

Boris Augurzky, Silja Göhlmann,
Christoph M. Schmidt, Christoph Schwierz,
Marcus Tamm und Harald Tauchmann

Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen

#8 vom 27. März 2006



Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0
rwi@rwi-essen.de, <http://www.rwi-essen.de/positionen>

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2006

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.



Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen

**Boris Augurzky, Silja Göhlmann, Christoph M. Schmidt,
Christoph Schwierz, Marcus Tamm und Harald Tauchmann**

Vor dem Hintergrund des sich in Deutschland vollziehenden demographischen Wandels steht das deutsche Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Dies betrifft in besonderem Maße die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Während die öffentliche Diskussion diese Herausforderungen in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung bestehender Versorgungsstrukturen betrachtet, sieht das RWI Essen die Notwendigkeit für umfassende Reformen, die sowohl an der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite des Gesundheitssystems ansetzen und auf die Veränderung der Versorgungsstruktur insgesamt zielen. Entsprechende Reformen müssen sich an den Leitbildern verstärkten Wettbewerbs, größerer Eigenverantwortung und der Stärkung marktwirtschaftlicher Elemente orientieren. Wichtige Einzelaspekte sind die Einführung einer Gesundheitsprämie mit sozialem Ausgleich, die Aufweichung der starren Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die Einführung direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten, größere unternehmerische Freiheit für die Krankenhäuser und die Deregulierung der Arzneimittelversorgung.

¹ Die Autoren danken Anette Hermanowski, Frank Jacob und Claudia Lohkamp für ihre Unterstützung.

1. Gesundheitsreform bei Einnahmen und Ausgaben zwingend

Das deutsche Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich durch schnelle Zugänglichkeit, ein hohes Niveau an Leistungserbringung und technischer Ausstattung und freie Wahl seitens der Patienten gekennzeichnet. Jedoch wird die Leistungsfähigkeit in Bezug auf die eingesetzten finanziellen Mittel im Allgemeinen nicht als zufrieden stellend angesehen (Sachverständigenrat 2003; WHO 2000). Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion steht augenblicklich jedoch weniger Qualität und Wirtschaftlichkeit, sondern die bloße Finanzierung der bestehenden Versorgungsstrukturen. Der Schlüssel zu einer finanzierbaren und qualitativ befriedigenden Gesundheitsversorgung liegt aber in einer umfassenden Reform auf der Einnahmen- und Ausgaben-seite mit dem Ziel, die Struktur der Versorgung insgesamt zu verändern.

Auf der Einnahmenseite plädieren wir nachdrücklich für die Einführung einer Gesundheitsprämie mit sozialem Ausgleich. Die Sicherung einer ansprechenden Gesundheitsversorgung ist ein zu wichtiges und herausforderndes Ziel, um es weiterhin vom Verfolgen der Einkommensumverteilung überschatten zu lassen. Verteilungsaspekte sollten statt dessen in transparenter Weise durch das Steuersystem angesprochen werden. Wir sehen die ideale Lösung in der Einführung eines zweigleisigen Systems, bei dem die Gesundheitsprämie eine Grundversorgung absichert und darüber hinaus reichende Risiken auf freiwilliger Basis durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden können. Darüber hinaus sehen wir in der (gedeckelten) proportionalen Eigenbeteiligung der Patienten an den durch sie verursachten Kosten einen wichtigen Baustein einer sinnvollen Gestaltung der Einnahmenseite.

Bei den Gesundheitsreformen der Vergangenheit wurde die Ausgabenseite weitgehend vernachlässigt, wohl auch aus Gründen der politischen Durchsetzbarkeit. Wird sie auch künftig ausgeblendet, so würde dies für die Gesundheitsversorgung in Deutschland erhebliche negative Konsequenzen haben. Der (durchaus erfreuliche) medizinisch-technische Fortschritt und der demographische Wandel zwingen die Politik, endlich die überkommenen Versorgungsstrukturen umfassend in Frage zu stellen. Die Grundprinzipien, um bei wachsendem Bedarf und wachsenden technischen Möglichkeiten eine unkontrollierbare Explosion der Kosten zu verhindern, sind Eigenverantwortung und Wettbewerb.

Wir sehen insbesondere in einer Aufweichung der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eine Möglichkeit zur Effizienzsteigerung. Im ambulanten Sektor plädieren wir für die direkte Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Ärzten, für bessere Bedingungen zur Bereitstellung integrierter Versorgung und eine Abschaffung von Niederlassungsbeschränkungen. Im stationären Bereich sehen wir in der konsequenten Übertragung der Finanzierungsentscheidungen und der Krankenhausplanung auf die einzelnen

Krankenhäuser wichtige Schritte zu einer verbesserten Versorgungsqualität, aber auch in der weiteren Verbesserung der Leistungstransparenz. Im Arzneimittelbereich plädieren wir für eine völlige Freigabe von Fremd- bzw. Mehrbesitz und der Abgabe von Medikamenten durch Krankenhäuser, für eine Modifikation der sog. Festbetragsregelung zur Förderung innovativer Arzneimittel und für eine Stärkung der unabhängigen Forschung zur Arzneimittelfektivität.

