

November 1991

ÜBER DAS IMZAUMHALTEN DER AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Erfahrungen in
Frankreich,
Deutschland, und
Japan



146600



ZUSAMMENFASSUNG

Zweck

Seit zwei Jahrzehnten wachsen die Kosten der Gesundheitspflege in den Vereinigten Staaten schneller an als der Rest der Wirtschaft. Dies ist ein Trend, der schwerwiegende Auswirkungen hat auf die Geschäftswelt, den Verbraucher und den Staat. Anhaltender Druck verursacht durch steigende Ausgaben hat zu verschiedenen Lösungsversuchen geführt; jedoch ist es bisher nicht gelungen, die Ausgaben im Zaum zu halten.¹ Folglich haben verantwortliche Politiker und Experten sich um Einsichten aus der Erfahrung von Industrieländern bemüht, denen es gelungen zu sein scheint, das Anwachsen der Ausgaben besser unter Kontrolle zu halten, allgemeine Gesundheitsfürsorge zu bieten, den Gesundheitsstand der Bevölkerung besser zu erhalten, und einen kleineren Prozentsatz ihres Nationaleinkommens für die Gesundheitsfürsorge auszugeben.

Das dienstälteste republikanische Mitglied des Senats-Sonderausschusses für Altersfragen beauftragte das GAO, einen Bericht zusammenzustellen über was die Vereinigten Staaten von denjenigen Industriestaaten, die weniger für das Gesundheitswesen ausgeben, lernen können. Die Vorsitzenden des Senatsausschusses für Regierungsangelegenheiten und des Senats-Sonderausschusses für Altersfragen schlossen sich etwas später dieser Anfrage an. Dieser Bericht beschreibt nun (1) wie drei dieser Länder - Frankreich, Deutschland und Japan - ihr Gesundheitswesen organisieren, wie sie allgemeinen Versicherungsschutz erreichen und Zahlungen regeln; (2) die Grundsätze, die in jedem dieser Länder verfolgt wird, um Ausgaben für Ärzte und Krankenhäuser niedriger zu halten; und (3) ob das Verfolgen dieser Grundsätze das Anwachsen der Ausgaben

¹Die Konsequenzen der Anstieg den Gesundheitsausgaben sind im U.S. Health Care Spending: Trends, Contributing Factors, and Proposals for Reform (GAO/HRD-91-102, June 7 1991) beschrieben (s. 8-11). Verschiedene Massnahmen zur Ausgabenkontrolle werden im gleichen Bericht beurteilt.

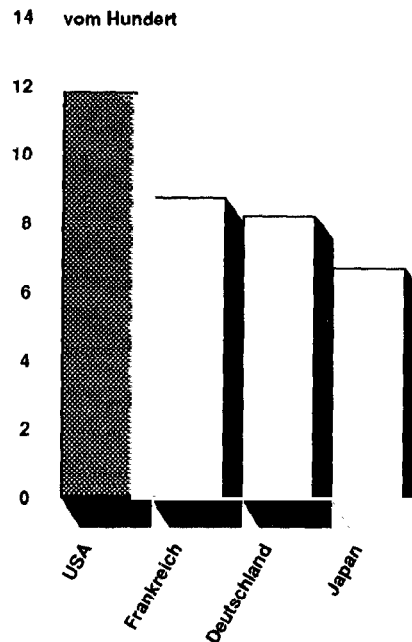
für das Gesundheitswesen wirkungsvoll begrenzt hat.

