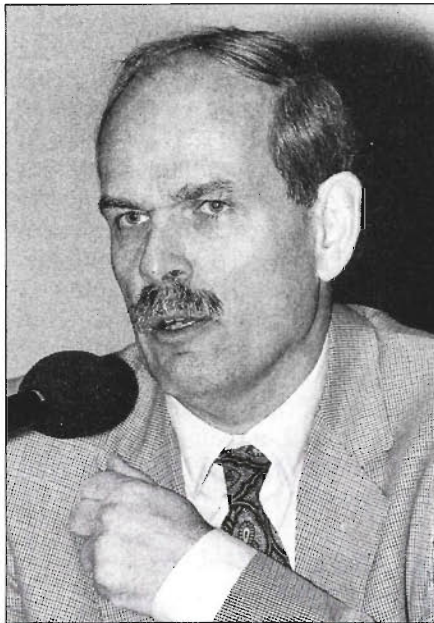


Gesundheitsökonom Professor Wille gegen eindimensionale Globalsteuerung

**P**rof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Ordinarius für Nationalökonomie und Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim, brachte sein Statement zu Beginn der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Vormittag des 11. Mai auf den entscheidenden Punkt: „Der Patient gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist behandlungsbedürftig, liegt aber keineswegs im Koma, wie es einige Kritiker aus verengtem und ideologischem Blickwinkel weismachen wollen. Der gesetzlichen Krankenversicherung geht es nicht schlechter als den Gesundheitssystemen in anderen vergleichbaren Ländern, die ähnliche ‚Gesundheitsquoten‘ aufweisen.“ Verfehlt wäre es, bei der angekündigten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der vom neu amtierenden Gesundheitsminister Horst Seehofer avisierten zweiten Etappe der Gesundheitsreform zur „süßen Medizin“ zu greifen. Man müsse auch einmal „bittere Medizin“ praktizieren.

Aus der Sicht des in der politischen Beratung engagierten Finanzwissenschaftlers (Wille ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium für Wirtschaft) gibt es einen Grundmangel der zu sehr ökonomisch orientierten Gesundheitspolitik seit Beginn einer Stafette von interventionistisch-administrierenden Kostendämpfungs- und Globalsteuerungskonzepten ab Mitte der siebziger Jahre: Eine in sich geschlossene, konsistente Gesundheitspolitik konnte weder in der sozialdemokratisch-liberalen Regierungskoalition noch unter der seit 1982 amtierenden konservativ-liberalen Koalition praktiziert werden – offenbar wegen opportunistisch-partikularistischen Rücksichtnahmen und wegen mangelnder Kon-

sensfähigkeit. Andererseits müsse aus der Sicht der Wissenschaft bemängelt werden, daß viele gesetzliche Interventionen geradezu von Schiefagen und Asymmetrien gekennzeichnet waren, so daß das vor-



Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Wirtschaftswissenschaftler aus Mannheim, beschäftigte sich in seinem Referat mit Zusammenhängen zwischen Ökonomie und Gesundheitspolitik.

gegebene Globalziel einer einkommensorientierten Ausgabenpolitik der Krankenkassen und einer Stabilisierung der Beitragssätze – trotz Budgetierung, Deckelung des Honorarvolumens, Preisstopps auf dem Pharmamarkt, trotz Festbeträgen und Ausgrenzungen – nicht erreicht werden konnte.

Zum dritten aber warnte Wille davor, einen leistungsintensiven, innovativen Dienstleistungssektor schon deswegen als instabil und „krisenhaft“ zu bezeichnen, weil in den einzelnen Leistungssektoren Ausgabenschwankungen und -sprünge zu

verzeichnen sind oder weil der Krankenkassenbeitrag in einer Berichtsperiode einmal um einen halben Prozentpunkt gestiegen ist.

