

Grüske, Karl-Dieter; Heinzmann, Werner

Article — Digitized Version

Ineffizienz im Gesundheitswesen: Ursachen und Reformmöglichkeiten

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Grüske, Karl-Dieter; Heinzmann, Werner (1987) : Ineffizienz im Gesundheitswesen: Ursachen und Reformmöglichkeiten, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 67, Iss. 2, pp. 76-82

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136246>

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.

Ineffizienz im Gesundheitswesen: Ursachen und Reformmöglichkeiten

Karl-Dieter Gröske, Werner Heinzmann, Nürnberg

Ein Erfolg der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen ist nicht abzusehen. Zu gravierend sind die Mängel im System selbst. Wie sehen sie im einzelnen aus? Wo hätten echte Reformen des Gesundheitswesens anzusetzen?

Trotz intensiver Bemühungen um Kostendämpfung sind die Ausgaben im Gesundheitssektor wesentlich stärker gewachsen als die volkswirtschaftliche Leistung. So stiegen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis 1984 um 330%, das Volkseinkommen aber nur um 154%¹. Der Anteil aller Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt erhöhte sich in der Bundesrepublik von 5,6% (1970) auf 8,2% (1983)². Angesichts dieser Entwicklung ist die rege Diskussion um Ursachen und Reformen nur zu verständlich. Die meisten wissenschaftlichen Beiträge beschäftigen sich dabei mit Detailproblemen, die in den verschiedenen Subsystemen des Gesundheitssektors auftreten³.

Als Ursachen für den Anstieg der Ausgaben werden vielfältige Faktoren identifiziert: So wird etwa die veränderte demographische Struktur herangezogen, verbunden mit einem gewandelten Krankheitsspektrum mit wachsendem Anteil kostenaufwendiger Krankheiten. Manchmal wird auch der technische Fortschritt genannt⁴. Als einen wichtigen Faktor kann man aber ökonomische Fehlentwicklungen im System selbst analysieren, die tendenziell eher das Wachstum der Ausgaben fördern als die Kosten dämpfen.

Unser Ziel ist es deshalb, über viele Beiträge in der Literatur hinausgehend, die systemimmanenten Ursa-

chen für die Ausgabenexpansion in einer umfassenden Sicht aufzudecken, um auf dieser Basis einige grundsätzliche Ansätze für Reformen vorzuschlagen. Wir konzentrieren uns auf die wesentlichen Beziehungen und analysieren die für die Ineffizienz verantwortlichen Faktoren systematisch und theoretisch⁵, ohne diese im einzelnen zu quantifizieren. Der analytische Rahmen wird durch die dominierende gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und ihre Hauptelemente abgesteckt⁶.

Theorie der öffentlichen Verschwendung

In einem ersten Schritt gehen wir auf generelle Ursachen für potentielle Ineffizienz ein, um dann die Fakto-

¹ Vgl. Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland, versch. Jg.

² Vgl. OECD: Measuring Health Care 1960-1983, OECD Social Policy Studies, No. 2, Paris 1985, S. 12 (ohne Transferzahlungen). Zur genauen Abgrenzung der Ausgaben siehe ebenda, S. 19 f.

³ Einen guten Überblick über angelsächsische Studien findet man in M. F. D r u m m o n d: Studies in Economic Appraisal in Health Care, New York 1981.

⁴ Zu exogenen Einflußfaktoren siehe B. C a m p h a u s e n: Auswirkungen demographischer Prozesse auf die Berufe und die Kosten im Gesundheitswesen, Berlin-Heidelberg-NewYork-Tokyo 1983; F. A. B a u h o f e r: Ursachen für die Strukturveränderungen des Bedarfs, der Nachfrage und des Angebots an medizinischen Leistungen, in: Arzt und Krankenhaus, Heft 5, 1976, S. 10-16; oder F. E. M ü n n i c h: Kosten und Allokationswirkungen des technischen Fortschritts im Gesundheitswesen, in: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 6, Gerlingen 1984, S. 13-56 und die dort angegebene Literatur.

⁵ Zum analytischen Aufbau, zur theoretischen Grundlegung und zu empirischen Ergebnissen siehe differenziert W. H e i n z m a n n: Die Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen – Eine theoretische und empirische Analyse für die Bundesrepublik (erscheint demnächst).

⁶ Zu den Merkmalen des öffentlichen Gesundheitswesens siehe im einzelnen P. H e r d e r - D o r n e i c h: Gesundheitsökonomik – Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980; R. K. S c h i c k e: Soziale Sicherung und Gesundheitswesen, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1978; oder Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.): Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, 8 Bände, Kiel 1978.

Dr. habil. Karl-Dieter Gröske, 40, ist Privatdozent am Volkswirtschaftlichen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg. Werner Heinzmann, 28, Diplom-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an diesem Institut.

ren zu analysieren, die für Wohlfahrtsverluste im Gesundheitssektor sprechen.

