

**Rainer Müller, Bernard Braun (2000): Widersprüche zwischen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen und politischer Spardiskussion, in: W. Krämer, K. Gabriel, N. Zöller (Hg.): Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse? Arbeitgeberin Kirche unter Marktdruck, Studien zur christlichen Gesellschaftsethik Band 3, LIT Verlag, Münster-Hamburg-London 2000, S. 112-148.**

**Rainer Müller  
Bernard Braun**

## **Widersprüche zwischen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen und politischer Spardiskussion**

### **1. Vorbemerkung**

Im folgenden soll nicht auf die Diskussion in der Gesundheitspolitik zum Thema "Rationalisierung oder Rationierung" eingegangen werden. Ob in unserem derzeitigen Gesundheitssystem Patienten notwendige medizinisch-ärztliche oder sonstige Leistungen aus Kostengründen bewußt nicht erhalten, obwohl sie einen unbestrittenen Nutzen haben, soll nicht debattiert werden (Güntert 1999).

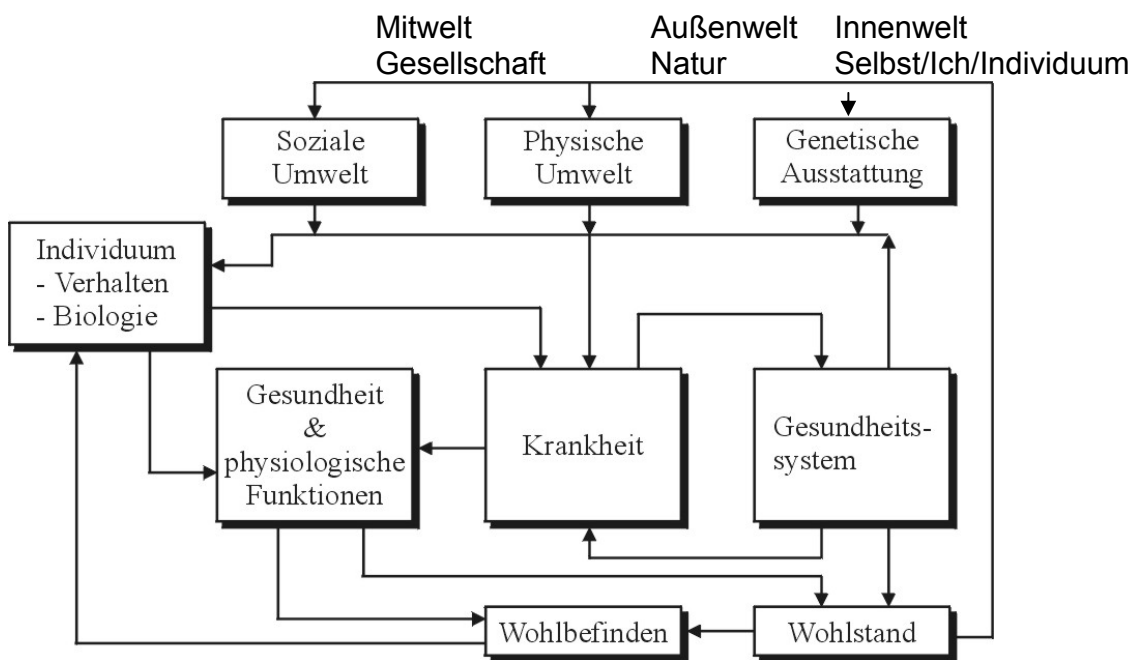
Vor dem Hintergrund eines Public-Health-Verständnisses von Gesundheitssicherung soll die Behauptung einer Kostenexplosion empirisch widerlegt, auf Rationalisierungsserven im System hingewiesen und auf einen Paradigmawechsel der Gesundheitspolitik eingegangen werden.

### **2. Public Health und Gesundheit**

Es gehört zu den Erkenntnissen des Alltags und zu den gesicherten Wissensbeständen der Gesundheitswissenschaften (Public Health), daß gesundheitlicher Status, Wohlbefinden und langes Leben mit dem sozialen Status bzw. der Qualität des Lebenslaufs eng zusammenhängt. Je höher der soziale Status, umso besser die gesundheitliche Situation und die Chance auf ein langes Leben. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod ist global, wie regional und lokal ein soziales Faktum (Mielck 1994). Die Erfahrung mit der sozialen Ungleichheit wirft die Fragen auf: Was sind die Determinanten von Gesundheit und ein langes Leben? Warum sind einige Personen bzw. Personengruppen oder Angehörige der höheren sozialen Schicht gesünder und andere nicht? (Evans, Barrer, Marmor 1994). Die Frage nach der Kausalität dieses sozialen Sachverhaltes fragt u.a. danach, ob das System der Gesundheitssicherung mit der Dominanz der kurativen Biomedizin einen entscheidenden Einfluß auf den Gesundheitsstatus von Gruppen bzw. Angehörigen einer sozialen Schicht hat. Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist also zu fragen, ob die 310,3 Milliarden DM für medizinische Behandlung (Statistisches Bundesamt 1999, S. 7) einen Nutzen im Sinne der Verbesserung von Gesundheit der Bevölkerung und im Sinne der Verringerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod stiftet. Wer profitiert nachweislich von den hohen finanziellen und personellen Investitionen in die Gesundheitssicherung? Wer sind die Gewinner, wer sind die Verlierer? Kann es sein, daß die enormen Investitionen in das Medizinsystem kaum einen Einfluß auf den genannten Sachverhalt haben?

Man darf vom Konsens in den Gesundheitswissenschaften ausgehen, der besagt, daß Effektivität und Effizienz der Biomedizin weit überschätzt werden (Cochrane 1972, Mc Keown 1982, Mc Kinlay u.a. 1989, Schmacke 1997). Die Abbildung 1 veranschaulicht die derzeitigen konzeptionellen Vorstellungen von Public Health über den Zusammenhang von Individuum - Umwelt und der Relevanz von Wohlstand und Gesundheitssystem für Gesundheit bzw. Krankheit.

Abbildung 1: Gesundheit und Wohlstand in Public-Health-Konzeption (Evans, Stoddart 1994, S. 53)



Zu den Einsichten des alltäglichen Lebens und ebenso zu den gesicherten Erkenntnissen von Public Health gehört es, daß Gesundheit etwas Relatives ist, also zwischen den Polen eindeutig gesund und sterbenskrank schwanken kann. Bereiche mit leichten bzw. kompensierten Störungen können auftreten und die Person kann sich durchaus gesund fühlen (Haber 1997, Gerhardt 1993). Wie Personen abhängig von ihrer sozialen Umgebung bzw. ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit mit Unwohlsein und erfahrenen gesundheitlichen Störungen umgehen und unter welchen Bedingungen sie das etablierte Hilfesystem, also einen Arzt aufsuchen, ist ebenfalls von der Public-Health-Forschung untersucht worden. Der überwiegende Anteil von Gesundheitsstörungen wird auch heute noch im Laienbereich ohne Arztkonsultation bewältigt. Die Größenordnung wird auf 60 % bis 80 % der Fälle geschätzt (Troschke 1981, Grunow 1988). Der Familie und hier insbesondere den Müttern und (Ehe-)Partnerinnen kommt eine hohe Leistungskompetenz zu (Gerhardt 1986, Sagan 1992, Bundesminister für Familie und Senioren, Fünfter Familienbericht 1994). Zwar sind die Verständnisse und Handlungsmuster der Laien von der Biomedizin mehr oder weniger stark beeinflusst, doch gibt es eine gewisse Selbstre-

gulation, die auch bei der sogenannten alternativen Medizin Anleihen macht (Kahrs 1999; Schulz 1999; Cant, Sharma 2000). Selbst wenn ein Arzt in der ambulanten Praxis aufgesucht wird, wird ein Großteil der gesundheitlichen Störungen bzw. Klagen nicht geklärt. Nur 30 bis 40 % der ambulanten Behandlungsanlässe sind einer wissenschaftlich-medizinischen Diagnose zuzuordnen (Abholz 1998). Nur z.T. sind die nicht klärbaren Erkrankungen der Psychosomatik zuzurechnen. Von den ambulant versorgten Patientinnen und Patienten kommt wiederum nur ein geringer Teil in die Klinik. Zu den Grunderkenntnissen von Public Health gehört es also, daß Gesundheit, auch als Leistungs-, Arbeits- und Genußfähigkeit also als Kompetenz zur gesellschaftlichen Teilhabe gedeutet, von der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt abhängt. Risiken wie Ressourcen in seiner Person wie in seiner Umwelt spielen eine gewichtige Rolle. Das Niveau eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Qualität von Lebens- und Arbeitsbedingungen haben einen starken Einfluß auf Wohlbefinden und Gesundheit. Diese interaktive Beziehung erhält ebenfalls in der Erkrankung bzw. den Heilungs- oder Rehabilitationsprozessen seine Relevanz. Personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitssystem sind nämlich auf die aktive Mitwirkung des Patienten bzw. der Patientin notwendigerweise angewiesen (Uno-Actu-Prinzip bei der Erstellung der personenbezogenen Dienstleistung). Die Qualität von Leistungen im Gesundheitssystem bemißt sich u.a. danach, ob Patienten lediglich Objekt von Diagnostik und Therapie sind oder als Subjekte im Bewältigungsprozeß systematisch einbezogen werden. Der Prozeß der Vernaturwissenschaftlichung und Technisierung der Biomedizin, der z.Zt. einen sehr starken neuen Impuls erhält, hat den interpretativen, zu deutenden, subjektiven Anteil in der Erkrankung und im Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozeß an den Rand gedrängt. Die hermeneutische Tradition der Medizin mit ihren elaborierten Theorien und Handlungsweisen zur biographischen bzw. psychosomatischen Medizin steht einer übermächtigen naturwissenschaftlichen Biomedizin gegenüber (Uexküll, Wesiack 1981; Bauer 1998).

In den politischen Auseinandersetzungen um die Gesundheitssicherung und Krankenversorgung lagen historisch betrachtet die naturwissenschaftlich orientierte Biomedizin mit dem Public-Health-Paradigma, welches eher den Sozial- und Humanwissenschaften zuzurechnen ist, im Widerstreit (Labisch 1992). Wurde im Kontext von Public Health bereits schon ab etwa Mitte des 19. Jahrhunderts auf die soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankheit verwiesen und entsprechende Präventionskonzepte entworfen, so haben in jüngster Zeit kultur-, sozial- und humanwissenschaftliche Forschungen eine salutogenetische Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit möglich gemacht (Margraf, Siegrist, Neumer 1998, Antonovsky 1997; Bengel, Strittmatter, Willmann 1998).

Salutogenetische Konzeptualisierungen von Gesundheitspolitik erlauben eine adäquatere Perspektive zur Analyse der Probleme der Gesundheitssicherung und ermöglichen eine an Gesundheitszielen orientierte Steuerung und Regelung des Gesundheitssystems. Allerdings wird durch eine derartige andere Perspektive ebenso die übliche Trennung zwischen Krankenversorgung (Medizin, Krankenpflege) und sozialer Sicherung in Frage gestellt mit entsprechenden Aufforderungen an die jeweiligen Institutionen und professionellen Akteure. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Betreuung und Versorgung der ärmeren Bevölkerungsanteile. Hier hat es historisch schon früh im Sinne von Public Health eine enge Kooperation der Gesundheitspolitik mit der Wohnungspolitik,

der Arbeitsmarktpolitik, der Bildungspolitik gegeben, sondern es gilt generell für prekäre Lebenssituationen in den Lebensverläufen auch von denjenigen Personen und Populationen, die nicht unmittelbar von Armut bedroht sind bzw. in Armut leben. Ein gutes Beispiel für eine integrierte Gesundheits- und Sozialpolitik zeigt sich in innovativen Politiken zu den Problemfeldern Arbeitslosigkeit oder legale bzw. illegale Drogen oder auch in der durch die Europäische Gemeinschaft innovativ betriebenen Arbeitsschutzpolitik.

### **3. Das Märchen von der Kostenexplosion**

Die gesundheitspolitische Debatte ist beeinflusst durch Stereotypen, Legenden und Irrtümer, die es für Bürger und Bürgerinnen schwer machen, sich in dieser komplexen Materie zu orientieren und ein eigenes Urteil zu bilden. Als eine solche Legende ist neben dem Gerede von der Vollkaskomentalität, dem massenhaften Mißbrauch von Leistungen, der Trittbrettfahrermentalität, besonders das Märchen von der Kostenexplosion populär gemacht worden. Durch diese Rhetorik soll ein Klima erzeugt werden, um soziale Errungenschaften der Sozialpolitik abzubauen. Diese tendentiöse Rhetorik verhindert eine rationale Auseinandersetzung über Sachverhalte, ihre Bewertung und Prioritätensetzung in der Politik sowie ein angemessenes gesundheitspolitisches Handeln. Diese Rhetorik soll die Legitimität der sozialen Sicherung und Loyalität der Bürgerinnen und Bürger für die Institutionen und Akteure in diesem System unterminieren und Regelungsmechanismen, wie das Sachleistungs-, Egalitäts- und Solidaritätsprinzip, in Frage stellen. Verbunden wird diese Diskreditierung der sozialen und gesundheitlichen Sicherung durch Bedrohungsszenarien der Gefährdung des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Es wird behauptet, daß durch die Finanzierungsmodi der sozialen Sicherungssysteme, nämlich durch die Anteile der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die Produktivität, Rentabilität und Profitabilität der Unternehmen gefährdet werde.

Richtig ist, daß in absoluten Zahlen gemessen, die Ausgaben für Behandlung, vorbeugende und betreuende Maßnahmen von DM 122,3 Mrd. (1980) auf DM 354,6 Mrd. (1996) gestiegen sind. Doch auch andere Ausgaben, so z.B. der privaten Haushalte für PKW haben in absoluten Zahlen ausgedrückt, deutlich zugenommen. Sinn machen Aussagen über Kostentrends, wenn sie als Teil des gesellschaftlichen Reichtums, ausgedrückt im Bruttosozial- bzw. Bruttoinlandsprodukt (BSP, BIP) ausgewiesen und in einen Vergleich mit anderen Staaten gestellt werden. Die Tabelle 1 zeigt in % des Bruttosozialprodukts die gesamten Ausgaben für medizinische Versorgung von OECD-Ländern. In diesen Ausgaben sind diejenigen der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen; sie machen etwa nur knapp die Hälfte davon aus. Seit 1980 steigen, mit Ausnahme Schwedens, die Quoten in jedem Land. Für Deutschland ist die Quote von 1980 bis 1994 um 1,1 % gestiegen. Am deutlichsten sind die Anstiege in den USA. Für die Bundesrepublik Deutschland fallen für die Jahre 1993 und 1994 erhöhte Werte auf. Zwei Gründe sind dafür wesentlich, einmal die konjunkturbedingt rückläufigen Wachstumsraten des BIP von durchschnittlich 8,1 % in den Jahren 1990 bis 1992 auf durchschnittlich 2,7 % 1993/1994 (Daten des Gesundheitswesens 1997, S. 342). In den neuen Bundesländern ging die Wachstumsrate von 27,5 % (1992) auf 16,3 % (1993/1994) zurück. Zum anderen drücken sich in diesen Zahlen auch Vereinigungsfolgen aus. Während in den alten Bundesländern die Anteile der Ausgaben für Behandlung, vorbeugende und betreuende Maßnahmen auf 8,7 bzw. 8,8 % des BIPs stiegen, erreichten sie für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt 9,2 bzw. 9,3 %. Im Jahre 1997 betrug der

Wert für die neuen Bundesländer 13,3 % und für die alten Bundesländer 9,3 %. Die Leistungsausgaben pro Versicherten in den neuen Bundesländern haben sich auf 90,2 % der westdeutschen Werte angeglichen, jedoch ist der ostdeutsche Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt pro Erwerbstätigen (also dem Nenner des Ausgabenanteils) mit 51,5 % nur gering (Daten des Gesundheitswesens 1997, Jahresgutachten 1997/98 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und eigene Berechnungen).

Tabelle 1:

<b>Gesamte Ausgaben für medizinische Versorgung* in Prozent des Bruttonsozialprodukts, ausgewählte Länder 1980 bis 1994</b>								
Land	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1980-94
Deutschland	8,4	8,7	8,3	8,4	8,6	9,3	9,5	1,1
Frankreich	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	2,1
Italien	6,9	7,0	8,1	8,4	8,5	8,6	8,3	1,5
Japan	6,6	6,6	6,8	6,7	7,0	6,6	6,9	0,3
Kanada	7,4	8,5	9,4	10,0	10,2	10,2	9,8	2,4
Niederlande	7,9	7,9	8,0	8,3	8,5	9,0	8,8	1,1
Schweden	9,4	8,9	8,6	8,4	7,6	7,6	7,7	1,7
Schweiz	7,3	8,1	8,4	9,0	9,4	9,5	9,6	2,3
UK	5,6	5,9	6,0	6,5	7,0	6,9	6,9	1,3
USA	8,9	10,2	12,1	12,9	13,4	13,6	13,5	4,6
*Abgrenzung nach OECD								

Quelle:OECD, zitiert nach: U.S. National Center for Health Statistics, Health United States 1996-97, Hyattsville, Maryland, USA (Quelle: Braun u.a., S. 28)

Die Behauptung von der Kostenexplosion bezieht sich nicht nur auf die gesamten Ausgaben für medizinische Versorgung, sondern ebenso auf denjenigen Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit die jährlichen Schwankungen der GKV-Ausgaben nicht als Trend interpretiert werden, ist es sinnvoll, die Durchschnitte mehrerer Jahre zu vergleichen. Der GKV-Anteil am BIP stieg von 5,87 % im Jahr 1980/1984 auf 5,95 % in den Jahren 1991/95, also um 0,08 %-Punkte, d.h. also um 8/10000stel des BIP. Hieraus eine Bedrohung des Standortes Deutschland herzuleiten, ist mehr als fragwürdig. 1996 betrug der Anteil 6,29 %.

Die Rhetorik der Kostenexplosion wird ebenfalls mit dem Hinweis auf die Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung geführt. 1980 betrug der Satz 11,4 %, 1989: 12,9 %, 1993: 13,4 % und 1996: 13,2 % in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern stieg er von 12,8 % (1991) über 12,6 % (1993) auf 13,5 % (1996).

Bei dieser ausschließlichen Betrachtungsweise der Beitragssätze bleibt außen vor, ob die Ursachen in einem Anstieg der Ausgaben oder in einem Abfall der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen liegen.

#### **4. Das Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Die GKV finanziert sich aus Beiträgen, die einen gewissen Prozentsatz der Löhne und Gehälter ausmachen. Deshalb hängt die Entwicklung der Einnahmen der GKV wesentlich von der Zahl der Beitragszahler, also den versicherten Beschäftigten und dem Niveau der Löhne und Gehälter ab. Seit 1974/1975 sind die Einnahmen der GKV gesunken. Mitte der 70er Jahre war das "Wirtschaftswunder" zu Ende und Massenarbeitslosigkeit wurde bis heute Realität. Der Anteil der Löhne und Gehälter am Bruttosozialprodukt (Bruttolohnquote) sank in Westdeutschland von ca. 76 % Anfang der 80er Jahre auf rund 70 % Mitte der 90er Jahre. Stellt man den seit 1970 gestiegenen Anteil der Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen in Rechnung (bereinigte Bruttolohnquote), so ging der Lohnanteil von 71,75 % auf 65,7 % des Volkseinkommens zurück. Wäre seit den 80er Jahren Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz bei gegebener Ausgabenentwicklung etwa dem des Jahre 1980 (11,4 %) entsprechen. Wäre die Lohnquote sogar gestiegen, dann hätte der Beitragssatz fallen können.

Für die sinkenden und stagnierenden Einnahmen der Krankenversicherungen steht auch die Härtefallregelung. Bis zum 01.07.1977, nämlich dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz, war es die Regel, daß nahezu alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Zahlung der einkommensbezogenen Beiträge abgedeckt waren. Beitragszahlung und ihre Höhe waren also nicht vom individuellen Krankheitsrisiko oder der Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen abhängig (Sachleistungsprinzip, Solidaritätsprinzip). Seit 1977 wurde die Inanspruchnahme von Leistungen mehr und mehr durch Zuzahlungen abhängig. 1998 waren nur noch 25 % des gesamten Versorgungsgeschehens von Zuzahlungen frei. Zuzahlungen, auch als Selbstbeteiligung bezeichnet, stellt also einen "zweiten Beitrag" der versicherten Erwerbstätigen, aber hier der Erkrankten, für die Gesetzliche Krankenversicherung dar. Hier drückt sich also eine ordnungspolitische Brisanz aus. Die paritätische Finanzierung zwischen Versicherten und Arbeitgebern, zwischen Gesunden und Kranken wird hiermit unterlaufen. 1980 betrug die Zuzahlung 6 % der gesamten Mitgliedsbeiträge der GKV, 1998 waren es bereits 15 % (Braun 1999). So ist z.B. bei den Fertigarzneimitteln die Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten seit 1987 von DM 1,1 Mrd. über DM 3,0 Mrd. (1995/1996) auf DM 5,4 Mrd. (1998) gestiegen (Schröder, Selke 1999, S. 681). Welche finanzielle Belastungen ein Arbeitnehmerhaushalt mit zwei Kindern 1998 im Vergleich zu 1993 in Ost- bzw. Westdeutschland zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen hatte, zeigt die Tabelle 2.

Tabelle 2: Jährliche Ausgaben in DM von 4 Personenhaushalten für Leistungen des Gesundheitswesens (ohne Krankenkassenbeiträge)  
Arbeiter- und Angestelltenhaushalte mit 2 Kindern  
(Quelle: Statistisches Bundesamt, zitiert nach AOK-Bundesverband: G + G  
Blickpunkt Januar 2000)

	West		Ost	
	1993	1998	1993	1998
Zahnersatz		536		274
Arzneimittel		288		203
Sonstiges		359		157
	641	1.183	450	634

In der Einnahmeproblematik der GKV schlägt sich eine Politik der Umverteilung zu Gunsten der Gewinne und zu Lasten der Löhne nieder. Während das Bruttoinlandsprodukt von Jahr zu Jahr wächst, sinkt die Zahl der Erwerbstätigen. Der Anteil sämtlicher Steuern an den Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen ist zwischen 1979 und 1995 von 7 % auf 3,5 % des BSP halbiert worden. Errechnet man die geleisteten Beiträge zu den Sozialversicherungen der Unternehmen zu ihrer Steuerquote hinzu, so ist die gesamte Abgabenquote von 1979 bis 1995 von 14 % auf 11,5 % des BSP gesunken. Die Arbeitslosenquote nahm in diesem Zeitraum von 3 % auf 9,3 % zu (Jahresgutachten 1996/1997 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, zitiert nach Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 91, 92).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Realitätsgehalt das Szenario zur Standortgefährdung der deutschen Wirtschaft durch Lohnnebenkosten, also auch durch Beiträge für die GKV hat. Die Unhaltbarkeit dieses Bedrohungsszenarios wird durch folgende Kalkulation offenkundig: Unternehmen des Verarbeitenden Gewerbes werden durch Krankenversicherungsbeiträge mit 4 % der Arbeitskosten belastet. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes machen Arbeitskosten 27,1 % der gesamten Kosten des Verarbeitenden Gewerbes aus. Das heißt also, GKV-Beiträge schlagen entsprechend mit 1,084 % der Kosten zu Buche. Eine 10 %ige Erhöhung der GKV-Beiträge, also z.B. von 13,0 % auf 14,3 % würde eine Kostensteigerung von 0,1 %, d.h. also von 1/1000 bedeuten. Man kann davon ausgehen, daß bei der Exportindustrie der Wert noch niedriger sein wird. Nimmt man an, daß der Preis eines Investitionsgutes lohnkostenbedingt von DM 1.000 auf DM 1.001 erhöht werden müßte, bei der Unterstellung, daß auf solche Art Preisbildung zustande kommt, dann ist es irrig anzunehmen, auf Grund dieser Erhöhung käme es nicht zum Kauf des Gutes. Zu fragen ist, wie will die Ökonomie die gesamtwirtschaftliche Wirkung einer Kostenerhöhung von 1/1000 beurteilen (Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 96-97).

## **5. Determinanten der Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem bzw. in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Ausgaben im Gesundheitssystem und ihre Entwicklung hängen von zahlreichen Bedingungen und Faktoren ab.

In der Grobgliederung wird zwischen Determinanten des Angebots und der Nachfrage unterschieden. Zur Angebotsseite gehören u.a. folgende Faktoren:

- Medizinisches Versorgungssystem und hier insbesondere die ärztliche Profession in der ambulanten wie stationären Versorgung
- medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt

- Preisentwicklung
- angebotsinduzierte Nachfrage
- Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin, d.h. Maßnahmen von Ärzten zur Abwehr von drohenden Klagen seitens der Patienten.

Zur nachfragenden Seite werden folgende Faktoren gezählt:

- demographische Entwicklung, d.h. also Veränderung der Altersstruktur und Migration
- Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen
- Veränderung des Krankheitsspektrum, vor allem in Richtung chronischer Erkrankungen
- gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber medizinischer und paramedizinischer Versorgung
- durch umfassenden Versicherungsschutz gegebener Anreiz zu einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (moral hazard) (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 39-45).

Einen sehr wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der Ausgaben haben Entscheidungen der Politik zur Einschränkung oder Ausweitung von Leistungen und zur Verschiebung von Leistungen. So wurden seit Mitte der 70er Jahre immer wieder andere Haushalte zu Lasten der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung entlastet. 1977 wurde durch die sozial-liberale Koalition der GKV-Beitrag der Rentenversicherung von kostendeckenden 17 % auf 11,8 % gesenkt. Später wurde vom CDU-Sozialminister Blüm der GKV-Beitrag der Arbeitslosenversicherung um 20 % gekürzt (Braun, Reiners 1999, S. 1087). Einfluß auf die Ausgaben haben neben der Politik außerdem die verschiedenen Interessensgruppen und Konstellationen des medizinischen industriellen Komplexes, also die ärztlichen Standesorganisationen, die pharmazeutische und elektrotechnische Industrie, Forschungseinrichtungen, klinische Medizin und private Krankenversicherungen.

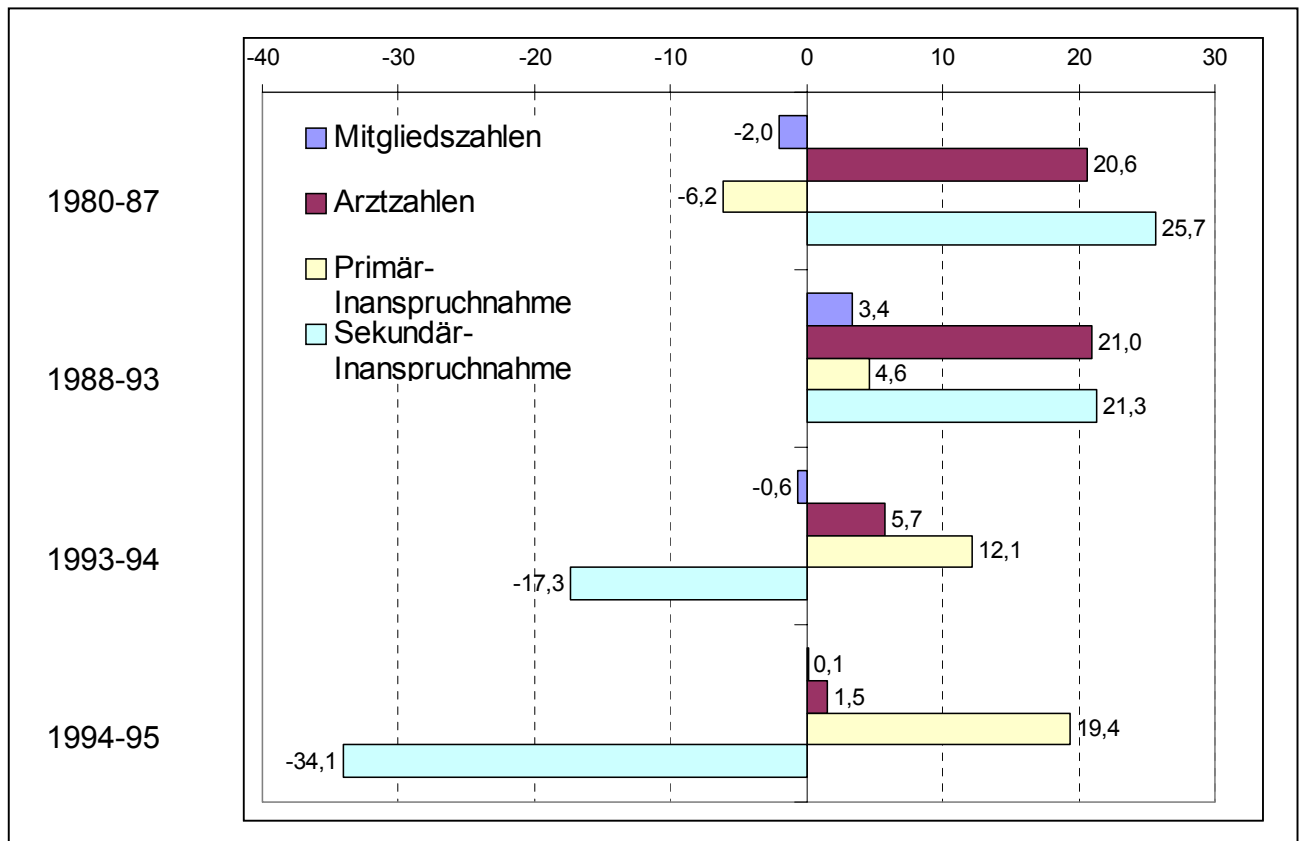
In westlichen Industrienationen konsumieren pro Jahr nur 1 % der Versicherten ungefähr 30 % der Ausgaben. Auf der anderen Seite verursachen 5 % der Versicherten mit den höchsten Kosten bereits ca. 60 % der gesamten Ausgaben (Evans 1996). In Westdeutschland wurde die Verteilung für das Jahr 1991 ermittelt. 7,7 % aller Leistungsausgaben (ohne die Kosten für Dialyse und Mutterschaft) entfielen auf 50 % aller Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, während die andere Hälfte 92,3 % auf sich vereinte. 90 % der Mitglieder mit geringer Inanspruchnahme benötigen nur 47,3 % aller Leistungsausgaben und die restlichen 10 % mehr als die Hälfte. Nur 5 % der Vielfachinanspruchnehmer verbrauchten dagegen 37,6 % der Ausgaben für ihre Behandlung (Pfaff, Busch, Rindsfüßer 1994). Es ist davon auszugehen, daß die 5 % der Vielfachinanspruchnehmer chronisch schwer kranke Patienten sind. Über deren medizinisch-ärztliche Leistungen entscheidet also nicht ein Nachfrageverhalten eines wählerischen Kunden, sondern Kliniken und spezialisierte Ärzte. Hier also von einem Konsumentenverhalten zu sprechen, wie es die Ökonomie üblicherweise tut, trifft also nicht den Sachverhalt. Leider liegen in der Medizinalstatistik wenige empirische Befunde vor, um gründliche Aussagen über das Nachfrageverhalten von Versicherten bzw. die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistung zu machen. Noch immer einmalig ist die Analyse der AOK Lindau von 1980/81. Bislang wurden ähnliche Analysen nicht erneut



vorgenommen. 1 % der Versicherten nahmen 38,3 % aller Ausgaben für die Stationäre Behandlung in Anspruch. Zugleich waren jedoch 89,1 % der Versicherten ohne eine stationäre. Bereits 35,1 % der Ausgaben für ambulante Versorgung und schon 51,1 % aller Ausgaben für Arzneimittel entfielen auf 10 % der Versicherten. Es kann davon ausgegangen werden, daß es sich bei diesem Personenkreis um meist chronisch kranke Menschen handelt Behandlung (Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 78).

Über die Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von 1980 bis 1995 gibt die Abbildung 2 Auskunft.

Abb. 2 Entwicklungen von Inanspruchnahme (Original- und Überweisungsschein), Arzt- und Fallzahlen und Mitgliedern von 1980 und 1995;  
(Quelle: Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 80)



Mit der Primärinanspruchnahme ist der erstmalige Arztbesuch mit Krankenschein oder Versichertenkarte gemeint. Die Sekundärinanspruchnahme ist die Folge einer Überweisung eines Arztes an einen anderen Arzt. 1993 erhielten die Ärzte letztmalig die Gelegenheit, relativ unreglementiert sich ambulant niederzulassen. Dies führte zu einer Niederlassungswelle. In den Jahren 1994 und 1995 bekamen die meisten Versicherten eine Versichertenkarte. Für den Zeitraum 1980 bis 1993 folgt die Primärinanspruchnahme, also eine nachfragegesteuerte Inanspruchnahme, von Leistungen. Bei der Anzahl der Mitglieder für denselben Zeitraum sind die sekundären Leistungen durch Überweisung nicht an die Zahl der GKV-Mitglieder gekoppelt, sondern hängen eher mit der Anzahl der Ärzte zusammen. Man kann also schwerlich von einer nachfrageinduzierten Leistungsausdehnung, sondern eher von einer anbieterinduzierten Nachfragesteuerung sprechen. Ab 1993 hat sich das Bild völlig verkehrt. Mitglieder- und Arztzahlen bleiben quasi konstant, während die Sekundärinanspruchnahme drastisch zurückgeht. Die Zahlen belegen, daß viele Patienten direkt den Facharzt aufsuchen und nicht über eine Überweisung eines Allgemeinmediziners dazu kommen. Das Gesamtvolumen der Inanspruchnahme ist weitgehend stabil geblieben. Die Zahl der Kassenärzte stieg von 88.811 (1990) über 106.240 (1994) auf 111.335 (1998).

## 6. Demographische Entwicklung als Kostentreiber

In den Ländern der OECD zeigt sich seit etwa 50 Jahren eine starke Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung. So wird der Anteil der Betagten an der Gesamtbevölkerung, speziell derjenigen über 80 Jahre, laufend größer. Als die wichtigsten Ursachen werden für diesen demographischen Wandel einerseits der Rückgang der Geburtenrate und andererseits der Anstieg der Lebenserwartung genannt. Beide Faktoren werden auf Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und z.T. auf die Errungenschaften der Medizin zurückgeführt. Mit der gestiegenen Lebenserwartung sind in allen OECD-Ländern auch die Ausgaben der Gesundheitssicherung gestiegen (OECD 1998). Gesundheitsökonomische Studien haben nun gezeigt, daß es keinen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der Alterung und den Ausgaben für die Gesundheit gibt. Werden nämlich die Ausgaben für medizinisch-ärztliche Leistungen für den gesamten Lebenszyklus betrachtet, so zeigt sich ein U-förmiger Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und den Ausgaben für medizinische Leistungen. Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten hat jedoch nichts mit dem Kalenderalter der Individuen zu tun, sondern geht auf die mit dem Alter zunehmende Sterberate zurück. Hier ist insbesondere die zeitliche Nähe zum Tode von Bedeutung. Wesentliche Anteile der im Leben eines Individuums aufgebrauchten Gesundheitsausgaben werden durch seine Restlebenszeit und nicht durch sein Kalenderalter bestimmt. Von Bedeutung ist hier auch, daß die Kosten für sehr alte Patienten niedriger sind als für jüngere Alte. In einer Analyse dieser Zusammenhänge auf der Basis der Daten der Medicare-Versicherung in den USA (Sozialversicherung für Senioren) wurden zwischen 27 bis 30 % aller Ausgaben pro Jahr für 5 bzw. 6 % der Patienten ausgegeben, die in diesem Jahr starben (Lubitz, Prihoda 1984). Für die 65- bis 69jährigen wurden im Durchschnitt 15.436 \$, während für die 90 Jahre und älteren nur 8.888 \$ ausgegeben wurden (Lubitz, Riley 1993). Auf der Basis von Krankenkassendaten aus der Schweiz haben Zweifel u.a. den oben beschriebenen Zusammenhang ebenso dargestellt (Zweifel, Felder, Meier 1996).

Für die Bundesrepublik Deutschland hat Brockmann auf der Basis von Krankenhausunterlagen der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Westfalen-Lippe und in Thüringen für das Jahr 1997 die Befunde bestätigt, daß also nicht chronologisches Alter, sondern die Nähe zum Tod die Höhe der Kosten bestimmt. Sie fand sogar heraus, daß ältere Patienten für dieselbe Erkrankung geringere Behandlungskosten aufwiesen als jüngere Patienten (Brockmann 2000). Für Brockmann belegen die Zahlen, daß im deutschen Gesundheitswesen eine altersbezogene Rationierung, obwohl legal nicht zulässig, implizit existiert. Explizite Rationierung, auch nach Alter, mit entsprechenden Prioritätensetzungen wird in einigen Ländern praktiziert (Güntert 1999). Gesundheitsökonomische Studien hierzu zeigen jedoch, daß Rationierung nach Alter zu Inkonsistenzen und allokativen Fehlentscheidungen auch in ökonomischer Perspektive führen können (Leidl, Ament, Baltussen 1996).

Für die Abschätzung zukünftiger Ausgabenentwicklungen durch die demographische Entwicklung wurden verschiedene Szenarien in Hochrechnungen vorgenommen. So berechnet das Sondergutachten 1995 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine demographisch bedingte Steigerung der GKV-Behandlungsausgaben vom Jahre 2000 bis zum Jahre 2040 in Höhe von 1,7 % (Variante 1) und zu 12,7 % (Variante 3). Die Variante 3 geht von einer höheren Nettozuwande-

rung als Variante 1 aus (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 43). Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum demographischen Wandel kommt für die Variante 1 sogar zu einem Ausgabenrückgang und für die Variante 3 zu einer Steigerung von weniger als 10 % (Deutscher Bundestag 1998, S. 224). Die Auswirkungen des demographischen Wandels werden für die Pflegeversicherung als stärker kalkuliert als in der Krankenversicherung, allerdings sind selbst in der Gesetzlichen Pflegeversicherung die Ausgabensteigerungen durch demographische Veränderungen bei unter 1 % per Jahr zu veranschlagen (Rothgang 1999).

Für die Einschätzung der Steigerung der Lebenserwartung auf die Ausgabenentwicklung in den sozialen Sicherungssystemen ist die Zunahme der Lebenserwartung in verschiedenen Alltagssegmenten von Bedeutung. Der Anstieg der Lebenserwartung in jüngster Zeit beruht überwiegend auf einer Zunahme der Überlebenswahrscheinlichkeiten in den Altern über 60 Jahre. Für die Zukunft wird auch gerade hier ein Anstieg der Restlebenserwartung angenommen (Deutscher Bundestag 1994, S. 51ff). Über das Ausmaß des zu erwartenden Mortalitätsrückganges wird unter den Demographen mit verschiedenen Modellannahmen operiert. Rothgang hat auf der Basis des demographischen Modells von Bomsdorf und den Annahmen der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" über Pro-Kopf-Ausgabenprofilen die Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung für das Jahr 2020 und 2040 errechnet. Danach betragen für das Jahr 2020 die durch den unterstellten Mortalitätsrückgang ausgelösten Zusatzausgaben weniger als 5 Mrd. DM. Damit liegen sie in einem Bereich von unter 2 % der derzeitigen GKV-Ausgaben. Auch für das Jahr 2040 werden die 13,6 Mrd. Mehrausgaben als nachrangig bewertet (Rothgang 1999).

Für die Kostenentwicklung ist jedoch nicht nur die Frage nach den Veränderungen der Mortalität gerade in den höheren Altersgruppen, sondern auch die Veränderung der altersspezifischen Morbidität wichtig. In der Diskussion um die Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und den damit einhergehenden Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher oder pflegerischen Leistungen werden zwei idealtypische Positionen unterschieden. Nach Fries (1980) wird bei steigender Lebenserwartung die Morbidität in ein höheres Lebensalter verlagert (Fries 1980). Es wird von der Kompressionsthese gesprochen. Verbrugge (1984) vertritt die Medikalisierungsthese. Nach dieser Auffassung verlängert sich die Morbiditätsphase bei höherer Lebenserwartung. Leider liegen alters- und geschlechtsspezifische Längsschnittdaten zur Morbidität und zur Inanspruchnahme von medizinisch-ärztlichen und sonstigen Leistungen mit den entsprechenden Ausgaben der notwendigen Differenziertheit nicht vor, so daß keine gesicherten Erkenntnisse zu dieser Frage vorliegen. Nach Fachinger und Rothgang (1997) lassen sich folgende bilanzierende Aussagen jedoch machen:

- Nationale und internationale epidemiologische Studien sprechen dafür, daß die altersspezifische Prävalenz von chronischen Krankheiten - allerdings ist hier zwischen verschiedenen Krankheitsbildern zu differenzieren - im Zeitverlauf insgesamt rückläufig ist (Borgers, Braun, Helmert 1999).
- Repräsentative Befragung zur subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes weisen im Zeitverlauf eine abnehmende altersspezifische Morbidität auf (Borgers, Braun, Helmert 1999). Für die Entwicklung der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nach Altersgruppen lassen sich die Ergebnisse

des Mikrozensus seit 1978 heranziehen (Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 54). Es wird deutlich, daß auch die subjektiv wahrgenommene Krankheitshäufigkeit bzw. -last in allen Altersgruppen abnimmt.

- Bei den Gesundheitsausgaben zeigt sich eine "Versteilerung" der Altersprofile. Die Ausgaben für die älteren steigen wesentlich stärker als die für die jüngeren Bevölkerungsgruppen (Buchner, Wasem 1999; Deutscher Bundestag 1998, S. 238).
- Weniger das chronologische Alter als vielmehr die Nähe zum Tod ist entscheidend für die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher und pflegerischer Leistungen (Zweifel, Felder, Meier 1996).
- Ältere Patienten sterben "billiger" als jüngere (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, Ziffer 90). Die Befunde werden als Hinweis für die Gültigkeit der Kompressionsthese nach Fries angesehen.

Fickel untersuchte die Effekte einer Versteilerung der Ausgabenprofile nach dem Alter und er kommt einer demographisch bedingten Ausgabensteigerung von jährlich 0,7 % für die Jahre 2000 bis 2010, von 0,3 % für die Jahre 2010 bis 2020, von 0,1 % für 2020 bis 2030 und -0,3 % für die Zeit 2030 bis 2040 (Fickel 1995, S. 138, zit. nach Rothgang 1999). Er kommt zu der bilanzierenden Feststellung, daß "der demographische Effekt auch zukünftig keinen dominierenden Einfluß auf die Ausgabendynamik besitzt".

Für die gesundheitspolitische Diskussion wird das Thema "demographische Entwicklung und Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem" noch brisanter werden als es derzeit in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Bei den politischen Entscheidungen über Prioritätensetzung bei der Verteilung von Ressourcen, auch finanzieller Art, wird es darum gehen, gesellschaftliche Werturteile zu formulieren und dies im Kontext unserer ethischen Begründung des Sozialstaates. Diskussion und Entscheidungen zur Rationierung in anderen Ländern werden nicht ohne Einfluß auf unsere gesundheitspolitische Debatte und Entscheidungsfindung sein.

## **7. Medizinisch-technischer Fortschritt als Kostentreiber**

In der Medizin wird jede Erweiterung der Möglichkeiten, die Ziele der Medizin in den Punkten Vermeidung von Krankheit, Heilung von aufgetretenen Krankheiten, Verhinderung des vorzeitigen vermeidbaren Todes zu verfolgen, als Fortschritt bezeichnet. Jedoch ist zu bedenken, daß medizinischer Fortschritt nicht mit dem medizintechnischem Fortschritt gleichgesetzt werden kann; letzterer ist nur ein Teil des medizinischen Fortschrittes. Betont werden soll jedoch, daß zunehmend medizinisch-ärztliche Leistungen nicht mehr ausschließlich krankheitsorientiert sind, sondern Methoden, Verfahren und Strategien angewendet werden, die den Wünschen nach einem bestimmten Lebensstil entgegenkommen (z.B. Viagra als potenzförderndes Mittel; Pharmazeutika, die die Körpergestalt prägen oder Psychopharmaka, die das Wohlbefinden beeinflussen). Sowohl die krankheitsorientierten wie auch die „lebensstilbezogenen“ medizinischen Technologien setzen am Körper des Menschen an und greifen in diesen ein. Die Reichweite der biomedizinischen Technologien ist jedoch nicht nur auf den einzelnen konkreten Körper begrenzt, sondern zielt mittlerweile bereits auch auf eine Einflußnahme der genetischen Ausstattung der Nachkommen.

Die idealtypischen Formen des Fortschritts sind Prozeßinnovation: ein altes Verfahren wird durch ein neues ersetzt. Es hat dieselbe Leistung bei gleicher Qualität, aber zu geringeren Kosten. Produktinnovation ist gegeben, wenn ein völlig neuartiges Produkt entwickelt wurde.

Eine Definition von biomedizinischer Technologie bzw. Technik ist äußerst schwierig. Die Schwierigkeiten beruhen auf der Vielzahl und Heterogenität der Einzeltechnologien bzw. ihrer Anwendungen. Die Schwierigkeiten eine Klassifikation des medizinischen Technikensembles wird auch dadurch erschwert, daß nur fließende Grenzen zwischen dem Technischen und dem Nicht-Technischen auszumachen sind. Ebenso ist es kaum möglich, zwischen harter, weicher und keiner Technik zu unterscheiden (Feuerstein, Badura 1991, S. 36).

Nach der Definition des Office for Technology Assessment der USA (OTA) gehören zur Medizintechnologie Medikamente, Instrumente, Prozeduren und Verfahren sowie Organisationssysteme, in denen eine Technologie innerhalb der gesundheitlichen Versorgung angewandt wird (U.S. Congress, 1994, S. 19, zitiert nach: Bitzer u.a. 1998, S. 1). Mit dieser umfassenden Definition wird der Tatsache Rechnung getragen, daß durch die Verknüpfung spezifischer Einzeltechnologien es zu einer neuen komplexeren Technologie kommt. Das Gesundheitswesen insgesamt unterliegt einem starken Prozeß der Computerisierung und Informatisierung. Gerade durch die Vernetzung mit den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien wird ein „neuer“ systemischer Charakter hergestellt. Die Transplantationsmedizin stellt z.B. einen solchen Systemverbund, bestehend u.a. aus Gendiagnostik, Immunologie, Klonierung, „virtueller Mensch“, I u. K-Technik, minimal invasive Chirurgie dar.

Der medizintechnische Fortschritt wird als eine medizinische Technisierungsspirale beschrieben (Feuerstein 1994). Diese Spirale wird als ein systemischer Verselbständigungsprozeß interpretiert. Die expansive Nutzung von Medizintechnik, obwohl deren therapeutischer und z.T. auch diagnostischer Effekt kaum oder gar nicht geklärt ist, hat sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie dennoch der Prozeß der Durchsetzung medizinischer Techniken verläuft und wie eine Evaluation der Technikgenese bzw. der Folgeabschätzungen möglich ist. Wie sehr der diagnostische Fortschritt für die Krankheitserkennung überschätzt wird, haben Kirsch und Schafii am Beispiel der Computertomographie gezeigt (Kirsch, Schafii 1996), ob nämlich dieses Verfahren tatsächlich einen weitergehenden präziseren Erkenntnisgewinn liefert gegenüber den älteren Methoden und selbst wenn es die klassischen Verfahren der Anamnese, also der Befragung und der körperlichen Untersuchung ist. Sie haben für die Jahre 1959, 1969, 1979 und 1989 an einer Universitätsklinik die bei Obduktionen ermittelten Raten von klinischen Fehleinschätzungen ermittelt. Obwohl es im Laufe der Jahre zu einer Verbesserung der Diagnostik, eben also auch durch Computertomographie kam, ist die Rate an Fehldiagnosen durch Übersehen der eigentlich wichtigen Grundkrankheit oder durch irrtümlich gestellte Diagnosen oder gemessen an übersehenen Krankheiten nicht nennenswert beeinflusst worden.

Zu den Triebkräften von „technology push“ oder „demand pull“ der Medizintechnik, also was für Interessen oder Motive treibt Technik bzw. welche Anforderungen und Nachfra-

gen fordert die Technikentwicklung heraus, dazu gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen (Jaufmann, Kistler 1992).

Die technik-logische Erklärung unterstellt, daß der Einsatz von Diagnostiktechnik immer wieder einen weiteren Bedarf nach Technisierung der Diagnostik provoziert (Kirchberger 1986).

In dem medizinteoretischen Interpretationsmuster wird eine Affinität von naturwissenschaftlich orientierter Medizin mit den spezifischen Eigenschaften von Medizintechnik unterstellt. Der naturwissenschaftliche Blick verlange eine Objektivität durch Technik bei der Befundung (Arnold 1988).

Die legitimationsstrategische Interpretation der Technikspirale verweist darauf, daß technikdominierte Konzepte als Kriterium der Qualität medizinischer Leistung schlechthin anerkannt seien (Schnabel 1992).

Die professionspolitische Interpretation der Wachstumsspirale verweist auf die Tatsache, daß die Ausbildung zu einem Facharzt die Anwendung bestimmter Untersuchungstechniken verlangt. Der modernste Stand der Technik erlaube es, gegenüber konkurrierenden Kollegen im Vorteil zu sein (Feuerstein 1994, S. 122-124).

Die psychologischen Interpretationen der Ausweitung von Medizintechnik verweisen auf die psychischen Entlastungseffekte und Distanzierungsmöglichkeiten vom untersuchenden Arzt gegenüber dem leidenden Kranken und auf den „Machbarkeitswahn“ in der Medizin (Feuerstein 1994, S. 124-127).

Bei der politisch-ökonomischen Interpretation wird auf eine Handlungsrationalität auch im Medizinbereich hingewiesen, die allein betriebswirtschaftlich motiviert bzw. profitorientiert ist (Reinhardt 1984).

Bei der systemtheoretischen Interpretation der ständig steigenden Medizintechnikspirale wird auf die vielfältige Wechselbeziehung des Medizineinsatzes, der medizinischen Spezialisierung und der Arbeitsteilung eingegangen. In den Spezialisierungen kommt es zu einer Verselbständigung der Technologien und ihrer Spezialisten. Ihnen kommt es auf eine Funktionssteigerung durch technischen Fortschritt, Zugewinn an Handlungskompetenz, Machbarkeit und Kontrolle in ihren Aufgabenstellungen an (Feuerstein 1994, S. 130-132).

Generell gilt die Aussage, daß medizinischer Fortschritt tendentiell und aufs Ganze gesehen mit einer Ausgabensteigerung verbunden ist. Ausgabensteigerungen in Folge des wissenschaftlichen Fortschrittes sind nicht allein durch die Verfügbarkeit neuer Technologien verursacht, sondern sie sind Konsequenz der Diffusionsprozesse neuer Technologien in das Versorgungssystem und die damit verbundene Mengenausweitung. Größere Effekte der Ausgabensteigerungen gehen auf kleineren Technologien zurück, während die Einführung neuer Großgeräte als weniger bedeutsam angesehen wird (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989, S. 71). Wird allerdings eine bilanzierende Übersicht über den Erkenntnisstand der ökonomischen Evaluation von Kosten und Nutzen und hier insbesondere in der Betrachtung der Kostenseite vorgenommen, so ergibt sich ein widersprüchliches Bild zu den einzelnen Technologien und zu der Frage, ob der medizinisch-technische Fortschritt kostensteigernd wirkt (Jaufmann, Kistler 1992, S. 92). Gesamtwirtschaftliche Evaluierungen bedienen sich folgender Analyseformen:

- Kosten-Analyse, wenn es sich um homogene Nutzeffekte in gleicher Höhe handelt

- Kosten-Wirksamkeits-Analyse, bei der dem festgestellten Ressourcenverbrauch die Veränderung verschiedener, die Gesundheit betreffender Aspekte einander gegenübergestellt werden und diese nicht monetarisiert werden können.
- Nutzen-Kosten-Analyse, wenn es sich um Nutzeffekte der jeweiligen Technologie handelt, die monetär bewertet, aufaddiert und somit den Kosten gegenübergestellt werden können.

Auch zu den Kosteneffekte von Großgeräten liegen widersprüchliche Studienergebnisse vor (Jaufmann, Kistler 1992, S. 93).

Eine vollständige Erfassung und Bewertung aller direkten und indirekten Kosten und Nutzen ist eigentlich nur möglich, wenn Patientenkarrerien verfolgt werden. Hierzu müßten dann ausreichend präzise Daten zur Verfügung stehen. Bislang fehlt es an solchen ökonomischen Evaluationsstudien über einen längeren Zeitraum auf der Basis einer großen Zahl von Patientenkarrerien.

Im Sondergutachten 1995 stellt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fest, daß er weiterhin der Ansicht ist, daß der medizinische Fortschritt unter bestimmten Umständen die Beitragsstabilität nicht ernsthaft gefährdet (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 105). Der Rat macht diese Aussage jedoch in der Annahme, daß es möglich sei, Überkapazitäten abzubauen, eine Verbesserung in den Indikationsstellungen und Behandlungen vorzunehmen sowie organisatorische Innovationen auf den Weg zu bringen und daß es möglich sein müsse, Umschichtungen von Mitteln zwischen den Sektoren innerhalb des Versorgungsbereiches vornehmen zu können. Es wird damit zum Ausdruck gebracht, daß nicht die Medizintechnik an sich, sondern ihre strukturelle Einbindung in das Gesamtsystem betrachtet werden muß. Kostentreibend ist die Anwendung von Medizintechnik dann, wenn sie unspezifisch, übermäßig und weitgehend ohne Qualitätssicherung vorgenommen wird.

Die Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts sind also im Kontext der anbieter-induzierten Mengenexpansion bei vorhandenen Überkapazitäten zu diskutieren. Es geht um die unkritische Anwendung bestimmter Innovationen und ihr additiver Einsatz, wobei ältere Verfahren nicht verdrängt werden. So stieg die Zahl der kathedergeführten Ausdehnung der Herzkranzgefäße zur Behandlung der Arterienverschlußkrankheit steil an, ohne daß es deshalb zu einem Rückgang der Beipäß-Operation gekommen ist (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997). Verglichen mit anderen europäischen Ländern weist Deutschland bei den Herzkatheder-Untersuchungen und Coronar-Interventionen eine deutlich höhere Zahl als andere Ländern auf. 1993 wurden im Mittel in ganz Europa 1.146 +/- 1.024 Untersuchungen pro eine Million Einwohner durchgeführt. In Deutschland lag der Wert bei 5.028, Frankreich 2.745, Österreich 2.721, Schweiz 2.602. Man kann also schließen, daß mehr Untersuchungen durchgeführt werden ohne daß therapeutische Konsequenzen sich daraus ergeben, deren Notwendigkeiten bzw. Indikationen kaum begründet sind (Dahl u.a. 1997, S. 60f). Hinsichtlich der Arthroskopie des Kniegelenks zeigen Studien in den Niederlanden, daß etwa 78 % aller vorgenommenen Eingriffe nicht notwendig waren (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, Punkt 249).



Ähnliche Beispiele sind die Zunahme von Kniegelenksspiegelungen, Röntgen der Wirbelsäule, Prostataresektion bei gutartigen Erkrankungen, nicht begründete Durchführung von EKG- und Laboruntersuchungen. Nach Angaben der Deutschen Röntgengesellschaft sind mehr als ein Drittel aller Röntgenuntersuchungen überflüssig (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, DPA-Meldung 13.05.1999). Zu dieser Betrachtung, ob also diagnostische Verfahren unnötig sind, muß man selbstverständlich auch den Gesichtspunkt hinzunehmen, daß solche Verfahren nicht ohne Risiko sind, also durchaus auch Schädigungen gesetzt werden können bzw. werden. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, daß bei allen diagnostischen Verfahren, wie bei jedem Test, es um das Problem der Sensitivität und Spezifität der Verfahren geht, also die Frage auftritt, wieviel falsch-positive bzw. falsch-negative Diagnosen gestellt werden. Für die Mammographie z.B. als Früherkennungsverfahren zum Brustkrebs, gibt es bei positiver Befundung drei Kategorien: 1. weitere Abklärung notwendig, 2. verdächtig auf Bösartigkeit, Biopsie empfohlen, 3. bösartig nach radiologischen Kriterien. Für alle drei Kategorien kann eine Fehldiagnose getroffen werden. Fälschlicherweise wird gesagt, es sei ein Befund vorhanden (falsch-positiv) oder es wird fälschlicherweise festgestellt, es sei kein Befund vorhanden (falsch-negativ). Von je 1000 Frauen, die über einen Zeitraum von 10 Jahren je fünf Mammographie-Früherkennungsuntersuchungen durchführen ließen, hatten etwa 250 Frauen, also eine von vier mindestens einmal einen falsch-positiven Befund. Fast alle Frauen mit falsch-positivem Befund erhalten eine zusätzliche Mammographie oder eine Ultraschall-Untersuchung, etwa eine von fünf Frauen mit falsch-positivem Befund erhält eine Biopsie zur histologischen Abklärung des Mammographie-Befundes (Mühlhauser, Höldke 1999, S. 106). Daß es hier zu enormen Unsicherheiten und Ängsten bei den betroffenen Frauen kommt, soll nicht unerwähnt bleiben. Ebenso soll nicht unterschlagen werden, daß ärztliches Handeln und nicht nur, wenn es um Leben und Tod bzw. um Krebserkrankungen geht immer, Handeln in Unsicherheit ist, soll nicht unterschlagen werden (Fox 2000).

## **8. Rationalisierungsreserven und Einsparpotentiale**

Im Sozialgesetzbuch, insbesondere Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung) werden drei zentrale Ziele der Gesundheitssicherung formuliert:

- Versorgung der Versicherten
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung und
- angemessene Vergütung der Leistungserbringer.

Die Ziele in diesem "magischen Dreieck" werden nicht als gleichrangig angesehen, sondern als höchstes Ziel gilt die Versorgung der Versicherten nach dem Sozialstaatsprinzip des Artikel 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 des Grundgesetzes. Die Versorgung der Versicherten hat zu sein: bedarfsgerecht, gleichmäßig, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechend, ausreichend, zweckmäßig, wirksam und human. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat den Kriterien Begrenzung auf das Notwendige und Beitragssatzstabilität zu folgen. Gegenüber dem Versorgungsauftrag der Versicherten ist das Ziel Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachrangig und dem nachfolgend der Grundsatz der angemessenen Vergütung. Ob nun das Gesundheitssystem in dieser Hierarchie der Ziele den Kriterien von Effektivität, also Wirksamkeit der Versorgungsleistungen, und der Effizienz, also in ökonomischer Perspektive einem angemess-

senen Verhältnis von Aufwand und Ertrag nachkommt und dabei die Leistungserbringer angemessen vergütet werden, dazu gibt es weder einen auf der Basis empirischer Forschung gesicherten Konsens in der Wissenschaft, noch existiert unter den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem eine einhellige Auffassung darüber. Bei der Definition des Begriffs Rationalisierung muß im übrigen zwischen betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise unterschieden werden. Die Betriebswirtschaft strebt durch Optimierung des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag eine Nutzenmaximierung an und will dadurch die Wirtschaftlichkeit und Produktivität des Betriebes erhöhen. Bei der volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise liegen Rationalisierungspotentiale im Gesundheitssystem vor, wenn auf medizinische oder andere Leistungen generell oder indikationsspezifisch verzichtet wird, weil sie keine Wirksamkeit besitzen, sie eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die gleich hohe Kosten verursachen, oder weil sie kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, S. 36). Letztere Betrachtungsweise läßt außer acht, daß die Leistungen entgegen volkswirtschaftlicher Vernunft betriebswirtschaftlich trotzdem effizient produziert werden können.

Zur Beurteilung der Frage von Effektivität und Effizienz wäre es notwendig, eine Transparenz der Leistungserstellung und Leistungsverwendung sowie der Allokation der Ressourcen (Finanzen, Personal, Zeit) zu haben. Doch bislang ist trotz stärkerer Bemühungen in den letzten Jahren eine hinreichende Transparenz mit einer klaren Orientierung an der Effektivität, auch als Outcome definiert, nur unzureichend gegeben. Erst in Ansätzen sind Konzepte entwickelt und etabliert, um das Verhalten von Leistungsanbietern und Nachfragern zu evaluieren, mangelhafte Ressourcennutzung offenzulegen, Wirtschaftlichkeitsreserven aufzudecken, Investitions- bzw. Allokationsentscheidungen zu überprüfen und Leistungs- bzw. Verhaltensweisen und -ziele zu reformulieren. Bereits Anfang der 70er Jahre hatte der englische Sozialmediziner Archibald Cochrane auf inflationäre Tendenzen im englischen Gesundheitswesen aufmerksam gemacht. Er legte dar, daß immer öfter wirksame Verfahren unangemessen angewandt und immer häufiger auch unwirksame Verfahren zur Anwendung gebracht wurde (Cochrane 1972). Medizinisch-ärztliche Leistungen seien eben nicht zweckmäßig und wirksam bzw. bedarfsgerecht, sie seien bloß Gesundheitskonsum und nur zu einem relativ geringen Teil nachweislich wirksam. Wirksam ist eine medizinisch-ärztliche Intervention dann, wenn sie in der Lage ist, den natürlichen Verlauf einer Krankheit zum Besseren zu wenden. Cochrane forderte den systematischen Einsatz von epidemiologischen randomisierten Kontrollstudien, um die Qualität und den Outcome der Intervention zu überprüfen. In solchen Studien werden behandelte mit unbehandelten Patientenkollektiven über einen längeren Zeitraum systematisch verfolgt. Über den Erfolg bzw. Mißerfolg von Diagnostik und Therapieverfahren werden statistische Aussagen gemacht, also Aussagen über Kollektive und nicht einzelne Patienten. Diese Kritik von Cochrane hat zu der internationalen Vereinigung der Cochrane-Kollaboration geführt, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Effektivität von medizinischen Verfahren im Sinne einer evidence based medicine zu evaluieren (Sackett, Oxman 1995; Perleth, Beyer 1996; Sackett u.a. 1999). Gegen die Konzeption der evidence based medicine ist zu Recht eingewandt worden, daß zwar eine kritische Evaluierung und Bilanzierung und auch Bewertung der Leistungen im Gesundheitssystem notwendig ist, wenn jedoch Evidenz basierte Medizin mit ihrer Standardisierung die alleinige Richtschnur zur Regulierung und Steuerung der Versorgung der Versicherten im Gesundheitssystem gilt, dann wird der soziale Gehalt und der Cha-

rakter des kommunikativen Handelns zwischen Arzt und Patient, zwischen den Kranken und den Pflegekräften und anderen Dienstleistern verkannt. Kommunikatives Verständnis, Sprache, Interpretation, Zeithaben, Ratgeben, solidarische und gerechte Handlungsmuster, lebensweltliche emotionale und soziale Unterstützung sowie soziale Interaktion fallen heraus. Solche für die Bewältigung von Erkrankung, Leiden, Schmerz, Angst und Heilung bzw. Rehabilitation wichtigen Dimensionen werden dann in einem auf Effektivität und Effizienz getrimmten Gesundheitssystem notwendigerweise zu kurz kommen. Diese Tendenz wird der Zunahme des technischen Fetischs bzw. anderer fetischhafter Formen Vorschub leisten (Kühn 1993, Borgers 1998). Evidenz-basierte Medizin ist expertenzentriert und nicht laienorientiert. Medizinische Kompetenz steht im Vordergrund. Es stellt sich die Frage, wie die individuellen Behandlungs- und Sicherheitserwartungen von Patienten gewährleistet werden können; denn Evidenz-basierte Medizin meint immer Aussagen über Patientenkollektive. Es werden Aussagen auf der Ebene von Statistik gemacht. Es handelt sich von daher um Wahrscheinlichkeitsaussagen. Welche individuellen Präferenzen hat der Patient/die Patientin? Evidenz-basierte Medizin verringert die Handlungsspielräume von Arzt und Patient. Ärztliche Therapiefreiheit wird faktisch durch die Verwissenschaftlichung der ärztlichen Entscheidung eingeschränkt. Hat sich ärztliches Handeln an den durch Evidenz basierte Untersuchungen formulierten Behandlungsleitlinien oder an den konkreten individuellen Behandlungsbedarfen des Patienten/der Patientin zu orientieren? Woran wird sich das Haftungsrecht halten? Es kommt also zu neuen Konflikten zwischen Medizin und Recht (Hart 2000).

Für die Bundesrepublik Deutschland ist die Feststellung von Cochrane, nämlich einer inflationären Ausweitung von Leistungsvolumen und Kapazitäten besonders augenfällig auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgung. Die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlte seit 1982 bis 1999 insgesamt mehr als 119 Mrd. DM, entsprechend einem Anteil von 27,3 %, für Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nicht oder zumindestens nicht ausreichendem Maße nachgewiesen worden ist (Schröder, Selke 2000, S. 668). Für 1998 wurden umstrittene Arzneimittel in der Höhe von 5,2 Mrd. DM verordnet. Der größte Anteil, nämlich 3,1 Mrd. DM entfallen auf Allgemeinmediziner (17 % ihres Arzneimittelumsatzes) und auf Internisten mit rund 940 Mio. DM (11 % ihres Arzneimittelumsatzes). Bei allen anderen Arztgruppen liegen die Arzneimittelkosten insgesamt deutlich niedriger (Schröder, Selke 2000, S. 704). Zu den Einsparpotentialen gehören nicht nur die umstrittenen Arzneimittel, sondern auch die Möglichkeit, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe (Generika) zu verordnen. Durch die Verordnung von Generika hätten 1998 2,5 Mrd. DM eingespart werden können. Weiteres Einsparpotential wird darin gesehen, daß bei Bagatellerkrankungen keine Arzneimittel per Rezept verordnet werden. Das Einsparpotential wird auf 630 Mio. DM kalkuliert. Würden die Arzneimittelrichtlinien 17,1 und 17,2 konsequent berücksichtigt, eine Neufassung wurde durch ein Hamburger Gericht am 26.03.1999 gestoppt, hätten dadurch 1,3 Mrd. DM eingespart werden können. Einsparpotentiale gibt es ebenso im Umgang mit Tranquilizern und Hypnotika (Arzneimittelrichtlinie 19), sie führen nämlich zur Abhängigkeit bei langfristiger Verordnung. Allerdings kann es auch zu viel schwerwiegenderen Effekten einer unzureichenden bzw. falschen Medikation kommen (Schwabe 2000, S. 1-22). Schönhöfer rechnet auf der Basis eigener empirischer Untersuchungen hoch, daß in Deutschland pro Jahr es zu etwa 120 bis 240.000 schwerwiegenden arzneimittelbedingten Erkrankungen kommt, von denen 8.000 bis 16.000 tödlich verlaufen (Schönhöfer 1999). Daß durch gesetzliche Maßnahmen durchaus auf eine rationale Arzneimitteltherapie

Einfluß genommen werden kann, zeigen die Zahlen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Danach gingen nämlich die Zahlen der verordneten Arzneimittel deutlich zurück. Der Arzneimittelbereich ist nur ein Beispiel, allerdings ein sehr eindrucksvolles Beispiel für den Nachweis, daß es in der medizinisch-ärztlichen Diagnostik und Therapie Rationalisierungspotentiale bei der Krankenversorgung auf der Ebene der Leistungserbringer, also der Ärzte gibt, ganz abgesehen von den Einsparmöglichkeiten durch Verbesserungen von organisatorischen Abläufen in der Versorgung und Betreuung von Patienten.

Selbstverständlich sind nur in einer längerfristigen Perspektive Rationalisierungsreserven und Einsparpotentiale zu realisieren, dafür muß das Gesundheitssystem umgesteuert werden von einer Orientierung auf Akutmedizin in Richtung einer Gesundheitspolitik, die sich den chronischen Krankheiten stärker zuwendet und dabei sowohl die Patientenorientierung konsequent ernst nimmt und die Möglichkeiten der Prävention von chronischen Erkrankungen systematisch ausschöpft. Die Public-Health-Forschung hat in der Vergangenheit gerade zur Prävention chronischer Erkrankungen eine Fülle von Ergebnissen produziert, die es erlauben, die gesundheitspolitischen Schwerpunkte auf Prävention und verbesserte Versorgung von chronisch Kranken unter Betonung der Gesundheitsförderung zu verlagern. Mehr als drei Viertel der vorzeitig definierten Sterbefälle in industrialisierten Ländern gehen auf die Todesursachen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter zurück. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten sind chronische Krankheiten, wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankheiten von Relevanz. Verursachung, Verlauf und Endpunkt dieser angesprochenen Krankheiten zeigen sicherlich große Unterschiede und Verschiedenheiten, dennoch haben sie in epidemiologischer und damit für Gesundheitspolitik und ihre Steuerung maßgebliche Perspektive eines gemeinsam. Eine primär kurativ und individualmedizinisch orientierte Versorgung greift hier nämlich viel zu spät und ist trotz einiger beachtlicher Erfolge nicht besonders wirksam. Wie bereits eingangs betont, gehört es zu den wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen, daß Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse bei der Verursachung und bei der Entwicklung von Krankheiten entscheidenden Einfluß haben. Schätzungen des US-amerikanischen Center for Disease Control and Prevention beziffern den Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit vor dem 75. Lebensjahr auf etwa drei Viertel, den Einfluß der Medizin auf ein Zehntel (Rosenbrock 1998, S. 16).

In der Bundesrepublik Deutschland wurden 1994 87,5 % der Gesamtausgaben für Behandlung und Krankheitsfolgeleistungen für Krankheiten des Kreislaufsystems (56,7 Mrd. DM), für Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (50,3 Mrd. DM), Krankheiten der Atmungsorgane (32,4 Mrd. DM) und für psychische Krankheiten (30,6 Mrd. DM) ausgegeben. Schwartz u.a. haben die Gesundheitsausgaben für chronische Krankheiten in Deutschland, die Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikationen untersucht (Schwartz u.a. 1999). Anhand von Literaturanalysen sowie Grobschätzungen der Ausgaben für Krankheiten und Krankheitsgruppen anhand relevanter Indikatoren des stationären und ambulanten Leistungsgeschehens auf der Basis von Datenquellen zur ambulanten und stationären Versorgung haben sie den verhinderbaren Anteil von Krankheiten und Ausgaben durch verhaltensbezogene Interventionen kalkuliert. Die Tabelle 3 zeigt die Kosten für die je-

weiligen Krankheiten im Jahre 1994 und die Reduktionsmöglichkeiten in Prozent sowie mögliche Einsparungen in Mrd. DM. In der Diagnoseklasse "Krankheiten des Kreislaufsystems" entfallen allein insgesamt 15 Mrd. auf ischämische Herzkrankheiten, davon 4 Mrd. DM auf den Myokardinfarkt. Durch verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen, so Ergebnisse internationaler Studien, ließen sich allein durch eine Cholesterinsenkung bei ischämischen Krankheiten 38 % der Krankheiten reduzieren und bei Herzinfarkt 24 bis 27 %. Das entspricht einer Reduktion der jährlichen Gesundheitsausgaben um 5,7 Mrd. DM bei ischämische Herzkrankheiten bzw. 1,1 Mrd. DM bei Herzinfarkten. Durch Schlaganfälle entstehen 7 Mrd. DM Gesundheitsausgaben. Würden die Risikofaktoren Rauchen und Hypertonie konsequent vermieden, so könnten für den Risikofaktor Rauchen 17 % bzw. durch Hypertoniesenkung 43 % der Schlaganfälle vermieden werden.

Tabelle 3: Verhinderbarer Anteil von Krankheiten und Ausgaben durch verhaltensbezogene Interventionen (Quelle: Schwartz u.a., 1999)

Krankheit	Kosten Mrd DM 1994	Reduktion Krankheit %	Einsparungen Mrd. DM
Durch Senkung Cholesterin			
Ischämische HK	15	38	5,7
Herzinfarkt	4	24-27	1,1
Durch Senkung, Rau- chen, Hypertonus Schlag- anfall	7	17-43	0,17-2,34
Rückenprobleme	31,7		2,4
Asthma (Kinder)	2		0,63
Alkoholabhängigkeit	4,9		1,8
Depression	4,5	?	?
Neurosen	6,7		4,4
Migräne	0,71	50	0,18
<b>Insgesamt</b>	<b>72</b>		<b>25</b>

Die Schätzungen sind unter maximalen Annahmen formuliert. Realistische Abschätzungen zeigen, daß ein bevölkerungsbezogener Rückgang von Schlaganfällen beispielsweise durch Raucherentwöhnungsprogramme um 2,5 % bzw. durch eine Reduktion der Hypertonie um 27 % erzielt werden könnte. In der Diagnoseklasse Krankheiten des Skelettsystems, der Muskeln und des Bindegewebes entfallen von den insgesamt 50,3 Mrd. DM im Jahre 1994 31,7 Mrd. auf Dorsopathien (Rückenprobleme). Hier sind insbesondere unspezifische Rückenbeschwerden besonders kostenträchtig. Auch hier werden Einsparungen von etwa 2,4 Mrd. DM als realistisch angesehen. Die Autoren stellen fest, daß von den 72 Mrd. DM, die auf die genannten Erkrankungen 1994 entfallen sind, mindestens ein Drittel durch zielgerichtete verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen eingespart werden könnten. Sie schätzen ein Einsparpotential von insgesamt 25 Mrd. DM. Sie halten eine gesundheitspolitische Umorientierung in Richtung risikomodifizierende Ansätze innerhalb der präventiven und rehabilitativen Krankenversorgung für zwingend notwendig. Die Autoren sind sich bewußt, daß solche Kalkulationen zunächst

einmal nur einen heuristischen Wert haben, da Einsparungen erst nach einer längeren Zeit tatsächlicher Umsteuerung erzielt werden können. Zugleich ist jedoch kritisch anzumerken, daß hinter diesen Hochrechnungen ein Kausalitätsverständnis von chronischer Erkrankung steckt, welches auf der Basis des Risikofaktorenmodells der Epidemiologie beruht. Verursachung und Entstehung der angesprochenen Massenerkrankungen werden in einer solchen Perspektive der Verantwortung des Einzelnen zugeschrieben. Unterstellt wird die Möglichkeit einer Lebensstiländerung der Individuen durch rationale Einsichten und Entscheidungsfindungen. Es wird nicht die Frage aufgeworfen, ob die einzelnen Personen, erst recht in ihrer unterschiedlichen Ausstattung mit sozialer und finanzieller Kompetenz, die Möglichkeiten zu einer verantwortlichen, selbstgesteuerten, gesundheitsbezogenen Lebensweise überhaupt haben. Erst recht wird in diesem Zusammenhang die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod unterschlagen. Gesundheitschancen sind offenkundig nach folgenden Indikatoren ungleich in der Gesellschaft verteilt: geringes Einkommen, weniger Bildung, wenige Gestaltungsmöglichkeiten in Arbeit und Familie, geringe Sprachkompetenz, mangelnde Konfliktfähigkeit, fehlender sozialer Einfluß, geringe soziale Unterstützung in den sogenannten kleinen Netzen, kaum oder keine angemessene Gratifikation von Leistungen in der Erwerbsarbeit wie auch in allgemeinen Lebenszusammenhang. Verhaltensprävention durch überkommene Formen der Gesundheitsaufklärung und Belehrung hat sich als wenig effektiv erwiesen. Verhaltensweisen, die ein riskantes gesundheitspolitisches Potential mit sich bringen, sind über viele Jahre verinnerlicht worden und habitualisiert und lassen sich isoliert nur schwer beeinflussen. Die herkömmlichen Maßnahmen zur Verhaltensprävention erreichen gerade diejenigen nicht, die unter einem erhöhten Risiko stehen, nämlich Mitglieder unterer sozialer Schichten. Allerdings hat die AIDS-Politik deutlich gemacht, daß es durchaus möglich ist, gesundheitsriskantes Verhalten von Menschen durch Politik und öffentliche mediale Thematisierung zu beeinflussen (Rosenbrock 1987). Verhaltensprävention ist dann erfolgreich, wenn die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigt werden, mit vorwiegend nicht medizinischen sowie nicht repressiven Mitteln unter der besonderen Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung operiert wird und dauerhaft über Gesundheitsgefährdungen und Vermeidungsmöglichkeiten aufgeklärt wird. Es müssen gruppenbezogene und selbst organisierte Anreizsysteme aufgebaut und zur Verfügung gestellt werden, so daß das Ziel der Etablierung und die Habitualisierung sozialer Normen möglich ist, um Risiko zu vermeiden, Gesundheit zu fördern und solidarisches Verhalten zu schaffen und zu stabilisieren (Rosenbrock 1994).

Welche Erwartungen, Einstellungen und Erfahrungen die Bevölkerung mit Rationalisierungen und Einsparmöglichkeiten hat, wurde u.a. in einer repräsentativen Umfrage Ende 1998/Anfang 1999 durch das Emnid-Institut durchgeführt (Wasem 1999). Das Solidarprinzip wird als tragendes Finanzierungsprinzip von einer sehr großen Mehrheit (70 bis 80 %) befürwortet. So lehnen 77 % die Abschaffung der beitragsfreien Familienversicherung ab. 80 % sprechen sich dagegen aus, daß Versicherte, die häufig krank sind, höhere Beiträge zu zahlen haben. Diese sehr große Zustimmung zum Solidarprinzip gilt durchgängig für alle Bevölkerungsgruppen. Nicht einig ist sich die Bevölkerung, ob Versicherte, die ungesund leben, z.B. Raucher oder Extremsportler, höhere Beiträge zahlen sollten. Diese Vorschläge werden von einer knappen Mehrheit befürwortet. Um die Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen, wird mit 60 % zugestimmt, daß Beamte und Selbständige in die GKV einzubeziehen seien. 39 % sind dafür, daß auch Besserverdienende ihren Beitrag in der Gesetzlichen Krankenversiche-

rung leisten. Dem Vorschlag, einen Grundleistungskatalog einzuführen, also die Leistungen einzuschränken, dafür aber die Beiträge zu senken, stimmen nur 4 % der Befragten uneingeschränkt und weitere 13 % eingeschränkt zu. 43 % lehnen diesen Vorschlag uneingeschränkt ab. 40 % sprechen sich, vor die Wahl gestellt, auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge zu zahlen, dafür aus, daß das System in der jetzigen Fassung erhalten bleiben soll, auch wenn die Versicherungsbeiträge jedes Jahr steigen.

## **9. Reformstrategien in der Gesundheitspolitik**

In der Begründung der Bundesgesundheitsministerin für die Gesundheitsreform 2000 vom Januar 2000 wird die intendierte Reform damit begründet, daß es notwendig sei, ohne neue zusätzliche Finanzmittel durchgängig die Qualität zu sichern und deshalb die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden müßten. Dies nütze vor allem den Patientinnen und Patienten und gewährleiste gleichzeitig die Beachtung der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung an Wachstum und Beschäftigung (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Es wird festgestellt, daß die medizinische Versorgung sich mehr als bisher nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten richten müsse. Menschlichkeit statt Bevormundung und Verwaltung soll die Richtschnur werden. Die Patienten bräuchten mehr Rechte und müßten besser informiert sein. Es müßte eine bessere Gesundheitsförderung und Prävention geben. Zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung und einer Verbesserung der Qualität der Versorgung sei eine verstärkte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen notwendig, sowohl zwischen den Berufen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Gesundheitsreform sei keine Sparaktion. In der Begründung des Gesetzes vermißt man die Forderung nach einer Ergebnisorientierung des Gesundheitswesens. Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hatte in seinem Sondergutachten 1995 (Sachverständigenrat 1995) auf diese eigentlich selbstverständliche Zielsetzung des Gesundheitssystems hingewiesen. Selbstverständlich ist diese Zielorientierung allerdings nicht, denn Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von vermeidbarer Krankheit und eines vermeidbaren Todes, Abbau von sozialen Unterschieden in Mortalität und Morbidität sind explizit nicht als klare Ziele der Gesundheitspolitik verankert. Das Gesundheitswesen wird fast ausschließlich durch medizinische Versorgungsprozesse bestimmt. In den medizinisch-ärztlichen Versorgungsprozesse dominieren Prozeduren der Diagnostik und der Therapie und sind geprägt durch Denkstile, Krankheitskonzeptionen und Handlungsmuster der Akutmedizin. Nicht die relevanten chronischen Erkrankungen und ihre Verursachungs- und Entwicklungsbedingungen bzw. die gesundheitsförderlichen und präventiven Potentiale der Gesellschaft sind Gegenstand der durch Medizin erreichbaren Gesundheitsprobleme. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung wiederum wird Gesundheitspolitik auf ein Kostenproblem reduziert. Die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre war nämlich eine Beitragssatzstabilitätspolitik. Das Kostenproblem wiederum wurde reduziert auf lediglich monetäre Fragen. Die immateriellen Belastungen durch Schmerzen, Ängste, Unsicherheiten und Leid fanden kaum ein Interesse. Die starke Orientierung an monetären Kosten wiederum verlegte das Augenmerk fast ausschließlich auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung und betrieb eine Kostendämpfungspolitik. Allerdings war die Erhöhung der Selbstbeteiligung und auch die Politik der Leistungsausgrenzung eine Kostenverlagerung in den privaten Bereich der Haushalte. Die Politik der Beitragssatzstabilität ließ die Einnahmeseite außer acht und entwickelte keine Politiken zur Verbesserung der Einnahmeseite durch

Einbeziehung z.B. von Beamten und Selbständigen bzw. durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Bei der Beitragssatzstabilitätspolitik wiederum zielte die Politik eher darauf ab, den Anteil des Beitrages der Arbeitgeber zu entlasten mit dem Argument der Standortsicherung. Diese Gesundheitspolitik läßt sich als eine neoliberale angebotsorientierte Politik klassifizieren (Kühn 1999).

Wie nun eine stärkere Orientierung am Ergebnis bzw. Nutzen von medizinischen und pflegerischen Leistungen, eine Verbesserung der Position der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem, ein Mehr an Transparenz über Kosten und Qualität der Leistungen bzw. eine Verbesserung der Einnahmeseite zu erreichen ist, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, um unwirksame Methoden, Verfahren, Maßnahmen aus dem System zu eliminieren und wirksame angemessen zu implementieren, um sich also über den Möglichkeitsraum Einblick zu verschaffen, ist es notwendig, sich über verschiedene Ansätze und Strategien von Reformpolitik im Gesundheitswesen zu verständigen. Nach Badura lassen sich drei unterschiedliche Lager ausmachen. Zur ersten Gruppe gehören die Ärzte und hier die dominierenden klinisch Tätigen. Sie setzen auf die Entwicklung von Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sowie interne Kontrollmechanismen zur Verbesserung der Qualität und der Rationalisierung der klinischen Verfahrensweisen (z.T. mit Evidenz basierter Medizinkonzeption). Zur zweiten Gruppe rechnet er die Organisationsexperten. Sie setzen auf die Optimierung der Organisationsleistungen, auf mehr Kooperation und Koordination zwischen den Trägern, Einrichtungen und Berufsgruppen, aber vor allem geht es ihnen um die Organisationsentwicklung innerhalb der Einrichtungen. Zur dritten Gruppe zählt er Akteure, die eine konsequente Orientierung am gestifteten Nutzen, also am Ergebnis, Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit, gerechte Verteilung der Ressourcen verlangen (Badura 1997). Badura fragt, welche Interessen die drei Akteursgruppen, orientiert an den Ergebnissen, auch in längerfristiger Perspektive haben (siehe Übersicht 1). Die berufsgruppenbezogene Reformstrategie und hier, wie gesagt, eindeutig geprägt durch die klinisch tätigen Ärzte, hat kein explizites Interesse an den Outcomes (epidemiologisch ermittelte Ergebnisse, Evidenz basierte Medizin) seines Wirkens, sondern ist darauf fixiert, die Qualität von Diagnostik und Therapie zu erhöhen und dies in der Orientierung an dem wissenschaftlich-technischem Fortschritt. Die Leitbilder für diese Fortschrittsorientierung werden in den Fachgesellschaften entwickelt und über die Ausbildung im Medizinstudium und in der klinischen beruflichen Weiterbildung später dann in der ambulanten Versorgung implementiert. Verbesserung der Qualifikation in hoher Spezialisierung, die Ermöglichung von gründlicher Berufserfahrung und Stärkung der Motivation sind die Ziele bzw. Verfahren dieser Konzeption. Den Patienten kommt nur eine passive Rolle zu. Es geht darum, die patientenbezogenen Prozesse der Handlungsmuster zu optimieren. Die Handlungsmuster sind also wissenschaftlich im Sinne der naturwissenschaftlich-technischen Medizin. Die sozialen interaktiven Prozesse, die subjektiven biographischen Dimensionen bei den Patienten kommen nur implizit als Ressource für die Bewältigung von Krankheit und Leiden vor. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist expertenzentriert mit dem Arzt in seiner Monopolstellung. Der Grad der Kooperation bemessen an einem arbeitsteiligen, jedoch abgestimmten Prozeß (z.B. therapeutische Gemeinschaft) ist eher gering. In diesem Reformansatz beansprucht die klinische Medizin die Definitionsmacht und die Regulierungs- und Steuerungskompetenz für das Gesundheitswesen. Die Logiken der Medizin, Therapie- und Berufsfreiheit werden als professionelle Rechte reklamiert.





Übersicht **Ansätze für Kostentransparenz, Qualität, Nutzen für Patienten**  
 Reformstrategien der Gesundheitspolitik (nach Badura 1997)

	<b>Berufsgruppenbezogen</b> (z.B. Ärzte)	<b>Organisationsbezogen</b>	<b>Orientierung am Nutzen für Patient</b>
Interessen an (längerfristigen) Ergebnissen, Wirkungen, Nutzen bei Patienten (epidemiologisch)	Gering	gering	hoch
Ziele	Qualifikation Erfahrung, Wissen Motivation	Rationalisierung Senkung Betriebskosten Optimierung Organisation	Nachweis von Qualität Nutzen Wirksamkeit
Ergebnisse	Übereinstimmung mit herrschender Lehrmeinung	Übereinstimmung mit Vorgaben des Managements Kosten, Erträge	Effektivität Effizienz
Maßnahmen	Verwissenschaftlichung Evidence Based Medicine Technischer Fortschritt Biomedizin Leitbilder von Fachgesellschaften	Taylorisierung Arbeitsteilung Spezialisierung Optimierung von Produktionsprozessen	externe Prüfung Evaluation Epidemiologie
Patient	passive Rolle	Kunde	Mitproduzent/Zentraler Akteur
Kooperation mit anderen Berufsgruppen	Expertenzentriert  gering	technisch administrativ top down	orientiert an Behandlungskette hoch Netzwerke schnittstellenbewußt
Stellung Medizin	Dominant	konkurriert mit Ökonomie	relativiert gegenüber sozialen, sozialpolitischen, kulturellen





Die organisationsbezogenen Reformansätze stehen in der Tradition der Rationalisierung der industriellen Produktion. Senkung der Produktionskosten und Steigerung der Qualität sind die zentralen Ziele für hohe Produktivität und auch Profitabilität. Konkurrenz und Wettbewerbsfähigkeit auf dem Markt werden als die richtigen externen Regulierungs- und Steuerungsmechanismen angesehen. Die Vertreter dieser Akteursgruppe richtet sich nach der ökonomischen Lehre des Neoliberalismus. Die Strategien des Taylorismus mit ihren Orientierungen auf Arbeitsteilung und Spezialisierung bei gleichzeitiger Bemessung von Arbeitszeit und Arbeitsleistung, welche wiederum in Geldgrößen ausgedrückt werden, sind die Konzeptionen. Rationalisierungsstrategien aus der industriellen Sachgüterproduktion werden auf die personenbezogenen Dienstleistungen im Gesundheitswesen übertragen. Eine Modernisierung haben diese organisationsbezogenen Ansätze in gewisser Weise durch Managementkonzeptionen erfahren, die auf eine Kundenorientierung abstellen und die sozialen Ressourcen zur Verbesserung der Qualität und der Arbeitsleistung ausschöpfen wollen. Insbesondere in den Restrukturierungen der Krankenhäuser haben sich diese Managementkonzepte der Betriebswirtschaft mittlerweile etabliert. Vorgaben des Managements zur Senkung der Betriebskosten und zur Erhöhung der Erträge sind die klar definierten Rahmenbedingungen für das Handeln der Ärzte, der Pflegekräfte und der anderen Dienstleistungsberufe im Betrieb Krankenhaus. Im ambulanten Sektor greifen diese Konzepte dort, wo es zu anderen Organisationsmustern der ambulanten Versorgung kommt im Gegensatz zu der klassischen Versorgungseinheit niedergelassener Einzelarzt. Der Patient spielt in diesem Konzept die Rolle eines Kunden, der als Einkäufer von Leistungen sich angeblich marktförmig verhält. Er weiß um die Qualität der medizinisch-ärztlichen Leistungen und sucht sich entsprechend auf dem Angebotsmarkt den richtigen Leistungsanbieter.

Die dritte Reformstrategie, die sich an dem gestifteten Nutzen orientiert, ist in den gesundheitspolitischen Debatten und Reformbemühungen eher schwach ausgebildet und in der aktuellen Restrukturierung unzulänglich berücksichtigt und politisch nicht organisiert präsent. Ihre Stärke und Legitimität bezieht diese Position aus dem breiten Erfahrungsschatz wissenschaftlich erarbeiteten Wissens der Public-Health-Tradition. Im Mittelpunkt eines längerfristig angelegten Interesses stehen die vorne angesprochenen Ziele einer echten egalitären Gesundheitspolitik. Maßnahmen, Leistungen haben sich danach auszuweisen, ob sie in hoher Qualität Nutzen stiften und eine Wirksamkeit im Sinne der Verbesserung der verschiedenen Indikatoren von Gesundheit bzw. Krankheit zeigen. Effizienzüberlegungen der verschiedenen Ökonomiesichtweisen und Konzeptionen sind einbezogen, allerdings wird die Dominanz einer ausschließlichen Kosten-Nutzen-Kalkulation in einer monetären Bilanzierung in Frage gestellt. Zwar wird der epidemiologischen Evaluation ein hoher Rang in der Überprüfung und Bewertung der Leistungen eingeräumt, jedoch dem Nichtmeßbaren in der Gesundheitssicherung und der Krankheitsbewältigung, also der subjektiven Dimension, den Kommunikationsaspekten im Erkrankungs- und Heilungs- und auch im Sterbeprozess einen hohen Stellenwert zugemessen. Biographische Deutungsmuster, Sinnhorizonte und Interpretationsräume in der personalen Auseinandersetzung mit Tod, Krankheit und Gesundheit werden systematisch in den Prozess einbezogen. Der Patient wird als Mitproduzent bzw. zentraler Akteur angesehen. Das Gesundheitswesen wird nicht auf medizinisch-ärztliche Krankenversorgung reduziert, sondern Prävention bzw. Gesundheitsförderung haben in der Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten eine hohe Relevanz, um eine gesundheitsgerechte, humane und sozialgerechte sowie nachhaltige Entwicklung möglich zu machen. In dem Kranken-

versorgungsbereich wird auf Kooperation abgestellt, die wiederum an der Behandlungskette orientiert ist. In Netzwerken wird eine optimale Versorgungsstruktur gesehen, die sich der Schnittstellenproblematik sehr bewußt ist. Die Medizin hält gegenüber sozialen, sozialpolitischen, kulturellen Aspekten und Kompetenzen einen relativen Stellenwert.

## **10. Zusammenfassung**

Die Diskurse zur Gesundheitspolitik und die praktischen Politiken in diesem Feld sind von einem grundlegenden Widerspruch geprägt. Es liegen zwar gesicherte Erkenntnisse über die vier (nur analytisch voneinander trennbaren) Grundfragen von Gesundheitspolitik vor, die eine Optimierung von Gesundheitssicherung, orientiert an den Zielen der menschengerechten Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen bzw. der Bedarfsgerechtigkeit, der Gleichheit, der Humanität, der Wirtschaftlichkeit und der Solidarität in der Krankenversorgung möglich machen, jedoch wird Gesundheitspolitik auf Kostendämpfungsmaßnahmen reduziert (Rosenbrock 1998). Auf der ersten Ebene der Problemabschätzung und Prioritätensetzung liegen eine Fülle von nationalen und internationalen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen vor, um Gesundheitsrisiken, Morbidität und Mortalität sowie darauf bezogene Interventionsfelder und –weisen zu bestimmen (z.B. WHO 1986, Berichte des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der zweiten Ebene der Auswahl und Festlegung der Strategien liegen ebenfalls Bilanzierungen und Evaluationen vor (z.B. WHO 1996; Badura, Siegrist 1999; Berichte des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Zu Fragen der Steuerung und Regulierung (dritte Ebene) wurden ebenfalls zahlreiche Studien und Systemvergleiche vorgenommen (z.B. Döhler 1990; Alber, Bernardi-Schenkluhn 1992; OECD 1995; Wismar 1996). Zum Nutzen, dem Ergebnis bzw. Outcomes des Gesundheitssystems liegen eher wenige Bilanzierungen und vergleichende Studien vor (Laaser, Schwalbe 1999; Mc Horney 2000).

