

Walter, Johann

Article — Digitized Version

## Qualität und Prävention im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Walter, Johann (2002) : Qualität und Prävention im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 82, Iss. 3, pp. 160-166

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/41183>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Johann Walter

# Qualität und Prävention im Gesundheitswesen

*Im Rahmen ihrer Bemühungen um eine Gesundheitsreform hat Bundesgesundheitsministerin Schmidt neuerdings die Prävention als eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe hervorgehoben. Inwieweit ist die mangelnde Effizienz des deutschen Gesundheitswesens auf Präventionsdefizite zurückzuführen? Wirken sich die Anreizsysteme negativ auf die Gesundheitsvorsorge aus? Wie kann das Gesundheitswesen stärker präventiv ausgerichtet werden?*

**A**ndauernde Kosten- bzw. Ausgabesteigerungen haben im Gesundheitsbereich eine breite Reformdiskussion ausgelöst. Es geht aber nicht nur um die Kosten des Gesundheitssystems, sondern auch um dessen Qualität bzw. dessen Effizienz<sup>1</sup>. Daher sind ein Qualitätsvergleich zwischen den Gesundheitssystemen in verschiedenen OECD-Ländern und die Ursachen für die Qualitätsunterschiede interessant. In diesem Beitrag wird dabei besonders die Bedeutung der Vorsorge bzw. Prävention untersucht und der Frage nachgegangen, wie das Gesundheitssystem stärker präventiv ausgerichtet werden kann. Vorgeschlagen wird insbesondere eine stärker präventionsorientierte Ausgestaltung von Krankenversicherungstarifen und Arzthonoraren.

## Qualität im internationalen Vergleich

Die Qualität des Gesundheitssystems läßt sich im Sinne von Effizienz interpretieren, d.h. mit Blick auf das Verhältnis von Leistung und Kosten beurteilen. Zur Messung der Qualität ist dann je ein Indikator für die Leistung und für die Kosten des Gesundheitssystems erforderlich. Auf der Leistungsseite kann als Indikator die Lebenserwartung der Bevölkerung herangezogen werden. Zwar ist die Lebenserwartung unter anderem auch von wirtschaftlich-sozialen Einflüssen, z.B. vom Pro-Kopf-Einkommen, oder von Erbfaktoren abhängig. Die Sterblichkeit wird aber auch ganz generell vom Erfolg bei dem Bemühen beeinflusst, Krankheiten zu vermeiden bzw. gut zu behandeln oder zu heilen. Der zur Steigerung der Lebenserwartung erforderliche Ressourcenaufwand läßt sich z.B. durch den Indikator „Gesundheitsausgaben in % des BIP“ (Gesundheitsausgabenquote) erfassen. Beide Indikatoren sind umfassend und für internationale Vergleiche gut geeignet.

Der internationale Vergleich von Lebenserwartung und Gesundheitsausgabenquote stellt dem deutschen Gesundheitssystem kein gutes Zeugnis aus. Die Abbildung faßt die Ergebnisse von dreizehn Industrieländern für 1998 zusammen<sup>2</sup>. Acht Länder sind durch eine höhere Lebenserwartung<sup>3</sup> und zugleich eine niedrigere Gesundheitsausgabenquote gekennzeichnet, weisen mithin eine höhere Effizienz des Gesundheitssystems auf. In Dänemark, Irland und im Vereinigten Königreich sind die Lebenserwartung und die Gesundheitsausgabenquote niedriger. Hier ist die Effizienzrangfolge unklar. Im Jahr 1998 ist das deutsche Gesundheitssystem in bezug auf die Effizienz nur dem der USA eindeutig überlegen.

Etwas freundlicher gestaltet sich der zeitliche Vergleich. Die mittlere Lebenserwartung in Deutschland lag für die zwischen 1995 und 1998 Geborenen um rund 6,7 Jahre höher als für die zwischen 1970 und 1972 Geborenen. Einen stärkeren Zuwachs bei der Lebenserwartung verzeichnete im gleichen Zeitraum nur Japan.

