

Hagen Kühn

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Zur Rationalität der Reformdebatte

Die Vorstellung, oberstes Ziel staatlicher und verbandlicher Gesundheitspolitik sei die Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit, Versorgung und Betreuung von Kranken sowie die soziale Gleichheit der Gesundheits- und Versorgungschancen, muß weltfremd anmuten gegenüber einer politischen Realität, deren Bezugspunkt der Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist.¹ So verwundert es auch nicht, wenn im Zentrum der Debatte um die sogenannte »dritte Stufe« der Reform des Gesundheitswesens an Stelle von gesundheitsbezogenen Konzepten Begriffsfetische wie »Wettbewerb« und »Neudefinition von Solidarität« das Bild bestimmen.² Der Kürze halber kann nicht auf einzelne Vorschläge und Konzepte eingegangen werden.³ Die Tendenz zum wirtschaftlichen *Wettbewerb*, um die es im folgenden geht, dominiert nicht nur die deutsche, sondern auch die internationalen Debatten über die Regulierung der Krankenversicherung und -versorgung.

In einer demokratischen Gesellschaft sollten möglichst viele Menschen in der Lage sein, Zusammenhänge zwischen politischen Entscheidungen, Strukturen und Prozessen und ihrer damit verknüpften Lebenslage zu erkennen. Nur insoweit das gelingt, kann man von einer demokratischen, d.h. kritik- und kontrollfähigen Öffentlichkeit sprechen. Die Fragestellung, die den folgenden Überlegungen zugrunde liegt, lautet also: wie ist der wirtschaftliche Wettbewerb im Gesundheitswesen im Hinblick auf den bislang für die Bundesrepublik – mit mehr oder weniger großen Abstrichen – geltenden sozialstaatlichen Konsens des »Solidaritätsprinzips« und eine entsprechend definierte Versorgungsqualität zu beurteilen?

Meine These ist, daß eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens nur dann eine Chance auf Verbesserungen für die Sozialversicherten haben kann, wenn Gesundheitspolitik und ihre Akteure sich an den zu erwartenden Auswirkungen auf die Gesundheit und die Qualität der Krankenversorgung messen lassen müssen. Mit dieser Absicht sollen zunächst einige Kriterien für die *individuelle und soziale Qualität* der Krankenversorgung skizziert werden, die von den meisten Wettbewerbs-Anhängern als

etwas aufgefaßt wird, das sich über den Markt von selbst herstelle. Die soziale Qualität kann als eine feldspezifische Konkretisierung des Gestaltungsprinzips »Solidarität« angesehen werden, dessen sozial-ethische Bedeutung fast alle Beteiligten (und sei es in der Negation) anerkennen. Als Test für die Einhaltung des Solidaritätskriteriums schlage ich dann vor, die Reformvorstellungen auf ihre anzunehmenden Effekten für die Versorgung von chronisch Kranken, Alten und Angehörigen der unteren sozialen Schichten zu untersuchen. Es dürfte unstrittig sein, daß Konzepte, die diese Personengruppe schlechter stellen, nicht als »solidarisch« bezeichnet werden können.

Insgesamt zeigt sich, daß der zentrale Widerspruch in der Reformdiskussion in seiner Substanz nicht ein solcher zwischen »Rationalität« und »Irrationalität« im Gesundheitswesen ist. Vielmehr stehen sich *gegensätzliche Rationalitäten* gegenüber, nämlich die Rationalität einer solidarischen Krankenversorgung und die Rationalität der ökonomischen Klassengesellschaft, die in der Krankenversorgung ihre insitutionellen Entsprechungen sucht. Allerdings sind die beiden Sphären gegensätzlicher Rationalitäten ganz verschiedenartig in den Reproduktionsmechanismen der Marktgesellschaft verankert: Während bei Verletzungen der Rationalität der Kapitalverwertung durch die Gesundheitspolitik über die Marktmechanismen spontan kompensierende Rückkoppelungsprozesse auslöst und somit ihr Recht fordert, gibt es keine »unsichtbare Hand«, die »hinter dem Rücken der Akteure« die Gesundheit der Bevölkerungsmehrheit sichern würde. Eine darauf bezogene Gegenlogik bleibt immer auf die Durchsetzung durch politische Subjekte angewiesen.

Beurteilungskriterien: Versorgungsqualität und Solidarität

Unverzichtbarer Bestandteil einer solchen Gegenlogik sind Vorstellungen über die anzustrebende *Qualität* einer humanen und solidarischen Krankenversorgung. Ausgangspunkte können die beiden folgenden Fragen sein:

- a) Welche Position – sowohl die Zugangschancen als auch die Behandlung und Pflege betreffend – hat der individuelle Kranke, wie verändert sie sich? Diese *individuelle* Dimension könnte man mit dem Begriff der Patientenorientierung bezeichnen.
- b) Welche Position hat die Gruppe der Kranken mit der geringsten gesundheitlichen, persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Selbsthilfefähigkeit? Die *soziale* Dimension gibt Auskunft über die realisierte Solidarität.

Zur individuellen Dimension: Würde man einmal die Erwartungen der Bevölkerung an die medizinischen Einrichtungen ermitteln und zusammenfassen, dann dürfte das etwa zu folgender Definition von *Patientenorientierung* führen: Es wird erwartet, daß die Institutionen dem kranken Individuum differenzierte Aufmerksamkeit zuteil werden lassen (im Gegensatz zur bürokratischen Behandlung »ohne Ansehung der Person«), d.h. daß sie über die Ressourcen, Organisation, Qualifikation und Motivation verfügen, die es möglich und wahrscheinlich machen, dem *Kranken*, d.h.

- seinem *gesundheitlichen Status*,
 - seiner *Persönlichkeit*,
 - seiner *Würde* und
 - seiner *soziale Situation*
- gerecht zu werden.⁴

Patientenorientierung ist keine bloß ethische Angelegenheit, sie bedarf organisatorischer und finanzieller Voraussetzungen im individuellen wie im gesellschaftlichen Maßstab. Entsprechend müßte »*Qualitätssicherung*«, die ihren Namen verdient, folgende vier Dimensionen umfassen:

- die *medizinisch-»handwerkliche« Qualität*: werden Diagnose und Therapie entsprechend dem Stand der Wissenschaft durchgeführt? Soweit bisher »*Qualitätssicherung*« überhaupt realisiert ist, bezieht sie sich nur auf diese Ebene.
- die *medizinisch-»ganzheitliche« Qualität*: entspricht das medizinische und pflegerische Handeln nicht nur der »*Krankheit*«, sondern dem kranken Individuum in seiner Subjektivität? Nicht selten werden schulmedizinisch »richtige« Therapien am »falschen« Patienten eingesetzt.⁵ Hier reicht eine bessere Qualifikation von Ärzten und Pflegern nicht aus. Vielmehr kommt es darauf an, ob die gesamte interne und externe Organisation, Finanzierung und Ausstattung darauf orientiert ist, d.h. ob entsprechendes Verhalten davon gefördert und belohnt wird oder ob sie eine bloße Sache von »*Ethik*« im schlechten Sinne ist, wo einer den anderen ermuntert, aber dabei kein Pfennig ausgegeben wird.⁶ Selbst die gewiß pragmatischen und nicht sonderlich differenzierten amerikanischen Ansätze zur Qualitätssicherung sprechen von der »*umfassenden Qualität von Organisation*« bzw. von »*Systemen*« und machen dazu Vorschläge zur Operationalisierung.⁷

