

Friedrich Wilhelm Schwartz und Reinhard Busse

Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen

Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland

Ausgangslage

Für die Bundesrepublik Deutschland läßt sich zeigen, daß die periodische Intensität der gesundheitspolitischen Diskussionen sich fast gesetzmäßig streng an den wirtschaftlichen Konjunkturkurven orientiert. So hatte jede Rezession seit 1977 ein Kostendämpfungsgesetz zur Folge, wobei das eingreifendste mit der längsten wirtschaftlichen Rezession seit dem Krieg zusammenfiel, und zwar in Form des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993. Alle Kostendämpfungsgesetze haben vor allem Einschränkungen im Leistungsrecht gebracht, z.B. Ausgrenzung oder Selbstbeteiligung bei Zahnersatz, Heil- und Arzneimitteln sowie den Krankenhauskosten. Ein anderer Aspekt war die Zentralisierung und Vereinheitlichung aller Vertragsinhalte auf der Kassenseite, gleichermaßen zur Disziplinierung der Kassen (Ausschaltung eines »kostentreibenden Wettbewerbs« um neue Leistungen) wie zur formalen Stärkung der Nachfrageseite (Nachfragemonopolisierung). Parallel gab und gibt es eine Budgetierung bei den ambulant tätigen Ärzten durch das »Gesundheitsreformgesetz« seit 1989 (GRG = 1. Stufe der Reform) und seit 1993 auch bei den Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie – unter Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips – der stationären Versorgung (GSG = 2. Stufe). Den eingesetzten Instrumenten gemeinsam ist, daß sowohl die Elemente der zentralen staatlichen wie der zentralen verbandlichen Steuerung aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gestärkt wurden.

Das Reformgemälde wäre nicht vollständig, wenn man nicht darauf verwies, daß im GSG bereits Reformschritte für die Zeit nach einem angestrebten Ende der Budgetierung eingebaut sind: Für den stationären Sektor ist fakultativ ab 1995 und verpflichtend ab 1996 die Einführung von diagnose-orientierten Festpreisen mit Gewinn- und Verlustmöglichkeit für die Krankenhausträger vorgesehen. Außerdem wird der vollständige Rückzug des Staates aus der Krankenhausfinanzierungstätigkeit eingeleitet. Im ambulanten Sektor

ergänzt seit Januar 1994 eine Hausarztpauschale die Einzelleistungsvergütung; in Zukunft dürfte sie auch einen Teil der bisher einzeln abgerechneten hausärztlichen Tätigkeiten umfassen.

Die Tatsache, daß es neben gesundheitsökonomischen Fragestellungen auch ernsthafte gesundheitsbezogene und ernstzunehmende Service- und Professionsprobleme des Gesundheitswesens gab und gibt, spielt demgegenüber eine eher untergeordnete Rolle, selbst wenn diese Argumente in bestimmten politischen Einzelsituationen fallweise starkes rhetorisches Gewicht bekommen können. Finanzielle Machbarkeit ist der alles dominierende Aspekt, aus dem Gesundheitspolitik gegenwärtig betrachtet wird. Auch ein großer Teil der wissenschaftlichen Analysen befaßt sich mit dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung, der Zurückweisung eines vermeintlich überzogenen Anspruchsdenkens, der Einschränkung der Inanspruchnahme etc. – Die einzig wirklichen inhaltlichen, d.h. im direkten gesundheitlichen Sinne gestalteten Veränderungen waren die Einführung der Primärprävention einschließlich Zahnprophylaxe (SGB V, §§ 20-24) und die Verbindlichsetzung einer Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Versorgung durch die ersten zwei Stufen der Reform (SGB V, §§ 135-139). Dies waren jedoch keine zentralen Punkte der Gesetze, sondern eher zufällig zeitgleich anfallende Revisionen des Krankenversicherungssystems, auf die wir am Schluß noch einmal zurückkommen werden.

Sachverständigenrat: »Krankenversicherung 2000«

Der Bundesgesundheitsminister hatte 1993 den Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, statt eines regulären Jahresgutachtens Empfehlungen für eine Krankenversicherung 2000 und damit die sogenannte dritte Stufe der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzugeben. Der SVR hat Anfang 1994 zunächst einen Zwischenbericht vorgelegt und will seinen Endbericht erst Anfang 1995 der Öffentlichkeit präsentieren. Jedoch läßt er bereits jetzt erkennen, daß er die weitere Rationierung medizinischer Leistungen primär auf Kosten der Patienten empfehlen wird – und erst sekundär in disponiblen Bereichen zu Lasten von Ärzten, Krankenhäusern und Herstellern (SVR 1994). Kern ist die Unterscheidung einer GKV-finanzierten Medizin einerseits und einer nur privat zu finanzierenden Medizin andererseits in unterschiedlichen Modellen einer Zuwahl, Abwahl oder ex ante Ausgrenzung (Schönbach 1994).

Von vier Modellen, die Seehofers Experten für die Zeit nach dem Auslaufen der Budgetierung zur Diskussion stellen, hat nur eines mit dem herkömmlichen Krankenversicherungssystem zu tun, das »Abspeckmodell«. Danach sollen bestimmte »versicherungsfremde Leistungen« nicht mehr aus der Krankenkasse, sondern mit Steuergeldern bezahlt werden. Außerdem würden »individuell vermeidbare Gesundheitsfolgen« sowie »preiselastische« Leistungen, bei denen der Patient Leistung und Preis vergleichen und teureren Leistungen ausweichen kann, aus der GKV ausgeschlossen.

Dem »Pfersich-Modell« zufolge müssen die »Kernleistungen« nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien festgelegt werden; während diese für alle solidarisch abgesichert würden, müßten die weiteren »Zuwahlleistungen« individuell zusätzlich versichert werden. Beim »Zwiebel-Modell« kann jeder Pflichtversicherte nach eigenen Wünschen Versicherungsleistungen ausschließen, die ihm nicht so wichtig sind, wobei ein nicht abwählbarer Kern definiert werden müßte. Das »Torten-Modell« schließlich kombiniert die Möglichkeiten, bestimmte GKV-Leistungen abzuwählen, mit der Chance, andere zuzuwählen.

Auch bei der Finanzierung hat der Sachverständigenrat vier Modelle aufgestellt, von denen das erste dem heutigen Status quo entspricht, also dem einer gesetzlichen Arbeitnehmersversicherung mit Beschränkung der Bemessungsgrundlage auf unselbständige Arbeit. Als Alternative wird eine gesetzliche beitragsfinanzierte Familienversicherung unter Einbeziehung aller Einkunftsarten und Anwendung eines Familiensplittings aufgezeigt, wobei nach Ansicht des SVR der heutige Arbeitgeberbeitrag jedoch einen Fremdkörper darstellen würde, weswegen seiner Meinung nach eine Integration in die Löhne und Gehälter erwogen werden sollte. Mehr der Vollständigkeit halber werden als Modell 3 eine private Pflichtversicherung mit staatlicher Alimentierung einkommensschwacher Personen und als Modell 4 ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem erwähnt.