In dieser Position beleuchten wir die Reformoptionen sowohl auf der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite. Nach einer kurzen Bestandsaufnahme aktueller und Prognose künftiger Entwicklungen von Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitssystems (Abschnitt 2) diskutieren wir in Abschnitt 3 mögliche weitere Reformen der Einnahmenseite und in Abschnitt 4 der Ausgabenseite. Abschnitt 5 zieht ein vorläufiges Fazit für die aktuelle Reformdiskussion.

2. Bestandsaufnahme: ungebremstes Wachstum der Ausgaben

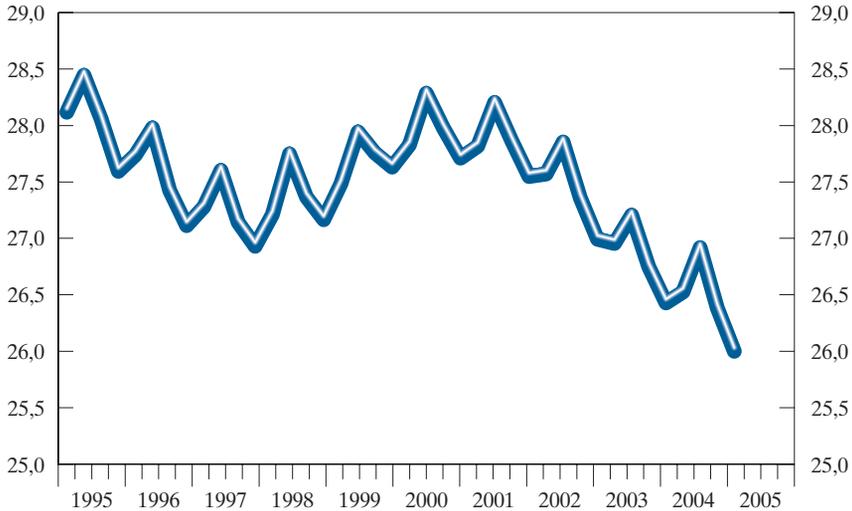
Die letzte große Reform des deutschen Gesundheitssystems, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), trat 2004 in Kraft. Mit ihm war die Hoffnung verbunden, die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von damals etwa 14,2% zu senken. Zwar gelang es dem GMG, Einsparungen bei den Ausgaben der GKV zu realisieren. Die dadurch bei den Krankenkassen entstandenen Überschüsse dienten allerdings dem Abbau von in der Vergangenheit gebildeten Schulden. Aufgrund des damals unerwartet hohen Schuldenstands blieb schließlich kein Spielraum mehr für nennenswerte Beitragssenkungen. In der Zwischenzeit ist wieder eher mit steigenden als mit sinkenden Beitragssätzen zu rechnen. Die seit Herbst 2005 regierende Koalition aus CDU/CSU und SPD bereitet daher eine neue Gesundheitsreform vor, die 2007 in Kraft treten soll.

Für steigende Beitragssätze der GKV lassen sich verschiedene Gründe anführen. Erstens wachsen die Ausgaben aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Er führt dazu, dass mehr Krankheiten behandelt werden können und die Behandlungsqualität wächst. So erfreulich diese Tatsache ist, hat sie jedoch zunehmende Behandlungskosten zur Folge. Zweitens bleiben wegen der hohen Arbeitslosigkeit die tatsächlichen hinter den möglichen Einnahmen zurück. Durch die Koppelung der Beiträge zur GKV an die Löhne und Gehälter sind die Einnahmen der GKV von der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten abhängig, die seit einigen Jahren rückläufig ist (Schaubild 1). Somit sind die Einnahmen der GKV eng verknüpft mit der Lage auf dem Arbeitsmarkt. Eine erfolgreiche Arbeitsmarktreform würde daher gleichzeitig die Finanzen im Gesundheitssystem verbessern. Deshalb muss die Politik hier einen besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit setzen.

Schaubild 1

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland

1995 bis 2005; in Mill.