Da systembezogene Kosten-Nutzen-Analysen an der Bewertung von Gesundheit und Leben⁷ vorläufig scheitern, schlagen wir einen anderen Weg ein, um Unwirtschaftlichkeit nachzuweisen: Als methodisches Konzept bietet sich die „Theorie der öffentlichen Verschwendung“ an, die in jüngster Zeit zunehmend das Interesse der Finanzwissenschaft findet.

Dazu taucht zunächst eine Vorfrage auf: Ist eine solche Theorie für unsere Analyse überhaupt relevant? Zur Beantwortung dieser Frage muß man den Öffentlichkeitscharakter des Gesundheitssystems prüfen. Obwohl das Kriterium der technischen Unteilbarkeit nicht erfüllt ist, betrachtet man die Versorgung mit Gesundheitsleistungen als öffentliche Aufgabe⁸. Der mögliche Ausschluß über den Preis wird im Sinne Samuelsons oder Musgraves in der Realität aufgehoben. Zudem wird die Erfüllung dieser Aufgaben von parafiskalischen Organisationen wahrgenommen, die zu ihrer Finanzierung auf das Mittel des Zwanges zurückgreifen können (GKV, KV). Dazu kommt der öffentlich-rechtliche Status von Institutionen des Gesundheitswesens, das Bedarfsdeckungsprinzip und die beamtenähnliche Stellung der GKV-Bediensteten. Das Gesundheitssystem, wie wir es heute vorfinden, ist demnach dem öffentlichen Sektor zuzurechnen. Daß die Produktion der Gesundheitsleistungen in den meisten Teilsektoren privatwirtschaftlich erfolgt, steht dem nicht entgegen.

Die Elemente potentieller Unwirtschaftlichkeit im öffentlichen Sektor können mit Hilfe der sogenannten Q- und R-Ineffizienz ganz allgemein analysiert werden. Das Konzept steht eigenständig neben der Theorie der X-Ineffizienz, die Leibenstein für das private Monopol untersucht hat, und ist von H. C. Recktenwald entwickelt worden⁹. Wir skizzieren nur die Grundzüge.

Generelle Faktoren für Unwirtschaftlichkeit bilden zum einen das individuelle Eigeninteresse, das, im Ge-

gensatz zum Markt, im Kollektiv zur verschwenderischen Nachfrage und zu überhöhten Kosten im Angebot führt. Zum anderen sorgt der fehlende Verbund zwischen Anbietern, Nachfragern, Nutzern und Zahlern dafür, daß der Konkurrenzdruck vermindert wird sowie das Informations- und Steuerungspotential von Knappheitspreisen verlorengeht. Trittbrettfahrer-Verhalten, Fehlallokation und überhöhte Kosten sind die Folge.

Nachfragebedingte Q-Ineffizienz bezieht sich auf die Menge eines öffentlichen Gutes und entsteht dann, wenn infolge eines vermeintlichen Null-Tarifs bis zur Sättigungsgrenze nachgefragt wird. Sie liegt höher als die Nachfrage, die sich unter Marktbedingungen bilden würde. Weitere Wohlfahrtsverluste kann man nachweisen, wenn die sogenannte „politische Nachfrage“ hinzukommt, die noch über der Sättigungsmenge liegen kann.

Dagegen entsteht R-Ineffizienz aufgrund überhöhter Kosten. Als Ursachen kann man die Monopolstellung

Das Jahresregister 1986

der wirtschaftspolitischen

Monatsschrift

WIRTSCHAFTSDIENST

liegt für unsere Leser bereit.

Auf Anforderung senden wir

es Ihnen gerne kostenlos zu.

Einbanddecken

für den 66. Jahrgang 1986

WIRTSCHAFTSDIENST

können zum Preis von DM 15,-

bezogen werden durch:

VERLAG WELTARCHIV GMBH

NEUER JUNGFERNSTIEG 21

2000 HAMBURG 36

⁷ Grundsätzliches zur Nutzen-Kosten-Analyse bei H. C. Recktenwald (Hrsg.): Nutzen-Kosten-Analyse und Programmbudget, Tübingen 1970. Zur Nutzen-Kosten-Analyse im Gesundheitswesen siehe beispielhaft M. Jones-Lee: The Value of Life – An Economic Analysis, London 1976; J. B. Bunker, B. A. Barnes, F. Mosteller (Hrsg.): Costs, Risks and Benefits of Surgery, New York 1977; oder A. J. Culver, B. Horrisberger (Hrsg.): Economic and Medical Evaluation of Health Care Technologies, Heidelberg 1983.

⁸ Vgl. L. Haje n: Bestimmungsgründe für die parafiskalische Organisation für Krankenversicherung, Frankfurt/M. 1979, S. 137 ff.

