

### III.

## Krankenversicherung als Steuerungsinstrument

Ausgangspunkt des Nationalen Forschungsprogrammes «Gesundheitswesen» waren die steigenden Kosten der ambulanten medizinischen Versorgung. Diese werden zum überwiegenden Teil von der Krankenversicherung getragen. So liegt es nahe, einerseits in den Modalitäten des Versicherungssystems gewisse Ursachen der Kostenentwicklung zu suchen, andererseits das Versicherungssystem als Kontrollinstrument zu benutzen. Im Ausland bestehen darüber schon Erfahrungen, die allerdings nicht unbesehen auf schweizerische Verhältnisse übertragen werden können.

Die Berichte über die Anstrengungen im Programmteil «Krankenversicherung» des NFP 8 werden eingeführt durch eine Übersicht über Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland, die wohl das mit der Schweiz am besten vergleichbare Krankenversicherungssystem aufweist (Prof. Ph. Herder-Dorneich, Köln), und ergänzt durch Ausführungen über ein schon seit 8 Jahren laufendes, vom Nationalfonds finanziertes Projekt (Prof. Abelin, Bern), das Abrechnungsdaten der Versicherung mit medizinischen Informationen ergänzen und verständlich machen kann.

## L'assurance-maladie en tant qu'instrument de contrôle et de gestion

La croissance des coûts des soins médicaux ambulatoires a été l'un des éléments à la base du Programme national de recherche «Système de santé». Ces coûts sont dans une très large mesure supportés par l'assurance-maladie. C'est pourquoi l'idée vient facilement à l'esprit, d'une part de rechercher dans les modalités d'assurance certaines causes de la croissance des dépenses, d'autre part d'utiliser le système d'assurance-maladie comme un instrument de contrôle. Il existe à cet égard certaines expériences à l'étranger, dont l'application aux conditions suisses ne peut cependant être envisagée sans examen approfondi.

Les rapports faits sur les efforts entrepris dans la partie «Assurance-maladie» du PNR 8 sont introduits par une revue de l'expérience de la République fédérale allemande, qui a à vrai dire le système d'assurance le plus aisément comparable au suisse (Prof. Ph. Herder-Dorneich, Cologne). Ils sont complétés par une présentation d'un projet financé par le Fonds national en cours depuis huit ans (Prof. Abelin, Berne), qui peut enrichir et rendre mieux compréhensibles les données de facturation des caisses-maladies à la lumière d'informations de nature médicale.

## Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen<sup>1</sup>

*Prof. Herder-Dorneich*

Nachdem im Bereich des Gesundheitswesens jahrzehntelang die Meinung vorherrschte, dass es sich hier um ein System handle, dessen Steuerung nicht notwendig sei, und es eigentlich nur darum gehe, die entstehenden Kosten zu decken, wird seit den siebziger Jahren das Thema «Steuerung im Gesundheitswesen» intensiv diskutiert. Seit dieser Zeit nämlich zeigt das Gesundheitswesen solch hohe Wachstumsraten, die das System erstmalig mit erheblichen Finanzierungsschwierigkeiten konfrontierten. Steuerung ist damit notwendig geworden. Im folgenden soll versucht wer-

den, in aller gebotenen Kürze einige Ansatzpunkte für die Steuerung des Gesundheitswesens aufzudecken und die damit verbundenen Probleme aufzuzeigen.

### **Kostenanstieg im Gesundheitswesen**

Kostenexpansion im Gesundheitswesen lässt sich seit hundert Jahren beobachten. Die Versorgung mit Gesundheitsgütern wird ständig teurer. Neu ist, dass diese Expansion in den siebziger Jahren besonders schnell vorangeschritten ist. Expansion ging in Explosion über. Allerdings expandierten die Wachstumsraten in den einzelnen Gesundheitssektoren nicht gleichmässig. Die Wachstumsrate für ärztliche Leistungen hat sich «einigermassen normal» entwickelt. Die Kosten für Arzneimittel dagegen sind stärker angestie-

<sup>1</sup> Zusammenfassung eines Referates von Prof. Dr. Ph. Herder-Dorneich, Universität zu Köln, durch PD Dr. R. Bruppacher, Basel, und Dr. L. Feige, Köln.

gen; die höchste Wachstumsrate zeigt der Krankenhausbereich.