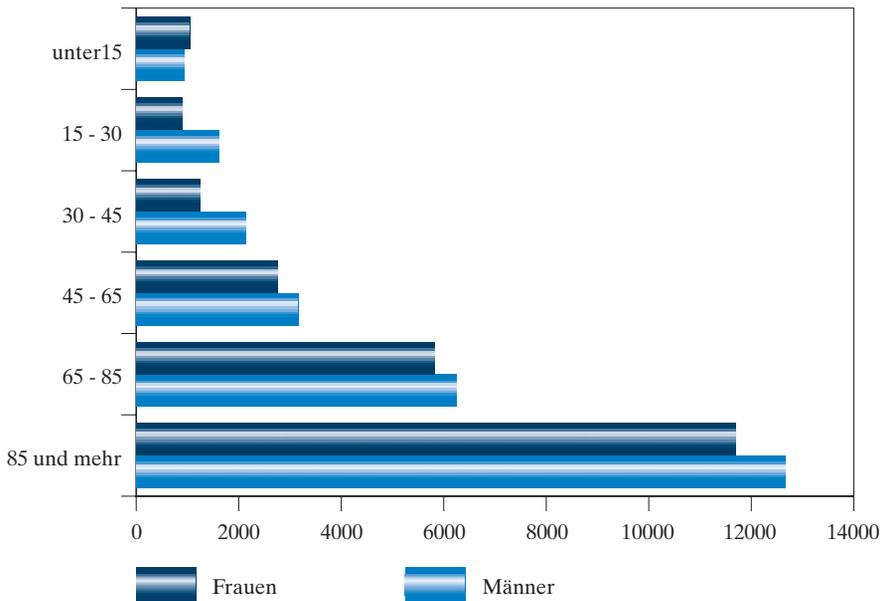
Nach Angaben in Bundesagentur für Arbeit 2005.

Schließlich führt die demografische Entwicklung in Deutschland zu einer Alterung der Bevölkerung, die tendenziell den Kostendruck erhöht (Schaubild 2). Langfristig wird die demografische Entwicklung die Oberhand gewinnen und zu einem Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen führen, so dass selbst bei einer Besserung der Lage am Arbeitsmarkt die Einnahmen wohl auch in Zukunft nicht mit den Ausgaben Schritt halten können. Zur Illustration stellt Schaubild 3 die beobachteten Einnahmen der GKV seit 1995 in Preisen von 2004 dar und vergleicht diese mit zwei hypothetischen Alternativen, um den Einfluss des steigenden Beitragssatzes einerseits und der sinkenden Beschäftigung andererseits von einander zu trennen: (i) unter der Annahme, dass der durchschnittliche Beitragssatz seit 1995 unverändert bei 13,15% geblieben wäre, (ii) unter der Annahme, dass auch die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf dem Niveau von 1995 geblieben wäre. Man erkennt, dass die GKV einerseits ein Einnahmenproblem hat. Wegen des Rückgangs der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist ein Einnahmenrückgang in Höhe von real etwa 5,5 Mrd. € zu beklagen (Differenz zwischen Szenario (ii) und Szenario (i)). Gleichzeitig besteht andererseits ein Ausgabenproblem. Seit 1995 sind die Ausgaben real um fast 4 Mrd. € gestiegen. Beides zusammen erklärt den Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes um ca. 1%-Punkt auf 14,22% im Jahr 2004.

Schaubild 2

Krankheitskosten¹ nach Geschlecht und Alter

2002; in € pro Kopf der Bevölkerung



Nach Angaben in Statistisches Bundesamt 2004. – ¹Im Wesentlichen Gesundheitsausgaben des Jahres für die ambulante bzw. stationäre und teilstationäre Versorgung, den Gesundheitsschutz und die Verwaltungsleistungen sowie Gesundheitsausgaben u.a. der privaten Haushalte. Nicht enthalten sind die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben für Ausbildung und Forschung sowie die im Gesundheitssektor getätigten Investitionen (Statistisches Bundesamt 2004: 9).

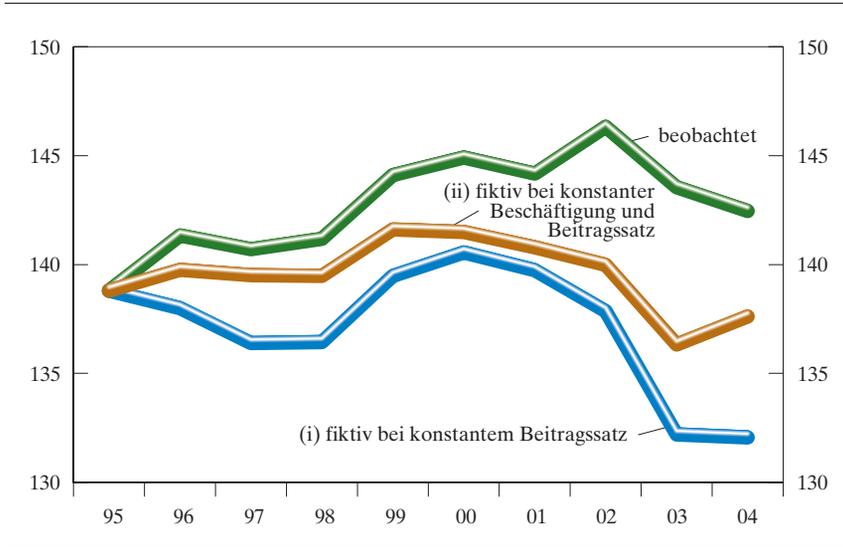
3. Reformen der Einnahmenseite

Eine grundsätzliche Reformoption besteht darin, an der Einnahmenseite anzusetzen, also insbesondere der Finanzierung der GKV. Hier steht augenblicklich die Diskussion um die Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung im Mittelpunkt. Das RWI Essen spricht sich nach Abwägung aller Argumente für die Einführung einer Gesundheitsprämie mit sozialem Ausgleich aus (ausführlich RWI Essen 2004). Insbesondere würde eine Gesundheitsprämie die GKV von versicherungsfremden Aufgaben wie der Einkommensumverteilung befreien. Die heutigen Beiträge zur GKV stellen statt dessen – parallel zum offiziellen Steuersystem – eine implizite Steuer auf das Einkommen dar, weil bei gleicher Leistung höhere Einkommen stärker belastet werden als niedrige.

