

# Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen

**Die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen sind in Deutschland außergewöhnlich hoch. Führt dies zu einem entsprechend guten Gesundheitszustand der Bevölkerung, oder ist das System wenig effizient? Welche Reformmaßnahmen wurden eingeleitet bzw. wären sinnvoll?<sup>1</sup>**

Bezogen auf das Bruttonationalprodukt sind die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen in den 15 Ländern Europas sowie einigen Vergleichsländern recht unterschiedlich (vgl. Tab. 1). Die Werte gehen von unter 6% (Großbritannien) bis zu fast 14% (USA). Der Unterschied beträgt somit mehr als 100%. Deutschland liegt mit 10,5% an zweiter Stelle hinter den USA und damit an der Spitze der EU-Länder und deutlich über dem Durchschnitt der hier betrachteten Ländergruppe (8,4%). Wirken sich diese hohen Aufwendungen in einem entsprechend guten Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung aus?

»Gesundheit« ist ein komplexes Phänomen, das schwer messbar ist. Vereinfachend wird daher bei internationalen Vergleichen oft die »Lebenserwartung bei voller Gesundheit«, gemessen in Jahren, herangezogen.<sup>2</sup> Denn schließlich erwartet man ja von den Aufwendungen für Gesundheitsdienstleistungen, dass eben diese Lebensspanne möglichst lang wird bzw. größer ist, als sie ohne die Aufwendungen wäre.

Diese so gemessene Lebenserwartung (vgl. Tab. 1 und Abb. 1) streut weit weni-

ger, als es die Aufwendungen für das Gesundheitswesen tun. Der niedrigste Wert wird in Neuseeland mit 69,2 Jahren erreicht, während in Japan die Lebenserwartung bei voller Gesundheit mit 74,5 Jahren am höchsten ist. Der Unterschied beträgt somit zwar nur knapp 8%, was aber absolut gesehen immerhin mehr als 5 Jahre gesunden Lebens sind. Gibt es nun einen Zusammenhang zwischen den Ausgaben für Gesundheit und den Jahren gesunden Lebens?

In Abbildung 1 erschließt sich ein solcher Zusammenhang nicht sogleich, während dieser in Abbildung 2 deutlicher wird, v.a. dann, wenn man die »Ausreißer« rechts unten und links oben außer Betracht lässt. Der Zusammenhang ist dann sogar recht eng und wird von der Trendlinie charakterisiert.<sup>3</sup> Das heißt: Je höher die Aufwendungen für das Gesundheitswesen sind, umso länger ist auch das Leben in Gesundheit.<sup>4</sup>

**Tab. 1**  
**Ausgaben für Gesundheit und Jahre gesunden Lebens**

	Gesamte Ausgaben für Gesundheit, in % vom BIP	Lebenserwartung, bei Geburt, in voller Gesundheit, in Jahren
Belgien	8,0	71,6
Dänemark	8,0	69,4
<b>Deutschland</b>	<b>10,5</b>	<b>70,4</b>
Finnland	7,6	70,5
Frankreich	9,8	73,1
Griechenland	8,0	72,5
Großbritannien	5,8	71,7
Irland	6,2	69,6
Italien	9,3	72,7
Luxemburg	6,6	71,1
Niederlande	8,8	72,0
Österreich	9,0	71,6
Portugal	8,2	69,3
Schweden	9,2	73,0
Spanien	8,0	72,8
Norwegen	6,5	71,7
Schweiz	10,1	72,5
Australien	7,8	73,2
Kanada	8,6	72,0
Neuseeland	8,2	69,2
Japan	7,1	74,5
USA	13,7	70,0
<b>Durchschnitt</b>	<b>8,4</b>	<b>71,6</b>

Quelle: WHO, Health for all, Database 2000, Kopenhagen 2000.

<sup>1</sup> Für die Zusammenstellung von Daten sowie aufschlussreiche Diskussionen danke ich Diplom-Volkswirt Peter Pazitny vom slowakischen Wirtschaftsforschungsinstitut »MESO 10« in Bratislava. Die verwendeten Daten entstammen überwiegend den Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation, v.a. dem neuesten World Health Report 2000.

Als weitere Datenquelle für Informationen über Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich kann dienen: Das Kapitel über Gesundheit in der ifo Database for Institutional Comparisons in Europe (DICE). Freier Zugang über [www.ifo.de](http://www.ifo.de) oder über [www.cesifo.de](http://www.cesifo.de).

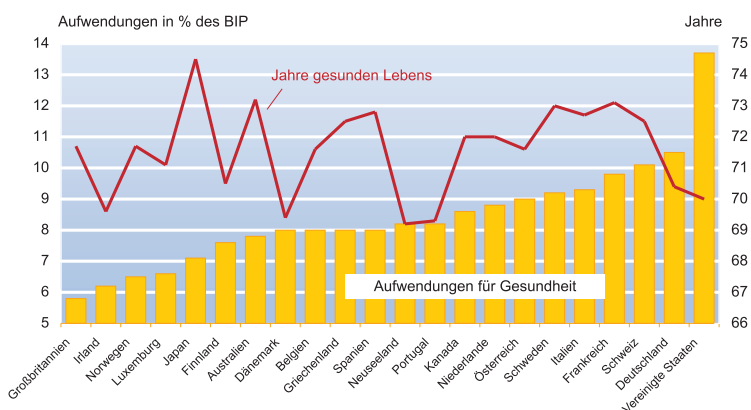
<sup>2</sup> So etwa auch die Weltgesundheitsorganisation, World Health Report 2000.