Bei dem SVR-Papier handelt es sich zwar nur um einen Zwischenbericht, um einen »von acht Personen erarbeiteten Kompromiß« (SVR-Mitglied Neubauer), den »Startschuß zu einem politischen Ideenwettbewerb« (Seehofer). Die vorgeschlagenen Modelle haben aber bereits Sympathien in der Ärzteschaft gefunden. Aber auch heftige Kritik blieb dem Papier nicht erspart. Bemängelt wird vor allem,

- daß das GSG offenbar vom SVR als »eine Art vorgezogener Insolvenz des GKV-Systems« angesehen wird (Schönbach 1994),

obwohl der Rat selbst feststellt, daß unsere Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich weder besonders hoch noch besonders destabil sind,

- daß »in dem Umfang, wie solidarisch finanzierte Leistungen nach unten gefahren werden und die Einkommen der Versicherten über die Qualität der Zusatzversicherung entscheiden, der Weg in eine Zwei-Klassen-Medizin vorgezeichnet [wird]« (Pfaff 1994),
- daß Risikozuschläge eher einem Privat- und nicht einem Sozial-Versicherungsmodell entsprechen und
- daß alle Modelle Expertenentwürfe sind, bei denen eine Beteiligung der Betroffenen nicht vorgesehen ist.

Die Vorschläge des SVR sollen letztlich ein weiteres durch das GSG vorgesehenes Reformelement verstärken und ergänzen, nämlich einen offenen Wettbewerb um Mitglieder unter den Krankenversicherungen. Dieser Wettbewerb ist gegenwärtig bei gemeinsamen Verträgen, einheitlichen Leistungen und vor dem Hintergrund eines kassenübergreifenden gemeinsamen Finanzausgleichs auf der Einnahmenseite beschränkt auf Marketingselbstdarstellungen, individuelle Serviceangebote und geringe Beitragsspielräume, die aufgrund nicht ausgleichbarer Strukturunterschiede der Kassen verbleiben.

Vorstellungen der Kassen

Andere gesundheitsökonomische Experten und inzwischen auch sämtliche Kassenarten (AOK 1994; BKK 1994; Kaula 1994) fordern zudem, der entsprechenden wettbewerblichen Neuordnung auf der Mitgliederseite auch eine Öffnung auf der Vertrags- und Leistungsseite gegenüberzustellen. Die Vorschläge reichen von »oligopolistischen Gleichgewichtsmodellen« (Rebscher 1994) bis zu einem völlig freien Einkaufsmodell der Kassen bei einzelnen oder Gruppen von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungsanbietern, von – nach Inhalten und Qualität stark regulierten – Einkaufslösungen unter Beibehaltung einer einheitlichen Kontrollorganisation auf der Ärzteseite bis zur völligen Übertragung des Sicherstellungsauftrages von den Ärzteorganisationen auf die Kassen.

Nach Ansicht der Betriebskrankenkassen ist das deutsche Gesundheitswesen »in vielen Bereichen durch Starrheit, Anspruchsdenken und unzureichende Marktorientierung« gekennzeichnet (BKK 1994). Als Lösungsansatz fordern sie, parallel zu den Kassenärztlichen Vereinigungen auch Verträge mit einzelnen Ärzten,

Ärztegruppen oder ärztlichen Einrichtungen schließen zu können, und zwar in Form »kombinierter Budgets«, welche durch die Ärzte veranlaßt und verordnete Leistungen – von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln bis zur stationären Versorgung – so weit wie möglich mit einbeziehen. Damit werden erstmals von Kassenseite die Umrisse eines deutschen Health Maintenance Organisationen (HMO)-Modells offengelegt (vgl. auch Schönbach 1994). Den Versicherten, die sich für eine derartige HMO einschrieben, soll ein Beitragsabschlag gewährt werden.

Auch der AOK-Bundesverband verlangt die »Entwicklung integrierter Versorgungsformen« und eine stärkere Vernetzung der Sozialversicherungen insbesondere für die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Pflege (AOK 1994). Für die ambulante ärztliche Versorgung fordert er eine »Schlüsselposition« und Gate- Keeper-Funktion für die Hausärzte, denen über kombinierte Budgets Rechnung getragen werden könnte. Als weitere Reformen, die »ohne Restriktionen möglich sein sollten«, werden die wirksame Förderung von Kooperationen über die Grenzen der ärztlichen Profession hinaus, die Zulassung von HMO und Gesundheitszentren in kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sowie der Ausbau von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen genannt.

Vorstellungen der Ärzteschaft

Nachdem die deutsche Ärzteschaft während der Diskussionen um das GRG und das GSG hauptsächlich bemüht war, durch die angestrebten Maßnahmen nicht allzusehr betroffen zu sein, und statt dessen bereit war, Selbstbeteiligungen der Patienten in Kauf zu nehmen bzw. deren Ausweitung zu fordern, wurde auf dem 97. Deutschen Ärztetag im Mai 1994 erstmals ein »gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft« beschlossen, welches zu den Veränderungen im Gesundheitssystem Stellung nimmt (Deutscher Ärztetag 1994). Besonders umstritten war das Kapitel 15 »Krankenversicherung«. Im Laufe der Beratungen wurden einige Punkte entscheidend abgewandelt, wodurch das Gesamtkapitel nunmehr einen inhomogenen Eindruck macht.

Eingangs stellt die deutsche Ärzteschaft fest: »Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß alle derzeit angebotenen Leistungen unter gleichbleibenden ökonomischen Bedingungen weiter uneingeschränkt zur Verfügung gestellt werden können. Aus dem derzeitigen Leistungskatalog sind versicherungsfremde Leistungen

konsequent ausgliedern.« Andererseits wird betont, daß es »aus ärztlicher Sicht keine 'Bagatellerkrankung' [gibt], deren Behandlung aus der GKV ausgegrenzt werden könnte«. Abgelehnt wurde hingegen jegliche Budgetierung im Gesundheitssystem.

Eine Selbstbeteiligung der Patienten war im Entwurf des Vorstandes noch befürwortet worden; das Plenum versah dies mit der Einschränkung »wenn sie nachweislich zu einer medizinisch sinnvollen Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens führt und sozialverträglich ist.« Bezüglich der Beitragspflicht schloß sich der Ärztetag dem Modell II des SVR (Familienversicherung mit Splitting) an und auch ein Wettbewerb innerhalb der GKV wurde befürwortet, und zwar sowohl durch »differenzierte Vertragsgestaltung durch die Krankenkassen« und »Wahltarife für die Versicherten«, als auch durch die »Erprobung neuer Versorgungsmodelle«.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) befürwortet »neue Organisationsstrukturen« zur Förderung der Qualität und optimalen wirtschaftlichen Ausnutzung, jedoch nur unter der »Gesamtverantwortung freiberuflich tätiger Ärzte für Organisation, Leistungsstruktur und Leistungserbringung« und »Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages als Voraussetzung für den Abschluß von Kollektivverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen« (KBV 1994), womit Kassen-HMO eine klare Absage erteilt wird. Statt der traditionellen Trennung in ambulante und stationäre Versorgung wird von der KBV eine neue Aufgabenteilung in hausärztliche, fachärztliche und pflegerische Betreuung vorgeschlagen. Ärzte und Pflegekräfte sollen in diesem System sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung tätig sein. D.h., die in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung arbeitenden Fachärzte sollen »als Freiberufler« sowohl stationär als auch ambulant tätig sein können, sofern »im Gegenzug niedergelassenen Fachärzten die Möglichkeit eingeräumt wird, stationär zu arbeiten«. Ob es der innerlich zerstrittenen KBV mit diesem Konzept gelingen kann, (wieder) einen maßgeblichen Einfluß auf die Gesundheitspolitik zu nehmen, erscheint gegenwärtig eher zweifelhaft.

