

***Szenarien für mehr
Selbstverantwortung und Wahlfreiheit
im Gesundheitswesen***

Lars Thielmann, Manfred Rohr, Diethard Schade

Nr. 222 / Dezember 2002

Arbeitsbericht

ISBN 3-934629-84-9
ISSN 0945-9553

***Akademie für Technikfolgenabschätzung
in Baden-Württemberg***

Industriestr. 5, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711 • 9063-0, Fax: 0711 • 9063-299
E-Mail: info@ta-akademie.de
Internet: <http://www.ta-akademie.de>

Ansprechpartner: Dr. Manfred Rohr Tel. 0711 • 9063-103
E-Mail: manfred.rohr@ta-akademie.de

Die *Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg* gibt in loser Folge Aufsätze und Vorträge von Mitarbeitern sowie ausgewählte Zwischen- und Abschlussberichte von durchgeführten Forschungsprojekten als *Arbeitsberichte der TA-Akademie* heraus. Diese Reihe hat das Ziel, der jeweils interessierten Fachöffentlichkeit und dem breiten Publikum Gelegenheit zu kritischer Würdigung und Begleitung der Arbeit der TA-Akademie zu geben. Anregungen und Kommentare zu den publizierten Arbeiten sind deshalb jederzeit willkommen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Zusammenfassung und Empfehlungen / Summary and recommendations

1	Einführung	13
2	Ausgangssituation	16
	2.1 Die demographische Krise der GKV.....	16
	2.1.1 Die Morbiditätsentwicklung im höheren Lebensalter	17
	2.1.2 Die Beitragsentwicklung	18
	2.2 Der medizinisch-technische Fortschritt.....	21
3	Rahmenbedingungen der Szenarien	26
	3.1 Beschränkung auf das System der GKV	27
	3.2 Nutzerperspektive.....	28
	3.3 Sozialstaatlichkeit.....	29
4	Der Nutzer: Patient, Versicherter, Kunde oder Bürger?	37
	4.1 Der Patient	38
	4.2 Der Kunde	40
	4.3 Der Versicherte.....	41
	4.4 Der Bürger	42
5	Grundbedingungen von Selbstverantwortung	43
	5.1 Information.....	45
	5.2 Transparenz	48
	5.3 Empowerment	50
	5.4 Konkrete Formen einer gestärkten Selbstverantwortung	56
	5.4.1 ... bei Patienten und Versicherten.....	56
	5.4.2 ... bei Ärzten	57
	5.4.3 ... bei Krankenkassen.....	58

6	Grundbedingungen von Wahlfreiheit	59
6.1	Die freie Arztwahl	61
6.2	Das Kassenwahlrecht	62
6.3	Die Wahl zwischen Versorgungsmodellen	63
6.4	Die Wahl zwischen Leistungen	64
6.5	Konkrete Formen von Wahlfreiheit	68
6.5.1	... bei Patienten und Versicherten	68
6.5.2	... bei Ärzten	69
6.5.3	... bei Krankenkassen	71
7	Szenarien	72
7.1	Szenario 1 „Der informierte Patient“	73
7.2	Szenario 2 „Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte“	77
7.3	Szenario 3 „Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte in wettbewerblichen Strukturen“	79
8	Literatur	82
	Anhang	88

Verzeichnis der Abbildungen

- Abbildung 1: Phasen des medizinisch-technischen Fortschritts
- Abbildung 2: Beteiligte und Interessen im Fortschrittszyklus
- Abbildung 3: Einflußgrößen gesundheitlicher Outcomes
- Abbildung 4: Vom Patienten zum Bürger – Rollen der Nutzer des Gesundheitswesens
- Abbildung 5: Möglichkeiten des Empowerments aus der Perspektive der Nutzer
- Abbildung 6: Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abbildung 7: Zur Finanzierung von Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen

Verzeichnis der Tabellen

- Tabelle 1: DISCERN-Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Gesundheitsinformationen
- Tabelle 2: Zeithorizonte und erwartete Wirkungen von Partizipation
- Tabelle 3: Ebenen der Partizipation, Entscheidungskontexte/Institutionen sowie Partizipationskontexte und Akteure

Vorwort

Um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens wird seit geraumer Zeit eine breite und intensive Debatte geführt, die zunehmend von der Sorge um die Bezahlbarkeit des gegenwärtigen Systems geprägt ist. Hinsichtlich der Reformbedürftigkeit besteht dabei weitgehende Übereinstimmung darüber, daß die unter dem bisherigen Primat der Beitragssatzstabilität zur Verfügung stehenden Mittel insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung nicht ausreichen, um das derzeitige Versorgungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Dauer aufrecht zu erhalten und gleichzeitig den medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Die in den inzwischen zahlreich vorliegenden Untersuchungen formulierten Vorschläge für Reformmaßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zielen überwiegend darauf ab, einerseits die Kosten im Gesundheitssystem zu begrenzen und andererseits die Eigenverantwortung der Patienten und Versicherten im Hinblick auf eine gesundheitsbewußte Lebensführung, individuelle Eigenvorsorge und Kostenbewußtsein zu stärken. Die Auswirkungen derartiger Maßnahmen auf die Versorgungssituation der Nutzer des Gesundheitssystems – die Bürger, Patienten und Versicherten – werden im Einzelnen in der Regel nicht untersucht bzw. als bekannt angenommen. Insbesondere deren Akzeptabilität für die Nutzer und damit auch ihre politische Umsetzbarkeit werden kaum thematisiert.

Ein Umsteuern in der Gesundheitspolitik von der bisher betriebenen, stets nur kurzfristig wirksamen Kostendämpfungspolitik in eine umfassende Strukturreform ist vor dem Hintergrund der gewachsenen Strukturen weder leicht noch rasch zu erreichen. Ursache dafür ist vor allem der Unwille der diversen Interessengruppen (Ärzeschaft, Krankenkassen, Pharmaindustrie, Parteien), wirklich eine umfassende Strukturreform anzugehen.

Geleitet von einer nutzerorientierten Reformperspektive versucht die vorliegende Studie der TA-Akademie, Ansatzpunkte für mögliche Veränderungen im Gesundheitssystem aufzuzeigen und entwickelt dazu aufeinander aufbauende Szenarien, die das Ziel haben, das solidarische System der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Flexibilisierung seiner Strukturen für die Zukunft zu sichern.

Die TA-Akademie dankt an dieser Stelle dem Sozialministerium Baden-Württemberg, der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Gottlieb Daimler- und Karl Benz-Stiftung für die Projektfinanzierung sowie den Vertretern des Projektbeirates für ihre konstruktive Mitwirkung und Begleitung der Projektarbeit.

Lars Thielmann

Manfred Rohr

Diethard Schade

Zusammenfassung und Empfehlungen

Seit Jahren wird über eine grundlegende Reform der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestritten. Während über die Reformbedürftigkeit, insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts, Konsens besteht, erweisen sich bislang alle tatsächlich umgesetzten Maßnahmen als nur vorläufig. Ursächlich dafür ist vor allem der Unwille der diversen Interessengruppen (Ärzteschaft, Krankenkassen, Pharmaindustrie, Parteien), wirklich eine umfassende Strukturreform anzugehen. Stattdessen wird bisher vorwiegend eine stets nur kurzfristig wirksame Kostendämpfungs politik betrieben. Vorgeblich geht es dabei allen Beteiligten um das Wohl der Patienten. Doch gerade deren Perspektive kommt in den Reformdebatten nahezu nicht vor.

Am Nutzer orientieren

Wenn die Bürger in der Debatte um die Reform der GKV in den Blick genommen werden, dann fallen zumeist die Stichworte *"Selbstverantwortung"* und *"Wahlmöglichkeit"*. Doch schaut man genauer hin, so findet man eine Beschränkung dieser Begriffe auf finanzielle Selbstbeteiligung und verminderten Leistungskatalog. In den in dieser Studie entwickelten Szenarien hingegen geht es nicht um derartige Finanzierungsfragen, sondern um eine zukünftig veränderte Struktur der GKV.

Wie kann die Selbstverantwortung der Nutzer gestärkt werden? Wie können ihre Freiräume durch größere Wahlfreiheit erweitert werden? Dies sind die Leitfragen des Projekts. Die Reformperspektive ist also Nutzer-orientiert. Als umfassenderes Reformparadigma dient dabei „Citizenship“: Die Fähigkeiten der Bürger sollen gestärkt werden. Denn die Paradigmen „Beitragssatzstabilität“ oder „Consumerism“ (Stärkung der Kompetenz der Kunden) greifen zu kurz.

Die Szenarien entwickeln systemevolutorische Reformoptionen, die aufeinander aufbauen und das Ziel haben, das solidarische System der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Flexibilisierung seiner Strukturen für die Zukunft zu sichern.

Selbstverantwortung stärken

Um selbstverantwortlich handeln zu können, benötigen die Bürger Informationen. Dabei unterscheiden sich ihre Informationsbedürfnisse und Interessen je nach der Rolle, in der sie agieren. Patienten benötigen vor allem Informationen über Therapiemöglichkeiten, die Leistungsanbieter und die Qualität der Leistungen, während Versicherte sich für

die Leistungen und Beitragssätze ihrer Krankenkassen interessieren. Um Informationsangebote sinnvoll nutzen zu können, müssen diese das gesamte System für die Nutzer, aber auch für die verschiedenen Leistungsanbieter transparent machen.

In einem ersten Szenario „*Der informierte Patient*“ schlagen wir daher die Schaffung von Informationssystemen über Leistungen und deren Kosten sowie über ambulante und stationäre Leistungsanbieter vor. Ergänzend müßte das Werbeverbot für Ärzte und Krankenhäuser gelockert werden. Diese Informationssysteme könnten in einer „*Stiftung Gesundheitstest*“ zusammengefaßt und institutionalisiert werden. Einer solchen Stiftung sind Mitspracherechte bei der Ausgestaltung der GKV einzuräumen. Weitere Institutionen (Patientenberatungsstellen, Patientenrechtegesetz) treten hinzu. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen wird Mehrkosten für die GKV bewirken. Von Einsparpotentialen kann, zumindest kurz- bis mittelfristig, nicht ausgegangen werden.

Wahlmöglichkeiten schaffen

Menschen, die besser informiert sind, lernen Alternativen kennen. Sie erfahren von verschiedenen Therapiemöglichkeiten und anderen Leistungsanbietern. Folglich werden sie vermehrt diese Alternativen nachfragen und so auf mehr Wahlmöglichkeiten bestehen. Während die freie Arztwahl seit langem in der GKV möglich ist und das Recht auf freie Wahl der Krankenkasse seit 1996 für alle Versicherten gilt, besteht eine solche Wahlmöglichkeit bezüglich der Leistungen im Rahmen der GKV bisher nicht. Dafür müssen die Bürger private Zusatzversicherungen abschließen.

Darum schlagen wir in einem zweiten Szenario „*Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte*“ zusätzlich eine *Differenzierung des bisherigen GKV-Leistungskatalogs in Grund- und (konsumnähere) Satzungsleistungen* vor. Während der Grundleistungskatalog bundeseinheitlich gilt und von der gesamten GKV-Versichertengemeinschaft solidarisch finanziert wird, werden die Satzungsleistungen von den einzelnen Kassen angeboten und nur von deren Versicherten solidarisch finanziert. Die Abgrenzung zu den Wahl-(Komfort)leistungen der privaten Krankenversicherung bleibt bestehen. Durch die Differenzierung des GKV-Leistungskatalogs können die Präferenzen der Versicherten bessere Berücksichtigung finden. Sie können sich für die Kasse mit dem von ihnen bevorzugten Satzungsleistungspaket entscheiden oder aber auch die Satzungsleistungen gegen eine Beitragsreduktion abwählen. Wenn jedoch keine absichernden Maßnahmen (z. B. Kontrahierungszwang der Kassen, Anreize für das Anbieten von Satzungsleistungen) hinzutreten, könnte es zu unerwünschten Effekten kommen, woraus letztlich nur ein gegenüber heute verminderter Leistungskatalog resultieren würde, d. h. die Wahlmöglichkeiten der Versicherten würden de facto sogar geringer. Dieses Szenario beschreibt mit großer Wahrscheinlichkeit kein längerfristig stabiles System.

Wettbewerbliche Elemente einführen

Unter dem derzeitigen Vertragssystem in der GKV, in dem Kollektivverträge einheitlich und gemeinsam von allen Beteiligten abgeschlossen werden müssen, läßt sich eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich nicht realisieren. Die Kartelle der ambulanten und stationären Anbieter und der Krankenkassen erweisen sich als das größte Hemmnis für eine zukunftsfähige Reform zum Nutzen der Patienten und Versicherten. Die Folgen eines Beharrens auf den bisherigen Strukturen bekommen die Patienten schon tagtäglich in Form einer impliziten Rationierung zu spüren, und für die Versicherten steigen die Beitragssätze unaufhaltsam.

So erscheint es dringend geboten, die *Vertragsstrukturen aufzubrechen und wettbewerbliche Elemente einzuführen*. Aufgrund eines Wettbewerbs zwischen Leistungsanbietern über Qualität und Preis käme es zu einem Kassenwettbewerb auf der Leistungsseite. Dabei ist von einem Verschwinden von Leistungsanbietern und Kassen aus dem Markt auszugehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären zur Disposition zu stellen. Ihre regulativen Funktionen könnten auf die Ärztekammern übergehen. Ein „Preiskorridor“ aus Mindestvergütung und Erstattungsobergrenze, dessen Einhaltung ebenso wie die Gewährleistung eines Grundleistungskataloges durch eine gesetzliche Aufsicht zu garantieren ist, verhindert die Dominanz einzelner Marktteilnehmer. Erst ein solches drittes Szenario *„Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte in wettbewerblichen Strukturen“* vermag die Selbstverantwortung der Nutzer nachhaltig zu stärken und ihre Freiräume zu erweitern.

Empfehlungen

1. Es sollte eine „Stiftung Gesundheitstest“ geschaffen werden, die als unabhängige Institution qualitätsgesicherte Informationssysteme für alle Akteure (Nutzer, Leistungserbringer, Krankenkassen, Beratungsstellen, etc.) sowie entsprechende Zertifizierungen anbietet. Der Stiftung wären Mitspracherechte bei der Ausgestaltung der GKV einzuräumen.
2. Der bisherige GKV-Leistungskatalog sollte in Grund- und (konsumnähere) Satzungsleistungen differenziert werden, um einen Wettbewerb auf der Leistungsseite zu initiieren. Die Satzungsleistungen wären krankenkassenspezifische Angebote, die von den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse solidarisch finanziert würden, aber nicht in den Risikostrukturausgleich (RSA) eingingen.
3. Die Vertragsstrukturen sollten flexibilisiert werden und so Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenkassen ermöglichen. Die gemeinsame Selbstverwaltung sollte sich auf ihre normsetzenden und rahmengebenden Aufgaben beschränken. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten aufgelöst werden und ihre

regulativen Funktionen auf die Ärztekammern übergehen. Den Sicherstellungsauftrag übernehmen die Krankenkassen.

Summary and recommendations

Arguments concerning a basic reform of the German Social Health Insurance (SHI) have existed for years now. Whereas a consensus about a reform necessity is agreed upon especially with regard to the demographic development and the medical-technical improvement, all measures have proved to be only preliminary so far. Here the main cause is the non-preparedness of several interest groups (physicians, health insurances, pharmaceutical industry, parties) to start a real structure reform. Instead a mainly frequent short-term economic moderation policy is operated. Here all parties involved pretend to keep only the well-being of patients in mind. This perspective, however, is almost not included in all reform discussions.

User directed

When the people are included in the discussion of a reform of the German Social Health Insurance (SHI) then the catchwords like “self-responsibility” and “choice possibility” are heard. With a closer look only limitations of these phrases to financial contributions and limited benefits catalogue are found. However, developed scenarios for these studies do not show this kind of financial questions but a changed structure of the SHI in the future.

How to support the self responsibility of the user? How can their freedom be extended by bigger selection possibilities? These are the leading questions of the project. The reform perspective is however user directed. As a comprehensive reform paradigm serves the „Citizenship”. Capabilities of the citizens should be encouraged. As the paradigm „contribution rate stability” or „Consumerism” seize only short.

These scenarios develop system evolutionary reform options which are build on each other and have the intention to secure the solidly social health insurance for the future by a certain flexibility of their structures.

Support of self-responsibility

In order to act with self responsibility the citizens requires information. Here information requirements and interests are split according to the role in which they act. Patients

mainly require information about therapy possibilities, the service provider and the quality of services whereas the insured persons are concerned about the benefits and contributions rates of their health insurance. In order to make reasonable full use of the information offers, the entire system for the user and however for the different service providers must be made more transparent.

In a first scenario “The informed patient” we therefore propose to create information systems about benefits and costs involved as well as about out-patient and in-patient care services provider. Additionally the prohibition of advertising for physicians and hospitals should be relaxed. These information systems could be summarised and institutionalised in a “Foundation Health Test”. Such a foundation should be provided with a say and definition of the SHI. Further institutions (patient information centers, bill of patient rights) should be included. The implementations of proposed measures will involve additional costs for the SHI. Saving potentials on a short- or medium-term cannot be found

Create freedom to choose

People who are better informed, learn about alternatives. They learn about different therapy possibilities and other service providers. Consequently they will ask more about these alternatives and insist on selection possibilities. As a free choice of physicians is possible since long with the SHI and the right on a free choice a health insurance since 1996 exists for all insurants, such a selection possibilities concerning benefits within the SHI does not exist so far. Here the citizens must conclude private supplemental insurances.

Therefore we propose within a second scenario “The informed patient and choice-free insurant” an additional differentiation of the existing SHI benefits catalogue in basic and (consumer close) statutory benefits. Whereas the basic benefits catalogue is valid nationwide and is solidly financed by the entire SHI insurant community. The restriction to choice optional benefits of private health insurances remains persisting. By differentiation of the SHI benefits catalogue the preferences of the insurants can find better consideration. They can decide for the health insurance with their preferred benefit package or, however, to drop benefit services against contribution reduction. If, however, no security providing measures (for e.g. obligation of contract of health insurers, incentives for offering of optional benefits) are added it could result in unwanted effects out of which only a reduced benefit catalogue would be the result, i.e. choice possibilities of insurants would become in fact less. This scenario describes with maximum likelihood no strong long term system.

Introduction of competitive elements

Within the present contract system of the SHI in which collective contracts are concluded with all parties involved consistently and mutually no further selection possibilities within the benefits sector can be realised. The cartels of the ambulant and stationary providers and the health insurers prove to be the biggest restraints for a future sustainable reform for the advantage of patients and insurants. The consequences of the actual structures are already felt daily by the patients in kind of implicit rationing and the contribution fees rise constantly for all insurants.

It seems to be necessary urgently to crack contract structures and to start with competitive elements. With a competition between service providers about quality and price it would result in a health insurance competition on the benefit side. Here we can assume that some service providers and health insurers will disappear from the market. The Regional Association of SHI-Accredited Physicians would be placed at the disposal. Their regulative functions could migrate to the Medical Association. A “price corridor” from minimum reimbursement and top reimbursement limit with legal monitoring of granting a basic service catalogue anticipates the dominance of single market participants. Only such a third scenario “The informed patient and choice-free insurant within competitive structures” may strengthen the self-responsibility of the user allowing more freedom of choice.

Recommendations

1. A “Foundation Health Test” should be created, acting as an independent institution of quality-safeguarded information system for all actors (user, service provider, health insurances, information centers, etc.) and offering corresponding certifications. This foundation should be admitted a say within the SHI.
2. The actual SHI benefits catalogue should be differentiated according to basic and (consumer-close) statutory benefits in order to initiate a competition on the service side. The statutory benefits are divided into basic benefits which all funds have to offer and specific statutory benefits which are to be financed by contributions as well but will not be covered by the risk adjustment procedure.
3. The contract structures should be made more flexible and thus enable competition between service providers and health insurances. The mutual autonomy should be limited to norm-giving and frame-making duties. The Regional Association of SHI-Accredited Physicians should be liquidated and their regulative function should be passed on to the Medical Association, and their obligation to guarantee health care services would be taken over by the health insurances.

1 Einführung

Die gesundheitspolitische Debatte über Reformoptionen für das deutsche Gesundheitswesen wird dominiert von den jeweiligen Perspektiven der einzelnen Akteure, insbesondere der Ärzteschaft und den Krankenkassen*. Allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz wird die Perspektive der *Nutzer* – der wichtigsten Gruppe im System – zu meist völlig außer Acht gelassen. Dabei ist für alle Beteiligten unstrittig, daß Qualitätsverbesserungen und Reformen im Gesundheitswesen nur erreicht werden können, wenn die Erwartungen, Bedürfnisse und Urteile der Nutzer berücksichtigt werden.

Vorschläge zur Reform des deutschen Gesundheitswesens sehen sich vor das Problem gestellt, eine politisch gewünschte Kostenreduktion und Stabilisierung der Beitragssätze mit den notwendigen Verbesserungen der Versorgungsqualität zu verbinden. Eine Lösung dafür läßt sich nur unter Einbeziehung der Nutzer des Gesundheitswesens in ihren verschiedenen Rollen als Bürger, Versicherter und Patient finden.

Hierbei stellt sich im Rahmen einer in Deutschland wie auch in anderen Staaten Europas feststellbaren Tendenz, die Rolle und die Aufgaben des Staates für das 21. Jahrhundert neu zu bestimmen, die Frage, inwieweit der Staat das Leben freier und selbstverantwortlicher Menschen regeln soll?

Insbesondere geht es um diejenige Austarierung von *Freiheit* einerseits und *Sicherheit* andererseits, die den größten *Wohlstand* für alle generiert. Unter den Bedingungen von Knappheit und Unsicherheit soll der einer allgemeinen Daseinsvorsorge verpflichtete (Wohlfahrts-)Staat den Schutz des Eigentums auf Dauer gewährleisten, die horizontalen Vertragsbeziehungen und -freiheiten ermöglichen und die (großen) sozialen Risiken durch die Gemeinschaft absichern.

Ziel (sozial)staatlicher Aktivität kann nicht sein, eine Ergebnisgleichheit der Wohlfahrt für alle zu erreichen. Vielmehr geht es um eine Chancengleichheit, die allen gleichermaßen die Möglichkeit zum Erreichen ihrer Lebensziele eröffnet. Eine tatsächlich vorhandene Ungleichheit kann hier als Antriebskraft für Veränderungen dienen. Sie ist aber streng von einer Ungleichmachung zu unterscheiden, die moralisch nicht zu rechtfertigen ist.

* Dabei unterscheiden sich die Bereiche der ambulanten und stationären Leistungserbringung signifikant. Während die Interessenvertretung der ambulanten Leistungserbringer in Form der Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam in einer kartellartigen Gruppe mit den Krankenkassen erfolgt, sind die stationären Leistungserbringer nur in lockerer Form in einer sog. Krankenhausgesellschaft organisiert und müssen ihre Versorgungsverträge mit den Krankenkassen in individuellen Verhandlungen abschließen.

Der Verwirklichung von (partikularen) Interessen steht dabei eine Freiheitsverwirklichung gegenüber, für die Ansprüche zu Aufgaben werden. Der auch im deutschen Gesundheitswesen zu beobachtenden Tendenz, (finanzielle) Lasten zu anonymisieren und so eine Entgrenzung der Forderungen zu betreiben, werden hierbei Selbstverantwortung, Selbstorganisation und Selbstbelastung entgegen gesetzt.

Nun scheinen Wohlfahrtsstaaten primär den Interessen ihrer Verwaltungen zu dienen. Und eine Betrachtung der sog. Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen bestärkt diese Vermutung. Die in dieser Studie entwickelten Reformvorschläge stellen dem gegenüber die Nutzer und ihre Interessen in den Mittelpunkt.

Doch welchen Prinzipien müßten sozialstaatliche Reformen folgen, in denen die Selbstverantwortung der einzelnen Bürger gestärkt und ihre Freiheitsräume erweitert werden? Was soll dem Einzelnen als sein ureigener Entscheidungsspielraum zustehen? Und wie weit darf dieser Spielraum zugunsten anderer begrenzt werden?

Als erstes Prinzip muß der Schutz der *Menschenwürde* angesehen werden, die in Deutschland durch Art 1 GG garantiert ist und die die Grundlage unseres Gemeinwesens bildet. Zweitens tritt *Solidarität* als Reformprinzip hinzu, denn nur solidarisch lassen sich die großen Lebensrisiken der einzelnen absichern. Die Reformen müssen drittens transparent durchgeführt werden und mehr *Transparenz* schaffen. Sie sollten viertens einen – angesichts der Besonderheiten des Gutes „Gesundheit“ allerdings regulierten – *Wettbewerb* ermöglichen. Fünftens müssen hinreichende *Übergangszeiten* eingeräumt werden.

Seit Oktober 2000 führte die TA-Akademie ein Pilotprojekt "*Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen*" (mit finanzieller Förderung durch das Sozialministerium Baden-Württemberg, die Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Gottlieb Daimler- und Karl Benz-Stiftung) durch, in dem der Versuch unternommen wurde, Reformoptionen aus der Perspektive der Nutzer des Gesundheitssystems zu entwickeln. Die TA-Akademie sah ihre Rolle in diesem Projekt insbesondere darin, einen gesellschaftlichen Diskussions- und Klärungsprozeß über die Ziele und notwendigen Entwicklungsperspektiven des bestehenden Gesundheitssystems als wichtigen Infrastrukturfaktor anzuregen. Dabei sollte vor allem auch die Gestaltung der Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten von Patienten und Versicherten im zukünftigen Gesundheitssystem auf der Grundlage größerer Transparenz des Leistungsgeschehens und eines breiteren, qualitätsgesicherten Informationsangebotes im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Das Projekt wurde durch einen Projektbeirat begleitet, dem maßgebliche Akteure des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg sowie einige Wissenschaftler angehörten.

Ausgangspunkt für das Aufgreifen des Themenbereiches *Gesundheit* war ein Expertenworkshop im November 1998, mit dem die TA-Akademie auf einen im Rahmen ihrer regelmäßig durchgeführten Erhebungen zur Dokumentation „Technikfolgenforschung in Baden-Württemberg“ artikulierten Forschungsbedarf reagierte (Rohr/Schade 2000). In Vorbereitung einer eigenen Studie der TA-Akademie wurden zwei externe Gutachten in Auftrag gegeben, die als Arbeitsberichte Nr. 195 „*Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt*“ (Dierks et al. 2001) sowie Nr. 199 „*Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*“ (Wille 2001) vorliegen.