Hintergrund

Ein rapider Anstieg der Ausgaben sowie merklich verringerter Zugang zu medizinischer Betreuung kennzeichnet die Erfahrungen der neuerlichen Zeit im amerikanischen Gesundheitswesen. Zwischen 1970 und 1990 stieg der Anteil des Nationaleinkommens, der für medizinische Betreuung ausgegeben werden mußte um mehr als die Hälfte an; von 7,3 Prozent des Bruttosozialprodukts im Jahr 1970 auf 12,3 Prozent im Jahr 1990; Projektionen auf das Jahr 2000 deuten auf einen Anteil von mehr als 16 Prozent hin. Trotz der hohen und weiterhin steigenden Ausgaben gibt es immer mehr Leute, die keinen selbstverständlichen Zugang mehr zu medizinischer Betreuung haben. Zwischen 1979 und 1987 stieg die Anzahl der Amerikaner ohne Krankenversicherung um ein Viertel an - von 29,9 Millionen auf 37,4 Millionen.

Andere Industrieländer haben mit größerem Erfolg als die Vereinigten Staaten ihre Gesundheitsausgaben im Zaum gehalten und gleichzeitig Krankenversicherung für praktisch die gesamte Bevölkerung geboten. Zum Beispiel geben Frankreich, Deutschland und Japan alle einen bedeutend kleineren Anteil ihres Nationaleinkommens für das Gesundheitswesen aus als die Vereinigten Staaten (siehe Bild 1). Die niedrigeren Ausgaben in diesen Ländern bedeuten keinen geringeren Zugang zu grundsätzlicher medizinischer Betreuung, oder eine allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, wie z.B. die Lebenserwartung und die Säuglingssterblichkeit.

Bild 1: Ausgaben für
das Gesundheitswesen
als Anteil des BIP
(1989)



iese Studie untersucht die Grundsätze, die in Frankreich, Deutschland und Japan verfolgt werden, um die Ausgaben für das Gesundheitswesen unter Kontrolle zu halten. Bei der Durchführung dieser Analyse sammelte das GAO Daten über die Ausgaben für das Gesundheitswesen und den Gesundheitszustand, studierte die Literatur über das Gesundheitswesen jedes Landes und befragte Experten aus den Vereinigten Staaten und jedem dieser Länder. Das GAO untersuchte auch die voraussehbaren Folgen verschiedener Ausgabenkürzungsmodelle und unternahm eine statistische Schätzung der Wirksamkeit verschiedener solcher Modelle. Aus technischen Gründen beschränkte sich unsere statistische Analyse auf Frankreich und Deutschland.²

²Anders als in Japan, haben sowohl Frankreich als auch Deutschland in den siebsiger und achtziger Jahren grössere Änderungen durch geführt Erstattungsprogramm. Diese Änderungen ermöglichen den Vergleich der Ausgaben unter dem neuen oder dem vorhergegangenen Programm.

RESULTATE IN
KÜRZE

Frankreich, Deutschland und Japan erreichen Krankenversicherung für fast die gesamte Bevölkerung innerhalb von Gesundheitswesen, die drei wesentliche Grundzüge mit dem amerikanischen System gemeinsam haben: (1) Medizinische Betreuung wird von Privatärzten sowie privaten und öffentlichen Krankenhäusern geboten, und die Patienten können ihren Arzt frei wählen; (2) die meisten Menschen erhalten ihre Versicherung durch den Arbeitsplatz; und (3) Krankenversicherung wird von einer Anzahl verschiedener Versicherungsträger geboten.

Neben diesen Ähnlichkeiten zum amerikanischen System gibt es auch einige größere Unterschiede, die sich aus den weitreichenden staatlichen Regelungen, die den Versicherungsschutz garantieren, ergeben. Erstens sind die Versicherungsträger - bei denen es sich meist um gemeinnützige Anstalten handelt - gezwungen, einen grundsätzlichen Versicherungsschutz zu bieten, der eine Vielzahl von medizinischen Dienstleistungen einschließt. Zweitens sind alle im Lande Ansässigen (mit geringen Ausnahmen) gezwungen, eine Krankenversicherung einzugehen, und sie können den Versicherungsträger kaum oder nicht wählen. Drittens wird die durch den Arbeitsplatz beschaffte Krankenversicherung nicht durch Beiträge, die von den voraussichtlichen Gesundheitskosten jeder einzelnen Gruppe bestimmt werden, sondern weitgehend durch Beiträge des Arbeitgebers und Abzüge von Löhnen und Gehältern der Arbeitnehmer, die von den durchschnittlichen Gesundheitskosten eines größeren Querschnitts der Bevölkerung bestimmt sind, finanziert.

