6,4
Kanada	5,5	7,2	7,4	8,2
Dänemark	3,6	6,1	6,5	6,9
Finnland	4,2	5,7	6,3	6,8
Frankreich	4,3	6,1	7,6	9,3
Bundesrepublik Deutschland	4,8	5,6	8,1	8,2
Irland	4,0	5,6	7,8	8,2
Italien	3,9	5,5	6,7	7,0
Japan	3,0	4,6	5,7	6,7
Niederlande	4,1	6,3	8,1	9,1
Neuseeland	–	–	5,3	5,8
Norwegen	3,3	5,0	6,7	6,8
Schweden	4,7	7,2	8,0	9,8
Schweiz	–	–	7,1	7,8
Großbritannien	3,9	4,5	5,5	5,9
USA	5,3	7,6	8,6	10,6

¹ Gesundheitsquote: Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt.
Quelle: OECD: Public Expenditure on Health under Economic Constraints, Part I and II, Mai 1984 und Januar 1985 (erscheint demnächst).

Tabelle 2
Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der gesamten Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD-Ländern 1975/1981
(in %)

	Nominale Gesundheitsausgaben	Gesundheitspreise	Reale Gesundheitsausgaben
Kanada	13,0	9,2	3,5
Frankreich	16,6	9,6	6,4
Bundesrepublik Deutschland	7,5	4,9	2,5
Italien	22,2	19,3	2,4
Japan	11,8	6,7	4,8
Großbritannien	17,4	14,6	2,4
USA	13,6	9,7	3,6
Durchschnitt	14,5	10,5	3,6

Quelle: G. J. Schieber, J. P. Poullier: Comparison of Health Expenditures in OECD Countries, Paris 1985.

Betrachtet man die Gesundheitsquoten für die wichtigsten westlichen Länder (vgl. Tabelle 1), so zeigt sich, daß – auch im längerfristigen Vergleich seit 1970 – die Gesundheitsquote in den USA mit Abstand am höchsten ist. 1982 liegt sie mit 10,6 % deutlich über der Gesundheitsquote der Bundesrepublik mit 8,2 %. Höhere Gesundheitsquoten als die Bundesrepublik weisen 1982 noch die Länder Schweden (9,8 %), Frankreich (9,3 %) und Holland (9,1 %) auf. Die gleiche Gesundheitsquote wie die Bundesrepublik haben die Länder Kanada und Irland. Auch die Gesundheitsquoten der skandinavischen Wohlfahrtssysteme sowie von Großbritannien liegen deutlich unter der Gesundheitsquote der USA. Die These der Marktwirtschaftler, wonach marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme effizienter arbeiten als andere Systeme, läßt sich anhand dieses Maßstabes somit nicht bestätigen.

Ausgabensteigerungen

Wird statt der Gesundheitsquote, die auch von der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts abhängt, auf die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der gesamten Gesundheitsausgaben abgestellt, so zeigt sich bei einem Vergleich der sieben großen westlichen Industrieländer sowohl in nominaler als auch in realer Betrachtung im Zeitraum 1975/1981, daß die Wachstumsrate der Bundesrepublik (7,5 bzw. 2,5 %) deutlich niedriger liegt als die Wachstumsrate der USA (13,6 bzw. 3,6 %). Das stark marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssystem der USA schneidet auch im realen Vergleich mit den übrigen Ländern nicht signifikant besser ab, sondern liegt hinter Ländern wie Großbritannien, Italien und Kanada (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 3
Finanzierungsstruktur der Sachleistungskosten
je Krankenversicherten im Jahr 1979 im
internationalen Vergleich
 (in % der Aufwendungen)

	Selbstbeteiligung	Beiträge	öffentliche Zuschüsse
Belgien	24,0	59,1	16,9
Bundesrepublik Deutschland	3,2	93,3	3,5
Frankreich	22,0	72,7	5,3
Schweden	9,0	19,1	71,9
Schweiz	21,2	46,7	32,1

Quelle: M. Schneider: Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung, Augsburg 1984, S. 69.