Schaubild 3

Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung

1995 bis 2004; in Mrd. €, in Preisen von 2004



Eigene Berechnungen nach Angaben in BMG 2005; Bundesagentur für Arbeit 2005.

Zwar ist ein derartiger sozialer Ausgleich wünschenswert, er kann aber effektiver im Steuersystem durchgeführt werden.² Entfällt bei der Einführung einer Gesundheitsprämie die von der GKV geleistete Umverteilung, so muss diese eben über das Steuersystem geleistet werden. Die GKV würde um ca. 20 bis 30 Mrd. € entlastet, während das Steuersystem um den gleichen Betrag belastet würde (Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003).

Mit der Einführung einer Gesundheitsprämie würden außerdem einige strukturelle Probleme des jetzigen Systems aufgehoben. Beispielsweise wäre die Diskussion um die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten damit entschärft.³ Um allerdings die Belastung von Familien nicht zu erhöhen, befürworten wir steuerfinanzierte Beiträge für Kinder, z.B. in Form eines entsprechend höheren Kindergeldes. Da es sich hierbei um eine Steuerfinanzierung

² Im Steuersystem ist die Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen aufgrund des progressiven Einkommensteuertarifs sowie dem Nichtvorhandensein von Beitragsbemessungsgrenzen sogar deutlich stärker ausgeprägt als über die Beiträge zur GKV.

³ Wollte man im heutigen GKV-System die beitragsfreie Mitversicherung über ein negatives Ehegattensplitting abschaffen, würden manche Versicherte außergewöhnlich stark belastet. Im Extremfall käme es zu einer Verdopplung der maximalen Monatsbeiträge von heute etwa 500 auf dann 1 000 €. Im Falle der Gesundheitsprämie in Höhe von ca. 170 € wäre die durch die Versicherung für den Ehegatten entstandene Neubelastung dagegen eher vertretbar.

handelt, müssten natürlich auch privat versicherte Kinder in gleicher Höhe unterstützt werden.

Unseres Erachtens sollte die Gesundheitsprämie alleine eine Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen abdecken. Diese Grundversorgung müsste bei allen Anbietern identisch sein, um Risikoselektion – also den Anreiz für Versicherungsunternehmen, nur „gute“ Risiken zu bündeln – zu vermeiden. Die Höhe der Gesundheitsprämie sollte dem Wettbewerb der Krankenkassen unterliegen, der unseres Erachtens hinreichend gut funktioniert (Greß et al. 2005). Gelegentlich in der öffentlichen Diskussion geforderte Zwangsfusionen zwischen Krankenkassen würden dem Wettbewerbsgedanken widersprechen und sind daher abzulehnen. In der Vergangenheit waren ja durchaus bereits Zusammenschlüsse von Krankenkassen zu beobachten. Weitere Fusionen bedürfen keines weiteren Eingriffes seitens der Politik, denn sie werden sich dort ergeben, wo sie sinnvoll sind. Über die Grundversorgung hinausgehende Leistungen sollten Versicherte durch frei gestaltbare private Zusatzversicherungen abdecken. Natürlich dürften auch gesetzliche Krankenversicherungen diese Versicherungen anbieten.

Häufig werden Gesundheitsleistungen von den Empfängern als ein kostenloses öffentliches Gut betrachtet. Sie übersehen dabei die Kosten, die sie verursachen. Die Konsequenz ist eine unangemessen starke Nutzung der Leistungen. Daher dürfte – vor dem Hintergrund der zu erwartenden o.g. zukünftigen Entwicklungen – ein deutliches Absenken des medizinischen Leistungsniveaus zu befürchten sein. Durch eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten würde allerdings nachweislich ein Anreiz geschaffen, sparsamer mit Gesundheitsleistungen umzugehen. Wir empfehlen daher nachdrücklich eine Beteiligung der Patienten an den von ihnen verursachten Gesundheitsausgaben.