⁹ Siehe die ausführlichen Erläuterungen, auch zum ökonomischen und politischen Verbundprinzip, bei H. C. Recktenwald: The Public Waste Syndrome: A Comprehensive Theory of Government Failures, in: H. Hanusch (Hrsg.): Public Finance and the Quest for Efficiency, Detroit 1984, S. 11-26.

des öffentlichen Anbieters nennen, die den Kostendruck mindert, unterstützt durch das Verhalten der Beteiligten, deren Selbstinteresse auf Kostensteigerung zielt. Dazu kommt die unwirtschaftliche Administration kollektiver Mittel, die sich in überhöhten Kosten der Erhebung und Aufteilung ausdrückt. Schließlich fallen darunter auch entsprechende Folgekosten öffentlicher Maßnahmen.

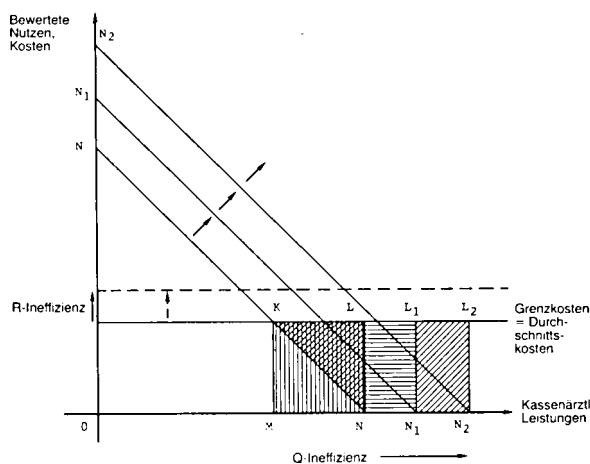
Welche theoretischen Erkenntnisse kann man nun ableiten, wenn man dieses Konzept auf den Gesundheitssektor überträgt? Im folgenden werden die Teilsysteme unseres Gesundheitswesens unter diesem Aspekt betrachtet.

Unwirtschaftlichkeit im ambulanten Sektor

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann man in zwei Komponenten aufspalten, einerseits eine autonome Nachfrage aufgrund selbständiger Entscheidung des Patienten, andererseits eine angebotsinduzierte Komponente, wobei die Nachfrageentscheidung an den Anbieter, also den Arzt, delegiert wird¹⁰.

Zunächst zur autonomen Nachfrage: Da durch das Versicherungsprinzip keine unmittelbare Bindung von Leistung und Gegenleistung besteht, fragt der Nachfrager bei vermeintlichem Null-Tarif bis zur Sättigungsmenge nach (Q-Ineffizienz). Dieses Verhalten ist auch unter dem versicherungstechnischen Begriff des „moral hazard“ bekannt¹¹, wobei die Bezeichnung insofern unglücklich ist, als das Individuum nicht einer „unmoralischen Versuchung“ unterliegt, sondern rational nach dem Prinzip Grenznutzen = Grenzkosten vorgeht, wobei letztere vordergründig gegen Null gehen. Objektiv systemschädliches Verhalten erhält damit einen subjektiv rationalen Charakter.

Ineffizienz im ambulanten Sektor



Da das monetäre Risiko auf die Versicherung verlagert ist, wird als zusätzlicher Effekt die Eigenverantwortlichkeit geschwächt, so daß man weitere nachfragebedingte Q-Ineffizienz konstatieren kann.

Einen anderen Erklärungsansatz bietet das sogenannte „Gefangenendilemma“¹², das der Kollektivguttheorie entnommen ist. Der einzelne unterliegt ihm insofern, als er im Eigeninteresse versucht, das System auszunutzen und damit gleichzeitig der Versicherungsgruppe insgesamt schadet. Das ist möglich, da nur gruppenmäßige, aber keine individuelle Äquivalenz vorliegt. Hinzu kommt, daß der Patient gar keine Informationen über die von ihm verursachten Kosten besitzt, da der Arzt ja mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet. Erhöhte Kosten führen über steigende Beiträge zu neuen Ansprüchen. Über diese Verkettung kann es zu einer anhaltenden Beitrags-Anspruchs-Ausgaben-Spirale kommen.

Monetäre Größen haben damit entweder keinen oder einen eher expansiven Einfluß auf die autonome Nachfrage. Bezieht man als nichtmonetären Faktor etwa die Angebotsdichte ein, so entsteht bei größerer Dichte eine erhöhte Nachfrage, da die Opportunitätskosten, etwa in Form von Zeitaufwand¹³, sinken. Das ist im übrigen auch ein Argument, das weitere Kostensteigerungen im System erwarten läßt, wenn sich in Zukunft mehr Ärzte niederlassen.

Man kann diese Zusammenhänge beispielhaft anhand der Abbildung zeigen: NN entspricht der Ausgangssituation, hier der individuellen Nachfragekurve nach kassenärztlichen Leistungen unter Marktbedingungen. Über das Marktgleichgewicht OM hinaus wird die Sättigungsmenge ON nachgefragt. Es entstehen Mehrausgaben in Höhe von KMNL, in der Nettobetrach-

¹⁰ Zu den Komponenten der Nachfrage siehe G. Neubaue r: Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen – Versuch der sozialempririschen Überprüfung einiger zentraler Thesen, in: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 3, Gerlingen 1982, S. 155-266.