- die *Würde des kranken Menschen* zu wahren ist zum einen Ziel an sich, zum anderen beeinträchtigen Verstöße gegen die Würde des kranken Individuums meist auch den Heilungs- und Linderungsprozeß. In vielen Institutionen wäre bereits die Einhaltung der normalen bürgerlichen Anstandsregeln gegenüber den Patienten eine Verbesserung, insbesondere gegenüber alten Menschen, Kindern, psychisch Kranken, geistig Behinderten, vor allem, wenn sie aus den unteren sozialen Schichten kommen. Auch die Würde zu wahren ist nicht einfach nur eine moralische Forderung an Ärzte und Pfleger, sondern es lassen sich Organisationsweisen, Knappheitsgrade, Führungsstile usw. danach unterscheiden, ob sie menschenwürdiges Verhalten fördern oder behindern.
- Ebenso wie die Einbeziehung der Persönlichkeit und ihrer Würde die Effektivität der Therapie befördert oder gar erst ermöglicht, gilt das auch *für die Einbeziehung der sozialen Situation*. Erst aus dem sozialen Kontext wird verständlich, was die Krankheit für den Kranken bedeutet. Das ist – insbesondere bei den chronisch Kranken – Voraussetzung für den Erfolg der notwendigen Lernprozesse, in denen das Leben mit »bedingter Gesundheit« erlernt werden muß. Schließlich können nur dann die Verhaltenslasten eingeschätzt werden, die dem Kranken auferlegt werden können oder dürfen.

Zur *sozialen* Dimension der Versorgungsqualität: Im Maßstab der gesamten Gesellschaft dürfte wohl für alle Industrieländer gelten, daß man von der Gesundheitspolitik einen Beitrag zur Vermehrung der gesunden Lebensjahre⁸ und zur Reduzierung der sozialen Ungleichheit bei Krankheit und Tod erwartet. Unter diesen Aspekten sind diejenigen Personengruppen am meisten gefährdet und bedürfen der größten Aufmerksamkeit, bei denen sich folgende Merkmale bündeln:

- starke, meist *chronische* gesundheitliche Einschränkungen oder Behinderungen;
- alte Menschen;
- Angehörige der *unteren Schichten*, d.h. Gruppen mit unterdurchschnittlichen Einkommen, niedrigem Bildungsniveau, geringer Sprachkompetenz usw.

Wer nach einem operationalisierbaren Kriterium für Solidarität im gesundheitspolitischen Alltag sucht, der mag alles Geschehen und alle Konzepte daraufhin durchdenken, wie sie sich auf die Gesundheits- und Versorgungschancen *dieser* Gruppen auswirken.

Der Solidaritätsbegriff, seiner Herkunft als Kampfbegriff der Arbeiterbewegung ohnehin entfremdet, kann dabei sehr pluralistisch und weit gefaßt werden. Zumindest folgenden Inhalt dürften ihm wohl fast alle nicht-wirtschaftsliberalen Strömungen beimessen: Solidarität ist notwendig, wenn Individuen oder Personengruppen zu schwach sind, um in menschenwürdigen Verhältnissen zu leben und meint in diesem Sinne *kollektive Verantwortung*. Solidarität ist eine der bedeutendsten kulturellen Errungenschaften und bedeutet, daß in einer Gesellschaft Menschen schwach und unbrauchbar sein können, ohne deshalb diskriminiert und ausgegrenzt zu werden.

Testfall: Altersstruktur, chronische Krankheit und Behinderung⁹

Bei den chronisch Kranken alten Menschen der unteren sozialen Schichten kommen überdurchschnittliches Krankheits- und Sterberisiko mit unterdurchschnittlicher Selbsthilfefähigkeit in wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Hinsicht zusammen.¹⁰ Die soziale Qualität der Gesundheitspolitik ergibt sich nicht aus den derzeit gängigen »Neudefinitionen« von Solidarität, sondern aus der gesundheitlich-sozialen Lage der Bevölkerung, speziell dieser Referenzgruppe. Darauf will ich exemplarisch näher eingehen.

Das Zusammenwirken von chronischen Krankheiten und Alterung wird in zunehmendem Maße die Wirklichkeit der Krankenversorgung bestimmen. Eine Untersuchung für Hamburg zeigt für das Jahr 1990, daß der Anteil der über 60jährigen Patienten in den Krankenhäusern mit 39,1 Prozent nahezu doppelt so hoch ist, wie der Anteil dieser Altersgruppe an der Hamburger Bevölkerung (20,8 Prozent). Durch eine Zunahme von 1 Prozent der über 60jährigen wird also die Krankenhaushäufigkeit um 2 Prozent steigen. Das Statistische Bundesamt schätzt, daß in den nächsten 36 Jahren der Anteil der über 60jährigen Bundesbürger von 20,4 Prozent 1990 auf 34,9 Prozent 2030 zunehmen wird. Die sieben häufigsten Entlassungsdiagnosen (mehr als ein Viertel der Patienten) dieser Altersgruppe in Hamburg, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt, Coxarthrose, Schlaganfall und Schenkelhalsbruch sind chronische Leiden, die nicht nur einer Akutbehandlung bedürfen, um Lebensbedrohung, Schmerz und Funktionsausfall zu überwinden, sondern laufender Betreuung durch Ärzte, Physiotherapeuten, Pfleger usw.¹¹

Diese Entwicklung ist zugleich häufig Gegenstand der gesundheitspolitischen Rhetorik. Den Anbietern medizinischer Leistungen

dient der Hinweis auf die veränderte Altersstruktur zur Legitimation steigender Ausgaben und jene, denen der Sozialstaat schon immer zu teuer war, nutzen sie zur immer gleichen Behauptung seiner völligen Unbezahlbarkeit. Die unterschiedlichen Interessen finden ihren Ausdruck nicht erst im Umgang mit einem Problem, sondern bereits in der Problemsicht selbst. So auch hier.

Sichtweisen

Die gegenwärtig wohl am häufigsten anzutreffende Sichtweise steht dem gesundheitlichen Fortschritt skeptisch gegenüber. Die Erfolge der steigenden Lebenserwartung, so wird argumentiert, verlängerten zwar das Leben, jedoch nur um Jahre, die durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen und eine schlechter werdende Lebensqualität gekennzeichnet seien. Die These vom vergeblichen Bemühen erhält besondere Attraktivität in Zeiten, in denen die Kosten dieses Bemühens untragbar erscheinen und in denen folglich jedes Argument willkommen ist, das seine Einschränkung zu rechtfertigen hilft. Ungeachtet der in dieser These versteckten Interessen, müssen die für sie sprechenden empirischen Belege und Plausibilitäten ernst genommen werden. Zusammengefaßt die wichtigsten¹²:

Wie auch in Deutschland hat der Jahrhunderttrend zur höheren Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten seine Gestalt verändert. Während früher die rückläufige Kindersterblichkeit Hauptursache war, sind es nun die Überlebensraten der älteren Menschen. So stieg zwischen 1951 und 1988 die Lebenserwartung deutscher Frauen bei den 85jährigen um 32,8 Prozent, den 45jährigen um 17,5 Prozent und bei den 1jährigen um 10,2 Prozent.¹³ Die bedeutendsten Todesursachen koronare Herzkrankheit, Krebs und Schlaganfall sind zwar nicht bezwungen, aber die Menschen sterben nun erst in einem höheren Alter daran. Es heißt, das Auftreten der meisten Krankheiten, die nicht tödlich sind, aber zu chronischen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit führen, habe sich im Durchschnitt bislang nicht in ein späteres Lebensalter verschieben lassen, sodaß die verlängerte Lebensdauer überwiegend zur Verlängerung der Jahre mit chronischen Einschränkungen führe. Arthritis, Bluthochdruck, Schwerhörigkeit, Herzkrankheit, Steifigkeit, Sehschwäche, Diabetes mellitus, Schwachsinn, Verwirrung und Depression, um nur die häufigsten zu nennen, überschatten hiernach – z.B. auch in Kombination auftretend – die letzten Lebensjahrzehnte der Alten.¹⁴ Katz und Mitarbeiter schätzten vor zehn Jahren, 80 Prozent eines jeden

hinzugewonnenen Lebensjahres (9,6 Monate) würden in eingeschränktem und abhängigen Zustand verbracht.¹⁵

Scheinen schon diese Aussichten auf das Alter nicht gerade vielversprechend, so kommt noch deren ökonomische Seite hinzu. Die hochgerechnete enorme Zahl alter Menschen haben einen weit überdurchschnittlichen Bedarf an Behandlung und Pflege. Ist es da verwunderlich, daß in den Vereinigten Staaten seit Mitte der achtziger Jahre mit großem öffentlichen Echo über eine »Rationierung« effektiver medizinischer Leistungen gesprochen wird und daß hierbei, wie auch in England, das Kriterium »Alter« am häufigsten genannt wird? Warum, so das Argument, sollte man so viel Geld für die Behandlung alter Menschen ausgeben, wenn die gewonnene Lebenszeit von so niederschmetternder Lebensqualität ist?

Die bekannteste alternative Sichtweise zur Gesundheit in den alternden Gesellschaften ist diejenige, die Fries als »komprimierte Morbidität« (compression of morbidity) bezeichnet hat.¹⁶ Dieses Konzept besagt, die menschliche Lebensspanne sei biologisch auf etwa durchschnittlich 85 Jahre begrenzt, der Beginn ernsthaft einschränkender Erkrankungen lasse sich zeitlich aber weiter ins Alter hinein verschieben, als die Lebenserwartung noch steigen könne, sodaß es zu einer Komprimierung der Morbidität auf eine kürzere Zeitspanne im hohen Alter komme. Entscheidend seien Veränderungen von Ernährung, Bewegung und anderer Elemente des sogenannten individuellen Lebensstils. Die Kritik dieses Konzepts richtet sich vor allem auf die Annahme des erreichbaren Durchschnittsalters, den bislang ausbleibenden empirischen Beleg für rückläufige Erkrankungsraten besonders in der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen. Ferner wird Fries vorgeworfen, er unterschätze die Multimorbidität und veranschlage das präventive Potential von Lebensstiländerungen unrealistisch hoch.¹⁷

Soziale Ungleichheit und chronische Erkrankungen

Sowohl der pessimistischen Prognose als auch dem Konzept der komprimierten Morbidität liegt derselbe Irrtum zugrunde: es wird so getan, als seien die westlichen Industrieländer klassenlose Gesellschaften, in denen die Bürger homogene Lebensbedingungen vorfinden. Wenn man nämlich die Entwicklung der Lebenserwartung und der chronischen Einschränkungen differenziert nach der *sozialökonomischen Lage* untersucht, dann kommt man zu der Erkenntnis, daß die Verschlechterungsthese zwar für die unteren

Schichten durchaus zutrifft, nicht jedoch für die sozialen Schichten, der ihre Anhänger selbst angehören. Es bestätigt sich dann, daß wir es weder mit einem unabänderlichen biologischen und demographischen Schicksal zu tun haben, noch alles gesundheitspolitische Streben zur Hinfälligkeit verdammt ist. Die Perspektive einer »komprimierten Morbidität« durch Prävention und Gesundheitsförderung sowie durch eine auf die Bedürfnisse chronisch Kranker ausgerichteten Medizin erwiese sich dann als so utopisch nicht. Das kann an einer epidemiologischen Studie über den Zusammenhang von Alter und chronischen Einschränkungen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status verdeutlicht werden.

Zur Sozialepidemiologie chronischer Krankheit wurden von 3 617 Personen über 25 Jahren sowohl der sozialökonomische als auch der gesundheitliche Status erhoben.¹⁸ Die Studie zeigt, daß in den mittleren Altersgruppen zahlreiche chronische Bedingungen manifest werden, das Ausmaß der Prävalenz aber sehr deutlich vom sozioökonomischen Status abhängig ist. Bei den jungen Erwachsenen (25-34) sind die schichtspezifischen Unterschiede noch nicht signifikant, da chronische Krankheiten und Behinderungen insgesamt noch sehr niedrig sind. Aber schon im frühen mittleren Alter (35-44) sind die Unterschiede beträchtlich. Das steigert sich noch in den Altersgruppen der 45- bis 54jährigen und der 55- bis 64jährigen. Bei den über 75jährigen alten Menschen werden die Disparitäten dann wieder geringer.

Die Personen zwischen 35 und 44 Jahren der untersten sozioökonomischen Schicht weisen bereits ebenso viele chronische Krankheiten und Einschränkungen auf, wie die älter als 75jährigen der obersten Schicht.¹⁹ Das höchste Niveau der chronischen Einschränkungen wird in der untersten Schicht bereits von den 55- bis 64jährigen erreicht, in der unteren Mittelschicht von den 65- bis 74jährigen, bei den beiden oberen Schichten aber erst nach dem 75. Lebensjahr. Die chronischen Krankheiten und Behinderungen in der höchsten sozioökonomischen Gruppe haben sich beträchtlich ins hohe Alter verschoben. Bei ihnen bleibt die mittlere Prävalenz der zehn chronischen Bedingungen bis zum Alter von 54 Jahren unter 0,5 und bis zum 75. Lebensjahr unter 1,0. Im Gegensatz dazu wächst die mittlere Prävalenz bei den unteren Gruppen bereits zwischen 25 und 54 Jahren sehr stark.

Das gleiche Muster ergibt sich bei den bedeutenden funktionalen Einschränkungen und Begrenzungen der alltäglichen Lebensaktivitäten wie der Fähigkeit, körperliche Arbeit zu verrichten. Sie treten

in der oberen Sozialschicht kaum vor dem 75. Lebensjahr auf. Für sie ist – im Unterschied zu den Unterschichten – das als utopisch angesehene Ziel der Verschiebung chronischer Erkrankungen ins hohe Lebensalter bereits annähernd realisiert: Über alle Schichten haben nur 0,5 bis 1,4 Prozent der Personen zwischen 25 und 34 drei oder mehr chronische Bedingungen berichtet. In der statistischen Oberschicht erreicht die Prävalenz eines solchen Niveaus der Multimorbidität niemals mehr als 16 Prozent, selbst nicht in der Altersgruppe der über 75jährigen. Dagegen berichten schon 12 Prozent der unteren Schicht im Alter zwischen 35 und 44 Jahren drei oder mehrere chronische Bedingungen, in der Gruppe zwischen 45 und 54 sind es schon 26 Prozent und gar 39 Prozent vor dem 65. Lebensjahr.

