

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Boss, Alfred

Working Paper

Kostendämpfung im Gesundheitswesen - aber wie?

Kiel Working Papers, No. 301

Provided in cooperation with:
Institut für Weltwirtschaft (IfW)

Suggested citation: Boss, Alfred (1987) : Kostendämpfung im Gesundheitswesen - aber wie?,
Kiel Working Papers, No. 301, <http://hdl.handle.net/10419/1120>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Kieler Arbeitspapiere Kiel Working Papers

Arbeitspapier Nr. 301

Kostendämpfung im Gesundheitswesen -
aber wie ?

von
Alfred Boss

Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel
The Kiel Institute of World Economics

ISSN 0342 - 0787

Institut für Weltwirtschaft
2300 Kiel, Düsternbrooker Weg 120

Arbeitspapier Nr. 301

Kostendämpfung im Gesundheitswesen -
aber wie ?

von
Alfred Boss

As 4090 / 87 Weltwirtschaft
Kiel

Oktober 1987

Für Inhalt und Verteilung der Kieler Arbeitspapiere ist der jeweilige Autor allein verantwortlich, nicht das Institut.

Da es sich um Manuskripte in einer vorläufigen Fassung handelt, wird gebeten, sich mit Anregung und Kritik direkt an den Autor zu wenden und etwaige Zitate vorher mit ihm abzustimmen.

ISSN 0342 - 0787

Gliederung

A. Das Problem

B. Tendenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

C. Warum kam es dazu?

I. Alternative Erklärungen der Entwicklung

II. Moral hazard und unzureichender Wettbewerb unter den Anbietern

D. Was ist zu tun?

I. Nachfrageseite

II. Angebotsseite

a) Arztleistungen

b) Arzneimittel

c) Krankenhausleistungen

E. Abschließende Bemerkungen

A. Das Problem

1. Die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen wieder einmal im Blickfeld der öffentlichen Diskussion. Nach mäßiger Ausgabenexpansion in den Jahren 1982 und 1983 (0,8 vH und 3,5 vH) sind die Ausgaben der GKV 1984 um 7,4 vH, 1985 um 5,2 vH und 1986 um 5,0 vH gestiegen (1). Viele Krankenkassen haben ihre Beitragssätze erhöht, nachdem diese Sätze 1983 und noch im Verlauf des Jahres 1984 auf breiter Front gesenkt worden waren. Noch höhere Beitragssätze werden befürchtet. "Kostendämpfung" wird fast unisono gefordert.

2. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen ergriffen. Die Vorbereitungszeit für die Zulassung als Kassenarzt ist von 6 Monaten auf 18 Monate verlängert worden (2); eine entsprechende Änderung der Bundesärzteordnung ist dieser Maßnahme gefolgt. Die Krankenhausfinanzierung ist neu geregelt worden (3). Für den Pharmamarkt sind Preisvergleichslisten eingeführt worden. Andere Maßnahmen kommen hinzu (4). Es scheint beabsichtigt zu sein, die feste Verordnungsgebühr von 2 DM je Präparat durch eine prozentuale Selbstbeteiligung zu ersetzen und das Leistungsangebot einzuschränken, etwa "Luxusleistungen" auszuklamern. Im Sozialbericht 1983, der laut Vorwort vom Kabinett beschlossen worden ist, heißt es: "Die zentrale Aufgabe besteht darin, mittelfristig unser Gesundheitswesen so zu gestalten, daß alle ... Beteiligten ein unmittelbares Eigeninteresse an Sparsamkeit haben. Die Selbstverantwortlichkeit des einzelnen muß in Zukunft wieder stärker aktiviert werden" (5).

(1) Vgl. Müller, Wolfgang, Ausgaben für Gesundheit 1985, in: Statistisches Bundesamt, Hrsg., Wirtschaft und Statistik, 1987, Heft 8, S. 655-661; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Gesetzliche Krankenversicherung, Rechnungsergebnisse 1986/1985 nach Vordruck KJ 1.

(2) Vgl. Bundesgesetzblatt 1983, Teil I, S. 1431-1433, Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vom 14.12.1983.

(3) Vgl. Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984, Sozialpolitische Informationen des BMA, sowie Ziffern 42 ff.

(4) Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Sozialbericht 1986, Bonn, Juli 1986, S. 30-38.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Referat Presse und Information, Sozialbericht 1983, Bonn, Dezember 1983/Januar 1984, S. 20, Ziffer 73.

3. In diesem Beitrag soll untersucht werden, wie man im Gesundheitswesen "die Kosten dämpfen" kann. Zuvor sollen die fundamentalen Mängel im System der GKV herausgearbeitet werden. Auch sollen die gegenwärtigen Regelungen, soweit dies erforderlich erscheint, dargestellt werden. Selbstverständlich können nicht alle Aspekte der Probleme diskutiert werden; es sollen vielmehr einige fundamentale Fragen erörtert und Anregungen gegeben werden.

B. Tendenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

4. Die Ausgaben für die Gesundheit sind in der Bundesrepublik Deutschland von 1970 bis 1985 außerordentlich stark gestiegen (1). Die jahresdurchschnittliche Zuwachsrates dieser Ausgaben (8,6 vH) war deutlich höher als jene für das nominale Bruttosozialprodukt (6,9 vH). Der Anteil der Gesundheitsaufwendungen am Bruttosozialprodukt ist von 10,4 vH im Jahre 1970 auf 13,1 vH im Jahre 1985 angestiegen. Die Sachleistungen unter den Ausgaben für die Gesundheit, also die Käufe von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz und Arztleistungen sowie die Ausgaben für die stationäre Behandlung im Krankenhaus, waren maßgebend dafür. Der Anteil der Einkommensleistungen (z.B. Krankengeld) am Bruttosozialprodukt nahm ab.

5. Im Verlauf der siebziger Jahre hat die Bedeutung der privaten Krankenversicherungen als Träger des Gesundheitswesens abgenommen (von 5,1 vH der Ausgaben 1970 auf 4,5 vH 1980); zuletzt hat sie aber wieder zugenommen (1985: 5,2 vH). Die Bedeutung der gesetzlichen Sozialversicherung hat demgegenüber ständig zugenommen; auf die GKV entfielen 1985 46,3 vH der Ausgaben für Gesundheit, 1970 waren es 34,7 vH (2).

6. Damit die Leistungen der Krankenversicherung finanziert werden konnten, waren neben (relativ geringen) staatlichen Zuschüssen an die Träger

(1) Vgl. Müller, Wolfgang, Ausgaben für Gesundheit 1985, in: Statistisches Bundesamt, Hrsg., Wirtschaft und Statistik, 1987, Heft 8, S. 655-661. Zahlen für 1986 liegen nur für Teilbereiche vor.

(2) Ebenda.

der GKV immer höhere Beiträge erforderlich. Der Beitragssatz in der GKV betrug 1970: 8,2 vH und 1982: 12,0 vH; Mitte 1987 betrug er 12,6 vH (1).

