

1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Wenn man die verschiedenen Gesundheitssysteme weltweit betrachtet, kann man zumindest in den Industrieländern überall dieselben Entwicklungen beobachten. Die Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme sind kaum mehr bezahlbar, eine intensive Diskussion über die Leistungen, die im Gesundheitssystem erbracht werden und deren Finanzierung ist im Gange. So stieg der Anteil der Aufwendungen im Gesundheitsbereich in Deutschland (ohne Einkommensleistungen) von 1970 6,5 % auf 11,1 % des Bruttosozialproduktes im Jahre 1995.¹

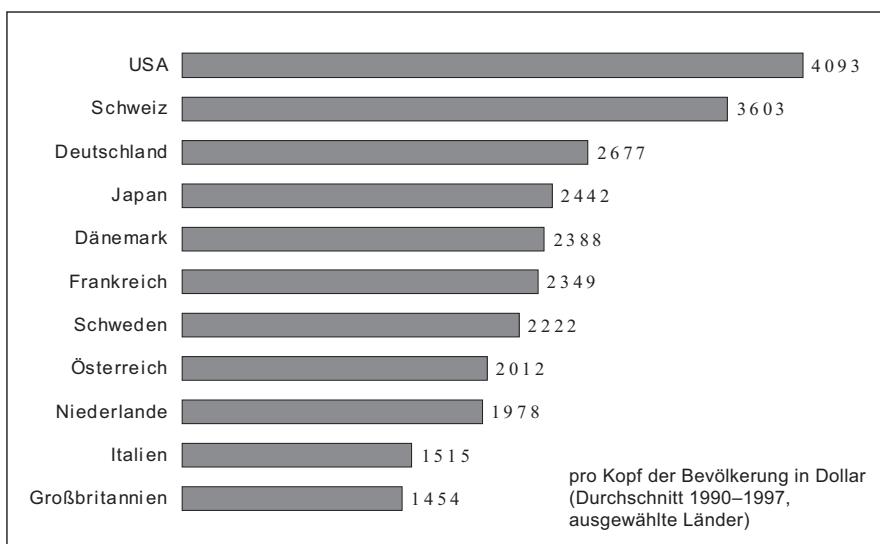


Abb. 1: Gesundheitsausgaben pro Kopf (das Krankenhaus 11/99, S. 832)

Vergleicht man die Ausgaben ausgewählter Länder hinsichtlich der dort pro Kopf der Bevölkerung aufgewendeten Gesundheitsausgaben, so stellt man fest, dass Deutschland bereits 1997 nach den USA und der Schweiz die dritthöchsten Gesundheitsausgaben tätigte (vgl. Abbildung 1). Der Trend zur jährlichen Steigerung der Gesundheitsausgaben ist auch auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes Deutschland eindrucksvoll dokumentiert. So stiegen die Ausgaben von 2002 bis 2004 von 227.875 Mio. € auf 233.983 Mio. €. Dadurch wurde Deutschland 2004 nur noch von den USA übertroffen.²

In vielen Industrieländern ist, ausgelöst durch verschiedene Ursachen, in den letzten Jahren eine Reform des Gesundheitswesens zu beobachten. Auch in Deutschland gibt es spätestens seit der Verabschiedung des Gesundheitsreformge-

¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999, S. 78.

² Vgl. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab4.htm>, Stand 11.04.2007.

setzes 1989 das sichtbare Bemühen des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen gravierend zu verändern.

Die problematischen Situationen, in denen sich Gesundheitssysteme befinden, haben in den meisten Ländern weltweit dieselben Ursachen, Entwicklungstrends und Herausforderungen:

- Alter und Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Entwicklung des Versorgungssystems, Zunahme der Versorgungsangebote
- medizinischer Fortschritt
- Entwicklung der Informationstechnologie
- Ansprüche der Patienten an das Gesundheitssystem

1.1 Alter und Gesundheitszustand der Bevölkerung

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat die Lebenserwartung stetig zugenommen. Dies ist teilweise auf die Verringerung der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen.³ Seit einigen Jahren kann jedoch auch eine Zunahme der „ferneren Lebenserwartung“, also der Verlängerung der Lebenserwartung der erwachsen gewordenen Bevölkerung, registriert werden. In den letzten Jahren kam es pro Dekade zu einer Zunahme der Lebenserwartung um durchschnittlich drei Jahre.