Zusätzlich zur obligatorischen Krankenversicherung ist in allen diesen drei Ländern die Entgeltskala für fast alle Ärzte und Krankenhäuser amtlich festgesetzt und begrenzt.³ Praktisch alle

³Alle drei Länder haben zusätzlich gewisse Ausgabenkontrollen für Krankenhausbau oder den Erwerb von neuen teuren medizinischen Geräten.

Zahlungsleistenden müssen sich bei der Bezahlung für medizinische Dienste an diese Entgeltskalen halten. Die Entgeltskalen werden nicht einseitig vom Staat bestimmt, sondern in formellen oder informellen Verhandlungen zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Versicherungsträgern und (in Frankreich und Japan) der Regierung erarbeitet.

Haushaltkontrollen -
grundsatzentscheidungen, welche die Preiskontrollen durch Obergrenzen für die Gesamtausgaben für Krankenhausaufenthalte oder Arztkosten unterstützen - können den Preisanstieg bremsen, besonders wenn sie auch konsequent durchgeführt werden. Jedes Land zieht Obergrenzen für die Gesamtausgaben für Gesundheitswesen, aber nur Frankreich und Deutschland verfolgen strenge massnahmen um die obergrenzen zu erhalten. Das GAO schätzt, daß französische Haushaltkontrollen zwischen 1984 und 1987 die effektiven (inflationsberichtigten) Kosten für Krankenhäuser um etwa 9 Prozent verringert haben gegenüber dem, was ausgegeben hätte werden müssen, wenn nur Preiskontrollen angewandt worden wären. Ebenso rechnet das GAO, daß deutsche Haushaltkontrollen für ärztliche Dienstleistungen Ausgaben zwischen 1977 und 1987 um etwa 17 Prozent herabgesetzt haben im Vergleich damit, was ohne diese Kontrollen ausgegeben worden wäre. Andererseits haben allgemeine Ausgabenbeschränkungen für deutsche Krankenhäuser nicht zu einem Rückgang der Ausgaben geführt; allerdings waren diese Obergrenzen nicht von einem Mechanismus zu ihrer Einhaltung begleitet.

Die Haushaltkontrollen, die in Frankreich und Deutschland erfolgreich den Anstieg der Ausgaben bremsen konnten, sind jedoch kein Allheilmittel. Haushaltkontrollen haben nicht allen Ausgabendruck verhindert, zum Teil, weil diese Kontrollen nicht auf alle Sektoren des Gesundheitswesens angewandt wurden. Außerdem garantieren Haushaltkontrollen nicht die Qualität oder die Effizienz der Gesundheitspflege. In Anbetracht dieser Vorbehalte ziehen sowohl

Frankreich als auch Deutschland Änderungen und zusätzliche Maßnahmen zu ihrer gegenwärtigen Strategie zur Beschränkung der Gesundheitsausgaben in Betracht.

GAO-Analyse

Die Gesundheitswesen der drei Länder halten an der Privatmedizin und freier Arztwahl fest

In Frankreich, Deutschland und Japan, ebenso wie in den Vereinigten Staaten, können Patienten im allgemeinen ihren Arzt frei wählen; ambulante Behandlung wird von Privatärzten geboten, Krankenhausbehandlung in privaten und staatlichen Kliniken. Ambulante Behandlung wird nach einem Honorarpro-Dienstleistungs-System bezahlt - wie auch die meisten amerikanischen Ärzte. (Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten sind jedoch in Krankenhäusern arbeitende Ärzte oft vom Krankenhaus fest angestellt).