C. Warum kam es dazu?

I. Alternative Erklärungen der Entwicklung

7. Wenn der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit mit steigendem Real-einkommen zunimmt, so ist das - für sich betrachtet - nichts Aufregendes und nicht notwendigerweise ein Problem für die Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik. Relativ steigende Gesundheitsaufwendungen mögen den Änderungen in der Nutzeneinschätzung der Bevölkerung ebenso entsprechen wie etwa relativ zunehmende Ausgaben für den Kauf und die Unterhaltung von Automobilen oder relativ steigende Ausgaben für Waren und Dienstleistungen für Unterhaltungszwecke.

8. Einer solchen Beurteilung könnte man sich allerdings nur dann anschließen, wenn die GKV für den weitaus größten Teil der Bevölkerung nicht eine staatliche Zwangsversicherung wäre, wenn das Spiel der relativen Preise auch im Gesundheitsbereich zugelassen worden wäre und wenn dabei Angebot und Nachfrage von Gütern und Dienstleistungen der Gesundheitspflege über den Preis gesteuert worden wären.

9. Tatsächlich aber spielte die Absicht, Einkommen umzuverteilen, eine nicht unwesentliche Rolle. Schon bei der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung vor rund 100 Jahren gab es diese Bestrebung (2); im Laufe der Zeit ist die GKV zu einer immensen Umverteilungsbürokratie ausgebaut worden. Das Versicherungsprinzip hingegen kommt nur wenig zum Zuge.

(1) Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Sozialbericht 1986, S. 189; derselbe, Bundesarbeitsblatt, 1987.

(2) "In der GKV mit ihren verschiedenen Kassenarten ist das Versicherungsprinzip im Sinne eines versicherungstechnischen Risikoausgleichs von Beginn an bewußt um Sozial- bzw. Solidarziele ergänzt worden." Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987, S. 73.

10. Nun ist aber auch der Tatbestand der Umverteilung über die Institution GKV möglicherweise noch kein Grund für wirtschaftspolitische Änderungen. Wenn es - ausgedrückt in entsprechenden Wahlergebnissen - der Wunsch der Gesellschaft ist, auf diesem Wege einen steigenden Teil der Einkommen an die Bedürftigen oder an bestimmte andere Gruppen der Gesellschaft abzugeben, dann sind die genannten Zahlen Ausdruck dieses Wunsches und zeigen nicht notwendigerweise wirtschaftspolitischen Handlungsbedarf an.

11. Der Steuer- und Abgabenwiderstand, wie er sich etwa in der Abwanderung in die Schattenwirtschaft äußert (1), ist aber wohl Indiz dafür, daß eine alternative Hypothese zutrifft. Danach beruht das überproportionale Ausgabenwachstum in der GKV auf nicht sachgerecht konzipierten Versicherungskonditionen und lindert deshalb nicht unbedingt jene Nöte, die über die Umverteilungsmaßnahmen der GKV gelindert werden sollen. In diesem Fall gibt es gravierende Gründe für wirtschaftspolitische Eingriffe. Moral hazard auf der Nachfrageseite und fehlender Wettbewerb unter den Anbietern könnten die Anknüpfungspunkte sein.

II. Moral hazard und unzureichender Wettbewerb unter den Anbietern

12. Immer wenn ein bestimmtes Risiko über Versicherungen abgesichert wird und der Risikofall nicht unabhängig vom Verhalten des Versicherten eintritt, nimmt die Häufigkeit des Auftretens des Risikofalles zu ("moral hazard"). Dies ist das Ergebnis ökonomisch rationalen Verhaltens. Versicherungsleistungen im Krankheitsfall führen dazu, daß die Versicherten in höherem Maße medizinische Leistungen nachfragen als sonst, und zwar auch deshalb, weil die Unterstützungszahlungen die Anstrengungen zur Eigenvorsorge mindern; solche Anstrengungen in Form von Schutzmaßnahmen lohnen sich dann nämlich weniger.

13. Die Gesamtheit der Versicherten finanziert zwar letztlich - von begrenzten Staatszuschüssen abgesehen - über Beiträge die Versicherungsleistungen selbst, so daß es im Interesse der Versicherten liegt, daß die

(1) Vgl. Langfeldt, Enno, Schattenwirtschaft, Kieler Studien, Nr. 191, Tübingen 1984.

Beiträge für ein gegebenes Maß an Versicherungsleistungen möglichst niedrig liegen. Der einzelne Versicherte kann aber seinen Nutzen aus der Versicherung dadurch vergrößern, daß er, nachdem der Beitrag gezahlt ist, in möglichst hohem Maße Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt und damit dem Gruppeninteresse zuwiderhandelt (1). Insbesondere in einem großen Kollektiv wie der GKV wird es dieses Verhalten geben, ist doch die Rückwirkung der Ausbeutung der Krankenversicherung durch den einzelnen auf die künftige Höhe des Beitragssatzes so gering, daß sie im Kalkül des Individuums vernachlässigt werden kann.

14. Dennoch gibt es in der GKV kaum Vorkehrungen gegen moral hazard. In der privaten Versicherungswirtschaft hat man dagegen verschiedene Methoden entwickelt, um die moralische Versuchung des Versicherten zu verringern und "moral-hazard"-Verhalten zu begrenzen. Erstens werden Risikogruppen mit unterschiedlichen Prämiensätzen gebildet, um so für den Versicherten Anreize zum Selbstschutz vor dem Risiko zu erhalten oder zu schaffen. So wird der Gesundheitszustand vor dem Eintritt in eine private Krankenversicherung oder vor der Ausweitung des Versicherungsschutzes untersucht; auch gibt es in manchen Ländern unterschiedliche Prämiensätze für Raucher und Nichtraucher. Beitragsrückerstattungen bei Schadensfreiheit und Umstufungen in andere Tarifklassen im Schadensfall sind Beispiele aus der Kraftfahrzeugversicherung. Zweitens gibt es das Instrument der (absoluten oder relativen) Selbstbeteiligung an den Kosten der Versicherungsleistungen. Drittens gibt es Klauseln, nach denen in bestimmten Fällen Entschädigungszahlungen an Obergrenzen gekoppelt werden.

15. Im Bereich des Gesundheitswesens werden viele verschiedene Güter und Dienstleistungen angeboten, z.B. Arztleistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausleistungen. Die Rahmenbedingungen, unter denen dies geschieht, sind durch zahlreiche staatliche Eingriffe gekenn-

(1) Vgl. hierzu Müller-Groeling, Hubertus, Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Krankenversicherung. Ein Organisationsproblem auf dem Markt für medizinische Leistungen. In: Külp, Bernhard, und Stützel, Wolfgang, Hrsg., Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik. Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag. Berlin 1973, S. 59 ff.; vgl. auch Pauly, Mark V., The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review, Vol. 58, 1968, S. 531-537.

zeichnet. Diese haben dazu beigetragen, daß die Kosten des Gesundheitswesens rapide gestiegen sind.