Demografische Analysen zeigen, dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig zunimmt.⁴ Dies hat Auswirkungen auf

- die Frequentierung von Gesundheitsleistungen sowie
- Einnahmen und Ausgaben von Krankenversicherungen.

Auch die in der Bevölkerung auftretenden Erkrankungen verändern sich. Während zu Beginn des Jahrhunderts in den Industrieländern als wichtigste Todesursache noch Infektionskrankheiten zu verzeichnen waren, führen heute – bedingt durch die Verbesserung der hygienischen, sozialen und ökonomischen Situation großer Teile der Bevölkerung – andere Erkrankungen die Morbiditäts- und Mortalitäts-Statistiken an. An deren Spitze stehen heute Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Folgen bösartiger Neubildungen. Aber auch chronisch-degenerative Erkrankungen nehmen stetig zu.⁵

Immer mehr Menschen erreichen also ein höheres Lebensalter und sind mit behandelbaren, z. T. chronischen Erkrankungen belastet. Die Zunahme des Lebensalters spielt sich in einem Altersabschnitt ab, in dem diese Menschen zumeist keine Einzahlungen in die Krankenversicherung mehr leisten. Die beitragsfreie Überlebenszeit steigt also.

1.2 Entwicklung des Versorgungssystems, Zunahme der Versorgungsangebote

Bedingt durch die Entwicklung der medizinischen Diagnostik, aber auch das Nachfrageverhalten der Bevölkerung nach Vorsorgeuntersuchungen und routinemäßigen Gesundheitschecks werden immer mehr Menschen durch das Gesundheitssystem bereits in einem frühen, z. T. noch symptomlosen Krankheitsstadium

³ Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 160.

⁴ Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 25, 29–31, 165–166.

⁵ Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1998, S. 74, 138–141.

als krank und behandelbar identifiziert. Hierdurch kommt es zu mehr und längeren Behandlungen bzw. Behandlungen ab einem früheren Krankheitsstadium.

Aber auch die Zahl der Leistungsanbieter wächst stetig. So stieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte (Bundesrepublik, ohne neue Bundesländer) von 1960 49.225 auf eine Zahl von 92.289 im Jahre 1990.⁶ Auch in jüngerer Zeit ist dieser Trend ungebremst. So nahmen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1990 88.811 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil,⁷ 2005 waren es bereits 126.252 Ärzte.⁸ Das durchschnittliche Einkommen niedergelassener Ärzte in diesem Zeitraum hat sich dabei jedoch kaum verändert.⁹ Daraus ist zu folgern, dass eine Erhöhung der Aktivitäten im diagnostischen und therapeutischen Bereich stattgefunden hat.

Im Gegensatz zu einem freien Markt, in dem die Nachfrage das Angebot regelt, haben wir es im Gesundheitsbereich mit dem Phänomen zu tun, dass das Angebot eine Nachfrage induziert bzw. eine Steigerung von Anbietern eine erhöhte Zahl von Aktivitäten nach sich zieht.¹⁰

1.3 Medizinischer Fortschritt

Entwicklungen in der Medizin-Technologie sind auf zahlreichen Gebieten zu beobachten. Der Einsatz von

- Robotertechnik bzw. Roboterassistenz,
- künstlichen Organen (Herz, Lunge, Leber usw.),
- Gentechnologie und
- Mikro-Manipulationstechniken, Mikrochirurgie, minimal-invasiver Chirurgie

gehört – um nur einige Beispiele zu nennen – immer mehr zur Routine. Die Effekte sind einerseits Kostensparnis, indem z. B. durch Roboterassistenz Spätschäden infolge nicht achsengerecht implantierter Endoprothesen verhindert werden.