Fünf die Diskussion beherrschende Mythen

Es wirkt an der Diskussion über die GKV ironisch, daß in einer Zeit, in der ihre Struktur in Gefahr ist, aufgelöst zu werden, eben diese traditionelle Struktur von anderen Ländern, allen voran den USA, aber ebenso mittel- und osteuropäischen sowie ostasiatischen

Ländern, als Modell, zumindest als Modellpuzzle, für eigene Lösungen nachgefragt und seine stabilitätspolitische Leistung anerkannt wird.

Die Reformdiskussion in Deutschland wird dabei genau wie in anderen Ländern von Expertenmeinungen – oder besser: Mythen – beherrscht, denen wir in den folgenden fünf Punkten nachgehen möchten.

1. Mythos »Demographie«

Die demographische Entwicklung wird gegenwärtig als »gesundheitspolitischer Sprengsatz« beschworen, dem nur durch »tiefe Einschnitte« in das System beizukommen sei. Dabei geht es um einen latenten intergenerativen aber auch volkswirtschaftlichen Verteilungskonflikt.

Der demographische Aufbau der Bevölkerung ändert sich bekanntlich nicht nur durch die steigende Lebenserwartung, sondern auch durch die abnehmende Nettoreproduktionsrate, wodurch einerseits die älteren Altersgruppen relativ und absolut zunehmen und andererseits die jüngeren Altersgruppen relativ und absolut abnehmen. Bezüglich der Gesundheitsausgaben ist dieses »Double Aging« insofern von Bedeutung, als die Ausgaben pro Kopf mit dem Lebensalter zunehmen. So entfallen auf die über 65jährigen etwa doppelt so viele Kosten wie auf die 45- bis 65jährigen.

Die Effekte der demographischen Veränderungen auf die Ausgaben des Gesundheitswesens wurden in der Vergangenheit jedoch oft überschätzt. Demgegenüber wurde bereits in den achtziger Jahren an deutschen Daten gezeigt, daß die Inanspruchnahme nur ca. 0,2 % und die Ausgaben weniger als 0,5 % pro Jahr demographiebedingt steigen (Behrens et al. 1983; MAGFS Baden-Württemberg 1987). Auch in Schweden konnten demographische Entwicklungen nur für weniger als 1/4 der Ausgabensteigerungen zwischen 1970 und 1985 verantwortlich gemacht werden. Umgerechnet pro Jahr betrug die demographisch erklärte Kostensteigerung nur 0,8 %. Für die Zeit von 1985 bis 2005 wird dort nur noch von etwa 0,3 % pro Jahr ausgegangen, d.h. von einer Abflachung des Effektes (Gerdtham 1993). In einer ähnlichen Größenordnung liegen mit 0,5 bis 0,6 % pro Kopf und Jahr auch die neuen Vorhersagen des Sachverständigenrates (SVR 1994).

Der demographische Steigerungseffekt ist also zwar relevant, aber doch keineswegs der immer wieder von Experten und Politikern

apostrophierte soziale Sprengsatz. Drei weitere *relativierende Gesichtspunkte* sind zu bedenken:

1. Die Kostenkurve der Alten geht nicht linear oder exponentiell weiter aufwärts, vielmehr kommt es im hohen Alter, d.h. jenseits von 80, wieder zu einer Reduktion der medizinischen Versorgungskosten insbesondere der hochinvasiven Kosten. Daß andere soziale Kosten bis zur persönlichen körperlichen Pflege entstehen, steht auf einem anderen Blatt und hat im Grunde genommen mit dem Gesundheitswesen im engeren Sinne nichts zu tun. Das zeitgemäße Beklagen dieser Kosten ist nebenbeibemerkt eine ironische Wendung menschlicher Werte: Im 19. Jahrhundert trat die Gesellschaft und auch die Medizin an mit dem verständlichen Wunsch, daß jeder geborene Mensch seine biologisch maximale Lebensspanne möglichst ausschöpfen möge. Wir haben es erreicht und beklagen es als Notstand.
2. Die demographischen »Horrorszenarien« werden bei uns üblicherweise bis zum Jahre 2030 hochgerechnet. Dabei wird nicht gesehen oder verschwiegen, daß der Bevölkerungsaufbau sich spätestens ab 2040 entlastend verändert, weil geburtenschwächere Jahrgänge von Alten nachrücken. Der demographische Umbauprozess in der Bundesrepublik, die sogenannte demographische Transition, wird zu diesem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen sein.
3. Die meisten der öffentlich diskutierten Prognosezahlen setzen die Immigrationsbewegung nach Deutschland hinein sehr niedrig an. Andernfalls ließe sich ein deutlich jüngerer Bevölkerungsaufbau errechnen. Wenn wir natürlich eine Politik der Desintegration unserer Einwanderer in den nächsten Jahrzehnten konsequent betreiben, werden sie sicherlich nicht freiwillig zur Finanzierung und sozialen Bewältigung unserer deutschen Altersproblematik beitragen. Ähnliche Phänomene lassen sich in den USA studieren, in denen sehr segregierte ethnische Gruppen eine geringe Bereitschaft zeigen, soziale Lasten gemeinschaftlich zu tragen. Im übrigen ist die ständige Beschwörung des nicht zu bewältigenden Altersberges der beste Weg die Gesellschaft politisch zu anti-solidarischem Denken zu erziehen. Die politisch »von oben« angezettelte Asyldebatte und ihre Folgen sollte uns nachdenklich stimmen.

2. Mythos »Hohe Verweildauer als kostenentscheidender Faktor«

Ein anderes Argument lautet, daß die im internationalen Vergleich hohe Krankenhausverweildauer in Deutschland für die hohen und steigenden Kosten im Gesundheitswesen mitverantwortlich sei. Verwiesen wird dabei häufig auf die USA, wo Mitte der achtziger Jahre nach Einführung von Fallpauschalen die durchschnittlichen stationären Verweildauern jahrelang kontinuierlich abnahmen (SVR 1987, 1988, 1989). Die Annahme, daß verkürzte stationäre Aufenthaltsdauern von Vorteil für das Gesundheitswesen sind, beruht jedoch auf einer Reihe von seit langem bekannten *Trugschlüssen* (Jonsson & Lindgren 1980):

1. Die Verkürzung der Krankenhausverweildauer um einen Tag führt zur Ersparnis für einen durchschnittlichen Krankenhaustag.
2. Die Länge der stationären Verweildauer kann verkürzt werden, ohne daß die Kosten im ambulanten Versorgungssektor steigen.
3. Die stationäre Verweildauer kann ohne Intensivierung der Pflege und ohne Qualitätsverlust für den Patienten und seine Angehörigen gesenkt werden.

