

Die Regierungskoalition hat sich auf Eckpunkte einer Gesundheitsreform verständigt. Bausteine des Reformvorhabens sind eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch Einführung einer Positivliste, ein Abbau der Trennung zwischen stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen, eine gestärkte Stellung des Hausarztes und die Anpassung der Ausgaben der Krankenversicherung an ihre Einnahmen durch Budgetierung.

Die Gesundheitspolitik versucht, durch solche staatlichen Eingriffe den Besonderheiten des „Gesundheitsmarktes“ Rechnung zu tragen. Eine dieser Besonderheiten besteht darin, daß der Patient kaum als souveräner Konsument auftreten kann. Als Kranker ist er auf Hilfe angewiesen, und als medizinischer Laie ist er überdies meist nicht in der Lage, zwischen den angebotenen Leistungen frei zu wählen; vielmehr bestimmt vor allem der Anbieter Arzt Art und Menge der nachgefragten Leistungen, wobei eine dritte Partei, die Krankenkasse, zahlt. Zusätzlich kompliziert wird die Problematik noch dadurch, daß der Leistungskatalog im bestehenden Versicherungssystem von Maßnahmen gegen Befindlichkeitsstörungen bis zu lebensrettenden Maßnahmen reicht.

Die besondere Marktconstellation hat in der Vergangenheit immer wieder zu Leistungsausweitungen geführt, denen regelmäßig Kostendämpfungsgesetze auf der Basis von Budgetierungen folgten. Diese Politik war relativ erfolgreich. So verharrten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Relation zum Bruttoinlandsprodukt – nach einem einmaligen Kostenschub Anfang der 70er Jahre – seit 1975 bei 6% und erreichten erst 1997 die 7%-Marke. Der Anteil der ärztlichen Behandlung an den Gesamtausgaben der GKV ist seit 1975 stabil geblieben, die Ausgaben für Arzneimittel sind im gleichen Zeitraum anteilsmäßig sogar zurückgegangen. Weit überproportional wuchs allerdings der größte Ausgabenposten, die Krankenhauskosten. Neben dem medizinischen technischen Fortschritt und



Susanne Erbe

## Besonderheiten des Gesundheitsmarktes

systembedingten Ineffizienzen dürfte für diese Entwicklung vor allem die Personalintensität der Krankenhausversorgung verantwortlich gewesen sein.

Während die Ausgabenentwicklung im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt nicht als Kostenexplosion bezeichnet werden kann, ist die Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen weniger günstig verlaufen. So stieg der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV-West von ca. 10,5% (1975) auf annähernd 13,5%. Diese Entwicklung wurde nicht primär durch überproportionale Kostensteigerungen, sondern vor allem durch die hohe Arbeitslosigkeit und den gesunkenen Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen verursacht. Beides ist allerdings von Regelungen des Gesundheitsmarktes kaum beeinflussbar.

Angesichts dieser Ausgangslage führt eine Kostendämpfungspolitik, die das Ziel einer Begrenzung der Lohnnebenkosten verabsolutiert, in eine gesundheitspolitische Sackgasse. Schon angesichts der zunehmenden Alterslastigkeit der Bevölkerungsstruktur ist zu erwarten, daß die Ausgaben der Krankenkassen weiter steigen werden und auch weiter steigen müssen, wenn die Gesundheitsversorgung nicht verschlechtert werden soll. Um so dringlicher wird es, vorhandene Effizienzreserven auszuschöpfen.

Reformprojekte müssen daher primär bestehende institutionelle „Effizienzbremsen“ beseitigen.

In dieser Hinsicht sind allenfalls geringe Lenkungswirkungen von Modellen, die beim Nachfrager Patient ansetzen, zu erwarten. Vielmehr führt das derzeitige System mit Zuzahlungen primär zu Kostenverlagerungen zu Lasten Kranker und Alter. Zuzahlungen machen als Steuerungsinstrument nur im Randbereich der „Befindlichkeitsstörungen“ Sinn, und sollten durch eine Positivliste, die allerdings unverzichtbare Heilmittel für die „wirklich Kranken“ kostenfrei stellen müßte, ergänzt werden. Auch mit der Forderung, den Hausarzt als Gatekeeper des Gesundheitswesens zu stärken, werden häufig übertriebene Erwartungen verbunden. Sie wird häufig implizit oder explizit damit begründet, daß in der Vergangenheit der Patient die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen unkontrolliert nach oben getrieben habe. Dieser „Moral hazard-Effekt“ wird in der öffentlichen Diskussion allerdings weit überschätzt. Aber auch wenn hier sicher nur geringe Kosteneinsparungen zu erzielen sind, erscheint eine stärkere Stellung des Hausarztes durchaus angebracht, weil eine bessere Koordination der Behandlung zumindest die Qualität der Gesundheitsversorgung erhöhen kann.

Wichtiger sind aber Reformen, die bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen ansetzen. Wird beispielsweise die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung aufgebrochen, können vor allem Effizienzreserven in den Krankenhäusern ausgenutzt werden. Sinnvoll kann es auch sein, das Angebotsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzuweichen, indem Direktverträge der Krankenkassen mit einzelnen Anbietergruppen zumindest als Modellversuch zugelassen werden. Die Aufmerksamkeit, die die geplante Gesundheitsreform der Angebotsseite widmet, ist positiv zu bewerten; es muß sich allerdings noch zeigen, ob die einzelnen Vorhaben auch tatsächlich politisch durchsetzbar sind.