»Lebenserwartung bei voller Gesundheit« wird in der internationalen Diskussion als »Disability-adjusted life expectancy« (DALE) bezeichnet.

<sup>3</sup> Enge des Zusammenhangs ohne Ausreißer: 0,62. (Das Maximum für die Enge des Zusammenhangs beträgt 1.)

<sup>4</sup> Wobei der im Schaubild deutlich werdende Zusammenhang noch nichts über Ursachen aussagen muss.

**Abb. 1**  
Aufwendungen für Gesundheit und Jahre gesunden Lebens



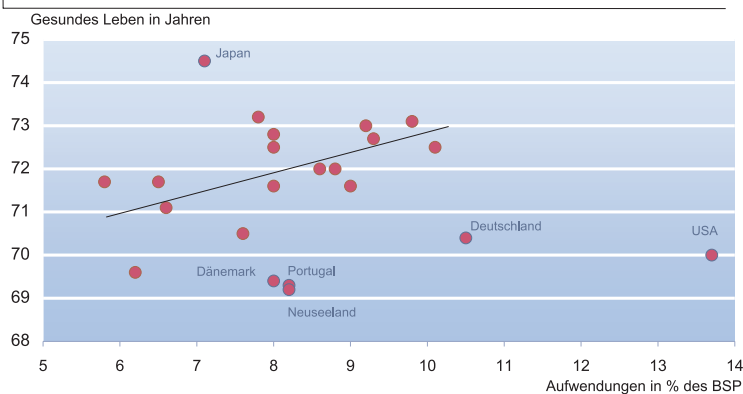
Quelle: siehe Tabelle 1.

Von den Ausreißern interessiert hier vor allem Deutschland. Bei vergleichsweise hohen Aufwendungen für das Gesundheitswesen erreichen die Bürger eine eher mäßig lange Lebenserwartung bei Gesundheit. Das kann nun zwei Ursachen haben: Entweder haben die Deutschen einen besonders ungesunden Lebensstil und müssen deswegen hohe Gesundheitsaufwendungen tätigen, oder das Gesundheitssystem ist wenig effizient.<sup>5</sup>

Was die gesundheitsrelevanten Aspekte des Lebensstils angeht, können hier nur die gängigsten Indikatoren herangezogen werden. Tabelle 2 zeigt, dass der Zigaretten- und Alkoholkonsum in Deutschland deutlich über dem europäischen Durchschnitt liegt, während der Konsum von Früchten ähnlich

<sup>5</sup> Es ließen sich allerdings noch weitere Faktoren denken, etwa Gesundheitseinflüsse der Umwelt und am Arbeitsplatz, die Altersstruktur der Bevölkerung oder eine Neigung zur Hypochondrie. Davon wird hier abgesehen.

**Abb. 2**  
Aufwendungen für Gesundheit und Jahre gesunden Lebens



Trendlinie gilt ohne die bezeichneten "Ausreißer";  
Enge des Zusammenhanges ohne diese "Ausreißer": 0,62

Quelle: siehe Tabelle 1.

deutlich darunter liegt. Nur bei der täglichen Kalorienaufnahme, die über einem gewissen Minimum ebenfalls der Gesundheit abträglich sein kann, liegen die Werte für Deutschland (leicht) unter dem Durchschnitt. Somit kann ein Teil der hohen Gesundheitsaufwendungen vermutlich durchaus auf den spezifischen Lebensstil der Deutschen zurückgeführt werden. Allerdings sind die Unterschiede im Lebensstil zu den anderen Ländern nicht so groß, dass sie eine befriedigende Erklärung der hohen Aufwendungen bieten würden. Daher muss eine wesentliche Ursache der hohen Kosten des Gesundheitswesens in Deutschland vermutlich auch in einem wenig effizienten Gesundheitssystem gesucht werden.

### Geringe Kosteneffizienz

Diese Schlussfolgerung wird auch durch eine Analyse der WHO unterstrichen, die für 191 Länder der Welt versucht hat, die ökonomische Effizienz der Gesundheitssysteme zu messen, indem die Höhe der Gesundheitsaufwendungen den Lebensjahren in Gesundheit gegenübergestellt werden. In dem sich daraus ergebenden Länder-Ranking belegt Deutschland nur Platz 41!<sup>6</sup> Sieht man von den Kosten ab und betrachtet nur den medizinischen Leistungsstandard, erneut gemessen in Lebensjahren bei voller Gesundheit, steht Deutschland in diesem weiten internationalen Vergleich zwar besser, aber auch nur auf Platz 22.

Wesentlich besser ist die Platzierung Deutschlands gemäß WHO allerdings bei der technisch-medizinischen Qualität der gebotenen Gesundheitsdienstleistungen, der Erreichbarkeit der Dienste und der »Fairness« der finanziellen Belastung der tatsächlichen oder potentiellen Nutzer des Gesundheitssystems. Bei diesen Indikatoren rangiert Deutschland unter den ersten fünf oder zehn Ländern und befindet sich dabei in der Gesellschaft z.B. der USA, der Schweiz, von Belgien, Dänemark, Irland und Japan.

