

Erbe, Susanne

Article — Published Version

Gesundheitswesen: Ineffizienzen beseitigen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Susanne (2002) : Gesundheitswesen: Ineffizienzen beseitigen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 82, Iss. 12, pp. 704-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/41257>

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.

Im deutschen Gesundheitssektor laufen schon seit Jahren die Kosten immer wieder den Einnahmen davon. Die Politik hat seit 1977 darauf regelmäßig mit Reformgesetzen reagiert, deren Ziel es vor allem war, die Beitragssätze durch kostendämpfende Maßnahmen zu stabilisieren. Dies ist auch immer wieder für eine gewisse Zeit gelungen, beispielsweise sind die durchschnittlichen Beitragssätze von 1993 bis 2001 konstant geblieben. Seit Beginn des Jahres 2002 steigen die Beitragssätze jedoch stark an und für das nächste Jahr werden weitere drastische Steigerungen erwartet. Es besteht also wieder einmal dringender Handlungsbedarf in der Gesundheitspolitik.

Langfristige Perspektiven einer Reform des Gesundheitswesens soll eine Expertenkommission erarbeiten, die ihre Ergebnisse aber erst Ende 2003 vorlegen wird. Kurzfristig bietet sich ein einfaches Konzept an: eine erhöhte Eigenbeteiligung der Patienten. Dies hätte den Vorteil, den mächtigen Interessengruppen der Leistungsanbieter entgegenzukommen. Gleichzeitig käme es zu keinem Anstieg der Lohnnebenkosten. Lenkungswirkungen sind von solchen Maßnahmen kaum zu erwarten, aber es gelangt mehr Geld in das System.

Wird aber tatsächlich mehr Geld benötigt? Schon jetzt gibt Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viel für Gesundheitsleistungen aus. Das ist für sich genommen nicht negativ zu bewerten, denn Länder mit einem hohen Pro-Kopf-Einkommen haben tendenziell auch eine hohe Präferenz für Gesundheitsgüter. Bedenklich ist aber, dass das deutsche System bei internationalen Qualitätsvergleichen nur einen mittleren Rang einnimmt. Der gleiche Ressourcenaufwand führt also hierzulande zu einem



Susanne Erbe

Gesundheitswesen: Ineffizienzen beseitigen

schlechteren Ergebnis als andersorts. Dies spricht dafür, dass Effizienzreserven vorhanden sind, die dringend ausgeschöpft werden müssen, bevor man daran geht, mehr Geld ins System zu pumpen.

Ineffizienzen werden überall dort am leichtesten beseitigt, wo der Wettbewerbsdruck steigt. Von vielen Seiten wird daher vorgeschlagen, vor allem den Anbieterwettbewerb zu stärken. Dies macht es erforderlich, das Angebotsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzubrechen. Dann könnten die Kassen mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abschließen und nicht wie bisher mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Das würde zwar die freie Arztwahl beschneiden, verspricht jedoch Effizienzgewinne, denn die Kassen hätten die Möglichkeit, die Honorierung der Leistungen individuell auszuhandeln und eine preisbewusstere Verschreibungspraxis zu honorieren. Neue Organisationsformen wie Ärztenetzwerke oder kasseneigene Polikliniken könnten entstehen, deren Kostenvorteile durch gemeinsame Gerätnutzung und die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sich in Wettbewerbsvorteilen niederschlagen würden. Eine solche Um-

strukturierung würde es überdies erleichtern, vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip überzugehen.

So gut sich die Forderung nach mehr Anbieterwettbewerb auch anhört, es bleiben genügend Probleme zu lösen: Zum einen erfordert ein stärkerer Wettbewerb auch das Vorhandensein vieler Anbieter im Raum. Das mag in den Ballungszentren gewährleistet sein, wie sieht es aber auf dem Lande aus? Hier müssen wohl nach wie vor alle Kassen mit den ansässigen Anbietern kontrahieren. Zum anderen bedeutet mehr Wettbewerb auch, dass weniger wettbewerbsfähige Anbieter vom Markt verschwinden. Dies wiederum dürfte die Interessenverbände der niedergelassenen Ärzte auf den Plan rufen. Wie kampfbereit diese sind, demonstriert derzeit die Kassenärztliche Vereinigung.

Von einer vielfältigen Angebotslandschaft profitieren die Patienten, sie setzt aber auch gut informierte Kunden voraus, die in der Lage sind, ihren Interessen gemäß auszuwählen. Das Verhalten der Versicherten in der Vergangenheit hat allerdings gezeigt, dass nicht wenige mit einer größeren Vielfalt nichts anfangen können: Sogar so einfache Unterscheidungsmerkmale wie der Beitragssatz hat viele Mitglieder nicht zu einem entsprechenden Kassenwechsel bewegen können.

Eine Reform der Angebotslandschaft würde dazu beitragen, die Ressourcen im Gesundheitswesen effizienter zu nutzen. Die Probleme werden sich aber im Detail zeigen: Was wird beispielsweise aus dem Risikostrukturausgleich? Angesichts der zu erwartenden Widerstände ist freilich ohnehin damit zu rechnen, dass allenfalls kleine Schritte in diese Richtung unternommen werden.