In dieser Studie werden drei Reformszenarien für das Gesundheitswesen entwickelt, die stufenweise aufeinander aufbauen und in einer *Nutzer-orientierten Reformperspektive* das ordnungspolitische Leitbild verfolgen, die Selbstverantwortung der Einzelnen zu stärken und ihre Freiheitsräume durch eine größere Wahlfreiheit zu erweitern. Mit der Studie wurde nicht die Absicht verfolgt, Neues zu erfinden, sondern die bislang diskutierten Ansätze, Erwägungen und Reformvorschläge aufzugreifen und unter dem Aspekt der Patientensouveränität neu in die Nutzerperspektive einzuordnen. In diesem Sinne bietet die Studie auch keinen Katalog konkreter und direkt umsetzbarer Maßnahmen zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems an. Vielmehr orientiert sie darauf, daß die erforderlichen Maßnahmen nicht als isolierte Einzeleingriffe, sondern im Hinblick auf das angestrebte Ziel „Selbstverantwortung“ ausgewählt und bewertet werden sollen.

2 Ausgangssituation

Jegliche Vorschläge zu einer Reform der GKV müssen unabhängig von ihrer Reichweite und Perspektive einige wesentliche Ursachen für den zunehmenden Reformdruck ins Kalkül ziehen. Dazu zählen neben den in der Einführung schon erwähnten ordnungspolitischen Tendenzen zur Liberalisierung von Märkten bzw. zur Privatisierung von Dienstleistungen, von denen auch das Gesundheitswesen zunehmend erfaßt wird, vor allem die demographische Entwicklung in Deutschland (2.1) sowie der medizinisch-technische Fortschritt (2.2).

Die demographische Entwicklung wirkt als Einflußgröße sowohl auf die Einnahmen- als auch auf die Ausgabenentwicklung der GKV, während der medizinisch-technische Fortschritt direkt allein auf die Ausgabenentwicklung wirkt. Aber noch andere Einflußgrößen wirken auf die Ausgabenentwicklung. Ungeachtet der ausgeprägten Interdependenzen des Gesundheitswesens können bei diesen Einflußgrößen angebots- und nachfrageseitige Faktoren unterschieden werden.

Auf der Angebotsseite wirken vor allem die Faktoren „Leistungsausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage, [...] der (negative) Preisstruktureffekt zuungunsten von Gesundheitsleistungen [und] die Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin“ (SVR 1995: Ziff. 26). Nachfrageseitig sind hier u. a. „die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen, die Veränderung des Krankheitspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände, die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber medizinischer und paramedizinischer Versorgung und der insbesondere durch den umfassenden Versicherungsschutz gegebene Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*moral hazard*)“ zu nennen (ebd.: Ziff. 34).

2.1 Die demographische Krise der GKV

Eine erste wichtige Ursache eines zunehmenden Reformdrucks liegt in einer veränderten demographischen Lage. Seit Jahren wächst der Anteil an alten Menschen innerhalb der Bevölkerung, d. h. die Bevölkerungspyramide kehrt sich um. Unter diesem Aspekt sind vor allem zwei Fragen von Interesse:

1. Wie wird sich die Morbidität im höheren Lebensalter entwickeln?
2. Welche Auswirkungen hat die demographische Entwicklung auf das derzeitige Beitragssystem?

2.1.1 Die Morbiditätsentwicklung im höheren Lebensalter

Die Erfolge der modernen Medizin, z. B. Antibiotikagabe bei Infekten oder Zytostatikagabe bei Tumoren, haben paradoxerweise nicht allein die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht, d. h. die Mortalitätsrate gesenkt, sondern zugleich auch die Morbiditätsrate steigen lassen. Kurz: die Menschen leben länger, sind aber kränker. Wer heutzutage den Myokardinfarkt als 50jähriger überlebt, wahrt sich alle Chancen, als 80jähriger eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln (Krämer 1989, 1993). Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung treten vermehrt Krankheiten mit langer Latenzzeit sowie Chronifizierungen von Krankheiten auf (Herz-Kreislaufkrankungen, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus, Demenz oder Verschleißerscheinungen), was zu einer Multimorbidität und funktionalen Einschränkungen der Betroffenen führt. Es ist folglich, auch aufgrund eines erhöhten und verlängerten Pflegebedarfs, von höheren Kosten für die GKV und die gesetzliche Pflegeversicherung auszugehen. Diese pessimistische Einschätzung wird als *Medikalisierungsthese* bezeichnet (Enquête-Kommission 2002).

Allerdings ist auf Studien hinzuweisen, die zeigen, daß die meisten Kosten nicht in einer abstrakten Altersspanne anfallen, sondern im letzten Lebensjahr eines Menschen, unabhängig von seinem Lebensalter (Fuchs 1984; Felder 1997; Zweifel et al. 1999; Felder et al. 2000). Dabei sind diese Kosten im letzten Lebensjahr für hochbetagte Patienten im Durchschnitt signifikant geringer als für jüngere Patienten mit der gleichen Erkrankung. Diese Kostendifferenz ist bei alten Frauen sogar ausgeprägter als bei alten Männern, was eine versteckte Rationierung in Deutschland nach den Kriterien Alter und Geschlecht indiziert (Brockmann 2002).

Eine optimistische Einschätzung hingegen vertritt die *Kompressionsthese*: Mit dem Anstieg der Lebenserwartung werden zugleich die altersmäßigen schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinausgeschoben, die Menschen bleiben „aufgrund gesünderer Lebensweise, verbesserter Hygiene, besserer und gesünderer Ernährung, verbesserter Arbeitsschutzbestimmungen und der Nutzung medizinisch-technisch besserer Verfahren und Behandlungsmethoden länger oder sogar ganz von funktionalen Einschränkungen ihrer Lebensführung verschont“ (Enquête-Kommission 2002, 184).

Die Enquête-Kommission verweist darauf, daß „sowohl Kompressions- als auch Medikalisationsthese für sich genommen feststellbar sind, allerdings für unterschiedliche soziale Schichten zutreffen“ (ebd.). Soziale Lage und gesundheitlicher Zustand sind korreliert. Während für die obersten sozialen Schichten eher die Kompressionsthese gilt, ist bei den unteren Schichten vor allem die Medikalisationsthese belegbar. Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand mit einer höheren Multimorbidität (Daniels et al. 2000; Mielck 1994, 2000) auf. Sowohl bei der etwaigen Einführung von risikoäquivalent kalkulierten Zusatzversicherungen in der GKV als auch bei einer Ausweitung von Zuzahlungsregelungen müßte diesem Umstand durch weitreichende Sozialklauseln Rechnung getragen werden, soll das Solidarprinzip weder verletzt noch gar aufgegeben werden.

2.1.2 Die Beitragsentwicklung

Zwar ist zumindest derzeit und in einer kurzfristigen Betrachtung die demographische Entwicklung nicht das größte Problem mit Blick auf die Beitragssatzentwicklung. Aber schon mittelfristig sieht das ganz anders aus: in diesem Zeithorizont ist von einer massiven finanziellen Belastung der GKV aufgrund der demographischen Entwicklung auszugehen. Manche sprechen hier von einem „Aufkündigen des Generationenvertrages“ und konstatieren eine „Nachhaltigkeitslücke“ in der Generationenbilanz (Fetzer et al. 2001). Selbst bei einer optimistischen Prognose ist unter Beibehaltung des jetzigen Systems von einem deutlichen Anstieg der Beitragssätze auszugehen, wobei die Spanne in den Jahren 2030-50 je nach Studie von 16 % bis 34 % reichen könnte (Enquête-Kommission 2002, 191f.).

Aufgrund eines „doppelten Alterungsprozesses“ („Immer weniger Junge versorgen immer mehr Alte, die zugleich immer älter werden“) steigt der Alterslastquotient (Rentner/Erwerbstätige) an. Eine Verlängerung der Lebensspanne, d. h. eine Zunahme der Zeit, in der Menschen nicht erwerbstätig sind, führt im gegenwärtigen, umlagefinanzierten System, dessen Finanzierung sich nach der Bruttolohnsumme bemißt, zu Einnahmeproblemen. Die Verkürzung der Lebensarbeitszeit („Rente mit 60“) verstärkt diesen Effekt noch, auch wenn Rentner – allerdings verminderte – Beiträge zahlen. Dieser Effekt wird auch als Finanzierungseffekt des demographischen Wandels bezeichnet und wirkt auf die Einnahmeseite. Ein Ausgabeneffekt des demographischen Wandels wird sich in

mit dem Alter der Bevölkerung ansteigenden Ausgabenprofilen zeigen (Fetzer et al. 2001).

Aktuell stellt allerdings nicht die Zahl der Rentner, sondern die der Arbeitslosen das weitaus größere Problem in diesem Zusammenhang dar. Denn nur 80 % des bezogenen Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes bzw. 58 % der Arbeitslosenhilfe gelten als beitragspflichtige Einnahmen nach § 232a SGB V. Da die Höhe dieser Zahlungen sowieso niedriger ist als die durch eine entsprechende Erwerbstätigkeit zu erzielenden Arbeitsentgelte, führt dies zu einer gleichsam doppelten Einnahmenverminderung. In Verbindung mit einem vor allem bei Langzeitarbeitslosen deutlich schlechteren Gesundheitszustand, der höhere Ausgaben verursacht (Rosenbrock 1998), kommt so die hohe Arbeitslosigkeit die deutsche GKV teuer zu stehen.

Sollte es zu Leistungskürzungen in der GKV kommen, könnte die Krankenhilfe, die die Kommunen nach § 37 BSHG für Sozialhilfeempfänger zahlen, die nicht über die gesetzlich geforderten Vorversicherungszeiten in der GKV verfügen, zu einem Problem werden. Für die medizinische Versorgung dieses Personenkreises (Anfang 2002 ca. 540.000 Hilfeempfänger) haben die Kommunen 2001 ca. 1,2 Mrd. Euro ausgegeben. Zwar soll die Leistungserbringung äquivalent den Bestimmungen für die GKV erfolgen, doch rechnen die Ärzte die Leistungen nach der GOÄ zu einem zumeist höheren als für GKV-Versicherte üblichen Gebührensatz ab. Für die Ärzteschaft ist diese Regelung lukrativ, da die erbrachten Leistungen nicht unter die Budgetierung fallen. Die Krankenkassen hingegen wehren sich gegen eine Versicherung der Sozialhilfeempfänger, da sie höhere Leistungsausgaben für die Personengruppe bei verminderten Beitragszahlungen befürchten. Aber ein Fortbestand dieser Regelung, die es übrigens nach Art. 28 GSG seit 1997 gar nicht mehr geben dürfte, erscheint angesichts der großen Finanznöte der Kommunen kaum mehr tragbar. Sie könnte zudem bei wachsendem Druck auf die GKV, Zuzahlungen zu erhöhen oder Leistungen zu kürzen, zu einer ernsthaften Gefährdung der innergesellschaftlichen Solidarität führen.

Mögliche Maßnahmen

Einnahmeseitig sind folgende Maßnahmen möglich, um die Einnahmehasis zu verbreitern und so die Finanzierung der GKV zu sichern. Erstens könnten Selbständige und Beamte in die solidarische Finanzierung miteinbezogen werden. Dies dürfte aber bei der PKV auf großen Widerstand stoßen und ist rechtlich nicht schnell umsetzbar. Die Versicherungspflicht würde zu einer Pflichtversicherung. Zweitens könnten durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die Einnahmen gesteigert werden. Zu beachten ist dabei aber, daß aufgrund nötiger Übergangsfristen eine solche Anhebung den Anreiz

gerade für junge freiwillig in der GKV Versicherte erhöhen wird, doch noch schnell in die PKV zu wechseln. D. h. es ist nicht ausgeschlossen, daß es (zumindest kurzfristig) eher zu Einnahmeverlusten als zu Mehreinnahmen kommt. Bezieht man andere Einnahmearten in die Beitragsbemessung mit ein, ließe sich eine Diskriminierung bestimmter Einkommensarten abstellen. Zugleich könnte es aber einen Einstieg in die Steuerfinanzierung der GKV bedeuten, denn sinnvollerweise müßten diese Einkünfte im Rahmen der Steuererklärung erfaßt werden, sie wirkten als „Sozial-Steuer“. Auch erscheint es fraglich, ob bei der Einbeziehung anderer Einkommensarten am Prinzip der paritätischen Finanzierung festgehalten werden kann.

Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde dieses Prinzip durch die aufgrund einer Arbeitgeberforderung vorgenommene Abschaffung eines Feiertags erstmals verletzt. Länger schon werden Forderungen der Arbeitgeberseite laut, den KV-Beitragsatzanteil auf (ungefähr) 6 % festzuschreiben, d. h. bezogen auf die derzeitigen durchschnittlichen Beitragssätze sogar zu verringern (vgl. dazu auch SVR 1997: Ziff. 488ff.). Historisch betrachtet ist die paritätische Finanzierung eine Errungenschaft der Arbeiterbewegung. Sie sichert aber auch den Arbeitgebern ein Mitspracherecht in der Selbstverwaltung und wirkt, da die Arbeitgeber ein starkes Interesse an niedrigen Arbeitskosten haben, dämpfend auf die Beitragssatzentwicklung. Tatsächlich aber ist die paritätische Finanzierung als „Unterstützung durch den Arbeitgeber“ mittlerweile eine Fiktion, sind doch die KV-Beiträge längst in der Lohnkalkulation abgebildet. Diskussionswürdig ist daher der (u. a. vom Bundeswirtschaftsminister) unterbreitete Vorschlag, den Arbeitgeberanteil als Lohnbestandteil auszuführen (vgl. dazu auch SVR 1997: Ziff. 503ff.), gebunden an die Auflage, diesen Betrag zum Aufbau einer kapitalgedeckten Vorsorge in der Kranken- und Pflegeversicherung zu verwenden. Angesichts der großen Kapitalmarktabhängigkeit einer solchen Finanzierungsform mit teilweise beträchtlichen Risiken stellt sich aber die Frage nach der Robustheit eines solchen Finanzierungssystems für einen breiteren Bevölkerungskreis. Es erscheint deshalb sinnvoller zu sein, nur eine ergänzende private Vorsorge evtl. kapitalgedeckt zu finanzieren und die Grundsicherung umlagefinanziert zu belassen.

Mit einer Aufgabe des Prinzips der paritätischen Finanzierung entstünde mehr finanzieller Spielraum für die Versicherten, jedoch beendete dies auch die historische Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Studie vorgeschlagen, auch bei der Sicherung der Einnahmehasis das Solidaritätsprinzip konsequenter anzuwenden und dazu langfristig alle Bürger – d. h. auch die Beamten und die Selbständigen – in eine solidarisch finanzierte Grundversorgung einzubeziehen. Die Aufteilung der Leistungen der GKV in eine allgemeine Grundversorgung und eine individuell finanzierte Zusatzver-

sorgung (Satzungsleistungen und Wahlleistungen), die von allen Kassen angeboten werden kann, eröffnet der PKV neue Möglichkeiten und kann als Ersatz für die dann wegfallende Sonderbehandlung von Beamten und Selbständigen dienen. Die paritätische Finanzierung der Grundversorgung sollte aus Kostendämpfungsgründen beibehalten werden.

Die Erschließung neuer Einnahmequellen (z. B. Beiträge aus Vermögen) würde im gegenwärtigen System keine kostendämpfenden Impulse auslösen, die Ungleichbehandlung von GKV-Versicherten und z. B. Beamten erhöhen und die vorhandenen Freiheitsräume der Bürger weiter einschränken. Diese Freiheitsräume können von den Versicherten nach eigenem Ermessen z. B. in der individuell finanzierten Zusatzversicherung besser genutzt werden.

2.2 Der medizinisch-technische Fortschritt

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik muß die kontinuierliche Integration von medizinisch-technischen Innovationen in den Leistungskatalog der GKV sein. Dabei weckt der Fortschritt in Diagnostik und Therapie nicht nur individuelle Hoffnung auf Heilung, sondern erscheint angesichts einer zunehmend angespannteren Finanzlage auch als „Bedrohung der Finanzierbarkeit wichtiger Gesundheitsleistungen“ (SVR 1997: Ziff. 55). Es wird zukünftig deutlich schwieriger sein, alle medizinisch sinnvollen Neuerungen auch tatsächlich als Regelleistung zu finanzieren. Eine Leistungsausweitung wie in früheren Jahren wird nicht mehr möglich sein. Die knappen Finanzmittel zwingen zu einem vermehrten Nachdenken über einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz. Das ist aber nicht unbedingt von Nachteil für die Versicherten*. Schließlich stellte der Sachverständigenrat in seinem letzten Gutachten neben einer Unterversorgung vor allem Fehl- und Überversorgungen fest (SVR 2001c). Im Kontext der Krebstherapie erläutert der Sachverständigenrat die grundlegenden Schwierigkeiten der Steuerung medizinischer Innovationen: „Generell besteht in der Medizin das Problem, medizinische Innovationen mit einem erwiesenen Nutzen für den Patienten möglichst rasch und flächendeckend in die Routineversorgung zu überführen, andererseits aber eine überstürzte

* Der Vorschlag einer Innovationsgarantie im Rahmen eines Wahlleistungstarifs, d. h. innovative Leistungen anzubieten, die noch nicht abschließend evidenzbasiert evaluiert sind, könnte zur Diffusion von Innovationen in einen Grundleistungskatalog beitragen. Problematisch daran ist allerdings die Frage sowohl nach der Sicherheit und Zweckmäßigkeit solcher Leistungen als auch nach einem Auswahlkriterium dafür. Ferner unterliegen medizinische Verfahren einer großen Dynamik, die sich nur schwer prospektiv kalkulieren läßt.

Einführung unzureichend evaluierter Innovationen zu verhindern, insbesondere wenn diese medizinisch riskant und kostenintensiv sind. Parallel zu der kontrollierten Einführung medizinischer Innovationen wird aber gleichzeitig eine rasche und kontrollierte Ausleitung obsoleter Behandlungsverfahren benötigt“ (SVR 2001c: Ziff. 301). Innovationen sind also vor Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog nicht allein evidenzbasiert auf ihren medizinischen Nutzen, sondern ebenso ökonomisch auf ihre Kosten-Nutzen-Ratio hin zu überprüfen. Zukünftig wird es aber noch wichtiger werden, für eine zukunftsgerechte und patientenorientierte Versorgung den Expertenurteilen ein weiteres evaluatorisches Element hinzuzufügen. Schon 1997 wies der Sachverständigenrat darauf hin: „Die Patientensicht erweitert die Fortschrittsbetrachtung darüber hinaus um vielfältige soziale und psychische Aspekte von Krankheit. Kulturelle, religiöse und ethische Aspekte bedingen eine weitere Individualisierung der Fortschrittsbetrachtung“ (SVR 1997: Ziff. 56). Als ein integratives Verfahren steht das in Deutschland bedauerlicherweise noch unterentwickelte Health Technology Assessment (HTA) zur Verfügung. Beim notwendigen Aufbau von HTA sollte Deutschland die reichen Erfahrungen von Ländern wie Kanada, dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden nutzen und auch partizipative Verfahren einsetzen, wie z. B. im „National Survey of NHS Patients“ (1999). Nur so kann das Steuerungspotential der Nutzer für eine in Qualität und Wirtschaftlichkeit verbesserte bedarfsgerechte Versorgung ausgeschöpft werden (Coulter 2002).

Innovationen lassen sich medizinisch nach diagnostischen und therapeutischen und ökonomisch nach Prozeß- und Produktinnovationen unterscheiden. Die Beurteilung von Innovationen ist problematisch. Ex ante werden Innovationen zumeist in einer Kosten-Nutzen-Analyse bewertet, die den Nachteil einer geringen Validität hat. Beurteilungen ex post im Rahmen einer Evaluation weisen zwar eine bessere Validität auf, kommen aber oft zu spät. Stattdessen sind folglich bewertende Verfahren notwendig, die Unsicherheiten berücksichtigen und gleichzeitig in der Lage sind, sich in einem dynamischen Prozeß optimal anzupassen (SVR 1997).

Beteiligte	Anbieter medizinischer Leistungen	Anbieter von medizinisch-technischen Produkten	Versicherungen/ Krankenkassen	Patienten	Versicherte
Interessen/ Beteiligung	u.a. Ärzte	u.a. Industrie			
Interesse bzgl. der Gesundheitsversorgung	bestmögliche Versorgung des Patienten/ Einkommensoptimierung	gewinnmaximierender Absatz der Produkte	Zahl der Versicherten; bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten bzw. Versicherungsangebot entsprechend unterschiedlicher Versichertenpräferenzen im Wettbewerb	bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall	präferiertes Leistungsangebot zu günstigen Beiträgen
primäres Interesse bzgl. med.-techn. Fortschritt	neue, qualitativ bessere Produkte; systematisches Interesse nur bei entsprechenden Anreizen	neue, qualitativ bessere Produkte; kostengünstigere Verfahren	kostengünstigere Verfahren, neue, qualitativ bessere Produkte	neue, qualitativ bessere Produkte	kostengünstigere Verfahren, neue, qualitativ bessere Produkte
Beteiligung im Fortschrittszyklus	groß	groß	sehr gering	gering	keine

Abbildung 1: Beteiligte und Interessen im Fortschrittszyklus (SVR 1997: S. 7)

Wann eine Neuerung tatsächlich zu einem Fortschritt führt, hängt u. a. von den Präferenzen der Beteiligten ab, die jedoch beträchtlich differieren können. Eine GKV-systembedingte Komplikation im Fortschrittszyklus von Invention, Innovation und Diffusion ergibt sich aus der Rivalität zwischen der staatlichen Steuerung einerseits und der Regulierung von Allokationsprozessen durch die Selbstverwaltung andererseits. Besonders augenfällig wird dies beim Problem der Innovationsfinanzierung an Kliniken. Hier gibt es, da die überwiegende Zahl der dafür zuständigen Bundesländer ihre Verpflichtungen nicht erfüllt, einen Investitionsstau.

In Kombination mit der demographischen Alterung entfaltet der medizinisch-technische Fortschritt eine für die Ausgabenentwicklung in der GKV verhängnisvolle Hebelwirkung. Denn es handelt sich zumeist nicht um kostensenkende Prozeßinnovationen (Sub-

stitutionstechnologien), sondern um Produktinnovationen, die sog. *add-on*-Technologien, die zu den vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten hinzutreten und den Leistungskatalog der GKV stetig ausweiten (Fetzer et al. 2001). Die *add-on*-Technologien werden entsprechend genutzt und verursachen dadurch eben auch zusätzliche Kosten (Krämer 1993). Eine erhoffte Kostenersparnis durch neue Verfahren bleibt insofern aus.

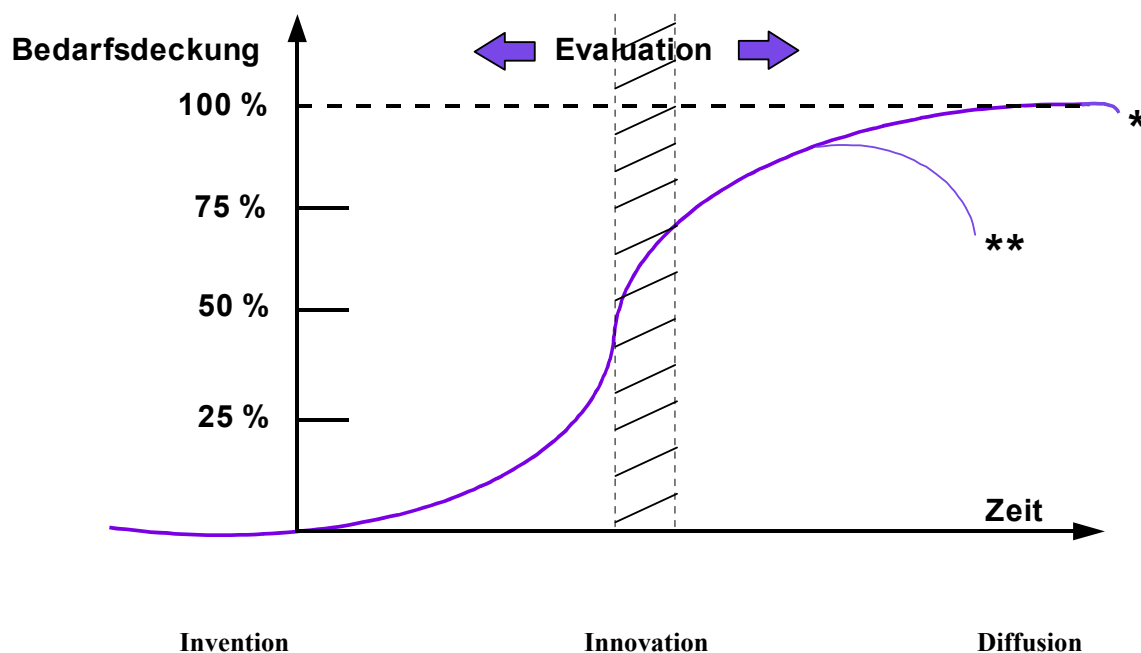


Abbildung 2: Phasen des medizinisch-technischen Fortschritts (SVR 1997: S. 68)

Des Weiteren ist häufig zu beobachten, daß neue Technologien, z. B. neue Pharmaka, nicht nur neu, sondern auch teurer als alte sind. Dies läßt sich durch die Überwälzung der Entwicklungskosten auf die Verbraucher sowie durch eine möglicherweise für bestimmte Indikationen marktbeherrschende Position erklären. Oft gibt es eben zu einem bestimmten Therapeutikum oder Diagnostikum keine Alternative, was den Preis nach oben treibt. Auch verursachen manche neuen diagnostischen oder therapeutischen Verfahren Folgekosten.

Ein besonderes Problem stellen die sog. Pseudo-Innovationen im Arzneimittelbereich dar. Sog. *Me-too*-Präparate treiben die Arzneimittelausgaben ständig weiter in die Höhe, ohne daß ihnen ein entsprechender therapeutischer Nutzen entgegen stehen würde (NIHCM 2002a, 2002b). Die Einführung der seit langem geplanten Positivliste dürfte

als eine sinnvolle Steuerungsmaßnahme dieser Entwicklung entgegenwirken. Insbesondere erscheint eine Positivliste geeignet, erstens Arzneimittelinnovationen kontinuierlich substitutiv in den Leistungskatalog der GKV einzuführen, zweitens Präparate mit keinem sowie fragwürdigem oder nur geringem Nutzen auszuschließen und so drittens eine qualitätsvolle Arzneimittelversorgung der Bevölkerung nachhaltig sicherzustellen.