Worin können die Ursachen für die geringe Kosteneffizienz des deutschen Gesundheitssystems liegen? Diese Frage kann hier

<sup>6</sup> World Health Report 2000, Tabelle 10. Bei den genannten Analysen werden der Lebensstil und die Altersstruktur der Bevölkerung als wichtige Kodeterminanten der Gesundheitskosten nicht berücksichtigt. Die mäßig günstige Platzierung ist auch darauf zurückzuführen, dass Deutschland bei der Behandlung bestimmter Krankheiten – z.B. von Herzinfarkten, Brustkrebs, Diabetes und Schmerzzuständen – im internationalen Vergleich keinen Spitzenplatz einnimmt.

**Tab. 2**  
Ausgewählte Indikatoren des Lebensstils

	Zigaretten pro Person und Jahr	Alkohol in Liter/Person und Jahr	Kalorien pro Person und Tag	Früchte in kg pro Person und Jahr
Belgien	1 212	8,9	3 606,0	258,0
Dänemark	1 636	9,5	3 433,0	181,0
<b>Deutschland</b>	<b>1 907</b>	<b>10,6</b>	<b>3 402,0</b>	<b>195,0</b>
Finnland	931	7,0	3 180,0	137,0
Frankreich	1 388	10,8	3 541,0	209,0
Griechenland	2 837	9,1	3 630,0	397,0
Großbritannien	1 353	7,5	3 257,0	176,0
Irland	1 834	10,8	3 622,0	147,0
Italien	1 613	7,7	3 608,0	303,0
Luxemburg	2 140	13,3	3 606,0	258,0
Niederlande	1 058	8,1	3 282,0	231,0
Österreich	1 928	9,2	3 531,0	195,0
Portugal	1 669	11,2	3 691,0	301,0
Schweden	711	4,9	3 114,0	174,0
Spanien	2 271	10,1	3 348,0	256,0
<b>Durchschnitt</b>	<b>1 632,5</b>	<b>9,2</b>	<b>3 456,7</b>	<b>227,9</b>

Quelle: WHO, Health for all, Database 2000, Kopenhagen 2000.

So ist etwa die Behandlungsdauer von Akutfällen im Krankenhaus (Spalte 1) in Deutschland mit elf Tagen am höchsten von allen betrachteten Ländern und liegt noch um mehr als vier Tage über dem Durchschnitt. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Definition von »Akutfall« von Land zu Land unterschiedlich sein mag und von weiteren länderspezifischen Faktoren abhängt<sup>8</sup>, erscheint die Dauer der Behandlung von Akutfällen in Deutschland im Vergleich recht lang.

Dementsprechend ist auch die Zahl der Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner (Spalte 2) in Deutschland hoch. Es liegt bei diesem Indikator zwar nicht an der Spitze, sondern rangiert hinter Luxemburg und Frankreich auf Platz 3, übertrifft aber mit 930 Betten den Durchschnitt der Ländergruppe (666) noch deutlich.

weder systematisch noch tiefgehend erörtert werden.<sup>7</sup> Es erweist sich jedoch als aufschlussreich, wenigstens einige grobe internationale Vergleichskennziffern zur Beurteilung heranzuziehen. In Tabelle 3 sind derartige Indikatoren zusammengestellt, die – neben vielen anderen – für die Kosten eines Gesundheitssystems von Bedeutung sind.

Eine hohe Bedeutung für die Kosten des Gesundheitswesens weist auch die Zahl der Arztbesuche auf, die pro Jahr im Durchschnitt auf einen Bürger entfallen (Spalte 3). Mit zwölf Arztbesuchen liegt Deutschland zwar noch deutlich hinter Japan (16), aber doch auch weit über dem Durchschnitt der betrachteten Länder (7,3). Dies dürfte v.a. auf die

<sup>7</sup> Die methodischen Schwierigkeiten, Gesundheitssysteme auf ihre Leistungsfähigkeit hin zu vergleichen, hat Schumacher (1996) ausführlich dargestellt.

<sup>8</sup> Etwa von der Altersstruktur der Bevölkerung, von der Verfügbarkeit nicht-stationärer Behandlungsmöglichkeiten sowie vielleicht, auch hier, von der Hypochondrie der Bevölkerung.

**Tab. 3**  
Ausgewählte Kostenfaktoren im Gesundheitswesen

	Durchschnittliche Behandlungsdauer von Akutfällen im Krankenhaus in Tagen (1)	Zahl der Krankenhaus-Betten pro 100 000 Einwohner (2)	Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro Person und Jahr (3)	Ausgaben für Zahnbehandlung in % der gesamten Gesundheits-Ausgaben (4)	Eigenleistungen im aktuellen Behandlungsfall in % der gesamten Gesundheits-Ausgaben (5)
Belgien	8,8	728	8	7,7	14,7
Dänemark	5,7	449	5	5,0	15,7
<b>Deutschland</b>	<b>11,0</b>	<b>930</b>	<b>12</b>	<b>10,4</b>	<b>11,3</b>
Finnland	4,5	756	k.A.	k.A.	19,3
Frankreich	5,6	1 050	8	6,0	20,4
Griechenland	k.A.	554	k.A.	6,2	31,7
Großbritannien	5,0	417	6	4,0	3,1
Irland	6,8	363	k.A.	5,0	k.A.
Italien	7,1	501	k.A.	4,8	41,8
Luxemburg	9,8	1 100	k.A.	7,9	7,2
Niederlande	8,3	511	6	4,6	16,8
Österreich	6,8	892	k.A.	8,4	23,6
Portugal	7,3	401	3	6,2	40,9
Schweden	5,1	522	3	9,0	22,0
Spanien	8,0	413	k.A.	8,0	20,4
Japan	k.A.	1 320	16	7,6	19,0
USA	6,8	410	6	5,6	16,6
<b>Durchschnitt</b>	<b>7,1</b>	<b>665,7</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>20,3</b>