Die Länder sorgen für Krankenversicherung für alle im Lande Ansässigen durch regulierte Versicherungsträger

Jedes dieser Länder garantiert praktisch allen im Lande Ansässigen Krankenversicherung mit breitangelegten Grundleistungen. Der fast universelle Versicherungsschutz wird dadurch erreicht, daß der Beitritt zu einer Krankenkasse mit wenigen Ausnahmen obligatorisch und praktisch automatisch ist. Der Versicherungsschutz wird von einer gemischten Gruppe von Versicherungsträgern geboten, die sich aus den jeweiligen sozialen Institutionen und der politischen Geschichte der betreffenden Länder ergaben. Selbständiges Vorgehen durch einen dieser Versicherungsträger ist begrenzt auf Grund der staatlichen Regulierung des Beitritts, der Leistungen, Beiträge und Zahlungen für dienstleistungen.

Staatlich vorgeschriebene umfassende Grundleistungen

Die staatlich vorgeschriebene Leistungen schließen ein breites Spektrum an Leistungen ein, darunter ärztliche Betreuung Krankenhausbetreuung, Labortests, verschreibungspflichtige Medikamente, sowie grundsätzliche zahnärztliche und augenärztliche Betreuung. Die Patienten aller drei Länder bezahlen keinen

Selbstbehalt für medizinische Betreuung; der Patientenanteil an Arzt- und Krankenhauskosten bewegt sich zwischen äußerst geringfügigen Beträgen in Deutschland und 20 - 30 Prozent der staatlich festgelegten Gebühren in Frankreich und Japan.

Versicherung wird durch lohnbezogene Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert

Die Krankenversicherung durch den Arbeitsplatz in Frankreich, Deutschland und Japan wird weitgehend durch obligatorische Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Im Gegensatz zur privaten Finanzierung der Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten, die gewöhnlich auf den zu erwartenden Gesundheitskosten jeder einzelnen versicherten Gruppe basiert ist, orientieren sich diese obligatorischen Beiträge an den durchschnittlichen Kosten eines breiteren Querschnitts der Bevölkerung als gewöhnlich von amerikanischen Versicherungsträgern bei der Berechnung der von ihnen geforderten Beiträge zugrundegelegt wird. (In Frankreich und Japan wird die lohnbezogene Finanzierung zusätzlich durch Zuschüsse aus dem allgemeinen Steueraufkommen ergänzt.)

Länder setzen Obergrenzen für Ausgaben und einheitliche Honorarskalen fest

Jedes der drei Länder hat seine staatlichen Verfahren zur Festsetzung der Obergrenzen für die Ausgaben für das Gesundheitswesen und zur Festsetzung von einheitlichen Honorarskalen für medizinische Betreuung. Im allgemeinen setzt eine staatliche Behörde oder ein anderes befugtes Organ allgemeine Zielwerte für alle oder einige Komponenten der Ausgaben für das Gesundheitswesen fest. Diese Zielwerte können als Richtlinien betrachtet werden; in manchen Fällen sind sie auch verbindlich. Die nationalen Gesetze schreiben auch vor, daß die Versicherungsträger die Dienstleistungen nach weitgehend einheitlichen Skalen vergüten; eine Dienstleistung wird gewöhnlich von allen Versicherungsträgern gleich vergütet.

Jedes dieser Länder befolgt auch ein formelles Vorgehen bei der Festsetzung der

Honorare für Ärzte und Krankenhäuser. Die am Gesundheitswesen maßgeblich beteiligten Parteien - Versicherungsträger, Ärzte und Krankenhäuser und (in Frankreich und Japan) die Regierung - nehmen an diesem Festsetzungsprozeß teil. In Frankreich und Deutschland werden die Honorare in formellen Verhandlungen festgesetzt. In Japan werden sie von der Regierung in Beratung mit einem Gremium, in dem Versicherungsträger und Ärzte vertreten sind, ausgearbeitet.

