

Wachstumsmotor
Gesundheit: Die Zukunft
unseres Gesundheitswesens

Edition DWC

Herausgegeben von Friedrich Merz

ISBN-10: 3-446-41456-8

ISBN-13: 978-3-446-41456-3

Leseprobe

Weitere Informationen oder Bestellungen unter

<http://www.hanser.de/978-3-446-41456-3>

sowie im Buchhandel.

I.

**Paradigmenwechsel:
Die Bedeutung der Gesund-
heit im 21. Jahrhundert**



Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor

Ist der Gesundheitsmarkt ein »Wachstumsfaktor«? Diese Frage lässt sich nur schwer diskutieren, ohne Bezug auf die Marktprozesse im Gesundheitswesen und die Ansprüche des medizinischen Heilberufs zu nehmen. Gerade vor dem Hintergrund der Veränderungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt sich die Frage, in welchem Spannungsfeld die angemessene Versorgungssteuerung und die notwendige ärztliche Verantwortung zueinander stehen. Die Bevölkerung der postindustriellen Gesellschaft wird im Durchschnitt immer älter, während sich ihr gleichzeitig die Chance bietet, immer neue Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts zu nutzen. In dieser Situation gewinnen die Gesundheitsausgaben in Relation zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung zwangsläufig an Stellenwert. Die Fragen an die Konzeption nationaler Sicherung einerseits und an die Akteure im Gesundheitsmarkt andererseits lassen sich eindeutig formulieren: Wie wird sich die Sicherung der Gesundheitsversorgung in Zukunft realisieren lassen, ohne den einzelnen Bürger mit Zwangsabgaben zu überfordern? Welche Möglichkeiten bietet das Gesundheitswesen seinen eigenen Anbietern in einer globalisierten Welt?

Einführend sollen einige grundlegende Aussagen zur Möglichkeit einer Markt-, insbesondere einer Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen getroffen werden. Sie können als Grundvoraussetzungen für eine Fortentwicklung des Gesundheitsmarktes gelten. Daran anschließend werden die Entwicklungslinien in einer wachsenden Gesundheitswirtschaft beleuchtet.

Gesundheit als Gut

Gesundheitsleistungen werden häufig als besondere Güter bezeichnet. Sie sind nur schwer über Märkte zu koordinieren und daher einer staatlichen Regulierung unterworfen. Diese wird aber auch mit sozialpolitischen Argumenten gerechtfertigt, die eine notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern als Grundlage der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ansehen. Problematisch ist eine Vermischung beider Legitimationen, wie sie in der praktizierten Gesundheitspolitik gang und gäbe ist.

Gesundheitsleistungen sind zunächst private Güter im ökonomischen Sinn. Schließlich lässt sich sowohl das Prinzip des Ausschlusses als auch das der Rivalität im Konsum realisieren, eine Koordination von Gesundheitsleistungen über Märkte ist also möglich. Gleichwohl existieren bei Gesundheitsleistungen, auch bei der Nutzung von Arzneimitteln, Wechselwirkungen, die einen »kollektiven« Charakter aufweisen. So helfen Hygienestandards oder allgemeine Impfprogramme durchaus, volkswirtschaftliche Kosten einzusparen, und können dem Problem angemessen sein. Für die Gesellschaft ist also ein positiver externer Effekt vorhanden.

Ein Versagen des Marktes ist aus diesen »Störungen« seiner Koordination jedoch nicht abzuleiten, denn hier muss geprüft werden: Ist die fehlende Internalisierung des externen Effektes ein Problem des Marktprozesses selbst? Oder sollten die Spielregeln – und Institutionen – für den Marktprozess verändert werden? Wenn die Eigentums- und Haftungsregeln auf der Ebene der Rahmenordnung formuliert werden, befördert dies individuelle Rechte und Verantwortungsräume. Unabhängig von der Ausgestaltung des Marktprozesses bleiben so Transaktionen zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen möglich.

Die Marktbeteiligten im Gesundheitswesen verfügen über einen sehr unterschiedlichen Informationsstand. Aber darin liegt kein zwingender Grund für ein generelles Marktversagen. Allerdings könnten die Transaktionskosten aufgrund der asymmetrischen Informations-

Die Marktbeteiligten im Gesundheitswesen verfügen über einen sehr unterschiedlichen Informationsstand.

verteilung irgendwann die Austauschbeziehungen derart behindern, dass ein Regelungsbedarf bestünde. Auf anderen

Märkten begegnet man diesem Problem zum Beispiel mit Garantien und Standards.

Im Gesundheitswesen könnte diese Problematik auch aus bestehenden Regulierungen im System selbst resultieren. Denn solange das in Deutschland gültige Sachleistungsprinzip aufrechterhalten wird, in dem der Patient von der Kostenverantwortung entbunden ist, kann es auch künftig kaum einen Anreiz zur Herausbildung entsprechender Informationsmärkte geben.

Auch bei einer Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse lässt sich kein Marktversagen im strengen Sinn feststellen. Jeder Bürger ist schließlich grundsätzlich in der Lage, für künftige Bedürfnisse entweder Geldkapital anzusparen oder eine private Versicherung abzuschließen. Eine Regulierung ist jedoch aus sozialpolitischer Hinsicht sinnvoll. Bei einer reinen Marktlösung stellt sich die Frage: Ist eine Gesellschaft bereit, den Einzelnen ohne entsprechende Hilfe zu belassen, wenn er keine finanzielle Vorsorge getroffen hat?