Breyer und Ulrich (1999) konnten zeigen, daß sogar ungeachtet der demographischen Entwicklung der medizinisch-technische Fortschritt steigende Leistungsausgaben in der GKV bewirken wird.

Von einer neuen technologischen Entwicklung der letzten Jahre, der Telemedizin oder E-Health, erhofft man sich allerdings sowohl eine Qualitätsverbesserung als auch Einsparpotentiale (Adomeit et al. 2002a). Insbesondere Web-basierte Anwendungen mit standardisierten Schnittstellen ermöglichen es, die leidigen Kompatibilitätsprobleme, die lange Zeit nur mit einem hohen Umstellungsaufwand bei Hard- und Software zu bewältigen waren, elegant und auch schneller als bislang gewohnt zu lösen. Sowohl Teilnehmer als auch Anbieter und Leistungserbringer der Disease-Management-Programme (s. u. 6.) können von den neuen technischen Möglichkeiten profitieren: „Eine geschickte Technologienutzung mit einer Kombination aus interaktiven Medien, E-Mails oder Internet-Informationen sowie konventionellen Mailings und Anrufen kann bei den Patienten den notwendigen Wiederholungs- und Erinnerungseffekt bei geringen Kosten erzielen. Neue Technologien verbessern zwar nicht per se die Compliance der Patienten. Sie ermöglichen jedoch zu überschaubaren Kosten einen häufigeren Kontakt und besseren Datenaustausch mit dem Patienten (und oft auch mit dem Arzt) und damit eine bessere Bindung der Programmteilnehmer“ (Adomeit et al. 2002a: 30; s. auch 5.).

Da auch in einem Gesundheitssystem, das den Versicherten mehr Eigenverantwortung und Wahlfreiheiten zumißt, sichergestellt sein muß, daß medizinischer Fortschritt allen Versicherten zugute kommen kann, sind insbesondere bei Aufteilung der Leistungen in eine Grundversorgung und individuell finanzierte Zusatzleistungen Prozeduren erforderlich, die den Grundleistungskatalog in einer permanenten Evaluation an den Fortschritt anpassen. In dieser Studie wird dazu vorgeschlagen, daß die Leistungserbringer (Ärzeschaft) den Grundleistungskatalog nach medizinischen Gesichtspunkten fortschreiben und die Kassen auf dieser Grundlage und in Abstimmung mit der Ärzteschaft den Umfang der zu finanzierenden Grundleistungen festlegen.

3 Rahmenbedingungen der Szenarien

Das Geschehen im Gesundheitssystem wird in einem komplexen Wechselspiel von zahlreichen Akteuren (Politik, Ministerien, Kassen, Ärzten, Krankenhäusern und deren Verbände, Arbeitgebern, Patienten und Versicherten etc.) bestimmt. Eingriffe in dieses System, bzw. Vorschläge für dessen Veränderung, müssen die bestehenden und gegebenenfalls zu verändernden Abhängigkeiten berücksichtigen, um unerwünschte Nebeneffekte zu vermeiden. Die Vorschläge der vorliegenden Studie werden daher in Zukunftsbildern dargestellt, die die wichtigen Einflußgrößen und Wechselwirkungen möglichst vollständig zu erfassen versuchen und die als explorative Orientierungsszenarien zu verstehen sind.

Orientierungsszenarien beschreiben eine künftig mögliche Situation (explorative Szenarien), die sich aus einem gegebenen Ist-Zustand entwickeln kann, wenn bestimmte Maßnahmen für Veränderungen ergriffen werden. Die Art der Maßnahmen bzw. Veränderungen des vorhandenen Zustandes orientieren sich dabei an dem in dieser Studie angestrebten Ziel, das Gesundheitssystem so zu verändern, daß den Versicherten mehr Selbstverantwortung ermöglicht und größere Chancen für Wahlfreiheit eröffnet werden. Die hier entwickelten Szenarien stellen Projektionen mit mittel- bzw. langfristigem Zeithorizont dar; sie versuchen jedoch nicht, einen Zeitablauf zu präzisieren und damit mögliche Umsetzungsgeschwindigkeiten für die nötigen Maßnahmen zu prognostizieren.

Szenarien unterliegen bestimmten Rahmenbedingungen, die nicht variabel sind, bzw. in den betrachteten Zeiträumen als nicht veränderbar angenommen werden. Um konsistente Szenarien entwickeln zu können, ist es darum nicht allein von Bedeutung, die relevanten Einflußgrößen zu identifizieren, sondern ebenso, die Rahmenbedingungen für die Szenarien genau zu bestimmen. Dazu zählt neben der Analyse der Ausgangssituation (Kap. 2.) und der Klärung von wesentlichen Begriffen (Kap. 4. - 6.) die Offenlegung der Vorannahmen und Abgrenzungen, die im folgenden vorgenommen wird.

Die Frage des Einflusses, den die fortschreitende europäische Integration auf die Entwicklung der GKV nimmt, wird dabei nicht explizit erörtert, da angesichts der Bedeutung von einzelnen Verfahren vor dem europäischen Gerichtshof (EuGH) eine zuverlässige Prognose nicht möglich scheint. Allerdings sind die Szenarien sowohl mit dem Status quo als auch mit einer möglichen Anwendung des Unternehmensbegriffs des EU-Vertrags auf die Körperschaften des deutschen Gesundheitswesens vereinbar.

3.1 Beschränkung auf das System der GKV

In der Szenarientwicklung wird allein das System der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen medizinisch indiziertes Leistungsgeschehen betrachtet. Diese Fokussierung auf die GKV bedeutet, daß wichtige Bereiche wie Bildung, Wohnen oder Arbeit, von denen zum Teil erhebliche Effekte auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung ausgehen, ausgeklammert bleiben. In einer übergreifenden Betrachtung müßten diese anderen Einflußgrößen gesundheitlicher Outcomes Eingang finden (s. Abb. 3).

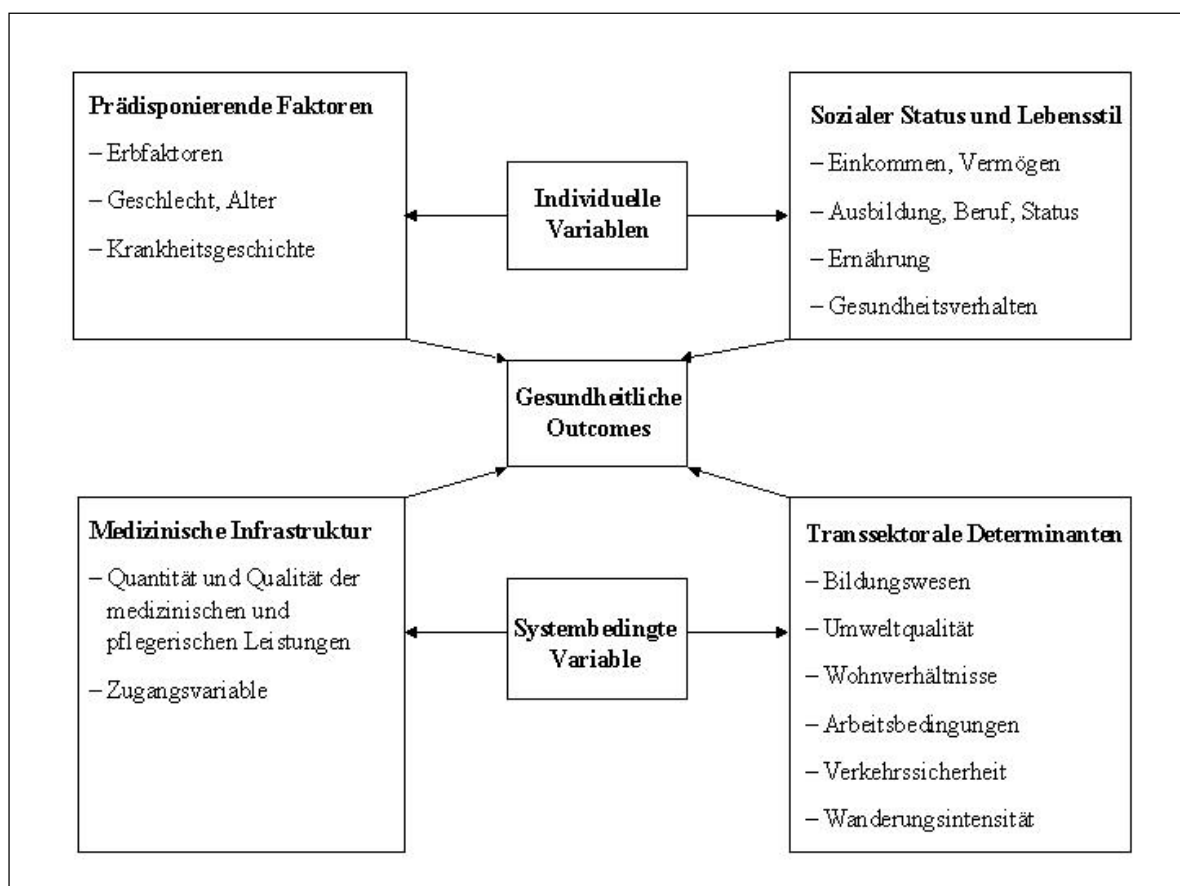


Abbildung 3: Einflußgrößen gesundheitlicher Outcomes (SVR 2001a: S. 102)

Da man davon ausgehen muß, daß die weitverbreitete gesundheitspolitische Fixierung auf die Beitragssatzstabilität und die damit verbundene Dominanz finanzieller Reformbetrachtungen mitursächlich für die beobachtbare Reformblockade ist, stehen finanzielle Erwägungen nicht im Mittelpunkt der hier diskutierten Reformvorschläge. Die Studie

geht daher – ungeachtet seiner Mängel (vgl. SVR 1994) – von der Beibehaltung des derzeitigen Beitragssystems sowie des Risikostrukturausgleichs aus.

Ebenso wird das – zumindest mittelfristige – Fortbestehen der sog. „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung angenommen. Bis zu einer bestimmten Höhe des Arbeitseinkommens, der sog. Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 75 % der Jahresentgeltgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, was 40.500 Euro oder 3.375 Euro/Monat entspricht) sind alle abhängig Beschäftigten in der GKV pflichtversichert. Bei Überschreiten der Entgeltgrenze können sich die Versicherten entscheiden, ob sie als freiwillig Versicherte in der GKV bleiben oder aber sich in der PKV vollversichern wollen. Zur Zeit sind ca. 88 % der Bevölkerung (70,736 Mio. Personen) in der GKV als Pflichtmitglieder, freiwillig Versicherte oder Mitversicherte versichert. Die PKV versicherte Ende 2001 in einer Vollversicherung ca. 9 % der Bevölkerung (7,710 Mio. Personen) und ca. 7,5 Mio. Personen in einer Zusatzversicherung, mit jeweils stetig steigender Tendenz. Verstärkt wird diese zunehmende Abwanderung in die PKV durch aktuelle Überlegungen aus dem BMG, die Beitragsbemessungsgrenze von 3.375 Euro/Monat auf 4.500 Euro/Monat anzuheben, um der GKV weitere Einnahmen zuzuführen.

Aber auch diese Diskussion über eine Anhebung der Beitragsbemessung stellt das Nebeneinander von GKV und PKV nicht grundsätzlich in Frage, so daß es sinnvoll erscheint, in den Szenarien ebenso davon auszugehen.

3.2 Nutzerperspektive

Gewöhnlich konzentrieren sich Reformvorschläge auf zwei Akteursgruppen, die Ärzteschaft (als dominierender Leistungserbringer) und die Krankenkassen, welche, in jeweils eigenen Verbänden organisiert, die maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung darstellen und im wichtigen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen den Leistungskatalog der GKV weiterentwickeln. An dieser Fixierung auf die beiden großen Kartelle der Selbstverwaltung aber kranken zumeist die Reformvorschläge und -versuche, denn häufig führt es zu einer wechselseitigen Blockade oder Verwässerung der geplanten Eingriffe, was dann schwächere oder – schlimmer noch – gar unerwünschte Effekte zeitigt (vgl. dazu die Debatte um die Reform des Risikostrukturausgleichs).

Bei all diesen Reformbemühungen treten die Patienten, um die es in einem Gesundheitswesen doch eigentlich primär gehen sollte, völlig in den Hintergrund.

Die Entwicklung der hier beschriebenen Szenarien erfolgt demgegenüber ausschließlich in dieser bislang stets vernachlässigten Perspektive, nämlich der der Nutzer des Systems. Dabei erscheinen die Nutzer in verschiedenen Rollen, in denen sie auch unterschiedlich angesprochen werden müssen (s. 4).

In seinem Gutachten 2000/2001 hat der Sachverständigenrat sich erstmals ausführlicher mit den Nutzern und ihrer Bedeutung für die Steuerungsprozesse des Gesundheitswesens befaßt. Dabei stellt er besonders heraus, daß die Nutzer als dritte Gruppe neben den Krankenkassen und der Ärzteschaft die wahrscheinlich wichtigste neue Kraft für eine Neugestaltung des Gesundheitswesens darstellen. Insbesondere sind sie eine wichtige Ressource für Verbesserungen hinsichtlich Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit, wenn sie über entsprechende Informations- und Mitwirkungsmöglichkeiten verfügen (SVR 2001a).

3.3 Sozialstaatlichkeit

Das Solidarprinzip ist *das* regulative Prinzip unserer sozialen Sicherungssysteme. Eine substantielle Veränderung oder Schwächung dieses Prinzips erscheint in unserer Gesellschaft weder durchsetzbar noch wünschenswert. Allenfalls geringfügige Modifikationen könnten realisiert werden.

Die Szenarien bewegen sich im Rahmen des in Art. 20 Abs. 1 GG und Art. 28 Abs. 1 GG formulierten *Sozialstaatsprinzips* sowie des für die Entwicklung des Sozialrechts besonders bedeutsamen allgemeinen Gleichheitssatzes aus Art. 3 Abs. 1 GG. Dabei ist zu beachten, daß das Grundgesetz sich mit verfassungsrechtlichen Vorgaben zurückhält und dem Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsrahmen zugesteht. Aus dem Sozialstaatsprinzip können einzelne Bürger nicht unmittelbar Sozialleistungsansprüche ableiten. Allerdings ist ein sozialer Mindestschutz, der ein der Menschenwürde entsprechendes Leben ermöglicht, grundgesetzlich durch das Menschenwürdeprinzip des Art. 1 Abs. 1 GG abgesichert. Eine weitere Grenze zieht auch der schon erwähnte Art. 3 GG. Die verfassungsrechtlich geringe Regelungsdichte ließe auch weitreichende Reformen der sozialen Sicherungssysteme zu, solange die oben genannten Prinzipien gewahrt blieben.

Insbesondere geht es um eine Aufrechterhaltung des *Solidaritätsprinzips*, wie auch immer es konkret ausgestaltet wird. Die Finanzierung soll sich weiterhin am Prinzip der *wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit* der einzelnen Bürger ausrichten. In der Leistungs-

erbringung müssen Grundsätze einer gerechten Verteilung Beachtung finden. Und schließlich sollte der Leistungskatalog entsprechend der Bedarfsgerechtigkeit medizinische Notwendigkeiten hinreichend berücksichtigen.

Die sozialpolitische Aufgabenstellung, nämlich die durch die GKV intendierte Umverteilung, wird grundsätzlich bejaht. Sie ist aber von den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der GKV zu unterscheiden.

Bei Szenarien, die einen Systemwechsel beschreiben, „bedingt [dies] die Trennung der Umverteilung von den Versicherungsleistungen, nicht aber einen Verzicht auf einen solidarischen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken“ (SVR-Wirtschaft 2001: Ziff. 475). Systemevolutionäre Szenarien hingegen werden sich verstärkt mit den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der GKV befassen.

In diesem Sinne hätte eine Ausgliederung der versicherungsfremden Leistungen aus der GKV nicht allein einen die GKV entlastenden Effekt (s. u. 6.4), sondern sie würde durch die Verlagerung in den aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzierten Bereich sowohl die finanziellen Lasten gerechter verteilen als auch die gesellschaftliche Funktion der Umverteilungsmaßnahmen besser verdeutlichen.

Im Fünften Buch des SGB ist die konkrete Ausgestaltung der GKV geregelt. In § 1 Satz 1 SGB V ist das Ziel der GKV beschrieben: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Eine nähere Bestimmung des Begriffs „Gesundheit“ wird allerdings weder hier noch andernorts gegeben. Um dieses Ziel zu erreichen, stellen die Krankenkassen den Versicherten die entsprechenden Leistungen zur Verfügung. Dabei müssen sie das *Wirtschaftlichkeitsgebot* beachten (§ 12 SGB V). Die Leistungen werden (gewöhnlich) als Sach- und Dienstleistungen erbracht (*Sachleistungsprinzip*) (§ 2 Abs. 2 SGB V). Angesichts der möglichen finanziellen Nachteile der Kostenerstattung für die Patienten (Wasem 2000) wird es in dieser Studie für sinnvoll gehalten, weiterhin am Sachleistungsprinzip im Regelfall festzuhalten.

Die Leistungserbringung wird in Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern geregelt. Die Versicherten haben einen Leistungsanspruch unabhängig von ihrer materiellen Bedürftigkeit (*Bedarfsprinzip*). Gemäß § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen *medizinisch notwendig* und „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Die Krankenkassen und die Leistungserbringer sollen „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ der medizinischen Versorgung sicherstellen (§ 70 SGB V). Eine genaue-

re Bestimmung des Begriffes „medizinisch notwendig“, der Bestandteil eines – vom Gesetzgeber jedoch ebenfalls nicht definierten – Gesundheits- oder Krankheitsbegriffes sein müßte, erfolgt nicht. Dadurch sind Konflikte bei der Allokation knapper Ressourcen unausweichlich, die auf der derzeitigen gesetzlichen Grundlage nicht zufriedenstellend gelöst werden können.

Die GKV finanziert sich nach dem *Versicherungsprinzip* über Beiträge, die in einer *paritätischen Finanzierung* je hälftig von den Versicherten und den Arbeitgebern gezahlt werden (§§ 3 und 220-256 SGB V). Die Höhe richtet sich dabei nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Mitglieder (*Leistungsfähigkeitsprinzip*), d. h. in der Regel nach dem Einkommen aus Erwerbstätigkeit, und nicht nach dem individuellen Krankheitsrisiko (*Äquivalenzprinzip*). Das Leistungsfähigkeitsprinzip, welches die Verteilung der Beitragslast regelt, „fordert im Sinne der ‚horizontalen Gerechtigkeit‘, daß Versicherte mit gleicher Leistungsfähigkeit gleich hohe Beiträge zahlen. Sodann postuliert es unter dem Aspekt der ‚vertikalen Gerechtigkeit‘, daß Versicherte mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit unterschiedlich hohe Beiträge entrichten.“; es ist „als ein konstitutives Element des Solidaritätsprinzips innerhalb der GKV“ anzusehen und scheint eher als das Äquivalenzprinzip mit dem Sozialstaatsprinzip vereinbar zu sein (SVR 1994: 190ff). Familienmitglieder sind gewöhnlich beitragsfrei mitversichert.

Alle fünf Elemente des oft angeführten, allerdings nirgendwo im Gesetz so benannten und zusammenhängend dargestellten Solidaritätsprinzips in der GKV können an dieser Stelle benannt werden. Diese Bestandteile des Solidarprinzips sind zunächst der sich nicht nach individuellen Risiken, sondern nach dem Einkommen bemessende Versicherungsbeitrag, der zu einem *einkommensbezogenen Solidarausgleich* von Beziehern höherer zu Beziehern niedrigerer Einkommen führt. Zugleich wirkt diese nicht auf das individuelle Krankheitsrisiko bezogene Beitragsbemessung als ein *Risikoausgleich* zwischen den Versicherten. Ferner versucht die solidarische Krankenversicherung, zu einem *Schadensausgleich* zwischen gesunden und kranken Versicherten zu kommen. Des weiteren liegt ein *Familienlastenausgleich* aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern vor. Schließlich kommt es zu einem *Solidarausgleich zwischen jungen und alten Versicherten*, finanzieren doch die weniger Gesundheitsausgaben verursachenden jungen Mitglieder die hohen Ausgaben für die Alten mit. Zudem gibt es finanzielle Transferleistungen innerhalb der GKV von der sog. allgemeinen Krankenversicherung (AKV) zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Als ein sechstes Element ließe sich ein *geschlechtsspezifischer Ausgleich zwischen weiblichen und männlichen Versicherten* hinsichtlich der Leistungen während der Schwanger- und Mutterschaft anführen.

Das Beitragssystem der GKV weist allerdings einige Mängel auf, die Zweifel an der geübten Solidarität wecken (SVR 1994). So werden zur Beitragsbemessung bei Pflichtmitgliedern ausschließlich Arbeitseinkommen herangezogen, andere Einkommensformen bleiben unberücksichtigt. Die Einbeziehung von anderen Einkommen bei freiwillig in der GKV Versicherte erfolgt nur nach Selbstauskunft der Versicherten. Damit kommt es zu einer Privilegierung von Nicht-Arbeitseinkommen; das Leistungs-fähigkeitsprinzip findet keine Anwendung, obschon es nicht auf eine bestimmte Einkommensart, sondern auf das Gesamteinkommen abstellt. „Dabei ist sicherzustellen, daß die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt.“ (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Gerade die freiwillig in der GKV Versicherten mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze profitieren nicht allein von dieser Bevorzugung von Nicht-Arbeitseinkommen, sondern auch von einer Tarifdegression oberhalb der Bemessungsgrenze. Sie zahlen nur relativ mehr als die anderen Mitglieder, absolut aber – bezogen auf ihre Leistungsfähigkeit – deutlich weniger. Jedoch ist bei den freiwilligen Mitgliedern der GKV zu berücksichtigen, daß sie trotzdem zum Teil deutlich höhere Beiträge in der GKV zahlen, als sie als Prämien in der PKV entrichten müßten. Es dürfte sich allerdings bei den freiwilligen Mitgliedern um zumeist erst in höherem Alter nicht mehr der Versicherungspflicht unterliegende Arbeitnehmer handeln, für die bei einem Übertritt in die PKV angesichts risikoäquivalenter Kalkulation entsprechend hohe Prämien fällig werden. Deshalb wählen sie eher nur eine private Zusatzversicherung. Von daher ist es schwierig, hier eindeutig eine mangelnde solidarische Finanzierung festzustellen.

Da jedes Einkommen aus Erwerbstätigkeit der Beitragspflicht unterliegt, sind Familien mit mehreren Erwerbstätigen gegenüber Familien mit einem Einzelverdiener bei gleich hohem Familieneinkommen benachteiligt. Das gilt besonders dann, wenn ein Einzelverdiener ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielt und freiwillig versichert ist. Es ist möglich, daß ein Ehepaar, bei dem beide in Höhe der Bemessungsgrenze verdienen, eine doppelt so hohe Beitragsbelastung hat wie ein Ehepaar mit einem Verdiener bei gleichem oder höherem Haushaltseinkommen. Auch kann es sein, daß ein Ehepaar mit niedrigerem Einkommen eine höhere Beitragslast als ein Paar mit höherem Einkommen zu tragen hat. Hierzu stellt der Sachverständigenrat fest, daß „diese Schwachstelle des geltenden Systems besonders schwer [wiegt], weil sie selbst innerhalb der geltenden Bemessungsgrundlage auftritt“ (SVR 1994: 192).

Ursprünglich gedacht als Familienlastenausgleich für Familien mit Kindern, bei denen ein Partner sich um die Kinder kümmert, profitieren nun besonders kinderlose Paare von der beitragsfreien Mitversicherung. Es scheint unstrittig, daß Familien mit Kindern

bei gleicher Einkommenshöhe keine größere Belastung als kinderlosen Paaren auferlegt werden sollte. Ob dafür der GKV-Familienlastenausgleich das richtige Instrument ist, bleibt fraglich. Zumal es eine Benachteiligung *der* Familien mit Kindern ist, denen die GKV nicht offen steht, z. B. Beamte, denen die Beihilfe auch keinen vollen Versicherungsschutz für Kinder gewährt. Andererseits müssen kinderlose GKV-Mitglieder die kostenlose Mitversicherung von Kindern mitfinanzieren und sind insoweit gegenüber kinderlosen Beamten oder Selbständigen im Nachteil. Es wäre als eine solidarischere Lösung vorstellbar, analog zur Finanzierung von Bildung auch die Krankenversicherung von Kindern gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln zu finanzieren. Die hier aufgezeigten Ungerechtigkeiten sind nicht zuletzt Folge der Ausgrenzung bestimmter Berufsgruppen aus der solidarischen Versicherung aufgrund ihres Status, z. B. als Beamte, unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit. Sie werden vermutlich nur dann zu beseitigen sein, wenn alle Beschäftigten in die solidarische Versicherung einbezogen werden.

Ebenfalls fragwürdig ist, warum bestimmte Berufe (selbständige Künstler, Publizisten oder Landwirte) gegenüber anderen bevorzugt werden, unter oft eklatanter Verletzung des Leistungsfähigkeitsprinzips.

Manipulationen des GKV-Systems wird aufgrund dieser Mängel Vorschub geleistet, auf die hier aber nicht weiter eingegangen wird. Die angeführten Beispiele zeigen eindrücklich, daß es systemimmanente Verstöße gegen eine gerechte Verteilung der Beitragslasten gibt.

Zu fragen ist, ob die sozialpolitisch gewollte Umverteilung sich nicht anders, d. h. außerhalb der GKV organisieren ließe. Der Familienlastenausgleich könnte z. B. fiskalisch erfolgen. Eine über die Beitragssätze finanzierte Subventionierung der berenteten Mitglieder der GKV, die zu einer Zunahme der lebenslangen Nettozahler in den nachkommenden Generationen führt, ist aus Gründen einer intergenerationellen Gerechtigkeit abzulehnen. Vorstellbar sind die Bildung von Altersrückstellungen sowie eine steuerfinanzierte Subventionierung, die die Lasten gleichmäßiger verteilt.

Ursprünglich korrespondierte in der GKV der Beitragssatz mit den Leistungen. Denn die Leistung der GKV bestimmte sich in Zeiten geringer medizinischer Möglichkeiten vor allem als Lohnersatzleistung. Insofern war die Koppelung des Beitragssatzes an das Erwerbseinkommen (versicherungstechnisch) sinnvoll. Die weitere Entwicklung der GKV pervertierte aber diese Konstruktion: zum einen kam es aufgrund des begrüßenswerten medizinischen Fortschritts zu einer umfänglichen Ausweitung der Leistungen, zum andern erweiterte sich der Kreis der GKV-Mitglieder enorm. Waren ursprünglich ca. 10 % der Bevölkerung in der GKV versichert, so sind es heute ca. 90 %. Dabei verringerte sich kontinuierlich der Anteil der Vollbeitragszahler.