16. Auch im Sozialbericht der Bundesregierung wird die überproportionale Ausgabenentwicklung je Mitglied u.a. erklärt durch Steuerungsmängel im System der GKV. "Insbesondere fehlt es an Anreizen zu wirtschaftlichem Verhalten bei Versicherten sowie Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaindustrie und anderen Leistungserbringern, aber auch bei den Krankenhäusern" (1).

D. Was ist zu tun?

I. Nachfrageseite

17. Das gegenwärtige System der Sicherung gegen Folgen der Krankheit verpflichtet weite Kreise der Bevölkerung zur Absicherung in der GKV; etwa 90 vH der Bevölkerung sind als versicherungspflichtige Mitglieder oder als mitversicherte Familienangehörige "in den Schutz der GKV einbezogen" (2). Das gegenwärtige System verzichtet bewußt auf Maßnahmen, die das Auftreten von "moral hazard" verringern, weil solche Maßnahmen als unvereinbar mit der Zielsetzung sozialer Gerechtigkeit und der Absicht einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen betrachtet werden. So gibt es eine Beitragsgestaltung entsprechend dem Risiko, das der Versicherte darstellt, grundsätzlich nicht. Umverteilungsziele stehen vielmehr im Vordergrund, wenn die Beiträge trotz gleicher Leistungsansprüche nach dem Einkommen gestaffelt werden oder wenn Familienangehörige mitversichert sind, ohne daß dies zu höheren Beiträgen führt. Eine Selbstbeteiligung an den Arzneimittelkosten oder den Kosten der Krankenhausbehandlung gibt es nur in vernachlässigbar geringem Maße. "Die Selbstbeteiligung in der GKV wird derzeit nur punktuell eingesetzt und ihre Höhe beläuft sich im Jahre 1984 auf 3,8 % der Ausgaben der GKV" (3). Der Patient erfährt (wegen des Sachleistungsprinzips)

(1) Sozialbericht 1986, a.a.O., Ziffer 98, S. 30-31.

(2) Deutsche Bundesbank, Hrsg., Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, 37. Jg., Nr. 1, Januar 1985, S. 29-39, hier: S. 31.

(3) Sachverständigenrat, a.a.O., Ziffer 166, S. 75, sowie Tabellen A 117 und A 118.

in der Regel sogar überhaupt nicht, welche Beträge für seine Behandlung im Einzelfall aufgewendet werden. Unter diesen Umständen verhindert das System eine effiziente Nutzung volkswirtschaftlicher Ressourcen; es führt zur Verschwendung.

18. Angesichts der anhaltenden Finanzprobleme der GKV hat es bescheidene Korrekturen jener Regelungen gegeben, die auf den ersten Blick sozial und wünschenswert erscheinen mögen (1). Im Jahre 1977 waren, nachdem es vorher je Rezept eine Beteiligung in Höhe von 20 vH des Wertes der Arzneimittel (maximal 2,50 DM je Rezept, generelle Befreiung der Rentner) gegeben hatte, eine Arzneikostenbeteiligung der Versicherten (ohne Kinder, Schwangere und Kriegsbeschädigte) in Höhe von 1 DM je verordnetes Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel, eine gleich hohe Selbstbeteiligung der Rentner an den Arzneimittelkosten sowie eine Beteiligung der Versicherten an den Kosten für den Zahnersatz und für die Kieferorthopädie beschlossen worden. Zum 1.1.1982 wurde die Gebühr auf 1,50 DM je verordnetes Medikament und 4 DM für Heilmittel und Brillen festgesetzt (2); für Fahrten zum Arzt oder ins Krankenhaus zahlen die Versicherten seitdem außer in Härtefällen 5 DM statt vorher 3,50 DM je einfache Fahrt selbst. Ab 1.4.1983 müssen die Versicherten bestimmte Arzneimittel ("Bagatellmittel" wie Mittel gegen Erkältungs- und Reisekrankheiten oder Abführmittel) selbst bezahlen (3). Die Gebühr von 1,50 DM wurde ab 1.1.1983 durch eine Verordnungsgebühr von 2 DM je Präparat abgelöst. Außerdem müssen für Kuren je Tag 10 DM und bei Krankenhausaufenthalten je Tag 5 DM (allerdings nur für die ersten 14 Tage) von den Versicherten der GKV getragen werden (4). Viele dieser Regelungen geben allerdings zu Umgehungsversuchen Anlaß (Zunahme der Zahl der Fälle, für die es Ausnahmeregelungen gibt; Ausweichen auf (noch) "kostenlose" Arz-

(1) Vgl. Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juni 1977, BGBl. 1977, Teil I, S. 1069-1085, sowie Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung vom 22. Dezember 1981, BGBl. 1981, Teil I, S. 1578-1584. Vgl. auch Sachverständigenrat, a.a.O., Ziffer 189, S. 82.

(2) Vgl. Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981, BGBl. 1981, Teil I, S. 1578-1584.

(3) Haushaltsbegleitgesetz 1983 vom 20.12.1982, BGBl. 1982, Teil I, S. 1857.

(4) Ebenda.

neimittel und größere Packungen (1)) und vergrößern zudem den Verwaltungsaufwand. Die zaghafte Schritte in Richtung auf eine Kostenbeteiligung der Versicherten der Krankenkassen sind weniger ein Versuch, die anstehenden Probleme zu lösen, als ein Hinweis darauf, daß das Problem erkannt ist.

19. Die grundsätzliche Lösung der Probleme der Krankenversicherung besteht - bei gesetzlicher Verpflichtung aller Bürger zu einer Mindestabsicherung und bei individuell wählbaren Formen der Selbstbeteiligung - darin, das Risiko Krankheit bei echtem Wettbewerb zwischen privaten und staatlichen Versicherungen abzusichern. Jede gesetzliche Krankenkasse ist dann nur ein Anbieter unter vielen, der sich auf dem Markt behaupten muß. Die Kassen der GKV werden dies bei genereller Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungen aber nur dann können, wenn es gravierende Änderungen in der GKV in Richtung auf eine privatwirtschaftliche Ausrichtung gibt.

20. Dies bedeutet, daß die Leistungen des Versicherers dadurch finanziert werden, daß die Beiträge in Abhängigkeit vom "Risiko" des sich Versicherenden - also in Abhängigkeit von seinem Eintrittsalter, seinem Geschlecht und seiner konstitutionellen Verfassung, nicht aber seinem Einkommen - gezahlt werden. Das Äquivalenzprinzip wäre dann das entscheidende Konstruktionsprinzip der Krankenversicherung. Alle nicht-versicherungsimmanenten Umverteilungselemente würden damit aus der Versicherung gegen Krankheitsfolgen ausscheiden. Inwieweit eine Einkommensumverteilungspolitik auf eine andere Weise, die den marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus weniger stört und staatlichen Zwang in der Krankenversicherung verhindert, betrieben werden sollte, wird hier nicht erörtert. Maßnahmen dieser Art gibt es in Form der Sozialhilfe; erwägenswert scheint eine negative Einkommensteuer (2).