Eine allgemeine Versicherungspflicht lässt sich nur als Regulierungsansatz legitimieren, wenn in der Gesellschaft ein Konsens darüber besteht, dass niemand aufgrund mangelnder finanzieller Mittel von notwendigen medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden darf. Damit ist jedoch nicht zwangsläufig verbunden, die Angebotsbedingungen wie in einer Pflichtversicherung weitreichend staatlich zu regeln. Wenn jedes Mitglied eine Versicherung wählte, die einen definierten Mindestschutz anbietet, würde dies ausreichen. Unabhängig davon ist die Frage zu beantworten, wie ökonomisch Schwache finanziell unterstützt werden sollen. Das Problem der Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse legitimiert jedoch nicht nur eine allgemeine Versicherungspflicht. Es macht auch deutlich, wie wichtig es ist, medizinische Leistungen vorhalten zu können.

Die Gesundheitswirtschaft – von der Versorgung zum Wachstumsmarkt

Sozioökonomische Rahmendaten

Das Gesundheitswesen ist für unsere Volkswirtschaft in den letzten Jahren immer wichtiger geworden. Die Anzahl der Beschäftigten und der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt illus-

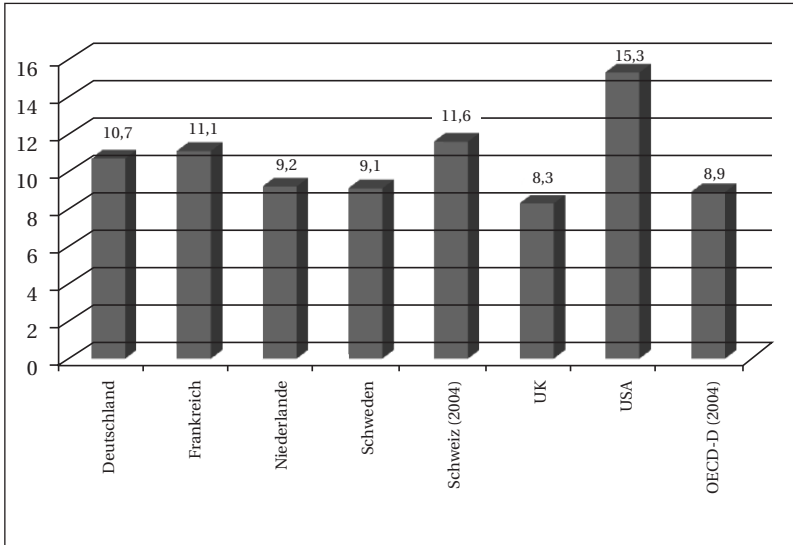


Abb. 1: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP im Jahr 2005, eigene Darstellung in Anlehnung an OECD Health Data 2007

trieren den gegenwärtigen Stellenwert des Gesundheitsmarktes und der herrschenden Angebotsstrukturen. Der Anteil dieses Bereichs am Bruttoinlandsprodukt lag 2005 in Deutschland bei 10,7 Prozent.

Viele Berufstätige beziehen also ihr Einkommen aus diesem Wirtschaftszweig. Zu Beginn des Jahres 2003 übten laut Statistischem

Der Anteil des Gesundheitsmarkts am Bruttoinlandsprodukt lag 2005 in Deutschland bei 10,7 Prozent.

Bundesamt etwa 4,2 Millionen Menschen Berufe im Gesundheitswesen aus, darunter Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenschwestern, übrige Gesundheitsberufe und soziale Berufe. Man kann daher mit Recht von einer »Gesundheitswirtschaft« sprechen.

Der Bedeutungszuwachs der Gesundheitswirtschaft lässt sich jedoch ohne die Veränderungen ihrer Rahmenbedingungen nicht abbilden. Dazu gehört, dass die öffentliche Diskussion hauptsächlich durch die beiden Begriffe »Kostenexplosion« und »Beitragsatzstabilität« geprägt ist. Trotz einer kontinuierlichen Anhebung der Beitragsätze und der Beitragsbemessungsgrenzen werden immer mehr Mittel

notwendig, um die Ausgaben der Sozialversicherungssysteme, speziell der GKV, zu finanzieren. Dieser Anstieg hat einen ambivalenten Charakter.

Verändern sich die Ausgabenanteile für bestimmte Güter und Dienstleistungen innerhalb einer Volkswirtschaft, so zeugt dies zunächst von einem normalen Strukturwandel. Güter mit einer hohen Einkommenselastizität werden dabei immer wichtiger. Mit Einkommenselastizität wird im volkswirtschaftlichen Zusammenhang die relative Veränderung einer Nachfragegröße bezeichnet, im vorliegenden Fall sind dies die Gesundheitsleistungen. Dieser Wert ergibt sich aufgrund einer relativen Veränderung der auslösenden Größe, der relativen Veränderung des Volkseinkommens.

Das Problem der Kostenfalle im Gesundheitswesen entsteht durch die Koppelung der Beiträge an die Lohnkosten. Erst sie bringt, verbunden mit einer nur geringen Produktivitätssteigerung, die negativen Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit mit sich.

Das Problem der Kostenfalle im Gesundheitswesen entsteht durch die Koppelung der Versicherungsbeiträge an die Lohnkosten.

Der Status quo des Gesundheitsmarktes lässt sich mit dem Bild einer »Zwiebel« darstellen. Der Markt der GKV macht gegenwärtig über 50 Prozent des Gesamtmarktes aus. Er muss de facto mit einem Nullwachstum auskommen. Demgegenüber verzeichnet der Markt der Zuwahlleistungen oder der Leistungen im freien Gesundheitsmarkt – bei entsprechend weiter Interpretation des Gesundheitsbegriffes – deutliche Steigerungsraten. Die Entwicklung in den Bereichen Wellness oder Anti-Aging kann hier Pate stehen.

