

Der Alptraum des Kassenpatienten Ruiniert die Reduzierung der Versicherungsleistungen die Gesundheit?

Johann-Magnus von Stackelberg

Vorbemerkung: Gesunde werden nicht unmittelbar durch das Leistungsversprechen der Krankenkassen in ihrer Gesundheit tangiert. Gesunde brauchen grundsätzlich keine Leistungen – sie brauchen die Sicherheit, im Krankheitsfall gut versorgt zu werden.¹

These 1: Die Gesundheit hängt nicht (nur) von ärztlichen Leistungen (und den Leistungen weiterer Leistungserbringer im Gesundheitswesen) ab.

Kürzlich kamen erfreuliche Nachrichten aus Brüssel: Die Lebenserwartung in der Europäischen Union ist seit 1960 um acht Jahre gestiegen.² Im Jahr 2000 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung 75 Jahre für Männer und 81 Jahre für Frauen. Gleichzeitig stellt der neueste Bericht der Europäischen Kommission über die soziale Lage in der EU 2003 fest, dass die Gesundheit in einem klaren Zusammenhang zum sozioökonomischen Umfeld steht. Hohe Erwerbsquoten, niedrige Arbeitslosenzahlen und ein hohes durchschnittliches Volksvermögen reduzieren die Sterblichkeitsraten innerhalb einer bestimmten Zeit nachweislich erheblich. Außerdem deuten viele Untersuchungen von Einzelpersonen darauf hin, dass Arbeitslosigkeit und körperliche wie geistige Krankheit oder Behinderung in ei-

nem positiven Wechselverhältnis zueinander stehen. Arbeitslose Menschen unterliegen einem erheblich höheren Risiko eines schlechteren Gesundheitszustands, und sie konsultieren häufiger Ärzte. Studien belegten, dass beispielsweise Arbeitslose ein fünf Mal so hohes Sterberisiko aufwiesen wie Menschen in einer stabilen Beschäftigungssituation. Beschäftigung wirkt sich insgesamt positiv auf Lebensdauer und Gesundheit aus, sofern es sich um qualitativ hochwertige Stellen handelt. Die Kosten von geringwertigen Arbeitsplätzen sind erheblich. Insgesamt gingen in der EU 1998/99 auf Grund von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen 500 Mio. Arbeitstage verloren. Auch der Lebensstil wirkt sich in hohem Maße auf den Gesundheitszustand aus. Dem neuesten WHO-Bericht zufolge (2002) ist der Genuss von Tabak mit rund 12 Prozent der gesamten krankheits- und verletzungsbedingten Kostenbelastungen der Risikofaktor Nummer eins. In der EU rauchen mehr Männer als Frauen (40 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen), wobei die Zahl der Raucher zunimmt, insbesondere bei jungen Frauen.

These 2: Die Ausgaben für Gesundheit wirken nicht lebensverlängernd.

Besonders interessant ist das Kapitel über die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. 1999 schwankte der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 10,3 Prozent in Deutschland und 6,1 Prozent in Luxemburg, der gewichtete Durchschnitt betrug 8,4 Prozent. Die Gesundheitsausgaben insgesamt als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind derzeit in Deutschland am höchsten, gefolgt von Frankreich und Belgien. In den USA lag der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 2000 bei 13 Prozent,

wobei sich der öffentliche Teil auf 44 Prozent bezifferte. In Kanada rücken die Zahlen mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von 9,1 Prozent am BIP und einem öffentlichen Anteil von 71 Prozent eher in die Nähe des EU-Durchschnitts.

Das deutsche Gesundheitssystem ist das teuerste in Europa, sein Outcome, gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung, liegt eher im mittleren Bereich. Aber nach wie vor gibt es keine Klagen über erhebliche Wartelisten und keine Zugangsbeschränkungen zur medizinischen Versorgung. Das Ausmaß versteckter Wartelisten, z. B. durch Budgetferien im ambulanten Bereich, lässt sich verlässlich nicht beurteilen.

These 3: Ob mehr Ärzte und mehr Leistungen auch mehr Gesundheit bedeuten, ist unklar.