Dagegen schneidet die Bundesrepublik im Vergleich mit den anderen westlichen Industrienationen gut ab. Sie weist in nominaler Betrachtung die mit Abstand niedrigste jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben auf. Zusammen mit Großbritannien und Italien hatte die Bundesrepublik auch die geringsten realen Ausgabensteigerungen zu verzeichnen. Hieraus kann gefolgert werden, daß die Kostendämpfungspolitik der Bundesrepublik im Vergleich mit anderen westlichen Gesundheitssystemen – und insbesondere mit dem Gesundheitssystem der USA, das marktwirtschaftlichen Vorstellungen vergleichsweise nahekommt – relativ erfolgreich gewesen ist.

Dieses Ergebnis ist deshalb bemerkenswert, weil kaum ein Land der Welt seiner Bevölkerung einen so umfassenden Krankenversicherungsschutz bietet. Es wurde erreicht, obgleich die Ärzte nach Einzelleistungen und die Leistungen der Krankenhäuser (bisher) auf der Basis verursachter Selbstkosten vergütet werden, obwohl die Preisbildung für Arzneimittel ausschließlich angebotsbestimmt ist und obwohl jeder Versicherte den Arzt/Facharzt seiner Wahl aufsuchen kann bzw. mehrere Ärzte gleichzeitig.

Das Instrument der Selbstbeteiligung

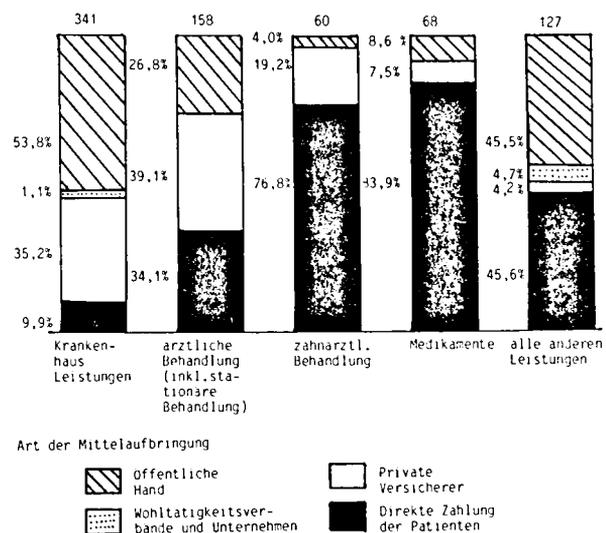
Interessant an den internationalen empirischen Befunden ist auch der Tatbestand, daß viele westliche Industrieländer deutlich höhere Selbstbeteiligungsquoten aufweisen als die Bundesrepublik (vgl. Tabelle 3), ohne deshalb bessere Erfolge in der Kostendämpfungspolitik zu erzielen. Vor allem das Beispiel der USA ist wiederum aufschlußreich. Schaubild 2 läßt erkennen, daß in den USA die Selbstbeteiligung in allen Leistungsbereichen sehr hoch ist. Insgesamt muß die Bevölkerung dort rund 30 % ihrer Gesundheitskosten als direkte Selbstbeteiligung tragen. Im Vergleich dazu sind die Versicherten in der Bundesrepublik nur mit 3,2 % Selbstbeteiligung (1979) bzw. rund 6 % (1983) an den Sachlei-

stungen der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt.

Es erhebt sich die Frage, woran es liegt, daß die Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen offensichtlich so wenig kostendämpfend wirkt. Die entscheidende Erklärung dürfte in der Tatsache liegen, daß rund 85 % der Gesundheitsausgaben auf nur 20 % der Bevölkerung entfallen, wobei allein 4 % der Schwerkranken 50 % des Gesundheitsaufwandes verursachen (siehe Schaubild 3) und aus sozialpolitischen Gründen ein Teil dieser Versicherten von der Selbstbeteiligung freigestellt werden muß. Hieraus läßt sich die Vermutung ableiten, daß Selbstbeteiligung, die gesundheitspolitisch unbedenklich ist und nachfragesteuernde und nicht nur kostenverlagernde Effekte hat, nur auf die restlichen 15 % der Gesamtausgaben wirken kann und die Nachfrage nach 85 % der Leistungen weitgehend unelastisch ist.