Überhaupt sei es verfehlt, das Augenmerk ausschließlich aus politischen und fiskalischen Überlegungen auf den Input und den Ressourcen-Verzehr im Gesundheitswesen zu fixieren, statt die mit dem medizinischen Fortschritt verbundenen explosionsartigen Leistungsverbesserungen zu registrieren und insbesondere die allokativen (Effizienz)-Aspekte entsprechend zu berücksichtigen. Allerdings wollte Wille nicht in Abrede stellen: Die Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 8,2 Prozent im Jahr 1970 auf inzwischen fast 13 Prozent ist alarmierend und bedarf einer detaillierten Ursachentherapie. Diese Entwicklung rief nicht nur die „hohe Politik“ auf den Plan, sondern nährte auch aus ökonomischer Sicht den Verdacht, daß bei zahlreichen Ausgaben für die Gesundheitssicherung der erzielte individuelle und gesellschaftliche Nutzen die entsprechenden Opportunitätskosten nicht mehr rechtfertigte. Dies führte bei „Ökonomen“ dazu, daß Nutzen mit einer (alternativen) Nutzenverwendung verglichen wird.

## Kosten und Nutzen

Gerade im Gesundheitswesen, in welchem der Nutzenzuwachs nicht exakt quantifiziert werden kann und wo Qualitätsstandards nicht überall mit Hilfe objektivierbarer Kriterien bestimmt werden können, müßten Kosten-Nutzen-Rechnungen zwar erlaubt sein, aber es müßten auch Vorbehalte gemacht werden. Im internationalen Vergleich nehmen die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen („Gesundheitsquote“) ei-

nen Mittelplatz, keinesfalls eine Spitzenstellung ein. So betragen im Jahr 1989 die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in der Abgrenzung der Finanzstatistik 276,8 Milliarden DM (ohne Krankheitsfolgeleistungen: 200 Milliarden DM). Dies entspricht 12,3 Prozent des Bruttosozialproduktes. Rechnet man allerdings die Krankheitsfolgekosten aus diesem Block heraus, wie dies international üblich ist, so beträgt die „Gesundheitsquote“ lediglich 8,9 Prozent. In den USA liegt diese Quote bei 12,4 Prozent.

Unter den Ausgaben für die Gesundheitssicherung, gegliedert nach Ausgabenträgern, entfällt mit 46,1 Prozent der Hauptkostenblock auf die gesetzliche Krankenversicherung (127,6 Milliarden, 1990 rund 155 Milliarden DM). Der Anteil der Krankenkassen an den gesamten Gesundheitsausgaben stieg von 1970 (35 Prozent) bis 1988 (47,9 Prozent) kräftig an und schwächte sich – auch als Folge des Gesundheits-Reformgesetzes – auf 46,1 Prozent ab. Wille konstatierte: Obwohl der Anteil der

GKV nicht einmal die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben erreicht hatte, stand seit Mitte der siebziger Jahre aus wirtschaftspolitischen, fiskalischen und Wettbewerbsgründen eindeutig die finanzielle Stabilisierung der Krankenversicherung im Mittelpunkt der Aktivitäten. Daraus ist zu schließen, daß die amtliche, global steuernde Gesundheitspolitik weniger auf eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität angelegt war, als vielmehr politisch-fiskalpolitisch verengt war und in einen interventionistisch-gesetzlichen Rahmen gepreßt wurde.

Auch das unter der Ägide von Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm aus dem Boden gestampfte Gesundheits-Reformgesetz (GRG) habe die Interventionsschwerpunkte asymmetrisch, jedenfalls recht willkürlich gesetzt. Dominierender Interventionsschwerpunkt seien der Pharma-Bereich, der Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz und Zahnbehandlung gewesen, wohingegen der stationäre Sektor, eine der Hauptausgabentriebfedern

des Gesundheitswesens, weitgehend ausgeklammert blieb.

## Schiefelage im Pharmasektor

Die Schiefelage der Bonner Kostendämpfungspolitik demonstrierte Wille am Beispiel des Pharmasektors: Hier ist die Mengenkompente zwischen 1970 und 1990 mit rund 69 Prozent dominant gewesen, wohingegen die Preiskompente mit 31,34 Prozent unter einem Drittel gelegen hat. Dennoch habe das Festbetragsmodell à la Blüm einseitig an der Preiskompente angesetzt, ein Indiz dafür, daß allein mit preissteuernden Mitteln keine entscheidenden Spareffekte beim Arzneimittelkonsum erzielt werden können. Eine Festbetragsregelung, die nur an der Preiskompente ansetzt, habe gegenüber einer prozentualen Zuzahlung der Patienten den entscheidenden Nachteil, daß die Preisadministration an der bisher im Arzneimittelbereich vorherrschenden Ausgaben-Einflußgröße vorbeizieht.

**Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern<sup>1)</sup>**

Ausgabenträger	Jahr				
	1970	1975	1980	1985	1989
Öffentliche Haushalte	14,0	13,5	13,3	13,1	13,7
Gesetzliche Krankenversicherung	35,0	44,2	45,2	46,7	46,1
Rentenversicherung	9,4	8,5	7,5	8,0	7,1
Gesetzliche Unfallversicherung	3,6	3,3	3,2	3,3	3,1
Private Krankenversicherung	5,1	4,5	4,5	5,2	5,7
Arbeitgeber	24,5	19,5	19,4	15,7	16,9
Private Haushalte	8,4	6,4	6,9	7,9	7,4

<sup>1)</sup> Ausgaben des jeweiligen Trägers in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Quelle: Statistisches Bundesamt

**Tabelle 2: Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten**

Behandlungsart	Anteile <sup>1)</sup>					Wachstumsraten <sup>2)</sup>
	1970	1975	1980	1985	1989	
Behandlung durch Ärzte	22,8	18,8	17,6	17,7	18,0	306,2
Behandlung durch Zahnärzte	7,1	6,9	6,3	6,0	6,1	340,7
Stationäre Behandlung	25,3	30,2	30,0	32,1	33,3	579,2
Arzneimittel <sup>3)</sup>	17,1	14,9	14,3	14,9	15,9	380,9
Heil- und Hilfsmittel <sup>4)</sup>	1,9	3,0	3,7	4,2	3,9	995,6
Zahnersatz	3,4	7,0	8,3	6,9	3,8	487,1

<sup>1)</sup> Jeweilige Ausgaben in Prozent der GKV-Ausgaben für Gesundheit insgesamt.

<sup>2)</sup> Veränderung im angegebenen Zeitraum in Prozent.

<sup>3)</sup> Sogenannte Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.

<sup>4)</sup> Sogenannte Arzneien, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Nachdrücklich sprach sich Wille für die zumindest probeweise Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung aus, um die bisher unelastische Arzneimittelnachfrage zu „sensibilisieren“. Dies könnte möglicherweise zur Ausgabendämpfung, einer gesamtwirtschaftlichen Effizienzsteigerung und zu einer Reallokation von Ressourcen führen, weil die Begehrlichkeit bei Befindlichkeitsstörungen eingedämmt werden könnte und die Patienten Arzneimittel nicht mehr als „freie Güter“ einstuft könnten.

Prof. Wille wies darauf hin, daß Selbstbeteiligungsregelungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem weniger ausgeprägt seien als etwa in den USA oder in Schweden. Dort seien mehr als 10 Prozent Direktbeteiligungen gang und gäbe; auch sei der Kostenübernahme- und -erstattungskatalog der Versicherungsträger enger als hierzulande. Eine Studie in den USA (bei der Rand Corporation) habe ergeben, daß das Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten mit Selbstbehalttarif und von Versicherten ohne jegliche Zuzahlung fast parallel verläuft. Eine Sperre für den Zugang zum Arzt oder gar eine Gesundheitsgefährdung infolge einer teilweisen Kostendirektübernahme seien in den USA-Feldversuchen nicht feststellbar. Eine prozentuale Selbstbeteiligung (etwa 15 Prozent des Präparate-Preises; maximal zwei Prozent des steuerpflichtigen Einkommens pro Jahr) gefährde nicht die zentralen Umverteilungsmechanismen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu Prof. Eberhard Wille: „Einkommensabhängige jährliche Höchstbeträge könnten unerwünschte verteilungspolitische Regressionseffekte ausschließen.“

Andererseits sei eine moderate Zuzahlung bei Arzneimitteln heute nahezu jedem Bürger zumutbar – und zwar unabhängig vom jeweiligen Einkommen –, zumal alle Altersgruppen der Versicherten einen immer noch wachsenden Anteil ihres privaten Budgets für nicht lebensnotwendige Konsumgüter der Luxus-kategorie und vor allem auch im touristischen Bereich aus freien Stücken ausgeben.