Die Ablösung der Einkommensorientierung durch eine stärkere Verknüpfung von Beitragssatz und Leistungen scheint dringend geboten. Ob es dazu zwingend erforderlich ist, das derzeitige Umlageverfahren vollständig durch ein (risikoäquivalent kalkuliertes) Kapitaldeckungssystem zu ersetzen, oder ob es durch ein solches nur zu ergänzen ist, muß hier offen bleiben. Vorbehalte gegen eine risikoäquivalente Beitragskalkulation lassen sich historisch jedenfalls nicht hinreichend begründen.

Die große soziale Errungenschaft des 19. Jahrhunderts, die Vergesellschaftung großer Lebensrisiken (Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Alter), die die Einzelnen nicht allein tragen können, erscheint grundsätzlich bewahrenswert. Ob es aber der Staat sein muß, der diese Risikoabsicherungen umfänglich organisiert, erscheint zweifelhaft. Wer an dieser Stelle darauf verweist, daß es doch die Selbstverwaltung in der GKV gebe, ignoriert, daß die sog. Selbstverwaltung angesichts detaillierter Regelungen (SGB V und ergänzende Gesetze und Verordnungen) und den de facto Einheitslisten zu den Sozialwahlen (auf deren Bildung der einzelne Versicherte im Grunde keinen Einfluß hat) oftmals mehr eine Fiktion als eine Konkretion tatsächlich praktizierter Subsidiarität darstellt. Ein Mehr an Selbstverantwortung und Wahlfreiheit darf sich darum nicht in erweiterten Selbstbeteiligungsregelungen erschöpfen, sondern muß sich auch entsprechend in Organisationsformen abbilden. Es ist jedoch davon auszugehen, daß sowohl Krankenkassen als auch Ärzte gegen eine tiefgreifende Organisationsreform Widerstand leisten werden. Solange aufgrund einer gestärkten Selbstverantwortung und Wahlfreiheit der Versicherten Mehreinnahmen vermutet werden, wird es große Zustimmung geben. Sobald aber die für etliche Beteiligte durchaus lukrative Selbstverwaltung in ihrer traditionellen korporatistischen Struktur zur Disposition gestellt würde, fiel diese Zustimmung nicht sonderlich begeistert aus.

Als besonders schwierig wird aber die Frage angesehen, wieweit eine moralisch geschuldete gesellschaftliche Solidarität reicht. Konkret ginge es z. B. um die Beantwortung der Frage, was zu einer solidarisch zu finanzierenden medizinischen Grundversorgung zu zählen sei. Diese Frage kann nicht allein durch Hinzuziehen medizinischer oder ökonomischer Kriterien beantwortet werden. Vielmehr geht es zunächst um eine ethische Frage: wie wollen wir in unseren Gemeinwesen zusammen leben? Und was schulden wir einander? Ohne diese Fragen hier abschließend zu klären, sei auf entsprechende philosophische Arbeiten, z. B. von Norman Daniels (Daniels 1985; Daniels et al. 1996), hingewiesen.

In Skandinavien, den Niederlanden oder im US-Bundesstaat Oregon versucht man seit längerem, im Rahmen einer Prioritätensetzung unter den gegebenen Bedingungen knapper Ressourcen Versorgungsschwerpunkte zu setzen und die Leistungskataloge entsprechend zu modifizieren (Thielmann 2001).

Zwei Begriffe vor allem sind dabei von zentraler Bedeutung. Der *Krankheitsbegriff* ermöglicht es, die Grenzen einer Solidarpflicht, eine medizinische Grundversorgung für alle bereitzustellen, abzustecken. Denn eine derartige Verpflichtung wird nicht über das Maß des *medizinisch Notwendigen* im *Krankheitsfall* hinausgehen können. Mit einem hinreichend geklärten Begriff der *Gesundheitsbedürfnisse* [healthcare needs] lassen sich Bedürfnisse nach einer Gesundheitsversorgung von anderen Bedürfnissen unterscheiden. Während also der Krankheitsbegriff die Grenzen einer möglichen Verpflichtung aufzeigt, vermag der Bedürfnisbegriff diese Verpflichtung sozialetisch als ein schwaches Anspruchsrecht zu begründen.

Auf diesen für eine Ethik der Gesundheitsversorgung grundlegenden Begriffen von *Krankheit* und *Bedürfnis* kann eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen aufbauen. Allerdings wird sich der Beitrag der Ethik zur Prioritätensetzung hinsichtlich der Frage einer (politischen) Umsetzung darauf beschränken müssen, faire Verfahrensregeln für eine Prioritätensetzung zu formulieren. Somit erscheint es vielmehr geboten, für einen solchen Kontext der Prioritätensetzung faire und vernünftige Regeln für ein deliberatives Verfahren zu bestimmen. Dabei werden alle Beteiligten versuchen, sich in einem Aushandlungsprozeß zu einigen bzw., wenn sie aus vernünftigen Gründen nicht zustimmen können, sich wechselseitig zu respektieren (Gutmann/Thompson 1996).

Mit ihrem "*accountability for reasonableness*"-Ansatz schlagen Daniels und Sabin vier Regeln oder Bedingungen für faire Prioritätensetzungen vor, die eine Legitimität der Entscheidungen sichern sollen (Daniels/Sabin 1997, 1998, 2002). Die erste Bedingung der *Öffentlichkeit* zielt auf die Transparenz von Entscheidungsprozessen ab. Entscheidungen darüber, ob Kosten für neue Technologien übernommen werden, oder andere Grenzen setzende Entscheidungen sowie ihre Begründungen müssen öffentlich zugänglich sein. Dabei müssen sich als zweite Regel die Begründungen auf Evidenzen, Urteile und Prinzipien stützen, deren *Relevanz* hinsichtlich der Entscheidungen unter Knappheitsbedingungen allgemein anerkannt ist. Um Entscheidungen revidieren zu können, wenn neue Evidenzen oder Argumente auftreten oder wenn von den Entscheidungen Betroffene diesen aus vernünftigen Gründen nicht zustimmen können, muß es drittens eine Möglichkeit der *Appellation* geben. Schließlich muß durch freiwillige oder öffentliche *Regulierung* sichergestellt sein, daß die ersten drei Bedingungen erfüllt werden. Diese vierte Bedingung ließe sich auch als Zur-Geltung-Bringen oder *enforcement* bezeichnen.

Wenn Akteure des Gesundheitswesen in ihren Entscheidungsprozessen diese vier Bedingungen erfüllen, ersetzen sie dadurch nicht eine breite öffentliche Debatte. Vielmehr ermöglichen sie diese Debatte überhaupt erst. Dagegen kann jetzt abermals der Einwand erhoben werden, hier werde zu sehr auf einen prozeduralen Begriff der Gerechtigkeit

abgestellt, der allein formale Gesichtspunkte berücksichtige, jedoch material wenig gehaltvoll sei. Doch angesichts des faktischen Pluralismus innerhalb moderner westlicher Demokratien erscheint einzig ein prozeduraler Gerechtigkeitsbegriff, der vor allem auf die Sicherung fairer Verfahren abzielt, geeignet, ein stabiles und demokratisches politisches Gemeinwesen zu schaffen, in dem Fragen der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in einer öffentlichen Debatte diskutiert und beantwortet werden können. Dabei ist zu beachten, daß ein solcher Gerechtigkeitsbegriff keinesfalls rein formal ist. Vielmehr beinhaltet er sowohl grundlegende Freiheitsrechte als auch das Recht auf faire Chancengleichheit, welches soziale Anspruchsrechte begründet.

Ähnliches schlagen auch Gutmann und Thompson in ihrer Konzeption einer deliberativen Demokratie vor. Folgende sechs Prinzipien konstituieren dieses Konzept: regulative Bedingungen einer Deliberation sind Reziprozität, Öffentlichkeit und Verantwortlichkeit, während Grundfreiheiten und -chancen sowie faire Chancengleichheit den Gehalt einer solchen Deliberation bilden. Vor allem mit Hilfe der Prinzipien von Freiheit und Chancen werden Bürger in einer demokratischen Gesellschaft angesichts knapper Ressourcen und unterschiedlicher moralischer Überzeugungen versuchen, das Maß an fehlender Übereinstimmung abzubauen (Gutmann/Thompson 1996).

Entscheidungsverfahren, die den genannten Anforderungen genügen, ermöglichen es, mit Hilfe der oben erwähnten Kriterien „Dringlichkeit“, „Wichtigkeit“, „Präferenz“ und „Bedürfnis“ sowie „Effektivität“ und „Effizienz“ Prioritäten im Leistungskatalog der GKV zu setzen und Gesundheitsziele zu bestimmen. Zugleich können sie sich an ein dynamisch sich wandelndes Gesundheitswesen adaptieren und so die kontinuierliche Integration von medizinisch-technischen Innovationen in den Leistungskatalog gewährleisten.

4 Der Nutzer: Patient, Versicherter, Kunde oder Bürger?

Die gesundheitspolitische Debatte über Reformoptionen für das deutsche Gesundheitswesen wird dominiert von den jeweiligen Perspektiven der einzelnen Akteure, insbesondere der Ärzteschaft und den Krankenkassen. Allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz wird die Perspektive der *Nutzer* – der wichtigsten Gruppe im System – zu meist völlig außer Acht gelassen. Dabei ist für alle Beteiligten unstrittig, daß Qualitätsverbesserungen und Reformen im Gesundheitswesen nur erreicht werden können, wenn die Erwartungen, Bedürfnisse und Urteile der Nutzer berücksichtigt werden.

Die Hinwendung zu einer breiteren Öffentlichkeit und die Initiierung eines gesellschaftlichen Diskurses stößt allerdings bei Fragen, die das Gesundheitswesen betreffen, auf die Schwierigkeit, daß die Adressaten nicht eindeutig zu bestimmen sind.

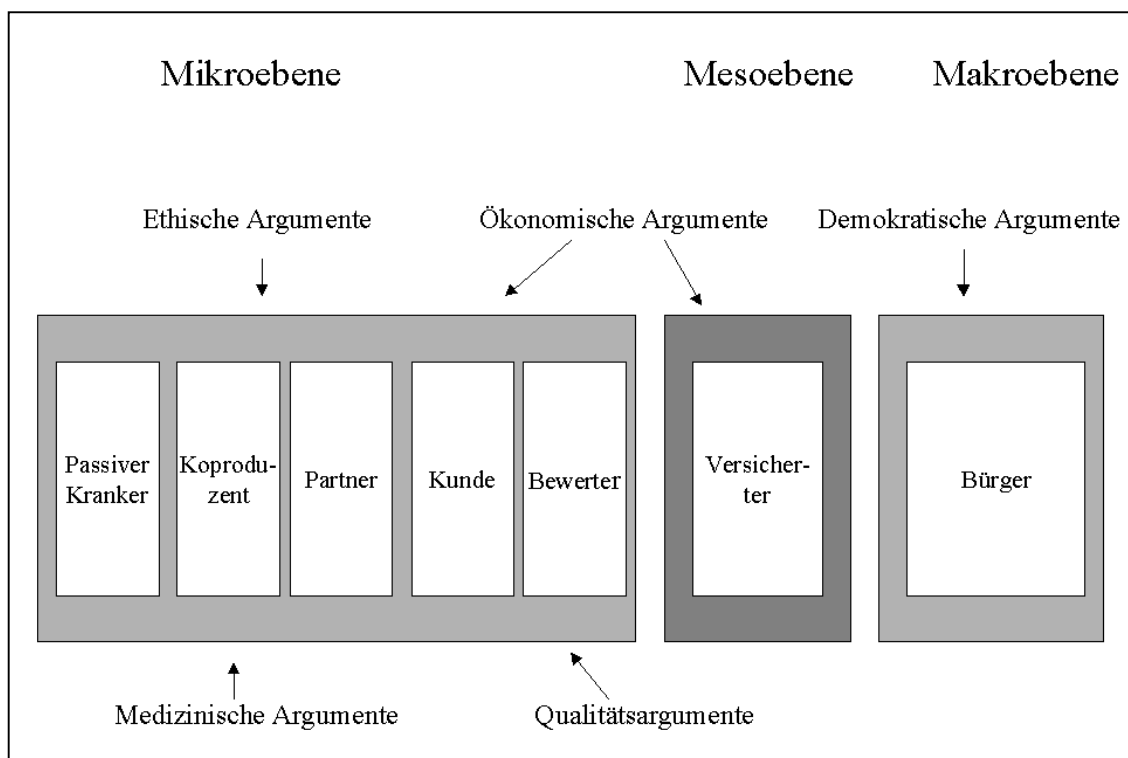


Abbildung 4: Vom Patienten zum Bürger – Rollen der Nutzer des Gesundheitswesens (Dierks et al. 2001: S. 5)

Die Nutzer des Gesundheitswesens finden sich z. B. als Versicherte oder als Patienten in ganz verschiedenen Rollen, in denen sie unterschiedliche Interessen verfolgen und auch unterschiedlich angesprochen werden müssen.

Bürger wünschen möglichst geringe finanzielle Belastungen und damit niedrige Sozialabgaben. Als Mitglieder der Versichertengemeinschaft der GKV erwarten sie einen möglichst umfangreichen Versicherungsschutz im Krankheitsfall zu günstigen Beiträgen. Im Krankheitsfall werden sie zu *Patienten* und erwarten eine Behandlung, die möglichst alles medizinisch Notwendige umfaßt, ungeachtet der damit verbundenen Kosten. Der Patient tritt dem behandelnden Arzt zudem in der Rolle eines Hilfsbedürftigen gegenüber, der in seiner Souveränität eingeschränkt ist und der auf das überlegene Wissen des Arztes vertraut. Und schließlich agieren sie auch zunehmend als *Kunden* in einem stetig wachsenden Gesundheitsmarkt. Diese unterschiedlichen Rollen lassen sich zwar verschiedenen Ebenen und Perspektiven zuordnen, allerdings existieren zum Teil „alte“ und „neue“ Rollenmodelle auf den verschiedenen Ebenen nebeneinander. Die Nutzer werden teils in neue Rollen gedrängt, teilweise beanspruchen sie diese aus einem neuen Selbstverständnis heraus. Da zudem jeder Einzelne verschiedene Rollen verkörpert, verwundert es nicht, daß dies zu Konflikten in den Argumentationen führen kann.

4.1 Der Patient

Auf der Mikroebene treten die Nutzer bislang vorwiegend als Patienten und nun zunehmend auch als Kunden auf. Wir bewegen uns hier auf der Ebene der individuellen Leistungserbringung. Akteure sind hierbei einerseits die Patienten und andererseits die Erbringer von Gesundheitsleistungen, d. h. Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, usw.

Die Arzt-Patient-Beziehung und damit die Rolle der Patienten ist bisher gekennzeichnet durch das Spannungsverhältnis von ärztlichem Paternalismus und Autonomie. Lange Zeit waren Patienten dem – durchaus benevolenten – Paternalismus der Ärzte bzw. der professionellen Dominanz der Medizin unterworfen. Ärzte besaßen die Definitionsmacht darüber, was als behandlungsbedürftige Krankheiten anzusehen war. Sie bestimmten über Diagnosen und Therapien, sowie Indikationen und Interventionen. Ihre Handlungen waren und sind geleitet vor allem von den hippokratischen Prinzipien des „*bonum facere*“ (Gutes bewirken) und „*nil nocere*“ (nicht schaden). Doch manches in der Gesundheitsversorgung wird nicht primär den Patienten zuliebe, sondern z. B. aus wirtschaftlichen Gründen getan oder unterlassen.

Im Gefolge der Nürnberger Ärzteprozesse trat diesen zwei Prinzipien das Prinzip des „informed consent“ (der aufgeklärten Einwilligung) hinzu, in dem eine Patientenautonomie sich erstmals artikuliert. Die Patienten treten dadurch aus ihrer passiven Krankenrolle heraus. Aus Objekten ärztlicher Heilkunst werden sie zu Subjekten eines Behandlungsprozesses. Die Rolle des Patienten wandelt sich damit vom passiv Kranken zum Koproduzenten von Gesundheit, und die Arzt-Patient-Beziehung wird vor allem als Kooperationsbeziehung aufgefaßt. Die Versorgungsforschung hat sehr deutlich aufgezeigt, wie wichtig diese Koproduzentenrolle der Patienten im therapeutischen Geschehen ist. Ohne eine „Compliance“ (aktive Mitwirkung) der Patienten, die sie erst von Konsumenten zu Koproduzenten von Gesundheit macht, ist nahezu jede Behandlung zum Scheitern verurteilt.

„Der Patient übernimmt als ‚beteiligter Experte‘ durch seine Mitwirkung am Prozeß der medizinischen Dienstleistung selbst aktiv Leistungen und trägt durch seine Mitarbeit wesentlich zur Prozeß- und Ergebnisqualität des Leistungsgeschehens bei. Als förderlich für die Wirksamkeit der Leistung werden neben der kunstgerechten und angemessenen Anwendung geprüfter Verfahren insbesondere ein vertrauensvolles persönliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie angemessene Beratung, Information und Schulung der Patienten zur Förderung ihrer Motivation, Mitwirkung und Kompetenz genannt. Eine so verstandene Stärkung der Patientensouveränität, die die faktisch immer wieder auftretende Beziehungsasymmetrie zwischen den Akteuren nicht leugnet oder durch pseudo-egalitäre Phrasen verschleiert und den Bedürfnissen des erkrankten Individuums nach Schutz und Fürsorge auch ohne Ausübung eines überholten Paternalismus Rechnung trägt, würdigt in angemessener Weise wichtige Facetten der Patientenrolle.“ (Dierks et. al. 2001: 9f.). Zweierlei ist hierbei besonders hervorzuheben. Erstens wird deutlich, welche herausragende Stellung den Ärzten zukommt. Eine Stärkung der Patientensouveränität vermindert keinesfalls die Bedeutung der Ärzte. Zweitens ist auf die große, auch volkswirtschaftliche Bedeutung einer guten Compliance als Resultat einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung hinzuweisen. So beziffert beispielsweise die American Heart Association 1999 die Folgekosten nicht-adäquater Medikamenteneinnahme mit ca. 8,5 Mio. US-\$.

Mit dem Ansatz des „shared-decision-making“ schließlich liegt ein Idealmodell medizinischer Entscheidungsfindung vor, in dem versucht wird, in ganzheitlicher Weise die Situation des betroffenen Patienten zu erfassen, ihn optimal über Chancen, Risiken und Alternativen von Therapien zu informieren und seine persönlichen Bedürfnisse, Werte und Risikopräferenzen in den Entscheidungsprozeß zu integrieren (Towle et al. 1999). Dieser Ansatz ist insbesondere für die Behandlung chronischer Erkrankungen vorteilhaft, erweist sich jedoch als recht anspruchsvoll. Er erfordert die Bereitschaft und auch die Fähigkeit der Patienten, sich engagiert auf eine solche Kommunikation einzulassen

und Mitverantwortung für die Therapieentscheidung zu übernehmen. Von Ärzten hingegen verlangt ein „shared-decision-making“, die traditionelle Rolle als „Heiler“ aufzugeben und somit zu sozial verantwortlichen und kommunikativ kompetenten Begleitern ihrer Patienten zu werden. „Wenn es jedoch gelingt, die ‚gelernte Kompetenz‘ der Ärzte mit der ‚gelebten Kompetenz‘ der Betroffenen zu verbinden, kann dies nicht nur die Lebensqualität, die Würde und das Wohlbefinden der Nutzer, sondern vermutlich auch die Arbeitszufriedenheit der Behandler positiv beeinflussen.“ (Dierks et al. 2001: 14)

Die in den Szenarien vorgeschlagenen Maßnahmen, die bessere Informationen über Behandlungsformen und ihre Alternativen sowie die Qualität der einzelnen Leistungserbringer und eine größere Transparenz des Leistungsgeschehens bewirken sollen, führen zu Veränderungen der Patientenrolle. Die Patienten werden in die Lage versetzt, zu wirklichen Partnern der Leistungserbringer zu werden und sind besser in die Behandlungsprozesse eingebunden. Das empfohlene Patientenrechtegesetz stärkt die Nutzer in ihrer Patientenrolle.

4.2 Der Kunde

Patienten agieren künftig aber auch immer mehr als Konsumenten und Kunden in einem Gesundheitsmarkt. Diese Patientenrolle rückt zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses. Angesichts zunehmender finanzieller Restriktionen im GKV-System werden Patienten als Kunden für Ärzte und Versicherungen interessant, die den Patienten nun individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen) oder Zusatzversicherungen anbieten.

Dieses neue Paradigma eines Kundenmodells findet in den aktuellen gesundheitspolitischen Debatten eifrige Fürsprecher. Jedoch weisen medizinische Dienstleistungen im Unterschied zu Dienstleistungen in anderen Branchen einige Besonderheiten auf, die eine generelle und kritiklose Übernahme dieses Kunden-Paradigmas in Frage stellen. So gilt für personenbezogene medizinische Dienstleistungen das „uno-actu“-Prinzip, d. h. Produktion und Konsum der Dienstleistung fallen zusammen. Die Qualität von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ist so nur ex post, aber nicht, wie es für eine souveräne Kundenentscheidung notwendig wäre, angemessen ex ante beurteilbar. Dies lässt sich ebenso wie eine grundlegende Informationsasymmetrie zwischen Leistungsanbieter und -nachfrager nur unzureichend ausgleichen. Zwar erscheint die Rollenzuschreibung

„Kunde“ formal unzulässig zu sein. Nichtsdestotrotz hat sie eine wichtige strategische Bedeutung, denn der Begriff des Kunden lenkt die Aufmerksamkeit „auf Aspekte wie Qualität und Transparenz von Gesundheitsleistungen und die zunehmend eingeforderte Berücksichtigung von Kundenwünschen“ (Dierks et al. 2001: 20).

Schließlich wird der Patient als Bewerter der Leistungen immer bedeutsamer. „Patienten haben in den Institutionen der Gesundheitsversorgung einen Einblick in den gesamten Behandlungsprozeß und somit einen umfassenden Gesamteindruck, nicht zuletzt von den Schnittstellen zwischen Versorgungseinrichtungen, aber auch innerhalb der Einrichtungen. Diese Eindrücke können die Professionellen, die in der Regel nur ihren speziellen Arbeitsbereich überblicken, nicht erfassen. Deshalb sind Informationen von Nutzern eine wertvolle Hilfe bei der Definition von Schwachstellen.“ (Dierks et al. 2001: 21).

Räumt man den Krankenkassen die Möglichkeit ein, Satzungsleistungen anzubieten, wird die Kundenrolle der Nutzer nicht nur für die Kassen wichtiger als bisher, sondern auch für diese selbst. Denn die Nutzer können und müssen durch die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Differenzierung des Leistungskatalogs in Grund- und Satzungsleistungen eine Auswahl unter den verschiedenen Angeboten treffen.

4.3 Der Versicherte

Auf der Mesoebene agiert der Nutzer als *Versicherter* und Beitragszahler. Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse eröffnet ihm theoretisch Möglichkeiten, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren und so die GKV mitzugestalten. In der Praxis jedoch werden die Sozialversicherungswahlen von den Vorschlagslisten der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände dominiert. Die Arbeitgeber stellen aufgrund der paritätischen Finanzierung der GKV in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen, mit Ausnahme der Ersatzkassen, in der Regel die Hälfte der Vertreter. Angesichts der niedrigen Beteiligung der Versicherten an den Sozialwahlen erscheint es fraglich, ob so die Nutzerinteressen in der GKV tatsächlich angemessen berücksichtigt werden. Darum empfiehlt der Sachverständigenrat eine Intensivierung der Versichertenbeteiligung in der Selbstverwaltung und in den Lenkungsorganen der GKV, ohne allerdings anzugeben, wie dies erreicht werden könnte.

Durch die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung von Information, Transparenz und Partizipation wird nicht allein die Rolle der Nutzer als Patienten oder Kunden gestärkt, sondern ebenso die als Versicherte. Vermehrte Auswahlmöglichkeiten hin-

sichtlich der Krankenversicherungsleistungen sowie eine stärkere Präventionsorientierung, die die Szenarien empfehlen, wird die Krankenkassen dazu bewegen, sich ihrer Versicherten noch mehr als bisher anzunehmen.

4.4 Der Bürger

Als Bürger, d. h. auf der Makroebene als Nutzer des gesellschaftlichen Subsystems „Gesundheitswesen“, haben die Menschen ein relativ abstraktes Interesse an der Sicherstellung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, da ihr Befinden noch nicht durch eine Erkrankung oder Behinderung beeinträchtigt ist. Ihre Beteiligungsmöglichkeiten beschränken sich derzeit auf die Landtags- und Bundestagswahlen. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen sind selbstverständlich zugleich auch Bürger. Sie aber haben dagegen die Möglichkeit, sich über ihre Spitzenverbände in die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse einzubringen.

Die diskutierten Maßnahmen des Empowerments und die Orientierung der Szenarien am Reformparadigma des „citizenship“ stellen die Rolle der Nutzer als Bürger in den Mittelpunkt der Reformvorschläge. Denn Ziel der Szenarien ist es, die Freiheitsräume der Bürger zu erweitern und ihre Selbstverantwortung zu stärken.

5 Grundbedingungen von Selbstverantwortung

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte wird von verschiedenen Seiten immer öfter die Forderung nach einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten erhoben. Manche befürchten, daß die Forderung nach mehr Eigenverantwortung zu einer Reprivatisierung von Krankheitsrisiken führe und so die große sozialstaatliche Errungenschaft des 19. Jahrhunderts, die Kollektivierung der Krankheitsrisiken, im 21. Jahrhundert preisgebe. Dabei ist die Reduzierung des Begriffs Eigenverantwortung auf fiskalische Aspekte zu kritisieren. Denn wirkliche Selbstverantwortung erschöpft sich keinesfalls in finanziellen Selbstbeteiligungen in Form von Praxisgebühren oder Selbstbehalten. Vielmehr beinhaltet sie vorrangig eine weitreichende Partizipation der Bürger in ihrer Rolle als Nutzer des Gesundheitswesens an der Steuerung und Weiterentwicklung der GKV (vgl. Kühn 1998). Doch es erscheint fraglich, ob die Realisierung einer umfassenden Selbstbestimmung der Patienten überhaupt von den Akteuren des Gesundheitssystems, der Ärzteschaft und Krankenkassen vor allem, aber auch von der Politik erwünscht ist. Denn nichts würde bleiben können, wie es jetzt ist. Die propagierte Selbstbestimmung der Versicherten und Patienten erweist sich so als ein Muster ohne Wert, muß sie doch einzig dazu herhalten, einen weiteren tiefen Griff ins Portemonnaie der Bürger zu legitimieren.