An dieser Stelle wird die Wechselwirkung zwischen demographischem Prozess und medizinisch-technischem Fortschritt besonders deutlich. Die Alterung der Gesellschaft sorgt für ein Nachfragepotenzial, das in den nächsten Jahren erheblich ansteigen wird, das heißt, die äußere »Zwiebel« wird überproportional wachsen.

Das Gesundheitswesen unterliegt in diesem Zusammenhang einem doppelten Anpassungsdruck: Einerseits deuten alle sozioökonomischen Faktoren auf eine wachsende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen hin. Auf der anderen Seite behindern strukturelle Probleme eine tragfähige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

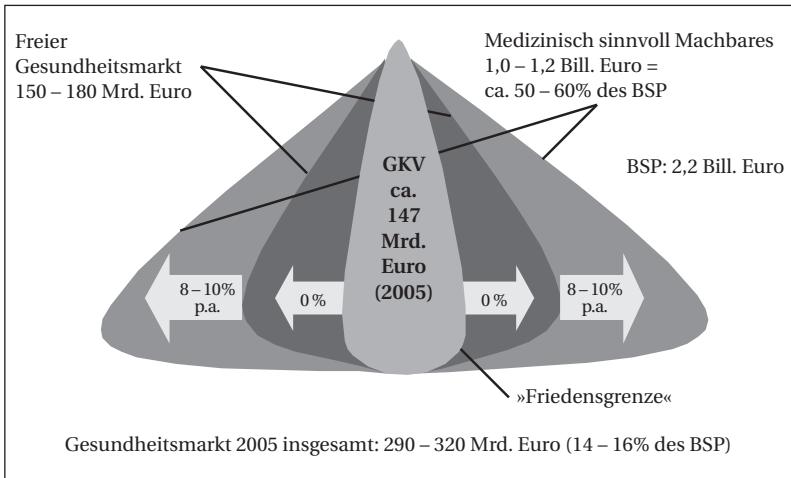


Abb. 2: Der »Wachstumsmarkt« Gesundheit in Deutschland im Jahr 2005, Darstellung auf der Grundlage von Zahlen des Statistischen Bundesamts (1/2004) und eigenen Berechnungen (Oberender/Hebborn/Zerth 2006)

Dies hat wiederum unmittelbare Auswirkungen auf die Anforderungen, mit denen seine Entscheider konfrontiert sind.

Nachfrageentwicklung

Ein Blick auf die Nachfragepotenziale zeigt, dass der Gesundheitsbereich vor allen anderen Branchen von den Herausforderungen der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts profitieren kann. Dieser Prozess wird erhebliche Einflüsse auf die Entwicklung der Krankenversicherung haben. Nimmt die Lebenserwartung zu, steigen auch die Ausgaben für Gesundheitsleistungen an.

Das Gesundheitswesen unterliegt einem doppelten Anpassungsdruck: Es muss sich auf die wachsende Nachfrage einstellen und gleichzeitig mit strukturellen Problemen kämpfen, die seine Weiterentwicklung behindern.

Dies ist unabhängig davon, ob die These der Medikalisierung oder die der Morbiditätskompression gilt. Nach der Morbiditätskompressionsthese wird die nachrückende Generation weniger körperliche Einschränkungen ver-

tragen. Dies ist unabhängig davon, ob die These der Medikalisierung oder die der Morbiditätskompression gilt. Nach der Morbiditätskompressionsthese wird die nachrückende Generation weniger körperliche Einschränkungen ver-

kraften müssen als die vorhergehende. Die Jüngeren arbeiten unter weniger belastenden Bedingungen, sie leben und ernähren sich gesünder und sind aktiver. Dazu kommen die Fortschritte in der Prävention und der Medizintechnologie.

Nach der Medikalisierungsthese könnten jedoch die Entwicklungen in der Medizintechnologie die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Dauer medizinischer und pflegerischer Interventionen senken.

Die zunehmende Lebenserwartung würde allerdings neben der Reduzierung der Mortalitätsrate eine Erhöhung der Morbiditätsrate, also der Erkrankungsrate, nach sich ziehen. Da mit höherem Lebensalter mehr Funktionseinschränkungen zu erwarten sind, wird die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen steigen.

Empirisch konnte bislang keine der beiden Thesen eindeutig bestätigt werden. Die Studienansätze berücksichtigen besonders sozioökonomische Aspekte, die zeigen: Bei Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Einkommen und einer besseren Bildung trifft tendenziell eher die Kompressionsthese zu. Mit dem medizinisch-technischen Fortschritt, dem zweiten entscheidenden Faktor, ist also auch eine Lebensverlängerung für die Menschen verbunden. In dieser »zusätzlichen« Phase müssen sie jedoch teilweise mit gravierenden Einbußen körperlicher Funktionen und damit unter Umständen mit einer längeren Pflegephase vor dem Tod rechnen.

Ein arbeitssparender technischer Fortschritt findet im Gesundheitswesen nur in sehr geringem Maß statt. Aufgrund der ungebrochen hohen Einkommenselastizität der Nachfrage wird die Beschäftigtenzahl im Gesundheitsbereich aller Voraussicht nach auch in Zukunft zunehmen.

Ein arbeitssparender technischer Fortschritt findet im Gesundheitswesen nur in sehr geringem Maß statt.

Mit dem medizinisch-technischen Fortschritt hat sich auch das Wissen breiter Bevölkerungsschichten über Krankheiten und gesundheitsbewusste Faktoren erweitert. Diese Entwicklung kann ebenso die Nachfrage steigern.