Einen neuralgischen Punkt sieht Wille in der Reform der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Hier sollte das wachsende Defizit aus der Rentner-Krankenversicherung auf eine *breitere Basis* verlagert werden, etwa durch die Einbeziehung von äquivalenten Zuschüssen der Gebietskörperschaften zumindest für arbeitslose Staatsbedienstete und/oder eine entsprechende Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Tatsache ist: Von 1970 bis 1990 hat sich die „Rentnerquote“ lediglich geringfügig – von 26,1 auf 29 Prozent – erhöht. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der KVdR an den Gesamtausgaben der Krankenkassen von 27,6 Prozent (1970) auf heute rund 41 Prozent. Dabei lag der Anteil, den die Ausgaben für Rentner im Jahr 1990 jeweils beanspruchten, bei den Arzneimitteln mit 54,5 Prozent, der stationären Behandlung mit 52 Prozent sowie den Heil- und Hilfsmitteln mit 46,4 Prozent besonders hoch, wohingegen der Anteil der Behandlung durch Ärzte mit 35,3 Prozent vergleichsweise moderat blieb.

### **Kritisches Urteil zur Bonus-Malus-Regelung**

Sehr kritisch beurteilte Professor Wille die in der Politik hoch im Kurs stehende Bonus-Malus-Regelung für Ärzte (die auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion empfohlen wird). Wer sich dadurch effiziente und kostenwirksame Steuerungseffekte verspricht, unterstellt, daß der Arzt ausschließlich als uneingeschränkter materieller Nachfrager von Arzneimitteln agiert, der Patient dagegen hilflos und zumindest mehr oder weniger passiv konsumiert. In dieser „höchst asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehung“ übernehme der Arzt die Rolle des „paternalistischen Agenten“ und der Patient jene des „unmündigen Prinzipals“. Diese wirklichkeitsfremden Vorstellungen diskreditierten nicht nur den mündigen Patienten, sondern gingen auch im Prinzip an den komplexen Beziehungen vorbei, wie sie heute zwischen Arzt und Patienten schon allein wegen der wachsenden Infor-

mationen und Gestaltungsmöglichkeiten existieren.

Der bisherige Hauptmangel der amtlichen Kostendämpfungspolitik sei es, zu sehr auf globale Ausgabensteuerung gesetzt zu haben, ohne gleichzeitig eine Ursachenanalyse und -therapie angestellt zu haben. Dies bewirke einen Effizienzverlust und könne allenfalls dazu führen, bestehende Mängel haushaltsmäßig zu verwalten. Mehr Liberalität, Systemoffenheit und Mut zur Selbstentwicklung des Systems wären hier angebracht. Jedenfalls führe eine „angebotsseitige Begrenzung des Ausgabenanstiegs“ der Krankenkassen zu einer quasi budgetierten und administrierten Versorgung der Versicherten. Eine systemoffene Gesundheitspolitik müsse Schluß machen mit eindimensionalen, interventionistischen Eingriffen in das System. Operationale Output-Indikatoren und medizinische Orientierungsdaten müßten auch mit Hilfe der Wissenschaft, der Verbände und der Selbstverwaltung in die politische Entscheidungsfindung eingebracht werden, um die das Gesundheitswesen dominierende Kostendämpfung auf der Basis des Input-Denkens ad acta zu legen.

In der Diskussion merkte Wille kritisch an, daß die Ausgabenstrukturen der GKV seit der K-Gesetzgebung Mitte der siebziger Jahre relativ konstant gewesen seien. Dadurch seien innovative Effekte weitgehend unterbunden worden.

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung sei „gewiß kein Königsweg“, doch sei sie ein Mittel, um das Rentnerdefizit auf mehr Schultern zu verteilen und den Umverteilungseffekt zu verstärken. Die politisch verabsolutierte Beitragssatzstabilität sei unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht zu halten.

Die von der Bundesregierung geplante Absicherung des Pflegerisikos nach dem sozialversicherungsrechtlichen Umlageverfahren sei ökonomisch nichts anderes als eine Staatsverschuldung. Hier würden künftigen Generationen Sozialleistungen aufgelastet, ohne für eine solide, gerechte und langfristige Finanzierbarkeit zu sorgen. HC