Die Wachstumsraten des Gesundheitswesens liegen weit über der des Bruttosozialprodukts. Allerdings muss man zum Vergleich die Wachstumsraten des Dienstleistungssektors heranziehen; diese Wachstumsrate liegt ebenfalls über der des Bruttosozialprodukts. Aber auch bei diesem Vergleich zeigt sich, dass die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Sorge zu betrachten ist. Der Bereich der ärztlichen Leistungen scheint dabei noch der bestgesteuerte zu sein, Steuerungsdefizite sind daher insbesondere im Arzneimittel- und vor allem im Krankenhaussektor zu suchen. Weshalb aber weisen diese drei Bereiche unterschiedliche Wachstumsraten auf?

**Der ambulante Sektor**

Versicherte bezahlen Beiträge zur Krankenversicherung und erhalten dafür unter anderem das Recht, Leistungen der Ärzte in Anspruch zu nehmen. Die Steuerung der Leistungen erfolgt durch Scheine (Krankenscheine, Überweisungen usw.), denen ein Geldstrom entgegengerichtet ist.

Eine Erhöhung der Beiträge der Versicherten zur Krankenversicherung sollte logischerweise zu einem Rückgang der Nachfrage führen; diese in der Ökonomik übliche Denkweise (sinkende Nachfrage bei steigendem Preis) kann aber nicht ohne weiteres auf das Gesundheitswesen übertragen werden. Es hat sich gezeigt, dass beim Anstieg der Beiträge für die Krankenversicherung es für die Versicherten rational ist, ihre Nachfrage auszudehnen. Jeder muss sich sagen, dass die Beiträge kaum kleiner werden, wenn nur ein einzelner seine Nachfrage zurückschraubt. Wenn man also schon viel zahlen muss, dann muss man auch etwas davon haben. Alle Versuche, über die Beitragsgestaltung die Kosten zu dämpfen, haben sich daher als nicht ergiebig erwiesen.

**Das Krankenhauswesen**

Aufgrund von Überweisungsscheinen, die von den Ärzten an die Versicherten ausgegeben werden, können die Versicherten Leistungen des Krankenhaussektors in Anspruch nehmen. Die Krankenhäuser wiederum erhalten ihrerseits Geld, entsprechend ihren Abrechnungen, von den Krankenversicherungen. Bei der Überlegung zur Kostendämpfung geht es also darum, den Geldstrom, der durch die Überweisungsscheine ausgelöst wird, zu bremsen. Versuche, an den Tagessätzen zu manipulieren, haben wenig Erfolg. Beim Druck auf die Tagessätze dehnen die Krankenhäuser die Belegungszeiten aus, um doch insgesamt den Kostenanstieg auffangen zu können. Man muss also viel früher ansetzen und versuchen, die Überweisungsrate zu verringern.

**Die Arzneimittelversorgung**

Im Arzneimittelsektor erhalten die Patienten gegen die von den Ärzten ausgestellten Rezepte in den Apotheken Medikamente. Die Apotheker erhalten

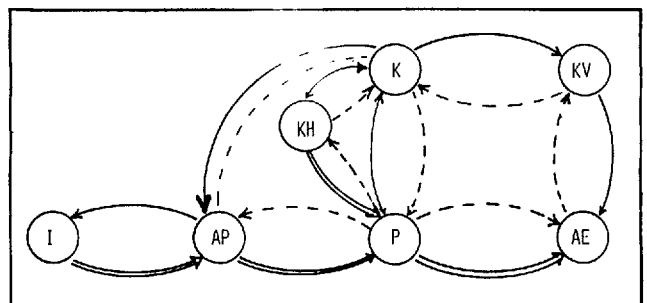
wiederum von den Krankenversicherungen gegen Abgabe der Rezepte Geld, mit dem sie sich bei der Industrie mit den Medikamenten versorgen können. Der Geldstrom fließt hier von den Kassen über die Apotheken an die pharmazeutischen Unternehmen. Die Preise werden zwischen den Versicherungen, Apotheken und der Industrie festgelegt. Die Ärzte bestimmen die gebrauchten Mengen, sind aber – wie auch die Patienten – von den Preisen nicht direkt betroffen.

Versuche, zum Beispiel über das Kartellamt auf die Preise Einfluss zu nehmen, haben bisher wenig Erfolg gezeitigt. Man muss daher versuchen, in erster Linie die Menge zu beeinflussen. Versuche, dies mit Hilfe der Selbstbeteiligung zu tun, setzen allerdings zu spät an, die Verschreibung der Medikamente ist ja schon erfolgt.