Quelle: Spalte (3): Basys, 1998; alle übrigen Spalten: WHO, Health for all, Database 2000, Kopenhagen 2000.

in Industrieländern nahezu einmalige völlig unbeschränkte Wahl auch von Spezialärzten zurückzuführen sein. Denn im deutschen System – anders als in den meisten anderen Ländern – üben die Haus- oder Allgemeinärzte nicht (mehr) die Funktion aus, die Patienten zu Spezialärzten zu führen und die Gesundheitsleistungen zu koordinieren (»gate-keeping«).

Ein Kostenfaktor für das Gesundheitswesen insgesamt ist auch die Intensität, mit der Zahnbehandlungen (Spalte 4) durchgeführt werden. Deutschland weist den höchsten Anteil von Zahnbehandlungskosten an den gesamten Gesundheitskosten auf. Dieser hohe Wert deutet allerdings – möglicherweise im Unterschied zu den die Krankenhauskosten charakterisierenden Indikatoren – weniger auf mangelnde Effizienz des Systems als auf spezifische Präferenzen der Bevölkerung hin, da die Zahnbehandlung in vielen Fällen ja eher der Befriedigung eines Schönheitsideals als dem Kurieren von Krankheiten gelten dürfte.

Von anderer Art ist der fünfte hier aufgeführte Indikator, der die Eigenleistungen des Patienten im aktuellen Behandlungsfall charakterisiert.<sup>9</sup> Nach Großbritannien, das aufgrund seines überwiegend steuerfinanzierten und staatlichen Gesundheitssystems hier einen besonders niedrigen Wert aufweist, und nach Luxemburg wird in Deutschland von den Patienten die drittgeringste Eigenleistung verlangt. Dabei dürfte die Höhe der Eigenleistung für die Systemkosten eine besondere Bedeutung besitzen, weil sie den Patienten für die Höhe der Kosten seiner Behandlung sensibilisieren kann.

### Reformmaßnahmen

Die geringe Kosteneffizienz des deutschen Gesundheitswesens, die sich nicht zuletzt in hohen und steigenden Beitragssätzen zu den gesetzlichen Krankenkassen niederschlägt, besteht nicht erst seit gestern und ist auch nicht unbekannt. Mehrere Reformschritte wurden in den vergangenen Jahren vollzogen (vgl. Box). 1993 wurde bei der ambulanten ärztlichen Versorgung das System der Kostenerstattung bei (nahezu) festen DM-Werten pro Behandlungsart (»Punktwert«) ersetzt durch die Festlegung eines Gesamtbudgets für den Sektor der ambulanten Versorgung. Durch Ausdehnung der Zahl der Behandlungen sank der Punktwert zwischen 1993 und 1997 beträchtlich, nämlich um etwa 25%, während die Einkommen der Ärzte nominal

#### Box

#### Einige Reformmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen seit 1993

1993	Übergang von der Kostenerstattung der einzelnen ambulanten Behandlungsmaßnahmen zur Festlegung eines sektoralen Gesamtbudgets für die ambulante Versorgung
1994	Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen
1996	Einführung der freien Kassenwahl durch die Versicherten mit Kontrahierungszwang der Kassen
1997	Einführung eines limitierten Budgets für die einzelne Praxis (Praxis-Budget) anstelle sektoraler Gesamtbudgets; dabei spezielle Budgets für die Verschreibung von Medikamenten
1998	Beginn der Reform der Krankenhausfinanzierung; Ziel ist die Einführung von Fall-Pauschalen anstelle von Tages-Pauschalen
2000	Reform des Sozialgesetzbuches (V): Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, integrierte Versorgungsnetze mit Leistungserbringern aufzubauen; Diskussion über die Abkehr vom Praxis-Budget und die Rückkehr zu einem (oder mehreren) Global-Budget(s)
2001	Einschränkung der freien Wahl der gesetzlichen Krankenkasse; Aufhebung der Androhung finanzieller Konsequenzen bei Überschreitung des Medikamenten-Budgets
seit 1980:	über 200 Einzelgesetze mit dem Ziel der Kostendämpfung

Zusammenstellung: ifo Institut, verschiedene Quellen.

um 8% und real um 16% zurückgingen (vgl. Benstetter und Wambach, 2001).