Bisherige Erfahrungen mit der Eigenbeteiligung von Versicherten legen nahe, dass auf diese Weise das Nutzungsverhalten sinnvoll beeinflusst werden kann. Gegner einer Beteiligung von Patienten an den durch sie verursachten Kosten mögen ihre Kritiker ins Feld führen, dass eine finanzielle Belastung kranker Menschen zusätzlich zur Belastung durch die Krankheit ungerecht wäre. Allerdings ist die Alternative ohne Eigenbeteiligung unserer Einschätzung nach gerade für die Bedürftigen weniger erstrebenswert als die Kombination von Eigenbeteiligung und hohem Leistungsniveau. Die Beteiligung sollte proportional zu den verursachten Gesundheitsausgaben sein, um tatsächlich einen Anreiz für kostenbewusstes Verhalten zu setzen. Pauschale Beteiligungen wie die Praxisgebühr oder die verweildauerabhängige Krankenhausgebühr sollten in eine 10- bis 15%ige Eigenbeteiligung umgewandelt werden.⁴

⁴ Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang, andere Länder zu betrachten. Beispielsweise gibt es in Südkorea eine verpflichtende Grundversorgung für alle Einwohner; gleichzeitig aber eine 30%ige Eigenbeteiligung der Patienten.

Im Falle von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sollte die heute gängige Praxis einer Mindest- und einer Maximalzuzahlung durch eine grundsätzlich prozentuale Zuzahlung (z.B. 10%) ersetzt werden. Aus sozialen Erwägungen heraus sollte die Eigenbeteiligung durch eine jährliche Höchstgrenze beschränkt sein, z.B. auf 4% des Einkommens.

4. Reformen auf der Ausgabenseite

Reformen auf der Ausgabenseite besitzen unseres Erachtens aktuell einen höheren Stellenwert als die auf der Einnahmenseite. Sie zielen darauf, Effizienzreserven zu heben, so dass mit den bestehenden Ressourcen eine höhere Leistung erbracht werden kann oder das aktuelle Leistungsniveau weniger Ressourcen benötigt. Sie sind jedoch schwerer umzusetzen, da die Widerstände der jeweils betroffenen Gruppen hoch sein können. Im Folgenden gehen wir auf drei Bereiche des Gesundheitswesens näher ein: den ambulanten Sektor, den stationären Sektor und die Arzneimittelbranche. Im stationären Sektor betrachten wir nur die Krankenhäuser und im ambulanten nur die niedergelassenen Ärzte.

Insbesondere treten wir allerdings für das Aufbrechen der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein. Ein fließenderer Übergang in der Tätigkeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten würde unseres Erachtens den Wettbewerb zwischen beiden Sektoren fördern. Einen ersten Ansatz hierfür stellt die mit dem GMG eingeführte „Integrierte Versorgung“ (IV) dar, die auf eine stärkere Integration der Versorgungsstrukturen von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen abzielt. Dadurch sollen für den stationären und den ambulanten Bereich *gemeinsame* und *gleichgerichtete* ökonomische Anreize gesetzt werden, die Behandlung des Patienten wirtschaftlich effizient durchzuführen.

Weitaus wichtiger wäre jedoch die noch ausstehende Verwirklichung eines gemeinsamen Vergütungsmodells für die stationäre und ambulante Behandlung. Beide Bereiche operieren augenblicklich mit völlig unterschiedlichen Vergütungssystemen. So müssten z.B. Krankenhäuser davon profitieren, wenn sie eine stationäre Behandlung ablehnen, die zwar höher vergütet wird, ambulant bei gleicher Qualität jedoch günstiger erbracht werden könnte.

4.1 Ambulanter Sektor

Insbesondere die in der ambulanten Versorgung praktizierten Vergütungsregelungen sind kritisch zu beurteilen. Im Augenblick handeln die Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Budget aus, in dessen Rahmen die gesamte vertragsärztliche Versorgung abgegolten wird. Durch die pauschalier-

ten, nicht an die tatsächliche Inanspruchnahme von Leistungen geknüpften Zahlungen der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird der Umfang der Leistungen faktisch von deren Vergütung entkoppelt. Auf eine effizientere Ressourcennutzung zielende Mechanismen können sich im Kassen-Arzt-Verhältnis daher nur sehr eingeschränkt entwickeln. Unter diesem Gesichtspunkt ist die im GMG vorgesehene Morbiditätsbasierung⁵ der Pauschalen zwar zu begrüßen; sie stellt jedoch noch keinen ausreichenden Reformansatz dar.

Wünschenswert erscheinen vielmehr direkte Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Kassen. Diese würden es ermöglichen, Vergütungen und effiziente Versorgungsstrukturen direkt zwischen einzelnen Kostenträgern (der GKV) und Leistungserbringern (den Ärzten) auszuhandeln. Die Kassen erhielten so die Möglichkeit, z.B. auf eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung hinzuwirken und anfallende Effizienzgewinne in Form niedrigerer Beitragssätze an die Versicherten weiterzugeben. Wettbewerb zwischen den Krankenkassen könnte somit auch im ambulanten Bereich zum Hebel für eine effizientere Versorgung werden. Andererseits würden Ärzte in die Lage versetzt, direkt auf eine unzureichende Vergütung ihrer Leistungen zu reagieren, indem sie keine Verträge mit den entsprechenden Kassen abschließen. Das „angemessene Arzteinkommen“ würde sich also stärker am Markt herausbilden und weniger von exogenen Vorgaben wie Budgets bestimmt.