Ein oft zitiertes Bonmot über das Gesundheitswesen lautet: „Der Patient steht für uns im Mittelpunkt. Doch da steht er im Weg.“ Das hier artikulierte Unbehagen dürfte sich noch verstärken, wenn die im Mittelpunkt stehenden Patienten selbstbewußt die Herrschaft im Gesundheitssystem übernehmen.

Die Selbstbestimmung der Versicherten und Patienten zu stärken, erscheint wünschenswert. Wer von uns wollte nicht selbst über sein Leben verfügen, auch im Krankheitsfalle. Doch ein Mehr an Selbstbestimmung bewirkt nicht nur eine Erweiterung unserer Freiheitsräume. So wie unsere grundlegenden Rechte als Bürger auch korrespondierende Pflichten – auch gegen sich selbst – mit sich bringen, denen zu entsprechen manches Mal mühselig sein kann, so scheint die Wahrnehmung der Selbstbestimmung uns gelegentlich zu überfordern.

Schon Kant verwies auf die Bequemlichkeit der Unmündigkeit. In der Eingangspassage seiner berühmten Schrift von 1784 „Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?“ liest man: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache

derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Muthes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen. [...] Faulheit und Feigheit sind die Ursachen, warum ein so großer Theil der Menschen, nachdem sie die Natur längst von fremder Leitung frei gesprochen (naturaliter maiorennnes), dennoch gerne zeitlebens unmündig bleiben; und warum es Anderen so leicht wird, sich zu deren Vormündern aufzuwerfen. Es ist so bequem, unmündig zu sein. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurtheilt, u.s.w., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen. Ich habe nicht nöthig zu denken, wenn ich nur bezahlen kann; andere werden das verdrießliche Geschäft schon für mich übernehmen.“ (Kant 1968 [1784]: 35) Doch das Mühevoll und Unbequeme einer Selbstbestimmung für diejenigen, die autonom und eigenverantwortlich ihr Leben gestalten wollen, ist nur die eine Seite der Medaille.

Bei Kant findet man an gleicher Stelle auch die Beschreibung der anderen Seite: „Daß der bei weitem größte Theil der Menschen [...] den Schritt zur Mündigkeit, außer dem daß er beschwerlich ist, auch für sehr gefährlich halte: dafür sorgen schon jene Vormünder, die die Oberaufsicht über sie gütigst auf sich genommen haben. Nachdem sie ihr Hausvieh zuerst dumm gemacht haben und sorgfältig verhüteten, daß diese ruhigen Geschöpfe ja keinen Schritt außer dem Gängelwagen, darin sie sie einsperrten, wagen durften, so zeigen sie ihnen nachher die Gefahr, die ihnen droht, wenn sie es versuchen allein zu gehen.“ (ebd.)

Unschwer lassen sich entsprechende Parallelen in der heutigen Debatte finden. Das Interesse von Ärzteschaft und Krankenkassen, die Patienten und Versicherten zumindest partiell unmündig zu halten und sie nicht selbst über die Ausgestaltung des Gesundheitssystems und seine Leistungen bestimmen zu lassen, ist ungeachtet aller gegenteiliger Beteuerungen stark. Man betrachte nur die zunehmende Medikalisierung, der in den letzten zwanzig Jahren aufgrund gewachsener medizinischer Möglichkeiten Beginn und Ende des menschlichen Lebens unterworfen wurde. Und in Auseinandersetzungen mit Krankenkassen kann man schnell die Erfahrung machen, daß deren Verwaltungen, wie andere Verwaltungen auch, längst schon nicht mehr allein im Dienste der Bürger, der Versicherten stehen, sondern vor allem ihre eigenen Interessen verfolgen. Darüber können die Reden von der Versichertengemeinschaft oder von einer Kundenorientierung nur mangelhaft hinwegtäuschen. So erklären sich Ärzteschaft wie Krankenkassen jeweils selbst zum besten Anwalt der Patienten. Doch die Patienten, sie wiederum werden gar nicht gefragt, ob sie diese Anwaltschaft selber wollen, ja, ob sie dieser überhaupt bedürfen.

In seinem letzten Gutachten ist der Sachverständigenrat erstmals auf die Nutzer des Gesundheitssystems eingegangen. Dabei sieht er ein wesentliches Ziel für die Weiterent-

wicklung des Gesundheitswesens „in der verbesserten Kompetenz der Nutzer durch mehr Information und Transparenz“ (SVR 2001a).

Um aber ein hinreichendes Informationsangebot sicherzustellen (5.1), Transparenz z. B. hinsichtlich der Wahlmöglichkeiten zu schaffen (5.2) und Partizipation zu gewährleisten, bedarf es einer Institutionalisierung von unterstützenden Systemen (5.3).

5.1 Information

Schon jetzt versetzen die neuen Medien die Patienten in die Lage, das Wissens- und Interpretationsmonopol der Ärzte zu brechen und sich selber über die neuesten diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu informieren. So sind insbesondere gut organisierte Gruppen schwer und chronisch Kranker oft viel besser als die sie behandelnden Ärzte informiert. Dem entsprechend fragen sie bewußter Gesundheitsleistungen nach und überprüfen sie auf ihre Qualität. Dieses veränderte Verhalten wird in Zukunft auch bei anderen Patientengruppen zu beobachten sein.

Dabei ist die Arzt-Patient-Beziehung nicht grundsätzlich in Gefahr. Denn für die Mehrzahl der Patienten ist der Arzt immer noch die entscheidende Informationsquelle, vor Broschüren oder dem Internet (Dierks et al. 2001). Aber die Patienten wünschen, daß die Ärzte sich genügend Zeit für sie nehmen. Sie wollen eine patientenzentrierte Versorgung, in der Kommunikation, Partnerschaftlichkeit und Gesundheitsförderung für Ärzte wie Patienten wichtig sind (Little et al. 2001). Gerade die Gesprächszeit der Ärzte aber ist aufgrund des starken finanziellen Drucks ein kostbares Gut geworden, welches paradoxerweise allerdings zumeist unterbezahlt wird. Untersuchungen zeigen übrigens, daß bislang eher die professionell im Gesundheitswesen Tätigen als die Patienten selber das Internet als Informationsquelle nutzen. Angesichts der Bedeutung, die Ärzte hinsichtlich der Ausgabenverursachung haben – über 80 % der Ausgaben sind auf Arztscheidungen zurückzuführen – steht zu vermuten, daß mit Hilfe von Informationsangeboten speziell für Ärzte verschiedene Akteure, z. B. die Kassenärztlichen Vereinigungen, Pharmafirmen oder auch die Krankenkassen, in ihrem Sinne Einfluß zu nehmen suchen.

Von daher ist es sinnvoll, eine gemeinsame Informationsplattform für alle Akteure, die Nutzer, ihre Ärzte und Krankenkassen, zu schaffen, als Grundlage wohlinformierter Entscheidungen. Holmes-Rovner et al. erläutern dies im Rahmen ihres Konzepts der „evidence based patient choice“, beziehen sich dort aber auf verschiedene Informations-

quellen (Holmes-Rovner et al. 2001). Dieses Informationssystem sollte allgemeine Informationen zu bestimmten Erkrankungen, ihre Therapien und Behandlungsleitlinien ebenso beinhalten wie vertiefende Fachinformationen für die behandelnden Ärzte. In telemedizinischer bzw. e-Health-Perspektive ist es wünschenswert, diese Plattform unter Beachtung des Datenschutzes zugleich für Anwendungen wie bspw. die elektronische Patientenakte oder die Kontrolle klinischer Parameter im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zu nutzen. Für die Entwicklung z. B. einer elektronischen Patientenakte müßten dabei Kriterien wie Umfänglichkeit, Zugänglichkeit, Austauschfähigkeit, Vertraulichkeit, Verantwortlichkeit oder Flexibilität herangezogen werden (Mandl et al. 2001).

Die Menge an gesundheitsrelevanten Informationen wächst ständig an, insbesondere aufgrund des Internets. Die Qualität dieser Informationen aber variiert sehr stark. Zugleich benötigen und fordern die Patienten und Versicherten Zugang zu qualitätsvollen und evidenzbasierten Informationen, um sich aktiv an den Behandlungsentscheidungen beteiligen zu können (Shepperd et al. 1999). Ein von allen Beteiligten gemeinsam genutztes Informationssystem kann diese verschiedenen Erfordernisse gut gewährleisten. Die notwendigen Qualitätsstandards können einfacher sichergestellt werden, da jede neue Webseite sich zertifizieren lassen müßte. Es beseitigt Informationsasymmetrien zugunsten einer der beteiligten Parteien, da alle über die gleichen Informationen verfügen. Zudem macht es eine gemeinsame Plattform den Ärzten leichter, den Informationsbedürfnissen ihrer Patienten zu entsprechen und sie zu den entsprechenden Informationsangeboten hinzuführen. Auf der Basis dieses elektronischen Informationssystems kämen weitere Kommunikationsformen wie Teleinformation für Patienten und Teleteaching für Ärzte zum Einsatz. Die Qualität der Telephonberatung durch die Krankenversicherungen, die nach einem aktuellen Test von Stiftung Warentest überwiegend zu wünschen übrig läßt (Test 08/2002), dürfte dadurch verbessert werden.

Die bereitgestellten Gesundheitsinformationen sollten bestimmten Qualitätskriterien genügen. Derzeit werden verschiedene Methoden der Qualitätssicherung für das Internet entwickelt, die aber auch auf andere Medien übertragbar wären (Dierks et al. 2001). Neben einer Qualitätsentwicklung durch eine Selbstverpflichtung der Anbieter, z. B. der HON Code (HON 1997), finden sich Kontrollen durch unabhängige Einrichtungen, z. B. MedCERTAIN (www.medcertain.org), oder im Rahmen einer staatlichen Aufsicht, z. B. NHS Direct Online (www.nhsdirect.nhs.uk). Aber „neben formalen Qualitätsbewertungen bzw. Qualitätslabeln ist eine weitere Möglichkeit zur Überprüfung der Qualität von Informationen sinnvoll – eine Bewertung durch den Nutzer selbst“ (Dierks et al. 2001: 143).

Mit DISCERN (autorisierte Übersetzung unter: www.discern.de) liegt seit 1998 das „erste standardisierte Instrument zur Überprüfung von Informationsmaterialien“ vor, das „von Wissenschaftlern, Praktikern und Patienten in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt wurde“. Mit seine Hilfe kann der Nutzer anhand von 15 Kriterien die jeweilige Gesundheitsinformation auf einer 5-Punkte-Skala (sehr schlecht bis sehr gut) bewerten und daraufhin entscheiden, „ob diese Information seinen Ansprüchen genügt oder ob er noch zusätzliche Informationsquellen zurate ziehen möchte“ (ebd.).

Gesundheitsinformationen sollten:

1. Klare Ziele haben.
2. Ihre Ziele erreichen.
3. Für den Nutzer relevant sein.
4. Ihre Informationsquellen klar benennen.
5. Den Zeitpunkt, an dem die zugrunde gelegten Informationen/Studien veröffentlicht wurden, benennen.
6. Ausgewogen und unbeeinflusst sein.
7. Zusätzliche Informationsquellen aufführen.
8. Auf Bereiche von Unsicherheit hinweisen.
9. Die Wirkungsweise eines Behandlungsverfahrens beschreiben.
10. Den Nutzen eines Behandlungsverfahrens beschreiben.
11. Die Risiken eines Behandlungsverfahrens beschreiben.
12. Die Folgen einer *Nicht-Behandlung* beschreiben.
13. Auswirkungen von Behandlungsverfahren auf die Lebensqualität beschreiben.
14. Verdeutlichen, daß mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren könnte.
15. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung (*shared-decision-making*) unterstützen

Tabelle 1: DISCERN-Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Gesundheitsinformationen (Dierks et al. 2001: S. 144)

Informationen über bestimmte Sachverhalte allein bewirken aber noch keine Änderungen im Verhalten. Wichtig sind im Behandlungsgeschehen auch „Parameter wie die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozeß oder die Sicherheit bei der getroffenen Entscheidung.“ Nach Erkenntnissen der Sozialpsychologie wächst allerdings das Vertrauen in die eigene Urteilkraft mit der Anzahl der verfügbaren Informationen. Darum ziehen Dierks et al. das Fazit, daß „so gesehen die zunehmende Fülle von Informationsangeboten durch unterschiedliche Medien vermutlich einen positiven Einfluß auf die Stärkung der Autonomie der Nutzer des Gesundheitswesens hat.“ Da die Nutzung des Informationsangebots derzeit noch stark von Bildungsniveau und sozio-ökonomischem Status bestimmt ist – manche sprechen gar von einer „digitalen Kluft“ (Brodie et al. 2000) – ist es erforderlich, Strukturen zu schaffen, „die auch marginale Gruppen der Gesellschaft berücksichtigen und ihnen Zugang zu Informationen verschaffen“ (Dierks et al. 2001: 146f.). Hier kann das in dieser Studie vorgeschlagene gemeinsame Informationssystem zu einer unter Gerechtigkeitsaspekten gebotenen Chancengleichheit beitragen (s. u. 5.3).

5.2 Transparenz

Transparenz des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen ist neben einem hinreichenden Informationsangebot von zentraler Bedeutung für eine Stärkung der Selbstverantwortung der Nutzer. Dabei geht es in einer Nutzerperspektive entgegen der Auffassung mancher Gesundheitsökonomien weniger um eine Kostentransparenz. Denn für die Nutzer ist es nicht von vorrangigem Interesse, „wieviel eine Leistung kostet, wer sie bezahlt und wer den Preis dafür festsetzt“ (Dierks et al. 2001: 169), solange sie nicht über deutlich spürbare Selbstbeteiligungen finanziell an diesen Kosten beteiligt werden. In der Janssen-Cilag-Bevölkerungsbefragung allerdings finden 56 % der Befragten die Einführung einer Behandlungsquittung gut, die die ärztlichen Leistungen und Vergütung auflistet und durch die Unterschrift der Patienten bestätigt wird. Eine starke Minderheit jedoch wendet sich entweder grundsätzlich dagegen oder stimmt nur mit starken Einschränkungen zu (Nolting/Wasem 2002).

Für die Erhöhung der Patientensouveränität ist die Transparenz über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von deutlich größerer Bedeutung als eine Kostentransparenz. Denn die Bürger benötigen, wenn sie Wahlentscheidungen über die Versorgung ihrer Gesundheitsbedürfnisse treffen müssen, umfassende Informationen über die Versorgungsinstitutionen, ihre Strukturen und Spezialisierungen sowie die bei ihnen erzielte Ergebnisqualität. Daher sollten, so der Sachverständigenrat, „Qualitätsdaten, die

durch §§ 135ff. SGB V neu geregelt werden und in die vor allem auch Verfahren der externen und vergleichenden Qualitätsbeurteilung einfließen werden, der Öffentlichkeit in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden, z. B. sollten auch Patientenberatungsstellen [...] in geeigneter Weise einbezogen werden“ (SVR 2001a: Ziff. 350). Die Leistungserbringer haben in dem Zusammenhang einen Anspruch darauf, daß Belange des Datenschutzes sowie des Schutzes vor vorschnellen Beschuldigungen beachtet werden.

Um solche Daten interpretieren zu können, bedürfen die Nutzer oftmals der Hilfe. Diese sollte von nicht profitorientierten und unabhängigen Einrichtungen angeboten werden. Dabei könnte eine „*Stiftung Gesundheitstest*“ als übergeordnete Institution fungieren, die eine gemeinsame Informationsplattform für nachgeordnete Einrichtungen, wie z. B. Patientenberatungsstellen, aber auch für die Nutzer selbst sowie die Leistungsanbieter und Krankenkassen zur Verfügung stellt.

Die systematische Erhebung der Erfahrungen von Patienten und Versicherten mit der medizinischen Versorgung, z. B. hinsichtlich Behandlungsergebnisse, Komplikationen oder Patientenzufriedenheit, ist ein sinnvolles Instrument, die Nutzer als eine wichtige, bislang vernachlässigte Ressource für die Qualitätsentwicklung, aber auch für die Zielbildung im Gesundheitswesen einzubeziehen. In dieser Nutzerperspektive lassen sich auch wichtige Informationen über die Versorgungsqualität über einen kompletten Krankheitsverlauf hinweg gewinnen und so die fragmentierten, institutionenorientierten Betrachtungen ausschnittshafter Behandlungsperioden sinnvoll verknüpfen. Dadurch werden Aussagen über die Qualität von „Versorgungsketten“ möglich, die die Transparenz weiter erhöhen (SVR 2001a).

Soll eine Transparenzkultur, die allen Seiten (Nutzer, Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer, Politik) gerecht wird, befördert werden, muß es z. B. aber auch den Leistungserbringern und -finanzierern erlaubt sein, mit validen Ergebnissen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu werben.

„Die Förderung der Transparenz“, so das Fazit des Sachverständigenrats, „stellt einen wichtigen Weg für alle Beteiligten im Gesundheitswesen dar, sich Rechenschaft abzugeben über die Qualität und die Risiken, die Potenziale und Grenzen der derzeitigen Gesundheitsversorgung und darüber in einen konstruktiven Austausch zu treten“ (SVR 2001b: Ziff. 444).

5.3 Empowerment

Nachhaltige Reformbemühungen – und die Empfehlungen des Sachverständigenrats (SVR 2001a) weisen ebenfalls in diese Richtung – gehen sinnvollerweise von einem „Patienten-als-Bürger“-Modell aus (Kendall 2001). Nach diesem Reformparadigma des „*citizenship*“, wie es z. B. in der Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt wird, werden die Bürger, unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips, in die Lage versetzt, aktiv am Gemeinwesen und seiner konkreten Ausgestaltung selbstbestimmt teilzuhaben. Allen Menschen soll es möglich sein, über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt selbst zu bestimmen und dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt zu werden. Diese umfassende Form einer Nutzerpartizipation wird als Empowerment bezeichnet, sie zielt auf die Entfaltung der Fähigkeiten („*capabilities*“) der Bürger (Nussbaum 1993; Sen 1993). Eine solche Entfaltung und Stärkung der Fähigkeiten der Bürger – was mehr und anderes bedeutet als allein eine Stärkung ihrer Kompetenzen – ist erforderlich, um mit den gestiegenen Anforderungen einer zunehmend komplexer werdenden Welt zurechtzukommen, sich an Veränderungen adaptieren und sich stetig neues Wissen aneignen zu können (Fraser/Greenhalgh 2001).

Davon sind Reformüberlegungen abzugrenzen, denen das Konsumenten-Modell, im Englischen „*consumerism*“, zugrundeliegt. Nach diesem Modell versteht der Staat sich nicht mehr als ein, im schlechtesten Fall paternalistischer, Wohlfahrtsstaat, sondern als ein Dienstleister, der den Bürgern, jetzt aufgefaßt als Konsumenten, seine Dienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Bildung, Verkehr, Entsorgung oder Gesundheitswesen anbietet bzw. die Erbringung dieser Dienstleistungen an Dritte abtritt („*outsourcing*“). Da aber im Gesundheitswesen von einem zumindest partiellen Marktversagen ausgegangen werden muß, ist das Konsumenten-Modell als Reformparadigma für das Gesundheitswesen nicht sonderlich tauglich.

Information und Transparenz sind notwendige Voraussetzungen für Empowerment. Das Empowerment-Konzept ist sowohl individuen- als auch gesellschaftsbezogen. Es ist einerseits Prozeß, andererseits Outcome. Individuelle Voraussetzungen sind Information und Bildung, denen entsprechende gesellschaftliche und institutionelle Institutionen als soziale Voraussetzungen gegenüberstehen. Hier wird der Zusammenhang zwischen Empowerment und Patientensouveränität deutlich (Dierks et al. 2001).

In Abbildung 5 sind die Möglichkeiten des Empowerments aus der Perspektive der Nutzer des deutschen Gesundheitswesens dargestellt, d. h. sowohl ihre derzeitigen Einflußmöglichkeiten als auch die erforderlichen Voraussetzungen zur Durchsetzung ihrer Interessen.

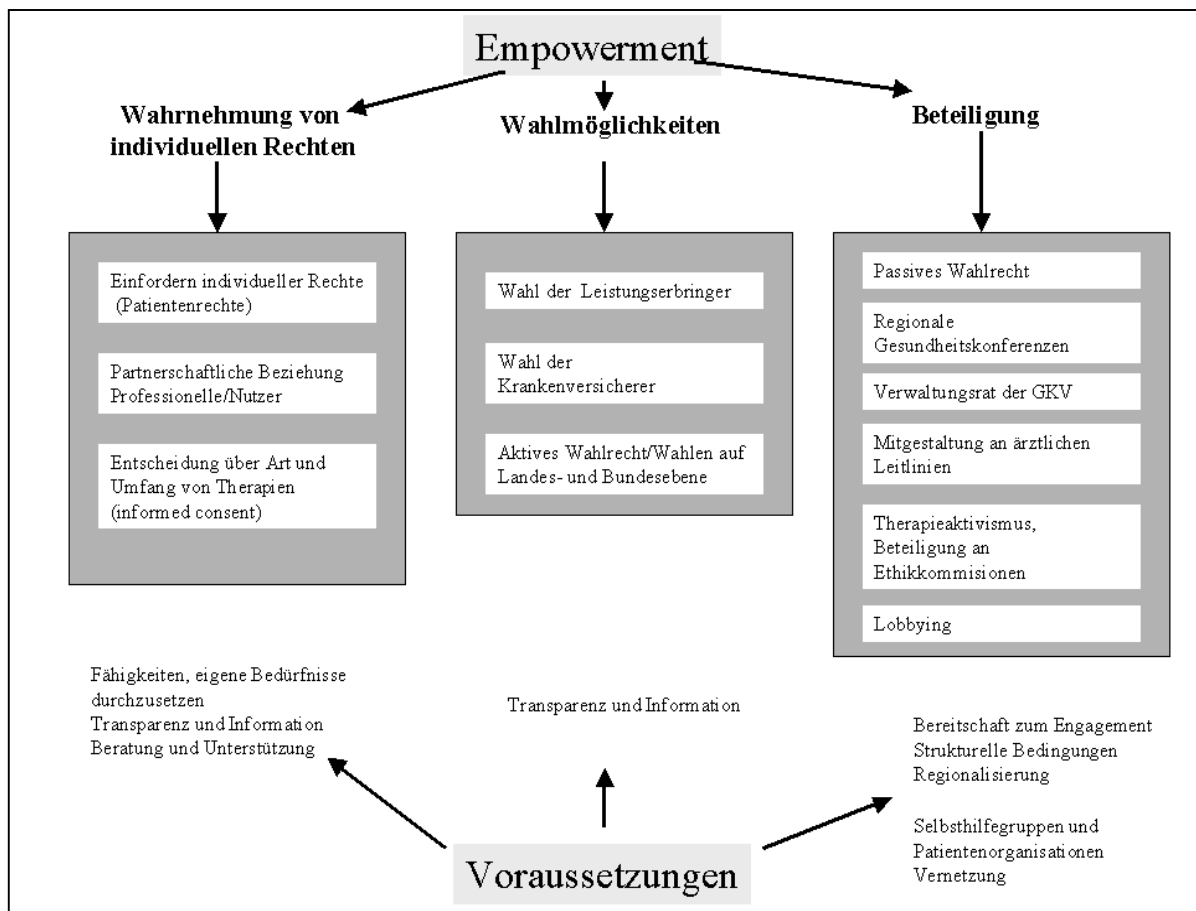


Abbildung 5: Möglichkeiten des Empowerments aus der Perspektive der Nutzer (Dierks et al. 2001: S. 59)

Um die Wahrnehmung von individuellen Patientenrechten institutionell abzusichern, sollten die Patientenrechte in Form einer Patientencharta oder eines Patientenrechtgesetzes festgeschrieben werden. Ein unter Federführung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1999 erarbeitete „Charta der Patientenrechte“, die unter dem abgeschwächten Titel „Patientenrechte in Deutschland heute“ veröffentlicht wurde (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 1999), entfaltete bislang keine weitergehende Wirkung. Vermissen wird bspw. darin die Klärung einer institutionellen Beteiligung der Patienten (SVR 2001a).

Erst ein verbesserter Patientenschutz sichert durch die Formulierung von expliziten Rechten den Raum für Patientenautonomie ab (Badura et al. 1999). Sinnvoll wäre z. B. die Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenshaftung. Aber eine Charta der Patientenrechte legitimiert auch ein stärkeres Einfordern von mehr Selbstbestimmung, d. h. letztlich von mehr Eigenverantwortung. Den Rechten der Patienten stehen somit

korrespondierende Pflichten gegenüber. Patienten werden zukünftig mehr selbst bestimmen können, sie müssen aber auch mehr Verantwortung für sich und ihre Gesundheit übernehmen, durch einen gesundheitsbewußten Lebensstil, präventive Maßnahmen oder angeleitete Selbstbehandlungen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem bedeutet das wiederum nicht nur die Übernahme von Pflichten gegenüber sich selbst. Vielmehr sind alle Versicherten der Solidargemeinschaft verpflichtet, die sie gemeinsam bilden. Zusammen mit Patientenrechten müssen von daher in einem solidarischen System auch damit verbundene Pflichten, z. B. eine Verpflichtung zur Teilnahme an präventiven Maßnahmen, formuliert werden. Derartige implizite oder explizite Verpflichtungen stoßen aber nicht nur auf Zustimmung, sondern werden als „Healthismus“ abgelehnt (Kühn 1998).