¹¹ Vgl. etwa M. V. Pauly: The Economics of Moral Hazard, in: The American Economic Review, Bd. 58, 1968, S. 531-537; J. M. Marshall: Moral Hazard, in: The American Economic Review, Bd. 66, 1976, S. 880-890; oder W. Ma hr: Das moralische Risiko in der Individual- und Sozialversicherung – Das Prinzip und seine Tragweite, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 66, 1977, S. 205-240.

¹² Beispielhaft hierzu H. Müller-Groeling: Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung, in: B. Külp, W. Stützel (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialversicherung, Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil, Berlin 1973, S. 60-70; oder K. Schaper: Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt/M. 1978, S. 100 ff.

¹³ Empirische Berechnung sog. time-price elasticities finden sich z. B. in C. E. Phelps, J. P. Newhouse: Coinsurance, the Price of Time and the Demand for Medical Services, in: The Review of Economics and Statistics, Bd. 56, 1974, S. 334-342.

tung ein Wohlfahrtsverlust von KLN in Form von Q-Ineffizienz. Eine systembedingte sinkende Eigenverantwortung in Verbindung mit dem Gefangenendilemma drückt sich in einer Verschiebung der Nachfragekurve auf N_1N_1 aus mit zusätzlicher Q-Ineffizienz um LNN_1L_1 . Eine steigende Angebotsdichte verschiebt die Nachfragekurve nochmals nach rechts und erhöht die Wohlfahrtsverluste um $L_1N_1N_2L_2$. Auf regionale Unterschiede gehen wir hier nicht ein.

Zusammenfassend kann man konstatieren, daß das System keine Anreize für kostenminimierendes Verhalten der Versicherten enthält, sondern, im Gegenteil, einem totalen Steuerungsdefizit der Nachfrage unterliegt.

Angebotsinduzierte Nachfrage

Neben der autonomen Nachfrage geht die Gesundheitsökonomie jedoch zu einem großen Teil von der angebotsinduzierten Nachfrage aus, das heißt, von einer Nachfrage, die im wesentlichen durch den Anbieter bestimmt wird. Ausgangspunkt ist die unterstellte mangelnde Konsumentensouveränität¹⁴, die aufgrund fehlender Information und irrationaler Entscheidungen vorliegt.

Obwohl diese These umstritten ist, kommen die meisten Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Anbieter die Nachfrage entscheidend beeinflussen¹⁵. Wesentlich für die Analyse dieses Einflusses sind demnach die Nutzenfunktionen der Kassenärzte. Neben der Freizeit gehen vor allem Berufsethos und Einkommensaspekte in sie ein.

Subjektive Prinzipien veranlassen den Arzt, Unwägbarkeiten in Diagnose und Therapie zu minimieren, um so das „Beste“ für den Patienten zu tun. Es kommt zu einer Art „Maximalmedizin“, die auch nicht durch Effizienzüberlegungen des Patienten gebremst wird¹⁶.

Der Arzt wird dabei nicht für das Endprodukt „Gesundheit“ entlohnt, sondern für einzelne Gesundheitsleistungen, also Zwischenprodukte. Die Gebührenordnung ermöglicht mit überwiegend fixierten Gebühren konstante Grenzerlöse. Geht man von konstanten oder gar sinkenden Grenzkosten aus, entsteht für den Arzt als Gewinnmaximierer der Anreiz, die Einzelleistungen pro Patient bis zur Kapazitätsgrenze auszudehnen. Unterstützt wird dieses Verhalten durch die Zielharmonie zwischen Berufsethos und Einkommensinteresse. Damit wird von der Angebotsseite erstens die autonome

Nachfrage voll befriedigt und zweitens eine zusätzliche angebotsbedingte Verschiebung der Nachfragekurve nach rechts begründet. Dadurch entsteht weitere Q-Ineffizienz.

Aufgrund der absoluten Monopolstellung der Kassenärzte gegenüber Nachfragern (Kassenpatienten) ist zudem mit überhöhten Kosten, also R-Ineffizienz zu rechnen. Auf das Ausmaß hoher ärztlicher Einkommen sowie auf Überlegungen zur Qualität und Effizienz ärztlicher Leistungen weisen wir in diesem Zusammenhang nur hin.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß praktisch alle Faktoren im ambulanten Sektor zu Kostensteigerungen beitragen, ohne daß wirksame Gegengewichte eingebaut sind¹⁷.