Aktuell ist das Angebot ambulanter ärztlicher Leistungen stark durch das Leitbild des niedergelassenen, freiberuflichen Arztes geprägt. Allerdings erscheint es zweifelhaft, ob dieses immer die effizienteste Form der Leistungserbringung darstellt. Der häufig beklagte hohe Verwaltungsaufwand ließe sich in größeren Einheiten ggf. effizienter abwickeln als in kleinen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Ähnliches gilt für die Anschaffung von Geräten. Schließlich versperrt der Zwang zur freiberuflichen Tätigkeit, die i.d.R. mit hohen Anfangsinvestitionen verbunden ist, vielen Ärzten eine Tätigkeit im nicht-stationären Sektor. Der Gesetzgeber hat auf diesen Problembereich inzwischen reagiert und grundsätzlich die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. Da diese jedoch denselben Zulassungsbeschränkungen unterliegen wie konventionelle Arztpraxen, ist eine Gründung häufig nur möglich, wenn bestehende Praxen ihre Zulassungen in das MVZ einbringen.

⁵ Morbiditätsbasierte Pauschalen orientieren sich an den erwarteten Behandlungskosten für Gruppen von Personen. Dafür wird für Personengruppen mit bestimmten Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte etc.) jeweils die Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten einer Krankheit bestimmt und diese Wahrscheinlichkeit mit den durchschnittlichen Behandlungskosten multipliziert.

Insgesamt kann ein Wettbewerb um eine effiziente Versorgungsstruktur derzeit aufgrund der Zulassungsbeschränkung kaum entstehen. Eine Aufhebung der Niederlassungsbeschränkungen ist daher zu befürworten. Dies dürfte den Wettbewerbsdruck erhöhen und kann letztlich auch zur Schließung einzelner Praxen führen. Die Möglichkeit, wirtschaftlich zu scheitern, ist aber notwendiger Bestandteil jeder freien unternehmerischen Tätigkeit, wovon auch eine freiberufliche, ärztliche Tätigkeit keine Ausnahme bilden darf. Das Ausscheiden unrentabler Praxen stellt in jedem Fall einen effizienteren Weg zur Regulierung der Arztdichte dar als die heute geltenden, starren Zulassungsbeschränkungen.

4.2 Stationärer Sektor

Krankenhäuser sollten unserer Auffassung nach stärker als bisher als Unternehmen gesehen werden, die unter Einsatz knapper Ressourcen Gesundheitsleistungen anbieten. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser unternehmerische Freiheiten erhalten müssen, um effizient wirtschaften zu können. So sollten Krankenhäuser selbst („monistische Finanzierung“) und nicht die Bundesländer über ihre Investitionen entscheiden („dualistische Finanzierung“) können. Die heutigen Investitionsfördermittel der Länder würden dann nach einer Übergangszeit über die DRG Fallpauschalen⁶ in Form eines Investitionsaufschlags aufgebracht. Gleichzeitig sollte sich die Krankenhausplanung stärker auf die Vorgabe grober Rahmenbedingungen konzentrieren und z.B. die Planung der Bettenzahl dezentralisieren, d.h. in die Obhut der Krankenhäuser legen. Wenn das Krankenhaus die Hoheit über Investitionsentscheidungen besitzt, trägt es auch die Verantwortung für die eigene Bettenzahl.

Mehr wirtschaftliche Freiheit bedeutet aber auch die Übernahme der Verantwortung für wirtschaftliches Scheitern. Krankenhäuser mit einer gravierenden wirtschaftlichen Schieflage dürfen nicht auf Steuermittel zu ihrer Rettung hoffen, sondern müssen die Konsequenzen einer Insolvenz selbst tragen. Ein marktwirtschaftliches System ist unter anderem dann erfolgreich, wenn ineffiziente Betriebe den Markt verlassen. Dies führt dazu, dass im Gesamtsystem die Ressourcen optimal genutzt werden. Die Versorgung der Patienten wird sicherlich eher verbessert, wenn die leistungsfähigeren Krankenhäuser schrittweise mit den aus dem Markt ausscheidenden Krankenhäusern wachsen. Erhaltungssubventionen aus Mitteln der öffentlichen Hand würden hingegen dauerhaft eine Ressourcenverschwendung begünstigen. Ausnahmen davon machen nur dann Sinn, wenn die Versorgungssicherheit einer Region durch

⁶ DRG (Diagnosis Related Groups): Leistungshomogene Fallgruppen, denen jeder Fall in Abhängigkeit von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren zugeführt wird. Jede DRG hat ein Relativgewicht („Relativpreis“), welches bundesweit in jedem Krankenhaus identisch ist.

die Insolvenz eines Krankenhauses ernsthaft gefährdet wäre. Diese können in der Regel nur in ländlichen Regionen auftreten (Augurzyk et al. 2005).