Neuere Ergebnisse bestätigen die alten Warnungen vor diesen Trugschlüssen (Scott et al. 1993). So sind in den USA die durchschnittlichen Kosten pro Tag bei verkürzten Verweildauern auch entsprechend gestiegen bzw. auf den ambulanten Sektor abgewälzt worden, da bei beschleunigter Entlassung aus dem Krankenhaus die ambulanten Nachsorgekosten entsprechend höher sind. Pro eingespartem Pflergetag sind etwa 0,7 zusätzliche ambulante Arztkontakte zu verzeichnen (Schneider et al. 1993; vgl. Tabelle 1). Nicht vergessen werden darf auch, daß frühere Entlassungen zu einem erhöhten Pflegeaufwand bei Angehörigen und Freunden führen kann, was bei Kostenanalysen oft vergessen wird. Die Wirkung starker Anreize früher Krankenhausentlassungen in einem System, in dem die ambulante Versorgung, wie in dem deutschen System, strikt budgetiert ist, ist natürlich unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten äußerst pikant.

Tabelle 1: Abhängigkeit von stationärer und ambulanter Versorgung

Quelle: Schneider et. al. 1993; eigene Berechnungen

	stat. Fälle pro 100 Einw.	Verweildauer	Pflegetage pro 100 Einw.	amb. Fälle pro 100 Einw.
1980	15,9	7,6	120,8	90,6
1984	14,9	7,3	108,8	92,4
1988	12,8	7,2	92,2	110,1
Veränderung	- 19,5 %	- 5,3 %	-23,7 %	+ 21,5 %

3. Mythos »Kontrolle der Kosten durch die Patienten«

Eine immer wieder geäußerte These lautet, daß der Patient selbst der beste Kontrolleur der Kosten des Gesundheitswesens sei. Diese These beherrschte die US-Diskussion der siebziger und achtziger Jahre und auch in Deutschland wurden insbesondere die seit 1977 schrittweise erhöhten Kostenbeteiligungen der Versicherten bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Kuren und Krankenhaus mit dieser These begründet. Im gleichen Ansatz wird behauptet, daß eine erhöhte Kostentransparenz für die Versicherten durch das Kostenerstattungsprinzip wie in der privaten Krankenversicherung statt des in der GKV üblichen Sachleistungsprinzips zu erhöhter Kostensensitivität und verantwortlicher Nachfrage führten. Der Patient wird als »Homo oeconomicus« gedacht, der vor allem auf Preissignale reagiert.

Obwohl sich diese Überlegungen theoretisch plausibel anhören, müssen sie aufgrund der empirischen Entwicklungen in anderen Ländern bezweifelt werden. So sind die Gesundheitskosten in dem Land mit der höchsten Eigenbeteiligungsrate, nämlich den USA, am schnellsten gestiegen und betragen z.Z. ca. 14 % des Bruttosozialproduktes, während in allen anderen Industrieländern diese Quote bei unter 10 % liegt. Auch in Frankreich sind die Kosten in den letzten Jahren stärker als in der Bundesrepublik gestiegen, obwohl dort seit langem das Kostenerstattungsprinzip gilt. Versucht man dieses Scheitern der Patienten als Kontrollorgan über die Kosten zu analysieren, stößt man auf die Tatsache, daß der größte Teil der im Gesundheitswesen anfallenden Kosten durch einen sehr kleinen

Tabelle 2: Leistungskumulation bei Versicherten (in Prozent)

Quellen: *SVR 1987; ** eigene Berechnungen; *** Reinhardt 1994

	Versicherte ohne Leistungen	Leistungen für 25% d. Vers.	Leistungen für 10% d. Vers.	Leistungen für 1% d. Vers.
Ärztl. Beh.*	7,9	65,5	35,1	6,1
Zahnärztl. Beh.*	55,0	87,0	54,9	10,9
Arzneimittel*	15,7	78,8	51,1	12,1
Heil-/Hilfsmittel*	80,0	100,0	79,4	26,6
Zahnersatz*	87,3	100,0	98,6	38,7
Krankenhaus*	89,1	100,0	99,6	38,3
Krankenhaus**	90,9	100,0	100,0	43,9
USA gesamt***		>90	>70	>30

Anteil an den Versicherten verursacht wird. So verursachten nach einer US-amerikanischen Studie nur ca. 6 % der vollversicherten

Haushalte fast 70 % der Ausgaben (Reinhardt 1994). Dies gilt auch für deutsche Versicherte: Sieht man von ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung (einschließlich ambulanter Arzneimittel) ab, entfallen auf 10 % der Versicherten 80 bis 100 % aller Kosten (SVR 1987; vgl. Tabelle 2)¹. Es spricht viel dafür, daß es sich hierbei vor allem um ernsthaft und chronisch Erkrankte handelt, bei denen Selbstbeteiligungsmechanismen nicht nur nicht greifen, sondern denen diese ethisch verantwortbar in einem kostenwirksamen Umfang auch nicht auferlegt werden können.

4. Mythos »Markt«

Die marktorientierte Steuerung des Gesundheitswesens ist eine Zauberformel, die sowohl in den periodischen Empfehlungen der Deutschen Bundesbank, vom Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in der Bundesrepublik, anderen erlauchten Gremien oder vielen ökonomisch orientierten Experten als Lösungsrezept für jedwedes Gesundheitswesen, so auch das deutsche, beschworen wird.

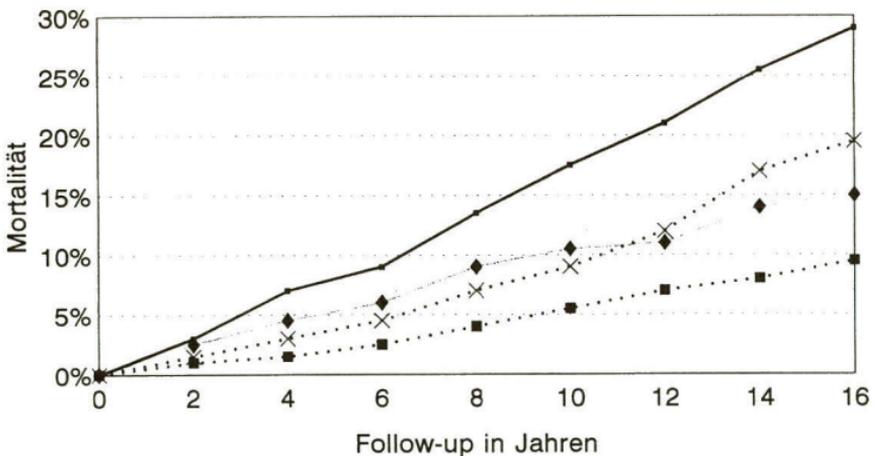
Das Epitheton »Markt« signalisiert in unserer Gesellschaft auf unbestimmte Weise stets etwas Gutes, indem das Einkaufssignal für den souverän und frei gedachten Konsumenten allein der Preis der gewünschten Ware oder der Dienstleistung ist. Die Notwendigkeit eines Versicherungsschutzes im Krankheitsfall wird gerade eben noch grundsätzlich akzeptiert (Griesewell 1994). Aber im übrigen wird alles darangesetzt, in diese Versicherungen und bei Inanspruchnahme von Leistungen Preisersatzsignale einzubauen, vorzugsweise über Elemente wie Selbstbeteiligung und Kostenerstattung bei einem im übrigen weitestgehenden Verzicht auf regulatorische Eingriffe. In der Urheimat dieses Systems, den USA, hat es politischen und ökonomischen Schiffbruch erlitten. Präsident Clinton erklärte es 1993 für »einen Witz«, welcher das Land in den Bankrott triebe (Griesewell 1994).