Ähnlich verhält es sich bei dem Anteil der Personen, die nicht in der Lage sind, ein paar Treppenstufen ohne Schwierigkeiten zu laufen. Das sind weniger als 3 Prozent der Personen aller Schichten im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. In der oberen sozioökonomischen Schicht steigt dieser Anteil auf nur 5 Prozent derer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, sowie auf 9 Prozent bei den über 75jährigen an. Dagegen haben diese Schwierigkeiten in der unteren Schicht schon 12 Prozent der Menschen zwischen ihrem 35. und 44. Lebensjahr, 29 Prozent in der Altersgruppe zwischen 55 und 64, und schließlich über 40 Prozent der alten Menschen über 75 Jahre. In der Unterschicht sind also die Personen zwischen 35 und 44 Jahren bereits stärker chronisch behindert als die über 75jährigen. Die beiden unteren sozioökonomischen Schichten leiden bereits im mittleren Lebensalter unter erheblichen chronischen Bedingungen und funktionalen Einschränkungen, die bei der oberen Schicht – wenn sie überhaupt auftreten – ins hohe Alter verschoben sind.

Gesundheitsbezogene Orientierungen

Aus dem Sachverhalt der sozialen Ungleichheit bei den chronischen Erkrankungen und Behinderungen lassen sich grundlegende gesundheitspolitische *Schlußfolgerungen* ziehen:

Erstens: Zwar muß man annehmen, daß ein durchschnittliches Lebensalter von etwa 85 Jahren das äußerste ist, was wahrscheinlich unter günstigen Lebensbedingungen erzielt werden kann, aber das Ziel, die Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen möglichst weit in die letzten Lebensjahre zu verschieben, ist erreichbar. Bei den oberen sozialökonomischen Schichten kann man durchaus bereits ein niedriges Niveau an Krankheiten und funktionalen

Behinderungen bis weit in die späten Phasen des Lebens antreffen. Es ließen sich hier die salutogenen Bedingungen erforschen, unter denen das für alle möglich ist. Die Hindernisse sind also politischer und sozialer, nicht aber biologischer Art.

Zweitens: Die pessimistische These von der Pandemie chronischer Krankheiten trifft für die unteren Schichten zu. Hier nehmen Krankheit und Behinderung schon in den mittleren Jahren und im frühen Alter stark zu. Die große Masse der verhütbaren Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen – d.h. die Krankheiten und funktionellen Behinderungen in den Altersgruppen bis unter 75 Jahre – ist absolut und relativ auf die unteren sozioökonomischen Schichten konzentriert.²⁰

Drittens: Für die Gesundheitssicherung mit dem Ziel der Verminderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen folgt daraus:

- Nur solche Konzepte der Prävention, Gesundheitsförderung und Krankenversorgung führen zum Ziel, deren Wirksamkeit nicht vom individuellen Vermögen (im doppelten Sinne von Verhaltensmöglichkeit und Ressourcen) abhängen.
- Solidarische Gesundheitspolitik müßte vom Prinzip der »positiven Diskriminierung« ausgehen, d.h. gerade wenn die Mittel knapp sind, sollten sie überproportional den unteren Schichten zufließen. Hier ist das Krankheitsrisiko und damit der erzielbare »Grenznutzen« am höchsten und die Fähigkeit zur Selbsthilfe am geringsten.
- Da aber jede Form der Allokation über Märkte und Wettbewerb die Ressourcen auf jene Gruppen lenkt, die über das geringste Krankheitsrisiko und das größte Selbsthilfepotential verfügen, müssen entsprechende Konzepte konträr zum Ziel größerer gesundheitlicher Chancengleichheit wirken.
- Und weil schließlich die sozialökonomische Polarisierung eine gegenwärtige Grundtendenz in den Industrieländern darstellt, die in der gesundheitlichen Entwicklung nur ihre Fortsetzung findet²¹, werden solche Schlußfolgerungen nur gegen diese Tendenz realisiert werden können. Sie werden also illusionär sein, wo mit ihnen nicht die Veränderung jener Machtkonstellationen und ideologischen Hegemonie einhergeht, aus denen die im folgenden skizzierten Tendenzen erwachsen.

Wettbewerb

Im hier vorgeschlagenen Testfall sind Wettbewerbskonzepte danach zu beurteilen, wie sie mit dem Dilemma umgehen, daß ausgerechnet diejenigen Bevölkerungsgruppen den größten medizinischen und pflegerischen Bedarf haben, die am wenigsten in der Lage sind, ihn ganz oder auch nur teilweise aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Die Mainstream-Gesundheitsökonomien mit ihren marktliberalen Allerweltsweisheiten könnte man mit der Frage traktieren, mit welchen Mechanismen die Ressourcen zu jenen gelenkt werden können, bei denen sie den größten Grenznutzen erzielen, denen aber zugleich jegliche Mittel zur wettbewerblichen Aneignung solcher Ressourcen – seien es Geld, Bildung oder Macht – in *geringstem* Maße verfügbar sind.

Wettbewerb um rentable Versicherte/Patienten

Ein Kernproblem des wirtschaftlichen Wettbewerbs unter den hier interessierenden Aspekten besteht darin, daß es keinen Wettbewerb um Versicherte oder Patienten schlechthin gibt, sondern immer nur um *erwünschte* Versicherte oder Patienten. Der Grad der Erwünschtheit bemißt sich dabei am erwarteten Effekt, den Eigenschaften des Kunden auf die betriebliche Rentabilität und die wirtschaftliche Existenzsicherung der Institution haben.²² Mit einem »Wettbewerb« sollen ja gerade, bei Strafe des Einkommensverlustes und letztlich der Hinfälligkeit der wirtschaftlichen Existenz, Verhaltenszwänge »in der ganz unpersönlichen Form der Unvermeidlichkeit« etabliert werden.²³

Das muß in starkem Maße zu selektiven Strategien führen.²⁴ Dabei stehen erfahrungsgemäß folgende Merkmale des »erwünschten Kunden« im Zentrum:

- die *Zahlungsfähigkeit* des Patienten bzw. die Höhe der mit seiner Versicherung ausgehandelten *Preise* und der Umfang des durch seine Versicherung gedeckten *Leistungspaketes*. Bei einer Differenzierung des Versicherungsschutzes, z.B. in eine soziale Grundversicherung und private Zusatzversicherungen würde ein gewisser Teil der Bevölkerung – d.h. die Gruppen mit relativ niedrigem sozialökonomischen Status – nur zu ersterer fähig sein. Die unternehmerischen Anbieter können ihnen gegenüber ihre Dienste und Produkte nur begrenzt absetzen und wahrscheinlich nur die jeweils niedrigsten Preise berechnen. Jede Differenzierung in verschieden umfangreiche und unterschiedlich teure »Versicherungspakete« führt zumindest mittelfristig zur entsprechenden

Differenzierungen der Erwünschtheit und damit auch der Beziehung zwischen Ärzten bzw. medizinischen Institutionen und Patienten.