Andererseits ist ein erhöhter Ressourceneinsatz zu beobachten, beispielsweise bei der Ausstattung von Krankenhäusern mit Operations-Robotern, zusätzlichem endoskopischem Instrumentarium zu dem ohnehin vorzuhaltenden, konventionellen Operations-Instrumentarium. Allein die Kosten für so genannten „medizinischen Bedarf“ (Medikamente, Blutprodukte, Verbandsmittel, Narkosen, Implantate, Transplantate u. Ä.) erhöhten sich laut Statistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1980 durchschnittlich DM 27,57 auf durchschnittlich DM 87,38 pro Patient und Pflegetag im Jahre 1996.¹¹

1.4 Entwicklung der Informationstechnologie

Auch im Gesundheitswesen sind die Auswirkungen der Entwicklung der Informationstechnologie spürbar. Der Einsatz von Chipkarten, die Digitalisierung von Röntgenbildern, der Einsatz von Telemedizin sind nur einige Beispiele. Auch die schnellere Verfügbarkeit von Forschungsergebnissen und die Möglichkeit der Recherche im Internet und in großen Datenbanken ist zu nennen.

⁶ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999, S. 58.

⁷ Vgl. Was deutsche Ärzte verdienen 1999, S. 382.

⁸ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.5009.5010>, Stand: 13.04.07.

⁹ Vgl. Was deutsche Ärzte verdienen 1999, S. 372.

¹⁰ Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 27.

¹¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999 S. 67.

Auch dies ist eine Entwicklung mit Auswirkungen in zwei Richtungen: Einerseits kann es zur Effizienzsteigerung beitragen, wenn z. B. durch den Einsatz von Telemedizin Spezialisten online früher oder regelmäßiger in Behandlungen einbezogen werden, da auf elektronischem Wege Konsile und Beratungen durchgeführt werden können. Andererseits trägt die Entwicklung dazu bei, dass sich neue Entwicklungen aus der Forschung schneller als früher in der Routine verbreiten, was den erforderlichen Ressourceneinsatz schneller als bisher steigert.

1.5 Ansprüche der Patienten an das Gesundheitssystem

Auch im Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf das Gesundheitswesen gibt es Trends zu beobachten. In der Trendstudie der Zukunftsinstut GmbH wird im Trend 16, Can-Do-Medizin folgender Trend beschrieben: Zukunftsstudie Horx:¹² „Doch die Patienten mucken auf. Gesundheit wird heute von vielen Menschen als Teil ihrer Selbstbestimmtheit gesehen. Ein starkes Bedürfnis nach Selbstbehandlung und Selbstheilung entsteht.“

Für die Bevölkerung stehen Gesundheitsinformationen heute leichter zugänglich als bisher zur Verfügung. Durch die weite Verbreitung des Internets haben Patienten heute einfachen Zugang zu Forschungsergebnissen, medizinischen Leitlinien, Anbieteradressen und Benchmarking-Ergebnissen. So sind über die Internet-Seiten der AWMF mit stark wachsender Tendenz derzeit bereits ca. 500 Leitlinien aus nahezu allen medizinischen Bereichen zugänglich. Auch durch englische, kanadische, amerikanische oder holländische Organisationen wird eine Vielzahl von Leitlinien im Internet präsentiert.

Auch Ergebnisse von externen Krankenhausvergleichen sind im Internet zu finden. Hier finden sich derzeit jedoch noch ausschließlich ausländische Beispiele. Das Health Net®, eine kalifornische Versicherung, veröffentlicht auf der Basis von Patientenzufriedenheitsbefragungen so genannte „Report Cards“, die Auskunft über Ergebnisse der einzelnen Ärztegruppen, mit denen Versorgungsverträge bestehen, in verschiedenen Zufriedenheitsdimensionen geben.¹³ Diese Veröffentlichungen sollen ausdrücklich der Information der Versicherten über ihre behandelnden Einrichtungen und Ärzte dienen. Sie sollen aber auch die gezielte Auswahl von Anbietern unter Qualitätsgesichtspunkten unterstützen.

Auch über die Internet-Seiten des englischen National Health Service wurden 1997 erstmals und seither regelmäßig eine Vielzahl von angebots- und qualitätsbezogenen Informationen über Krankenhäuser der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Um die oft schwierige Interpretation der Daten zu unterstützen, wurde zeitgleich eine Vielzahl von Interpretationshilfen veröffentlicht.