Die Lieblingsidee der Reagan-Administration war die Vorstellung, daß jeder Haushalt in den USA sich auf private Kosten seine persönliche Krankenversicherung kauft und daß gegebenenfalls der Staat mit Steuererleichterungen aushilft, wenn die eigenen Einnahmen dazu nicht ausreichen. Zum Ende dieser Ära, nachdem 40 Millionen Amerikaner gar nicht und 40 Millionen unterversichert waren, offenbarte sich auch auf politischer Ebene das Scheitern dieser Vorstellung. Interessanterweise gibt es dennoch deutsche Gesundheitspolitiker

und Experten, die unverändert auch bei uns von einer Vielfalt von Krankenversicherungstarifen schwärmen.

Von gleicher Seite wird immer wieder die Insuffizienz der legalistisch und korporatistisch verfaßten GKV beklagt. Sieht man einmal von der Tatsache ab, daß das deutsche – wie die übrigen europäischen staatlich regulierten – Gesundheitswesen in seinem Ausgabenniveau, gemessen an der sogenannten Gesundheitsquote, insgesamt sehr deutlich unter denen der USA liegen, ist die Tatsache kaum öffentlich diskutiert, daß die angeblich wenig leistungsfähige deutsche gesetzliche Krankenversicherung mit einem Verwaltungs-kostenanteil von rund 5 % gegenüber den 1987 durchschnittlichen 11,9 % der amerikanischen Privatversicherungen auskommt (Woolhandler & Himmelstein 1991). Der Verwaltungskostenanteil deutscher Privatversicherungen liegt noch etwas höher. Er betrug einschließlich der Provisionen 1992 15 % der Beiträge bzw. 12,7 % aller Einnahmen (Verband der privaten Krankenversicherung 1993). Logisch wären die abgeführten Gewinne bei einem Vergleich mit der GKV zusätzlich den Verwaltungskosten zuzurechnen.

Abbildung 1: Mortalität und Krankenversicherung bzw. Einkommen



Krankenversicherung ja/ nein; Einkommen >10000\$/ <10000\$

—●— nein/ <10000\$ ·×· ja/ <10000\$ —◆— nein/ >10000\$ —■— ja/ >10000\$

Quelle: Franks et al. 1993

Auch die Angebotsvielfalt der Versicherungstarife eines kommerzialisierten Versicherungsmarktes ist äußerst kritisch zu betrachten.

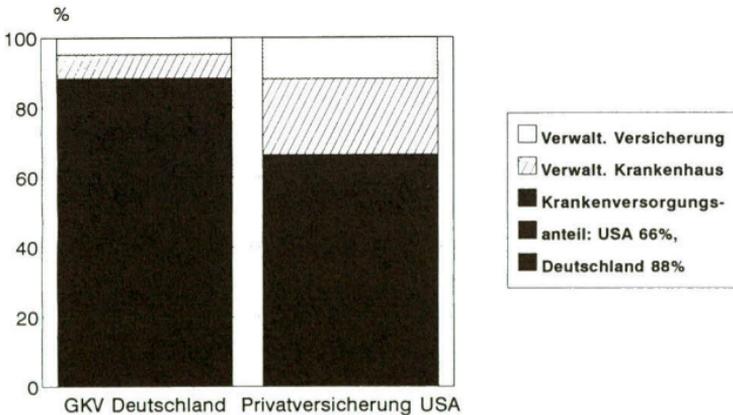
Die Auswirkungen von Unter- bzw. Nichtversicherung auf Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit sind nämlich größer als häufig angenommen. So sind in den USA aus einer fünftausend Personen umfassenden Kohorte innerhalb von 15 Jahren fast doppelt so viele Personen ohne Krankenversicherungsschutz (18,4 %) wie Versicherte (9,6 %) verstorben, womit der Effekt etwa so stark wie der des Einkommens war (Abb. 1). Beide Effekte waren unabhängig von anderen Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Rasse oder Rauchen (Franks et al. 1993). Auch aus sozialmedizinischer Sicht ist es daher besonders unerfreulich, wenn Experten und Politiker derartige Tarife bei uns zur Einführung empfehlen.

Angesichts des Scheiterns einer maximalen Deregulationspolitik auf dem amerikanischen Gesundheitsmarkt haben mit Beginn der Clinton-Ära zwei neue Stichworte politische Prominenz gefunden, nämlich »managed competition« und »managed care« (Iglehart 1992, 1993; Relman 1993; Reinhardt 1994). Der zentrale Gedanke von »managed competition« ist die Idee eines öffentlich regulierten Wettbewerbes zwischen Krankenversicherungsprogrammen, die hinsichtlich ihres Leistungsumfanges, der Qualität der Leistungen und ihrer finanziellen Basis bestimmten Minimal Kriterien genügen müssen. Die Versicherungen bieten dabei vorzugsweise integrierte »managed care«-Pakete an, die dem Muster folgen, das in den sogenannten HMO in den zurückliegenden Jahrzehnten entwickelt wurde. Diese HMO muß man sich in ihrem historischen Kern als eine Art deutsche Betriebskrankenkasse mit eigenen oder unter Vertrag genommenen Ärzten und Krankenhäusern vorstellen, also ohne freie Arztwahl.

Es ist immer wieder versucht worden, zu verifizieren, daß HMO nicht nur kostengünstiger sind, sondern auch gesündere Patienten »produzieren«, aber es scheint darauf hinauszulaufen, daß ein relativ besserer Gesundheitsstatus ihrer Mitglieder mehr auf einer Selbstselektion als auf einer tatsächlich besseren Betreuung beruht (Light 1994). Eine 1993 veröffentlichte Befragung von 18 000 Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung erbrachte interessanterweise folgendes Ergebnis: Die »gute alte« Solopraxis mit Einzelleistungsvergütung erreichte im Gesamtscore, aber auch in Bezug auf die Einzelmerkmale technische Versorgung, persönliche Versorgung, Wartezeiten, Erreichbarkeit, telefonische Zugänglichkeit und Erklärungsqualität durch den Arzt signifikant bessere Werte als die amerikanischen HMO (Rubin et al. 1993). Selbst wenn also die medizinische Effektivität von

»managed care« noch unentschieden sein sollte im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung, so scheint die Patientenzufriedenheit gegen sie zu sprechen.² Ein spezielles Element von Wettbewerb ist im Hospitalsektor mit der Einführung von Fallpauschalen in den USA entwickelt worden und steht wie bereits erwähnt auch in der Bundesrepublik ins Haus. Hier geht es um die Grundidee der Einführung von gewinnorientierten Festpreisen im Krankenhaus. Es wurde in den USA sehr bald klar, daß dies begleitet werden muß von einer rigorosen Qualitätsüberwachung, wenn man nicht einen Kostenwettbewerb zu Lasten der Patienten heraufbeschwören will. Das bedingt einen erheblichen bürokratischen Überwachungsapparat mit einem konsekutiv hohen Verwaltungsaufwand. Auch hier ergeben sich eher zweifelhafte Signale, wenn man bedenkt, daß bei gleichartiger Berechnung 1990 die Verwaltungskosten in deutschen Krankenhäusern nur knapp über 7 % lagen (BMG 1993), während sie 1989 in US-Krankenhäusern fast 25 % betragen (Woolhandler et al. 1993). Unter Berücksichtigung der Verwaltungskosten im Krankenhaus und in der Versicherung, behält man im deutschen System für die eigentliche klinische Krankenversorgung 88 %, in den USA aber nur 66 % übrig (Abb. 2). Es fällt schwer, den Verdacht von der Hand zu weisen, daß mit sogenannten qualitätsüberwachten Festpreisen am Ende doch eher auf Kosten von Patienten gespart wird – zugunsten einer neuen administrativen Dienstleistungsgruppe im Krankenhaus. Man mag dies unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsplatzgenerierung begrüßen, aber in der Logik des Gesamtsystems macht es keinen Sinn.