**Ein vereinfachtes Modell für das gesamte System des Gesundheitswesens**

Die nachfolgende *Abbildung 1* zeigt ein vereinfachtes Modell des Gesamtsystems des Gesundheitswesens. Die einzelnen am Gesamtsystem beteiligten Aggregate sind durch Leistungsströme, Geldströme und Scheinströme miteinander verbunden. Dabei zeigt sich, dass die am System der ambulanten Versorgung beteiligten Aggregate zu einem Kreislauf zusammengeschlossen sind. Das System der Arzneimittelversorgung und des Krankenhauswesens dagegen ist nicht kreislaufartig ausgestaltet.

Tatsächlich ist auch der ambulante Sektor der am besten gesteuerte, das heisst hier der mit den geringsten Wachstumsraten. Man könnte nun versuchen, die am schlechtesten gesteuerten Sektoren mit einem speziell ausgestatteten Steuerungspotential zu versorgen, ein anderer Weg wäre, das Steuerungspotential des ambulanten Sektors in die übrigen Sektoren einzubringen.



- K = Kassen
  - KV = Kassenärztliche Vereinigung
  - Kh = Krankenhaus
  - I = Pharmaindustrie
  - Ap = Apotheken
  - P = Patienten
  - Ä = Ärzte
- = Geldströme  
 - - - - - = Scheinströme  
 ==> = Leistungsströme

Abb. 1 Modell für das Gesamtsystem des Gesundheitswesens

### Ansatzpunkte für eine Steuerung

Die gesamte Nachfrage geht letztlich vom ambulanten Sektor aus. Die Steuerung muss demnach bei den einzelnen Ärzten ansetzen; hier liegt der neuralgische Punkt. Wenn man allerdings versucht, an diesen neuralgischen Punkt einzugreifen, so wird man von vornherein auf eine Reihe von besonders schwierigen Fragen stossen. Es besteht nämlich die Gefahr, in die Therapiefreiheit, in die Versorgungsfreiheit und in die freie Arztwahl einzugreifen. Damit wird ein Problem deutlich, das man bisher noch nicht bewältigt hat. Man ist nämlich gezwungen, steuernd an einem Punkt einzugreifen, der nicht nur hinsichtlich seiner Steuerungskapazität besonders empfindlich ist. Steuerungseingriffe in andern Bereichen haben jedoch bisher wenig Erfolg gezeitigt.

Man kann allerdings an mehreren Stellen zugleich steuernd eingreifen. Nicht nur auf der Arzt-Patient-Ebene oder durch bürokratische Verordnungen lassen sich Geldströme beeinflussen. Gerade in Deutschland, wo die mittlere Ebene mit den Kassenverbänden und den kassenärztlichen Vereinigungen sehr stark ausgebaut ist, bietet sich eine Steuerung auch auf dieser Ebene geradezu an. Der äussere Ausdruck für die Steuerung auf dieser Ebene ist die seit 1977 bestehende «konzertierte Aktion im Gesundheitswesen».

### Der «Bayern-Vertrag» als Prototyp eines Steuerungsmodells

Die Schlüsselrolle des ambulanten Sektors im System des Gesundheitswesens hat im sogenannten «Bayern-Vertrag» besondere Berücksichtigung gefunden. Ziel des «Bayern-Vertrages» ist die Begrenzung des Wachstums des Gesamtsystems des Gesundheitswesens. Die Vertragspartner (Kassenärztliche Landesvereinigung und RVO-Kassen) vereinbarten eine Begrenzung dieses Wachstums auf insgesamt 6%. Die Besonderheit dieses Vertrags ist, dass im Falle der Senkung der Wachstumsraten des Arzneimittel- und des Krankenhaussektors eine Steigerung der Wachstumsrate im ambulanten Sektor möglich ist.

Auf der unteren Ebene wissen die Ärzte, dass sie von einer Reduktion der Verschreibungs- und Überweisungsraten nun selbst profitieren können.