Die Möglichkeit der Information für die Bevölkerung über gesundheits- bzw. gesundheitssystembezogene Daten und Fakten wächst also stetig. Der Gesetzgeber in Deutschland hat im § 137 des SGB V vorgesehen, dass im Jahr 2005 erstmals für das Jahr 2004 jedes Krankenhaus einen Qualitätsbericht vorzulegen hat. Obwohl die Anforderungen an diesen Qualitätsbericht zunächst noch nicht ausreichend sein werden, um interessierten Bürgern und potenziellen Patienten einen Einblick in die Leistungsfähigkeit zu geben, so ist dies doch ein Schritt in diese Richtung.

¹² Vgl. <http://www.zukunftsinstut.de>.

¹³ Vgl. Health Net® California's Health Plan 1998.

Durch die gesteigerte Kaufkraft weiter Teile der Bevölkerung ist allgemein ein selbstbewussteres Auftreten vieler Menschen in ihren Kunden-Lieferanten-Beziehungen zu beobachten. Dies überträgt sich auch auf die Erwartungen der Patienten an Leistungsanbieter und Organisationen im Gesundheitswesen und ihr Verhalten ihnen gegenüber.

Stärker als bisher erwarten Patienten die Möglichkeit, diagnostische und therapeutische Entscheidungen selbst zu treffen und durch die Leistungserbringer in geeigneter Weise darin unterstützt zu werden. Aus passiven, leidenden Patienten werden in zunehmendem Maße Menschen, die die zu erwartende Qualität einer Dienstleistung vor der Leistungserbringung einschätzen und dementsprechend den Leistungsanbieter bewusst selbst auswählen wollen.¹⁴

Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür liefert der Bereich Geburtshilfe, in dem – bedingt durch die Forderungen immer selbstbewusster werdender zukünftiger Eltern – die Angebote inzwischen weitgehend differenziert und kundenorientiert ausgestaltet, bedarfsgerecht vorgehalten und in Geburtsvorbereitungskursen, Informationsveranstaltungen für werdende Eltern oder im Internet den potenziellen Kunden kommuniziert werden. In nur wenigen Jahren hat die überwiegende Anzahl geburtshilflicher Einrichtungen eine breite Palette unterschiedlicher Angebote für die individuelle Gestaltung der Geburt entwickelt und hält diese vor. Zukünftige Eltern informieren sich im Vorfeld über Angebote und werden in ihrer potenziellen Kundenrolle regelrecht umworben.

Immer mehr Patienten, die sich in ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlen, wenden sich von der Schulmedizin ab und nehmen die Angebote des „anderen“ Medizinmarktes mit alternativen Heilangeboten wahr. Eine steigende Zahl von Angeboten in Grenzbereichen der Prävention, Rehabilitation aber auch alternativer Therapien belegt diesen Trend.

BADURA und SCHELLSCHMIDT¹⁵ beschreiben die Gründe für eine Neuorientierung im Gesundheitssystem hin zu mehr Bürgerorientierung wie folgt:

- erhöhte Erwartungen der Bürger hinsichtlich Transparenz, Aufklärung und Mitgestaltung an das Gesundheitswesen, ausgelöst durch wachsende finanzielle Belastungen
- unzureichende und zögerliche Reaktion des Gesundheitswesens auf veränderte Anforderungen durch den demografischen Wandel
- Unterbewertung der Rolle der Bürger bei Prävention, Gesundheitsförderung und Bewältigung chronischer Erkrankungen durch Leistungsanbieter
- ungebrochene Ausrichtung der Medizin an technischem Fortschritt und technischen Möglichkeiten
- Dominanz von Trägern, Gesundheitseinrichtungen und Berufsgruppen in der Diskussion um Rahmenbedingungen, Strukturen und Prioritäten, zu geringe Beteiligung aufgeklärter Bürger, informierter Versicherter und qualifizierter Patienten
- Notwendigkeit der Stärkung der Rolle der Patienten in einem ordnungspolitisch gewollten Wandel in Richtung „Markt“

Viele der bereits als Rahmenbedingungen beschriebenen Phänomene spiegeln sich also auch aus der Bürger- bzw. Patientenperspektive. TROJAN hat dies in einer Übersicht zusammengetragen (Übersicht 1) und versucht, eine Entwicklung über die letzten Jahrzehnte deutlich zu machen.