Abb. 2: Verwaltungskosten bei stationärer Krankenversorgung



Quellen: Woolhandler & Himmelstein 1991; BMG 1993; eigene Berechnungen

Ob »managed competition« für das US-System ein Lösungsansatz sein wird, werden wir in einigen Jahren wissen (Reinhardt 1994). Die Einführung eines analogen Modells in das britische Gesundheitssystem hat, unter allerdings eher auf dem Kopf stehenden Randbedingungen, zu widersprüchlichen Zwischenergebnissen geführt (LeGrand & Robinson 1994). In Neuseeland hat der stark marktwirtschaftliche Wettbewerb bisher nach zwei Jahren eher eine Verschlimmerung der Ausgangsprobleme und starke Ungleichheiten bewirkt (Borren & Maynard 1994). Für viele Wissenschaftler sind diese Beobachtungen und historische Erfahrungen Anlaß für die Annahme, daß der Marktansatz generell im Gesundheitswesen zweifelhaft ist.

5. Mythos »Technischer Fortschritt als Kostensprengsatz«

Eine Dauerthese zum Sprengsatz der Kosten im Gesundheitswesen bezichtigt die Anwendung neuer medizinisch-technischer Verfahren als wesentliche Ursache. Oft wird der Einsatz neuer und zumeist teurerer Techniken mit »medizinischem Fortschritt« gleichgesetzt, obwohl er nur eine Facette darstellt.

Gesundheitsökonomien verweisen auf die Tatsache, daß in anderen industriellen Bereichen technologische Innovationen zumeist zu Rationalisierungen und damit Kosteneinsparungen führen. Daß dies im Gesundheitswesen nicht so ist, wird häufig auf den sogenannten Nulltarif der Nachfrager zurückgeführt, d. h. auf den praktisch eigenbeteiligungsfreien Zugang zu allen medizinischen Verfahren durch die GKV-Mitglieder (Meyer 1994). Daß dem nicht so ist, haben wir in der vorigen These zu erläutern versucht.

Wie können statt dessen die durch neue Technologien und Verfahren im Gesundheitswesen steigenden Kosten erklärt werden? Zunächst sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß diese Problematik in der deutschen Literatur bisher kaum diskutiert worden ist, und auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion ist in seinen bisherigen Gutachten allenfalls auf einzelne Technologien eingegangen (SVR 1989, 1990). Unsere Erfahrungen in Deutschland sowie Studien aus dem Ausland belegen, daß die meisten neuen Technologien nicht aufgrund von kritischen Evaluationen und Empfehlungen durch Expertenkomitees oder Fachgesellschaften eingeführt werden, sondern dieses meist auf informellem Wege geschieht (Hailey 1993). Sofern Technologien und Verfahren überhaupt evaluiert werden, dauert dieser Prozeß zumeist so lange, daß Empfehlungen erst

nach der Einführung vorliegen. Dies liegt auch daran, daß die Komitees sehr stark abhängig von Forschungsergebnissen sind, welche aber gerade von jenen geliefert werden, deren Tätigkeit eigentlich reguliert werden soll, nämlich den Herstellern sowie mit diesen kooperierenden Ärzten und wissenschaftlichen Einrichtungen. In einer engen Verzahnung von professionellem Qualitätsbewußtsein sowie wissenschaftlichen und unternehmerischen Allokationsinteressen entsteht so gezielt vor der kritischen Evaluation ein verändertes öffentliches und ärztliches Meinungsklima für die medizinische Notwendigkeit bestimmter neuer Technologien und Verfahren.

Die informell entstandenen neuen »Standards« genügen in aller Regel nicht den Kriterien, welche eigentlich an qualitätsgesicherte Standards zu stellen sind. Auch führen sie nicht dazu, daß bisher gebräuchliche Techniken nicht mehr eingesetzt würden. Für den Bereich der Geburtshilfe konnte Chalmers 1989 zeigen, daß von derzeit 283 üblichen Maßnahmen nur ein Drittel eindeutig geprüfte positive Effekte hatte, 20 % mehr Schaden als Nutzen nachzogen, und die Hälfte in ihrem Nutzen unbestimmt waren, sofern die Ergebnisse randomisierter Studien zugrunde gelegt wurden (Cotton 1993). Auch führt eine qualitative Verbesserung der Diagnostik nicht automatisch zu einer verbesserten Therapie, da eine solche (oft) nicht vorhanden oder nicht wirksam ist. Krasses jüngstes Beispiel ist die radiologische oder labortechnische Massendiagnostik der Osteoporose bei Frauen. Ein geschicktes Marketing machte es möglich, daß selbst unter der strikten Budgetierung der deutschen ambulanten Versorgung diese Innovation in kurzer Zeit rund 1 % der gesamten ambulanten Honorarsumme auf sich vereinigte.

Für den nicht-standardisierten Einsatz neuer Technologien gibt es auch ökonomische Gründe auf Seiten der Leistungserbringer. Insbesondere kapital-intensive Geräte, welche sich nur ab einer gewissen Auslastung amortisieren, werden oft nur eingesetzt, weil sie vorhanden sind und nicht, weil mit ihnen verbesserte Ergebnisse erzielt werden könnten.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß nicht so sehr die Einführung neuer Techniken und Verfahren an sich die Kosten im Gesundheitswesen zwingend steigen läßt, sondern vielmehr ihr ungeprüfter, nicht-standardisierter und zumeist auch individuell nicht hinreichend reflektierter Einsatz zusätzlich zu herkömmlichen Technologien. Hier müßte eine »Entmüllung« durch allgemein akzeptierte diagnostische und therapeutische Standards stattfinden, wie dies 1993 auch der Präsident der Deutschen Gesellschaft für

Urologie gefordert hat. Dabei muß bedacht werden, daß Standards zumeist schwieriger als erwartet Eingang in die breite medizinische Versorgung finden (Murray 1994).

Oft werden Technik und »Zuwendungsmedizin« einander polemisch gegenübergestellt. De facto rangieren, wie wir aus Studien und eigenen Erhebungen aus Patientendiskussionsrunden über ihre Versorgungsbedürfnisse wissen, die Qualität der persönlichen Arzt-Patienten-Interaktion, das allgemeine Patienten- und Praxismanagement weit vor der apparativen Ausstattung auf den ersten Plätzen. Bei aussichtsreichen therapeutischen Maßnahmen wollen Patienten jedoch nicht auf Technik verzichten. Allerdings wünschen ca. 66 %, daß ihr Arzt allein über ihren Einsatz entscheidet (Domenighetti 1993). Von einem »Zwang zur Technik« durch die nachfragenden Patienten ist dies weit entfernt. Der »Konsument« ist ein schlechtes Alibi für schlecht indizierten Technikeinsatz.