Die kollektive Ebene

Entscheidend für die Effekte sind die institutionellen und gesetzlichen Regelungen. Zunächst zur Organisation der Versicherten: Im Sinne Olsons handelt es sich um große „latente Gruppen“, in denen es zum Konflikt zwischen Gruppen- und Eigeninteresse kommt¹⁸. Versicherungs- oder Kassenzwang hindert den Versicherten, durch Wechsel der Kasse seine Präferenzen zu äußern. Ein Wettbewerb findet bestenfalls um Angestellte oder freiwillig Versicherte statt. Dieser wirkt aber eher in Richtung eines Leistungswettbewerbs, der wiederum die Ausgaben erhöht.

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Risikoäquivalenz. In die Tarife sind vielfältige Elemente der Umverteilung eingebaut, die die Beziehung zwischen Leistung und Gegenleistung praktisch aufheben. Dadurch wird das Kostenbewußtsein der Beteiligten noch mehr gemindert. Das Versicherungsprinzip wird in ein Versorgungsprinzip transformiert. Zudem ist der Einfluß der Versicherten in der Selbstverwaltung sehr gering¹⁹. Über das Spektrum der Leistungen wird weitgehend politisch entschieden. Hier würden die Überlegungen zu einem überhöhten öffentlichen Angebot mit Q-Ineffizienz zum Tragen kommen.

Die Kassenorgane agieren ähnlich einer Behörde. Überhöhte Kosten, also die verschiedenen Komponenten der R-Ineffizienz, sind die Folge. Das ist im übrigen ein Punkt, den die Literatur fast völlig übersieht und worüber man im Grunde nicht viel weiß. Durch die Kassen-

¹⁴ Vgl. M. Haarmann: Steuerungsprobleme in der medizinischen Versorgung, Hain 1978, S. 51 ff.

¹⁵ Kritisch und differenziert hierzu F. Breyer: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen – Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1984.

¹⁶ Ebenda.

¹⁷ Auf die mangelnde Wirksamkeit politischer Appelle oder Übereinkünfte im Rahmen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ soll nicht weiter eingegangen werden.

¹⁸ Dazu mehr in M. Olson jr.: Die Logik des kollektiven Handelns, Tübingen 1968, S. 49.

¹⁹ Vgl. hierzu die Beiträge in H. Boos, C. v. Ferber u. a.: Soziale Selbstverwaltung, Bonn 1979.

ärztliche Vereinigung wird das Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern noch weiter getrennt. Die Kontrolle und Überprüfbarkeit ärztlicher Leistungen und Abrechnungen wird damit zusätzlich vermindert, unabhängig von der R-Ineffizienz einer weiteren zwischengeschalteten Organisation, deren Sanktionsmittel im übrigen unzureichend eingesetzt werden.

Überhöhte Ausgaben für Arzneimittel

Die überhöhte autonome Nachfrage im ambulanten Sektor überträgt sich auf die Arzneimittel. Untersuchungen zeigen, daß Patientenwünschen nach Arzneimitteln nur in 2 % der Fälle nicht entsprochen wird²⁰.

Da die Konsumentensouveränität durch fehlende Informationen ebenfalls eingeschränkt ist, kommt es infolge von „Maximalmedizin“ auch hier zu nachfragebedingter Unwirtschaftlichkeit (Q-Ineffizienz). Der Arzneimittelhöchstbetrag, dem die Ärzte unterliegen, ist nur eingeschränkt wirksam. Das gleiche gilt für die Ausgliederung der Bagatellarzneimittel, die zu einer erhöhten Verschreibung erstattungsfähiger Medikamente geführt haben dürfte. Die gehorteten Arzneimittel, die nicht verbraucht und schließlich weggeworfen werden (jährlich Medikamente für ungefähr 2 Mrd. DM), sind ein weiteres Indiz für Verschwendung in diesem Bereich.

Auch die Regelungen im Arzneimittelhandel und der Produktion lassen eher auf überhöhte Kosten schließen. Verschwendung wird dadurch gefördert, daß der Apotheker keine therapiegerechten Mengen, sondern nur Gesamtpackungen abgeben darf, wobei die durchschnittliche Packungsgröße im übrigen seit Einführung der 2-Mark-Pauschale zugenommen hat²¹. Das kommt auch der Pharmaindustrie entgegen, die ebenfalls keinem Preiswettbewerb unterliegt, da die Nachfrage kaum reagiert. Aufgrund der besonderen oligopolistischen Marktsituation der Branche dürfte R-Ineffizienz auftreten, auch wenn ein empirischer Nachweis bis heute nicht gelungen ist. Indizien dafür könnten unter anderem in den Aktionsparametern der Einflüsse auf die Ärzte liegen, die höchst kostspielig sind, sowie in der Produktpolitik, die Transparenz erschwert.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß im Arzneimittelsektor Q- und insbesondere auch R-Ineffizienz

²⁰ Nach J. Müller: Arzneimittelverordnungen – Im Spannungsfeld zwischen Pharma-Werbung und Patientenwünschen, in: Arbeit und Sozialpolitik, Bd. 37, 1983, S. 388-393.