Einführung direkter Preis und Ausgabenkontrollen

Im Bemühen, das Ansteigen der Ausgaben für das Gesundheitswesen abzubremsen, haben alle drei Länder direkte Preis und Ausgabenkontrollen eingeführt. Diese Kontrollen sind umfassend und beziehen sich auf den gesamten Gesundheitssektor oder einen größeren Teil davon. Durch einheitliche Zahlungen, obligatorische Krankenversicherung und feststehende Leistungen haben die drei Länder ein potentiell Problem durch direkte Kontrollen gemindert, nämlich das Abschieben von Kosten (wenn sich Ärzte für die Kosten der Armenbetreuung und niedrigere Vergütungen durch die Versicherungsträger gewisser Patienten dadurch schadlos halten, daß sie anderen, großzügigeren Versicherungsträgern entsprechend mehr in Rechnung stellen).

Haushaltkontrollen "mit Zähnen" halten das Anwachsen der Ausgaben besser im Zaum als Preiskontrollen

Frankreich und Deutschland haben Haushaltskontrollen mit verschiedenen Graden von Zwangsdurchführung eingeführt - Deutschland in den späten siebziger Jahren; Frankreich in den mitt-achtzigern. Diese Kontrollen ergänzten oder ersetzten bestehende Preiskontrollen. Beide Länder setzten jährliche Zielwerte zur Begrenzung der Gesamtausgaben für Krankenhausbetreuung fest, und Deutschland setzte Zielwerte fest, und später feste Obergrenzen, für Praxisbesuche von Patienten. Die ökonomischen Analysen des GAO bestätigen, daß Zwangsdurchführungsmaßnahmen Haushaltskontrollen wirksamer machen.

Ausgaben für
Krankenhaus-
betreuung in
Frankreich und
Deutschland

Obergrenzen hielten den Anstieg der Ausgaben für Krankenhäuser in Frankreich zurück, aber nicht in Deutschland. Von 1984 an ersetzte die französische Regierung ihre festen Tagessätze für Krankenhausaufenthalte durch Zielwerte für die Gesamtausgaben der öffentlichen Hand für Krankenhäuser. Um die Einhaltung der Zielwerte zu verbessern, nimmt der Staat an den Haushaltverhandlungen mit jedem öffentlichen Krankenhaus teil. Das GAO schätzt, daß zwischen 1984 und 1987 diese Zielwerte die französischen Ausgaben für Krankenhäuser um etwa 9 Prozent verringert müssen, wenn die Preiskontrollen bestehen geblieben wären. Im Gegensatz dazu führte Deutschland 1985 Zielwerte für die Gesamtausgaben für Krankenhäuser ein, aber ohne die entsprechenden Zwangsdurchführungsmaßnahmen. Das GAO fand keine statistischen Hinweise dafür, daß die Zielwerte die deutschen Gesamtausgaben für die Krankenhausbetreuung zwischen 1985 und 1987 beeinflußt haben.

Ausgaben für
ärztliche
Betreuung in
Deutschland

Strenge Zwangsdurchführungsmaßnahmen erhöhten die Wirkung der deutschen Haushaltskontrollen der Arztkosten. Im Jahr 1978 ergänzte Deutschland die bestehenden Preiskontrollen durch Zielwerte für die Ausgaben (aber ohne formellen Durchführungs-mechanismus). Im Jahr 1986 ersetzte Deutschland jedoch diese Zielwerte durch verbindliche Obergrenzen. Das GAO schätzt, daß zwischen 1977 und 1987 Haushaltskontrollen die inflationsberichtigten Ausgaben für das Gesundheitswesen um etwa 17 Prozent niedriger gehalten hat als mit Preiskontrollen allein möglich gewesen wäre. Außerdem fand das GAO, daß Obergrenzen das Tempo des Anstiegs der Ausgaben besser als Zielwerte bremsten. Unter den Obergrenzen betrug der Anstieg der Ausgaben für ärztliche

Betreuung durchschnittlich 2 Prozent pro Jahr, während er unter den Zielwerten 7 Prozent pro Jahr betrug; die Obergrenzen waren teilweise, aber nicht ganz, für diesen Unterschied verantwortlich.