Bilanz und Aussicht

Lassen Sie uns Bilanz ziehen: Wir haben in fünf Abschnitten mehrere wichtige, unsere Reformdiskussion bestimmende »Mythen« zum Gesundheitswesen aufgegriffen und mit sachlich gebotener Skepsis entmythologisiert, ohne immer endgültige Gegenbeweise anzutreten.

Ist es angesichts der gut begründbaren Skepsis nicht beunruhigend, wie leichtfertig Experten – und möglicherweise am Ende von Experten beratene Politiker – Reformrezepte generieren und ein praktisch wie politisch gar nicht so schlechtes System zerreden, anstatt sich auf offenkundige Schwächen dieses Systems zu konzentrieren? Sollten Änderungen nicht nur aufgrund von Erprobungsregelungen eingeführt werden, welche hinsichtlich ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen sorgfältig ausgewertet sind? Zu den notwendigen Systemänderungen zählen insbesondere,

- die mangelnde Kooperation bei der Versorgung chronisch Langzeitkranker zu verbessern,
- den offensichtlich durch Preisabsprachen stark privat »regulierten« Markt medizinischer Versorgungsgüter zu entflechten,
- das Instrument der sektoralen fixen Budgets zu flexibilisieren, eventuell über die Einführung kombinierter Budgets für mehrere Versorgungsbereiche, nach dem Muster des Bayern-Vertrages (Schwefel et al. 1986) oder der NHS-Reform (Smee 1993),

- durch eine sinnvolle Aktivierung des kritischen Fachwissens der wissenschaftlichen Gemeinschaft und durch eine breite transparente auch öffentliche Distribution dieser Ergebnisse eine »Entmüllung« der Medizin voranzutreiben und
- last not least die direkte Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen durch Beteiligung an den tatsächlichen Entscheidungen über Art und Ausgestaltung von Systemänderungen und versorgungsbestimmenden Verträgen voranzubringen.

Einige Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem zeichnen sich unabhängig von den SVR-Vorschlägen bereits ab; dies betrifft insbesondere die Monopole für einzelne Versorgungsbereiche, eine stärkere Verzahnung der Versorgungssektoren, Qualitätssicherung und – in einem geringeren Maße – eine präventive Ausrichtung.

Das Ende der Monopole für einzelne Versorgungsbereiche im Gesundheitssystem, also das der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Medizin und das der Apotheker für die Abgabe von Arzneimitteln, zeichnet sich immer deutlicher ab. So wurde während einer Diskussionsrunde zwischen Apothekern und Krankenkassen im Juni 1994 deutlich, daß nach Ansicht der Kassen strukturelle Veränderungen im Arzneimittelvertriebssystem unerlässlich seien, da Distributionskosten in Höhe von 30 bis 40 % auf Dauer nicht finanzierbar seien. Den Kassen schweben eigene Abgabestellen vor, während nach Beschluß der KBV »neue Formen der Arzneimittelabgabe durch den behandelnden Arzt für eine rationale und kostensparende Therapie unverzichtbar« sind. Der Vorstoß der KBV mutet angesichts des drohenden Verlustes des eigenen Monopols etwas seltsam an. Letzteres ist vor allem durch die erfolversprechenden Forderungen der Kassen nach der Möglichkeit des Vertragsabschlusses mit ärztlichen Leistungsanbietern unterhalb der KV-Ebene sowie den Überlegungen in Richtung eigener Versorgungseinrichtungen (»Gesundheitszentren«) bedroht.

Die zukünftige Vielfalt der Träger von medizinischen Einrichtungen, die zumindest in Modellversuchen absehbare Einführung von kombinierten Budgets sowie die Vielfalt der unter einem Dach angebotenen gesundheitsbezogenen Leistungen in HMO-ähnlichen Einrichtungen wird zu einer stärkeren Verzahnung der Versorgungssektoren führen, welche in der Vergangenheit strikt getrennt waren. Waren in der Vergangenheit die universitären Polikliniken zum Zwecke der Lehre und Forschung die Ausnahme von der Regel³ verordnete das GSG eine gewisse Verzahnung durch die Ermöglichung erstens des ambulanten Operierens und zweitens der prä- und

poststationären Versorgung durch die Krankenhäuser. Dies führte inzwischen zur Gründung zahlreicher sogenannter Praxiskliniken, welche sich zumeist auf das ambulante Operieren spezialisiert haben. Mittlerweile gibt es auch die ersten nicht-operativen Praxiskliniken, so seit Mai 1994 eine nervenärztliche Praxisklinik in Degendorf. Ob von der Verzahnung jedoch wirklich, wie behauptet, die chronisch kranken, behinderten und rehabilitationsbedürftigen Menschen profitieren, bleibt vorerst abzuwarten.

Die Qualität der Versorgung, welche derzeit gegenüber den Kosten noch eine nachgeordnete Rolle spielt, wird in Zukunft eine gleichwertigere Rolle spielen. Nur teilweise hat dazu die verbindliche Einführung der Qualitätssicherung durch das GRG beigetragen. Die gesetzliche Verankerung einer externen Qualitätssicherung, bei der die Kassen Vertragspartner in bi- bzw. trilateralen Verträgen sind, leistet jedoch dem Diskussionsprozeß Vorschub, in der Qualitätssicherung von einer intraprofessionellen Selbstverpflichtung in eine extern mitdefinierte und kontrollierte Dienstleistung der Ärzte umgeformt wird. Wichtiger für die Zukunft der Qualitätssicherung ist vermutlich die Notwendigkeit, verstärkt Outcome-Maße zu gebrauchen, da diese zur Berechnung und Überwachung von unter Festpreisen erbrachten medizinischen Leistungen notwendig sein werden. Outcome-Maße sind gesundheitliche Resultatmaße, die kurz-, mittel- oder langfristig nach der Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Einrichtungen oder Maßnahmen an den Betroffenen selbst gemessen werden. Dabei wird sich zunehmend die Erkenntnis durchsetzen, daß auf den Krankheitsverlauf multiple Dimensionen Einfluß nehmen, neben der medizinischen Dimension auch soziale, berufliche und psychische Dimensionen bestehen. Alle diese Bereiche haben sich aber selbst im Verlaufe der letzten Jahrzehnte professionalisiert und werden dies verstärkt auch in Zukunft tun. Erinnerung sei an dieser Stelle lediglich an den Pflegebereich als eigenständige akademische Disziplin. Langfristig wird Qualitätssicherung also zur Etablierung eines multidisziplinären, nicht mehr so stark arztzentrierten Gesundheitssystems beitragen.

Nach wie vor mangelhaft ist – trotz der Änderungen im GRG und GSG – auch die präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens, wobei die von allen Gruppen geforderte stärkere Rolle eine Neuorientierung der Aus- und Weiterbildung voraussetzt. Der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sind allerdings sehr klare Grenzen aufgezeigt, da die wesentlichen Entscheidungen über die Gesundheit der Menschen nicht im Gesundheitswesen selbst fallen, sondern von

einer ausgewogenen Familien- und Sozialpolitik, sinnvoller Arbeit, angemessenem Wohnraum und adäquater Bildung abhängen.