¹⁴ Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 29.

¹⁵ Vgl. Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner 1997, S. 7.

1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Übersicht 1: Rollenentwicklung im Gesundheitswesen (vgl. Trojan, 1998, S. 16)

Konzeption des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten-Rolle	Aspekte der komplementären Arzt-Rolle	Interaktions-Kennzeichen der Arzt-Patient-Beziehung	gesellschaftliche und gesundheitspolitische Thematisierung
I Heil-System	Leidender (Schuldiger) armer Kranke	Helper, Heiler („Halbgott“), Für-Sorger, „Carer“	Asymmetrie, ärztlicher Paternalismus	„professionelle Dominanz der Medizin“ 60er Jahre
II Gesellschaftliches staatliches Subsystem	Mensch, Bürger, Steuerzahler	Mitmensch, Mitbürger	Humanität, Demokratisierung	„Humanisierung des Krankenhauses“ 70er Jahre
III Sektor sozialer Sicherung des Allgemeingutes „Gesundheit“	Versicherter (Beitragszahler) Ko-Produzent von Gesundheit	Leistungserbringer, (Haupt-)Produzent	Bürokratie, Kooperation, Selbsthilfe	Grenzen des Sozialstaates 80er Jahre
IV Markt für den Erwerb des individuellen Guts „Gesundheit“	Konsument, Verbraucher, Nutzer, Kunde, Käufer (direkt oder indirekt)	Anbieter, Verkäufer	„informierte Wahl“ des souveränen Konsumenten, Angebot und Nachfrage	Effektivität, Effizienz, Kundenzufriedenheit (= Qualitätsziele) 90er Jahre

2 Die besondere Situation des Gesundheitswesens

*Der größte Raum auf der Welt ist der Raum für Veränderung.
(Verfasser unbekannt)*

2.1 Strukturierungsmodelle für Gesundheitssysteme: Marktwirtschaft oder Planwirtschaft?

Eine der wenigen Branchen, in denen es in den meisten Ländern mit einer freien Marktwirtschaft keinen freien, uneingeschränkten Markt mit vollständigem Wettbewerb gibt, ist das Gesundheitswesen. Es gibt verschiedene Strukturierungsmodelle für Gesundheitssysteme, die sich zwischen den Extremen Marktwirtschaft und Planwirtschaft bewegen. KÖCK beschreibt – wie in Abbildung 2 dargestellt – diese Strukturierungsmodelle anhand des Zentralisierungsgrads der Entscheidungen, Modellausprägungen, Beispiele und Charakteristika.

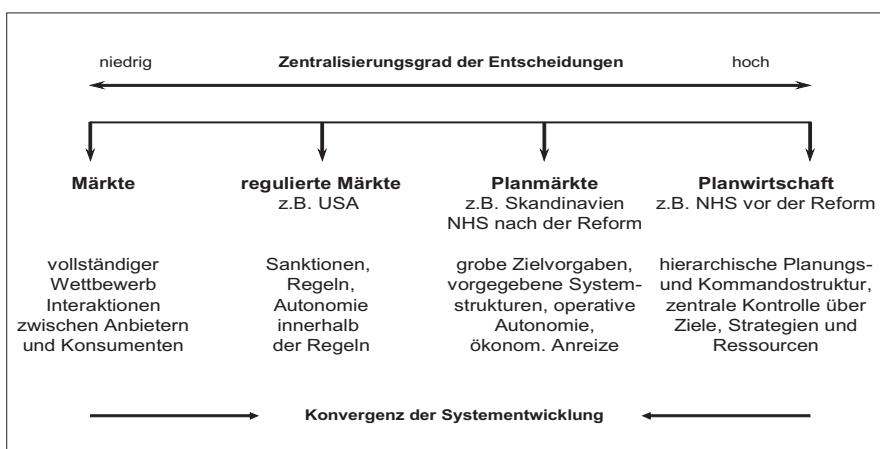


Abb. 2: Strukturierungsmodelle für Gesundheitssysteme (vgl. Köck/Heimerl-Wagner, 1997, S. 40)