So stellen Tacke und Lauterbach³ in einem internationalen Vergleich 1998 fest, dass keine eindeutige Beziehung der Arztdichte zu medizinischen Prozessen und zu den Ergebnissen der Gesundheitssysteme besteht:

„Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die Bedeutung der Arztdichte gegenwärtig unklar ist und die gegenwärtige Diskussion weitgehend ohne Bezug zur Bewertung von medizinischen Prozessen und Outputs geführt wird. Durch die Evaluierung der Patientenversorgung anhand von Effektivitätsmessungen und Kosten-Nutzen-Analysen kann künftig ein ergebnisorientiertes Kriterium in die Entscheidungsfindung über die Arztdichte eingebracht werden.“

Ob ein Anwachsen der ärztlichen Leistungen auch einen Anstieg der Gesundheit bedeutet, darf nicht nur seit den Gebührenordnungsreformen im ambulanten ärztlichen Bereich bezweifelt werden, in deren Folge binnen kurzer Zeit die Zahl der abgerechneten Leistungen um 30

Prozent stiegen. Bruckenberger⁴ weist die rasant gestiegene Zahl der PCTAs in Deutschland nach, die auf die Sterbeziffer der chronisch ischämischen Herzkrankheiten keinen unmittelbar absenkenden Effekt ausübte.⁵

Daraufhin stellt sich die Frage, welchen Einfluss das Gesundheitssystem überhaupt auf die Lebenserwartung und die Gesundheit der Bevölkerung hat. Schwartz und Busse⁶ weisen auf Ansätze einiger Wissenschaftler hin, die trotz der methodischen Probleme versucht haben, den Anteil des Gesundheitssystems an der Verbesserung der Lebenserwartung zu berechnen. Je nach Modellansatz und Berechnungen liegt dieser Anteil immerhin bei mindestens 12 – 24 Prozent.

Klar ist aber auch, dass Gesundheit nicht nur über die Messgröße Lebenserwartung erfasst werden sollte. Die Verbesserung von körperlichen Funktionen und die Steigerung der Lebensqualität sollten auch erfasst werden, und darauf haben Gesundheitssysteme z.T. deutliche Auswirkungen.

These 4: Rationierung wird als ultima ratio postuliert.

Es ist das Ziel aller ernstzunehmenden politischen Parteien in Deutschland, eine Zwei-Klassen-Medizin, in der das Motto „weil Du arm bist, musst Du früher sterben“ gilt, zu verhindern.

In Abwandlung eines Bismarck-Ausspruchs zum Militär gilt: „Die Medizin ist viel zu wichtig, als dass man sie den Medizinern alleine überlassen könnte.“ Alleingelassen würden die Mediziner es durchaus schaffen, das gesamte Volkseinkommen für medizinische Leistungen auszugeben. Dass die Ressourcen begrenzt sind, ist keine neue Erkenntnis. Für Mediziner ist es aber offenbar immer wieder verwunderlich, dass die Wirksamkeit der von ihnen empfohlenen Maßnahmen nicht ausreicht.

Das ökonomische Gebot ist es, mit den gegebenen Mitteln ein Maximum an gesundheitlichem Wert zu schaffen oder, in inhaltlich gleichwertiger Formulierung, ein vorgegebenes Niveau an gesundheitlichem Outcome mit minimalem Ressourceneinsatz zu verwirklichen.

Dieses Rationalisierungsgebot bildet keine arglistige Erfindung von Ökonomen mit der Intention Mediziner zu ärgern und von ihrem ärztlichen Auftrag abzubringen. Es gibt einen erkennbaren gesellschaftlichen Grundkonsens, dass Rationalisierungspotenziale gehoben werden sollten bevor Rationierungen in großem Umfang Platz greifen.

These 5: Das GMG rührt den Kern des Leistungskatalogs der GKV nicht an.

Es ist Aufgabe der Politik den Leistungskatalog der GKV zu bestimmen. Die im GMG vorgenommenen Leistungskürzungen treffen nicht den Kern des Leistungskataloges der GKV. Die GKV bleibt im Grundsatz eine Vollversicherung.