Insgesamt war die erzielte Kostendämpfung aber geringer als erhofft, so dass das System 1997 erneut reformiert wurde. Anstelle des fixierten Budgets für den Sektor der ambulanten Versorgung insgesamt wurden nun Budgetgrenzen für jede einzelne Praxis festgelegt (»Praxis-Budgets«), und zwar indem die maximale Zahl von Behandlungen vorgeschrieben wurde, was dann wiederum feste Punktwerte ermöglichte. Zu den auch in der Öffentlichkeit viel diskutierten und beklagten Folgen dieser Reform gehört die Zurückhaltung, die einzelne Patienten von Ärzten – v.a. gegen Ende eines Quartals – bei der Behandlung ihrer Krankheiten erfahren.

Gleichzeitig wurden den Praxen auch Obergrenzen für die Verschreibung von Medikamenten auferlegt. Es wurde angedroht, dass bei einer Überschreitung dieser Grenzen keine Erstattung erfolgen würde. Diese Drohung wurde bisher nicht wahr gemacht, vielmehr wurde sie kürzlich sogar offiziell zurückgenommen.

Seit 1998 wird das System der Krankenhausfinanzierung schrittweise reformiert. Das Ziel ist, die Kosten durch Reduzierung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus zu senken. Die bis dahin praktizierte Erstattung einer Pauschalsumme pro Behandlungstag soll nun – in Anlehnung an das v.a. in den USA und Australien üblich gewordene System – schrittweise ersetzt werden durch eine Fall-Pauschalierung, d.h. durch die Erstattung einer Pauschalsumme pro behandelter Krankheit und somit unabhängig von der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.

<sup>9</sup> In der internationalen Diskussion »out of pocket expenditures« genannt.

Eine ebenfalls neuere Reformmaßnahme in Deutschland war die Öffnung des Marktes der Gesetzlichen Krankenversicherungen und damit die Einführung von mehr Wettbewerb in diesem Bereich. In der Folge entwickelten sich die Beitragssätze schnell und erheblich auseinander. Dies löste eine entsprechende Fluktuation der Versicherten zwischen den Versicherungen aus, und zwar tendenziell weg von den Regionalkrankenkassen (AOK) und hin zu den z.T. neu gegründeten Betriebskrankenkassen. Mehr Wettbewerb war zwar erwünscht, aber nicht im Sinne eines Wettbewerbs um die »guten Risiken«, so dass jüngst eine Untergrenze für den Beitragssatz festgelegt und die Möglichkeit zum Wechsel der Versicherung eingeschränkt wurde.

Die unerwünschten Entwicklungen im ambulanten Bereich nach der Reform von 1997 haben dazu geführt, dass jetzt wieder ein – modifizierter – Rückgang zu dem System von vor 1997 diskutiert wird. So wird eine Budget-Festschreibung erwogen, die nicht mehr für die einzelne Praxis (wie jetzt), aber auch nicht für jeden einzelnen Sektor (wie früher) gilt, sondern für alle Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Labors) zusammen (»Global-Budget«). Davon verspricht man sich eine rationellere und somit kostendämpfende Zusammenarbeit v.a. zwischen ambulanten Ärzten und Krankenhäusern.

## Reformvorschläge

Die Schwierigkeiten, die sich konsequenten effizienzorientierten Reformen offensichtlich in erheblichem Maße entgegenstellen, resultieren nicht nur aus dem Druck, den einflussreiche Verbände (Ärzte, Krankenversicherungen, Pharma-Unternehmen) ausüben können und ausüben, sondern auch aus den objektiven Problemen des »Marktes für Gesundheit«. Diese liegen v.a. darin begründet,

- dass der Umfang der Markttransaktionen an Gesundheitsdienstleistungen – anders als auf anderen Märkten regelmäßig der Fall – in hohem Maße von den Anbietern, den Ärzten (und Krankenhäusern), bestimmt wird, dagegen von den Nachfragern, den Patienten, nur in geringem Maße beeinflusst werden kann; sowie darin,
- dass die Marktstruktur außerordentlich komplex ist, da neben Ärzten und Patienten auch noch die Krankenhäuser, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen als Akteure auf dem Markt auftreten.

Für das einen solch komplexen Markt wie den der Gesundheitsdienstleistungen sinnvoll regulierende System kann zwar in der Praxis vermutlich immer nur ein mehr oder weniger guter (oder schlechter) Kompromiss gefunden werden. Daher ist es aber umso wichtiger, sich zunächst klarzumachen, welche grundsätzlichen Leitlinien für die Gestaltung

und Regulierung eines solchen Marktes vorstellbar und im Rahmen einer Reform des deutschen Gesundheitswesens zielführend und umsetzbar wären.<sup>10</sup>

Sieht man von der Möglichkeit ab, die Entscheidungen über die Absicherung von Gesundheitsrisiken und die Inanspruchnahme und Kostentragung von Gesundheitsleistungen völlig dem Individuum freizustellen und das Angebot solcher Leistungen den Marktkräften zu überlassen, dürften v.a. zwei strategische Ausrichtungen der Neugestaltung des Gesundheitswesens infrage kommen:

- Umstellung des existierenden Systems im Sinne einer möglichst weitgehenden marktwirtschaftlichen Lösung mit obligatorischer Versicherung für alle oder
- Weiterentwicklung des bestehenden Systems mit dem Ziel der Effizienzsteigerung durch Stärkung des Wettbewerbs und bessere Regulierung.