Vor diesem Hintergrund ist zu ermitteln, ob Preise im Krankenhaus freigegeben werden können, indem zum Beispiel die Höhe des DRG Basisfallwertes⁷ vom Krankenhaus selbst festgesetzt werden darf. Dies würde dazu führen, dass in Regionen mit einem Versorgungsengpass die Preise so weit stiegen bis dieser beseitigt wäre. Eine solche Maßnahme muss jedoch zwingend mit einer Nachfragebremse verbunden werden, um die Ausgaben der GKV im Griff zu behalten. Eine größere Vertragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen stellte einen Schritt in diese Richtung dar. Wichtiger noch scheint uns eine Eigenbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten, die zu einer ausreichend starken Nachfragebremse führen dürfte.

Soll der Patient eine größere Eigenverantwortung tragen, muss allerdings die Transparenz über die Behandlungsqualität weiter erhöht werden. Die seit 2005 alle zwei Jahre erscheinenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind bereits ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Sie sind allerdings noch nicht ausreichend informativ, um dem Patienten eine fundierte Entscheidung zwischen Preis und Qualität einer Behandlung zu ermöglichen. Schließlich muss das Krankenhaus selbst weiter Effizienzreserven ausloten und heben. Dies kann nicht staatlich verordnet werden. Das DRG-Fallpauschalensystem setzt hierfür bereits wichtige Anreize. Eine stärkere Standardisierung der Arbeitsabläufe – Stichwort Clinical Pathways⁸ – würde es Krankenhäusern erlauben, ihre Ressourcen effizienter zu nutzen. Optimale Behandlungspfade lassen sich jedoch erst finden, wenn die Sektorengrenze zur ambulanten Versorgung, wie oben gefordert, aufgebrochen wird. Hier hat das GMG mit der Möglichkeit zur Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren und der integrierten Versorgung erste zaghafte Schritte unternommen.

4.3 Arzneimittelbereich

Im Bereich der Apotheken fallen dem Betrachter zahlreiche Regelungen auf, die mit einer marktwirtschaftlichen Grundordnung nicht vereinbar sind. So bestand bis 2003 ein völliges Fremdbesitz- und Mehrbesitzverbot. Eine Apotheke durfte nur von einem ausgebildeten Apotheker geführt werden und ein Apotheker durfte nur eine Apotheke besitzen. Auch die Abgabe von Arznei-

⁷ Basisfallwert: Betrag, mit dem das Relativgewicht jeder DRG multipliziert wird, um den Erlös der jeweiligen DRG für ein Krankenhaus in Euro zu errechnen. Er kann als durchschnittliches Preisniveau eines Krankenhauses angesehen werden und wird bis 2009 auf einen bundesland einheitlichen Wert konvergieren.

⁸ Clinical Pathways oder medizinische Behandlungspfade: Standardisierung von klinischen Behandlungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse mit dem Ziel der Optimierung der Behandlungsqualität und des Ressourcenverbrauchs.

mitteln durch Krankenhäuser unterliegt starken Beschränkungen. Das GMG lockerte diese Verbote 2004 zwar leicht, die (sinnvolle) völlige Freigabe steht allerdings noch aus.

Beim Preissystem im Arzneimittelbereich sind zudem Handelsspannen gesetzlich vorgegeben, was in anderen Branchen undenkbar wäre. Die Herstellerabgabepreise für Arzneimittel indessen unterliegen in Deutschland prinzipiell keiner staatlichen Preisfestsetzung. Der Hersteller kann sie selbst festsetzen. Jedoch wird bei vielen Medikamenten nicht der volle Preis von der Krankenkasse erstattet. Der gemeinsame Bundesausschuss setzt in regelmäßigen Abständen für Gruppen verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die keine patentgeschützten Wirkstoffe mit neuartiger Wirkungsweise enthalten und die keine therapeutische Verbesserung darstellen, Erstattungsobergrenzen, sog. Festbeträge, fest.⁹ Die Höhe der Festbeträge bestimmt sich durch das teuerste Medikament des unteren Preisdrittels einer Gruppe. Liegt der Preis eines Arzneimittels über dem Festbetrag, zahlt der Patient (neben der Selbstbeteiligung) die Differenz. Aufgrund einer hohen Preiselastizität der Nachfrage der Patienten und unterstützt durch die in Deutschland geltende *Aut-idem*-Regelung¹⁰ senken viele Hersteller ihre Preise auf das Festbetragsniveau.

Wir begrüßen die Festbetragsregelung. Es ist unseres Erachtens jedoch problematisch, dass Arzneimittel mit neuartigen Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung nur für Subgruppen von Patienten oder nur für einen Teil der zugelassenen Indikationen darstellen, ebenfalls von der Festbetragsregelung betroffen sind. Senkt der Hersteller den Preis nicht auf den Festbetrag herab, führt dies zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. Senken die Hersteller jedoch den Preis, haben sie langfristig einen geringeren Anreiz in die Forschung innovativer Arzneimittel zu investieren. Wir schlagen daher vor, die Regelung differenzierter zu gestalten. Arzneimittel mit therapeutischer Verbesserung für Subgruppen von Patienten oder zugelassenen Indikationen sollten für betroffene Patienten zu einem höheren Betrag erstattet werden oder generell einen Aufschlag auf den Festbetrag erhalten. Die Differenzierung sollte dabei so gestaltet werden, dass das Ausgabenvolumen für Arzneimittel insgesamt näherungsweise konstant bleibt.