(1) Vgl. Bundesbank, a.a.O., S. 35. So ging beispielsweise 1983 gegenüber 1982 zwar die Anzahl der Arzneimittelverordnungen durch Ärzte bei der GKV um 10,4 vH zurück, gleichzeitig stiegen jedoch die Packungsgrößen beträchtlich an, so daß insgesamt die Arzneimittelausgaben der GKV um 5 vH zunahm. Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, in: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/2661 vom 20.12.84, S. 6.

(2) Vgl. Friedman, Milton and Rose, Free To Choose, New York und London, 1980, S. 119-123.

21. In einem marktwirtschaftlich organisierten System der Krankenversicherung würde das Angebot an verschiedenen Versicherungstarifen breiter aufgefächert. Neben einer Grundabsicherung, zu der alle Bürger verpflichtet wären, würden Zusatzleistungen bei entsprechend höheren Prämien angeboten werden, um den individuellen Wünschen der Versicherten gerecht zu werden. Wahrscheinlich sind die Präferenzen der Versicherten auch hinsichtlich des Grades an Freiheit bei der Arzt- und Krankenhauswahl und hinsichtlich der Bereitschaft, dafür zu zahlen, unterschiedlich. Entsprechende Tarifangebote würden entstehen und so die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt vergrößern. So ist es möglich, daß Krankenversicherungen mit Gruppen von Ärzten und Krankenhausträgern aushandeln, daß diese zu einem im vorhinein festgelegten Preis für eine bestimmte Personengruppe die medizinische Versorgung leisten. Der Versicherer kann dabei das günstigste Angebot wahrnehmen, die Versicherungsnehmer haben dann zwar nicht die Möglichkeit, den Arzt bzw. das Krankenhaus frei zu wählen, sie können aber ein bestimmtes Niveau medizinischer Versorgung zu einem niedrigeren Preis kaufen. Einrichtungen dieser Art gibt es in den USA in Form der sog. Health Maintenance Organizations (HMO). Diese Health Maintenance Organizations sind auch eine Alternative zu den traditionellen Gruppenversicherungen für die Beschäftigten eines Unternehmens. Den HMO entsprechende Einrichtungen sollen in der Schweiz erprobt werden.

22. Eine Selbstbeteiligung würde von privaten Versicherern bei allen Leistungen angeboten werden, wobei der Versicherte zwischen verschiedenen Graden der Selbstbeteiligung bei entsprechend gestaffelten Beitragssätzen wählen könnte. Auch würden Beitragsrückerstattungen für den Fall vorgesehen werden, daß Versicherungsleistungen generell oder in einzelnen Bereichen nicht in Anspruch genommen werden. Ferner würde eine Staffelung der Beitragssätze nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme - jedenfalls bei bestimmten Arten von Versicherungsleistungen - Anreize für eine effiziente Nutzung medizinischer Leistungen schaffen. Regelungen dieser oder ähnlicher Art hätten wohl auch zur Folge, daß der Wille zum Gesundsein bzw. zum Gesundwerden gestärkt würde.

23. Welche Formen der Selbstbeteiligung letztlich überwiegen würden, läßt sich nicht sagen. Viel spricht für die Vermutung, daß sich am Markt vor

alle jene Versicherungen durchsetzen würden, die den maximalen Selbstbeteiligungsbetrag jedes Versicherten auf einen bestimmten Anteil seines Jahreseinkommens begrenzen und den Selbstbeteiligungssatz (also den vom Versicherten selbst zu tragenden Anteil der Krankheitskosten) mit zunehmenden Kosten allmählich auf Null absinken lassen (1).

II. Angebotsseite

24. Die Ressourcenverschwendung im Bereich der GKV würde weiter vermindert, wenn die Änderungen auf der Nachfrageseite des Marktes für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen von Neuregelungen auf der Angebotsseite begleitet wären. Dies gilt gleichermaßen für Arztleistungen und Arzneimittel sowie für die Krankenhausbehandlung.

a) Arztleistungen

25. Fast 20 Jahre galt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus dem Jahre 1965. Damals wurde das System der Pauschalhonorierung durch das System der Einzelleistungsvergütung ersetzt. Ab 1.1.1983 gilt eine Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit rd. 2400 Gebührenpositionen. "Sie gilt für den Bereich der ambulanten und stationären privatärztlichen Behandlung und ist für etwa 8,5 Millionen Bürger von Bedeutung" (2). Sie wertet - im Vergleich zur alten GOÄ - die persönlichen Leistungen des Arztes auf und die medizinisch-technischen Verrichtungen ab. Überdurchschnittliche Honorarforderungen müssen die Ärzte schriftlich begründen. Als Begründung werden "besondere Schwierigkeiten im Einzelfall" akzeptiert. Am 1.1.1985 sind in der GOÄ (und in der Bundespflegesatzverordnung) einige Neuregelungen in Kraft getreten (3).

26. All diese Regelungen der GOÄ sind wenig ökonomisch. Sinnvoll ist es dagegen, daß ein Arzt - jedenfalls für Standardleistungen - eine Preisliste

(1) Vgl. Feldstein, Martin, A New Approach to National Health Insurance, in: The Public Interest, Spring 1971, sowie Pauly, Mark, More on Moral hazard, Journal of Health Economics, 1983, S. 81-85.

(2) Vgl. Sozialbericht 1986, a.a.O., S. 36.

(3) Vgl. Sozialbericht 1986, a.a.O., S. 36-37.

erstellt und die potentiellen Nachfrager seiner Leistungen über seine Preise informiert. Im Wettbewerb kann der Arzt dann sein Einkommen zu erhöhen versuchen. Je nach Qualität der erbrachten Leistung würde sich eine Stafelung der Arztpreise für bestimmte Leistungen entwickeln. Der Arztkunde könnte dann auch zwischen verschiedenen "Qualitätsstufen" wählen. Überfüllte Wartezimmer gäbe es nicht mehr. Verbesserungen ergäben sich bei freier Preisgestaltung auch dadurch, daß technische Leistungen und Laboruntersuchungen nicht so sehr von Ärzten, sondern eher von anderen Institutionen, möglicherweise von Spezialinstituten mit Spezialisierungsvorteilen, übernommen würden.