- Weiterhin hängt die Präferenz ab vom spezifischen *wirtschaftlichen Risiko der Erkrankung* für den Anbieter. Besonders drastisch kommt das bei prospektiver Finanzierung durch Fixpreise, Fallpauschalen usw. zum Ausdruck, da hier das wirtschaftliche Morbiditätsrisiko allein beim Anbieter liegt. Der Druck geht dahin, Patienten mit Multimorbidität, Krankheiten unbekannter Ätiologie usw. zu vermeiden, da sie einen prospektiv nur schlecht kalkulierbaren Ressourcenbedarf nach sich ziehen. Es besteht kein Zweifel, daß es sich dabei überproportional um *chronisch kranke und alte Menschen* handelt.
- als ein wichtiges Kriterium dafür, ob Patienten erwünscht sind oder nicht erweist sich auch der *Grad der Restriktivität und Kontrolle ihrer Versicherung*. Am Beispiel der Zweiteilung von Grund- und Zusatzversicherung läßt sich folgendes zeigen: Da die Ärzte nach wie vor (mit den Arbeitgebern) die wichtigste Einflußgruppe auf die Entscheidung des Versicherungsnehmers sind, wird ein Wettbewerbsparameter der privaten Voll- und Zusatzversicherungen sein, den Ärzten gegenüber möglichst großzügig zu sein und sie wenig zu kontrollieren. Aber die Versicherungen der *Grundversorgung* haben dies nicht nötig. Sie können und müssen sich Kontrollen und Restriktionen gegenüber Ärzten und Krankenhäusern leisten. Da sie öffentlich sind, stehen sie unter dem Restriktionsdruck der Haushalte und da ihre Klientel ihnen sicher ist und sich aus den am wenigsten konflikt- und artikulationsfähigen Segmenten der Bevölkerung zusammensetzt und außerdem auch wiederum in unterschiedlichem Maße »erwünscht« ist, sind die Legitimationskosten relativ gering. Instrumente sind z.B. Kosten- und Nützlichkeitsprüfungen vor teuren Therapien und Operationen, die Einschränkung der Arztwahl mit dem Allgemeinarzt als obligatorischem »Gatekeeper« usw.

In den Vereinigten Staaten haben die systematisch unterschiedlichen Grade der Restriktivität (Leistungsumfang, Preise, Kontrollen) zwischen privaten und öffentlichen Versicherungen zu systematisch unterschiedlichen Behandlungschancen geführt. Vor allem Patienten, die allein auf die öffentlichen Systeme angewiesen sind, d.h. auf das Sozialhilfeprogramm Medicaid (Arme, alleinerziehende Mütter mit geringen Einkommen etc.) sowie auf Medicare, die Krankenversicherung für die über 64jährigen (alte und chronisch Kranke, die

keine zusätzliche Versicherung haben), haben heute Schwierigkeiten, überhaupt einen Arzt-Termin zu bekommen.²⁵ Weder der durchaus bestehende rechtliche Kontraktionszwang für die medizinischen Anbieter noch die zahlreichen Ethik-Richtlinien können den Handlungszwang des wirtschaftlichen Wettbewerbs in dieser Hinsicht kompensieren. Es zeigt sich eindeutig – trotz erheblicher regulatorischer Anstrengungen der Regierung: um alte, chronisch kranke Patienten aus den unteren sozialen Schichten findet kein Wettbewerb statt, nicht einmal in der Akutversorgung.

Wirtschaftlichkeit und unternehmerisches Handeln

Die erwartete Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ist der stärkste Trumpf, den die Anhänger des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ins Feld führen. Man sollte aber unterscheiden zwischen »Wirtschaftlichkeit« (d.h. eine bestimmter Nutzen bzw. ein Leistungseffekt kann mittels geringerem Aufwand erreicht werden) und »Rentabilität« (d.h. das Verhältnis von Gewinn gleich Umsatz minus Kosten und eingesetztem Kapital). Wirtschaftlichkeit kann die Rentabilität erhöhen, aber wenn Preise, Mengen und Marktanteile leichter gesteigert werden können als die Produktivität und zudem das Leistungsangebot (durch Streichung unrentabler und Ausdehnung teurer Leistungen) einfacher umstrukturiert werden kann, dann steigt die Rentabilität, ohne daß die Wirtschaftlichkeit sich verbessert. Im Gegenteil: sie kann mit erhöhter Unwirtschaftlichkeit im *gesamtwirtschaftlichen* Maßstab einhergehen.

So ergab beispielsweise eine Untersuchung der Daten von 169 Krankenhäusern in Florida, daß der sicherste Prädiktor für besonders hohe und besonders niedrige Profitabilität das Finanzierungsmanagement (dept utilization) war, gefolgt von der Arbeitsintensität (d.h. Knappheit des Krankenhauspersonals) und dem Anteil von Medicare-Patienten.²⁶ Nicht nur der erste und dritte Faktor haben ganz offensichtlich nichts mit der Produktivität (Nutzen zu Aufwand) zu tun. Auch die erhöhte Arbeitsintensität ist ja ein Mehraufwand, zudem einer, dem in der Regel ein geringerer Nutzen (Qualität) gegenübersteht.²⁷

Verschwiegen werden von Verfechtern des Wettbewerbs meist die *spezifisch wettbewerbsbedingten Kosten*, u.a. für Marketing, durch Überkapazitäten (die amerikanischen Krankenhäuser haben die größten Überkapazitäten aller Industrieländer) oder durch Angebotsverzerrungen i.S. einer Gleichzeitigkeit von Über- und

Unterversorgung. Eine angesichts der Wettbewerbsideologie geradezu groteske Folge des Wettbewerbs ist, daß die medizinischen Einrichtungen in den U.S.A mittlerweile den mit weitem Abstand *größten Anteil an Verwaltungspersonal* beschäftigen müssen (verglichen mit Kanada und Deutschland/West). Denn – so schlägt man es auch in Deutschland vor – jeder Patient ist in einer oder mehreren anderen Versicherungen, mit unterschiedlicher Risikodeckung, verschiedenen Preisen und Kontrollauflagen, Zahlungsmoral usw. Himmelstein et al. rechnen vor, daß 1971 die kanadischen und amerikanischen Krankenhäuser den gleichen Anteil an Managern und Verwaltungspersonal aufgewiesen haben, als beide Systeme gleich waren. Nachdem die amerikanischen Krankenhäuser mehr und mehr zur Wirtschaftsbranche mit Wettbewerb transformiert und die kanadischen in eine Sozialversicherungssystem integriert worden sind, war 1986 das Verhältnis beider Länder 1 191 (USA) zu 607 (Kanada) bei den Managern, 3 035 zu 2 108 beim Verwaltungspersonal, 446 zu 229 bei den Sozialdiensten.²⁸ Demgegenüber veränderte sich beim Pflegepersonal das Verhältnis in die entgegengesetzte Richtung: 4 328 (USA) zu 5 506 (Kanada) bei den diplomierten Krankenschwestern, 456 zu 808 beim pflegerischen Hilfspersonal usw. Eine solche Anteilsverschiebung zwischen Verwaltung und Pflege zulasten der Patienten müßte in Deutschland weit gravierendere Folgen haben, da die (west-)deutschen Krankenhäuser 1989 bereits weit weniger Pflegekräfte (aller Qualifikationsstufen) beschäftigt hatten als die amerikanischen und kanadischen (7 125 zu 8 235 zu 9 780 je eine Million Einwohner).²⁹ Ohnehin wird bereits jetzt der Verwaltungsaufwand in den deutschen Krankenhäusern steigen, da hier nach dem Gesundheitsstrukturgesetz demnächst nahezu alle in Industrieländern geläufigen Finanzierungs- und Preisformen *nebeneinander* existieren.