Beide strategische Orientierungen könnten und würden auch einen günstigen Einfluss auf den vieldiskutierten Beitragssatz zur Krankenversicherung ausüben. Die langfristige Stabilität dieses Satzes wäre aber – auch unter ökonomischen Gesichtspunkten – kein vorrangiges Ziel der Reform, da man ja berücksichtigen muss, dass die Gesamtkosten des Systems und der Beitragssatz auch von der Altersstruktur der Bevölkerung und – nicht zuletzt – auch ihren Präferenzen abhängen. Ziel einer Reform muss vielmehr in erster Linie die Effizienz des Systems sein.

## Marktwirtschaftliches Modell mit obligatorischer Versicherung für alle

Das System einer obligatorischen Versicherung würde im Wesentlichen aus folgenden Elementen bestehen:

- Versicherungspflicht, die allerdings nur eine Basisversorgung umfassen müsste. Zusatzversicherungen wären frei.
- Die gesamte Bevölkerung wäre in die Versicherungspflicht einzubeziehen.
- Die Versicherungsbeiträge wären nur vom Alter und Geschlecht, nicht vom Einkommen abhängig.
- Freie Wahl der Versicherung durch die Versicherten, Kontrahierungszwang der Versicherungen.
- Freie Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherungen.
- Vermutlich müssten auch alle (zugelassenen) Krankenkassen (die gesetzlichen und die privaten) in einen Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

<sup>10</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Analyse, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2000/2001 vorgelegt hat.



Der tiefgreifende Systemwandel, der dabei eintreten würde, wird v.a. in folgenden Konsequenzen deutlich:

- Die gesetzlichen Kassen würden mit den privaten im Wettbewerb um die Grund- und die Zusatzversorgung stehen. Dabei hätten sie keinen Umverteilungsauftrag mehr und keine gesicherte Mitgliedschaft.
- Die gegenwärtig innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen stattfindende Umverteilung – von reich zu arm, von kinderarm zu kinderreich, von jung zu alt – müsste daher von den öffentlichen Haushalten übernommen werden.
- Die gegenwärtigen Arbeitgeberanteile bei den Beiträgen zur Krankenversicherung wären von den Versicherten mit zu übernehmen. Zuvor müssten die Arbeitseinkommen um die Arbeitgeberanteile erhöht werden. Dies müsste einkommensteuerneutral erfolgen.
- Die Freiheit der Wahl der Versicherung durch die Versicherten und somit auch eines Wechsels der Versicherung muss nicht nur rechtlich, sondern auch tatsächlich gegeben sein. Dazu wäre es erforderlich, die – gegenwärtig anscheinend nicht gegebenen – Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die von den Versicherungen für jeden Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen zu einer anderen Versicherung »mitgenommen« und an sie übertragen werden können.
- Die Budgetierung von Sektoren des Gesundheitswesens oder gar von einzelnen Arzt-Praxen wäre keine öffentliche Aufgabe mehr. Vielmehr wäre es den Versicherungen überlassen, Wege zu finden, auf denen ihre Versicherten zu kostengünstigen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen gelangen.
- Der Systemwandel ist auch deswegen erheblich, weil er vermutlich im Rahmen eines einzigen großen Reformschrittes realisiert werden müsste und nicht auf viele kleine Schritte verteilt werden könnte.

Wie der Sachverständigenrat darlegt, würden sich einer solchen marktwirtschaftlichen Neuausrichtung des Gesundheitswesens durchaus erhebliche praktische Probleme entgegenstellen. Diese wären aber wohl grundsätzlich lösbar. Neben derartigen praktischen Problemen ist es aber v.a. die geringe Neigung auf politischer Ebene, sich auf solch weitreichende Reformen einzulassen, die die Erfolgsaussichten eines derartigen Konzeptes gering erscheinen lässt. Dies mag wiederum nicht zuletzt daran liegen, dass in einem stärker marktwirtschaftlich ausgerichteten System der Einfluss öffentlicher aber auch quasi-öffentlicher Stellen (Selbstverwaltung) im Gesundheitswesen zurückgehen würde.

### Weiterentwicklung des bestehenden Systems

Die Alternative zu einer solchen marktwirtschaftlichen Reformlösung wäre eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems, wobei nicht nur Kostensenkung, sondern

auch Effizienzsteigerung anzustreben wären. Hier kommen v.a. die folgenden Elemente als mögliche sinnvolle Lösungen infrage:

- Begrenzung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Kassen: Hier gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder wird ein – jeweils abgeschlossener, aber stets erweiterbarer – Katalog von Grundleistungen definiert, deren Inanspruchnahme solidarisch finanziert wird, während darüber hinausgehende Leistungen individuell getragen werden müssten; oder man belässt es – wie gegenwärtig – bei dem offenen Angebot von Leistungen, das aber durch eine »Negativliste« eingeschränkt wird. Ergänzend könnte – wie in den Niederlanden mit Erfolg praktiziert – eine verhältnismäßig geringe Zahl von »Behandlungsleitlinien« formuliert und Ärzten und Patienten an die Hand gegeben werden.
- »Positivliste« für Medikamente: Eine solche Liste, die fast überall in Europa üblich ist, würde diejenigen Arzneimittel enthalten, deren Verschreibungskosten erstattungsfähig sind. Es würde sich dabei im Grunde um eine Art Zweitzulassung des Medikaments handeln.
- Erweiterung der Beitragsgrundlage: Dies kann ebenfalls wieder auf zwei Weisen geschehen. Eine Möglichkeit ist die Ausweitung der Mitgliedschaftspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse, die auf alle Erwerbstätigen, einschließlich Selbständige und Beamte ausgedehnt werden könnte. Dabei würde sich die Pflicht nur auf eine Grundversorgung erstrecken müssen. Eine andere Möglichkeit ist die Einbeziehung auch der Vermögenseinkommen.
- Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherung durch die Versicherten: Gegenwärtig besteht grundsätzlich eine Wahlfreiheit zwischen den verschiedenen gesetzlichen Kassen und eine Wahlfreiheit zwischen den gesetzlichen Kassen auf der einen Seite und den privaten Versicherungen auf der anderen (letztere Wahlfreiheit allerdings nur, wenn das Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet). Beide Wahlfreiheiten sind für sich genommen zunächst einmal Werte, da sie den Entscheidungsspielraum des Bürgers erweitern. Eine Einschränkung wäre so gesehen nachteilig und kann als Rückschritt oder als Schritt in eine falsche Richtung betrachtet werden. Andererseits sind beide Wahlfreiheiten mit ursprünglich nicht beabsichtigten und unerwünschten Konsequenzen verbunden. Was die Wahlfreiheit zwischen den gesetzlichen Kassen anbelangt, so hat die Bundesregierung kürzlich auf diese unerwünschten Konsequenzen reagiert und Einschränkungen verfügt.
- Hinwirken auf eine Einschränkung »nicht notwendiger« Arztbesuche: Unter der in Deutschland besonders hohen Zahl von Arztbesuchen (vgl. Tab. 3) befindet sich anscheinend auch ein erheblicher Anteil solcher Besuche, die einer als »geringfügig« eingestuften Erkrankung

gelten, die regelmäßig – auch ohne gezielte Behandlung – mit einer Spontanheilung abgeschlossen wird. Um das Kostenbewusstsein der Patienten zu schärfen, kämen Selbstbehalte oder eine Beitragsrückgewähr infrage. Möglich wäre auch – wie der Sachverständigenrat empfiehlt – die Einführung einer »Praxisgebühr«, die nur einmal pro Erkrankung fällig wird.

- Kopf- und Fallpauschalen auch in der ambulanten Versorgung: Bei den Krankenhäusern wird die Umstellung von der Erstattung von Einzelleistungen (orientiert an der Verweildauer im Krankenhaus) auf die Erstattung von Fallpauschalen (jede Erkrankung ist ein Fall) bereits vorgenommen, um die Anreize zur Ausdehnung der Behandlungsdauer zu verringern. Ein solches System wäre grundsätzlich auch im ambulanten Bereich denkbar, wobei man – wie z.B. in den USA praktiziert – Kopf- und Fallpauschalen kombinieren könnte.
- Stärkere Integration der medizinischen Versorgung: Hier spielen die Krankenkassen potentiell eine besonders wichtige Rolle. Durch eine Änderung der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V<sup>11</sup> könnten sie grundsätzlich nun Verträge mit günstigeren Prämien solchen Versicherten anbieten, die sich zu einer Einschränkung ihres Rechts auf freie Arztwahl verstehen und sich von einem von der Versicherung akzeptierten »gate-keeper«, einer Art von »Lotsen-Arzt«, bei der Wahl der medizinischen Leistungserbringer und der Behandlungsart leiten lassen.

Praktische Probleme tauchen auch bei diesem eher eklektischen Vorgehen auf, das auf die praktisch-politische Umsetzung und einen eher raschen kostendämpfenden und finanziell stabilisierenden Effekt der Maßnahmen abzielt. Auch Systemänderungen wären hier nicht zu vermeiden, wenn diese auch weniger weitreichend wären. Ein wichtiger Vorteil dieses Ansatzes bestünde aber nicht zuletzt darin, dass die Maßnahmen – eher als bei einer großen Reform – auch schrittweise durchgeführt werden könnten.

### Ein aktueller Vorschlag

Die ökonomische Diskussion der Probleme des Gesundheitswesens befasst sich aber nicht nur mit langfristig-strategischen Fragen der Grundlinien einer Reform, wie sie oben dargelegt wurden, sondern analysiert auch die Wirkungen einzelner kleiner Reformschritte. Ein Beispiel dafür ist die aktuell diskutierte Frage einer möglichen Abkehr vom System des Praxis-Budgets und einer Rückkehr zum Global-Budget. Das Global-Budget vermeidet einen wichtigen Nachteil des Praxis-Budgets, nämlich dass die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen zum Ende eines Quartals aufgrund ausgeschöpfter Budgets ins Stocken

geraten kann. Bei einem Global-Budget kann aber die unerwünschte Wirkung eintreten, dass die Ärzte die Zahl der durchgeführten Behandlungen erhöhen, um einen möglichst großen Anteil am Budget zu erhalten. Dies würde den DM-Wert pro Behandlung (den »Punkt-Wert«) senken und erneut Anreize zur Steigerung des Umfangs der Behandlungen auslösen. Da diese Anstrengungen wegen des vorgegebenen Globalbudgets letztlich aber finanziell ins Leere laufen müssten, spricht man hier auch von einem »Tretmühlen-Effekt«.