Dieser Reduktionismus von Gesundheitspolitik auf Kostendämpfungs- und Sparpolitik hat verschiedene Ursachen. Wesentliche Ursachen liegen darin, daß Gesundheitspolitik hoch fragmentiert und kaum Gegenstand einer demokratischen Öffentlichkeit ist. In der starken Fragmentierung des Politikfeldes bewegen sich starke Akteure und Institutionen mit Interessen an Macht, Status, Einkommen und Profit (medizinisch-industrieller Komplex). Einer demokratisch legitimierten, öffentlich thematisierten und einer kritischen Vernunft verpflichteten Gesundheitspolitik (Public Health), welche den Prinzipien von Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität verpflichtet ist, steht der wachsende Einfluß einer neoliberalen Wirtschaftspolitik gegenüber. In dieser Logik ist Gesundheitspolitik weitgehend Anwendung einer angebotsorientierten Wirtschafts- und Finanzkonzeption auf die Gesetzliche Krankenversicherung. Solidarische und gerechte Finanzierung gilt es zu eliminieren und zu schwächen. „Das ist ein eigenes“ ordnungspolitisches „Ziel, das mit Sparargumenten lediglich übermalt wird“ (Kühn 1997, S. 15).

## 11. Literatur

Abholz, H.-H.: Standardisierung in der hausärztlichen Versorgung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 29, Argument-Verlag, Berlin, Hamburg 1998, S. 23-33

Alber, J., Bernardi-Schenkluhn, B.: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt a.M., New York 1992

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke, Tübingen 1997

AOK Bundesverband: G + G Blickpunkt, Januar 2000

Arnold, M.: Humanität kontra Kostendämpfung im Krankenhaus?, in: Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis, Kulmbach 1988, S. 22-29

Badura, B.: Für eine umfassende Qualitätsstrategie - Die Bedeutung von Public Health für die Gesundheitsreform, in: Merke, K. (Hg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?, Berlin 1997, S. 93-103

Badura, B., Siegrist, J. (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim, München 1999

Bauer, A.W.: Naturwissenschaftliche und hermeneutische Methode in der wissenschaftlichen Medizin: Unvereinbarer Gegensatz oder fruchtbarer Dialog?, in: Haux, R. u.a. (Hg.): Wissenschaftlichkeit in der Medizin, Frankfurt 1998, S. 15-38

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998

Bitzer, E. u.a.: Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementation einer Datensammlung „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ in der Bundesrepublik, Baden-Baden 1998

Blendon, R. et al.: Satisfaction with Health Systems in 10 Nations, in: Health Affairs 1990, P. 185-192

Blendon, R. et al.: Physicians' Perspectives on Caring for Patients in the United States, Canada and West Germany, in: New England Journal of Medicine, April 1994, P. 111-116

Borgers, D.: Evidenzen einer chronischen Medizin. Evidence-based medicine (EBM), Mega-Trials, Numbers Needed To Treat als Vollendung einer rationalen Individualmedizin?, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 29: Standardisierungen in der Medizin, Berlin, Hamburg 1998, S. 6-22

Borgers, D.; Braun, B.; Helmert, U.: Größenordnung und Relevanz der Entwicklung chronischer Krankheiten und von subjektiver Morbidität für das Sozialversicherungssystem. Gibt es eine "Epidemie chronischer Krankheiten?", Manuskript, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik 1999

Braun, B.: Härtefälle in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Manuskript, Bremen 1999

Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main 1998

Braun, B.; Reiners, H.: Über Notwendigkeit politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 1999, 9, S. 1083-1091

Brockmann, H.: Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. Arbeitspapier des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung, Rostock, Januar 2000 (<http://www.demogr.mpg.de>)

Buchner, F.; Wasem, J.: Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile für Krankenversicherer, unveröffentlichtes Manuskript 1999

Bundesministerium für Familie und Senioren: Fünfter Familienbericht, Drucksache 12/7560, Bonn 1994

Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1997, Baden-Baden 1997

Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsreform 2000, Informationen zum Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), 1. Januar 2000

Cant, S., Sharma, U.: Alternative health practices and systems, in: Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S.C. (Ed.): Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London u.a. 2000, S. 426-439

Cochrane, A.L.: Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services, London 1972

Dahl, J.V.; Sasse, A.; Hanrath, P.: Leistungsentwicklung im stationären Bereich: Innere Medizin, in: Arnold, M., Paffrath, D. (Hg.): Krankenhaus-Report/97, Stuttgart 1997

Deutscher Bundestag: 1. Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Bonn 1994

Deutscher Bundestag: 2. Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Bundestagsdrucksache 13/11460, Bonn 1998

Döhler, M.: Gesundheitspolitik nach der „Wende“: Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1990



Evans, R.G.: The market and the state: What are their responsive roles in the regulation of health care systems? Vortrag auf dem 9. Kongress der International Association of Health Policy, Montreal, Kanada, 13.-16.06.1996, zit. nach Braun, Kühn, Reiners 1998, S. 37

Evans, R.G., Barer, M.L.; Marmor, Th.R. (Ed.): Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, New York 1994

Evans, R.G., Stoddart, G.L.: Producing health, consuming health care, in: Evans, R.G.; Barer, M.L.; Marmor, Th. R. (ed.): Why are some people healthy and others not?, New York 1994, p. 27-64

Fachinger, U.; Rothgang, H.: Zerstört der demographische Wandel die Grundlagen der sozialen Sicherheit?, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12, 1997, S. 814-838

Feuerstein, G.: Zielkomplexe und Technisierungsprozesse im Krankenhaus, in: Badura, B.; Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1994, S. 83-154

Feuerstein, G.: Schnittstellen im Gesundheitswesen, in: Badura, B.; Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim, München 1994, S. 211-253

Feuerstein, G.; Badura, B.: Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb, Düsseldorf 1991

Fickel, N.: Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben für Gesundheit. Eine Simulationsanalyse, Frankfurt 1994

Fox, R.C.: Medical uncertainty revisited, in: Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S.C. (Ed.): Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Thousand Oaks, New Delhi u.a. 2000, p. 409-425

Fries, J.F.: Aging, natural death, and the compression of morbidity, in: New England Journal of Medicine 303, 1980, p. 130-135

Gerhardt, U.: Patientenkarrieren, Frankfurt am Main 1986

Gerhardt, U.: Gesundheit ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health, WZB, Berlin 1993

Grunow, D.: Selbsthilfe im Gesundheitswesen, in: von Ferber, Ch. (Hg.): Gesundheitsselbsthilfe, München 1988

Güntert, B.J.: Rationalisierung, Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen?, in: Laaser, U.; Schwalbe, A. (Hg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung, Lage 1999, S. 51-77

Haber, W.: Gesundheit und Krankheit aus ökologischer und humanökologischer Sicht, in: Hazard, B.P. (Hg.): Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung, Opladen 1997, S. 13-36

Hart, D.: Evidenz-basierte Medizin und Gesundheitsrecht. Überlegungen zu rechtlichen Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin, in: Medizinrecht 2000, 1, S. 1-5

Jaufmann, D., Kistler, E.: Genese, Diffusion und Folgen von Medizintechnologien, in: Iffs-Frankfurt a.M., INIFES-Stadtbergen, ISF-München, SOFI-Göttingen (Hg.): Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung. Schwerpunkt: Technik und Medizin, Berlin 1992, S. 17-147

Kahrs, M.: Alternative Medizin. Quantitative Befunde zum Laienverständnis alternativer Heilverfahren, in: Marstedt, G.; Milles, D.; Müller, R. (Hg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen, Bremerhaven 1999, S. 133-154

Kirchberger, S.: Technischer Fortschritt in der Medizin. Strukturen der Leistungsentwicklung und der Leistungserbringung, in: Argument Sonderband AS 141, 1986, S. 7-28

Kirsch, W.; Schafii, C.: Misdiagnosis at a University Hospital in 4 Medical Areas, In: Medicine 1996, 75, p. 29-40

Kühn, H.: Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 21, Hamburg 1993, S. 6-20

Kühn, H.: Gesundheitspolitik für den „Standort Deutschland“. Thesen und Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 28, Berlin, Hamburg 1997, S. 15-32

Kühn, H.: Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Laaser, U.; Schwalbe, A. (Hg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Gesundheitswissenschaftliche Analysen, Lage 1999, S. 145-157

Laaser, U.; Schwalbe, A. (Hg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung, Lage 1999

Labisch, A.: Homo Hygienikus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a.M., New York 1992

Leidl, R.; Ament, A.; Baltussen, R.: Kosten-Effektivitätsanalyse und Lebensalter, in: Oberender, P. (Hg.): Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, S. 197-220

Lubitz, J.D.; Prihoda, R.: The Use and Costs of Medicare Services in the last two Years of Life, in: Health Care Financing Revue 5, 1984, p. 117-131

Lubitz, J.D.; Riley, G.F.: Trends in Medicare Payments in the last Year of Life, New England Journal of Medicine, 15, 1993, p. 1092-1096

Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.): Gesundheits- und Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg, New York 1998

Mc Horney, C.A.: Concepts and Measurement of Health Status and Health-related Quality of Life, in: Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S.C. (ed.): Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London, Thousand Oaks, New Delhi 2000, p. 339-358

Mc Keown, T.: Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis, Frankfurt am Main 1982

Mc Kinlay, J.B.; Mc Kinlay, S.M.; Beaglehole, R.: A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services 1989, 19, p. 181-208

Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland, Opladen 1994

Mühlhauser, I., Höldke, B.: Mammographie-Screening - Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz-Grundlage zur Kommunikation mit der Frau, in: Arznei-Telegramm 1999, 10, S. 101-108

OECD: New Directions in Health Care Policy, Paris 1995

OECD: Health Data Comparative Analysis of 29 Countries, Paris 1998

Perleth, M.; Beyer, M.: Evidenz-basierte Medizin, die Cochrane Collaboration und der Umgang mit medizinischer Literatur. Implikationen für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Jahrgang 90, 1996, S. 67-73

Pfaff, A.B.; Busch, S.; Rindsfüßer, Chr.: Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebungen 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt am Main/New York 1994

Reinhardt, U.E.: Diskussion des Beitrags von Balabam und Goldfar, in: Culyer, A.J.; Horisberger, B. (Hg.): Technologie im Gesundheitswesen. Medizinische und wirtschaftliche Aspekte, Berlin u.a. 1984, S. 39-46

Rosenbrock, R.: AIDS kann schneller besiegt werden: Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg 1987

Rosenbrock, R.: Ein Grundriß wirksamer AIDS-Prävention, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, Heft 3, 1994, S. 233-244

Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1998

Rothgang, H.: Umverteilung und Pflegeversicherung. Verteilungswirkungen der Einführung aufgrund der langfristigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung, in: Igl,

G.; Naegele, G. (Hg.): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, Oldenburg 1999, S. 65-81

Rothgang, H.: Demographische Entwicklung und sozialstruktureller Wandel. Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheits- und Pflegewesens, in: Görres, St.; Hoffmann, W.; Terschüren, C. (Hg.): Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahre 2020. Trends und Einflußfaktoren, Manuskript Universität Bremen 1999

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995, Baden-Baden 1995

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor Zukunftsbranche, Sondergutachten 1996, Baden-Baden 1996

Sagan, L.A.: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich, Reinbek 1992

Sackett, D.L.; Oxman, A.D. (eds.): Cochrane collaboration handbook, Oxford 1995

Sackett, D.L. u.a.: Evidenzbasierte Medizin, München 1999

Schmacke, N.: Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens, Opladen 1997

Schnabel, B.-E.: Eigensinn oder Sachzwang? Forschungsfragen zur Anwendungslogik kurativer Techniken, in: Ehlert, W. (Hg.): Sozialverträgliche Technikgestaltung und/oder Technisierung von Sachzwang?, Opladen 1992, S. 125-136

Schönhöfer, P.S.: Klinik-basierte Erfassung arzneimittelbedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System (ZKH Bremen), in: Arzneimitteltherapie 1999, 17, S. 1-4

Schröder, H.; Selke, G.W.: Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 1999, Berlin u.a. 2000, S. 657-683

Schröder, H.; Selke, G.W.: Arzneiverordnungen nach Arztgruppen, in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 1999, Berlin u.a. 2000, S. 697-706

Schulz, Th: Alternative Medizin in subjektiver Deutung chronisch Kranker, in: Marstedt, G.; Milles, D.; Müller, R. (Hg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen, Bremerhaven 1999, S. 155-173

Schwabe, U.: Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1998, in: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 1999, Berlin u.a. 2000, S. 1-22

Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 1999, Berlin u.a. 2000

Schwartz, F.W. u.a.: Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland - Krankheitskostenlast und Risikopotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation, Lengerich 1999

Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachservice 12, Ausgaben für Gesundheit 1970-1996, Wiesbaden 1999

Troschke, J. von: Selbstbehandlung und Selbstmedikation medizinischer Laien, BMA-Forschungsbericht Nr. 67, Bonn 1981

Uexküll, Th. v.; Wesiack, W.: Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde, in Uexküll, Th. v. (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München 1981, S. 7-21

Verbrugge, L.M.: Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-age and older persons, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 62, 1994, p. 474-519

Wasem, J.: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss 1999

WHO-Weltgesundheitsorganisation: Einzelziele für 'Gesundheit 2000', Kopenhagen 1986

WHO-World Health Organization: European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, Kopenhagen 1996

Wismar, M.: Gesundheitswesen im Übergang zum Postfordismus. Die gesundheitspolitische Regulierung der Fordismuskrisis in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a.M. 1996

Zweifel, P.; Felder, St.; Meier, M.: Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Oberender, P. (Hg.): Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, S. 29-46