Für das Funktionieren eines freien Marktes gibt es verschiedene Voraussetzungen:¹⁶

1. Die vollständige Information von Käufer und Verkäufer über die Beschaffenheit ihrer Produkte sowie über die Entwicklung der Preise.
2. Homogene Produkte und Dienstleistungen, die sich in Güte, Beschaffenheit und anderen Eigenschaften ähneln, um Monopolbildungen einzelner Anbieter mit Produkten besonderer Eigenschaften vorzubeugen.
3. Eine ausreichend große Zahl von Leistungsanbietern, die der Kartellbildung vorbeugt

¹⁶ Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 41ff.

2 Die besondere Situation des Gesundheitswesens

4. Das Fehlen von Barrieren für das Angebot von Leistungen und den Zugang zum Markt, um eine Regulierung des Preises zu erreichen.
5. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Grenznutzen von Produkten für die Käufer und Grenzkosten für die Anbieter, um das Angebot einerseits lukrativ und andererseits rentabel zu machen.

Eine vollständige Information der Patienten über die Qualität und Beschaffenheit von Gesundheitsdienstleistungen ist häufig nicht gegeben. Auch nach dem Konsum einer Leistung sind Patienten häufig nicht in der Lage, den erzielten Nutzen einer Behandlung konkret anzugeben. Befragt man Patienten im Anschluss an eine Operation über den Inhalt der vorher erfolgten Aufklärung, so können diese kaum den Nutzen und die Risiken der stattgefundenen Operation für sich benennen.¹⁷ Aber auch den Anbietern fehlt oft eine ausreichende Information über Komplikationen bzw. Ergebnisse ihrer Behandlung, die auf einem freien Markt wegen der notwendigen Gewährleistungen von Bedeutung sind.

Der Gesundheitsbereich ist gekennzeichnet von der Inhomogenität der Anbieter und Produkte. Die Auswahl der Ärzte durch die Patienten geschieht häufig wegen ihres besonderen Rufes, ihrer Spezialisierung und Erfahrung oder der Ausstattung der Behandlungseinrichtung. Gerade im Bereich hochspezialisierter Medizin ist jedoch die Anzahl von Anbietern häufig gering. Sie wird limitiert durch besondere Kenntnisse oder Erfahrungen bzw. die Ausstattung, die nicht an jeder medizinischen Einrichtung vorhanden ist. Da aber eine ausreichende Erfahrung, erworben durch eine große Anzahl bereits erbrachter, spezieller Dienstleistungen im Medizinbereich bestimmte Angebote erst ermöglicht oder für die Leistungserbringung wünschenswert ist, ist eine hohe Anzahl von Leistungsanbietern als „Konkurrenten“ nicht immer erstrebenswert.

Auch zahlreiche Zugangsbarrieren zum Angebot von Leistungen auf dem „Medizinmarkt“ sind vorhanden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen knüpfen eine Vielzahl von Leistungen an den Nachweis besonderer, zu erwerbender bzw. formal nachzuweisender Qualifikationen. Die eigenständige Erbringung zahlreicher medizinischer Leistungen ist an den erfolgreichen Nachweis von fachärztlicher Qualifikation auf der Basis einer Facharztausbildung bzw. -prüfung gebunden.

Eine Entscheidung darüber, ob eine angebotene Leistung für einen Patienten wirklich „lukrativ“ ist, kann dieser wegen fehlender Kenntnisse des Preises bzw. des Aufwandes, insbesondere auch wegen des „Aufwandes“ an Schmerzen, Unwohlsein oder körperlichen Belastungen, aber auch wegen der unzureichenden Einschätzung über den zu erwartenden individuellen Nutzen nur eingeschränkt treffen.