Tatsächlich stiegen die Gesamtausgaben infolge dieses Vertrages weniger stark als in den andern Bundesländern. Der ambulante Sektor konnte auf Kosten der Krankenhäuser und des Arzneimittelwesens expandieren. Damit ist das ökonomische Kalkül aufgegangen. Ein Kalkül, das aber nicht eingriffspolitisch auf der Arzt-Patient-Ebene ansetzt. Verschreibungs- und Überweisungsgewohnheiten wurden nicht direkt vorgeschrieben; dennoch haben die Wachstumsraten reagiert. Durch die Veränderung der Wachstumsraten ist ein neuer Anpassungsprozess in Gang gesetzt worden. Im Verlauf von etwa acht Jahren, so ist anzunehmen, werden die Anteile der drei Sektoren, die über Jahrzehnte trotz der Veränderung des Gesundheitswesens bis zur Kostenexplosion relativ konstant geblieben waren, vermutlich wieder ein relatives Verhältnis, wie

es in den sechziger Jahren vorhanden war, erreicht haben. Die Beeinflussung der Wachstumsraten auf der mittleren Ebene scheint ein durchaus brauchbares Instrument für die nächsten Jahre zu sein. In den folgenden Jahren aber wird man neue Steuerungsinstrumente erarbeiten müssen. In der Wirtschafts- und Sozialpolitik gibt es keine Dauerlösungen.

Im Zusammenhang mit dem Steuerungsproblem im Gesundheitswesen muss auf eine besondere Erfahrung hingewiesen werden. Die den Steuerungsabsichten zugrunde liegenden Daten nämlich müssen sehr genau von ihrer Zweckbestimmung und ihrer Erhebungsart her untersucht werden.

### Probleme der Datenbasis für die Steuerung im Gesundheitswesen

Steuerung im Gesundheitswesen muss auf eine gesicherte Datenbasis abgestützt sein. Hier ergeben sich indessen einige grundlegende Probleme. Daten, die zu Abrechnungszwecken erstellt wurden, also mit ökonomischer Zielsetzung, können nicht nachträglich medizinisch interpretiert werden. Sie sind keine Diagnosen, sondern lediglich Abrechnungszahlen, der medizinische Aspekt steht nicht im Vordergrund. Abrechnungstechnische und versicherungstechnische Erhebungen dürfen nicht unbesehen als Grundlage der Steuerung im Gesundheitswesen verwendet werden. Die beabsichtigte Steuerung der Wachstumsraten im Gesundheitswesen erstreckt sich aber genau auf einen Bereich, den man im Grunde gar nicht statistisch erfassen kann. Die Steuerung zielt nämlich auf den Bereich ab, den man als «moral hazard», als Verhaltensrisiko zwischen Arzt und Patient beschreiben kann. Man möchte ja die Ärzte nicht in einen Steuerungszwang bringen, der sie von ihren medizinisch begründeten Verhaltensweisen abbringen würde, sondern man möchte Verhaltensweisen beeinflussen, die eben nicht medizinisch, sondern weitgehend ökonomisch bestimmt sind. Gerade für diesen Bereich aber sind kaum Daten verfügbar.

Ein weiteres Problem entsteht dadurch, dass aufgrund der vorliegenden Daten über Wachstumsraten diskutiert werden soll. Diese Wachstumsraten aber sind oft nur in sehr geringen Prozentpunkten ausgedrückt. In so schmalen Bereichen haben kleine Interpretationsfehler der Daten oft relativ grosse Folgen. Dazu kommt, dass so berechnete Wachstumsraten oft unterschiedlich interpretiert werden. Ökonomen haben eine andere Interpretation als Versicherungswissenschaftler, diese wiederum eine andere als Mediziner. Die Gruppen reden daher oft aneinander vorbei, und Missverständnisse sind die Folge. Letztlich stösst die Erhebung von Daten aus dem Gesundheitsbereich aufgrund des Datenschutzes auf besonders grosse Schwierigkeiten.

### Schlussfolgerungen

Gesundheitsökonomik hat sich zum Ziel gesetzt, das System des Gesundheitswesens transparent zu machen, denn auch die am Gesundheitssystem Betei-

lichten sind kaum in der Lage, das Gesamtsystem vollständig zu überschauen. Das Gesundheitswesen erweist sich nämlich als ein ausserordentlich komplexes System. Steuerungsversuche müssen von daher wohl überlegt sein und die gesamte Komplexität berücksichtigen. Die vielversprechendsten Steuerungsansätze scheinen auf der mittleren (der Verbands-)Ebene angesiedelt zu sein. Der Freiheitsspielraum, der zwischen Arzt und Patient gegeben sein muss, kann so am ehesten erhalten werden. Sobald das Steuerungspotential der mittleren Ebene ausgeschöpft ist, muss man allerdings nach andern Lösungen suchen.

