

Gerd Glaeske, Doris Pfeiffer und Eva Walzik

Kein Wettbewerb um jeden Preis, sondern eine solidarische Wettbewerbsordnung

Strategien zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die aktuelle Diskussion um die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine verstärkte wettbewerbliche Orientierung leidet darunter, daß die Positionen der Beteiligten allzu leicht Extrempositionen zugeordnet werden. Durch gezielte oder unbeabsichtigte Fehlinterpretationen und Mißverständnisse werden Positionen und Einschätzungen vermischt, kritisiert und abgelehnt, ohne daß eine differenzierte Auseinandersetzung stattfindet. Ohne die möglichen Gefahren bestimmter Entwicklungen verharmlosen zu wollen, sollte eine Versachlichung dazu dienen, den Fortgang einer konstruktiven Diskussion sicherzustellen.

Zwar ist Rosenbrock zuzustimmen, wenn er die Gefahr sieht, daß »marktradikale Ideologen« die vollzogene Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für begrenzt wettbewerbliches Handeln zu einer generellen Deregulierung der sozialen Krankenversicherung und damit für die Erweiterung privater risikobezogener Versicherungsformen nutzen« wollen.¹

So sieht z.B. Oberender eine der Ursachen für die Probleme im Gesundheitswesen darin, daß die »individuelle Gesundheitsnachfrage bewußt nicht durch das Preisausschlußprinzip begrenzt« ist.² Mit Formulierungen wie »Freibierverhalten« im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werden Auffassungen deutlich, die entsprechende Forderungen nach einer konsequenten Entschlackung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sowie einer Differenzierung nach Regel- und Wahlleistungen nach sich ziehen.³

In eine ähnliche Richtung zielen auch Überlegungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Zwischenbericht »Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000«⁴ vom Frühjahr 1994, in dessen Untertitel »Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen« sicher nicht zufällig die Solidarität an die letzte

Stelle gesetzt wurde. Die im Zwischenbericht diskutierten Leistungsausgrenzungsmodelle bergen – abgesehen von ihrem hohen Abstraktionsgrad und den darin enthaltenen Unstimmigkeiten sowie der mangelnden Operationalisierbarkeit – die Gefahr, die politische Diskussion um die Rationierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung »hoffähig« zu machen. Dies umso mehr, als genügend Interessenvertreter sowohl der Leistungserbringerseite, die in einer Ausgrenzung von Leistungen aus dem GKV-Katalog die Möglichkeit zur Eröffnung neuer Finanzierungsquellen sehen, als auch von seiten der Arbeitgeber, deren Interesse an einer Reduzierung der Lohnzusatzkosten naturgemäß hoch ist, die Gelegenheit nutzen möchten.

Auftrieb gibt eine solche Diskussion selbstverständlich auch solchen liberalen Kräften, die – so FDP-Vorstellungen – eine »konsequente Privatisierung«⁵ im Gesundheitswesen fordern. Insofern ist es sicher richtig, die Gefahren einer solchen Diskussion zu sehen und wie Griesewell⁶ vor einer Überhöhung marktwirtschaftlicher oder wettbewerblicher Ideen im Sinne einer Glaubenslehre zu warnen.

Dennoch sollte man das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und die Befürworter einer wettbewerblichen Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung generell mit den streng Marktgläubigen gleichsetzen und damit die Diskussion einengen auf die auch in der wirtschaftspolitischen Diskussion nicht gerade hilfreiche Polarisierung »Markt oder Staat«. Die Warnung vor den »amerikanischen Verhältnissen« geht in diesem Fall an den Realitäten vorbei. Bei genauerer Betrachtung gerade der von GKV-Vertretern in jüngster Zeit dargestellten Überlegungen zur wettbewerblichen Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, daß eben nicht an ein rein marktliches System gedacht ist, sondern – im Gegenteil – der Absicherung des Solidaraspektes in der Krankenversicherung höchste Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Im Gesundheitswesen gilt es, wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen, eine sinnvolle Mixtur von staatlichen bzw. allgemeinverbindlichen Rahmenvorgaben einerseits und Freiheitsgraden der Beteiligten andererseits zu finden, um die angestrebten Zielvorstellungen zu erreichen. Diese Mixtur stellt sich in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen völlig unterschiedlich dar und ändert sich im Zeitablauf entweder aufgrund festgestellter Defizite oder Verbesserungen der jeweiligen Situation oder aufgrund veränderter Wertvorstellungen bezüglich der Ziele und des policy mix.

Eine ideologisch unvoreingenommene Betrachtungsweise wird dies in gleicher Weise für den Wirtschaftsprozess konstatieren. Auch hier bringt die Verwirklichung der »reinen Lehre« Negativerscheinungen und Defizite, die den gesellschaftlichen Zielvorstellungen in einem sozialen Rechtsstaat zuwiderlaufen. Im Idealfall können diese negativen Effekte durch entsprechende Vorgaben, d.h. durch ordnungspolitische Rahmenbedingungen, im vorhinein vermieden werden. Es wird sich jedoch nicht vermeiden lassen, daß auch nach Eintreten von Defiziten prozeßpolitisch eingegriffen werden muß. Dennoch ist selbst in diesen Fällen ein marktwirtschaftliches System vorzuziehen, weil es einerseits die Freiheitsgrade aller Beteiligten möglichst weit beläßt, andererseits unter Effizienzgesichtspunkten die vergleichbar besten Ergebnisse liefert. Erforderlich ist allerdings ein entsprechender gesetzlicher und gesellschaftlicher Rahmen, der die Verwirklichung sozial- und gesellschaftspolitischer Ziele sicherstellt, die durch ein wettbewerblich orientiertes System im Wirtschaftsprozess nicht erreicht werden (können). Über den notwendigen Regulierungsgrad läßt sich trefflich streiten – auch hier sind ideologisch besetzte Positionen sowohl in der einen als auch in der anderen Richtung zu finden. Weitgehend unstrittig ist jedoch, daß eine solche Rahmenordnung durch staatliche Vorgaben notwendig ist.