## Ursachen für Qualitätsmängel

Der festgestellte Qualitäts- bzw. Effizienzurückstand des deutschen Gesundheitssystems läßt sich offenbar nicht allein durch Wohlstandsunterschiede erklären. Einige der angesprochenen Länder mit überlegenem Gesundheitssystem sind durch ein niedrigeres Pro-Kopf-Einkommen gekennzeichnet. Das Ergebnis läßt sich auch nur schwer mit Unterschieden in bezug

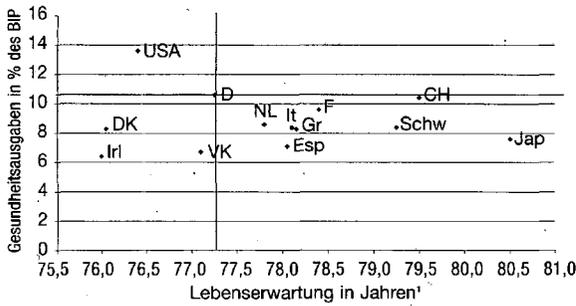
<sup>1</sup> Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1, Bundestagsdrucksache 14/5660, Bonn 2001, Ziffer 1.-

<sup>2</sup> Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): Deutschland im globalen Wettbewerb, Internationale Wirtschaftszahlen 2001, Köln 2000.

<sup>3</sup> Auch bei speziellen Gesundheitsindikatoren wie „Frühsterblichkeit an Herzinfarkten oder an Brustkrebs“ schneidet Deutschland nicht gut ab. Vgl. dazu Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziffern 1-12; sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2000/01, Bundestags-Drucksache 14/4792, Ziffer 471.

*Prof. Dr. Johann Walter, 43, vertritt am Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Gelsenkirchen das Fach Volkswirtschaftslehre.*

Effizienz des Gesundheitssystems



<sup>1</sup> Einfaches arithmetisches Mittel der Lebenserwartung von Männern und Frauen.

Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): Deutschland im globalen Wettbewerb. Internationale Wirtschaftszahlen 2001, Köln 2000.

auf den medizinisch-technischen Fortschritt in Verbindung bringen. In den USA ist z.B. im Vergleich zu Japan der medizinisch-technische Fortschritt besonders ausgeprägt<sup>4</sup> und zugleich – wie die Abbildung zeigt – die Effizienz im Gesundheitswesen deutlich geringer. Es ist offenbar nicht immer eindeutig, inwieweit der medizinisch-technische Fortschritt tatsächlich „krankheitsverhindernd, lebenserhaltend, den Heilungsprozess beschleunigend oder die Lebensqualität erhöhend“ ist<sup>5</sup>.

Für den Qualitäts- bzw. Effizienzurückstand des deutschen Gesundheitssystems sind wohl eher Organisationsmängel und Fehlanreize verantwortlich. Unter anderem sind folgende Systemfehler zu nennen<sup>6</sup>:

- Ist die Frage, ob ein Arztbesuch erforderlich ist, ohne finanzielle Folgen in das Ermessen der einzelnen Versicherten gestellt, so wird eine „exzessive“ Nachfrage begünstigt, d.h. Arztbesuche erfolgen auch bei geringfügigen Gesundheitsstörungen.
- Solange Krankenversicherer mit allen Ärzten eines Versorgungsgebietes einen Vertrag abschließen müssen (Kontrahierungszwang), gibt es für einzelne Ärzte keinen Grund, sich durch ein besonders günstiges Kosten-Leistungsverhältnis auszuzeichnen.
- Werden Ärzte primär nach Einzelleistungen bezahlt, so besteht eine natürliche Tendenz zu „exzessivem Angebotsverhalten“: Der Arzt empfiehlt den Patienten mehr einzelne Untersuchungen bzw. Behandlungen als zwingend erforderlich. Da der Arzt einen Informationsvorsprung hat, ist die Transparenz über

<sup>4</sup> Von allen heimischen Patentanmeldungen entfielen 1999 in den USA 7%, in Japan dagegen nur 3% auf den Gesundheitsbereich (Medizintechnik und Arzneimittel). Vgl. Deutsches Patent- und Markenamt (Hrsg.): Jahresbericht 2000, München 2001, S. 22 f.