Innerhalb der Bevölkerung wird die Gruppe der Senioren zukünftig an Bedeutung gewinnen. Relevant ist dabei zum einen die quantitative Dimension, wie sie sich in der Entwicklung des Altenquotienten und dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bereits abgezeichnet hat. Abbildung 3 zeigt, dass mit der steigenden Krankheits-

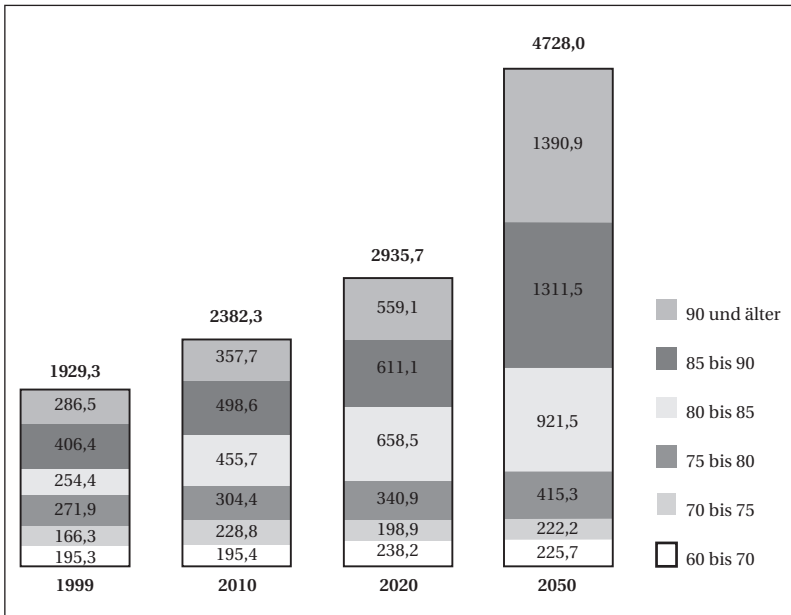


Abb. 3: Die Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Tausend), eigene Darstellung in Anlehnung an Pick (2003)

anfälligkeit im Alter ein wachsender Bedarf an Gesundheitsleistungen, vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Pflege verbunden ist.

Zum anderen wandelt sich mit dieser demografisch begründeten Ausweitung der Nachfrage deren Struktur qualitativ. Diese Veränderung bringt nicht nur einen steigenden Qualitätsanspruch an die »klassischen« Gesundheits- und Pflegeleistungen, der durch die Kaufkraft der Senioren alimentiert wird. Ein Wertewandel beim Alter er-

Ein Wertewandel beim Alter eröffnet auch ein Marktsegment für alle diejenigen Produkte und Leistungen, die über die »klassische« Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hinaus die Steigerung der individuellen Lebensqualität zum Ziel haben.

öffnet auch ein Marktsegment für alle diejenigen Produkte und Leistungen, die über die »klassische« Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hinaus die Steigerung der individuellen Lebensqualität zum Ziel haben. Hier

liegen besondere Chancen für Wellnesseinrichtungen, Bäder, Kurorte und die Tourismusbranche.

Das Nachfragepotenzial des Gesundheitsmarktes setzt sich im Wesentlichen aus drei Gruppen von Kostenträgern zusammen:

1. Werden Leistungen bezogen, die dem Regelleistungskatalog der GKV angehören, übernimmt die GKV die Rolle des Kostenträgers.
2. Als weitere Ausgabenträger kommen Versicherungen in Betracht, bei denen der Patient eine Versicherung für Leistungen abgeschlossen hat, die nicht im Katalog der GKV-Regelversorgung enthalten sind. Dazu gehören zum Beispiel Zusatzversicherungen, die bereits heute von gesetzlich Versicherten bei Privatversicherungen abgeschlossen werden.
3. Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen, für die der Patient keine Versicherung abgeschlossen hat, trägt er selbst.

Diese drei Bereiche haben eine besondere Bedeutung für die Finanzierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Doch die Ausgaben im Gesundheitswesen werden gegenwärtig noch von anderen Kostenträgern bestritten. Als Finanziers von Gesundheitsleistungen treten vor allem die Arbeitgeber im Rahmen der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall auf. Außerdem sind hier noch andere Zweige der Sozialversicherung, wie Renten- und Unfallversicherung, zu nennen. Bedeutende Träger von Gesundheitsausgaben sind bisher auch die öffentlichen Haushalte. Im Zuge der anstehenden Umstrukturierungen des Gesundheitswesens werden die Kosten wahrscheinlich stärker entsprechend dem Verursacherprinzip auf die Kostenträger verteilt werden. Dies liegt daran, dass bei den wachsenden Herausforderungen durch chronische Erkrankungen, die zum Teil verhaltensbedingte Ursachen haben, die Mitwirkung der Patienten an Bedeutung gewinnen wird.

Zusammengefasst lässt sich schätzen, dass in den nächsten Dekaden der Ausgabentrend ansteigen und sich damit der Gesundheitsmarkt überproportional vergrößern wird.

Ändern wird sich die relative Bedeutung der einzelnen Kostenträger. Die wachsende Diskussion um Umfang und In-

Im Zuge der künftigen Umstrukturierungen des Gesundheitswesens werden die Kosten wahrscheinlich stärker entsprechend dem Verursacherprinzip auf die Kostenträger verteilt werden.