27. Um den Wettbewerb zu stärken, müßten jene Regelungen beseitigt werden, die den Marktzugang erschweren oder behindern (1). Den Arztberuf darf gegenwärtig nur ausüben, wer einen Befähigungsnachweis erbringt; die staatliche Approbation ist zwingend erforderlich. Der vorgegebene Zweck besteht darin, durch eine hohe Qualität der Arztfähigkeiten die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der angehende Arzt muß im Anschluß an das Studium ein "praktisches Jahr" in besonderen Lehrkrankenhäusern ableisten. Diese Zeit praktischer Tätigkeit ist inzwischen verlängert worden. Die vierte Änderungsnovelle zur Bundesärzteordnung sieht die grundsätzliche Einführung einer zweijährigen Praxisphase für die Tätigkeit als Arzt im Praktikum vor (2). Hinzu kommt die "Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung". Die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten kann für erheblich überversorgte Gebiete Zulassungsbeschränkungen aussprechen. Diese sind allerdings zeitlich zu befristen und nur für einzelne Arztgruppen zulässig (3).

28. Die Verschärfung der Ausbildungsanforderungen hat vor allem den Zweck, den bereits approbierten Ärzten lästige Konkurrenten aus dem Wege zu schaffen. Die Begründung lautete aber nicht Schutz der etablierten Ärzte vor Konkurrenz, sondern Verhinderung der ungezügelten Ärzteschwemme. Während die Bevölkerung abnehme, steige die Zahl der Absol-

(1) Vgl. Pütz, Paul, und Meyerhöfer, Walter, Hemmnisse und Hilfen für Unternehmensgründungen, Köln 1982.

(2) Vgl. Sachverständigenrat, a.a.O., Ziffer 84.

(3) Vgl. Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19. Dezember 1986, BGBl. 1986, Teil I, S. 2593-2594; Sozialbericht 1986, a.a.O., Ziffer 109.

venten der medizinischen Fakultäten oder Fachbereiche der Universitäten. Bei sinkender Patientenzahl je Arzt bestehe, wie sich gezeigt habe, die Neigung, die Patienten intensiver zu behandeln und mehr Medikamente zu verschreiben. Diese Argumentation beruht auf den Erfahrungen mit dem Dirigismus im Gesundheitswesen. Sie ist völlig falsch, wenn die Reformvorschläge für die Nachfrageseite befolgt werden. Wenn sich nämlich die Preise für Arztleistungen (und Medikamente) frei bilden und der Patient für seine Behandlung (und seine Medikamente) zahlen muß, dann ist die von den Verfechtern der Regulierung (angesichts sinkender Bevölkerung und steigender Zahl von Ärzten) befürchtete "Kostenexplosion" nicht zu erwarten.

29. Nichtsdestoweniger wird mit der beschriebenen Pseudo-Argumentation nicht nur die Zeit der "praktischen Ausbildung" der Ärzte verlängert, diese Argumentation wird auch bemüht, um einen verschärften Numerus clausus für Ärzte und Zahnärzte (und auch Apotheker) zu fordern (1). Angebracht ist es statt dessen, den Numerus clausus abzuschaffen. Auch dürfte Ärzten aus dem Ausland im Interesse eines intensiven Wettbewerbs der freie Zugang zum heimischen Markt für Arztleistungen nicht verwehrt werden. Niederlassungsfreiheit ist nicht nur - wie ab 1980 - für ausländische Ärzte der Europäischen Gemeinschaft erforderlich. Generell sollte das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auch für den Markt für Arztleistungen gelten.

b) Arzneimittel

30. Der Arzneimittelmarkt ist auf der Hersteller- und der Vertriebsstufe in hohem Maße reguliert (2). Durch eine Qualitätsregulierung der pharmazeutischen Produkte sollen die Kunden (und Ärzte) vor falschen Entscheidungen geschützt werden. Zum 1.1.1978 ist der gesetzliche Rahmen für die Einführung von Fertigarzneimitteln verändert worden. Zuvor galten die Regelungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) von 1961.

(1) Vgl. Gesundheitspolitische Gesellschaft, Rezepte gegen Ärzteschwemme und Kostenexplosion, in: Kieler Nachrichten vom 27.2.1985.

(2) Vgl. hierzu Müller, Jürgen, und Vogelsang, Ingo, Staatliche Regulierung, Baden-Baden 1979, vor allem S. 290 bis S. 303; Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelgesetzes vom 24. August 1976, BGBl., Teil I, S. 2445-2482.

31. Bis zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes bestand lediglich die Verpflichtung, Fertigarzneimittel beim Bundesgesundheitsamt registrieren zu lassen. Diese Registration umfaßte eine Überprüfung auf Qualität und Unbedenklichkeit sowie eine Kontrolle hinsichtlich irreführender Angaben. Ein Wirksamkeitsnachweis war damit nicht verbunden. Die Wirksamkeit mußte sich in der Markt- und Verordnungsphase erweisen. Durch die Arzneimittelprüfrichtlinie von 1971 wurde erstmals ein Wirksamkeitsnachweis verlangt, der in das neue AMG von 1977 eingegangen ist. Das AMG sieht dabei Richtlinien für die klinische Prüfung vor und verlangt Gutachten (§ 24 AMG) über die pharmakologisch-toxikologischen und klinischen Prüfungen, ohne daß das Bundesgesundheitsamt (BGA) direkt in das Testprogramm einbezogen wird. Für Naturheilmittel ist ein Wirksamkeitsnachweis nicht erforderlich. Diese Mittel werden nicht zugelassen, sondern lediglich registriert.

32. Im Rahmen des materiellen Zulassungsverfahrens muß der Hersteller seit dem 1.1.1978 die Unbedenklichkeit, die Wirksamkeit und die Qualität eines Arzneimittels nachweisen. Bei Fertigarzneimitteln (ohne Naturheilmittel) ist der Wirksamkeitsnachweis dann vom Hersteller erbracht, wenn bestimmte Indizien für die im Zulassungsantrag behauptete Wirksamkeit eines Arzneimittels (im Sinne jederzeit reproduzierbarer Ergebnisse eines nach einheitlichen Methoden ausgerichteten naturwissenschaftlichen Experiments) vorliegen. Das AMG von 1977 sieht selbständige Sachverständigenkommissionen vor, welche die vom Hersteller eingereichten Unterlagen beurteilen und insbesondere über Unbedenklichkeit und Wirksamkeit entscheiden. All dies verzögert die Einführung neuer chemischer Wirkstoffe, verringert die Zahl von Neuzulassungen und erhöht die Markteintrittsschranken für "neue" Unternehmen.

33. Bei Zwischenfällen mit Arzneimitteln galt früher das Verschuldensprinzip. Seit dem 1. Januar 1978 muß der Hersteller bei Schäden auch dann haften, wenn diese nicht vorhersehbar waren, also nicht schuldhaft verursacht wurden (§§ 84 ff.). Diese Regelung schafft für Arzneimittel generell eine schärfere Haftungsregel als für andere Produktgruppen wie z.B. Lebensmittel. Die Hersteller versichern das Risiko verschuldeter und unverschuldeter Schäden über eine Pflichtversicherung.