<sup>5</sup> Vgl. dazu dagegen Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O., Ziffer 469.

<sup>6</sup> Vgl. ebenda, Ziffer 473.

die Qualität dieser Leistungsempfehlung eher gering.

- Die freie Arztwahl – auch für Fachärzte – kann zu unnötigen Mehrfachuntersuchungen und Parallelbehandlungen führen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (im folgenden: „der Rat“) bringt den Qualitäts- bzw. Effizienzurückstand des deutschen Gesundheitssystems auch mit der bei uns geringen Bedeutung der Prävention in Verbindung<sup>7</sup>. Während Kuration (Heilbehandlung) und Rehabilitation darauf zielen, einen schlechten Gesundheitszustand nachträglich zu bessern, umfaßt Prävention alle Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustands. Dazu gehört die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, aber generell auch eine gesunde Lebensweise, z.B. in bezug auf die Belastungsfaktoren Fehlernährung, Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress.

Dem Rat zufolge ist die ärztliche Versorgung in Deutschland stark auf akute Krankheitsformen und auf die „Reparatur“ ausgerichtet. Die Prävention kommt zu kurz. Dies macht aus Sicht des Rates das deutsche Gesundheitssystem teuer und ineffizient. In bezug auf langfristige Prävention sieht der Rat ein theoretisches Einsparpotential von insgesamt rund 25 – 30%<sup>8</sup>. Als Beispiel nennt der Rat die Herzerkrankungen: Die in Deutschland im europäischen Vergleich häufig gewählten invasiven Diagnose- und Therapieformen (Legen von Herzkathetern, Operationen am Herzen) sind teuer, ihre Wirksamkeit ist umstritten. Im internationalen Vergleich ist in Deutschland der Rückgang der kardialen Mortalität eher gering, die Frühsterblichkeit an Herzinfarkt eher hoch<sup>9</sup>. Langfristige Prävention, etwa bei der Umstellung der Lebensweise, wäre – dem Rat zufolge – deutlich billiger und zugleich wirksamer in bezug auf die Gesundheit des Herz-Kreislauf-Systems<sup>10</sup>.

Mangelnde Präventionsanreize für Versicherte

Woran liegt es, daß das Gesundheitssystem in Deutschland in dieser Weise ineffizient ist? Im folgenden wird die These diskutiert, daß die Anreize im deutschen Gesundheitswesen derzeit zwar den medizinisch-technischen Fortschritt begünstigen, aber die Prävention hemmen. Dazu werden die Interessen wichtiger Akteure im Gesundheitssektor in bezug auf Vorbeugung bzw. Reparatur näher dargestellt<sup>11</sup>.

Solange medizinische Leistungen, weil Krankenversicherungen die entsprechenden Kosten tragen, im Regelfall zum Nulltarif verfügbar sind, haben Versicherte vor allem ein Interesse an guter Behandlung.

Eine spezielle Vorsorgeorientierung entwickelt sich aber nicht.

Häufig ziehen Versicherte sogar teure, späte und daraufhin suboptimale Leistungen des Gesundheitssystems einer frühzeitigen Umstellung der eigenen Lebensgewohnheiten vor. Wer z.B. Medikamente zur Senkung des Cholesterinspiegels einnimmt statt fettärmer zu essen, erhöht das Risiko eines Herzinfarktes<sup>7</sup>. Eine Korrektur der Lebensweise in bezug auf Ernährung, Bewegung sowie Tabak- und Alkoholkonsum kann die Gesundheit nachhaltiger fördern, d.h. die Gefahr des Auftretens chronischer Erkrankungen reduzieren bzw. deren Verlauf positiv beeinflussen.