²¹ Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Preis- und Mengenkompente der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankerversicherung, Bonn 1980.

²² Dazu mehr in U. Reinhardt: The Theory of Physician-Induced Demand and Its Implication for Public Policy, in: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 4, Gerlingen 1983, S. 149-185.

auftreten, die sich in überhöhten Ausgaben für diesen Teilbereich äußern.

Unwirtschaftlichkeit im stationären Sektor

Bezogen auf den Versicherten dürfte im stationären Sektor die Konsumentensouveränität am geringsten ausgeprägt sein²². Die Selbstbeteiligung von 5 DM pro Tag für maximal zwei Wochen soll zwar die Verweildauer senken helfen, wirkt aber nicht im entscheidenden Langzeitbereich, erfordert relativ hohen administrativen Aufwand und verhindert kaum den Anspruch auf möglichst umfangreiche Leistungen.

Das Angebot wird nicht etwa durch tatsächliche Ausgaben pro Patient finanziert, sondern durch eine Tagespauschale (Pflegesatz), die alle Kosten decken soll. Damit wird der Schwerkranke zum Defizit, der Pflegefall zu einem Gewinn für das Krankenhaus. Der Anreiz, die Verweildauer möglichst hinauszuschieben, ist damit erheblich. Es entsteht Q-Ineffizienz.

Auf die interne Organisationsstruktur der Krankenhäuser können wir in diesem Zusammenhang nicht ein-

VDEW

Jahresstatistik 1985

DIN A 4, 510 Seiten, DM 344,-

In der Reihe der Jahrgangfolgen der VDEW-Jahresstatistik liegt der Band 1985 vor. Er bietet mit einer detaillierten Darstellung der Einzelangaben von 684 Elektrizitäts-Versorgungsunternehmen einen umfassenden Überblick über die öffentliche Elektrizitätserzeugung und -versorgung in der Bundesrepublik einschließlich Berlin (West).

Im tabellarischen Teil I **Leistung und Arbeit** ist der Firmenname des Unternehmens, der Sitz seiner Verwaltung und die Unternehmensform, die über die Kapitalbeteiligung Auskunft gibt, ausgewiesen.

Der Teil II **Betriebsmittel** enthält die einzelnen Kraftwerke der Unternehmen.

Die **Gesamtergebnisse** fassen die Einzelangaben der Unternehmen in übersichtlichen Tabellen und mehrfarbigen graphischen Darstellungen zusammen.

Zu beziehen durch den Buchhandel oder direkt bei



**Verlags- und Wirtschaftsgesellschaft
der Elektrizitätswerke mbH — VDEW**
Stresemannallee 23 · Tel. 069/6304-325
D-6000 Frankfurt/Main 70

gehen. Fehlender Gewinnzwang²³, Bedarfsdeckungsprinzip, behördenähnliche Administration und mangelnde Nutzen-Kosten-Analysen weisen jedenfalls auf überhöhte Kosten hin (R-Ineffizienz). Dies wird zudem durch fehlende Kooperation des stationären mit dem ambulanten Sektor unterstützt²⁴.

Eine Reihe von Indikatoren deutet darauf hin, daß durch die zentrale Bedarfsplanung überhöhte Kapazitäten mit entsprechenden Folgekosten entstanden sind. So ist der Bettennutzungsgrad von 94 % im Jahre 1960 auf 84 % in 1980 gesunken²⁵. Es handelt sich hier tendenziell um Q-Ineffizienz aufgrund eines politisch überhöhten Angebotes.

Insgesamt muß man feststellen, daß gerade im stationären Sektor, wie in allen anderen Teilsystemen des Gesundheitswesens, Mechanismen wirksam sind, die auf Verschwendung schließen lassen und auf eine laufende Erhöhung der Ausgaben hinwirken. Um so dringender scheint es geboten, sich Gedanken über eine Eindämmung dieser „Ausgabenexplosion“ zu machen. Wir weisen nur auf einige grundlegende Ansätze hin, die sich aus einer Unzahl von Reformvorschlägen ableiten lassen. Sie sollten insbesondere auf den hier analysierten Ursachen aufbauen.

Ansätze für Reformen

Eine rein staatliche, das heißt planwirtschaftliche Lösung würde die Tendenz zur Ineffizienz bei gleichzeitig qualitativ schlechterer Versorgung aus den bekannten Gründen nur erhöhen. Auf der anderen Seite fällt es schwer, eine rein marktwirtschaftliche Lösung für das Gesundheitswesen zu konstruieren. Das liegt zum einen an den spezifischen Eigenarten der Nachfrage nach dem Gut Gesundheit, zum anderen an dem (politischen) Konflikt mit Verteilungsproblemen. Man muß deshalb nach Zwischenlösungen suchen, die Nutzer, Zahler, Anbieter und Entscheider enger koppeln, also das politische und ökonomische Verbundprinzip möglichst weitgehend erfüllen. Das bedeutet aber auch, daß marktwirtschaftliche Elemente, soweit möglich, einge-

baut werden müssen, das Eigennutzenstreben also im Sinne einer größeren Effizienz eingesetzt wird. In diese Richtung sollten alle Reformansätze zielen.