Um mehr Selbstbestimmung für die Patienten realisieren zu können, müssen die Beziehungen zwischen den professionell im Gesundheitswesen Tätigen und den Patienten von mehr Gleichberechtigung geprägt sein. Eine wesentliche Bedingung hierfür ist eine hinsichtlich Qualität und Quantität verbesserte Patienteninformation, die Schaffung von Transparenz im Gesundheitssystem sowie die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten. Damit die Patienten durch eine stärkere Übertragung von Verantwortung und eine Informationsflut nicht überfordert werden, bedarf es Institutionen, wie z. B. einer „Stiftung Gesundheitstest“, die die Patienten in ihren Belangen unterstützen, d. h. z. B. die angebotenen Informationen auf ihre Qualität hin überprüfen oder die Patienten rechtlich beraten. Die direkten und indirekten Mitwirkungsmöglichkeiten der Nutzer, z. B. in regionalen Gesundheitskonferenzen, Ethikkommissionen oder auch im Sachverständigenrat, fallen auch in den Bereich eines Patientenrechtegesetzes, das Partizipationsrechte festschreibt (vgl. Badura et al. 1999). Nach Hart ist „eine selbstverantwortliche Bürgerbeteiligung als Voraussetzung und Folge rechtliche gesicherter Patientenselbstbestimmung“ zu begreifen (Hart 2001).

Kompetenz und Partizipation bilden – wie in Abbildung 6 dargestellt ist – die Schlüsselqualitäten der Nutzer, „die einen wesentlichen Einfluß auf Prozeß- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben“ (SVR 2001a: Ziff. 298).

Die Nutzer sollten in angemessener Weise an Verfahren, Beratungen und Entscheidungen beteiligt werden. Zwar sind die Verfahrens- und die Beratungsbeteiligung der Nutzer bislang in Deutschland nicht oder nur mangelhaft entwickelt und umgesetzt. Sie ließen sich aber auf der Basis eines Rechts auf Anhörung und Stellungnahmen, vor allem bei Berücksichtigung internationaler Modelle und Erfahrungen, einfacher in Deutschland implementieren als eine Entscheidungsbeteiligung, die zahlreiche rechtliche Fragen aufwirft (Danner 2000; SVR 2001a).

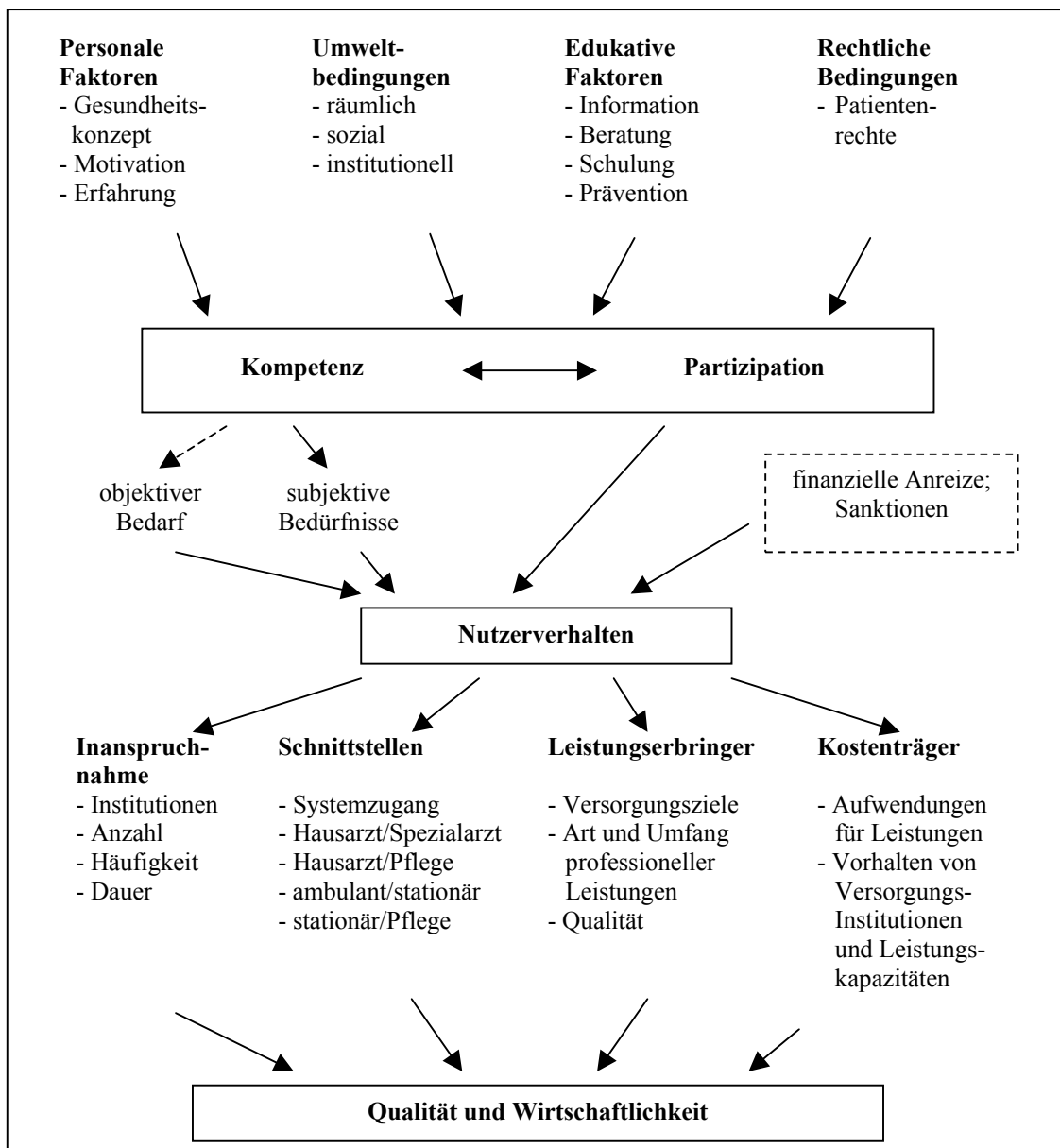


Abbildung 6: Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (SVR 2001a: S. 260)

Problematisch erscheint insbesondere eine Beteiligung von Patienten- und Versicherungsvertretern im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Denn dieser selbst ist schon überaus zweifelhaft demokratisch legitimiert (Wenning/Unterhuber 2002), was um so bedenklicher ist, da er eine, ja, nahezu *die* entscheidende gesundheitspolitische Regulierungsfunktion wahrnimmt (Urban 2001). Diese Studie geht davon aus, daß es wenig sinnvoll ist, allein durch eine Beteiligung der Nutzer an den verkrusteten kartell-

artigen Strukturen diese weiter zu konservieren. Aus diesem Grund wird in Szenario 3 die Auflösung der Bundesausschüsse vorgeschlagen.

Partizipationsebene	Institutionen/ Entscheidungskontexte	Partizipationskontext/ Akteure
Mikroebene	Arzt-Patientbeziehung	Kommunikations- und Beziehungsgestaltung, informed consent,
	Therapieentscheidung	Berücksichtigung von Patientenpräferenzen
	einzelne Leistungserbringer/ Einzeleinrichtungen (im unmittelbaren Patientenkontakt)	Zugänglichkeit, Patientenbewertung, Patientenfürsprecher,
	Versorgungsverläufe / Patientenkarrerien	Selbsthilfegruppen, Beteiligung von Angehörigen
	Konfliktfälle / Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen	Bürgerbeteiligung in Schlichtungsstellen, Patientenberatung
Mesoebene	Organisationen der Leistungserbringung (Krankenhäuser etc.)	Haus-/Heimbeiräte, patientenorientierte Organisationsrollen
	lokale Kooperationsformen, Netze, Kommunen	Patientenvertreter in Lenkungs-gremien
	Verbände / Kammern	Kooptation, reguläre Patientenvertreter in entspr. Gremien
	Krankenkassen	Intensivierung der Versichertenbeteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit mit Verbraucher-/Selbsthilfeorganisationen
	regionale Kooperationsformen	regionale Vertreter
Makroebene	Spitzenverbände	Zusammenarbeit mit Patienten- / und Verbraucherverbänden
	Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf nationaler Ebene	z. B. Entsendung sachverständiger Bürger, ‚neutrale Personen‘
	politische Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik	Anhörung, sachliche Beteiligung von Patienten-/ Nutzerinteressen
	Übernationale Ebene: - Europäische Union - Weltorganisationen	politische Initiativen, u. a. zur Harmonisierung von Patientenrechten

Tabelle 2: Ebenen der Partizipation, Entscheidungskontexte/Institutionen sowie Partizipationskontexte und Akteure (SVR 2001a: S. 296)

Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die je nach Partizipationsebene unterschiedlichen Kontexte, Institutionen und Akteure, während Tabelle 3 die erwarteten Wirkungen von Partizipation nach den Zeitdimensionen auflistet.

Zeithorizont für die Partizipation	erwartete Wirkungen
kurzfristig	Information, Artikulation und Wahrnehmung von Patientenbedürfnissen, Einleitung von Kommunikationsprozessen,
mittelfristig	Transparenz der Leistungsangebote, partnerschaftliche Bedarfsabschätzung, patientenorientierte Gestaltungsentscheidungen , Eröffnung von Lernchancen, verstärkte Motivation der Betroffenen zur Kooperation, Entwicklung bedürfnisgerechter Koordinationsangeboten, Entwicklung von Agenden der Umsetzung von Gesundheitszielen in den einzelnen Einrichtungen, z. B. des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, Modelle partnerschaftlicher Konfliktlösung.
langfristig	Entwicklung vollgültiger Partizipationsrollen, Teilnahme von Patientenvertretern an Organisationsentwicklung und Gestaltungsentscheidungen, weiterreichende gesundheitspolitische Strategien, Systementwicklung

Tabelle 3: Zeithorizonte und erwartete Wirkungen von Partizipation (SVR 2001a: S. 297)

5.4 Konkrete Formen einer gestärkten Selbstverantwortung

Eine gestärkte Selbstverantwortung konkretisiert sich in verschiedenen Formen, die im folgenden skizziert werden. Dabei wird nach den verschiedenen Akteuren Nutzer, Ärzte und Krankenkassen unterschieden.

5.4.1 ... bei Patienten und Versicherten

Auf der Ebene der Nutzer können Versicherte und Patienten besser ihre durch mehr Information und größere Transparenz gestärkte Selbstverantwortung wahrnehmen. Diese drückt sich zunächst in einer reflektierte(re)n Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus. Damit verbunden ist ein gesundheitsbewußter, präventiver Lebensstil, der auf eine vernünftige Ernährung, ausreichend Bewegung, eine gute Hygiene und „Hausmedizin“ Wert legt. Eine solche Lebensführung entspricht den Forderungen des § 1 Satz 2 SGB V. Bislang wird jedoch überhaupt kein Wert auf die Einhaltung dieser „allgemeinen Vorschrift“ durch die Versicherten gelegt. Zwei Maßnahmen dürften eine deutlichere Umsetzung befördern. Erstens würde eine stärkere Präventionsorientierung in der GKV den Fokus von einer „Reparaturmedizin“ weg auf eine nachhaltigere Gesundheitspolitik richten, in der im Zusammenwirken der Nutzer der GKV mit den Leistungserbringern und den Kassen die Nutzerkompetenzen gestärkt und ihre Partizipationsmöglichkeiten verbessert werden. Damit wären zweitens finanzielle Anreize und Sanktionen zu verbinden, die auf ein entsprechendes Nutzerverhalten hinwirken. Als Effekte dieser Maßnahmen dürften sich die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der GKV verbessern (SVR 2001a).

Wie oben ausgeführt, kommt den Patienten eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen zu, der sie aber nur gerecht werden können, wenn sie genügend informiert sind und ihnen das Leistungsgeschehen hinreichend transparent ist. Dabei erscheint es sinnvoll, die Rechte (und Pflichten) der Nutzer als Patienten und Versicherte in einem Patientenrechtegesetz niederzulegen und so ihre Mitwirkungsmöglichkeiten näher zu regeln.

Die Einrichtung einer unabhängigen „Stiftung Gesundheitstest“, die eine von allen Seiten gemeinsam genutzte Plattform für evidenzbasierte Informationen sein und evtl. auch

die Vertretung der Nutzerinteressen in den Selbstverwaltungsgremien sowie der Politikberatung übernehmen könnte, sichert das Informationsrecht der Nutzer institutionell ab.

Es ist zu beachten, daß sich die Forderung nach mehr Selbstverantwortung keinesfalls allein auf eine Ausweitung der finanziellen Beteiligung der Nutzer in Form höherer Zahlungen, Selbstbehalten oder einer „out-of-pocket“-Finanzierung beschränken darf. Sozial ausgewogene Selbstbeteiligungsregelungen könnten allerdings Anreize für einen gesundheitsbewußteren Lebensstil setzen.

5.4.2 ... bei Ärzten

Eine wesentliche Aufgabe der Ärzteschaft wird es bei einer gestärkten Selbstverantwortung der Nutzer sein, diese zu einem gesundheitsbewußte(re)n Lebensstil anzuleiten.

Besser informierte Patienten werden ein verändertes Nachfrageverhalten zeigen. Dem müssen Ärzte mit einer verbesserten Gesundheitskommunikation begegnen. Ihr Angebot an Gesundheitsleistungen wird sich verändern und stärker die Bedürfnisse ihrer Patienten reflektieren. Dazu muß es der Ärzteschaft erlaubt sein, im Rahmen des ärztlichen Standesrechts angemessen für ihr Angebot und seine Qualität zu werben.

Eine größere Transparenz hinsichtlich der Leistungserbringung und ihrer Qualität macht eine vermehrte Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien erforderlich. Dabei wird ärztliches Qualitätsmanagement die Patientenperspektive miteinbeziehen, um eine optimale Ausschöpfung des Verbesserungspotentials zu erreichen. In dem Zusammenhang sollte ein Patientenrechtegesetz nicht als Bedrohung, sondern als eine Chance betrachtet werden, die zunehmend kompliziertere Rechtsbeziehung zwischen Ärzten und Patienten auf eine tragfähigere Basis zu stellen und so eine verbesserte Rechtssicherheit für beide Seiten zu schaffen.

In finanzieller Hinsicht könnten sich aus einer gestärkten Selbstverantwortung der Patienten Änderungen bei den Finanzierungsformen der Leistungserbringung ergeben, z. B. eine vermehrte „fee-for-service“- und „out-of-pocket“-Finanzierung.

5.4.3 ... bei Krankenkassen

Nicht allein der Ärzteschaft kommt es zu, ihre Patienten zu einem gesundheitsbewußten Lebensstil anzuleiten. Auch den Krankenkassen obliegt nach § 1 Satz 3 SGB V diese Aufgabe. Eine gestärkte Eigenverantwortung der Nutzer wird eine vermehrte Nachfrage der Versicherten nach einer anspruchsvollen Gesundheitskommunikation mit den Krankenkassen bewirken. Die Kassen widmen schon jetzt dieser (traditionellen) Kassenaufgabe, Patienten- und Versicherteninformationen und -beratung über Gesundheitsleistungen bereitzustellen, immer mehr Aufmerksamkeit.

Eine größere Transparenz im Gesundheitswesen betrifft auch die Kassen selbst. Sie werden ihrer Rechenschaftspflicht über die Verwendung der Versichertenbeiträge detaillierter nachkommen und z. B. Auskunft über die Höhe der Vorstandsbezüge und den Anteil der Verwaltungs- und Marketingkosten geben müssen.

Im Fall der Ausschöpfung der gesetzlichen Möglichkeiten, im Rahmen von Hausarztmodellen und integrativer Versorgung den Versicherten finanzielle Boni (z. B. Beitragssenkung oder -rückerstattung) zu gewähren, und einer Ausweitung der finanziellen Selbstbeteiligungen der Patienten müßten die Krankenkassen neue Finanzierungs- und Abrechnungsmodelle für ihre Versicherten und ihre Vertragspartner in der Leistungserbringung entwickeln.

Ein Patientenrechtegesetz dürfte einerseits die Rolle der Krankenkassen als Anwalt ihrer Versicherten unterstreichen. Doch zugleich sollten ihre Versicherten in ihren Rechten und Mitwirkungsmöglichkeiten auch gegenüber und in den Kassen gestärkt werden.

6 Grundbedingungen von Wahlfreiheit

Informierte Patienten und Versicherte, die selbstbestimmt handeln wollen, werden vermehrt Wahlmöglichkeiten einfordern. Denn ein Mehr an Information bedeutet auch ein verbessertes Wissen über mögliche Alternativen. Diese Alternativen werden verstärkt nachgefragt werden. Dabei wird sich die Nachfrage nicht allein auf einen stärker differenzierten Leistungskatalog ausrichten. Ebenso wird man die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich verschiedener Formen der Versicherung und der Leistungserbringung erweitern müssen.

Aber auch hier gilt das oben gesagte: erweiterte Wahlmöglichkeiten dürfen nicht auf fiskalische Aspekte beschränkt werden. Vorrangiges Ziel kann nicht sein, den Leistungserbringern zusätzliche Einnahmequellen und den Krankenversicherungen einen neuen Markt zu erschließen. Vielmehr sind die Freiheitsräume der Patienten und Versicherten zu erweitern, um ihnen ein selbstbestimmteres Leben zu ermöglichen.

Grundsätzlich über Wahlmöglichkeiten zu verfügen, ist also eine notwendige Bedingung für gelebte Selbstverantwortung, soll diese mehr sein als nur ein bloßes Lippenbekenntnis. Erst wenn die einzelnen Nutzer zwischen verschiedenen Optionen wählen können, vermag sich ihre Selbstverantwortung tatsächlich zu aktualisieren. Andernfalls bliebe ihnen ohne diese Wahlmöglichkeiten nur das passive Übernehmen andernorts getroffener Entscheidungen über die Auswahl der Leistungserbringer, den Umfang der angebotenen Leistungen, die Art der Leistungserbringung sowie die Versicherungsform. Dabei kann eine erweiterte Wahlfreiheit auch bedeuten, auf die Ausübung eines bestimmten Wahlrechts (z. B. die freie Arztwahl) zugunsten eines anderen (z. B. Wahl eines Hausarzt- oder Preferred-Provider-Modells gegen Beitragsreduktionen) zu verzichten, evtl. sogar dauerhaft.

Eine gestärkte Selbstverantwortung ist so grundsätzlich verbunden mit erweiterten Wahlmöglichkeiten. Diese Wahlmöglichkeiten beschränken sich derzeit de facto auf die freie Arztwahl und das Kassenwahlrecht. Denn die Möglichkeiten eines Hausarztmodells nach § 65a SGB V oder einer integrativen Versorgung nach § 140a SGB V werden von den Krankenkassen nicht wahrgenommen. So verfügen die Versicherten nur formal über Wahlmöglichkeiten, ohne daß diese eine ausreichende materielle Entsprechung fänden. Ursächlich dafür, so der Sachverständigenrat, ist die „Inflexibilität des Vertragsrechts“ (SVR 1995: Ziff. 5). Mit dem 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführten allgemeinen Kassenwahlrecht (§§ 173 ff. SGB V) sollte ein Kassenwettbewerb in der GKV initiiert werden, wobei ungleiche Risikostrukturen bei den Kassen

durch einen Risikostrukturausgleich (RSA) in Form eines Finanztransfers mit Hilfe der Parameter Alter, Geschlecht und Invalidität der Versicherten, beitragspflichtige Einnahmen sowie Familienlast ausgeglichen werden sollten. In der Folge kam es zu einem Wettbewerb ausschließlich über die Höhe des Beitragssatzes, was zu einer Abwanderung vor allem junger Versicherter zu günstigeren Krankenkassen geführt hat. Dies bewirkte eine starke Zunahme sowohl der Beitragssatzunterschiede als auch des Finanzvolumens des Risikostrukturausgleichs. Die Probleme, die der RSA aufwarf und noch aufwirft, insbesondere die berechtigte Sorge um die chronisch kranken Versicherten, führten zur Forderung nach einer stärkeren Morbiditätsorientierung des RSA (Jacobs et al. 2001). Eine andere Gutachtergruppe schlug die Einführung einer sog. Wechsler- und einer Rückversicherungskomponente sowie von Disease-Management-Programmen (DMP) für chronisch Kranke vor (Lauterbach/Wille 2001). Das BMG drängte im Frühjahr 2001 beide Gutachtergruppen zu einem Konsens, bei dem schon jetzt fraglich ist, ob die darauf basierende Lösung, nämlich die Koppelung von Disease-Management-Programmen mit dem RSA tragfähig ist. Nachdem die Selbstverwaltung sich nicht entsprechend dem Ende 2001 eingeführten § 137f SGB V einigen konnte, wurden zum 1. Juli 2002 per Rechtsverordnung Rahmenbedingungen allein durch das BMG gesetzt. Zugleich legte das BMG in zwei Anlagen „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und für Brustkrebs“ vor (BMG 2002). Doch deren Umsetzung erscheint fraglich, konnten sich doch bislang die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen nicht auf einen Bundesmantelvertrag einigen, vor allem aufgrund von Differenzen beim Datenschutz und -management (vgl. den Bericht im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 30, 26. Juli 2002, A-2007-8). Auch wenn es zu einer Einigung, evtl. auf Landesebene, kommen sollte, werden die Programme erst deutlich später als ursprünglich geplant starten können. Nach einer Analyse der Unternehmensberatung McKinsey könnte die Koppelung der DMP an den RSA die Fehlanreize noch verstärken. McKinsey befürchtet, daß die Krankenkassen vor allem eine möglichst große Teilnehmerzahl anstreben und weniger auf die Qualität der Programme achten werden. Beim Scheitern eines DMP müsse die betroffene Krankenkasse „je eine Million Versicherte mit Mindereinnahmen in mindestens zweistelliger Millionenhöhe rechnen“. Es bestehe sogar die Gefahr, so McKinsey, daß „die Gesamtkosten durch die neuen Regelungen um Milliarden Euro steigen“ – McKinsey erwartet „Mehrausgaben von bis 500 Euro für jeden der ein bis zwei Millionen Teilnehmer“ – „und die Mehrkosten lediglich durch Nutzung des RSA-Mechanismus zwischen den Wettbewerbskassen umverteilt werden“ (Adomeit et al. 2002b).

6.1 Die freie Arztwahl

Die freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V) ist eines von zwei zentralen Wahlrechten für die GKV-Versicherten. Es darf im Normalfall jedoch nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten gewählt werden. Mit Einführung der Versichertenkarte (Chipkarte) wurde der Arztwechsel, der nach § 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V innerhalb eines Quartals „nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes“ erfolgen sollte, deutlich leichter möglich, da vorher Überweisungsscheine des behandelnden (Haus-)Arztes an die Fachärzte benötigt wurden. Zwar heißt es in Satz 2 des § 76 Abs. 3 SGB V: „Der Versicherte wählt einen Hausarzt.“ So wird ein Versicherter normalerweise beim Facharzt oder im Krankenhaus nach seinem Hausarzt gefragt, eine Nichtangabe bleibt aber ohne Konsequenzen.

Die vor einigen Jahren eingeführte Chipkarte läßt nun ein sog. „Arzt-hopping“ zu, d. h. die Versicherten suchen von allein fachärztliche Behandlung auf und wechseln, wenn sie ihnen nicht gefällt, einfach erneut (auch mehrfach in einem Quartal) den Arzt. Der Hausarzt erscheint hierbei überflüssig. Das hat zweierlei Konsequenzen: zum einen erbringen Ärzte, um ihre Patienten nicht zu verlieren, medizinisch nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen, welche die Patienten von ihnen fordern, zum andern kommt es zur Mehrfacherbringung von Leistungen. Hierdurch entstehen den Krankenkassen, und damit den Versicherten, Mehrausgaben in Millionenhöhe. Die Einführung eines Hausarztmodells und von Formen integrierter Versorgung soll hier Abhilfe schaffen, jedoch ist die Beteiligung der Versicherten hieran freiwillig. Sie dürfen allerdings mit einem Beitragsbonus rechnen. Möglicherweise wird ein hausärztliches „Arzt-hopping“ effektiver eingeschränkt durch die Neufassung von § 87 Abs. 2a Satz 5: „Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, daß die Abrechnung der in Satz 3 genannten Leistungen [„üblicherweise von Hausärzten erbrachte Leistungen“] für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt.“ Die Einschränkung der gegenwärtig praktizierten Arztwahl ist jedoch nicht unproblematisch, da diese z. Zt. eine für den Patienten wichtige Möglichkeit bietet, den Arzt zu finden, dem er vertrauen kann. Nicht jeder Arztwechsel stellt einen Mißbrauch dar. Eine bessere Möglichkeit zur Vermeidung von Doppelbehandlungen würde z. B. eine Dokumentation der letzten Behandlungen auf der dem Patienten zugeordneten Chip-Karte darstellen.

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 erfuhr vor allem die hausärztliche Versorgung eine starke Aufwertung. Durch ein sog. Hausarztmodell, das in anderen europäischen Ländern, z. B. den Niederlanden, gute Ergebnisse zeitigt, soll eine bessere Vernetzung von haus- und fachärztlicher ambulanter sowie der stationären Versorgung er-

reicht werden. Dazu führte das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eine Reihe von Änderungen in das SGB V ein.

Wichtigstes Ziel ist die Verbesserung der fachlichen Qualifikation der Hausärzte. Ab 2006 sollen nur noch Allgemeinmediziner, deren Ausbildungszeit auch von drei auf fünf Jahre verlängert wurde, neu zur hausärztlichen Versorgung zugelassen werden. Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung muß auf dem Praxisschild angegeben werden, was die Transparenz für die Nutzer erhöht (§ 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Ebenso ist die Stellung der Hausärzte innerhalb der Selbstverwaltung gestärkt worden.

Mit der Neufassung des § 73 Abs. 1b SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 unternahm der Gesetzgeber den Versuch, die Hausärzte zumindest ansatzweise als Case-Manager zu etablieren: Die Hausärzte dürfen, mit schriftlicher und widerrufbarer Einwilligung ihrer Patienten, die ihre Patienten betreffenden Behandlungsdaten bei anderen Leistungserbringern anfordern. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Versicherten nach ihrem Hausarzt zu fragen und diesem die entsprechenden Unterlagen zuzusenden. So soll der Hausarzt in die Lage versetzt werden, die einzelnen Behandlungen zusammenfassend zu dokumentieren und zu koordinieren.

Für ihre Versicherten kann eine Krankenkasse in ihrer Satzung einen Bonus vorsehen, wenn die Versicherten sich verpflichten, „vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von [ihnen] gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen“ (§ 65a SGB V).

Es besteht also die Möglichkeit, auch auf das Recht der freien Arztwahl freiwillig zu verzichten, um einem Hausarztmodell beizutreten oder sich in einem DMP einzuschreiben. Ein solcher Verzicht ist zwecks besserer Steuerung notwendig. Hier kollidieren Wahlfreiheiten der Nutzer mit nur durch eine eingeschränkte Arztwahl möglichen Verbesserungen in der Patientenversorgung. Diese Verbesserungen können zu Einsparungen führen, die dann an die Versicherten in Form von Boni oder Beitragsreduktionen weitergegeben werden können. Allerdings wird von diesen im SGB V eingeräumten Möglichkeiten kaum Gebrauch gemacht.