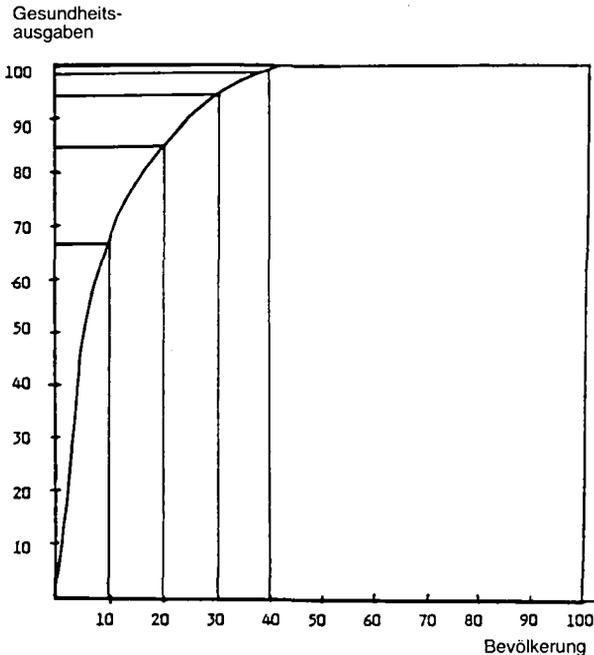
Für die Gesundheitspolitik ist ferner bedeutsam, daß Selbstbeteiligung stets verteilungspolitische Konsequenzen hat: Die Arbeitgeber werden entlastet, Arbeitnehmer belastet; chronisch Kranke, Geringverdienende und Kinderreiche werden vergleichsweise höher belastet, während gut verdienende und alleinstehende Gesunde von Selbstbeteiligungsformen profitieren. Ob durch generelle Selbstbeteiligungen Kranke von not-

Schaubild 2
Prozentuale Verteilung der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nach Art und Mittelverteilung, USA 1978
 (in Dollar)



Quelle: American Medical Association; Profile of Medical Practice 1980, Chicago 1980, S. 189.

Schaubild 3
Verteilung der Pro-Kopf-Ausgaben für
Gesundheit 1970



Quelle: A. und A. Mizrahi: La consommation médicale, Paris 1977.

wendigen Arztbesuchen abgehalten und dieses Instrument damit gesundheitspolitisch bedenklich einzustufen ist, konnte bisher noch nicht hinreichend geklärt werden. Zwischenergebnisse des großen Rand-Experiments in den USA¹² ergeben, daß eine Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich fast ausschließlich über die Verminderung der Erstkontakte beim Arzt wirkt, während sie auf die konkreten Kosten einzelner Krankheitsfälle weitgehend wirkungslos bleibt¹³.

Selbstbeteiligung und Solidarität

Aus der Fragwürdigkeit genereller Selbstbeteiligungen in den Kernleistungsbereichen des Gesundheitswesens, wie der ambulanten und stationären Versorgung, läßt sich jedoch nicht schließen, daß Selbstbeteiligungsformen in jedem Fall steuerungsineffizient und damit negativ zu bewerten sind. In jenen Bereichen, in denen der Patient begrenzte Wahlmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme (z. B. bei Massagen) und Mitsprachemöglichkeiten bei der Auswahl sächlicher Gesundheitsgüter (wie z. B. bei Brillen, Hörgeräten, Artikeln der

¹² Mehrjähriges Selbstbeteiligungsexperiment mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungsgraden, an dem 2 760 Familien aus verschiedenen sozialen Schichten und Regionen der USA teilnehmen.

¹³ Vgl. Frank E. Münich: Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1983, Seite 66.

Kleinorthopädie) hat, ist es gerechtfertigt und ökonomisch sinnvoll, Selbstbeteiligungselemente einzubauen. In diesen Bereichen eingesetzt, widerspricht Selbstbeteiligung auch nicht dem Gedanken der Solidarität. Vielmehr ist sie eine Funktionsbedingung für moderne soziale Krankenversicherungssysteme wie die gesetzliche Krankenversicherung.