Woolhandler et al. berechneten die Verwaltungskosten der Versicherungen, der Krankenhäuser und Pflegeheime sowie die Overheadkosten der Arztpraxen (z.B. Rechnungen stellen, Mahnungen usw.) in den USA und verglichen sie für das Jahr 1987 mit Kanada. Je nach Berechnungsmethode wurden in den USA zwischen 19,3 und 24,1 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für die Verwaltung ausgegeben, in Kanada zwischen 8,4 und 11,1 Prozent. Während zwischen den Jahren 1983 und 1987 (die von der Einführung prospektiver Finanzierungssysteme und einer Privatisierungswelle in den USA gekennzeichnet waren) der kanadische Verwaltungskostenanteil gesunken ist, ist der amerikanische um 37 Prozent gestiegen.³⁰

Würde man auch in Deutschland den Blick von den Wettbewerbsillusionen auf die Empirie lenken, dann wäre zu erkennen, mit welchen unternehmerischen Strategien sich die amerikanischen Krankenhäuser auf die Konkurrenz einstellen.³¹ Zu nennen sind:

- Ausbau des Marketing, u.a. Attraktion zahlungskräftiger und gut versicherter Patienten durch Werbung, Standortwahl, gutes »Image«, d.h. vor allem höchstmöglicher technischer Ausrüstungsstand, luxuriöse Ausstattung usw.;
- Vergrößerung der Marktanteile zu Lasten kleinerer Krankenhäuser und solchen, die bei Beginn weniger finanzielle Reserven hatten;
- aktive und passive Vermeidung wirtschaftlich riskanter oder unrentabler Patienten bis hin zum »patient dumping« (Abweisung/Überweisung von Kranken) und zur Schließung der Notaufnahme, um unkontrolliertes Eindringen unerwünschter Patienten zu vermeiden;
- Spezialisierungen durch den Ausbau gut kalkulierbarer und gut bezahlter sowie die Einstellung anderer Leistungsarten;
- Zusammenschlüsse zu Krankenhausketten (das gilt für Kapitalgesellschaften wie für gemeinnützige Krankenhäuser);
- vertikale Expansion: z.B. Angliederung von Ambulatorien auch außerhalb des Krankenhauses, um sich Einweisungen zu sichern;
- Ausbau von Laboreinrichtungen, stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen bei Ausnutzung der Fixkostenvorteile eines Krankenhauses gegenüber anderen ambulanten Pflegeanbietern;
- Veränderung des Schweregrades der Krankheiten einerseits durch Klassifizierungen in besser bezahlte Fallpauschalen, andererseits durch eine veränderte Struktur der Patienten (z.B. relative Ausweitung der chirurgischen Fälle).

Das alles sind durchaus übliche unternehmerische Strategien, die gewählt wurden, um den wirtschaftlichen Risiken der prospektiven Finanzierung zu begegnen. Viele Krankenhäuser verdanken ihnen ihre weitere Existenz. Es zeigt sich in der Empirie, daß Preise, Mengen und Marktanteile leichter gesteigert werden können als die Produktivität. Auch kann das Leistungsangebot durch Streichung unrentabler (aber nicht notwendigerweis unwichtiger) und Ausdehnung teurer (aber nicht unbedingt erforderlicher) Leistungen einfacher umstrukturiert als effizienter werden. Wettbewerb muß also nicht wirtschaftlicher sein und ist es auch nicht im gesamtwirtschaftlichen Maßstab.

Wettbewerb verdrängt zielorientierte Gestaltung

In Deutschland könnte gegen diese Annahme darauf verwiesen werden, hier reguliere die Krankenhausplanung der Bundesländer die Verteilung der Leistungsarten und des Versorgungsniveaus der Krankenhäuser. Nach dem Gesundheitsstrukturgesetz tut sich hier aber folgender Widerspruch auf: Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern und die prospektiven Pflegesätze übertragen dem Krankenhaus das unternehmerische Risiko während die staatliche Krankenhausplanung ihm die Möglichkeit nimmt, »unternehmerisch« (d.h. gemäß der einzelwirtschaftlichen Rentabilität) zu handeln. Würde dieser Widerspruch aufrecht erhalten, dann wären dramatische Fehlentwicklungen die Folge. Es gibt hier nur zwei Möglichkeiten des Entrinnens: Entweder man scheut aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen die Folgen der angeführten unternehmerischen Reaktionsweisen, dann kann die Schlußfolgerung nur lauten: Umkehr auf dem Weg zu prospektiver Preisfinanzierung und Wettbewerb oder – und dies ist absehbar – man räumt dem Wettbewerb die Priorität ein, das bedeutet aber die faktische Aufgabe staatlicher Krankenhausplanung und -lenkung bzw. ihre Reduzierung auf lediglich formale Akte.

Wer also »Wettbewerb« sagt, muß auch »unternehmerische Freiheit« sagen und wer »unternehmerische Freiheit« sagt, der meint, daß die Anbieter prinzipiell aus *einzelwirtschaftlicher* Sicht darüber entscheiden sollen, was sie in welcher Qualität wem wo anbieten. Wettbewerb und unternehmerisches Verhalten drängt die gesundheitspolitische Gestaltung, wie überhaupt die Gestaltung nach außerökonomischen Zielen in den Status von – im zeitlichen wie im prioritären Sinne – nachrangigen Korrekturen im Sinne der Verhinderung extremer Mängel.

Wettbewerb und Qualität

Die Mainstream-Gesundheitsökonomien behaupten, durch Wettbewerb und Ethik werde die Qualität (die sie im technisch-handwerklichen sehen) gesichert. Die amerikanischen Erfahrungen zeigen aber: je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr verwandelt sich der praktizierte Inhalt des Begriffes »Qualität« in »Zufriedenheit« nur derjenigen Patientengruppen, um die konkurriert wird. Die Qualitätssicherung dem Wettbewerb zu überlassen heißt also, die Bemühungen auf diejenigen Patienten zu konzentrieren, die die höchste Rentabilität versprechen und zugleich ihre Kundeninteressen

am besten durchsetzen können, die das geringste Krankheitsrisiko haben und die großzügigste Versicherung wie beispielsweise die Gesundheitsökonominnen und ihre Familien. Wer einer schlecht zahlenden und häufig kontrollierenden Versicherung angehört, wird ebenso geringe Chancen haben wie alte Menschen, Ausländer, ethnische Minderheiten, Personen mit geringer Bildung usw.

Es ist anzunehmen, daß der Teil der Bevölkerung, dessen Versicherungsentscheidung nicht kosten-, sondern präferenzorientiert ist, Versicherungsformen wählen wird, die sich großzügig gegenüber den Anbietern, besonders den Ärzten verhalten, während vor allem die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen auf die im »Wettbewerb« stehenden, prospektiv finanzierten Organisationen zurückgreifen werden. Eine Befragung von 17700 Patienten der unterschiedlichen Versicherungs- und Versorgungsformen in den Vereinigten Staaten 1993 ergab, daß nach allen von den Patienten aufgestellten Kriterien der Qualität und der Annehmlichkeit die traditionelle Arztpraxis mit traditioneller Finanzierung durch Honorare weitaus am besten und die prospektiv finanzierten »Health Maintenance Organizations« (HMOs) ohne freie Arztwahl mit einem Primärarzt als »Gatekeeper« am schlechtesten beurteilt wurde.³²⁾

Wettbewerb führt zu einer Leistungsstruktur und Qualität der Medizin, in der die zentralen Fehlentwicklungen noch schärfer ausgeprägt sein werden: zuviel Technik und Medikamente bei zuwenig Kommunikation, zuviel Diagnose aber zuwenig bzw. zu schlechte Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. zu schlechte Pflege.