6.2 Das Kassenwahlrecht

Die Neufassung der §§ 173ff. SGB V durch das GSG 1992 führte mit der Öffnung des Kassenwahlrechts für alle Versicherte ein zweites zentrales Wahlrecht in die GKV ein, um einen Wettbewerb zwischen den Kassen zu initiieren. Um mögliche (unverschulde-

te) Wettbewerbsnachteile aufgrund kassenspezifischer Risikostrukturen auszugleichen, wurde zugleich das Ausgleichsinstrument des RSA geschaffen. Zwar kam es in der Folge zu einem vermehrten Wettbewerb der Krankenkassen, allerdings bestimmte als einzig relevanter Parameter die Höhe des Beitragssatzes den Wettbewerb. Zudem vergrößerte sich das Finanzvolumen des RSA kontinuierlich, ebenso die Kluft zwischen sog. Zahler- und den Empfängerkassen. Die starke Ausweitung des RSA belastet zunehmend die Solidarität der Kassen (Thielmann 2001). Eine Klage der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen den RSA ist derzeit anhängig.

Der Wettbewerb ausschließlich über den Beitragssatz führt zu Verschiebungen in der Risikostruktur der Krankenkassen, wechseln doch vor allem jüngere Versicherte mit einer besseren Risikostruktur (Lauterbach/Wille 2001). Mit der Neuregelung des RSA und der damit verbundenen Einführung von DMP soll nun ein Wettbewerb über den Parameter „Versorgungsqualität“ (insbesondere für chronisch Kranke) angestoßen werden. Doch gerade die Verknüpfung von RSA und DMP weckt Zweifel über die Erfolgsaussichten der beabsichtigten Wettbewerbsbelebung (s. o.).

Das Kassenwahlrecht ist ein zentrales Wahlrecht der Versicherten. Am Kontrahierungszwang der Kassen ist festzuhalten. Allerdings sollten neben der Höhe des Beitragssatzes weitere Wahlkriterien hinzutreten. Nur wenn es auf der Leistungsseite zu einer größeren Differenzierung bei den Krankenkassen kommt und diese ihren Versicherten z. B. unterschiedliche Versorgungsmodelle oder Leistungspakete anbieten können, entsteht ein Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten wirkliche Alternativen für die Ausübung ihres Kassenwahlrechts anbietet.

6.3 Die Wahl zwischen Versorgungsmodellen

Eine Flexibilisierung der Versorgungsformen, ermöglicht durch die GKV-Gesundheitsreform 2000, erscheint als möglicher „Türöffner“ für ein vielfältigeres Angebot an Versicherungsformen und Leistungskatalogen.

Das SGB V sieht in § 63 SGB V (Modellvorhaben), § 65a SGB V (Hausärztliche Versorgung) und § 140a (Integrierte Versorgung) *neue Versorgungsformen* vor. § 63 Abs. 1 SGB V läßt Modellvorhaben ausdrücklich in den Bereichen „Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ zu, die eine „Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ zum Ziel haben.

Daß jeweils die Möglichkeit eingeräumt wird, etwaige Einsparungen an die beteiligten Versicherten in Form eines Bonus weiterzugeben, könnte als eine Flexibilisierung auch der *Versicherungsformen* aufgefaßt werden. Konsequenterweise umgesetzt, ergäbe sich daraus ein Anknüpfungspunkt für eine größere Vielfalt an Versicherungsformen (z. B. HMOs*), ohne tiefgreifende gesetzliche Änderungen vornehmen zu müssen. Allerdings wird von den Möglichkeiten, die bspw. § 140a SGB V einräumt, derzeit kein Gebrauch gemacht.

Gegenstand der Modellversuche können alle Leistungen sein, die nicht durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen für die GKV abgelehnt wurden (so erstatten in bestimmten Fällen einige Krankenkassen die Kosten für Akupunktur im Rahmen von Modellvorhaben). Dies könnte sich als ein „Türöffner“ erweisen für die Einführung eines *flexibleren Leistungskatalogs*, zumal auch von den verschiedenen Versorgungsformen, wenn sie stärker zur Anwendung kommen, ein starker Druck ausgehen wird, auch das Leistungsangebot variabler zu gestalten.

6.4 Die Wahl zwischen Leistungen

Angesichts der sich verschärfenden Finanzsituation der GKV ist eine Überprüfung und Veränderung des Leistungskatalogs eine Reformoption. Aufgrund einer bei Gesundheitsgütern teilweise eingeschränkten Konsumentensouveränität erscheint ein für alle Kassen und Versicherten verbindlicher und einheitlicher Katalog von Grundleistungen sinnvoll (Wille 2001). Dabei läßt sich zwar z. B. das „medizinisch Notwendige“ als Kriterium für die Bestimmung von Grundleistungen heranziehen, aber man muß folgendes dabei bedenken: Erstens wird sich der derzeitige Leistungskatalog nur unwesentlich verkleinern, wenn man Bagatelleleistungen u. ä. streicht, d. h. das (erhoffte) mögliche Einsparpotential ist gering. Zweitens kann der Abschluß einer Versicherung über medizinische Wahlleistungen, die nicht den Standards evidenzbasierter Medizin entsprechen (d. h. weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich sind), den Versicherten nicht empfohlen werden („Komfortleistungen“, z. B. Chefarztbehandlung oder 1-Bett-Zimmer, sind damit nicht gemeint). Zudem wirft die Frage nach dem gebotenen Leistungsumfang der GKV einige Probleme auf. Denn einen präzise aufgrund klarer und transpa-

* HMOs steht für Health Maintenance Organizations. Hier wählt der Versicherte mit dem Versicherungsträger zugleich auch die ihn behandelnden Leistungserbringer. Zur Frage, ob die Einführung von (Elementen der) HMOs eine Reformoption für die GKV darstellen könnte, s. Hauser/v. d. Schulenburg 1988).

renter Kriterien bestimmten Leistungskatalog der GKV gibt es nicht. Er bestimmt sich de facto unter Bezug auf die Leistungen, die im EBM bzw. in der GOÄ aufgeführt sind. Einzig neue Verfahren (vor allem strittige) werden einer Beurteilung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen unterzogen. Zunächst wären also Kriterien für die Formulierung eines Leistungskatalogs zu bestimmen. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V („Wirtschaftlichkeitsgebot“) bietet dazu folgendes an: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Eine genauere Analyse dieser gesetzlichen Bestimmung zeigt aber, daß hier nur notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen zur Bestimmung eines Leistungskatalogs angegeben sind. Zudem werden die Begriffe „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „notwendig“ nicht definiert.

Betrachtet man die oft erhobene Forderung näher, den Leistungskatalog auf das *medizinisch Notwendige* zu beschränken, so ergibt sie keinen Sinn. Denn, so § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V, „Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ D. h. das SGB V sieht selbst schon eine Begrenzung auf das medizinisch Notwendige vor. Eine Praxis, die dem zuwiderläuft, ist ungesetzlich.

Es erweist sich als sinnvoll, eine leistungsseitige Reform beim Ausschluß krankensicherungs-fremder Leistungen aus der GKV sowie einer Flexibilisierung des Leistungskatalogs in seinen „konsumnahen Rändern“ anzusetzen (Wille 2001). Durch den Ausschluß krankensicherungs-fremder Leistungen im engeren Sinn dürfte die GKV um ca. 2,3 Mrd. Euro entlastet werden (Wille 2001); faßt man den Begriff der krankensicherungs-fremden Leistungen weiter, kommt man auf einen Betrag von bis zu 30 Mrd. Euro (Beske 2001; Beske et al. 2002).

Für eine weitere Differenzierung des Leistungskatalogs werden verschiedene Zu- und Abwahlmodelle diskutiert, die aber, wie Wille in einer ausführlichen Analyse zeigt, massive Probleme vor allem hinsichtlich Leistungsabgrenzungen, Risikoselektionen und Solidarität aufwerfen. „Da eine Kombination von Ab- und Zuwahlmodell die Probleme, die den isolierten Varianten anhaften, auch nicht zu lösen vermag, bietet sich aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ein Reformkonzept an, das neben den Grund- und Wahlleistungen als dritte konstitutive Kategorie Satzungsleistungen vorsieht“ (Wille 2001: 154). Diese Satzungsleistungen könnten kasseneinheitlich oder auch als verschiedene Leistungspakete innerhalb einer Krankenkasse angeboten werden. Dieses Konzept weist, so Wille, im Vergleich mit anderen Modellen u. a. folgende Vorzüge auf:

- Es gewährt den Versicherten auch innerhalb der GKV Wahlmöglichkeiten und damit eine bessere Realisierung ihrer Präferenzen.

- Die Krankenkassen erhalten auf der Leistungsseite Wettbewerbsparameter, was einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der GKV fördert.
- Die Satzungsleistungen gehen, da sie nicht alle Kassen anbieten, nicht in den RSA ein, unterliegen aber wie die Grundleistungen weiterhin einer solidarischen Finanzierung.
- Im Hinblick auf das Spektrum von Gesundheitsleistungen bleibt die Grenze zwischen GKV und PKV bzw. Selbstmedikation weitgehend erhalten. Da dies auch für die jeweiligen Vergütungssysteme gilt, entstehen den Versicherten bzw. Patienten für die Leistungen, die jetzt nicht mehr zu den Grundleistungen gehören, keine höheren Aufwendungen (Wille 2001: 155)

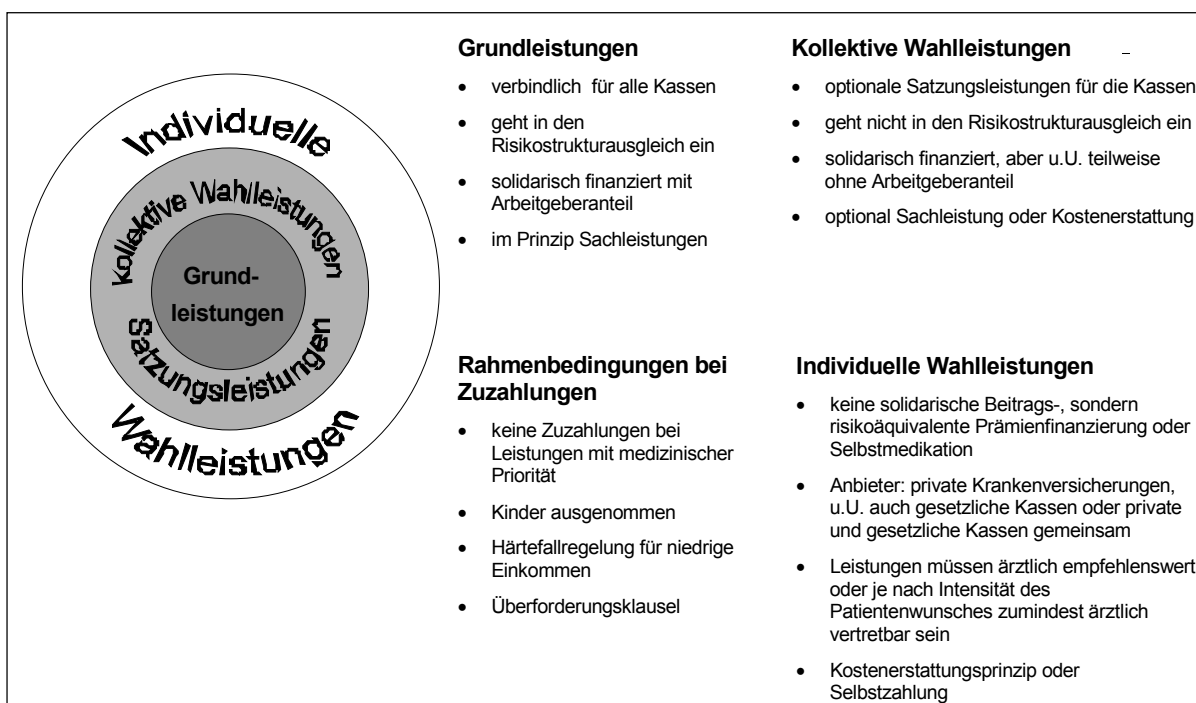


Abbildung 7: Zur Finanzierung von Grund-, Satzungs- und Wahlleistungen (Wille 2001)

Eine Abgrenzung dieser solidarisch finanzierten und innerhalb der GKV-Vergütungssysteme mit den Anbietern abgerechneten Satzungsleistungen von einem Grundleistungskatalog ist in distributiver Hinsicht unproblematischer, läßt aber einen Ermessenspielraum offen und „fällt letztlich in die Kompetenz der politischen Handlungsträger, die als Entscheidungsgrundlage Informationen von der Selbstverwaltung und fachärztlichen Gremien heranziehen können“ (ebd.).

Folgende Leistungen könnten z. B. als Satzungsleistungen angeboten werden:

- Vorsorgekuren,
- zahnärztliche Versorgungsformen,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, insoweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt,
- künstliche Befruchtungstechniken,
- Formen und Indikationen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
- Soziotherapie,
- Verfahren der sog. Alternativmedizin,
- Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel, wie z. B. Massagen und Sehhilfen (Wille 2001: 155f.).

Bietet eine Krankenkasse unterschiedliche Pakete von Satzungsleistungen an, erhöht das zwar die Wahlmöglichkeiten der Versicherten, allerdings „leidet darunter“, wenn viele Kassen so verfahren, „die Markttransparenz und damit die Wettbewerbsintensität [...]. Zudem steht zu erwarten, daß die Versichertengruppe, die z. B. ein Paket mit Vorsorgekuren und bestimmten zahnärztlichen Versorgungsformen auswählt, schon zum Entscheidungszeitpunkt die Absicht hegt, diese Leistungen auch so intensiv wie möglich in Anspruch zu nehmen. Die Tarifierung dieses Paketes von Satzungsleistungen unterscheidet sich dann nur noch geringfügig von risikoäquivalenten Prämien. Da sich schließlich auch die solidarische Finanzierung bei einer Vielfalt von Leistungssegmenten, die sich jeweils auf unterschiedliche Versichertengruppen beziehen, schwierig gestaltet, sprechen Implementationsaspekte ebenfalls für das Reformkonzept mit pro Krankenkasse einheitlichen Satzungsleistungen, die aber zwischen den Krankenkassen divergieren können und für diese Wettbewerbsparameter darstellen“ (ebd.: 156).

Zwar erfolgt die Finanzierung der Satzungsleistungen solidarisch, sie fallen aber nicht unter den RSA. Dadurch läßt sich bei einer stärkeren Morbiditätsorientierung des RSA dieser „bei den Grundleistungen härten“ und „an den ‚konsumnahen Rändern‘ entlasten“. Zudem wirkte eine stärkere Morbiditätsorientierung der Gefahr einer Risikoselektion durch die Krankenkassen mit Hilfe der Satzungsleistungen entgegen (ebd.).

Eine derartige Differenzierung des Leistungskatalogs vermag sowohl die Solidarität zu bewahren als auch den Wettbewerb in der GKV zu befördern. Und den Versicherten werden über ein präferenzgerechteres Angebot größere Wahlmöglichkeiten eingeräumt.

6.5 Konkrete Formen von Wahlfreiheit

Im folgenden werden mögliche Konsequenzen, die sich aus einer Erweiterung der Wahlfreiheiten der Nutzer ergeben, nicht nur für diese selbst, sondern ebenso für die Ärzteschaft und die Krankenkassen aufgeführt.

6.5.1 ... bei Patienten und Versicherten

Erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Patienten und Versicherten konkretisieren sich in den Gebieten Finanzierungsformen, Versorgungsformen und Leistungsumfang, die jeweils auf einander bezogen sind. So bewirkt ein Selbstbeteiligungstarif einen teilweisen bis vollständigen Leistungsausschluß. Auch wenn an dieser Stelle nicht weiter auf Finanzierungsaspekte eingegangen worden ist, ist darauf hinzuweisen, das eine weitere Einführung von Selbstbeteiligungen, Selbstbehalten oder Franchisen (wie z. B. in der Schweiz) eine sinnvolle Erweiterung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten darstellen und deren Entscheidungssouveränität stärken kann. Bei entsprechender Ausgestaltung könnten sie auch einer intergenerativen Ungleichbehandlung entgegenwirken (Schulenburg 1987).

Die Janssen-Cilag-Bevölkerungsbefragungen 1999 und 2002 stützen die oben unter 6.1 - 6.4 gemachten Ausführungen. Ihre Befunde decken sich in weiten Teilen mit den Ergebnissen des GKV-Monitors 2002 (WidO 2002). Die Bevölkerung lehnt mit einer Mehrheit von 80 % eine Abschaffung der solidarischen Finanzierung der GKV ab. Dies gilt auch für die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (Wasem 1999). Zugleich haben mehr als 90 % der Befragten ein großes Interesse an Wahlmöglichkeiten in der GKV. Sie wünschen, daß ihnen ihre Krankenkasse zusätzliche Leistungen anbieten kann. So dürften solidarisch finanzierte Satzungsleistungen große Akzeptanz finden. Dabei bevorzugen die Hälfte beitragsreduzierende Angebote, während sich immerhin ein Drittel für beitrags erhöhende Angebote entscheidet. Diese Angebote beinhalten

sowohl verschiedene Versorgungsformen als auch Leistungspakete. Bei den beitragsreduzierenden Angeboten werden vor allem verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen (74 %), das Hausarztmodell (51 %) sowie die sog. (Positiv-)Arzneimittelliste (47 %), aber auch Ausgrenzung von Bagatellerkrankungen (38 %) oder eine Praxis-Gebühr (34 %) gewählt. Größte Akzeptanz bei den beitrags erhöhenden Angeboten finden Innovationsgarantie (60 %), Alternativmedizin (48 %), zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (43 %) und Heilpraktiker (41 %). Insbesondere diejenigen, die sich für restriktivere Versorgungsformen (z. B. Hausarztmodell) entscheiden, wünschen mehrheitlich zugleich eine Innovationsgarantie (Nolting/Wasem 2002). Bei den Leistungen wird der Prävention der höchste Stellenwert eingeräumt. Insofern stimmen die Präferenzen der Bevölkerung mit der vom Sachverständigenrat (SVR 2001a) vorgeschlagenen stärkeren gesundheitspolitischen Orientierung an der Prävention überein.

6.5.2 ... bei Ärzten

Erweiterte Wahlmöglichkeiten der Nutzer und ein inhaltlich stärker differenziertes Angebot der Krankenkassen wirken sich in verschiedener Weise auf die Leistungserbringer aus. Die Umsetzung von schon seit langem vom Gesetzgeber zugelassenen Versorgungsformen, wie z. B. Hausarztmodell oder Praxisnetz, geht nur in einer Kooperation aller Akteure. Die Schwierigkeiten bei der Einführung der DMP zeigen, daß dies ein langwieriger Prozeß ist. Uneins sind sich Krankenkassen und Ärzteschaft insbesondere in den Fragen der Datenhoheit sowie der Vergütung. Ohne eine Datentransparenz des Leistungsgeschehens gegenüber allen Beteiligten können Versorgungsmodelle wie DMP oder das Hausarztmodell nicht sinnvoll gesteuert werden. Die Hinweise auf den Datenschutz i. S. eines Schutzes der Arzt-Patient-Beziehung greifen nicht. Denn erstens läßt sich der Datensatz entsprechend auswählen und sichern und zweitens können Patienten ihre Daten für ihre Kassen freigeben. Zwar mögen Patienten in besonderen Fällen die Konsequenzen einer solchen Datenfreigabe nicht richtig einschätzen können, doch ist dies durch Schutzregeln verhinderbar. Vermeintliche Patienteninteressen werden vorgeschoben, um die eigene (Daten-)Macht der ärztlichen Leistungserbringer zu schützen und die Patienten unmündig zu halten. Ein möglichst effizientes Case-Management, das für alle neuen Versorgungsformen (DMP, Hausarzt, usw.) notwendig ist – ein Umstand, der im Kontext der DMP-Einführung oft übersehen wird – , erfordert zwingend eine umfassende Datentransparenz des Leistungsgeschehens. Nur so läßt sich eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen.

Die Einführung von Satzungsleistungen durch die Krankenkassen beeinflusst das Angebot der Leistungserbringer. Auch wenn die Entscheidungskompetenz bzgl. der Abgrenzung von Grund- und Satzungsleistungen letztlich bei den politischen Handlungsträgern liegt, wird die konkrete Bestimmung doch wesentlich in der gemeinsamen Selbstverwaltung, z. B. im Bundesausschuß, erfolgen. Verträge über die Erbringung von kassenspezifischen Satzungsleistungen werden nicht mehr „einheitlich und gemeinsam“ abgeschlossen werden (können). Die Krankenkassen müssen für die Satzungsleistungen nicht mehr mit jedem Vertragsarzt kontrahieren.

Das Abrücken von Kollektivverträgen bedeutet nicht von vornherein eine Schwächung der Verhandlungsposition eines einzelnen Arztes, der nun allein „der großen Kasse“ gegenüber stünde. Denn in der derzeitigen Vertragssituation kommt es innerhalb der KV'en zu massiven Verteilungskämpfen um das knappe Budget. Einzelne Ärzte oder Arztgruppen können also auch von einer Änderung profitieren. Ärzte, die eine hohe Versorgungsqualität anbieten und garantieren, können auf einer Vergütung bestehen, die das auch honoriert. Dabei erfordern neue Versorgungsformen und Steuerungsmodelle seitens der Leistungserbringer ein größeres Augenmerk auf die Organisation und das Management der Leistungserbringung. Für die Etablierung von DMP oder Satzungsleistungen sind die Krankenkassen unbedingt auf die Ärzteschaft angewiesen. Eine Lockerung bei den Verträgen ist mit Änderungen bei den Vergütungsformen verbunden. Die Ärzteschaft wird auf den höheren Qualitätsanspruch seitens der Krankenkassen mit Forderungen nach einer Reform der Vergütungssysteme reagieren. Neben pauschalierenden Vergütungsformen, die schon jetzt zunehmend eingesetzt werden (vgl. die Einführung der DRG – Diagnoses Related Groups – im stationären, aber auch die geplante Einführung eines EBM 2000plus im ambulanten Sektor), wird es vor allem wieder mehr „fee-for-service“-Vergütungen geben. Verstärkt wird sich gerade in DMP für chronisch Kranke ein Teil oder die gesamte Vergütung der Ärzte am Erreichen bestimmter Werte verschiedener klinischer Parameter orientieren, um so Anreize für eine Qualitätsverbesserung zu setzen.

Unter diesen Bedingungen wird die Arzt-Patient-Beziehung an Bedeutung sogar noch gewinnen, denn nur in einer gelingenden Arzt-Patient-Beziehung ist die erforderliche hohe Compliance seitens der Patienten zu erreichen. Daraus ergibt sich als Konsequenz die endgültige Ablösung paternalistisch imprägnierter Beziehungsstrukturen durch ein kooperativ-partnerschaftliches Modell, z. B. in Form eines „shared-decision-making“. Eine stärkere Patientenorientierung bei den Leistungserbringern ist für ein Bestehen im zukünftigen Wettbewerb um Satzungsleistungen und neue Versorgungsformen unabdingbar.

6.5.3 ... bei Krankenkassen

Die Versicherten wollen ergänzend zur freien Arzt- und Krankenkassenwahl mehr Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich. Dafür sollen ihre Krankenkassen Zusatzversicherungen anbieten dürfen. Die Krankenkassen entwickeln Satzungsleistungspakete, die die Präferenzen ihrer Versicherten abbilden und neue Versicherte attrahieren. Sie beinhalten sowohl beitrags erhöhende (z. B. alternative Heilverfahren) als auch beitrags reduzierende (z. B. Hausarztmodell) Elemente, die den Bereichen Finanzierung (z. B. Selbstbehalttarif), Versorgung (z. B. preferred-provider-Modell) und Leistung (z. B. künstliche Befruchtungstechniken) entnommen sind. Mit den kassenspezifischen Satzungsleistungen erhalten die Krankenkassen ein Instrument, sich endlich auch auf der Leistungsseite wettbewerbsfähig zu profilieren.

Die Einführung von Satzungsleistungen macht eine größere Flexibilität bei den Vertragsabschlüssen erforderlich. Zum einen lösen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen ausgehandelte Verträge die Kollektivverträge ab. Zum anderen treten weitere Finanzierungs- und Vergütungsmodelle zu den bisherigen hinzu.

7 Szenarien

Die entworfenen drei Szenarien bauen aufeinander auf. Dabei sind sie zur besseren Verständlichkeit bewußt knapp formuliert. Die inhaltliche Füllung der einzelnen Vorschläge ist den obigen Ausführungen zu entnehmen. Bei der Entwicklung der Szenarien wurden Diagramme eingesetzt, in denen die Einflußgrößen und Schlüsselbeziehungen in der GKV visualisiert wurden. Die Szenariodiagramme, die sich mit den Strukturen der ambulanten Leistungserbringung befassen, sind im Anhang exemplarisch abgebildet.

Die Schnittstellen von Nutzern zum System, d. h. zu den Leistungserbringern und den Krankenkassen, blieben im Sinne einer Nutzerfreundlichkeit möglichst unangetastet. Tiefgreifende Veränderungen werden vor allem bei den Schnittstellen zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Politik vorgeschlagen.

Hauptziel für alle Szenarien ist, daß das Gesundheitssystem unter stärkerer Mitwirkung der Nutzer und möglichst dezentral, regional und subsidiär gesteuert werden sollte.

Die im Einstiegsszenario „*Der informierte Patient*“ vorgesehenen Veränderungen gegenüber dem derzeitigen System dürften bei allen Beteiligten – auch wenn im einzelnen manche Dissense hinsichtlich ihrer Umsetzung bestehen – im Grundsatz die größte Zustimmung finden. Denn ungeachtet konkreter Widerstände seitens mancher Akteure, vor allem gegen eine Datenweitergabe und eine verbesserte Nutzerbeteiligung, sind sich alle einig, daß mehr und bessere Informationen über und größere Transparenz im Gesundheitswesen wünschenswert sind.

Bei einer erfolgreichen Umsetzung dieser Ziele werden die Nutzer Druck auf Leistungserbringer und -finanzierer ausüben, mehr Wahlmöglichkeiten anzubieten. Damit könnte sich das Szenario 2 „*Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte*“ entwickeln, das allerdings ein instabiles Übergangsszenario darstellen dürfte. Die derzeitigen inflexiblen Vertragsstrukturen verhindern eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten bei Versorgungs- und Finanzierungsformen und Leistungen und werden so mittelfristig nicht zu halten sein.