Im Fokus der GMG-Maßnahmen steht die Neuordnung der Finanzierung, genauer die Entlastung der Arbeitgeber und damit der Lohnnebenkosten. Es zeichnet sich ein Trend ab, weg von der paritätischen Finanzierung hin zur alleinigen Finanzierung durch die Versicherten. Hinzu kommen Maßnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, insbesondere durch die Erhöhung der Zuzahlungen. Die zusätzliche Belastung der Versicherten durch alle Maßnahmen des GMG wird im Jahre 2007 10 Mrd. Euro betragen. Angesichts der bekannten 20/80-Regel (20 Prozent der Versicherten verursachen 80 Prozent der GKV-Ausgaben) wird man die Auswirkungen auf Versichertengruppen abwarten müssen, insbesondere ob die Härtefallregeln genügend greifen.

Die Neuordnung des Zahnersatzes wirft aus meiner

Sicht mehr Probleme auf als Lösungen. Ist es wirklich zukunftsträchtig einzelne Körperteile einer gesonderten Versicherung zuzuführen? Hier sehe ich enge Grenzen. Vielleicht kommt noch die Kieferorthopädie in Frage. Der Ausbau der Finanzierung ohne Arbeitgeberanteil wird vermutlich voranschreiten, die Festschreibung des Arbeitgeberanteils ist eine Variante davon. Als weitere Leistungen wurden ja schon Unfälle diskutiert. Sicher wird irgendwann auch die Frage gestellt werden, ob alle Kinder in Deutschland mit Zahnklammern beglückt werden müssen – Kieferorthopädie ist also der nächste Kandidat für Ausgrenzung oder Umfinanzierung.

These 6: Die Konkretisierung des Leistungsangebots der GKV durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist sinnvoll und notwendig.

Eine laufende Überprüfung des Leistungsangebots der GKV ist sinnvoll und erforderlich. Das GMG hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen den Leistungsumfang zu konkretisieren. Im GMG ist nunmehr hoffentlich rechtssicher die Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, Leistungen von der Pflicht zur Übernahme durch die GKV auszuschließen.

Rationalisierungspotenziale liegen offensichtlich vor, wenn gesundheitliche Güter und Dienste generell oder indikationsspezifisch

- keine Wirksamkeit besitzen,
- eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die gleiche oder weniger Kosten aufweisen, oder
- kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen.

Für viele Behandlungskonzepte fehlt der Nachweis der Wirksamkeit. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss gefordert, die Spreu vom Weizen zu trennen. Der Anglizismus „Evidence-Based-Medicine“ ist das die Diskussion beherrschende Stichwort. Dies bedeutet nichts anderes als die Umsetzung der Forderung, dass die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Behandlungskonzepten in wissenschaftlich durchgeführten Studien mit wiederholbaren Ergebnissen bewiesen werden soll. Hier wird der Schwerpunkt der Recherche-Arbeiten des neu zu gründenden Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen liegen.

These 7: Ein Problem liegt in der Indikationsausweitung.

Ein generelles Problem besteht in der im konkreten Fall nicht indizierten und daher unwirtschaftlichen Erbringung von grundsätzlich wirksamen Leistungen. Dabei geht es weniger um juristische Verfehlungen oder unerlaubte Bereicherungen einzelner Leistungsanbieter, die es selbstverständlich zu unterbinden gilt. Es handelt sich vielmehr um ein Phänomen, das ein ehemaliges Vorstandsmitglied der KBV Indikationsbetrug genannt hat. Hierfür gibt es eine Menge von Beispielen, die hier nicht näher erläutert werden sollen.

Zur Verhinderung bzw. zumindest zur Eindämmung des Indikationsbetrugs sind vor allem Maßnahmen der Qualitätssicherung, die über die bisher eingeleiteten hinausgehen, erforderlich. Dazu zählen z. B. allgemein anerkannte Behandlungsleitlinien – eine Aufgabe, die nach wie vor in Deutschland noch nicht zufriedenstellend gelöst ist.