Vollständiger Wettbewerb in einem offenen Markt bringt also wegen der zahlreichen fehlenden Voraussetzungen für sein Funktionieren im Gesundheitswesen nicht die Lösung. Zu verscheiden von den üblichen Verhaltensweisen sind das „Einkaufsverhalten“ der Menschen bei der Ware „Gesundheitsleistungen“ bzw. die Wirkungen des Anbieterverhaltens der Leistungserbringer von den gewohnten Mechanismen in anderen Märkten.

Planwirtschaft ist durch ihre Starre und Unflexibilität und das Fehlen jeglicher Anreizsysteme in Bezug auf qualitative und wirtschaftliche Aspekte ein Strukturierungsmodell, das mehr und mehr verlassen wird.¹⁸ Als geeigneter haben sich regulierte Märkte oder Planmärkte erwiesen. In Deutschland erleben wir derzeit den Umbau unseres Gesundheitssystems in Richtung „regulierter Markt“. Regulierte

¹⁷ Vgl. Elß, Dörte; Kranich, Christoph 1999, S. 17.

¹⁸ Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 43.

Märkte oder Planmärkte zeichnen sich durch eine weniger enge Regulierung als planwirtschaftliche Modelle aus. Gleichzeitig engen sie jedoch den freien Markt durch Sanktionen, Regeln, grobe Zielvorgaben, Strukturvorgaben und die Anwendung von Steuerungsinstrumenten ein.

2.2 Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen

Bedingt durch die besonderen Kunden-Lieferanten-Bedingungen, aber auch durch weitere Faktoren der Besonderheit des Gesundheitsmarktes ist die Steuerung an gebots- und nachfrageseitiger Anreize im Gesundheitswesen komplex. Für die Steuerung von Anreizen kann im Gesundheitswesen bei der Beeinflussung sowohl der Leistungserbringer, der Kostenträger als auch der Leistungsempfänger ange setzt werden. Für alle drei Beteiligten gibt es eine Auswahl von Steuerungsinstrumenten. Zusammenfassend sollte gesagt werden, dass einzelne Steuerungsinstrumente – Kostenbeteiligung, Fallpauschalierung, Betreuungspauschalen, Gate keeping und Rationierung – in ihrer Wirksamkeit durchaus untersucht, erprobt und belegt sind. Ihr Zusammenwirken birgt jedoch eine Bandbreite von bisher nicht vorhersehbaren bzw. vorhersagbaren Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Es ist Experten heute noch nicht möglich, ein ideales System für den Einsatz und die Kombination dieser Instrumente zu beschreiben.¹⁹

Dadurch bedingt befinden wir uns in einer Phase von Umgestaltungsprozessen im Gesundheitswesen, die gekennzeichnet sind von Fehlbeurteilungen, Lernprozessen und meist zeitlich limitierten Teilerfolgen. Es kann also erwartet werden, dass in den nächsten Jahren immer wieder verschiedene Steuerungsinstrumente in ihrem Zusammenwirken erprobt werden. In der Folge werden sie hinsichtlich ihrer Ausgestaltung differenziert und in wechselnden Kombinationen genutzt werden. Veränderungen der Rahmenbedingungen für das Agieren von Gesundheits einrichtungen werden also die Regel.

Gesundheitseinrichtungen müssen sich also darauf einstellen, dass sie flexibel auf diese wechselnden Rahmenbedingungen reagieren müssen. Eine Organisationsform und Managementkultur, die den Wandel als integralen Bestandteil der Unternehmensentwicklung auffasst, wird die Reaktionsgeschwindigkeiten auf die Veränderung der Rahmenbedingungen und damit die Überlebensfähigkeit und den Bestand einer Gesundheitsorganisation fördern.

2.2.1 Kostenbeteiligung für Patienten

Eine Möglichkeit zur Beeinflussung auf der Seite der Leistungsempfänger, also der Patienten, ist die Erhebung von Selbstbeteiligungen an den Kosten für medizinische Leistungen. In Deutschland wurden in den letzten Jahren zahlreiche Formen der Selbstbeteiligungen erprobt, so Zuzahlungen bei

- Medikamenten,
- Zahnersatz,
- Sehhilfen,
- Krankenhausaufenthalten und
- Besuchen bei niedergelassenen Ärzten.