Man kann hier zwei Wege unterscheiden: erstens werden Reformen vorgeschlagen, die sich jeweils auf einen Teilsektor beziehen, zweitens handelt es sich um Ansätze, die generell ausgerichtet sind und die das gesamte System betreffen.

Sektorspezifische Vorschläge

Reformansätze, die sich auf einen Teilsektor beschränken, können das skizzierte Effizienzproblem zwar nur partiell lösen, haben aber immerhin den Vorteil, politisch leichter durchsetzbar zu sein. Hierzu gehört z. B. der Vorschlag im ambulanten Sektor, direkte Verträge zwischen Kassenärzten und gesetzlichen Krankenversicherungen auf dezentraler Ebene einzuführen. Man könnte so die nivellierende Wirkung von Gesamtverträgen vermeiden und verstärkt die Interessen der Versicherten berücksichtigen. Verbinden könnte man dies mit einer Neuordnung der Honorierung, die von der ausgabensteigernden Abrechnung nach Einzelleistungen abrückt und zumindest zum Teil eine pauschale Komponente integriert. Als Nebeneffekt würde sich die Kassenärztliche Vereinigung als Abrechnungsstelle erübrigen. Ob der Wettbewerb zwischen den Ärzten dadurch vergrößert wird, bleibt indes eine offene Frage²⁶.

Die Verbesserungen im Arzneimittelsektor zielen auf eine marktwirtschaftliche Beziehung zwischen Patient und Apotheke. Das erfordert zum einen zumindest eine (prozentuale) Selbstbeteiligung, zum anderen muß die Preisbindung aufgehoben werden, zusammen mit einer partiellen Neuordnung der Vertriebswege. Unbedenkliche Fertigarzneien bräuchten zum Beispiel nicht der Apothekenpflicht zu unterliegen, so daß Mitbewerber auf der Handelsstufe in den Markt eintreten könnten. Zudem sollte das Ausbildungspotential des Apothekers besser genutzt werden. Durch den Wettbewerb könnte er angereizt werden, billigere Arzneien mit gleichem Wirkungsgrad in therapiegerechten Mengen abzugeben. Eine bessere Kooperation von Arzt und Apotheker würde einen solchen Vorschlag unterstützen. Ein funktionierender Wettbewerb könnte auch auf die Produktionsstufe durchschlagen, die bei erhöhter Transparenz und Kostenbewußtsein von Nachfragern und Anbietern zu preislicher Konkurrenz veranlaßt wird.

Die wichtigste Verbesserung im stationären Sektor betrifft zunächst die Abrechnung der Pflegesätze. Sie sollte vom Prinzip der Vollkostendeckung abgehen und zwischen Pflege und Therapie trennen. Voraussetzung sind „diagnose- und therapiebezogene Standards“²⁷.

²³ Auch wenn neuerdings Gewinne zugelassen sind, fehlt doch der Druck des Wettbewerbs, solche tatsächlich zu erwirtschaften.

²⁴ Vgl. E. Berger: Das System der ambulanten und stationären Versorgung, in: W. Schönböck (Hrsg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt, Wien-München-Baltimore 1980, S. 217-244.

²⁵ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens, Frankfurt/M. 1982, S. 93.

²⁶ Wegen des großen Einflusses medizinischer Interessenverbände (vgl. F. Nashed: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform – Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i. Br. 1967) wird man eine solche Schwächung der kassenärztlichen Position aber wohl kaum durchsetzen können.

²⁷ Siehe dazu H. H. Rüschemann: Diagnosebezogene Verweildauerstandards und Krankenhausbedarfsplanung, in: Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Saarbrücken 1985, erscheint demnächst.

Man könnte zudem daran denken, die Krankenhäuser an der Finanzierung ihrer Investitionen selbst zu beteiligen. Darüber hinaus bemüht sich die Betriebswirtschaftslehre schon seit geraumer Zeit um betriebsorganisatorische Verbesserungen im Krankenhauswesen, die zu weiteren Kosteneinsparungen führen, wenn sie in die Praxis umgesetzt werden.

Das Problem jener sektorspezifischen Reformen liegt in der mangelnden Integration aller Teilsysteme des Gesundheitswesens. Deshalb versprechen Ansätze mehr, die grundsätzlich auf das gesamte System effizienzsteigernd wirken. Einzelvorschläge können dabei in geeigneter Weise eingebaut werden.