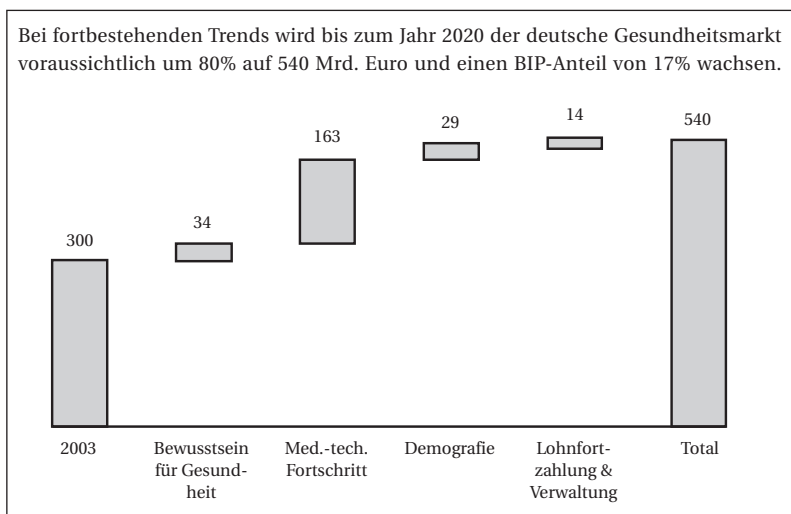


Abb. 4: Prognose der Marktentwicklung, eigene Fortschreibung auf der Grundlage von Karte (2005)

halt der Regelversorgung in der GKV wird zu einer Aufwertung des selbstbestimmten Zusatz-Versicherungsschutzes führen. So ist es möglich, dass bestimmte Risiken gar nicht mehr versichert werden. Der Patient könnte zum Beispiel nur eine Versicherung über ein bestimmtes Sortiment von Arzneimitteln abschließen.

Gegenwärtig kann niemand zuverlässig voraussagen, in welchem Umfang die Bürger bereit sein werden, auf einen die Regelversorgung ergänzenden Ver-

Es ist möglich, dass bestimmte Risiken in Zukunft gar nicht mehr versichert werden. Der Patient könnte dann nur eine Versicherung über ein bestimmtes Sortiment von Arzneimitteln abschließen.

sicherungsschutz zu verzichten und damit Risiken aus dieser Ebene in den Bereich der Selbstzahlung zu verlagern. Es lassen sich aber vorsichtige Prognosen über die Entwick-

lung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung und über die Kaufkraft bestimmter Bevölkerungsschichten anstellen.

Die erforderliche Kaufkraft ist vorhanden. Die Gleichsetzung der Begriffe »Alter« und »Armut« entspricht immer weniger den realen Verhältnissen, auch wenn beide Faktoren, insbesondere vor dem Hinder-

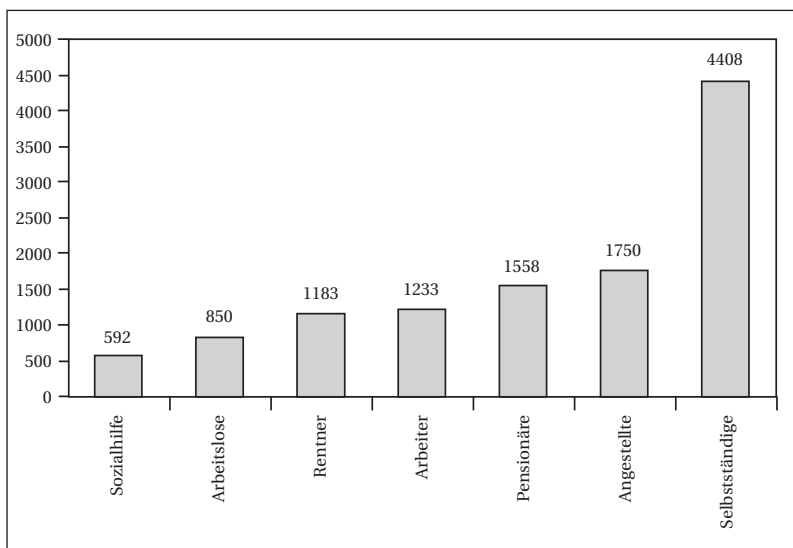


Abb. 5: Monatliches Nettoeinkommen in Euro nach sozialer Stellung 2005, eigene Darstellung in Anlehnung an Zahlen des Statistischen Bundesamts 2007 (»Nettoäquivalenzeinkommen«)

grund der bislang ungeklärten Pflegeabsicherung, noch nicht gänzlich voneinander abgekoppelt werden können. Oft tragen zusätzliche Einnahmequellen wesentlich zu einer Aufbesserung der gesetzlichen Rentenzahlungen bei. Wie Abbildung 5 zum monatlichen Nettoeinkommen zeigt, übersteigt das verfügbare Einkommen der Pensionärshaushalte das durchschnittliche Einkommen aller Privathaushalte deutlich. Das verfügbare Einkommen der Rentnerhaushalte liegt ebenfalls nahe am durchschnittlichen Einkommen.

*Die erforderliche Kaufkraft ist vorhanden.
Die Gleichsetzung der Begriffe »Alter« und
»Armut« entspricht immer weniger den
realen Verhältnissen.*

Die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten in den Bereichen außerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Regelversorgung haben also dazu geführt, dass sich die individuellen Präferenzen weitaus stärker durchsetzen konnten als vorher. Mit der Reduzierung der Regelversorgung zieht sich der Staat teilweise zurück. Dies verschafft dem Leis-

tungsanbieter auf dem Gesundheitsmarkt einen größeren Schutz vor willkürlichen und überhasteten staatlichen Eingriffen in das Gesundheitswesen, die bisher längerfristige Planungen unmöglich machten.