34. Um die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu begrenzen, hat man versucht, durch ein "Anti-Werbungskartell" die Wettbewerbsanstrengungen einzuschränken. Diese Selbstbeschränkungsmaßnahme der Pharmaindustrie wurde vom Bundeswirtschaftsministerium 1976 kartellrechtlich genehmigt. Nach dem AMG können für bestimmte Fertigarzneimittel generischer Äquivalenz, deren Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität als erwiesen gelten, bestimmte Standards aufgestellt werden. Alle Hersteller, die diese Standards erfüllen, werden dann zugelassen. Um eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten, werden für diese Standardmedikamente die Zusammensetzung, die Kennzeichnung, die Information auf der Packungsbeilage, die Darreichungsform und die Angaben über die Kontrollanalytik amtlich festgesetzt. Alle Arzneimittel, die therapeutisch vergleichbar sind, werden dann nicht mehr unter dem Firmennamen, sondern unter einer einzigen Bezeichnung vertrieben, um so die Marktübersicht zu verbessern. Davon erhofft man sich niedrigere Arzneimittelpreise. Außerdem erstellt eine unabhängige Sachverständigenkommission (Transparenzkommission) eine nach Indikationen geordnete Preis- und Leistungsübersicht. Diese Übersicht soll die wirksamen Bestandteile der Arzneimittel, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sowie ihren Preis ausweisen. Die Übersichten, auch eventuelle Minderheitsvoten innerhalb der Kommission, werden veröffentlicht.

35. Etwa 80 vH der Arzneimittel sind apothekenpflichtig (1), dürfen also nur durch Apotheken an den Verbraucher verkauft werden. Die apothekenpflichtigen Medikamente werden teils ohne ärztliche Verschreibung, teils durch ärztliches Rezept weitergegeben. Nach § 48 des AMG sind Medikamente vor allem dann verschreibungspflichtig, wenn sie auch bei bestimmungsmäßigem Gebrauch die Gesundheit gefährden können. Das Bundesverfassungsgericht sieht den vorwiegenden Zweck der Apothekenpflichtigkeit in der Vorbeugung vor Heilmittelmißbrauch. Daneben wird die Apothekenpflicht als Mittel zur Sicherung der Existenz der Apotheken und des Einkommens der Apotheker befürwortet. Nach § 45 des AMG von 1976 können Arzneimittel für den Verkehr außerhalb der Apotheken zugelassen werden, soweit nicht durch ihre Freigabe die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung gefährdet wird.

(1) Vgl. Oberender, Peter, Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt, in: Wirtschaftsdienst, 64. Jg., 1984, S. 455-461.

36. Bis zum Ende der 50er Jahre wurde staatlicherseits die Anzahl der Apotheken mit der Absicht der "im öffentlichen Interesse gebotenen Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung" festgelegt. Es wurde behördlich geprüft, ob eine Apotheke zugelassen werden sollte. Diese an Merkmalen wie z.B. der Einwohnerzahl orientierte Beschränkung des Marktzutritts wurde durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 11. Juni 1958 als nicht verfassungskonform erklärt (wegen der Beschränkung der freien Berufswahl durch objektive Zulassungsvoraussetzungen); im Apothekengesetz von 1960 wurde die Niederlassungsfreiheit verankert. Daraufhin wurden verstärkt Apotheken gegründet. Schon zwei Jahre nach dem Urteil hatte sich die Zahl der Apotheken verdoppelt.

37. Weiterhin bestehen aber gewisse Zutrittsbeschränkungen. Nach § 1, Abs. 2, Apothekengesetz (1) kann die Erlaubnis für den Betrieb einer Apotheke nur erteilt werden, wenn der Antragsteller die deutsche Bestalung als Apotheker (Approbation) besitzt. Dadurch hat die Zulassungsbeschränkung für das Studienfach Pharmazie zunehmende Bedeutung als Marktzugangsbeschränkung gewonnen. Der Marktzutritt ist auch dadurch beschränkt, daß es einem Apotheker untersagt ist, mehrere Apotheken zu betreiben, auch dann, wenn er seine Filialen durch angestellte Apotheker leiten lassen will. Apotheker können somit nicht die Rationalisierungsvorteile einer Filialkette ausnutzen. Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich die Errichtung einer Zweigapotheke. Dies ist nach § 16 Apothekengesetz jedoch nur möglich, wenn "infolge Fehlens einer Apotheke ein Notstand in der Arzneimittelversorgung" eintritt. Auch Fremdbesitz wird nicht gestattet. Dieses Verbot ergibt sich nach dem Apothekengesetz daraus, daß nach § 7 die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke zur persönlichen Leitung in eigener Verantwortung verpflichtet und die Verpachtung einer Apotheke nach § 9 an genau umrissene, eng begrenzte Situationen der persönlichen Lebensumstände eines Apothekers gebunden ist. Entsprechend dem Berufsbild des Apothekers unterbleiben alle Werbemaßnahmen. Die ausgeprägten Standesrichtlinien beinhalten sogar, daß Apotheker, die durch Werbung auf Preissenkungen aufmerksam machen, mit Verfahren vor Berufsgerichten rechnen müssen. Die Vertragsfreiheit des Apothekers wird auch insoweit

(1) Vgl. Gesetz über das Apothekenwesen vom 20. August 1960, geändert am 24. August 1976.

eingeschränkt, als er sich nach § 10 Apothekengesetz nicht verpflichten darf, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder sein Angebot auf bestimmte Hersteller zu beschränken.

38. Bei der Preisgestaltung im Pharmabereich sind die Hersteller frei. Bis zum 1.1.1978 bestand auch auf der Großhandelsstufe die Möglichkeit der freien Preisbildung. In der Praxis hatten sich jedoch die vom Hersteller empfohlenen Großhandelsabgabepreise für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel durchgesetzt. Auf der Einzelhandelsstufe galten staatlich geregelte Apothekenhöchstzuschläge (nach der Deutschen Arzneitaxe (1)) auf der Basis der auf normaler Marktlage beruhenden Großhandelspreise. Weil die empfohlenen Großhandelsabgabepreise generell akzeptiert und als feste Preise den Apothekenhöchstzuschlägen zugrunde gelegt wurden und die Apotheken diese Zuschläge voll ausschöpften, ergaben sich faktisch bei allen Apotheken einheitliche Verbraucherpreise für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel, die industriell hergestellt wurden. Für Arzneimittel aus der Apothekenherstellung galten staatlich gesetzte Höchstpreise.