Am gefährlichsten scheint uns der Tenor des gegenwärtigen öffentlichen Diskurses zu sein, in dem der auf uns zukommende Alterungsprozeß der Gesellschaft in einem Klima des Erschreckens und der Auswegslosigkeit diskutiert wird, in dem der Gedanke der intergenerativen Solidarität und der Solidarität zwischen starken und schwachen Gruppen der Gesellschaft aufgelöst wird und damit vielleicht eine der wichtigsten Errungenschaften der europäischen Zivilisation in dem alles in allem eher unrühmlichen zwanzigsten Jahrhundert, nämlich die solidarische und die gesamte Bevölkerung umfassende Krankenversicherung mit umfassender Sorge für Kranke und Schwache, ohne wirkliche Not zerredet wird und das Primat des Kostenmanagements endgültig den Sieg über den Gedanken ärztlicher Fürsorgepflicht davonträgt.

Korrespondenzadresse:

Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
30623 Hannover (Tel. 0511/532-4422)

Anmerkungen

- 1 Auch in der RAND-Studie, welche oft als »Beweis« für die Wirksamkeit von Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen angeführt wird, bewirkte eine Erhöhung der Zuzahlungen hauptsächlich eine sinkende Nachfrage nach ambulanten Leistungen und nur in einem weit geringeren Ausmaß nach stationären Leistungen. Insgesamt zeigte die Studie übrigens, daß sich das Steuerungspotential der Selbstbeteiligung auf die Beeinflussung der vom Patienten zu treffenden Entscheidung beschränkt, überhaupt Leistungen im Gesundheitssystem nachzufragen. Auf die nach dem generellen Entschluß, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen anfallenden Kosten, hatte die Höhe der Selbstbeteiligung jedoch keinen Einfluß (Newhouse 1993).
- 2 Allerdings stellt die Selbstselektion auch ein mögliches Argument gegen die Repräsentativität einer solchen Befragung dar.
- 3 Die strikte Trennung der ambulanten und stationären Versorgungssektoren war nach der deutsch-deutschen Vereinigung bekanntlich einer der Gründe für die schnelle Abschaffung der dortigen Polikliniken.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband: AOK-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. DOK 76 (1994) 157-161
- Behrens, C.S., Henke, K.-D., Heuser, M.R., Robra, B.-P., Schwartz, F.W.: »Medizinische Orientierungsdaten«. Dtsch. Ärztebl. 80 (1983) 57-62, 76-79

- BKK (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Solidarische Gesundheitspolitik im Wettbewerb gestalten. Die Betriebskrankenkasse 82 (1994) 222-225
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1993. Baden-Baden: Nomos, 1993
- Borren, P., Maynard, A.: The market reform of New Zealand health care system searching for the Holy Grail in the Antipodes. Health Policy 27 (1994) 233-252
- Cotton, P.: Determining more good than harm is not easy. J. Amer. med. Ass. 270 (1993) 153-158
- Deutscher Ärztetag: Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Dt. Ärzteblatt 91 (1994), Supplement zu Heft 24
- Domenighetti, G.: Das Patient-Arzt-Verhältnis (Tessiner Meinungsumfrage). Abstract. Gesundheitspolitische Informationen Nr. 4 (1993) 34
- Franks, P., Clancy, C.M., Gold, M.R.: Health insurance and mortality: evidence from a national cohort. J. Amer. med. Ass. 270 (1993) 737-741
- Gerdtham, U.-G.: The impact of aging on health care expenditure in Sweden. Health Policy 24 (1993) 1-8
- Griesevell, G.: Markt oder Staat – Wettbewerb oder Dirigismus? Arbeit und Sozialpolitik 48, Heft 1/2 (1994) 28-41
- Hailey, D.M.: The influence of technology assessments by advisory bodies on health policy and practice. Health Policy 25 (1993) 243-254
- Iglehart, J.K.: American health care system – managed care. New Engl. J. Med. 327 (1992) 742-747
- Iglehart, J.K.: Managed competition. New Engl. J. Med. 328 (1993) 1208-1212
- Jonsson, B., Lindgren, B.: Five common fallacies in estimating economic gains of early discharge. Social Science and Medicine 14 (1980) 27-33
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Eckpunkte für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Dt. Ärzteblatt 91 (1994) B-1067-1070
- Kaula, K.: Das Konzept der Ersatzkassen. Die Ersatzkasse 74 (1994) 134-137
- LeGrand, J., Robinson, R. (eds.): Evaluating the NHS-Reform. London: Kings Fund Institute, 1994
- Light, D.: Lessons from managed competition in Britain. In: Light, D., May, A. (eds.): Britain's health system: from welfare state to managed markets. New York: Faulkner & Gray, 1994
- MAGFS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung) Baden-Württemberg: Leistungs- und Kostentransparenz – Erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der GKV. Stuttgart, 1987
- Meyer, D.: Gesellschaftliche Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts. Gesundh.-Wes. 56 (1994) 1-5
- Murray, M.A.: Physician Payment Reform in the United States. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2 (1994) 196-207
- Newhouse, J.P. and The Insurance Experiment Group: Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University Press, 1993
- Pfaff, M.: »Die Geister, die er rief, wird er nicht mehr los ...«. Süddeutsche Zeitung vom 17. 2. 1994
- Rebscher, H.: Solidarische Wettbewerbsordnung: Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung. Arbeit und Sozialpolitik 48, Heft 1/2 (1994) 42-48

- Reinhardt, U.: Kontrollierter Wettbewerb im Rahmen der Reform des amerikanischen Gesundheitswesens (Managed Competition in American Health-Care Reform). Köln: Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Nr. 238 (1994)
- Relman, A.: Controlling costs by »managed competition« – would it work? *New Engl. J. Med.* 328 (1993) 133-135
- Rubin, H.R., Gandek, B., Rogers, W.H., Kosinski, M., McHorney, C.A., Ware, J.E.: Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *J. Amer. med. Ass.* 270 (1993) 835-840
- Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Huber, M., Köse, A., Scholtes, L., Sommer, J.H.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1992. Augsburg: BASYS, 1993
- Schönbach, K.-H.: Optionaler Rat: Sachverständige zur GKV 2000. Betriebskrankenkasse 82 (1994) 152-157
- Schwefel, D., van Eimeren, W., Satzinger, W. (Hrsg.): Der Bayern-Vertrag: Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1986
- Scott, A., Shiell, A., Farnworth, M.G.: The value of early discharge: dispelling some myths. *Health Policy* 26 (1993) 81-170
- Smee, C.H.: Self governing trusts and budget holding GPs: the first 2 1/2 years. Manuskript für die Conference on Implementing Planned Markets in Health Systems, Stockholm, 1993
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahrgutachten 1987. Baden-Baden: Nomos, 1987
- SVR: Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahrgutachten 1988. Baden-Baden: Nomos, 1988
- SVR: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahrgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos, 1989
- SVR: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahrgutachten 1990. Baden-Baden: Nomos, 1990
- SVR: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht. Bonn: 1994
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1992/93. Köln, 1993
- Woolhandler, S., Himmelstein, D.U.: The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system. *New Engl. J. Med.* 324 (1991) 1253-1258
- Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., Lewontin, J.P.: Administrative costs in U.S. hospitals. *New Engl. J. Med.* 329 (1993) 400-403