Die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der erforderlichen Rahmenbedingungen sowie der möglichen Steuerungsinstrumente und deren Wirkungen gilt gleichermaßen für das Gesundheitswesen und die gesetzliche Krankenversicherung. Insofern ist Kirschner zuzustimmen, der die noch relativ neue Öffnung der SPD-Vorstellungen für eine stärkere Wettbewerbsorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Leitlinie verbindet, daß Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung »niemals Selbstzweck« sein kann. »Ihm kommt in einer solidarischen Krankenversicherung lediglich instrumenteller Charakter zur effektiveren und effizienteren Steuerung des Gesundheitsmarktes zu.«⁷

In dieser Richtung sind auch die von Rebscher⁸ und anderen GKV-Vertretern vorgestellten Überlegungen zum Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung zu interpretieren. Wohl wissend, daß es sich um einen Sozialversicherungszweig handelt, in dem es auf die solidarische Absicherung gesundheitlicher Risiken für breite Bevölkerungskreise ankommt, haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowohl in ihren jeweils eigenen Positionspapieren und Stellungnahmen⁹ als auch im erst kürzlich verabschiedeten, von allen Spitzenverbänden gemeinsam getragenen

Positionspapier¹⁰ eine verstärkte wettbewerbliche Orientierung für die gesetzliche Krankenversicherung gefordert, zugleich aber eine Rahmenordnung – eine solidarische Wettbewerbsordnung – für notwendig erachtet, um den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Es geht den Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung eben gerade nicht darum, einen Wettbewerb der Kassen oder Kassenarten durch unterschiedliche Leistungspakete oder gar mit einem gegenüber dem heutigen Niveau abgesenkten Basispaket zu führen. (Daß es den gesetzlichen Krankenkassen erst recht nicht darum geht, ein Gesundheitswesen mit privater Pflichtversicherung einzuführen, muß wohl kaum erwähnt werden.) Deshalb ist auch eine der entscheidenden, von Krankenversicherungsseite einmütig als notwendig erachteten Rahmenbedingungen für eine derartige solidarische Wettbewerbsordnung die Festlegung eines einheitlichen Leistungsspektrums für alle Krankenkassen, das z.B. im ambulanten Bereich vom Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen gemeinsam von Ärzten und gesetzlicher Krankenversicherung bestimmt werden könnte.

Ziel einer solchen wettbewerblichen Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist es – auch heute schon im Gesundheitswesen wirksame – wirtschaftliche Anreize so einzusetzen und zu nutzen, daß eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung zu effizienten »Produktionsbedingungen« erreicht wird. Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte durch Service und Präventionsleistungen, wie er bisher bereits praktiziert wurde, hat sicher seinen Stellenwert im Gesundheitswesen im Sinne einer Optimierung der Betreuung der Versicherten durch ihre Krankenkasse und einer Stärkung präventiver Angebote. Doch sollte dies nicht der einzige Inhalt des Wettbewerbs sein. Durch eine Flexibilisierung der Leistungserbringerseite müssen im Wettbewerbsprozeß neue Versorgungsformen und -strukturen erprobt und eingeführt werden, die entweder eine verbesserte Qualität der Leistungen oder eine wirtschaftlichere Lösung oder beides hervorbringen.

Unstrittig ist mittlerweile, daß im deutschen Gesundheitswesen Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind und – so hat es gerade erst das Arzneimittelbudget gezeigt – daß wirtschaftliche Anreize heute schon Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Versicherten haben. Zukünftig sollen die Kassen im Wettbewerb um die Versicherten über Verträge mit Leistungserbringern neue, bessere Versorgungsstrukturen fördern und damit an Attraktivität gewinnen. Wettbewerbsvorteile, die sich eine Kasse oder Kassenart durch

eigenständige Verträge schafft, können im Wettbewerbsprozeß durch Imitation der Konkurrenten aufgeholt werden. Damit geht zwar für die einzelne Kassenart ihr temporärer Vorteil verloren; für das Gesamtsystem wirkt dies dagegen positiv, da bessere Versorgungsalternativen für die gesamte Bevölkerung zugänglich werden und nicht auf eine einzelne Kassenart beschränkt bleiben. Das Kopieren guter Ideen durch die Konkurrenten ist die positive Wirkung des Wettbewerbs: Niemand kann sich auf einmal Erreichtem ausruhen. Im Sinne des Schumpeterschen Unternehmers wird im Wettbewerb durch Innovation und Imitation das Gesundheitswesen als Ganzes vorangetrieben. Wenn es gelingt, durch Rationalisierung Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, bedeutet dies darüber hinaus, daß Mittel zur Verfügung stehen, um andere, heute nicht abgedeckte Bereiche zu bedienen. Insofern bedarf die medizinische Versorgung der »am wenigsten lohnenden Patienten« – so Kühn, um die soziale Diskriminierung deutlich zu machen¹¹ – sicher der genauen Beobachtung, ist jedoch auch unter wettbewerblichen Bedingungen nicht per se schlechter zu erwarten.

Die bislang praktizierten Strategien einer Stärkung des gemeinsamen und einheitlichen Handelns der gesetzlichen Krankenversicherung als Reaktion auf die kartellierten bzw. monopolisierten Strukturen der Leistungserbringer haben eher zu Verkrustung und mangelnder Flexibilität, statt zu einer Verbesserung der Machtposition der Kassen im Sinne einer »countervailing power« geführt. So sehen selbst führende AOK-Vertreter wie Kirch heute die Möglichkeiten des »gemeinsam und einheitlich« sehr skeptisch: »Der kleinste gemeinsame Nenner zwischen acht Kassenarten und vielen Regionen mit ganz unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen ist häufig zu klein, um wirklich Gewicht gegenüber der Anbieterdominanz im Gesundheitswesen aufzubringen«¹².

Für die zukünftige Entwicklung wird es entscheidend auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen ankommen. Der Charme eines wettbewerblichen Systems, nämlich daß es Energien freisetzt, neue Formen und alternative Verfahren hervorzubringen, die heute noch nicht praktiziert oder noch nicht bekannt sind, hat etwas Anarchisches an sich, was auch konservative Kräfte skeptisch macht, weil niemand die Ergebnisse des Prozesses kennt. Erforderlich sind tiefgreifende Überlegungen zu den Eckpunkten eines derartigen zukünftigen Systems. Das Positionspapier der Spitzenverbände bietet erste Ansätze; weitergehende Überlegungen sind notwendig. Grundsätzlich gilt, daß die einmal gefundenen Rahmenbedingungen einer

ständigen Überprüfung und eines Abgleichs mit den gesundheitspolitischen Zielvorstellungen bedürfen.

In jedem Fall ist an den konstituierenden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Solidarprinzip, dem Sachleistungsprinzip, der Pluralität und der Selbstverwaltung festzuhalten. Die solidarische Finanzierung einer bedarfsgerechten Versorgung in Verbindung mit dem Sachleistungsprinzip und der Selbstverwaltung rückt die Vertragspolitik in den Mittelpunkt der zukünftigen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist das entscheidende Instrument zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen und damit zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Wettbewerb im Vertragsbereich

Wird Wettbewerb in der beschriebenen Form als ein Instrument für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens verstanden, stellt sich die Frage, wie im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung die Implementierung von wettbewerblichen Elementen in das derzeitige System der gesundheitlichen Versorgung konkret erfolgen könnte. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es aufgrund der hohen Komplexität des Gesundheitswesens kaum möglich ist vorherzusagen, wie sich die Einführung neuer Versorgungsformen, Vergütungsverfahren, Behandlungsmethoden oder anderer Maßnahmen im einzelnen auswirken wird. Die möglichen Ausweichreaktionen oder das Auftreten externer Effekte lassen sich durch Plausibilitätsüberlegungen nur bis zu einem gewissen Grade vorherbestimmen. Zudem hat die Vergangenheit deutlich gezeigt, daß nicht zuletzt aufgrund des hohen Organisationsgrades der im Gesundheitswesen beteiligten Gruppen und deren Einkommensinteressen bei der Einführung neuer Maßnahmen mit evtl. systemveränderndem Charakter insbesondere von seiten der Leistungserbringer mit erheblichen Widerständen zu rechnen ist. Um den Skeptikern entgegenzukommen, erscheint es sinnvoll, zunächst über eine Ausweitung der vorhandenen Erprobungsregelungen neue Wege in der Vertragspolitik zu beschreiten. So müßte nicht abrupt das gesamte System umgestellt werden, sondern jede Kassenart könnte geeignet erscheinende Versorgungsalternativen erproben und bei Erfolg generell einführen. Damit dieser Weg beschritten werden kann, müßte der Gesetzgeber allerdings die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erprobung neuer Maßnahmen, Verfahren und Modellvorhaben (§§ 63ff. SGB V) deutlich erweitern.

Durch eine erfolgreiche Vertragspolitik der gesetzlichen Krankenversicherung können die im System unstrittig vorhandenen Rationalisierungsreserven mobilisiert werden: Die Offenlegung der preistreibenden Praktiken im Krankenhaus (Stichwort Herzklappen) hat gezeigt, wohin fehlende Anreize zu wirtschaftlichem Handeln führen können. So bestand in der Vergangenheit im stationären Bereich kein Eigeninteresse der Beteiligten, die Kosten zu reduzieren. Aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips mußten alle von den Krankenhäusern nachgewiesenen Kosten von den Krankenkassen finanziert werden. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vermuten allein im Bereich der Beschaffung von Vorprodukten im stationären Sektor Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von 6,9 Mrd. DM.¹³

In den anderen Leistungsbereichen scheinen ebenso hohe Rationalisierungsreserven zu bestehen. So häufen sich die Hinweise, daß im ambulanten Bereich medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden. Die medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenexpansion wird primär durch die falschen Anreize des derzeitigen Honorierungssystems verursacht: Im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung ist es für die einzelnen Ärzte unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll, die Leistungsmengen zu erhöhen. Bei gedeckelter Gesamtvergütung führt das jedoch zur sogenannten Rationalitätenfalle: Für den einzelnen Arzt ist es rational, seine Leistungsmenge zu steigern; verhalten sich jedoch alle Ärzte so, sinkt der Punktwert der einzelnen Leistung und am Ende bekommt der Arzt für mehr Leistung weniger Geld. Ein derartiges Vergütungssystem fördert nicht das Interesse der Ärzte an der Gesunderhaltung der Patienten, sondern bewirkt eine Einkommensmaximierung durch Mengenausweitungen. Da die Ursache hierfür struktureller und nicht individueller Natur ist, handelt es sich bei der Zunahme der medizinisch nicht notwendigen Leistungserbringung um ein grundsätzliches Problem und nicht – wie von seiten der Ärzteschaft immer wieder behauptet wird – um Einzelfälle.

Wirtschaftlichkeitsreserven sind im ambulanten Bereich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch durch eine andere Organisation der Versorgungsstrukturen zu mobilisieren. Die in der Bundesrepublik vorherrschende Form der Einzelpraxis erscheint sowohl unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit als auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung nicht mehr zeitgemäß. Durch eine gemeinsame Praxisführung könnte nicht nur die Praxiseinrichtung mit dem entsprechenden Personal und den notwendigen Geräten von mehreren Ärzten

gemeinsam genutzt werden; vielmehr wären durch die ständige Anwesenheit der Fachkollegen auch die Voraussetzungen für eine sinnvolle Qualitätssicherung geschaffen. Bei einer Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sollten deshalb die Anreize so gesetzt werden, daß sich kooperative Praxisformen, wie Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen, gefördert werden. Dabei sollten auch fachübergreifende Kooperationsformen und Vernetzungen mit anderen Versorgungsbereichen möglich sein.

Vor dem Hintergrund der älter werdenden Bevölkerung und der Zunahme chronischer Erkrankungen erscheint es darüber hinaus sinnvoll, Versorgungsnetze zu etablieren, die neben der eigentlichen medizinischen Betreuung auch psychosoziale und rehabilitative Versorgungsmöglichkeiten anbieten. Notwendige Voraussetzung wäre dazu eine verstärkte Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufen, die unter den derzeitigen berufsrechtlichen Bedingungen (ärztliche Berufsordnung) kaum möglich ist.

Von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird es sein, die seit Jahrzehnten geforderte bessere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich zu realisieren. Durch ein differenziertes Vergütungssystem müßten die Anreize so gesetzt werden, daß im Einzelfall die Versorgungseinrichtung gewählt wird, die die beste medizinische Versorgung unter wirtschaftlichen Bedingungen verspricht. Die Indikation für eine vollstationäre Behandlung sollte in weit größerem Umfang als bisher auf Maßnahmen der Hochleistungsmedizin beschränkt werden. Die im Krankenhaus freiwerdenden Kapazitäten könnten von niedergelassenen Fachärzten genutzt werden. Insbesondere vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung, aber auch Leistungen für Rehabilitation und Pflege, müßten verstärkt ambulant erbracht werden. Bei einer entsprechenden Öffnung der Krankenhäuser könnten diese Aufgaben von niedergelassenen und Krankenhausärzten übernommen werden. – Motor für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wird auch hier der Wettbewerb sein, denn eine effiziente Vertragspolitik zielt nicht nur auf eine möglichst wirtschaftliche Form der Leistungserbringung und hohe Qualität der Versorgung ab, sondern auch auf Versichertennähe. Bei Einführung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten im Jahre 1996 wird es nämlich sowohl auf den Preis des Krankenversicherungsschutzes, also den konkreten Beitragssatz, als auch auf die Attraktivität des Angebots ankommen. Krankenkassen, die an den Bedürfnissen ihrer Versicherten vorbeiplanen, werden schnell ihr Klientel verlieren.

Wettbewerb im Vertragsbereich kann jedoch nur funktionieren, wenn auf seiten der Nachfrage (d.h. der Krankenversicherung) wie auf seiten des Angebots (d.h. der Leistungserbringer) wettbewerbliche Strukturen herrschen. Das zentrale Hindernis für die Implementierung und die Wirkung von Wettbewerbsinstrumenten in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt zur Zeit die im Gesundheitswesen teilweise vorhandene Kartellierung und Monopolisierung von Angebot und Nachfrage dar. Damit stellt sich die Frage nach dem Inhalt des Sicherstellungsauftrags. In einem Wettbewerbsmodell darf es kein Definitionsmonopol hinsichtlich der Preise, Mengen und Organisationsstrukturen der Leistungserbringung geben. Es geht dabei nicht um die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern um eine Neudefinition ihres Auftrags. Bei Anerkennung zahlreicher auf Angebots- wie Nachfrageseite einheitlich zu regelnder Rahmenbedingungen (insbesondere eines einheitlichen Leistungskatalogs und dessen Mindestqualitäten) dürfen die ökonomischen Bedingungen wie Preise und Honorare, Qualitätsaspekte, Organisationsform des Angebots sowie unterschiedliche Versorgungskonzepte nicht von einem Vertragspartner diktiert werden – weder auf Angebots- noch auf Nachfrageseite. Nicht Unterwerfungsmodelle, sondern bilaterale Gleichgewichtslösungen sind anzustreben. Denn nur in einer gleichberechtigten Vertragspartnerschaft lassen sich die mit dem Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung verbundenen Ziele verwirklichen.

Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung

Um eine erfolgreiche, d.h. eben nicht ausgabentreibende, sondern effizienzsteigernde Vertragspolitik zu ermöglichen, muß den einzelnen Vertragsparteien ein Optimum an Handlungsfreiheit bezüglich der Vergütungsformen, der Vergütungshöhen und auch der Vertragsebenen eingeräumt werden. Jede Verpflichtung zu kassenartenübergreifenden gemeinsamen Vertragsabschlüssen wirkt dagegen wettbewerbshemmend.

In einem mit Freiräumen ausgestatteten Vertragssystem sollte es für die einzelnen Kassenarten möglich sein, eigenständige Vertragsgebührenordnungen zu entwickeln und anzuwenden. So könnten bei einem einheitlichen Leistungsspektrum die Bewertungsrelationen kassenartenspezifisch gestaltet werden. Durch eine Variation der Gebührenordnung (z.B. Einführung von Leistungskomplexgebühren,

Pauschalierungen etc.) könnten in der medizinischen Versorgung kassenartenspezifische Ziele verfolgt werden.

Als eine alternative Steuerungsmöglichkeit wird zur Zeit intensiv diskutiert, ob und wie mit der Einführung sogenannter kombinierter Budgets das Leistungsgeschehen effizienter gestaltet werden kann.¹⁴ Dabei handelt es sich um ein Konzept, das sich in ganz zentralen Punkten von der derzeitigen, zum Teil sehr fragwürdig wirkenden sektoralen Budgetierung der Leistungsbereiche unterscheidet. Zwar hat sich das mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Arzneimittelbudget als äußerst wirksam erwiesen: Die Zahl der Verordnungen ging sehr deutlich zurück, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden – im Gegenteil: Es gibt inzwischen Untersuchungen, die belegen, daß die Qualität der Arzneimittelversorgung aufgrund des Rückgangs medizinisch umstrittener Präparate in der Budgetierungsphase sogar gestiegen sei. Die Nachteile der bis 1995 gesetzlich vorgeschriebenen Budgetierung überwiegen jedoch:

- Da die Budgetierung nach Leistungsbereichen erfolgt, wird die Trennung von ambulantem und stationärem Bereich verfestigt.
- Der niedergelassene Arzt kann nicht mit einem festen Punktwert bzw. Einkommen kalkulieren. Auf der einen Seite muß er mit Einkommenseinbußen rechnen, sobald er – selbst wenn das aus medizinischer Sicht sinnvoll wäre – die Menge der von ihm erbrachten Leistungen reduziert. Auf der anderen Seite kann bei gedeckelter Gesamtvergütung auch eine Maximierung der Leistungsmenge beim einzelnen Arzt – wie oben geschildert – zu Einkommenseinbußen führen.
- Eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende Mengenexpansion der ärztlichen Leistungen wird nicht verhindert, im Gegenteil, bei steigender Ärztezahl und sinkendem Wirtschaftswachstum werden wegen des Punktwertverfalls zusätzliche Leistungen induziert.
- Für den einzelnen Arzt bestehen keine Anreize, nach wirtschaftlicheren Versorgungsalternativen zu suchen.

Kombinierte Budgets sind dagegen nicht sektoral angelegt; sie umfassen sowohl die eigentlichen ärztlichen Maßnahmen als auch alle vom niedergelassenen Arzt verordneten bzw. veranlaßten Leistungen. Kostenverlagerungen in andere Bereiche wird damit entgegengewirkt. Da im kombinierten Budget des niedergelassenen Arztes im Gegensatz zu heute alle Drittkosten (d.h. die Ausgaben für die von ihm veranlaßten stationären Behandlungen und seine gesamten Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen) einbezogen sind,

besteht für den Arzt der Anreiz, diejenige Versorgungsalternative für seine Patienten suchen, die nicht nur medizinisch optimal ist, sondern auch wirtschaftlichen Kriterien genügt. Die Höhe des einzelnen Budgets richtet sich nach der Zahl und Morbiditätsstruktur der in der jeweiligen Praxis behandelten Patienten. Denkbar wäre eine Kalkulation auf der Basis der Risikostrukturausgleichsprofile. Mit einer derartigen Gestaltung des Budgets wird erreicht, daß der Arzt an der Gesunderhaltung seiner Patienten interessiert ist. Im Gegensatz zum derzeitigen Honorierungssystem kann der Arzt sein Einkommen nicht mehr durch ein Ausweichen in Einzelleistungen maximieren, sondern durch ein medizinisch und ökonomisch sinnvolles Therapiemanagement seiner Patienten. Da das Einkommen des Arztes von der Zahl seiner Patienten abhängt, wird es im Normalfall weder zu einer Unterlassung von eigentlich notwendigen Leistungen noch zu einer Abschiebung von Patienten kommen. Auch wenn die positiven Auswirkungen der kombinierten Budgets diese Variante sehr erfolgreich erscheinen lassen, bleibt zu prüfen, ob eine derartige strikte Anbindung der Krankenhausfinanzierung an den niedergelassenen Bereich opportun ist. Wegen der zu erwartenden politischen Widerstände sollte auch eine Einbeziehung von Krankenhausärzten in derartige Budgetüberlegungen erwogen werden.

Neben diesen eher sektorübergreifenden Überlegungen liegen bereits Vorschläge vor, wo der Wettbewerb der Kassenarten konkret sinnvolle Alternativen im medizinischen Versorgungssystem induzieren könnte.

1. Beispiel ambulante Versorgung

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion hat bereits 1989 in seinem Jahresgutachten ausführlich die Mängel des derzeitigen Versorgungssystems dargestellt. Diese sind u.a.:

- Überversorgung/Überkapazitäten,
- Defizite/Unterversorgung,
- falsche Gewichtungen bei der Leistungserbringung,
- fragliche Qualität der Leistungserbringung.

Dabei geht die Überversorgung vor allem auf falsch gesetzte ökonomische Anreize zurück (z.B. im niedergelassenen Bereich die Vergütung nach Einzelleistungen). Die Defizite und die falschen Gewichtungen kommen durch die Betonung der kurativen gegenüber der präventiven Medizin und der somatischen gegenüber der

psychosomatischen Versorgung zustande. Die fragliche Qualität liegt u.a. an der undifferenzierten und ungeleiteten Inanspruchnahme von Leistungsangeboten durch die Versicherten und an der vielfach unzureichenden Qualifikation der Leistungserbringer bei spezialisierten und technischen diagnostischen und therapeutischen Interventionen.¹⁵

Der Sachverständigenrat schlägt daher als eine Möglichkeit die Implementierung eines Primärarztsystems vor¹⁶ mit einer für zwingend erforderlich gehaltenen Veränderung des Vergütungssystems in Richtung einer differenzierten pauschalierten Honorierung (Kopfpauschale nach Praxisausstattung, Fortbildungsgrad und anderen Kriterien) und einer gate-keeper-Funktion, mit der eine Primärananspruchnahme von Gebietsärzten entfällt.¹⁷

Wenn nun innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung (vgl. Anm. 7) durch vertragliche Konzeptionen mit den Leistungserbringern Organisationsformen gefördert werden sollen, die sich im Sinne der oben formulierten Reformziele zugunsten der Versorgung von Versicherten auswirken, sollte auch ein Primärarztsystem trotz der Einschränkung der vielfach als unverzichtbar bezeichneten freien Arztwahl in konzeptionelle Überlegungen mit einbezogen werden. Mit einer solchen Versorgungsalternative kann z.B. mehr Zuwendungszeit für die Versicherten erreicht werden und ein besseres Therapiemanagement mit dem Ziel, Rationalisierungsreserven zu erschließen (z.B. durch Abstellen von Doppelbehandlungen oder überflüssigen diagnostischen Maßnahmen).

Die Unterschiede der beiden Systeme liegen auf der Hand: Die unerwünschte, medizinisch vielfach nicht notwendige Mengenausweitung ist ebenso Folge der Einzelleistungsvergütung wie die Tatsache, daß Patienten, also *krankte Versicherte*, als »ökonomisches Potential« im derzeitigen Vergütungssystem gelten. Ein Versicherter muß krank sein, damit das ärztliche Versorgungssystem an ihm verdient. Dies läßt die Vermutung aufkommen, daß Krankheit durch das medizinische Versorgungssystem nicht nur definiert, sondern produziert wird (Beispiel: Hyperlipidämien). Im Mittelpunkt steht daher die *kurative Medizin*, ein sicherlich vielfach erfolgreicher, aber häufig auch unnötig oder fragwürdig angewandter »Reparaturbetrieb«. Die Mengenausweitung fördert wahrscheinlich zudem Einbußen in der Qualität, da Ärzte vielfach apparategestützte Leistungen erbringen, ohne ausreichend Erfahrungen mit diesen Diagnostik- und Therapieverfahren gesammelt zu haben. Im Mittelpunkt des bislang bereits existierenden patientenorientierten Wettbewerbs

im ärztlichen Bereich steht neben dem Ruf, ein erfolgreicher Arzt zu sein, vielfach der Wettbewerb über high-tech-Praxen, die allein über die Verfügbarkeit der möglichst neuesten apparativen Ausstattung hohe Leistungsbereitschaft und Qualität signalisieren, ohne dies in jedem Fall nachgewiesen zu haben (Beispiel: Osteodensitometrie¹⁸).

Die pauschalierte Vergütung im Primärarztmodell hat andere Auswirkungen: Der ökonomische Anreiz für die Primärärzte, denkbar sind z.B. Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Kinderärzte, besteht gerade nicht in der Mengenausweitung der einzelnen Leistungen, sondern in der Minimierung. Ärzte werden in diesem System nach der Anzahl der Patienten honoriert, die in einem vereinbarten Zeitraum (Quartal, Jahr) die Praxis aufsuchen. Daher werden die Ärzte versuchen, jeden Behandlungsfall möglichst kostensparend abzuwickeln und nur leicht kranke Patienten in ihr Klientel aufzunehmen, die wenig Kosten verursachen. Dennoch wird der Arzt eine Balance zwischen Leistungsangebot und Kostenminimierung finden müssen, weil bei fortgesetzter Untätigkeit enttäuschte und unzufriedene Patienten die Praxis wechseln werden. Die steigenden Arztzahlen werden diesen Wechsel noch vereinfachen.

Die mögliche Auswirkung ärztlicher Untätigkeit trägt dem Primärarztsystem häufig den Vorwurf ein, potentiell unterversorgend zu wirken und Qualitätseinschnitte zu produzieren. Richard hält dagegen¹⁹:

»Der Anreiz zur Qualitätsreduktion wird allerdings abgeschwächt durch:

- den Wettbewerbsdruck um die Patienten (...). Dieser Wettbewerbsdruck ist daher Voraussetzung für die Effizienz der Honorierung nach Kopfpauschalen.
- das Haftungsrecht, das Abweichungen vom professionellen Standard untersagt und schwere Sanktionen gegen die Kostenminimierung auf Kosten der Gesundheit der Patienten enthält.«

Empirische Vergleiche zeigen im übrigen, daß sich die Versorgungsqualität unter einem Pauschalvergütungssystem nicht verschlechtert. So haben Donner-Banzhoff und Kollegen²⁰ bei einem Vergleich der Blutdruckbehandlung in Deutschland und England festgestellt, daß die Patientenversorgung unter der geringeren Aktivität der pauschaliert honorierten britischen Ärzte nicht gelitten hat. Dies mag auch daran liegen, daß in Primärarztsystemen diagnostische oder therapeutische Interventionen vor ihrer Anwendung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft werden; akzeptierte Therapieempfehlungen oder Leitlinien unterstützen diesen Prozeß.²¹ Im Prinzip

ergibt sich also ein *finanzieller Anreiz für die Gesunderhaltung* der in einer Praxis eingeschriebenen Patienten, *nicht Kuration, sondern Prävention* oder Hinweise für einen gesunden Lebensstil werden daher eine stärkere Betonung in der Versorgung bekommen.

Möglicherweise werden durch ein solches Modell sogar Bedarfsplanungen überflüssig. Wenn in unterversorgten Gebieten Praxen mit großen Patientenzahlen existieren, werden hier am ehesten konkurrierende Niederlassungen anderer Ärzte folgen, weil sie sich auf Grund der hohen Patientenzahlen gute Verdienstchancen ausrechnen können. In überversorgten Gebieten wird dagegen die Patientenzahl der einzelnen Arztpraxen so gering werden, daß tendenziell Praxen schließen bzw. keine neuen eröffnet werden, weil das Einkommen des einzelnen Arztes mit abnehmender Patientenzahl sinkt. Hiermit könnte ein bundesweiter Ausgleich geschaffen werden.

Eine solidarische Wettbewerbsordnung böte die Chance, daß ein Primärarztmodell erprobt werden und unter Beweis stellen könnte, daß es sowohl gesundheitspolitischen Zielvorstellungen gerecht wird als auch die Akzeptanz der Versicherten findet. Wenn es angestrebt wird,

- daß die Versicherten eine stärkere persönliche Zuwendung im Versorgungssystem erhalten sollen,
- daß der Wunsch der Versicherten, auch eine andere, z.B. mehr psychosomatisch, ganzheitlich oder komplementär ausgerichtete Medizin in Anspruch nehmen zu können, durch entsprechende Angebote abgedeckt wird,
- daß Ärzte die Zeit für eine mehr »sprechende« Medizin durch einen geringeren Verwaltungs- und Abrechnungsaufwand gewinnen sollen,
- daß der Anteil nicht notwendiger, weil patientenbelastender diagnostischer und therapeutischer Interventionen abgebaut wird,
- daß die Umsetzung von Therapiestandards und Qualitätssicherungsstrategien mehr Raum gewinnt,
- daß durch die Implementation wettbewerblicher Strategien auf der Leistungserbringerebene Wirtschaftlichkeitsreserven und Rationalisierungspotentiale entdeckt werden und
- daß Prävention eine stärkere Beachtung in der Versorgung bekommt,

dann erscheint das Primärarztssystem sicherlich als eine Alternative zur derzeitigen Versorgungsorganisation. Warum sollte es also nicht sinnvoll sein, parallel zu bestehenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen ein solches Primärarztmodell als Versorgungsalternative

anzubieten, für das sich sowohl Ärzte wie Patienten entscheiden könnten? Ein solches Alternativangebot hätte den Vorteil, daß sich im Wettbewerb der Versorgungssysteme zeigen würde, ob die Versicherten weiterhin die freie Arztwahl bevorzugen oder die beschriebenen Vorteile eines Primärarztsystems mit einem teilweise eingeschränkten Arztzugang in Anspruch nehmen möchten.

Die Überlegung, solche alternativen Versorgungsstrukturen erproben zu wollen, wird durch die kreative Unruhe gefördert, die mit dem Wettbewerbsgedanken in die Kassen hineingetragen wird: Versicherte, die sich z.B. mehr und mehr wegen der Apparatedominanz und der damit zusammenhängenden 5-Minuten-Medizin der alternativen oder komplementären medizinischen Versorgung zuwenden und sich in der derzeitigen Versorgungslandschaft schlecht »behandelt« fühlen, finden ein betreuendes Hausarztssystem mit dem Schwerpunkt »sprechende Medizin« möglicherweise ausgesprochen attraktiv. Auf diese Weise bleiben sie der gesetzlichen Krankenversicherung als Beitragszahler erhalten und sehen keinen Grund, wegen angeblicher Vorteile in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Daß z.Zt. hohe Bereitschaft besteht, über klientspezifische Angebote wie z.B. ein Primärarztssystem innerhalb des gesetzlich fixierten Leistungsrahmens als Wettbewerbselement offen zu diskutieren, ist darauf zurückzuführen, daß die gesetzliche Krankenversicherung durch die Wahlfreiheit der Versicherten ab 1.1.1996 unter Handlungsdruck kommt: Versicherte werden die Aktivitäten einer Kasse (Service, Image, Beitragssatz) für ihre Entscheidung nutzen. Ohne diesen Wettbewerbsdruck würden derartige Überlegungen wahrscheinlich gar nicht erst angestellt.

2. Beispiel Arzneimittelversorgung

Im Arzneimittelbereich könnte der Wettbewerb der Kassenarten vor allem im Bereich der Distribution Bewegung induzieren. Es ist auf Dauer kaum noch hinzunehmen, daß die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch 30 bis 40 % Distributionskosten (Großhändler, Apotheken) belastet sind. Warum sollten nicht (die Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen vorausgesetzt) Verträge mit Versandapotheken oder Apothekenketten oder auch Verhandlungen mit Arzneimittelherstellern günstigere Lieferkonditionen bewirken, auch zugunsten des einzelnen Versicherten, dem Arzneimittel für die Behandlung chronischer Krankheiten (z.B.

Insulin bei Diabetes) auf Anforderung nach Hause geliefert werden? Die Distributionskosten könnten auf diese Weise bei einem großen Teil der Arzneimittel deutlich gesenkt werden – ebenfalls ein alternatives Angebot neben der althergebrachten Belieferung in einer Apotheke und eine Möglichkeit, bestehende Rationalisierungsreserven im System zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen.

3. Beispiel Gewährleistungsverträge

Eine weitere mögliche Strategie innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung wäre es, Gewährleistungsverträge mit Leistungserbringern als Instrument zur Qualitätssicherung abzuschließen. Wenn Qualitätssicherung oder – wo notwendig – Qualitätsoptimierung als Daueraufgabe von Leistungserbringern und Krankenkassen verstanden wird, ist es erforderlich, praxistauglichen Therapieempfehlungen oder Standards zur Akzeptanz zu verhelfen. Umsetzungsstrategien könnten in diesem Bereich über die Vereinbarung von Gewährleistungsverträgen laufen, in denen nicht nur der quantitative, sondern auch der qualitative Leistungsumfang beschrieben sind und deren Beachtung durch die Leistungserbringer über Vergütungszuschläge gefördert wird.²² Ansätze sind in der zahnärztlichen Versorgung durch die Vereinbarung längerer Gewährleistungsfristen (siehe auch § 135 Abs. 4 SGB V) gemacht; schließlich ist Haltbarkeit einer Füllung auch ein Kriterium zur Beurteilung der Ergebnisqualität. Die Flexibilisierung der Vertragsgestaltung könnte daher dazu genutzt werden, Versorgungsverträge mit Qualitätsanforderungen abzuschließen, so daß dem Versicherten Qualitätssicherung als Teil des Leistungsangebotes offeriert werden kann. Vertragsparteien müssen dabei nicht immer Kassenärztliche Vereinigungen sein, sondern können alternativ auch in ärztlichen Gruppierungen (z. B. Onkologen, Schmerztherapeuten o.ä.) gesucht werden. Solche Gewährleistungsverträge können sich vor allem auf technische Leistungen beziehen, angefangen vom ambulanten Operieren, bei dem die notwendige Antibiotika-Prophylaxe als Teil des Leistungsspektrums mitvereinbart wird, bis hin zur Diagnostik, bei der obligatorisch Stichproben der Untersuchungen extern geprüft werden müssen.

Der Wettbewerbsgedanke ist daher insgesamt Motor für kassenartenspezifische Verträge mit Anbietern, um sich mit unterschiedlich akzentuierten Versorgungsangeboten den Versicherten zu stellen. Gesundheitspolitisch innovative Versorgungsstrategien und

integrierte Versorgungsformen werden in diesem Wettbewerbsumfeld erprobt werden. Nicht alles wird Bestand haben. Die Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten werden mehr als bislang die konzeptionellen Entscheidungen in den Kassen beeinflussen. Die Hoffnung auf Rationalisierung und Bewegung im System ist aber sicherlich berechtigt und Grund genug, diesen vorgeschlagenen Weg zu erproben. Ob diese Entwicklung auch ohne den Wettbewerbsgedanken eingeleitet worden wäre, muß bezweifelt werden.

Korrespondenzadresse:

Glaeske/Pfeiffer/Walzik

Verband der Angestelltenkrankenkassen

Abt. Verbandspolitik und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg

Anmerkungen

- 1 Rosenbrock, Rolf, 1994: Leistungssteuerung durch die gesetzliche Krankenversicherung – Probleme und Optionen – Sieben Thesen zum 3. IKK-Forum »Soziale Krankenversicherung: Erfolgs- oder Auslaufmodell?«, Bonn, Berichtsband 47.
- 2 Oberender, Peter, 1994: Ist unser Gesundheitswesen noch finanzierbar? – Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer marktlichen Steuerung, in: Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale Krankenversicherung auf Abwegen, Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 30 der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, Berichtsband 29.
- 3 Ebd., 33.
- 4 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht, Bonn.
- 5 45. Ordentlicher Bundesparteitag der F.D.P., Rostock, 3.-5. Juni 1994, Ergebnis Arbeitskreis 3, 82.
- 6 Griesewell, Gunnar, 1994: Markt oder Staat – Wettbewerb oder Dirigismus, Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, 29.
- 7 Kirschner, Klaus, 1994: Möglichkeiten des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, seine Parameter und Kriterien, Konferenz der SPD für Geschäftsführer und leitende Mitarbeiter der Krankenversicherung, Bonn, Redemanuskript, 6.
- 8 Rebscher, Herbert, 1994: Solidarische Wettbewerbsordnung – Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, 42ff.

- 9 Fiedler, Eckart, 1993: Strukturreform Stufe III: Wettbewerbliche Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 47, 42ff; AOK-Bundesverband, 1994: AOK-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, Bonn; Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1994: Solidarische Gesundheitspolitik im Wettbewerb gestalten, Positionen der Betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Wettbewerbskonzeptes in der GKV, Essen.
- 10 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 1994: Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung.
- 11 Kühn, Hagen, 1994: Wettbewerb im Gesundheitswesen, Zur Rationalität der Reformdebatte, in: Rationalitäten in der Medizin, Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 22, Hamburg, 24.
- 12 Kirch, Peter, 1994: Die gesetzliche Krankenversicherung im Wettbewerb, Veranstaltung der SPD-Bundestagsfraktion, Bonn, Redemanuskript, 8.
- 13 Bericht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 1994: Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus durch Preissenkungen, 4. Juli 1994.
- 14 Schönbach, Karl-Heinz, 1994: Kombinierte Budgets, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 7, 390ff.
- 15 Auf aktuelle Entwicklungen in diesem Bereich weist eine Untersuchung der KV Südbaden hin, die im Zusammenhang mit der eingeführten Krankenversichertenkarte beklagt, daß Versicherte in steigendem Maße direkt Gebietsärzte konsultieren und damit die »Leitfunktion« des Hausarztes nicht mehr in Anspruch nehmen. Referiert sind die Ergebnisse dieser Untersuchung in: Der Praktische Arzt, Heft 13, 30ff., 1994.
- 16 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden, 106ff.
- 17 Der Sachverständigenrat hat die Diskussion über das Primärarztsystem in seinem Jahresgutachten 1992: »Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa« weiterentwickelt und die früher schon vorgetragenen Argumente noch einmal bestärkt. Baden-Baden, 100ff.
- 18 Siehe hierzu den Beitrag von Lange, S., Richter, K., Köbberling, J., 1994: Knochendichtemessung zur Früherkennung der Osteoporose – Entscheidungshilfe oder Selbstzweck?, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 22, 56ff.
- 19 Richard, Sabine, 1993: Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 174ff. und im Überblick, 1994: Wettbewerb auf dem Markt für Arztleistungen? in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4, 35ff.
- 20 Donner-Banzhoff, N., Kreienbrock, L., Baum, E., 1993: Vergleich Deutscher und Britischer Allgemeinmedizin – Analyse von Prozedaten. Manuskript beim Verfasser.
- 21 Grol, R., 1994: Qualitätssicherung und Qualifizierung in der Hausarztmedizin der Niederlande in: Hamburger Ärzteblatt, Heft 6, 205ff.
- 23 Gabe, G., Sinha, M., 1993: Gewährleistungsverträge mit Zahnärzten, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 12, 723ff.