Denkbar wäre eine fühlbare prozentuale Selbstbeteiligung z. B. bei Heilmitteln – bei Befreiung bestimmter dringender Fälle. Auch bei Hörgeräten könnte an einen medizinisch ausreichenden Standard in Form eines Festbetrages und bei Hilfsmitteln der Kleinorthopädie an eine prozentuale Selbstbeteiligung gedacht werden. Die Einführung oder Verbesserung der Selbstbeteiligungsformen in diesen Bereichen könnte dazu führen, die Nachfrageseite in Teilen des Gesundheitssystems zu stärken und damit auch strukturell steuernd auf die Anbieterseite von Gesundheitsleistungen einzuwirken.

Zusammen mit der bereits existierenden prozentualen Selbstbeteiligung der Versicherten für zahntechnische Leistungen addieren sich die Bereiche, die der Selbstbeteiligung anhand der diskutierten Kriterien zugänglich sind (der überwiegende Teil der Heil- und Hilfsmittel und ein Teil des Arzneimittelmarktes) auf rund 15 Mrd. DM. Das sind rund 17 % der Sachleistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Marktwirtschaft kein Ausweg

Die notwendigen marktwirtschaftlichen Funktionsbedingungen sind im Gesundheitswesen nicht oder nur teilweise gegeben. Zwar sind diese Funktionsbedingungen der Marktwirtschaft auch in vielen anderen Wirtschaftssektoren nicht voll erfüllt, ohne daß deshalb auf eine marktwirtschaftliche Steuerung verzichtet wird. Im Gesundheitswesen weichen die Funktionsbedingungen jedoch so gravierend von den theoretischen Notwendigkeiten ab, daß eine generelle marktwirtschaftliche Steuerung schon aus diesen Gründen fragwürdig sein muß.

Die Marktwirtschaftler übersehen den Sondercharakter des Gutes Gesundheit: Gesundheitsgüter werden – in der Regel – nicht aus Freude an der Bedürfnisbefriedigung konsumiert, sondern weil eine unabwendbare Notwendigkeit besteht (nämlich Krankheit zu heilen), die noch dazu häufig mit großen physischen bzw. psychischen Unannehmlichkeiten verbunden ist. Deshalb trifft bereits die Ausgangsthese der Marktwirtschaftler, die die Unwirtschaftlichkeit des GKV-Systems auf die Kombination von Sachleistungs- und Solidarprinzip zurückführen mit der Folge des vom Patienten verursachten Überkonsums, weitgehend nicht zu.

Diese deduktiv abgeleiteten Überlegungen werden durch empirische Vergleiche unterschiedlicher Gesundheitssysteme bestätigt. Danach weisen Gesundheitssysteme, die weitgehend marktwirtschaftlich gesteuert werden, z. B. das Gesundheitssystem der USA, die ein freiwilliges Versicherungssystem gegen Krankheiten haben, (Preis-)Konkurrenz auf der Angebotsseite und (Prämien-)Wettbewerb auf der Versicherungsseite kennen sowie eine hohe Selbstbeteiligung haben, nicht wesentlich bessere, sondern deutlich schlechtere Ergebnisse hinsichtlich der ökonomischen Effizienz auf. Für die Politik kann es deshalb in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und finanzieller Probleme im Staatshaushalt sowie angesichts der strukturellen Angebotsdominanz im Gesundheitswesen keine Alternative zur Politik der Kostendämpfung geben, wenn man nicht Gefahr laufen will, laufend höhere Ausgaben für das Gesundheitswesen aufwenden zu müssen.

Auf internationalen Konferenzen zeigt sich, daß in allen westlichen Ländern ähnliche Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen bestehen. Offensichtlich tragen unterschiedliche ordnungspolitische Ansätze zur Erklärung der Niveau- und Ausgabenwachstumsunterschiede im Gesundheitswesen verschiedener Länder wenig bei. Es scheint so, als schlugen die Besonderheiten des Gesundheitswesens, die in allen westlichen Industrieländern im Prinzip gleich sind, ungleich stärker durch als ordnungspolitische Fragen des spezifischen Gesundheitssystems. Jahrzehntelange nationale und internationale Erfahrungen sprechen dafür, daß ein Königsweg zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen nicht existiert. Jedes Land muß deshalb aufgrund seines jeweils unterschiedlichen historischen, sozial- und gesellschaftspolitischen Erfahrungshintergrundes den passenden Weg selbst finden. Nichts spricht jedenfalls dafür, daß eine marktwirtschaftliche Steuerung des gesamten Gesundheitswesens ökonomisch effizienter ist als andere Steuerungsformen. Eher scheint das Gegenteil der Fall zu sein.