Prinzipiell werden in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Ländern – fast alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel von der GKV erstattet. Auch dieses Vorgehen sollte dahingehend geprüft werden, dass tat-

⁹ In diesen Gruppen werden Arzneimittel mit identischen Wirkstoffen, mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen oder mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen zusammengefasst.

¹⁰ Die *Aut-idem*-Regelung gibt dem Apotheker die Möglichkeit, dem Patienten statt des verordneten Medikaments ein wirkstoffgleiches, aber preisgünstigeres anzubieten, sofern der Arzt die Substitution nicht ausgeschlossen hat.

sächlich nur Arzneimittel erstattet werden, deren Effektivität in klinischen Studien nachgewiesen wurde. Zudem muss die Neutralität der Grundlagenforschung und von klinischen Studien gewährleistet sein. In diesem Zusammenhang ist auch der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Ärzteschaft zu hinterfragen.

5. Fazit

Das deutsche Gesundheitssystem ist noch immer stark planwirtschaftlich geprägt. Sowohl die historische Erfahrung als auch die ökonomische Analyse des Systems lehren, dass ein planwirtschaftliches System im Laufe seines Bestehens immense wirtschaftliche Ineffizienzen aufbaut. Vor dem Hintergrund, dass über 11% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen ausgegeben werden, können diese Ineffizienzen beachtliche Ausmaße annehmen. Leitgedanke jeder Gesundheitsreform sollte daher die Stärkung des marktwirtschaftlichen Elements, des Wettbewerbs und der Eigenverantwortung sein. Es liegt jedoch auf der Hand, dass ein Gesundheitssystem völlig ohne staatliche Regulierung nicht denkbar ist, wenn man eine Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleisten will. Unseres Erachtens besteht im jetzigen System indessen noch ein sehr großer Spielraum zur Einführung von marktwirtschaftlichen Elementen, ohne die Grundversorgung für einzelne Bevölkerungsgruppen zu gefährden.

Beispielsweise müssen die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vollständig überwunden werden und das ambulante und stationäre Vergütungssystem sektorübergreifend Anreize zu wirtschaftlichem Handeln bieten. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte benötigen ein Mehr an wirtschaftlicher Freiheit. Damit einher muss aber auch die Übernahme des Risikos eines wirtschaftlichen Scheiterns durch die Leistungserbringer gehen. Es kann in einem freien System keine Einkommens- oder Bestandsgarantie mehr geben. Dies gilt ebenso für den Arzneimittelbereich. Eine höhere Eigenverantwortung muss allerdings auch dem Patienten abverlangt werden. Erstens muss dem Patienten durch eine stärkere Eigenbeteiligung bewusst werden, dass Gesundheitsleistungen Ressourcen einer Gesellschaft verbrauchen, die gerade vor dem Hintergrund des sich vollziehenden demografischen Wandels immer weniger Lasten tragen kann. Zweitens trägt eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten dazu bei, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu erhöhen.

Literatur

- Augurzky, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt und St. Terkatz (2005), *Krankenhaus Rating Report 2006*. Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung – Entwicklung der deutschen Krankenhäuser bis 2010. ADMED und RWI Essen, Köln und Essen.
- Augurzky, B., B. Fritzsche, S. Göhlmann, H.D. von Loeffelholz, Ch.M. Schmidt, M. Tamm und H. Tauchmann (2004), BÜGerversicherung und Pauschalprämie – Stellungnahme zu den gesundheitspolitischen Empfehlungen der „Rürüp“-Kommission. RWI : Materialien 5. RWI, Essen.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2005), *Arbeitsmarkt in Zahlen*. Beschäftigung in Deutschland – Monatszahlen nach Ländern und wirtschaftsfachlicher Gliederung. Tabelle: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland, West- und Ostdeutschland (Zeitreihe) nach 6-monatiger Wartezeit. Internet: www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200602/iiii6/sozbe/monatsheftd.zip, Download vom 27. Februar 2006.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005), *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*. Berlin.
- Greß, St., M. Tamm, H. Tauchmann and J. Wasem (2005), Price Elasticities and Social Health Insurance Choice in Germany – A Dynamic Panel Data Approach. RWI : Discussion Paper 28. RWI, Essen.
- Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (Herzog Bericht). Internet: www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf, Abruf vom 22. Februar 2006..
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Gutachten 2003. Band I und II. Baden-Baden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004), *Gesundheit – Krankheitskosten 2002*. Presseexemplar. Wiesbaden.
- WHO – World Health Organization (ed.) (2000), *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland.