

In der Diskussion um eine **Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung** finden die **Vorschläge einer Reihe marktwirtschaftlich orientierter Wissenschaftler (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Kronberger Kreis, Wissenschaftliche Arbeitsgruppe zur Krankenversicherung)** gewisse Beachtung. **Ausgehend von der unbestrittenen Tatsache, daß auf den meisten Märkten die Steuerung von Angebot und Nachfrage am besten über den Wettbewerb erfolgt und eben dann die Freiheit des einzelnen am größten ist, schlagen sie vor, im Gesundheitswesen der Bundesrepublik konsequent Wettbewerbselemente einzubauen. Auf diese Weise soll die von allen Seiten erwünschte Steigerung der Effizienz und Effektivität erreicht und sollen eine bürokratische Steuerung sowie staatlicher Dirigismus vermieden werden.**

Strukturreform im Gesundheitswesen:

Bei der Wahl der „geeigneten“ Instrumente wird von marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsökonomien in der Bundesrepublik den in den USA angewandten Lösungen eine hohe Aufmerksamkeit geschenkt: Vor allem mit den Health-Maintenance-Organizations (HMO) haben die USA eine Finanzierungs- und Versorgungsstruktur gefunden, die eine wirtschaftliche medizinische Versorgung unter überzeugenden Wettbewerbsbedingungen bei größtmöglicher Wahlfreiheit des Versicherten zu garantieren scheint. Kein Wunder, daß HMO-ähnliche Lösungen auch bei uns vorgeschlagen und in der Schweiz probeweise ab 1988 aufgebaut werden sollen.

Was aber in der Theorie, aus der Ferne und ohne Kenntnis der eigentlich bewegendem Kräfte vorbildlich aussieht, bietet bei einer genaueren Betrachtung ein weniger günstiges Bild.

Die „neuen“ Lösungsansätze

In den USA kam es vor allem in den siebziger Jahren – wie in allen hochentwickelten Staaten, mit Ausnahme von Großbritannien und Japan – zu einem starken Anstieg der

Michael Arnold

System-Transfer aus den USA kein taugliches Rezept

Gesundheitsausgaben. Am Ende dieses Wachstums geben die Amerikaner nun 10,4 Prozent des Brutto-sozialproduktes für die medizinische Versorgung aus. Das scheint – läßt man die Erfassungs- und Abgrenzungsproblematik einmal außer acht – nur unwesentlich *über* der Quote für die Funktion „Gesundheit/Krankheit“ von 9,4 Prozent in der Bundesrepublik Deutschland zu liegen. Während aber in der Bundesrepublik praktisch 100 Prozent der Bevölkerung ein umfassendes Versorgungsangebot in Anspruch nehmen können, stehen in den USA rund 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung außerhalb eines institutionalisierten Systems: Sie sind nicht abgesichert und daher zum Beispiel auf *karitati-*

ve Einrichtungen angewiesen. Der Pro-Kopf-Aufwand für die im Rahmen von Versicherungen oder Regierungsprogrammen tatsächlich Versorgten dürfte deshalb in den USA höher liegen, als es aus der „Gesundheitsquote“ hervorgeht.

Durch die Kosten für die medizinische Betreuung der Versicherten werden vor allem die Unternehmen erheblich belastet: Die Absicherung des Krankheitsrisikos ist ein Wettbewerbselement bei der Gewinnung von Arbeitnehmern; der Beitrag zur Krankenversicherung wird überwiegend vom Arbeitgeber getragen. So hatte General Motors 1974 rund 630 Millionen \$ für die Gesundheitsversorgung seiner Beschäftigten aufgewandt, 1984 waren es 2,3 Milliarden \$; das entspricht einer jährlichen Steigerung von 14 Prozent.

Zur Erleichterung der durch so hohe Steigerungsraten alarmierten Unternehmer traten mit den HMO Anfang der achtziger Jahre „Anbieter“ von Gesundheitsleistungen auf, die für einen Fixpreis die ambulante, stationäre und Arzneimittelversorgung von Versicherten zur Verfügung stellen. Dabei werden die Anreize so gesetzt, daß der Versicherte möglichst rasch immer das „billigste“ Glied der Versorgungskette in Anspruch nimmt und durch die Propagierung eines gesundheitsbewußten Verhaltens mit einer frühzeitigen Behandlung wenn nicht das Entstehen, so doch das Fortschreiten einer Krankheit verhindert wird.

Diese Idee „zündete“, große Unternehmen schlossen Verträge für ihre Betriebsangehörigen ab, HMO schossen daraufhin wie „Pilze“ aus dem Boden, ein entsprechendes Bundesgesetz segnete die Entwicklung ab, und so gab (und gibt) es seither zweistellige Zuwachsraten bei den Versicherungszahlen. Inzwischen gehören 25 Prozent der amerikanischen Bevölkerung einer HMO (oder einer vergleichbaren Institution) an, bis 1995 sollen es 50 Prozent sein.

Die Zahl der HMO und anderer Formen der „Managed Health Care“ ist inzwischen sehr groß mit einer praktisch kaum noch übersehbaren Vielfalt an Leistungsangeboten, an Anreizstrukturen, an Ver-

tragsgestaltungen. Von Interesse für uns sind nicht die Details, sondern ist die Schilderung der zugrundeliegenden Prinzipien und der sich abzeichnenden Auswirkungen auf das medizinische Versorgungssystem.

Die Grundkonstruktion

Eine HMO „kauft“ Leistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Pharmafirmen und bietet sie als Leistungspaket einem Unternehmen an. Dieses ist verpflichtet, den Firmenangehörigen mehrere HMO zur Auswahl zu offerieren, die sich für den Arbeitnehmer vor allem im Preis, aber auch im Leistungsangebot unterscheiden. Es bestehen also vielerlei Wahl- und Wechselmöglichkeiten für den Konsumenten, und so scheinen Wettbewerb und Marktbedingungen in idealer Form gewährleistet zu sein.

Zur Leistungsseite: Je nach HMO-Konstruktion kann die ärztliche Leistung bei einem niedergelassenen Arzt vertraglich vereinbart (der dann auch noch Privatpatienten oder die Mitglieder anderer HMO behandelt) oder durch fest angestellte Ärzte erbracht werden. Das entspricht ungefähr der Situation im Deutschen Reich vor 1931, also vor der Einrichtung von Kassenärztlichen Vereinigungen, als die Kassen Einzelverträge mit Ärzten abschlossen oder selbst Ärzte beschäftigten.

Besonders preiswert wird eine HMO mit festangestellten Primärärzten sein, die in einem Gesundheitszentrum mit integrierten Tagesbetten, einer Apotheke und einem nicht allzu differenzierten Gebietsarztangebot arbeiten.

Die Ärzte verdienen mit rund 25 000 bis 30 000 \$ Jahresgehalt deutlich weniger, als sie in freier Praxis (in Abhängigkeit vom jeweiligen Fachgebiet) verdienen würden (ein 36 Jahre alter General Practitioner verdient etwa 100 000 \$ – vor Steuern). Die HMO haben dennoch keine Schwierigkeiten, Ärzte zu rekrutieren: Einmal, weil sie ein festes Einkommen ohne Investitionsrisiko und geregelte Arbeitszeiten garan-

tieren, und zum anderen, weil es genügend Ärzte – und zunehmend Ärztinnen – ja, einen Überschuß an Ärzten gibt, die zudem meist noch den fürs Studium aufgenommenen Kredit zurückzahlen müssen und also auf eine Erwerbsquelle angewiesen sind. Die „Einkaufspreise“ der Ärzte sinken infolgedessen. Mitte 1987 waren 158 000 Ärzte in irgendeiner Weise mit einer HMO verbunden.

Die marktwirtschaftlich ausgerichteten Vorschläge für die Reform unseres Gesundheitssystems gehen in ähnlicher Weise von Wahlmöglichkeiten des Versicherten zwischen den Kassen und direkten Vertragsverhältnissen zwischen Ärzten und Kassen aus. In der Tat liegt es nahe, den auch bei uns bestehenden Ärzteüberschuß zur Verbilligung des Leistungsangebotes zu nutzen und so das Verhältnis von Ärzteangebot und Leistungsnachfrage allmählich auszutarieren. Aber nicht nur die Erfahrungen vor 1931 zeigen, wohin das führen kann – in die *totale Ab-*

Nutznießler des Wettbewerbs

Nun wäre dagegen nichts einzuwenden, sondern im Gegenteil sind das Regeln, die auch wir im bestehenden System in dieser und jener Form diskutieren sollten, um die sinnlose Mengenausweitung in manchen Bereichen zu unterbinden, wenn nur die Konkurrenz zwischen den HMO über das Leistungsangebot ginge und auf den Versicherten zielte: Man könnte dann als Versicherter jenes Paket wählen, das für die individuellen Bedürfnisse optimal zugeschnitten ist (das genau ist auch die Absicht der Vorschläge, die von den wettbewerblich orientierten Gesundheitsökonomien eingebracht werden). Aber der Wettbewerb geht in den USA weniger über die Qualität oder den Umfang des Leistungspaketes als über dessen Preis. Da der jedoch größtenteils vom Arbeitgeber zu entrichten ist, kommt es für die HMO darauf an, den Unternehmen möglichst preiswerte Angebote von Gesundheitsleistungen zu ma-

hängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen –, sondern auch die aktuellen Erfahrungen in den USA bestätigen dies.

Die HMO hat ein Interesse an einer möglichst preisgünstigen Leistungserbringung und wird deshalb „Benutzerregeln“ aufstellen, die das garantieren können. So muß der Patient im Falle einer Krankheit obligat einen Primärarzt aufsuchen, der als „Gatekeeper“ des Systems funktioniert: Alle Leistungen werden von ihm veranlaßt, wobei er nicht nur eine hohe medizinische, sondern auch eine große ökonomische Verantwortung trägt. Die wirtschaftlichen Anreize sind so gesetzt, daß er sich die Veranlassung einer Leistung zweimal überlegen wird. Durch Zurückhaltung eines gewissen Honoraranteils können gegen ihn Sanktionen ergriffen werden, wenn er über das plausible Maß und überdurchschnittlich viele Überweisungen zum Spezialisten, Einweisungen ins Krankenhaus oder Medikamentenverordnungen vornimmt.

chen und so zu deren Vertragspartnern zu werden.

Die Folge ist ein *ruinöser Wettbewerb*: Wie bei einer Bausparkasse ist eine HMO um so leistungsfähiger, je mehr neue Mitglieder sie gewinnen kann. Stagniert deren Zahl und ändert sich (z. B. altersbedingt) deren Morbiditätsspektrum oder ihr Inanspruchnahmeverhalten, dann kann eine HMO rasch in eine Klemme kommen und zahlungsunfähig werden.

Um dies abzuwenden, wird sie sich bemühen, medizinische Leistungen immer billiger „einzukaufen“. Dazu zählt einmal der Druck auf das Entgelt der Ärzte – was durch den Ärzteüberschuß ermöglicht wird –, aber fast ebenso leicht sind die Krankenhäuser unter Druck zu setzen.

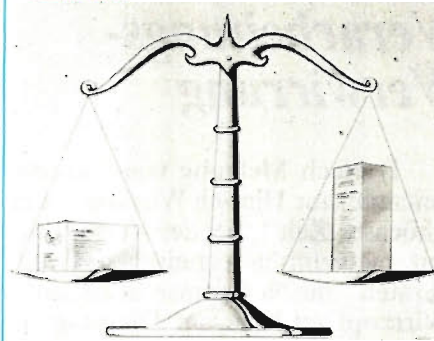
Mit der Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) zunächst für Medicare-Patienten (das staatliche Versorgungsprogramm für Rentner) wurden die bis dahin üblichen wirtschaftlichen Anreize praktisch umgekehrt (bis dahin wurden die Kran-

kenhäuser nach Einzelleistungen vergütet). Daraus resultieren extrem kurze Verweildauern, erstaunlich niedrige Auslastungsquoten, ein erheblicher Bettenabbau und – in Verbindung mit Sanktionen gegen einweisende Ärzte – sogar eine noch immer weiter sinkende Einweisungsfrequenz (kein Zweifel, daß wir für unser System einiger dieser Anreize bedürften, um den bestehenden Bettenüberhang zu mildern).

Da die Krankenhäuser nun auf HMO-Patienten angewiesen sind, werden sie bereit sein, bei den Verhandlungen über die Höhe der DRG nachzugeben – sonst kommt womöglich der Vertrag mit einem anderen Krankenhaus zustande, dessen Fixkosten vielleicht niedriger liegen (zum Beispiel, weil es dort keine Ausbildungsfunktion gibt). Das Krankenhaus kommt so unter starken Kostendruck und wird alle Möglichkeiten der internen Leistungseinschränkung (z. B. Röntgen, Labor, Medikamente) ausnutzen. Um die Qualität nicht zu gefährden, werden parallel zu den Einsparungsmaßnahmen rigorose Qualitätskontrollen durchgeführt, so daß nach vorliegenden Studien den Patienten tatsächlich keine medizinischen Nachteile entstehen. (Diese neu entwickelten Methoden der Qualitätskontrolle sind unbestreitbar ein wichtiger und sehr positiver Nebeneffekt der HMO und der Vergütung von Krankenhäusern mit DRG.)

Selbstverständlich kommen auch die Pharmaindustrie und die Apotheken nicht ungeschoren davon: Mit Nachdruck (und nicht ohne die Möglichkeit wirtschaftlicher Sanktionen) werden die Ärzte zur Verordnung preisgünstiger Arzneimittel angehalten und darauf aus sein, stets das Kosten-Wirkungsverhältnis im Auge zu haben. Positivisten vervollständigen das Repertoire, um die Kosten auf diesem Gebiet in den Griff zu bekommen, Lieferverträge zwischen der HMO und Herstellern werden abgeschlossen. Dabei ist die Freiheit der Arzneimitteltherapie theoretisch keineswegs aufgehoben, denn der Arzt kann auch außerhalb der Liste verordnen – nur muß dann der Versicherte selbst bezahlen!

Use LEVLEN instead of LO/OVRAL



LEVLEN

ACTIVE INGREDIENTS
30 mcg ETHINYL ESTRADIOL
0,5 mg L-NORGESTREL

LO/OVRAL

ACTIVE INGREDIENTS
30 mcg ETHINYL ESTRADIOL
0,5 mg L-NORGESTREL

INACTIVE INGREDIENTS
0,5 mg D-NORGESTREL

Only the price tips the scale

„Nur der Preis gibt den Ausschlag“: Beispiel der aggressiven Werbung für Billigpräparate auf dem US-Markt

Folgen für die Zukunft

Welche Konsequenzen dies alles für die weitere Entwicklung haben wird, ist unschwer abzusehen: Das Interesse am Beruf des Arztes nimmt schon jetzt deutlich ab. Die stark vom Leistungswillen und von materiellen Interessen geleiteten „Yuppies“ der neuen Generation streben einen einträglichen Job als Broker oder in der Industrie an und nicht den eines gegenüber früher schlecht verdienenden Arztes. Außerdem wird beobachtet, daß es inzwischen an vielen Medical Schools mehr Medizinstudentinnen als -studenten gibt; auch das wird als ein „Zeichen“ für die abnehmende Attraktivität des Arztberufes gewertet.

In den Krankenhäusern wird die Konzentrierung des Leistungsgeschehens weiter fortschreiten – am Ende steht das Akutkrankenhaus als eine einzige Intensivversorgungsinstitution für Schwerstkranke –, und zwar nicht nur für schwerstkranken HMO-Versicherte. Dem gesamten Leistungsgeschehen in den USA wird über kurz oder lang der Stempel der HMO-Bedingungen aufgedrückt sein. Weder Ärzte noch Krankenhäuser werden nämlich bei der Leistungserbringung zwischen Privatpatienten, HMO-Versicherten oder Medicare- und Medicaid-Emp-

fängern (die inzwischen in einigen Staaten HMO-Mitglieder werden können) unterscheiden. Sie verändern vielmehr ganz generell ihr Verhalten, und so werden alle Patienten in Zukunft nach den durch die wirtschaftlichen Anreize der HMO bestimmten Standards behandelt werden. Eine besondere Bedeutung wird das für den stationären Sektor und für die Pharmaindustrie gewinnen:

▷ Die Krankenhäuser werden in immer weniger Betten – 3,4 Akutbetten je 1000 Einwohner ist beispielsweise in Connecticut die Richtzahl gegenüber 7,6 Akutbetten je 1000 Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland – immer höherwertige Leistungen erbringen.

▷ Die Pharmaindustrie wird immer weniger bereit sein, in die Forschung zu investieren, wenn Medikamente in Zukunft nur noch unter Preis und nicht mehr unter Qualitätsgesichtspunkten bewertet werden. Auch die durch die Positivliste verzögerte Neueinführung eines Präparates ist kein Leistungsanreiz.

Das medizinische Leistungsgeschehen wird in allen westlichen Industrieländern entscheidend von den ökonomischen Anreizen bestimmt. Es ist eine weltfremde Annahme, daß es ohne Qualitätseinbußen aufrecht erhalten werden könnte, wenn die für hohe Leistungsbeurteilung unverzichtbaren „Incentives“ fehlten (das ist auch bei allen Reformvorschlägen in der Bundesrepublik zu berücksichtigen):

▷ Ärzte müssen die Chance haben, für *außergewöhnliche Leistungen* entsprechend honoriert zu werden.

▷ Krankenhäuser werden nur ein Interesse an einer wirtschaftlichen Leistungserbringung haben, wenn sie selbst davon profitieren (an dieser Möglichkeit fehlt es in der Bundesrepublik, und das kann viele aktuelle Mängel im stationären Sektor erklären).

▷ Die Pharmaindustrie wird nur in neue Techniken und in die Forschung investieren, wenn sie die Gewißheit hat, damit einen Gewinn zu erzielen (die bedeutendsten forschenden Firmen sind alle so diversifiziert, daß sie ohne Existenzbedrohung den Produktteil „Pharma“ zu-

rücknehmen können. Es liegt im Interesse des therapeutischen Fortschrittes und damit in unserem Interesse, daß das nicht geschieht). – Die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems und die Fortschritte der Zukunft werden durch den harten Preiswettbewerb in den USA ebenso aufs Spiel gesetzt, wie es bei uns durch mehr Reglementierung und undifferenzierte Mittelkürzungen geschehen würde. Der Haupteffekt, eine wirkliche Kostendämpfung, wurde dabei in den USA bisher nicht erreicht: Uwe Reinhardt hat 1986 nach einer gesundheitsökonomischen Tagung der Robert-Bosch-Stiftung (Stuttgart) darauf hingewiesen, daß es unsicher sei, ob die Öffnung des US-amerikanischen Gesundheitswesens für den Wettbewerb zu einer Kostendämpfung geführt habe. Was man heute ergänzend sagen kann: Es hat in jedem Fall zu einem Verlust an Freiheit geführt.

Wir sollten das Beispiel USA vor Augen haben, wenn uns für die Strukturreform Vorschläge zu mehr Wettbewerb als eine Art Patentlösung unserer Probleme im Gesundheitswesen hingestellt werden. Es kommt zur Sanierung unseres Systems nicht darauf an, der reinen Lehre der Marktwirtschaft entsprechend bestimmte Prinzipien zu realisieren, sondern eine kritische Analyse des medizinischen Leistungsgeschehens vorzunehmen und dann Anreize so einzubauen, daß vorzugsweise das medizinisch Sinnvolle geleistet wird. Dazu gehören mehr Transparenz und mehr Qualitätssicherung genauso wie Selbstbeteiligungsregeln für den Patienten und Wirtschaftlichkeitskontrollen mit Sanktionsmöglichkeiten beim Leistungserbringer. Auch dann wird keiner in einem Wurf den Stein der Weisen finden, doch über „trial and error“ sollte es möglich sein, Strukturen aufzubauen, die auch künftig ein leistungsfähiges Versorgungssystem zu unterhalten erlauben.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Michael Arnold
Anatomisches Institut
der Universität Tübingen
Österbergstraße 3
7400 Tübingen

Verarbeitungs- Verwirrung

I) Nach Meinung von Gesundheitsminister Hinrich Wirrkopf ist es „höchste Zeit“, bei der Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten „die Notbremse zu ziehen“. Wirrkopf erklärte am Dienstag, in vielen Bereichen – vor allem in großstädtischen Ballungsräumen – bestehe bereits eine Überversorgung mit Großgeräten. Immer mehr Großgeräte würden, eine Folge des Bevölkerungsrückgangs, immer weniger Versicherte versorgen.