Um nur einige reale Tendenzen zu nennen: Die privaten Voll- und Zusatzversicherungen werden nicht um niedrigste Prämien, sondern um die beste Versorgung nach den geltenden, technik- und chemifixierten Standards konkurrieren. D.h. technische und chirurgische Leistungsarten, die einen guten Preis haben, werden ausgedehnt werden und zwar je schärfer der Wettbewerb desto häufiger. Die Schulmedizin bietet dafür einen für Laien geradezu unglaublichen Spielraum. In Studien über unterschiedliche Behandlung gleicher Patientengruppen hat man enorme Unterschiede von z.T. mehreren hundert Prozent gefunden, beispielsweise in der Herz-Bypass-Chirurgie, bei Kaiserschnitten, Augenoperationen usw. in Abhängigkeit von der Region, dem Versichertenstatus der Patienten usw. Beispielsweise erbrachte eine Auswertung der Daten von 3700 Krankenhäusern in wettbewerbsintensiven Regionen, daß die Konkurrenz um herzkranken Patienten zu einer 166 Prozent größeren Chance für Gefäßplastiken und zur 147 Prozent größeren Chance

von Bypass-Operationen führt gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern ohne eine solche Konkurrenzsituation.³³ Internationale Studien zeigen z.B. daß in den USA sechsmal so häufig Bypass-Operationen durchgeführt werden als in Großbritannien, wo die gleiche wissenschaftliche Medizin gepflegt wird. Hysterektomien werden in Frankreich extrem selten durchgeführt, während sie in USA die zweithäufigste Operation darstellt.³⁴ Die Sicherung der medizinisch-handwerklichen Qualität fragt nur danach, ob die jeweiligen Operationen und Therapien »kunstgerecht« durchgeführt wurden. In jedem Falle wird ihre Zahl zunehmen.

Fazit

Für unseren Testfall, die Gruppen der chronisch kranken Alten der unteren sozialen Schichten heißt das:

Nach der von Politikern eines weiten Spektrums in Aussicht genommenen, und vom Mainstream der Gesundheitsökonomie mit wissenschaftsförmiger Legitimation versehenen, »Neudefinition der Solidarität« würde diese Gruppe zu den am wenigsten gut Versicherten und somit unter Wettbewerbsbedingungen in der Tendenz zu den am wenigsten lohnenden (bzw. ökonomisch riskantesten) Patienten, welche die am wenigsten rentablen (zeitaufwendigen, kommunikativen) Leistungen beanspruchen. Die soziale Diskriminierung hätte eine sachliche Struktur gefunden.

Mehr noch: während einerseits die Bedeutung der Subjektivität des Kranken für den Heilungsprozeß (bzw. bei chronischen Erkrankungen für den Krankheitsverlauf) immer mehr erkannt wird, werden von den strukturellen, technischen und ethischen Folgen des vor uns liegenden Wandels nur eine *Minderheit von Patienten* profitieren. Und zwar solche,

- die *standardisierbare akute* Erkrankungen haben,
- ohne Anspruch auf *kommunikative* Zuwendung und
- ohne *Komplikationen* und Mehrfacherkrankungen.³⁵

Welche Formen der Wettbewerb auch immer in den Vordergrund stellt: sobald es mehr und weniger rentable Versicherte und Patienten gibt, sind nach den obigen Kriterien die chronisch kranken, behinderten, alten (überwiegend Frauen) Angehörigen der unteren und mittleren Arbeiterschichten die Verlierer. Sie werden bereits im jetzigen Gesundheitswesen nicht angemessen versorgt und tragen schon jetzt die Hauptlast der Mängel in der ambulanten und stationären Pflege, an kommunikativen Bestandteilen der medizinischen

Leistungen, an palliativen Therapien usw. Es mag noch Unterschiede zwischen Wettbewerb und der expliziten Rationierung medizinischer Leistungen geben, aber das soziale Muster der quantitativen und qualitativen Allokation der medizinischen und pflegerischen Ressourcen ist das Gleiche.³⁶ Wer im Gesundheitswesen »Wettbewerb« will um die »Rationierung« zu vermeiden, der bevorzugt lediglich eine von zwei Methoden der Zerstörung des, ohnehin eingeschränkten, Solidaritätsprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Korrespondenzadresse: Dr. Hagen Kühn

Wissenschaftszentrum Berlin, Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin

Anmerkungen

- 1 Rosenbrock, R. (1993), Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, K. u. Laaser, U. (1993), Gesundheitswissenschaften, Weinheim/Basel, 317-346.
- 2 Typisch ist Arnold, M., Solidarität 2000 – Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, Stuttgart 1993, sowie *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994)*, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht, o.O. Diese Werke enthalten kaum etwas, das nicht schon seit Jahrzehnten aus dem Arsenal der konservativen Anti-Sozialstaatsrhetorik bekannt wäre, von der privaten Eigenvorsorge bis zur »Stärkung des Patienten« durch »fühlbare Selbstbeteiligung« – stets mit dem gleichen Gestus des »Nun-ist-der-Punkt-erreicht« vorgebracht. Vgl. kritisch dazu Reiners, H., Gesundheit als Ware. Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen, in, Argument-Sonderband 155, Berlin und Hamburg 1988, 62ff.; Kühn, H. (1985), Soziale Sicherheit und »angebotsorientierte Wirtschaftspolitik« in: WSI-Mitteilungen Nr.2, 94-102.
- 3 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994)*, a.a.O. Die einzelnen Optionen in ausführlicher Darstellung s. *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung*, Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bonn 1990; Knieps, F. (1994), Die nächste Stufe der Reform – Ausgangslage und Positionen, in: Arbeit und Sozialpolitik, H.1-2, 10-18.
- 4 Einige Anhaltspunkte scheinen in Studien zur Zufriedenheit auf, vgl. Aust, B. (1993), Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P94-201.
- 5 Uexküll, T.v.; Wesiack, W. (1998), Theorie der Humanmedizin, München, Wien, bes. 613; Kühn, H. (1989), Glanzvolle Ohnmacht: Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin, in: Der ganze Mensch und die Medizin, Argument-Sonderband 162, Hamburg, III-128.