These 8: Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern statt Rationierung.

Wer heute Leistungen rationiert, setzt sich dem Verdacht aus, dass es ihm nicht auf die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ankommt. So hat der Sachverständigenrat auf die beschäftigungspolitischen Aspekte des Gesundheitssektors hingewiesen. Die GKV unterliegt damit gesamtpolitischen Fremdeinwirkungen. Überspitzt gesagt wird sie zum Ernährungsverein von Leistungserbringern. Eindeutige Erfahrungen im Bereich der Rehabilitation lassen die Befürchtung, dass derartige Motive in der Politik die Überhand gewinnen könnten, zur Gewissheit werden. Eindeutige Erfahrungen anderer Länder lassen aber die Alternative des zunehmenden Dirigismus durch z. B. rigide Kapazitätsbeschränkungen ebenso als den falschen Weg erscheinen.

Unserer Gesellschaft angemessen ist die Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Das heißt vor allem Wegfall des Kontrahierungszwangs in der stationären Versorgung. Letztlich ist auch eine weitere Lockerung des Verhandlungs-Monopols der KV im ambulanten Bereich weiterhin zu diskutieren. Die Ansätze zu Einzelverträgen im GMG sollten nur der Anfang, nicht das Ende einer überfälligen Weiterentwicklung sein. Wer sie nicht will, wird Rationierung propagieren müssen – auch wider besseren Wissens.

Nicht die Neuordnung des Leistungskatalogs, sondern die Neuordnung der Leistungserbringung ist das Gebot der Stunde!

Anmerkungen

¹ Auf die Problematik falsch positiver Befunde beim Gesundheits-Check-up möchte ich hier nicht näher eingehen.

² Europäische Kommission: Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003. Kurzfassung im Internet: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2003/sep/socsit_report_de./html.

³ Tacke, J. / Lauterbach, K. W.: Bedeutung der Arztdichte für das Gesundheitswesen. In: MMW 140 (1988) Nr. 39, S. 36/526 ff., hier: S. 39/529.

⁴ Bruckenberger, E.: Herzbericht 1999. Hannover 2000. Abb. 6/28 auf S. 80 und Tab. 6/3 auf S. 60.

⁵ Inwiefern sie für die im Gegenteil ansteigenden Sterbeziffern verantwortlich ist, ist hier nicht zu klären.

⁶ Schwartz, F. W. / Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Das Public Health Buch, hrsg. v. Schwartz, F.W. et al., 2. Aufl., München und Jena 2003, S. 518 ff., hier: S. 538.

Gesundheit, ein Privileg der Reichen?

Klaus-Dirk Henke, Axel Mühlbacher

1. Gesundheitsdeterminanten und gesundheitspolitische Handlungsziele

Zu den Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes gehören individuelle Größen, wie z. B. Erbfaktoren und Lebensgewohnheiten, demografische Faktoren, wie z. B. Alter oder Geschlecht, und sozioökonomische Größen, wie etwa Beruf, Einkommen oder Ausbildung. Auch strukturelle Größen, wie z. B. Arbeits- und Wohnbedingungen sowie medizinische Größen, wie etwa die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Gesundheitsleistungen gehören zu den Determinanten.¹ Nach einer Veröffentlichung der World Health Organization sind die wichtigsten sozialen Einflussfaktoren auf die Bevölkerungsgesundheit²:

- der Sozialstatus, besonders Einkommen und Bildung,
- soziale Isolation, Angst, Unsicherheit und geringes Selbstbewusstsein,
- die sozioökonomische Situation des elterlichen Haushaltes, emotionale Vernachlässigung, Ernährungsfehler in der Kindheit,
- soziale Ausgrenzung von Randgruppen (Armut, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit etc.),
- Arbeitsbedingungen, ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Entscheidungsfreiräumen und hohen Anforderungen, fehlende Anerkennung,
- Arbeitslosigkeit und geringe Arbeitsplatzsicherheit,
- fehlende soziale Kontakte und Unterstützung durch Freunde und Familie,