Schaffung ökonomischer Anreize

Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente haben keinen Wert an sich, sondern sind rein instrumentell zu betrachten. Dort, wo wettbewerbliche Elemente ohne gesundheitspolitische Nachteile für die Bevölkerung im Gesundheitswesen verankert werden können und wo

¹⁴ Die Fehlentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung besteht darin, daß der Aufwand für diesen Leistungsbereich bereits halb so hoch (15 Mrd. DM) wie für die gesamte Krankenhausversorgung oder nur um 3 Mrd. DM niedriger als für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung ist. Außerdem werden rund 60 % der Mittel für künstliche Zähne und nur 40 % für die Gesunderhaltung der natürlichen Zähne ausgegeben. Für die Vermeidung von Zahnschäden, die relativ problemlos und sicher durchgeführt werden könnte, werden so gut wie keine Mittel aufgewendet.

der Patient eine gewisse Mitsprache- und Wahlmöglichkeit hat, ist es sinnvoll, sich marktwirtschaftlicher oder besser ökonomischer Instrumente zu bedienen: Dies gilt z.B. für die Bereiche der Gesundheitshandwerke (Zahntechniker, Hörgeräteakustiker, Augenoptiker, Orthopädie-Techniker) sowie für einen Teil des Arzneimittelmarktes.

Nachfragesteuerung mit Hilfe von ökonomischen Anreizen hat auch dort ihren Sinn, wo sie beim echten Nachfrager ansetzt. Im ambulanten und stationären Bereich ist dies nahezu ausschließlich der Arzt. Im Bereich des Managements der ambulanten und stationären Versorgung ist deshalb mit positiven Anreizen vermutlich viel in Richtung Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erreichen. Dazu die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, ist dringlich.

Im Krankenhausbereich hat der Gesetzgeber kürzlich mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz Anreize für die Krankenhäuser geschaffen, mit knappen Mitteln den größtmöglichen Erfolg herauszuholen. Im Bereich der Arzneimittelverordnungen, die der Arzt vornimmt, müßte es ebenfalls möglich sein, mit Hilfe von Anreizen für preiswürdige und therapeutisch sinnvolle Medikation Einsparungserfolge zu erzielen. Ökonomische Anreize dürften hier jedenfalls eher zum Erfolg führen als nachträgliche Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit.

Führungsrolle der Politik

Die Devise für das bundesdeutsche Gesundheitswesen kann nicht lauten, die Zielsetzung der Kostendämpfung aufzugeben und das Gesundheitswesen zukünftig marktwirtschaftlich zu steuern. Dazu fehlen im Gesundheitswesen weitgehend die Voraussetzungen. Sie wären nur unter Inkaufnahme großer Nachteile, die die Vorteile bei weitem überwiegen dürften, zu schaffen. Richtig an der Kritik der Marktwirtschaftler ist, dort wo es möglich ist, ökonomische Anreize zu verstärktem wirtschaftlichen Verhalten der Akteure einzubauen. Dazu bedarf es jedoch sorgfältiger Analysen der einzelnen unterschiedlichen Leistungsbereiche und darauf abgestimmter spezifischer Instrumente bzw. Instrumentenbündel.

Es bedarf insbesondere auch mittel- und längerfristiger Vorstellungen der Gesundheitspolitik, die auf der Basis medizinischer und ökonomischer Orientierungsdaten entwickelt werden müssen. Dieser Führungsrolle im Gesundheitswesen muß die Gesundheitspolitik zukünftig stärker gerecht werden. Nur so lassen sich gesundheitliche und ökonomische Fehlentwicklungen in einzelnen Gesundheitsbereichen wie z.B. der zahnmedizinischen Versorgung¹⁴ rechtzeitig verhindern.