Die Konsequenzen für die Leistungserstellung

Im ökonomischen Kontext heißt dies: Kostenvorteile müssen durch verbesserte Leistungs- und Organisationsprozesse realisiert werden. Eine Analyse des durchschnittlichen Behandlungsablaufs zeigt, dass

Kostenvorteile müssen durch verbesserte Leistungs- und Organisationsprozesse realisiert werden.

das Krankenhaus in der Regel als Komplettanbieter auftritt. Ambulant tätige Ärzte können hingegen nur Teilleistungen, wie prä-, post- und teilstationäre, erbringen. Der Zugriff auf Kernkompetenzen anderer und die damit verbundene Konzentration auf die eigene Verantwortlichkeit werden somit einen Balanceakt zwischen Optimierung der eigenen Betriebsgröße und der »Verschlankung« der Prozessabläufe darstellen.

Der Zugriff auf Kernkompetenzen anderer und die damit verbundene Konzentration auf die eigene Verantwortlichkeit werden somit einen Balanceakt zwischen Optimierung der eigenen Betriebsgröße und der »Verschlankung« der Prozessabläufe darstellen.

Mit einer Veränderung der Betriebsgrößen ist zwangsläufig eine Neuaufteilung der medizinischen Aufgaben verbunden. Infolgedessen verringert sich die Programmtiefe auf stationärer Ebene. So könnten

Mit einer Veränderung der Betriebsgrößen ist zwangsläufig eine Neuaufteilung der medizinischen Aufgaben verbunden.

beispielsweise alle nicht invasiven Fächer, die sogenannten konservativen Disziplinen, so weit wie möglich in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) verlagert werden. Operativ tätige Fächer wie Gynäkologie, Orthopädie und Chirurgie sollten hinsichtlich ihrer Funktion im Geschäftsfeld des Krankenhauses analysiert werden. Soweit sie nicht zum Kerngeschäft gehören, sollte man ihre Verlagerung in Erwägung ziehen. So könnten Behandlungen instabiler Krankheitszustände, bei denen die Patienten nicht zwingend der Übernachtung und Verpflegung bedürfen, wie die zeitintensive Einstellung von Diabetikern oder die Behandlung komplizierter Herzrhythmusstörungen, aber auch bestimmte endoskopische Untersuchungen, die als vorstationäre Unter-

trum (MVZ) verlagert werden. Operativ tätige Fächer wie Gynäkologie, Orthopädie und Chirurgie sollten hinsichtlich ihrer Funktion im Geschäftsfeld des Krankenhauses analysiert werden. Soweit sie nicht zum Kerngeschäft gehören, sollte man ihre Verlagerung in Erwägung ziehen. So könnten Behandlungen instabiler Krankheitszustände, bei denen die Patienten nicht zwingend der Übernachtung und Verpflegung bedürfen, wie die zeitintensive Einstellung von Diabetikern oder die Behandlung komplizierter Herzrhythmusstörungen, aber auch bestimmte endoskopische Untersuchungen, die als vorstationäre Unter-

suchung benötigt werden, im MVZ ambulant vorgenommen werden. Verschiedene endoskopische Untersuchungen befinden sich bereits heute im ambulanten Leistungskatalog.

Neben der organisatorischen Weiter- und Fortentwicklung spielen die komplementären Leistungsbereiche eine wichtige Rolle. Im Rahmen der Arzneimitteltherapie haben bereits die bisherigen Regelungen der verschiedenen Kostendämpfungsgesetze einen gravierenden Einstellungswandel bei allen Betroffenen bewirkt. Gerade durch die Änderungen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sind weite Teile des Arzneimittelsortiments aus der Erstattungsfähigkeit herausgefallen. Die Zulassung von Versandapotheken erhöht zusätzlich den Wettbewerbsdruck auf die traditionelle Apotheke mit Ladenraum. Diese Entwicklung ist für viele Marktteilnehmer – Hersteller, Großhändler und Apotheker – bedrohlich. Nur offensive Konzepte und keineswegs ein Verharren in festgefahrenen Positionen können hier helfen. So sollten die Arzneimittelhersteller und Apotheker den Bereich der Selbstmedikation ernst nehmen und ihn im Rahmen der eigenen Sortimentsplanung entsprechend fördern und ökonomisch nutzen.

Die veränderte Bedeutung von Eigenverantwortung und Prävention

Sozioepidemiologische Studien zeigen, dass der formal gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht zu einer Aufhebung der Ungleichheit der Menschen bei Krankheit und Tod führt. Vielmehr lassen sich schichten- und umweltspezifische Unterschiede des Gesundheitszustandes feststellen. Daraus leiten sich zwei vorbeugende Zielsetzungen ab: die Verhaltens- und die Verhältnisprävention.

Die Verhaltensprävention zielt auf die Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten ab, zum Beispiel beim Rauchen, bei den Ernährungsgewohnheiten und der Zahnpflege. Die Verhältnisprävention dagegen befasst sich mit den technischen, organisatorischen und sozialen Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes und der Umwelt sowie

Studien zeigen, dass der formal gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht zu einer Aufhebung der Ungleichheit der Menschen bei Krankheit und Tod führt.

deren Auswirkungen auf die Entstehung von Krankheiten wie den Folgen von Stress.

Das Risikofaktorenmodell lenkt den Blick auf die verhaltensbedingten Krankheitsursachen. Darin steht die Identifikation jener medizinischen Faktoren im Mittelpunkt, bei deren Vorhandensein die Entstehung einer spezifischen Krankheit an Wahrscheinlichkeit zunimmt. Den Trägern dieser Risikofaktoren werden nach deren Ermittlung individuelle Maßnahmen zur Verhinderung dieser Krankheiten angeboten.