Eine weitere Absicht der Gesundheitsökonomik ist es, das gesamte Steuerungspotential aufzuzeigen, so dass eine Vielfachsteuerung ermöglicht werden kann. Vor allem muss es gelingen, bisher ungenutztes Steuerungspotential einzusetzen. Durch diese Gesamtbeurteilung wird aber auch bei den Steuerungsmöglichkeiten ein hoher Komplexitätsgrad erreicht. Man darf sich dabei aber nicht verleiten lassen, durch das Verfolgen von Einzelaspekten aus dem Gesamtzusammenhang gedrängt zu werden.

Abschliessend sollte betont werden, dass hier spezifisch deutsche Verhältnisse diskutiert wurden. In der Bundesrepublik ist die Verbandsebene besonders stark besetzt. Ist dies nicht der Fall, so wird der hier vorgestellte Ansatz nicht funktionieren können. Gesundheitspolitik ist immer auf die spezifischen Verhältnisse des betreffenden Gesundheitssystems auszurichten.

**Weiterführende Schriften von Professor Herder-Dorneich:**

Sozialökonomischer Grundriss der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966.

Zur Dienstleistungswirtschaft. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegeleistungen, Berlin 1972.

Wirtschaftssysteme. Systemtheorie einer allgemeinen Mikroökonomik, 2. Auflage, Opladen 1973.

Zur Verbandsökonomik: Ansätze zu einer ökonomischen Theorie der Verbände, Berlin 1973.

Wirtschaftsordnungen. Pluralistische und dynamische Ordnungspolitik, Berlin 1974.

Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen. Die Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976.

Soziale Ordnungspolitik, Bonn Aktuell, Stuttgart 1979.

Gesundheitsökonomik, Stuttgart 1980.

**Zusammenfassung**

Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsmassnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zeigten, dass Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen die Besonderheiten des Nicht-Marktsystems «Gesundheitswesen» beachten muss. Es gilt, die Steuerungsmöglichkeiten jedes einzelnen am System beteiligten Aggregats zu entfalten und miteinander zu kombinieren. Ordnungspolitik erstrebt nicht die «grosse Reform», sondern sie möchte die Entwicklung des gesamten Systems schrittweise gestalten.

**Summary**

System Control and Regulatory Policy in the Health Care Sector. Experiences with cost control measures in the Federal Republic of Germany demonstrate that policies and interventions in the Health Care Sector must take account of the particularities of its "non-market-system". It is important to use and combine the potential to influence every one of the involved aggregates. Regulatory Policy does not aim at the "big reform", rather at a step-by-step development of this complex system.

**Résumé**

**Contrôle du système et politiques de régulation dans le secteur sanitaire**

Les expériences en République fédérale allemande en ce qui concerne les mesures de maîtrise des coûts montrent que prises d'options et interventions doivent tenir compte des particularités du secteur sanitaire, qui n'est pas un système de marché habituel. Il s'agit de développer les possibilités de contrôle au niveau de chacun des partenaires impliqués dans le système et de les combiner entre elles. Les politiques de régulation ne tendent pas vers une réforme fondamentale mais plutôt à contribuer progressivement à l'aménagement et au développement du système dans son ensemble.

## Health Maintenance Organizations: Ansatzpunkt einer marktwirtschaftlichen Reform im Gesundheitswesen<sup>1</sup>

Heinz Hauser<sup>2</sup>

Ich will mein Argument in drei Schritten entwickeln. Im ersten Teil gebe ich eine skizzenhafte Analyse der Kostenentwicklung in der Schweiz. Hauptargument wird sein, dass Drittfinanzierung und fragmentiertes

Leistungssystem die wichtigsten Ursachen für die festgestellten ungünstigen Kostenentwicklungen sind. Im zweiten Teil skizziere ich die Reformstrategie der Health Maintenance Organizations, die im wesentlichen eine privatwirtschaftliche Antwort auf die vorhin genannten Mängel sind. In einigen Stichworten sollen dabei die amerikanischen Erfahrungen mit solchen Institutionen angegeben werden. Im dritten Teil gehe ich der Frage nach, welche Problembereiche in erster Linie geklärt werden müssten, falls man das Konzept auf die schweizerischen Verhältnisse übertragen möchte.

<sup>1</sup> Das Referat beschreibt einen Teilbereich aus dem Forschungsprojekt «Massnahmen der Kosten- und Leistungskontrolle» des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8, mit dem ausländische Erfahrungen für die schweizerische Diskussion fruchtbar gemacht werden sollen.

<sup>2</sup> PD Dr. oec., Institut für Finanzwirtschaft und Finanzrecht, Hochschule St. Gallen. (Kredit Nr. 4.345 des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung.)