Ein mögliches Entwicklungsergebnis gibt Szenario 3 „*Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte in wettbewerblichen Strukturen*“ wieder. Hier werden die herkömmlichen, kartellartigen Vertrags- und Verhandlungsstrukturen aufgebrochen. Insbesondere die Bundesausschüsse sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen spielen in einer radikaleren Variante dieses Szenarios keine Rolle mehr. Der Sicherstellungsauftrag geht an die gesetzlichen Krankenkassen über.

7.1 Szenario 1 „Der informierte Patient“

Ziel

Die Maßnahmen dieses Szenarios sollen:

- die Informationen über Leistungen, Leistungserbringer und Kosten verbessern,
- Transparenz bzgl. des Leistungsgeschehens herstellen,
- die Beteiligung der Patienten und Versicherten verbessern und
- so die Qualität der Gesundheitsversorgung sichern.

Maßnahmen

1. Politische Ebene

- Versichertenvertreter auf Landes- und Bundesebene, z. B.:
 - (1) Vertretung von Patienten und Versicherten im Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen mit Mitspracherecht
 - (2) Einrichtung von Patientenräten beim Ärztetag und bei der Bundesärztekammer
 - (3) Patientenvertreter im Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist schwierig, da die Patienten und Versicherten keine definierte Gruppe im Sinne des Korporatismus darstellen, d. h. sie könnten nur durch „Berufsvertreter“ repräsentiert werden. Eine solche Patienten- und Versichertenvertretung müßte (mit relativ hohem Aufwand) organisiert werden und führte zu zusätzlichen (wahrscheinlich geringen) Kosten.

2. Information

- Aufbau eines öffentlich zugänglichen, allgemeinen und qualitätsgesicherten Informationssystems (Internet) über:
 - (1) medizinische Leistungen und ihre Kosten
 - (2) stationäre Einrichtungen (Größe, Fachabteilungen, Spezialisierungen, Daten über Zahl und Komplikationsrate von Operationen etc.) und Einrichtungen der integrierten Versorgung
 - (3) Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen

Die Bereitstellung der Informationen und die Überprüfung und Zertifizierung der Dienstleistungsqualität aller Leistungsanbieter (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) sollte durch eine unabhängige Institution, wie z. B. Stiftung Warentest erfolgen. Das zu etablierende Informationssystem sollte eine gemeinsame Plattform für die Nutzer, die Leistungsanbieter, die Krankenkassen sowie die Patientenberatungsstellen sein, die für alle gleichermaßen öffentlich zugänglich ist. Damit werden Informationsasymmetrien zwischen den verschiedenen Akteuren vermieden. Die Informationen sollten allgemein verständlich formuliert sein und übersichtlich präsentiert werden. Das System sollte auch vertiefende Fachinformationen sowie die entsprechenden Richt- und Leitlinien bereitstellen. Dazu schlagen wir die

- Errichtung einer „Stiftung Gesundheitstest“

vor, die als neutrale Institution die Patienteninteressen, z. B. durch Mitwirkung in den Bundesausschüssen und im SVR, vertritt. Die Maßnahme ist somit eine notwendige Voraussetzung für die Vertretung von Patienteninteressen auf politischer Ebene und gleichzeitig ein geeignetes Instrument zur besseren Patienteninformation.

- Aufbau eines vernetzten Systems von unabhängigen Patientenberatungsstellen

Die bestehenden Beratungsstellen bei den Verbraucherzentralen sind für die Aufgabe nicht unbedingt geeignet, da sie sich sehr stark auf Rechtsberatung konzentrieren. Selbsthilfegruppen hingegen sind in erster Linie auf die Bewältigung der persönlichen

Lebenssituation gerichtet. Patientenberatungsstellen können die Leistungserbringer und Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Informationspflicht unterstützen und ihnen helfen, den Anforderungen der informierten Patienten besser gerecht werden zu können.

- Lockerung des Werbeverbots für ärztliche Leistungsanbieter

Zur sachgerechten Wahl des Arztes fehlen heute weitgehend alle Informationen. Diese Maßnahme ergänzt die Informationen zur Dienstleistungsqualität. Dabei muß sichergestellt werden, daß die Werbung standesrechtlichen Anforderungen genügt.

3. Stärkung von Patientenrechten

- Zusammenfassung aller Rechte der Nutzer des Gesundheitswesens in einem Patienten-Rechte-Gesetz
- Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenshaftung, z. B. durch ein spezielles Patientenversicherungssystem
- Einführung eines Systems von Patientenfürsprechern / Ombudsleuten in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. von Patientenvertretern in Krankenhäusern und Heimen

Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern stellen ein kompliziertes und undurchsichtiges Verfahren dar und stehen den potentiellen Schadensverursachern sehr nahe. Ein Patienten-Rechte-Gesetz und die verschuldensunabhängige Schadenshaftung sind sinnvoll, helfen dem Patienten bei einer Erkrankung aber wenig. Sie sind in erster Linie geeignet, eingetretene Schäden patientenfreundlicher abzuwickeln und die Arbeit von Schlichtungsstellen zu erleichtern. Die Schaffung von Ombudsstellen ist wahrscheinlich sehr hilfreich, da sie dem Patienten in der konkreten Situation der Erkrankung und ihrer Behandlung helfen kann.

4. Unveränderte Systemelemente

In diesem Szenario werden wesentliche strukturbestimmende Elemente (einheitlicher Leistungskatalog, allgemeiner Kontrahierungszwang der vertragsärztlichen Leistungserbringer und der Krankenhäuser, einheitlich und gemeinsam abzuschließende Verträge durch die Spitzenverbände) und Institutionen (Kassenärztliche Vereinigungen) beibehalten.

Effekte

Die Patienten und Versicherte können sich besser informieren und so mehr Eigenverantwortung übernehmen. Sie können ihre Rechte besser wahrnehmen und bei Problemen durchsetzen. Die Interessen von Patienten und Versicherten werden mehr in den Selbstverwaltungsgremien vertreten. Dadurch wird die Stellung der Nutzer (Patient, Versicherter, Bürger) gestärkt.

Die Kosten im Gesundheitswesen werden durch diese Maßnahmen nicht gesenkt. Vielmehr verursachen die Maßnahmen zumindest anfangs (vermutlich beträchtliche) Mehrkosten für das System. Sie werden aber zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Der medizinische Fortschritt wird – wie bisher – über den Aushandlungsprozeß der Spitzenverbände zu Leistungsumfang und relativer Vergütungshöhe berücksichtigt. Die Nutzerinteressen fließen aber stärker als bisher in diese Verhandlungen ein.

Tendenz

Besser informierte Patienten und Versicherte werden mehr Wahlmöglichkeiten bzgl. der Leistungen, aber auch der Versorgungs- und Versicherungsformen einfordern.

7.2 Szenario 2 „Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte“

Ziel

Die Maßnahmen dieses Szenarios sollen:

- mehr Wahlmöglichkeiten schaffen und so die Freiheitsräume der Bürger erweitern.

Maßnahmen

- Maßnahmen des Szenario 1
- Aufteilung des bisherigen Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Satzungsleistungen

Dies beinhaltet im einzelnen:

- (1) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen definiert einen bundeseinheitlichen, solidarisch finanzierten Grundleistungskatalog und grenzt davon mögliche Satzungs- und Wahlleistungen ab. Wahlleistungen (i. S. von Komfortleistungen wie Chefarztbehandlung oder 1- bzw. 2-Bett-Zimmer) werden wie bisher ausschließlich von der PKV angeboten. Damit bleibt die Abgrenzung („Friedensgrenze“) zwischen GKV und PKV gewahrt.
- (2) Die einzelne Krankenkasse kann ein Satzungsleistungspaket (oder auch mehrere) anbieten, das jeweils von ihren Versicherten solidarisch finanziert wird, aber nicht in den RSA eingeht. Eine solche Regelung ist RSA-kompatibel. Das Prinzip der solidarischen Finanzierung in der GKV bleibt gewahrt. Für die Versi-

cherten besteht weiterhin das Recht, die Krankenkasse frei zu wählen. Die Ausübung dieses Rechts muß durch geeignete Maßnahmen, die eine Risikoselektion seitens der Krankenkassen verhindern, sichergestellt werden.

- (3) Satzungsleistungen werden GKV-üblich als Sach- und Dienstleistungen von zugelassenen Vertragsärzten erbracht und nach EBM vergütet. Da sich der Leistungsumfang der GKV insgesamt nicht verändert, sondern nur in den „konsumnahen Rändern“ (Wille) flexibilisiert wird, und das bisherige Abrechnungs- und Vergütungssystem der GKV beibehalten wird, ist die Maßnahme vermutlich für die Nutzer kostenneutral. Die Entwicklung und Etablierung solcher Satzungsleistungspakete dürfte jedoch für die Krankenkassen mit Kosten verbunden sein.

Effekte

Die Einführung von kassenspezifischen Satzungsleistungen erweitert die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Ihre Präferenzen finden mehr Berücksichtigung. Durch diese erweiterte Wahlfreiheit wird die Selbstverantwortung der Versicherten gestärkt.

Zugleich führen kassenspezifische Satzungsleistungen ein Wettbewerbselement im Leistungsbereich ein, mit dem die einzelnen Krankenkassen sich im Markt profilieren können.

Tendenz

Bei einer Beibehaltung des bisherigen Vertragssystems wird es spätestens mittelfristig zu einem gegenüber heute verminderten Leistungskatalog bei gleichem oder sogar höherem Beitrag kommen, da es für die einzelne Krankenkasse sowie für die Leistungserbringer zuwenig Anreize (und Spielräume) gibt.

Satzungsleistungen werden dann de facto nicht mehr angeboten, d. h. die tatsächlich realisierbaren Wahlmöglichkeiten der Versicherten werden sogar geringer. Das Angebot von Satzungsleistungen würde dann zu einem Einstieg in Leistungskürzungen führen. Die Nutzer stünden schlechter da als vorher.

Allerdings wäre in diesem Fall mit einer finanziellen Entlastung der GKV zu rechnen.

7.3 Szenario 3 „Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte in wettbewerblichen Strukturen“

Ziel

Die Maßnahmen dieses Szenarios sollen:

- den Wettbewerb im System stärken.

Maßnahmen

- Maßnahmen der Szenarien 1 und 2
- Veränderung der Vertragsbeziehungen

Dies bedeutet im einzelnen:

- (1) Die Bundesärztekammer (BÄK) legt einen (maximalen) Leistungskatalog, der alle medizinisch notwendigen sowie sinnvollen Leistungen umfaßt, und eine relative Vergütungshöhe fest. Für diesen Leistungskatalog entwickelt die BÄK die entsprechenden Behandlungsleitlinien. Ferner bestimmt sie Kriterien für Grundleistungen und empfiehlt einen Grundleistungskatalog.
- (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen auf der Grundlage der BÄK-Empfehlung in Abstimmung mit der gesetzlichen Aufsicht einen bundeseinheitlichen Grundleistungskatalog sowie eine Gebührenordnung mit Festpreisen. Ein solchermaßen definierter Grundleistungskatalog sichert die grundgesetzlich geforderten gleichwertigen Lebensverhältnisse in den einzelnen Bundesländern. Eine Gebührenordnung mit Festpreisen wiederum schafft eine Einnahmetransparenz für die Leistungsanbieter und eine Kostentransparenz für die Patienten.

- (3) Satzungsleistungskataloge werden von den einzelnen Krankenkassen im Rahmen des Maximalkatalogs der BÄK festgelegt und müssen von der gesetzlichen Aufsicht genehmigt werden. Die Gebührenordnung für Satzungsleistungen bildet einen "Preiskorridor" aus Mindestvergütung und Erstattungsobergrenze, ohne Erschwerisfaktoren. Ein (Preis-)Wettbewerb der Leistungsanbieter, aber auch der Krankenkassen, findet in diesem „Korridor“ statt. Damit wird ein Preis-Dumping seitens der Krankenkassen vermieden, aber zugleich auch ein Kostenbegrenzendes Steuerungsinstrument für die Krankenkassen geschaffen
- (4) Ein Kontrahierungszwang besteht nur für ambulant vom einzelnen Arzt erbrachte Grundleistungen. Ambulante Satzungsleistungen sowie alle Grund- und Satzungsleistungen der integrierten und stationären Versorgung hingegen werden frei kontrahiert. Dabei müssen geeignete Maßnahmen getroffen werden, die die notwendige medizinische Versorgung in der Fläche sicherstellen. Etwaige Defizite für diese politisch erwünschten Einrichtungen müssen – analog zum öffentlichen Personennahverkehr – von der jeweils politisch zuständigen Ebene ausgeglichen werden.
- (5) Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 SGB V, der Ausschuß Krankenhaus nach § 137c Abs. 2 SGB V sowie der Koordinierungsausschuß nach § 137e Abs. 1 SGB V werden aufgelöst.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verlieren ihre Funktionen, die Versorgung sicherzustellen, Versorgungsverträge auszuhandeln und Honorare zu verteilen.
- (7) Der Sicherstellungsauftrag geht an die gesetzlichen Krankenkassen über.

Effekte

Die kartellartigen Strukturen des Gesundheitswesens werden aufgebrochen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verlieren ihre derzeitigen Funktionen der Vertragsaushandlung und Honorarverteilung.

Unter geänderten Vertragsbedingungen kommt es zu einem vermehrten Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern über die Qualität und den Preis ihrer Leistungen. Dadurch intensiviert sich zugleich der Kassenwettbewerb auf der Leistungsseite.

Die Maßnahmen setzen Anreize zu einer Neustrukturierung der Versorgungslandschaft, insbesondere zur Überwindung der Sektorsierung, und zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung.

Allerdings ist davon auszugehen, daß aufgrund des verschärften Wettbewerbs einzelne Leistungsanbieter und Krankenkassen aus dem Markt verschwinden werden.

Tendenz

Die Leistungsanbieter werden vermehrt integrative Versorgungsmodelle anbieten, um ihre Position zu stärken. Angesichts der derzeitigen starken Sektorsierung der Versorgungslandschaft, die zu schwerwiegenden Mängeln bei der Versorgungsqualität führt, dürften die Nutzer von einer mehr integrativ organisierten Versorgung deutlich profitieren.

8 Literatur

- Adomeit A, Baur A, Salfeld R (2002a): Neue Chancen für Disease Management. In: McKinsey Health 1: 26-33
- Adomeit A, Baur A, Jaeger H, Wettke J (2002b): Disease Management Programme – ein Milliardengrab?. In: McKinsey Health 2: 16-23
- Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden
- Beske F (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung: Kieler Konzept. Berlin
- Beske F, Drabinski T, Michel C (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Institut für Gesundheits-Systemforschung, Schriftenreihe Nr. 91, Kiel
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2002): Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 27. Juni 2002, Bonn/Berlin
<http://www.bmg.gesundheit.de/bmg-frames/index.htm> (dort unter: Rechtsverordnungen/Gesetzl. Krankenversicherung) [13.09.2002]
- Breyer F, Ulrich V (1999): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere Nr. 1/99, Greifswald
- Brockmann H (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: Social Science & Medicine 55/4: 593-608
- Brodie M, Flournoy RE, Altman DE, Blendon RJ, Benson JM, Rosenbaum MD (2000): Health information, the internet, and the digital divide. In: Health Affairs 19/6: 255-265
- Cookson R, McDavid D, Maynard A (2001): Wrong SIGN, NICE mess: is national guidance distorting allocation of resources? In: British Medical Journal 323: 743-745
- Coulter A (2002): After Bristol: putting patients at the centre. In: British Medical Journal 324: 648-651
- Daniels, N (1985): Just health care. Cambridge
- Daniels N, Light DW, Caplan RL (1996): Benchmarks of fairness for health care reform. New York/Oxford
- Daniels N, Sabin JE (1997): Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. In: Philosophy & Public Affairs 26: 303-350
- Daniels N, Sabin JE (1998): The ethics of accountability in managed care reform. In: Health Affairs 17/5: 50-64
- Daniels N, Sabin JE (2002): Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? New York/Oxford
- Daniels N, Kennedy B, Kawachi I (2000): Is inequality bad for our health? Boston

- Danner M (2000): Wann ist die Mitwirkung von Patientenvertretern in Entscheidungsgremien "demokratisch legitimiert"? In: *Medizinrecht* 10: 468-471
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW (2001): *Patientensouveränität: Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Arbeitsbericht Nr. 195, Stuttgart
- Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags (2002): *Schlußbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. Bundestags-Drucksache 14/8880 [28.03.2002], Berlin
- Felder S (1997): Costs of dying: alternatives to rationing. In: *Health Policy* 39: 167-176
- Felder S, Meier M, Schmitt H (2000): Health care expenditure in the last months of life. In: *Journal of Health Economics* 19: 679-695
- Fetzer S, Moog S, Raffelhüschen B (2001): *Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung*. Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br., Diskussionsbeiträge Nr. 99/01, Freiburg i.Br.
- Fraser SW, Greenhalgh T (2001): Coping with complexity: educating for capability. In: *British Medical Journal* 323: 799-803
- Fuchs VR (1984): "Though much is taken": reflections on aging, health, and medical care. National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper Series Nr. 1269, Cambridge MA
- Gutmann A, Thompson D (1996): *Democracy and disagreement*. Cambridge, MA/London
- Hart D (2001): *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung*. Referat, „Patientenrechte in der Diskussion“ – 4. Fachtagung in der Reihe „Gesund in eigener Verantwortung?“, Deutsches Hygiene-Museum in Partnerschaft mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Dresden, 28./29. September 2001
http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung04/ft04-hart_ref.htm [17.09.2002]
- Hauser H, Schulenburg JM Graf v. d. (Hrsg.) (1988): *Health Maintenance Organizations: Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland? Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 19*, Gerlingen
- Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Coulter A, O'Connor A, Rovner DR (2001): Patient choice modules for summaries of clinical effectiveness: a proposal. In: *British Medical Journal* 322: 664-667
- HON – Health On the Net Foundation (1997): *HON Code of Conduct (HONcode) für medizinische Webseiten im Gesundheitsbereich*. Version 1.6 April 1997.
<http://www.hon.ch/HONcode/German/> [08.08.2001]
- Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2001): *Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung : Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Endbericht, 15. Februar 2001, Berlin.
<https://cms.dgn-service.de/csg/igesDe/content/e72/e251/e254/RSA.pdf> [08.08.2002]
- Kant I (1968 [1784]): *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?* In: *Kants Werke*. Akademie-Textausgabe, Bd. VIII: *Abhandlungen nach 1781*, Berlin, 33-42
- Kendall L (2001): *The future patient*. The Institute for Public Policy Research, London

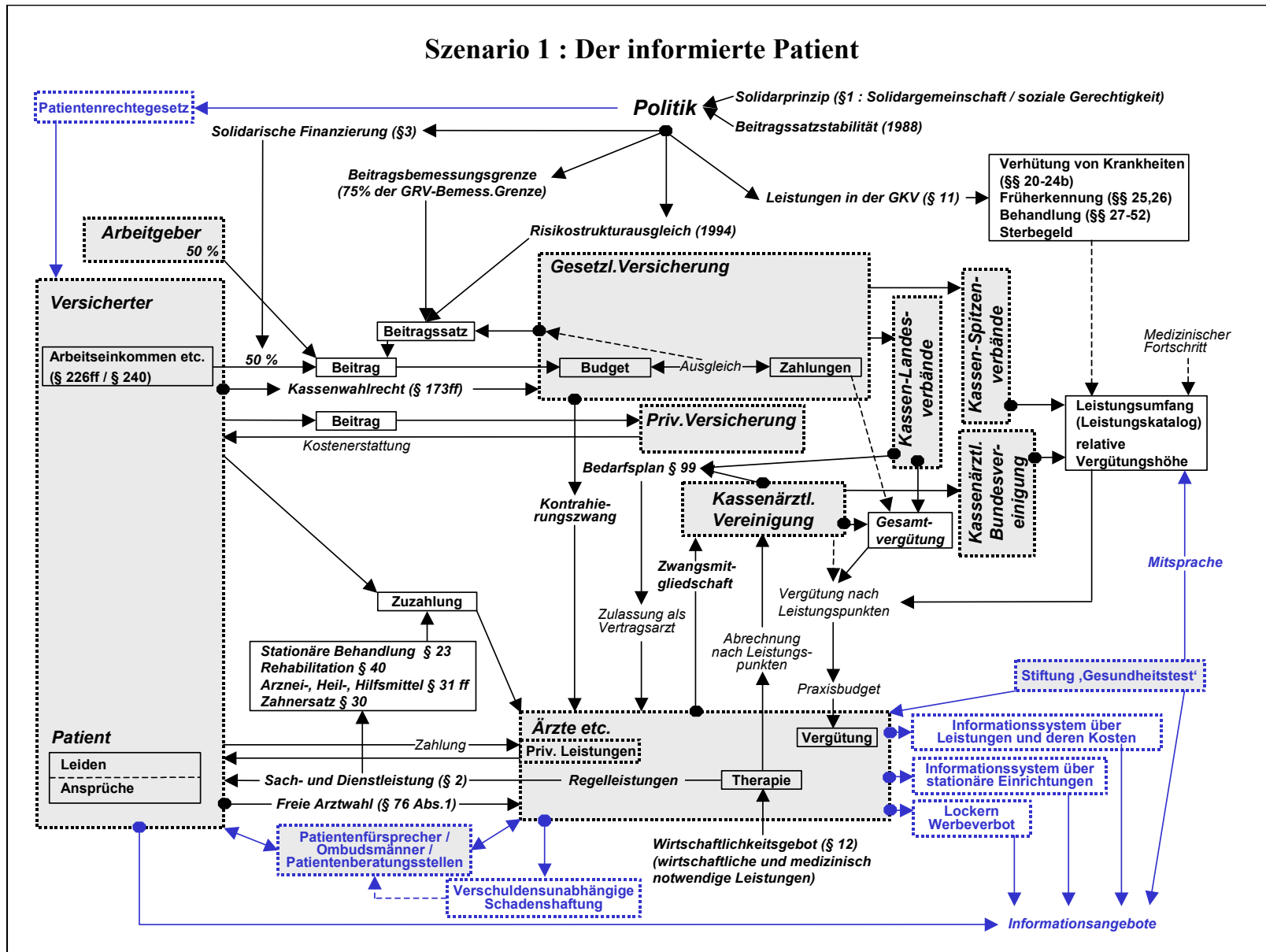
- Krämer W (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens: die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt a.M.
- Krämer W (1993): Wir kurieren uns zu Tode: die Zukunft der modernen Medizin. Frankfurt a.M./New York
- Kühn H (1998): "Selbstverantwortung" in der Gesundheitspolitik – Betrachtungen zu einem Kampfbegriff. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 30, Hamburg/Berlin
- Lauterbach KW, Wille E (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich: Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V., dem AOK-Bundesverband und dem IKK-Bundesverband, Abschlußbericht. http://www.vdak.de/download/endgutachten_rsa.pdf [08.08.2002]
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. In: British Medical Journal 322: 468-472
- Mandl KD, Szolovits P, Kohane IS (2001): Public standards and patients' control: how to keep electronic medical records accessible but private. In: British Medical Journal 322: 283-287
- Mielck A (Hrsg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen
- Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- National Survey of NHS Patients (1999): General Practice 1998, A survey carried out for the NHS Executive by the National Centre for Social Research, Picker Europe and Imperial College of Science, Technology and Medicine. <http://www.doh.gov.uk/public/nhssurveyrs.htm> [05.08.2002]
- NIHCM – The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation (2002a): Prescription drug expenditures in 2001: Another year of escalating costs. Revised May 6, 2002. Washington, DC. <http://www.nihcm.org/spending2001.pdf> [19.05.2002]
- NIHCM – The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation (2002b): Changing patterns of pharmaceutical innovations. May 2002. Washington, DC. <http://www.nihcm.org/innovations.pdf> [06.08.2002]
- Nolting HD, Wasem J (2002): Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung: Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. Neuss
- Nussbaum MC (1993): Menschliches Handeln und Soziale Gerechtigkeit. In: Brunkhorst H, Brumlik M (Hrsg.): Gemeinschaft und Gerechtigkeit. Frankfurt a.M.
- Rohr M, Schade D (2000): Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen – Ergebnisse des Workshops zu Forschungsbedarf im Bereich Medizin und Gesundheit. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Arbeitsbericht Nr. 176, Stuttgart
- Rosenbrock R (1998): Arbeitslosigkeit und Krankheit. In: Forum Wissenschaft 1: 15-17
- Sen AK (1993): Capability and well-being. In: Nussbaum MC, Sen AK (Eds.): The quality of life. Oxford, 30-53

-
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen – Abteilung Gesundheit (Hrsg.) (1999): Patientenrechte in Deutschland heute. 3. Auflage, Bremen
- Shepperd S, Charnock D, Gann B (1999): Helping patients access high quality health information. In: *British Medical Journal* 319: 764-766
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997, Baden-Baden
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001, Bonn
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001, Bonn
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001c): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung, Bonn
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage (2000): „Chancen auf einen höheren Wachstumspfad“. Jahresgutachten 2000/2001, Wiesbaden
- Thielmann L (2001): Ethische Grundlagen einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Schriften zur Gesundheitsökonomie Bd. 35, Bayreuth
- Towle A, Godolphin W, Greenhalgh T, Gibrill J (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. In: *British Medical Journal* 319: 766-771
- Urban HJ (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit: Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Wissenschaftszentrum Berlin, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P01-206, Berlin
- Wasem J (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Neuss
- Wasem J (2000): Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. In: *Medizinrecht* 10: 472-477
- Wenning C, Unterhuber H (2002): Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Wie demokratisch schwach legitimierte Expertokraten über Bedürfnisse der Menschen befinden. In: *Gesellschaftspolitische Kommentare* 1: 28-41

-
- WidO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2002): GKV-Monitor 2002. Juni 2002, Köln
<http://www.wido.de/Marktforschung/erhebungen/gesundheitsreform/GKV-Monitor2002.pdf> [13.09.2002]
- Wille E (2001): Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Arbeitsbericht Nr. 199, Stuttgart
- Zweifel P, Felder S, Meier M (1999): Ageing of population and health care expenditure: a red herring? In: Health Economics 8: 485-496

Anhang

Szenario 1 : Der informierte Patient



Szenario 2 : Der informierte Patient und wahlfreie Versicherte