Je nach Stadium einer Krankheit wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Unter primärer Prävention versteht man die Ausschaltung schädlicher Faktoren noch vor ihrem Wirksamwerden. Im sekundären Bereich werden Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium aufgedeckt und therapiert. Die tertiäre Vorbeugung beinhaltet den Versuch, die Verschlimmerung und Komplikationen einer Erkrankung nach deren Diagnose zu verhindern.

Die Problematik einer solchen Differenzierung liegt in der Abgrenzung der einzelnen Phasen. So ist es möglich, dass zur Therapie einer

Die Problematik einer Differenzierung nach Vorbeugungsphasen liegt in ihrer Abgrenzung voneinander.

Krankheit Maßnahmen der sekundären Prävention getroffen werden, die gleichzeitig als Maßnahme zur Verhinderung des Ausbruchs einer anderen

Krankheit, also der primären Prävention, dienen. Außerdem besteht kein monokausaler Zusammenhang, nach dem bei einem Vorliegen von Risikoindikatoren und -faktoren bei einem Menschen eine bestimmte Krankheit zwingend ausbricht.

Sowohl aus der Verhaltens- wie auch aus der Verhältnisprävention wird die Forderung nach Prophylaxe und nach Maßnahmen der Gesundheitserziehung abgeleitet. Doch inwiefern soll die Prävention eine Aufgabe der GKV darstellen? Das öffentliche Interesse an Präventionsprogrammen wird mit der ethischen Norm begründet, nach der Gesundheit das höchste Gut und daher mit allen Mitteln zu schützen sei. Diese These gälte jedoch nur dann uneingeschränkt, wenn Gesundheit eindeutig definierbar wäre und einen absolut erstrebenswerten Zustand darstellte. Diese Annahme kann in einer freiheitlichen Gesellschaft aber nicht als allgemeinverbindlich festgestellt werden.

Jedes Individuum schätzt den Beitrag der Gesundheit zu Glück und Lebensqualität subjektiv anders ein.

Die Subjektivität der Bewertung von Gesundheit sollte im Rahmen einer Einschätzung von Präventionsprogrammen daher unbedingt berücksichtigt werden. Präventive Maßnahmen, die auf Verhaltensänderungen abzielen, stellen

Jedes Individuum schätzt den Beitrag der Gesundheit zu Glück und Lebensqualität subjektiv anders ein.

für den einzelnen Menschen je nach Ausgestaltung mehr oder minder starke Eingriffe in die persönliche Lebensführung

und Lebensqualität und damit in die persönliche Freiheit dar. In einer sozialen Marktwirtschaft hat der Einzelne jedoch einen gewissen Anspruch auf Hilfe in Notsituationen, die auch durch eine Krankheit ausgelöst werden können. Daher hat die Gesellschaft das Recht, ihm eine Pflicht zur Duldung präventiver Eingriffe wie Impfungen aus übergeordneten Gründen aufzuerlegen.

Die Prävention besitzt somit einen ambivalenten Charakter. Präventive Maßnahmen sind sowohl ein öffentliches als auch ein privates Gut. Prävention zielt zum einen als privates Gut auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes des einzelnen Gesellschafts-

Die Prävention besitzt einen ambivalenten Charakter.

mitglieds ab. Durch die Vermeidung von Krankheit und vorzeitigem Tod ergeben sich positive Effekte für die Arbeitsfähigkeit und die Einkommenserzielung und somit für das individuelle Glück. Zum anderen trägt Prävention auch zur Verbesserung der Volksgesundheit und damit zu einer Erhöhung des Humankapitals bei. Dies wiederum führt zu einer Zunahme der Wertschöpfung und letztlich zu einer Erhöhung der Wohlfahrt in einer Volkswirtschaft.

Die ökonomische Bewertung setzt an den Kriterien Effektivität und Effizienz an. Präventive Maßnahmen genügen dem Kriterium der Effektivität, wenn die Maßnahmen die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten reduzieren. Effizienzüberlegungen versuchen, das grundsätzliche Spannungsverhältnis zwischen knappen Ressourcen und medizinischen Möglichkeiten aufzulösen. Hierbei stellen Kosten-Nutzen-Analysen und Kosten-Wirksamkeits-Analysen das geeignete Instrumentarium dar. Somit kann Prävention als Aufgabe der GKV nur

den Bereichen zufallen, in denen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge identifiziert wurden und eine Kosten-Nutzen-Analyse positive Ergebnisse für die Solidargemeinschaft aufweist.

Präventionsprogramme lassen sich wirksam unterstützen durch die Einführung von Anreizen innerhalb des GKV-Systems, die gesundheitsbewusste Verhaltensweisen belohnen. Alle weiteren Maßnahmen, wie die Gesundheitserziehung, sind Aufgaben der Gesellschaft und müssen durch allgemeine Steuern finanziert werden. Jedoch sind auch hier Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen, um nur jene Präventionsprogramme auf den Weg zu bringen, die den Gesundheitsstatus der Bevölkerung effektiv und effizient fördern.

Die Grenzen der Prävention liegen dort, wo die Zusammenhänge von Ursachen und Wirkungen noch nicht ausreichend identifiziert wurden. Schließlich hängen die Morbidität und die Mortalität einer

Die Grenzen der Prävention liegen dort, wo die Zusammenhänge von Ursachen und Wirkungen noch nicht ausreichend identifiziert wurden.