Grundsätzliche Reformen

Eine grundsätzliche Reform muß mit ordnungspolitischen Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen beginnen. Ein erster Schritt ist hier die Liberalisierung des Versicherungsmarktes. Die Zwangsversicherung sollte man abschaffen und durch eine Pflichtversicherung mit freier Wahl der Kasse ersetzen. Diese wettbewerbsfördernde Maßnahme ist mit einem differenzierten Leistungsangebot zu verbinden, das auf einem medizinischen Mindestniveau aufbaut. Die Zusatzleistungen können privat und vertraglich mit gestaffelten Beitragssätzen geregelt werden²⁸. Das würde auch dem Subsidiaritätsprinzip entsprechen. Um das Versicherungsprinzip zu stärken, sollten Umverteilungselemente eliminiert und gesondert, beispielsweise über eine negative Einkommensteuer, berücksichtigt werden.

Aber selbst wenn man Wettbewerb zwischen den Kassen einführt, bleibt die überhöhte Nachfrage aufgrund der vermeintlichen Null-Tarife. Um dieses Freifahrer-Verhalten abzubauen, bietet sich eine wirksame Selbstbeteiligung in den verschiedenen Sektoren an. Sie ist vielfach diskutiert und gefordert worden. Auf das Für und Wider können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Ein Vergleich der verschiedenen Formen spricht wohl für eine, möglicherweise einkommensbezogene, prozentuale Selbstbeteiligung oder eine Bonus-Option,

²⁸ Vgl. etwa I. Metzger: Gesundheitspolitik – ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1982, S. 59.

²⁹ Studien, etwa für die USA (wie M. S. Feldstein: The Welfare Loss of Excess Health Insurance, in: The American Economic Review, Bd. 63, 1973, S. 251-280; J. Newhouse: Some Interim Results From A Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, in: Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 4, Gerlingen 1983, S. 123-148, der die Bundesrepublik (wie P. Zweifel: Bonus-Optionen in der Krankenversicherung: Eine mikroökonomische Untersuchung, in: Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Saarbrücken 1985, erscheint demnächst; E. Knappe: Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts, in: ebenda) kommen zu teilweise hohen Effizienzgewinnen. Methoden und Berechnungsweisen sind indes nicht unumstritten.

bei der Beiträge bei Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen rückerstattet werden²⁹. Natürlich müßte man dann auch von dem Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip übergehen, um dem Patienten Transparenz über die von ihm mitverursachten Kosten zu verschaffen. Festzuhalten bleibt, daß man direkt an den analysierten Ursachen für Q- und zum Teil für R-Ineffizienz ansetzt, das Verbundprinzip stärkt und damit das Eigeninteresse auf gesteigerte Effizienz lenkt.

Ein angebotsbezogenes Modell

Der nachfrageorientierten Selbstbeteiligung kann man schließlich ein angebotsbezogenes Modell gegenüberstellen, das insbesondere in den USA angewandt wird. Das Konzept der „Gesundheitskassen“ (Health Maintenance Organization, abgekürzt HMO)³⁰ beruht auf einem Prinzip, nach dem die Anbieter (HMOs) oder auch die Produzenten nach der Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit, entlohnt werden. Die Versicherten entrichten einen festen Betrag an die HMO und erwerben damit das Recht auf Erhaltung der Gesundheit. Die Leistungserbringer können Angestellte, freie Vertragspartner, am Erfolg Beteiligte oder Eigentümer³¹ der HMO sein. Je effizienter die „Produktion“ von Gesundheit erfolgt, desto höher wird der Gewinn oder die Entlohnung sein. Die Qualität wird durch laufende Kontrollen und den Wettbewerb zwischen den dezentral organisierten HMOs gewährleistet. Ergebnisse von vergleichenden Studien kommen zu Einsparungen bis zu 40 %³². Im übrigen sind auch Krankenhäuser und Apotheken in das Konzept integriert.

Ob sich eine solche Alternative in der Bundesrepublik Deutschland durchsetzen läßt, bleibt eine offene Frage. Wie die meisten fundamentalen Reformen stehen sie dem Eigeninteresse der Beteiligten entgegen. Andererseits führen das zunehmende Angebot an Ärzten und eine erhöhte Alterslastquote in den kommenden Jahrzehnten zu einem gewissen Zugzwang. Es wird nichts anderes übrig bleiben, als durch eine Stärkung des Wettbewerbs, durch ein richtig eingesetztes Eigeninteresse und damit die Verwirklichung des Verbundprinzips zu mehr Effizienz in einem Sektor beizutragen, der in seiner jetzigen Form kaum mehr zu finanzieren sein wird.

³⁰ Zu Konzept und Funktionsweise der HMOs siehe z. B. M. Schulteburg: Health Maintenance Organizations – Eine interessante Alternative zur traditionellen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 71, 1982, S. 627-648.

³¹ Dieses Prinzip wurde bereits 1963 von K. J. Arrow: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Bd. 53, 1963, S. 941-973, erkannt.

³² Etwa M. Schulteburg: Health Maintenance Organizations... a.a.O.