39. Die Arzneitaxe gab also nur die Höchstgrenze für die Handelsspannen der Apotheken an. In der Praxis wurde die Höchstzuschlagsregelung jedoch wie eine Festpreisregelung dadurch gehandhabt, daß die Apotheken das von ihrer Berufsvertretung herausgegebene Preishandbuch der großen deutschen Spezialitätentaxe bei der Preisbildung zugrunde legten, also auf die empfohlenen Großhandelspreise die Höchstzuschlagssätze anwendeten. Sie taten dies aufgrund der ausgeprägten Standesrichtlinien. Eine Festpreisregelung, die auf einheitlichen Preisspannen beruht, und die empfohlenen Großhandelsverkaufspreise sicherten jedoch noch keine gleichen Spannen in der Praxis. Wegen des Wettbewerbs zwischen den Großhändlern gab es unterschiedliche Rabatte, so daß die tatsächlichen Apothekeneinkaufspreise manchmal unter den empfohlenen Großhandelspreisen lagen. Wenn Apotheken diese Preisnachlässe nicht an den Verbraucher weitergaben, sondern den höchstmöglichen Aufschlag auf die empfohlenen Großhandelspreise berechneten, konnten die tatsächliche Handelsspanne und der Gewinn der Apotheken größer sein, als in der Arzneitaxe vorgesehen war.

(1) Deutsche Arzneitaxe vom 1. Januar 1936, Ausgabe 1968, in der Fassung der 6. Verordnung zur Änderung der Deutschen Arzneitaxe 1936 vom 6. Juni 1968, Bundesanzeiger Nr. 107 vom 11. Juni 1968.

40. Die Einheitlichkeit der Apothekenverkaufspreise wurde mit der seit dem 1.1.1978 gültigen Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft über Preisspannen für Fertigarzneimittel, die die Deutsche Arzneitaxe abgelöst hat, legalisiert (1). Sie gilt für alle apothekenpflichtigen Fertigarzneimittel (etwa 80 vH der Arzneimittel) und schreibt auf der Großhandelsstufe Höchstzuschläge, auf der Apothekenstufe Festzuschläge auf die Summe aus Herstellerabgabepreis und Höchstzuschlag vor (Preisbindung der zweiten Hand). Angesichts der Selbstbeschränkung der Produzenten beim Einsatz des Parameters Werbung und Information gibt es um so mehr Werbung und Information über die "Pharmareferenten" bei Ärzten (2). Zu den traditionellen Regulierungsmethoden sind in jüngster Zeit noch weitere staatliche Eingriffe hinzugekommen (3).

41. Zur Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sollte eine Vielzahl von Schritten in Erwägung gezogen werden (4). Zunächst sollten nichttarifäre Handelshemmnisse abgebaut werden, die durch unterschiedliche Registrierungs- und Zulassungsbeschränkungen in den einzelnen Ländern entstehen können. Alle Arzneimittelhersteller sollten unter gleichen Bedingungen Zugang zu den Märkten in den einzelnen Ländern haben. Auch kann im nationalen Alleingang das Verfahren der Arzneimittelzulassung liberalisiert werden (5). Statt der immer stärker angewendeten Sicherheitskontrolle vor Zulassung eines Arzneimittels sollte ein Verfahren angestrebt werden, bei dem der einzelne Patient - bei ärztlicher und pharmazeutischer Beratung - mitentscheiden darf, ob ein neues, besonders wirksames Medikament verabreicht wird (begleitende Sicherheitskontrolle

(1) Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel vom 17. Mai 1977, BGBl. 1977, Teil I, S. 789-791.

(2) Vgl. Oberender, a.a.O., Mehr Wettbewerb, Wirtschaftsdienst 1984, S. 457.

(3) Zweites Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes, BGBl. 1986, Teil I, S. 1296-1304.

(4) Vgl. hierzu Klaus Möbius, Ekkehart Seusing, Adolf Ahnefeld, Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland. Kieler Studien, 140, Tübingen 1976, S. 93-97.

(5) Vgl. hierzu Oberender, Peter, Für Marktwirtschaft, in: Bundesarbeitsblatt, 1984, Heft 12, S. 27-30, sowie derselbe, Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage: Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen - Vorschläge zur Neuorientierung im Gesundheitswesen, in: Geigant, F., und Oberender, Peter, Hrsg., Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung, Band 8, Gerlingen 1984.

nach Einführung des Medikaments statt präventive Sicherheitskontrolle). Die Wirksamkeit eines Medikaments kann sich nur im Wettbewerb herausstellen. Der an den Kosten beteiligte Patient wird bemüht sein, das - in seinem Fall - wirksamste Medikament herauszufinden und zu verwenden. Wirksamkeitskontrolle durch den Staat beruht auf "Anmaßung von Wissen" (1). Auf der Ebene der Arzneimittelhersteller ist der Marktzugang durch den Patent- und Markenschutz erschwert. Liberalisierungsmaßnahmen, auch eine Verkürzung von Patent- und Markenschutzlaufzeiten, sollten erwogen werden. Verschreibungspflichtig sollten nur noch wirklich gefährliche Medikamente sein. Dabei ist zu bedenken, daß die Konsumenten in anderen Lebensbereichen viele gefährliche Güter kaufen dürfen, ohne daß es eine Verschreibungspflicht gibt. Auf der Stufe der Apotheken sollte Preiswettbewerb ermöglicht werden, indem die Preisspannenverordnung aufgehoben wird. Ferner sollte zugelassen werden, daß nichtverschreibungspflichtige Medikamente auch außerhalb der Apotheken verkauft werden können. Umgekehrt sollten Apotheker das verkaufen dürfen, was immer sie an "branchenfremden" Produkten verkaufen wollen. Auch das aut-simile-Verbot und das Auseinzelnungsverbot sollten aufgehoben werden. Dann könnte der Arzt, sofern er es aus therapeutischen Gründen für vertretbar hält, nur einen Wirkstoff verordnen und der Apotheker dann in Absprache mit dem (an den Kosten beteiligten) Patienten das Präparat festlegen. Auch könnte der Apotheker preisgünstig Großpackungen von Arzneimitteln einkaufen und dann beliebig in kleineren Mengen verkaufen. Auch das Mehrfachbesitz- und das Fremdbesitzverbot sollten aufgehoben werden.

c) Krankenhausleistungen

42. Nach dem Krankenhaus-Finanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 erhielten die Krankenhäuser einen direkten Zuschuß des Staates, um so die investiven Kosten der Krankenhäuser im Rahmen der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben zu finanzieren. Voraussetzung für die Zuschußgewährung war die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan bzw. das Krankenhausbauprogramm. Die laufenden Kosten wurden über die Pflegesätze gedeckt

(1) Vgl. Oberender, Peter, Für Marktwirtschaft, a.a.O., sowie derselbe, Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt, in: Wirtschaftsdienst, 64. Jg., 1984, S. 455-461.

(Bundespfllegesatzverordnung vom 25. April 1973). Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 hat also die Verantwortlichkeiten für die Investitionskosten und für die Betriebskosten getrennt. Bund und Länder teilten sich die Investitionskosten für als förderungswürdig angesehene Krankenhäuser, was für beide Ebenen Anreize zu überhöhten Investitionen setzte. Weil die Betreiber eines Krankenhauses damit rechnen konnten, daß die Betriebskosten finanziert werden - entweder über den Pflegesatz von den Patienten bzw. der GKV oder über Zuschüsse des Krankenhausträgers - fehlte jegliches Interesse an Wirtschaftlichkeit (1).