Gesellschaft von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Dies hat zur Folge, dass in vielen Bereichen keine eindeutige Zuordnung von präventiven Maßnahmen, individuel-

len Verhaltensänderungen und deren Einfluss auf die Gesundheitsindikatoren möglich ist. In einer freiheitlichen Gesellschaft stoßen Präventionsprogramme zudem dort an Grenzen, wo sie zur Bevormundung des Individuums führen. Eine auf die Lebenswelt bezogene Vorbeugung kann nur mit, nie gegen die betroffenen Menschen erfolgen.

Es wird immer wieder angeführt, die Einführung präventiver Maßnahmen entlaste die GKV finanziell. Dies mag in Einzelfällen zutreffen, es darf aber nicht verallgemeinert werden. Zum einen besteht kein

Eine auf die Lebenswelt bezogene Vorbeugung kann nur mit, nie gegen die betroffenen Menschen erfolgen.

eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Risikofaktoren und dem Ausbruch einer Krankheit. Risikofaktoren lassen lediglich auf eine

erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit schließen. Zum anderen kann eine Prävention Krankheit und Tod nicht verhindern, sondern bestenfalls verzögern. Durch die Vermeidung einer spezifischen Krankheit

kann das spätere Auftreten anderer, trotz Prävention eingetretener und oftmals in der Behandlung teurer Krankheiten in der Regel nicht verhindert werden. Es lassen sich sogar makabre Berechnungen anstellen: Für eine Krankenkasse könnte es durchaus günstiger sein, bei bestimmten Mitgliedern auf eine durch Prävention zu erwartende Lebensverlängerung zu verzichten. Denn schließlich bringen gerade die für das Alter gewonnenen Jahre oftmals sehr kostenintensive Krankheiten mit sich.

Die Gesellschaft insgesamt mag die gewonnenen Lebensjahre ganz anders bewerten. Die Darstellung zeigt aber, dass Präventionsprogramme einer differenzierteren Betrachtung bedürfen, um zu einer eindeutigen Prognose von Vor- und Nachteilen zu gelangen. Im Folgenden soll die mögliche Entwicklung dieses stark wachsenden Teilmarktes anhand einiger charakteristischer Positionen vorgestellt werden.

Für eine Krankenkasse könnte es durchaus günstiger sein, bei bestimmten Mitgliedern auf eine durch Prävention zu erwartende Lebensverlängerung zu verzichten. Denn schließlich bringen gerade die für das Alter gewonnenen Jahre oftmals sehr kostenintensive Krankheiten mit sich.

Der Präventionsmarkt

Zur gesundheitlichen Aufklärung gehören die Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen sowie die Arbeit von Gesundheitsämtern, Aufklärungskampagnen in den Medien wie Anti-Aids-Kampagnen und Produktgestaltungsvorschriften, zum Beispiel die Aufdrucke auf Zigarettenschachteln. Sie wird gegenwärtig vor allem durch staatliche Institutionen ausgeübt. Auch in Zukunft ist hier mit einer starken Betätigung des Staates zu rechnen.

Weiter zunehmen wird der Bedarf an Informationen über die Zusammenhänge von individuellen Lebensgewohnheiten und Krankheitserscheinungen. Daher werden auch private Medien immer stärker Aufgaben der Aufklärung übernehmen. Das Vordringen der Stiftung Warentest bei der Informationsvermittlung in der individuellen Gesundheitsvorsorge belegt dies eindrucksvoll. Ausgehend vom reinen Produkttest werden verstärkt auch medizinische Verfahren und Behandlungsmethoden vorgestellt und analysiert. Dies lässt auf die

Unzulänglichkeit der staatlichen Informationspolitik im Bereich des Gesundheitswesens schließen. Außerdem zeigt sich darin eine immer größere Differenzierung von Lebensstilen und Einstellungen, zum Beispiel in den Trendwellen der Ökologie oder der fettarmen Ernährung. Dieser Entwicklung werden einheitliche staatliche Informationsprodukte immer weniger gerecht.

Eine Stärkung der Eigenverantwortung könnte dazu beitragen, den staatlichen Handlungsbedarf zu reduzieren. Die Einführung einer hohen Selbstbeteiligung bei

Eine Stärkung der Eigenverantwortung könnte dazu beitragen, den staatlichen Handlungsbedarf zu reduzieren.

Schadensfällen, die zum größten Teil auf eigenes Verschulden des Patienten zurückzuführen sind, stärkt das Eigeninteresse

an einer Vermeidung des Schadensfalls und den Anreiz, Informationen über Vermeidungsmöglichkeiten zu gewinnen und auch umzusetzen.

Auch die Krankenkassen werden weiterhin gesundheitsbezogene Aufklärungsaktionen initiieren. Doch es wird zu finanziellen Engpässen kommen und der Wettbewerb der Krankenkassen wird sich in Zukunft vermutlich verschärfen. Deshalb wird man die Aktionen immer mehr auf die einzelnen Zielgruppen und Risiken ausrichten und ihren Kosten-Nutzen-Effekt stärker beachten.

Fazit

Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsmarkt per se. Er wird sowohl durch nachfrage- als auch durch angebotsseitige Faktoren aus volkswirtschaftlicher Betrachtung weiter an Bedeutung gewinnen. Der Wachstumsmarkt stößt aber an die Grenze der sozialen Notwendigkeitsgarantie, die in jedem Land definieren muss, welcher Anteil der Gesundheitsversorgung jedem Menschen unabhängig von Einkommen und Preis zur Verfügung gestellt wird. In dieser Konstellation besteht zwar einerseits das Risiko, dass soziale Sicherungsversprechen aus Finanzmangel nicht einzulösen sind. Andererseits bietet sich aber die Chance, neue Lösungsansätze für die Gestaltung des – sozialen – Wachstumsmarktes Gesundheit zu entwickeln.