Der Minister knüpfte daran die Feststellung, angesichts dieser Entwicklung sei die Einführung einer obligatorischen Altersgrenze für Großgeräte dringend geboten. In seinem Haus werde derzeit ein Gesetzentwurf erarbeitet, der die Einführung einer Altersgrenze für Großgeräte zwingend vorsieht. „Unverzichtbares Element einer solidarischen Lösung ist das Gebot an alle Großgeräte, nach langjähriger Tätigkeit der jungen Gerätegeneration ihren Platz zu übergeben“, betonte Wirrkopf.

II) Gesundheitsminister Hinrich Wirrkopf hat am Mittwoch den Entwurf des Kassenarztpraxen-Investitionsprogramms 1988 vorgelegt. Der Minister erwartet hiervon einen deutlichen Investitionsschub, von dem vor allem die jungen Ärztinnen und Ärzte profitieren werden. Für die Bewilligung von neuen Investitionsmaßnahmen steht allein ein Drittel der Mittel zur Verfügung. Die pauschalen Fördermittel des Landes für die Errichtung neuer oder die Sanierung und Modernisierung bestehender Praxen konnten in diesem Jahr um die Summe von 40 Millionen DM erhöht werden, wobei insbesondere die kleineren Praxen bis zu 25 Prozent mehr Mittel erhalten als die größeren.

III) Auf die hervorragende Ausstattung seines Landes mit Krankenhäusern hat Gesundheitsminister Hinrich Wirrkopf am Donnerstag hingewiesen. Für eine ganze Reihe von Krankentypen sei der Bedarf in unserem Land voll-

ständig gedeckt. Bei fast allen dieser hochmodernen Einrichtungen liege das Land an der Spitze der Flächenländer. In den anderen Ländern müßten sich – je nach Typ – bis zu 17mal so viele Einwohner ein Krankenhaus teilen.

– Minister Wirrkopf kann wirklich nichts dafür: bei der Verbreitung der Verlautbarungen seines Hauses hat der Textcomputer (ein Großgerät!) unverständlicherweise einige der Textbausteine durcheinandergeschmissen. Früher hätte man den Schuldigen in die Wüste geschickt, beziehungsweise in den politischen Ruhestand versetzt. Bei den modernen Wortverarbeitungsmaschinen muß man die etatmäßig zu ermittelnde Altersgrenze abwarten.

Bis dahin müssen wir uns wohl noch auf einige höchst merkwürdig klingende gesundheitspolitische Äußerungen gefaßt machen. gb

Berliner Trick

Eine Studentin im ersten klinischen Semester möchte in Berlin famulieren. Das ist gewiß anerkanntenswert, zumal den Studenten gerne nachgesagt wird, sie seien unbeweglich, ihnen fehle die Initiative.

Unsere Studentin kennt sich in Berlin nicht aus. Sie studiert und lebt nämlich – um die Berliner Sicht zu nehmen – in Westdeutschland. Folglich schreibt sie an verschiedene Berliner Stellen, bei denen sie einschlägige Kenntnisse vermutet – etwa an den Marburger Bund. Der gibt sich in Berlin besonders basisnah und gewerkschaftlich. So ganz im Sinne einer ratsuchenden Jung-Medizinerin, sollte man meinen.

Denkste! Während sich einige der angeschriebenen Verbände der „Etablierten“ als überraschend freundlich und hilfsbereit erweisen, kommt der Berliner MB mit einer Kurzantwort ohne Anrede und Gruß: Informationen gebe es nur für Mitglieder.

Ist das nun ein spezieller Trick, um an Mitglieder zu kommen, oder der zarte Hinweis, daß die Berliner Ärztegwerkschaftler unter sich bleiben wollen? NJ