- 6 Vgl. den strukturellen Ansatz bei *Freidson, E. (1975)*, Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur der medizinischen Versorgung, München, Berlin, Wien.
- 7 Z.B. *Al-Assaf, A.F., Schmele, J.A. (Ed.) (1993)*, The Textbook of Total Quality in Healthcare, Delray Beach, Florida (St.Lucie Press).
- 8 Zur Bewertung der Lebensjahre hat man Indices von »Lebensqualität« eingeführt. Das geschah in der guten Absicht, qualitative Kriterien vor allem in die Medizin einzuführen, wird aber heute in der boomenden Bioethik auch dazu mißbraucht, gewonnene Lebensjahre als »lebensunwert« abzuwerten.
- 9 Einige Teile der folgenden Abschnitte sind übernommen aus: *Kühn, H. (1993a)*, Gesundheitspolitik in der »alternden« Gesellschaft, in: Wechselwirkung, Nr.62, 21-25.
- 10 Wie weit der gesundheitsökonomische Jargon, in dem die Reformdebatte weitgehend geführt wird, von den Bedürfnissen der Sozialversicherten entfernt ist, zeigt nicht nur die leichte Hand, mit der finanzielle Zumutungen, wie Zuzahlung, Eigenvorsorge usw. vertreten werden. Nehmen wir nur die geforderten »Wahlmöglichkeiten« und »Transparenz«: ist es wirklich das Bedürfnis einer von Arthritis geplagten herzkranken älteren Arbeiterwitwe, sich zwischen mehreren »Leistungspaketen«, Versicherungsformen, Anbietertypen, entscheiden zu dürfen? Steht einem Kranken der Kopf danach, sich über die Mortalitätsraten, Qualitätsratings, Preise von Praxen und Kliniken zu informieren und die Abrechnungen zu kontrollieren? Ist es wirklich das, was den Sozialversicherten seit Bismarck gefehlt hat?
- 11 *Werner, B., Seidel, J., Cords, S. (1994)*, Bevölkerungsaufbau und Krankheitspanorama im Jahr 2000, in: DOK, Jg.76, Nr.4-5, 118-123.
- 12 Vgl. *Verbrugge, L.M. (1984)*, Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons, abgedr. in: The Nation's Health, ed.by P.R.Lee and C.L.Estes, Boston, Mass., 1990, 14-34; *Guralnik, J.M. et al. (1988)*, Projecting the older population of the United States, The Milbank Quarterly, Vol.66, 283-308.
- 13 *Statistisches Bundesamt (1993)*, Statistisches Jahrbuch 1992 für die Bundesrepublik Deutschland, 81.
- 14 *Cassel, C.K. et al. (1992)*, The price of success: health care in an aging society, in: Health affairs, summer 1992, 86-99.
- 15 *Katz, S. et al. (1983)*, Active life expectancy, in: New England Journal of Medicine, Vol.309, 1218-1224.
- 16 *Fries, J.F. (1980)*, Aging, natural death and the compression of morbidity, New England Journal of Medicine, Vol. 303, 130-53; *Fries, J.F. (1984)*, The compression of morbidity: miscellaneous comments about a theme, in: The Gerontologist, Vol.24, 354-59.
- 17 Zur Kritik des Lebensstilkonzepts *Kühn, H. (1993b)*, Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin.
- 18 *House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et.al. (1990)*, Age, socioeconomic status, and health, The Milbank Quarterly, Vol.68, No.3, 383-411.
- 19 Das ist nicht die soziale Oberschicht, sondern sind alle Personen mit über 15 Jahren Ausbildung und einem Jahreseinkommen von über 20000 Dollar. Jeder akademisch gebildete und entsprechend tariflich eingruppierte deutsche Akademiker zählt also schon zu dieser statistischen Klasse.

- 20 Zu den Daten über Soziale Ungleichheit und Krankheit in Deutschland Vgl. den Überblick von *Mielck, A.; Helmert, U. (1993)*, Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland, in: *Mielck, A. (Hg.) (1993)*, Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, Opladen, 93-124 ; Ein Vergleich der Sterblichkeit nach Versicherungszugehörigkeit zeigt, daß relativ zu den Privatversicherten (=100) die Versicherten der AOK eine Sterblichkeit von 137,29 aufweisen. Vgl. *Ärzte-Zeitung* v. 8.2.1994). Eine Auswertung von Surveydaten kommt zu dem Ergebnis, »daß die Höhe der Tage mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stark mit der sozialen Lage der der Befragten differiert. So weisen Personen aus den unteren sozialen Schichten und mit einer belastenden Arbeits- und Lebenssituation weitaus mehr Tage mit gesundheitlicher Beeinträchtigung auf als die Bessergestellten; *Bormann, C., Schroeder, E. (1993)*, Soziale Ungleichheit im Krankenstand dargestellt am Beispiel des Indikators »Tage mit gesundheitlicher Beeinträchtigung«, in: *Mielck, A. (Hg.) (1993)*, 209-225; Meine Hypothese ist, daß die Studien auf prinzipiell die gleichen Trends hinweisen. Sie unterscheiden sich von den amerikanischen nicht in der Richtung, jedoch im Ausmaß der Ungleichheit, mit der Tendenz zu abnehmender Unterschiedlichkeit.
- 21 Für die Empirie in den USA s. *Kühn, H. (1993b)*, 72-117.
- 22 Zum folgenden s. Überblicke: *Scarpaci, J.L. (Ed.) (1988)*, Health Services Privatization in Industrial Societies, New Brunswick (Rutgers University Press); *Kühn, H. (1990)*, Ökonomisierung der Gesundheit am Beispiel des amerikanischen Gesundheitswesens, WSI-Mitteilungen, Heft 2, 62-75; erweiterte Fassung: Veröffentlichungsreihe P 90-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin; *Salmon, J.W. (Ed.) (1990)*, The Corporate Transformation of Health Care, Amityville, N.Y. (Baywood); *Gray, B.H. (1991)*, The Profit Motive and Patient Care: The Changing Accountability of Doctors and Hospitals, Cambridge, Mass. (Harvard University Press); *Rodwin, M.A. (1993)*, Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interests, New York, Oxford (Oxford University Press).
- 23 *Weber, M. (1964)*, Wirtschaft und Gesellschaft (5.Aufl.), Köln und Berlin, 563.
- 24 Die Selektivität kann gesetzlich eingeschränkt werden, aber der entsprechende Konkurrenzdruck wirkt weiter und führt zu informellen, indirekten oder auch passiven Strategien. Zu den Strategien der amerikanischen Versicherungen s. *Weiss, L.D. (1992)*, No Benefit: Crisis in America's Health Insurance Industry, Boulder, San Francisco, Oxford (Westview Press).
- 25 Arnold, der seinen nicht gerade originellen Vorschlag zur »Grundsicherung« mit internationalen Systemvergleichen aufzumöbeln versucht, zieht zwar amerikanische Beispiele heran, kann aber nicht einmal die beiden großen öffentlichen Programme Medicare und Medicaid unterscheiden, s. *Arnold, M. (1993)*, 165 und 167.
- 26 *Vogel, B.W.; Langland-Orban, B.; Capenski, L.C. (1993)*, Health Care Management Review, Vol.18, 14-26.
- 27 Vgl. die empirische Studie von *Burstin, H.R.; Lipsitz, S.R.; Udvarhelyi, S. et al. (1993)*, The Effect of Hospital Financial Characteristics on Quality of Care, Journal of the American Medical Association (JAMA), Vol.270, 845-849.
- 28 Die Angaben beziehen sich auf 1 Million Einwohner.

- 29 *Himmelstein, D.U.; Woolhandler, S.; Lewontin, J.P. et al. (1993)*, The health care labor force: U.S., Canada, Western Germany, Report prepared for the Office of Technology Assessment, U.S. Congress, Washington D.C.
- 30 *Woolhandler, S.; Himmelstein, D.U. (1991)*, Deteriorating administrative efficiency of the U.S. Health Care System, in: *New England Journal of Medicine*, Jg.324, Nr.18, 1253ff.
- 31 *Kühn, H. (1992)*, Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den »rentablen Patienten«, in: *Krankenhaus-Umschau*, Jg.61, H.1, 25ff.
- 32 *Rubin, H.R.; Gandeck, B.; Rogers, W.H. et al. (1993)*, Patients« Ratings of Out-patient Visits in Different Practice Settings, in: *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270,7, 835- 840.
- 33 *Robinson, J.C. et al. (1987)*, Market and regulatory influences on the availability of coronary angioplasty and bypass surgery in U.S. hospitals, *New England Journal of Medicine*, 317, Nr.2, 85ff.
- 34 *Payer, L. (1989)*, *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*, New York, N.Y. (Penguin).
- 25 Die mir bekannt gewordenen Modellversuche zu prospektiven Fallpauschalen in Deutschland hatten überwiegend solche – nur eine kleine Minderheit ausmachenden – Patienten zum Gegenstand.
- 36 *Kühn, H. (1991)*, Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, in: *Rationierung der Medizin, Jahrbuch für kritische Medizin* 17, Hamburg, 40-72.