43. Andere Probleme kamen hinzu. Es gab Schwierigkeiten, die investiven von den laufenden Kosten zu trennen. Da nur die investiven Kosten für Anlagegüter von der öffentlichen Hand finanziert wurden, die Instandhaltungskosten dagegen über die Pflegesätze zu finanzieren waren, versuchten die Krankenhausträger, die Definition investiver Güter möglichst weit zu fassen. Zudem kam es wegen der Beteiligung des Staates an den Ausgaben zu einer reichlichen Ausstattung mit medizinisch-technischen Einrichtungen und zu dem sogenannten Bettenberg.

44. Angesichts des außerordentlich starken Anstiegs der Ausgaben der GKV in der ersten Hälfte der 70er Jahre wurde 1976 und 1977 versucht, die "Kosten zu dämpfen". Unter Beteiligung der GKV, der Leistungserbringer, der Sozialpartner und der Gebietskörperschaften wurde eine "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" gebildet. Dieses Gremium hat die Aufgabe, medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten zu erarbeiten, auf dieser Grundlage Empfehlungen insbesondere für die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben und Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen zu unterbreiten. Kommen einvernehmliche Empfehlungen der Konzertierten Aktion nicht zustande, sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigun-

(1) Vgl. hierzu etwa Oberender, Peter, Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Band 31, 1980, S. 145-176, hier: S. 163-164.

gen verpflichtet, Orientierungsempfehlungen für diese Bereiche abzugeben (1). Der Krankenhausbereich wurde zum Jahresbeginn 1982 in die Konzentrierte Aktion einbezogen (2). Bei der Bedarfsplanung wirkten seither die Krankenhäuser und Krankenkassen stärker mit. Der Einsatz der öffentlichen Fördermittel wurde u.a. durch finanzielle Anreize zur Erleichterung des Bettenabbaus wirtschaftlicher gestaltet. Die Krankenkassen erhielten bei der Festsetzung der Pflegesätze ein stärkeres Mitspracherecht; die endgültige Entscheidung blieb jedoch den Ländern vorbehalten.

45. Zum Jahresbeginn 1985 wurden weitere Korrekturen im Krankenhauswesen wirksam (3). Das duale System der Krankenhausfinanzierung, wonach die Investitionskosten von der öffentlichen Hand und die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten von den Patienten bzw. der Krankenversicherung zu tragen sind, wurde aufgelockert. Krankenhäuser und Krankenkassen haben die Möglichkeit, sog. Investitionsverträge abzuschließen und insbesondere Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz zu finanzieren.

46. Die Mittel für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser werden ab 1985 allein von den Ländern aufgebracht, die Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (1983: 1,445 Mrd. DM (einschließlich 0,538 Mrd. DM für den Kapitaldienst für Altschulden), 1984: 0,953 Mrd. DM) wurden gestrichen (Abbau der Mischfinanzierung durch Bund und Länder). Der Gestaltungsspielraum der Länder wurde durch eine Verringerung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung erweitert. Die bisherigen detaillierten Planungsvorgaben und Förderbestimmungen wurden durch Grundsatzvorschriften ersetzt. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen zwischen der jeweils zuständigen Landesbehörde und den an der Krankenhausversorgung im jeweiligen Land Beteiligten anzustreben. Unmittelbar

(1) Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.6.1977 (BGBl. 1977, Teil I, S. 1069-1085).

(2) Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981, a.a.O.

(3) Vgl. Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984 (BGBl. 1984, Teil I, S. 1716-1722) sowie Presse- und Informationsamt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Krankenhausfinanzierung wurde neu geordnet, in: Sozialpolitische Informationen, Jg. 18, Nr. 21 vom 21.12.1984.

beteiligt sollen - de lege ferenda der Länder - sein: die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

47. Die pflegesatzrechtlichen Vorgaben des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes wurden durch die am 1.1.1986 in Kraft getretene neue Bundespflegesatzordnung umgesetzt. Die Pflegesätze werden seither unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart; sie bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Kommt eine Pflegesatzvereinbarung nicht zustande, so wird der Pflegesatz von einer unabhängigen, paritätisch mit Vertretern der Krankenhäuser und der Krankenkassen besetzten Schiedsstelle festgesetzt. Der Vorsitz der Schiedsstelle soll von den beteiligten Organisationen einem neutralen Vorsitzenden übertragen werden; wenn diese sich nicht einigen, hat das Land ein Bestellungsrecht.

48. Der bis Ende 1984 geltende - allerdings nicht überall praktizierte - Gewinn- und Verlustausgleich wurde abgeschafft. Künftig werden Kosten, die durch die im voraus kalkulierten Pflegesätze nicht gedeckt sind, nicht mehr nachträglich erstattet. Krankenhäuser, die besonders wirtschaftlich geführt werden, können erzielte Gewinne behalten, wie umgekehrt Krankenhäuser mit Verlusten diese selbst zu tragen haben (1).

49. Diese Maßnahmen zielen in die richtige Richtung, sind aber nur ein bescheidener Schritt in Richtung auf Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich. Letztlich müssen alle Krankenhäuser dem Wettbewerbsdruck ausgesetzt werden. Die Preise für Dienstleistungen der Krankenhäuser müssen Marktpreise sein; Krankenhäuser und Krankenversicherungen müssen in die Lage versetzt werden, Preise frei auszuhandeln. Staatliche Zuschüsse zur Finanzierung der laufenden Ausgaben oder der Investitionsausgaben dürfen nicht gezahlt werden. Es gibt grundsätzlich keine ökonomischen Gründe dafür, Krankenhäuser anders zu behandeln als die Produzenten beliebiger privater Güter. Einer staatlichen Krankenhausplanung bedarf es nicht.

(1) Vgl. Sozialbericht 1986, a.a.O., Ziffern 107 und 108, S. 33-35.

E. Abschließende Bemerkungen

50. Das Prinzip des Wettbewerbs und marktwirtschaftliche Steuerungselemente werden sich kaum von heute auf morgen durchsetzen lassen. Möglicherweise gibt es in speziellen Bereichen des Gesundheitswesens auch Grenzen für entsprechende Regelungen. Korrekturen im Bereich des Gesundheitswesens sollten sich aber dennoch an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientieren. Die obigen Überlegungen, auch wenn sie nicht ein umfassendes System einer optimalen Organisation des Gesundheitswesens beschreiben, könnten dabei hilfreich sein. Die Erfahrungen in anderen Ländern, vor allem in den Vereinigten Staaten und in der Schweiz, zeigen, daß marktwirtschaftliche Lösungen der Probleme in der Krankenversicherung möglich sind.