Die drei Länder bemühen sich um weitere Maßnahmen zur besseren Ausgabenbegrenzung und zur Erhaltung der Betreuungsqualität und Effizienz

In den zur Diskussion stehenden drei Ländern haben Haushaltkontrollen, die erfolgreich das Tempo des Anstiegs der Ausgaben gebremst haben, nicht allen Druck auf die Ausgaben mindern können, noch konnten sie die Besorgnisse über die Qualität und Effizienz der Gesundheitsfürsorge ausräumen. Höhere Ausgaben gehen zum Teil auf das Konto von Sektoren des Gesundheitswesens, die keinen Haushaltkontrollen unterliegen, wie z.B. die ärztliche Betreuung in Frankreich, oder verschreibungspflichtige Medikamente in allen drei Ländern. Der weiter anhaltende Druck in Richtung erhöhter Ausgaben für das Gesundheitswesen wird in der Zukunft mit dem Anwachsen des Prozentsatzes von älteren Menschen in der Bevölkerung und der Einführung neuer, teurer Behandlungsmethoden gewiß nicht nachlassen. Außerdem könnte mit der Zeit die ständige Verschärfung der

Haushaltkontrollen einen politischen Druck zur Lockerung der Kontrollen hervorrufen, was wiederum zur Herabsetzung der Qualität der Gesundheitsfürsorge führen könnte. In Frankreich riefen kürzlich die neuesten Vorschläge für strengere Haushaltkontrollen entrüstete Proteste der Ärzte hervor. In Deutschland wurden im Sommer 1991 einige Kontrollen der Ausgaben für ärztliche Betreuung auf ärztlichen Protest hin gelockert. Was die Qualität betrifft, fand das GAO keine Hinweise auf eine allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung während des relativ kurzen Zeitraums seit dem Inkrafttreten der Haushaltkontrollen. Experten in Frankreich glauben jedoch, daß die strengen Beschränkungen der Budgets der Krankenhäuser zur mangelnden Instandhaltung der Krankenhäuser und zum Aufschieben der Entwicklung von neuen Behandlungsmethoden führen werden. In anderen Ländern, in denen Haushaltkontrollen schon länger in Kraft sind als in Frankreich und Deutschland, sind schon einige Mängel aufgetreten, die auf die Möglichkeit des Auftauchens von Problemen in der Zukunft hinweisen.

Experten des Gesundheitswesens in diesen drei Ländern suchen nach Massnahmen, welche eine effiziente und ausgezeichnete Gesundheitsbetreuung garantiert. Zum Beispiel werden in Frankreich und Deutschland Anstrengungen unternommen, ein neues Zahlungssystem für Krankenhäuser zu entwickeln - etwa in der Art des amerikanischen Medicare-Programms seit 1983 - das Anreize zur effizienteren Krankenhausbehandlung bietet. Deutschland entwickelt Programme zur Qualitätsverbesserung durch strengere Berufsaufsicht über die Ärzte, die Formalisierung von Verfahren, welche die Qualität der Betreuung garantieren, und durch bessere Koordinierung von Krankenhaus- und ambulanter Behandlung.

Empfehlungen

Dieser Bericht enthält keine Empfehlungen des GAO.

**Kommentare
anderer
Behörden**

Das GAO holte keine Kommentare von Betroffenen Behörden zu diesem Thema ein.

Ordering Information

The first copy of each GAO report is free. Additional copies are \$2 each. Orders should be sent to the following address, accompanied by a check or money order made out to the Superintendent of Documents, when necessary. Orders for 100 or more copies to be mailed to a single address are discounted 25 percent.

**U.S. General Accounting Office
P.O. Box 6015
Gaithersburg, MD 20877**

Orders may also be placed by calling (202) 275-6241.

**United States
General Accounting Office
Washington, D.C. 20548**

**Official Business
Penalty for Private Use \$300**

<p>First-Class Mail Postage & Fees Paid GAO Permit No. G100</p>
--