Bei der Analyse dieses Problems der Regulierung der ambulanten Leistungen scheint die aktuelle ökonomisch-theoretische Diskussion (so z.B. Benstetter und Wambach, 2001) zu folgender Lösung zu neigen:

- Festes Gesamtbudget, also nicht für jede einzelne Praxis. Dabei spielt die Frage, ob es sich um ein »Global-Budget« für alle Gruppen von Leistungserbringern zusammen handelt oder ob jede Gruppe ihr eigenes Gesamtbudget erhält (wie zwischen 1993 und 1997), eine eher untergeordnete Rolle.
- Daraus ergibt sich ein variabler DM-Wert der einzelnen Behandlung (variabler Punktwert), der von der Zahl aller Behandlungen aller Ärzte abhängt.
- Das entscheidende Element dieses Vorschlags besteht nun in einem garantierten Mindest-Punktwert. Dies hätte die Konsequenz, dass das »festgelegte« Gesamtbudget nicht unbedingt festgelegt ist, sondern im Fall des Falles – nämlich wenn die Zahl der Behandlungen entsprechend groß ist – auch ausgeweitet werden würde.

Behauptet wird nun in theoretisch strikt abgeleiteten Modell-Überlegungen, dass der garantierte Mindest-Punktwert nicht in Anspruch genommen werden würde und das ursprünglich festgelegte Budget daher nicht ausgeweitet werden müsste! Das dritte Element in dem oben dargestellten »Reform-Modell von Ökonomen«, nämlich der garantierte Mindest-Punktwert, ist dabei entscheidend, um zu erreichen, dass die (schwer von außen steuerbare) Zahl der Behandlungen zu sehr ausgedehnt wird, um den gesunkenen Punktwert wettzumachen. Gerade dadurch, dass die Zahl der Behandlungen nicht (übertrieben) ausgeweitet wird, weil die Ärzte eben auf den Mindest-Punktwert vertrauen, muss das festgelegte Budget nicht ausgeweitet, sondern eingehalten werden. Dazu ist allerdings kritisch anzumerken, dass die beschriebene Wirkungsweise steht und fällt mit der Reaktion der Ärzte auf und ihr Vertrauen in den »garantierten Mindest-Punktwert«.

Unter den von den Autoren getroffenen Annahmen würde sich, wie weiter gezeigt wird, auch der Markteintritt neuer Anbieter von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen, d.h. die Neugründung von Praxen, sinnvoll entwickeln können.

<sup>11</sup> »Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung«.

### Zusammenfassung

Auf der Basis neuerer WHO-Daten über nationale Gesundheitssysteme zeigt sich, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich gut abschneidet, soweit es um die Qualität der technisch-medizinischen Betreuung der Bevölkerung, um die Erreichbarkeit der Gesundheitsdienstleistungen und um die Fairness der finanziellen Belastung geht. Dabei bestehen im internationalen Vergleich allerdings Mängel bei der Behandlung bestimmter Krankheiten (Herzinfarkte, bestimmte Krebserkrankungen, Diabetes, Dauerschmerz).

Dagegen ist die Kosteneffizienz des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich als unterdurchschnittlich und stark verbesserungsbedürftig zu bezeichnen.

An Reformdiskussionen, auch an tatsächlichen Reformschritten fehlt es in Deutschland nicht. Manche Reformen waren aber nicht ausreichend wirksam, manche Reformen mussten – und müssen noch – erneut reformiert werden.

Für eine grundsätzliche Reform des deutschen Gesundheitswesens im Sinne einer marktwirtschaftlichen Lösung lässt sich aus ökonomischer Sicht ein klares Konzept formulieren, das aber – selbst in mittelfristiger politischer Perspektive – wenig Aussicht auf Umsetzung haben dürfte. Aber auch ein eher eklektisches Vorgehen, das den Charakter des gegenwärtigen Systems weitgehend respektiert und erhält, würde eine erhebliche Reformanstrengung erfordern.

Eine sinnvolle Weiterentwicklung speziell der Regulierung der ambulanten Versorgung könnte in die Richtung eines fixierten Gesamt-Budgets gehen (also kein Praxis-Budget wie gegenwärtig) mit variablem Punktwert, dem aber Untergrenzen gesetzt wären.

### Literatur:

Benstetter, F. und A. Wambach (2001), »Strategic interaction in the market for physician services: The treadmill effect in a fixed budget system«, *CESifo Working Paper* No. 427, March.

DICE: ifo Database for Institutional Comparisons in Europe; erreichbar über [www.ifo.de](http://www.ifo.de), dann ifo International, dann DICE Database; oder [www.cesifo.de](http://www.cesifo.de), dann DICE Database.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000), Jahresgutachten 2000/2001, *Chancen auf einen höheren Wachstumspfad*, Stuttgart.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997, 1998), jeweilige Sondergutachten, Baden-Baden.

Schneider, M. et al. (1994 und 1997), *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, BASYS Augsburg.

Schumacher, H. (1996), »Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Vergleich«, *Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik*, 1996.

World Health Organisation, World Health Report 2000; [www.who.int](http://www.who.int); [www.who.dk](http://www.who.dk).