Die immer wieder wechselnden Zuzahlungshöhen, von der Zuzahlung betroffenen Patientengruppen bzw. Produkte oder Dienstleistungen, zu denen Zuzahlun

¹⁹ Vgl. Köck, Christian; Heimerl-Wagner, Peter 1997, S. 49ff.

2 Die besondere Situation des Gesundheitswesens

gen zu leisten sind, belegen den experimentellen Charakter im Umgang mit diesem Steuerungsinstrument eindrucksvoll. Gerade das Element „Zuzahlung“ ist jedoch in seiner Wirksamkeit umstritten. Es sind zwei Effekte, die Wissenschaftler in der RAND-Studie „RAND Health Insurance Experiment“ bereits in den 70er-Jahren beobachten und belegen konnten:²⁰

1. Die Beteiligung an den Kosten von Gesundheitsleistungen führt zu einer direkten Entlastung des Budgets für diese Gesundheitsleistungen.
2. Die Anzahl der Kontakte zum Gesundheitswesen sinkt, gleichermaßen werden pro Kontakt weniger Leistungen verbraucht.

Dadurch, dass der Patient gleichzeitig wenigstens zu einem Teil auch direkter Zahler der konkreten in Anspruch genommenen Dienstleistung oder des von ihm verbrauchten Produktes wird – diese Rolle wird ihm im Gesundheitswesen üblicherweise von den Krankenkassen abgenommen – setzt ein kritischerer Umgang mit dem Verbrauchsverhalten ein.

2.2.2 Fallpauschalen und Sonderentgelte bzw. DRGs

Eine Möglichkeit der anbieterseitigen Beeinflussung und Anreizsteuerung im stationären Bereich ist die Entlohnung mittels Fallpauschalen und Sonderentgelten bzw. DRG.

In Deutschland wurde 1995 mit Verabschiedung der Bundespflegesatzverordnung die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für ca. 150 definierte Leistungskomplexe beschlossen. In der Folge wurde beschlossen, ein DRG-System – angelehnt an das australische Modell – einzuführen, das diese Entwicklung konsequent fortsetzt. Im Fallpauschalen-System, das in Australien und einigen anderen Ländern bereits vor einigen Jahren eingeführt wurde, erhält der Leistungserbringer sein Entgelt für die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose, definiert in „Diagnosis Related Groups“ (DRG). Zu einem bestimmten Fall-Basiswert werden Zuschläge für verschiedene Sachverhalte gezahlt, insbesondere bezüglich des Schweregrads der Erkrankung selbst bzw. erschwerende Nebendiagnosen, die einen Ausdruck für die korrelierenden Leistungsaufwendungen darstellen sollen. Dieses System lässt sich mit der Formel „Geld für Leistung“ beschreiben.

Vor der Einführung von Fallpauschalen wurden in Deutschland und in den meisten anderen Ländern Tagessätze für den Aufenthalt der Patienten im Krankenhaus als Berechnungseinheiten für die Entlohnung erhoben. Der Anreiz bestand also darin, möglichst viele Behandlungsplätze – „Betten“ – vorzuhalten und diese Betten möglichst gut auszulasten. Durch die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte kam es für diese Leistungen zu einer Umkehr des Anreizes. Es ist nicht mehr sinnvoll, die vorhandenen Betten zu füllen. Der Anreiz besteht vielmehr darin, mit der für die DRG definierten Menge Geldes die dafür definierte Gesundheitsleistung kostendeckend oder gar mit einem Überschuss zu erbringen. Durch die Umkehr des Anreizes war eine Umorientierung der Anbieter geplant und zu erwarten: Eine Erwartung betraf das Absinken der stationären Aufenthaltsdauer der Patienten für vergleichbare Leistungen. Dies ist inzwischen eingetreten. Lag die Verweildauer von Patienten in deutschen Krankenhäusern 1990 noch bei durchschnittlich 15,3 Tagen, war dieser Wert für 1996 – also nach der Einführung der Fallpauschalen – auf durchschnittlich 11,4 Tage gesunken.²¹ Be-

²⁰ Vgl. Fuchs, V.R. 1974.

²¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999, S. 48.