Sofern aber Versicherte mit hoher Gegenwartsvorliebe, d.h. mit schwacher Gewichtung künftiger Bedürfnisse heutigen Verzicht als starke Einschränkung, später gewonnene Lebensjahre dagegen als heute geringen Gewinn empfinden, ist ein vorsorgendes Verhalten nicht unbedingt rational. Für diese Versicherten „lohnt es sich“, in jungen Jahren eher genuß- als gesundheitsorientiert zu leben und später, wenn „das Kind in den Brunnen gefallen ist“, eine hochwertige medizinische Behandlung auf dem neuesten Stand des medizinisch-technischen Fortschritts zu verlangen – selbst wenn sich damit weniger Jahre gewinnen lassen als bei frühzeitiger Umstellung von Lebensgewohnheiten. Mag eine solche Behandlung insgesamt teuer sein; für den Patienten ist sie im Regelfall zum Nulltarif verfügbar. Gegenwartsorientierte Versicherte, die eine späte Operation einem frühen Verzicht vorziehen, haben in bezug auf das Gesundheitssystem somit eine Qualitätsvorstellung, die mit Effizienz im oben genannten Sinn nicht unbedingt vereinbar ist.

### **Prävention schlecht honoriert**

Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser) sind an hohen Einnahmen, also an einem großen Leistungsvolumen interessiert. Prävention lohnt sich für die Leistungsanbieter vielfach nicht, weil sie häufig nur wenige einzelne abrechenbare Leistungen mit sich bringt.

<sup>7</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziffer 18 und 32.

<sup>8</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziffer 18. Langfristig ist das Einsparpotential von Prävention zwar unklar. Gesund Lebende werden nämlich älter und bekommen dann eventuell teuer zu behandelnde Alterskrankheiten. Ob aber dieses in bezug auf das Rauchen näher untersuchte Argument (vgl. z.B. R. Leu, Th. Schaub: Does smoking increase medical care expenditures?, in: Social Science and Medicine 17, 1983, S. 1907-1914) auch für andere Aspekte der Lebensweise gilt, ist nicht bekannt. Das Argument wird im folgenden nicht beachtet.

<sup>9</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 3, Bundestagsdrucksache 14/6871, Bonn 2001, Ziffer 151; sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O. Ziffer 471.

Die Leistungserbringer streben natürlich eine gute Behandlungsqualität an. Zum einen entspricht dies dem medizinischen Berufsethos. Zum anderen werden veröffentlichte Informationen über Behandlungserfolge künftige Erlöse positiv beeinflussen. Behandlungserfolge beziehen sich aus Sicht gegenwartsorientierter Versicherter aber eher auf Kuration als auf Prävention. Häufig ist auch die Reputation der Leistungserbringer eher von der Qualifikation im Bereich von Behandlung, Nachsorge und Anwendung des medizinisch-technischen Fortschritts als von Fähigkeiten und Kenntnissen im Bereich der Prävention abhängig. Diese Zusammenhänge seien nun für „Hausärzte“ und „Herzkliniken“ erörtert.

Hausärzte wissen um die Bedeutung der Vorbeugung. Sie kommen auch früh mit den Versicherten in Kontakt und haben daher die Möglichkeit, eine Beratung zu gesunder Lebensweise durchzuführen (Primärprävention). Da sich gegenwartsorientierte Versicherte oft aber lieber später behandeln lassen als früh ihre Lebensweise zu ändern und weil zudem präventive Behandlungsformen als „sprechende“ Medizin im Vergleich zur nachträglichen kurierenden Behandlung relativ schlecht honoriert werden, realisieren Hausärzte Prävention möglicherweise in einem geringeren Maße, als sie selbst für richtig halten.

Herzkliniken kommen viele Jahre und einige Krankheitsstadien später in Kontakt mit Versicherten. Klinikärzte können in bezug auf ein gesundes Verhalten nach operativen Eingriffen beraten, z.B. nach Bypassoperationen, die bei Rauchern durchgeführt wurden, darauf hinweisen, daß die Abkehr vom Rauchen die Gefahr eines Rückfalls vermindert (Sekundärprävention). Diese Beratung wird aber finanziell und in bezug auf die Reputation des behandelnden Arztes oft weniger gewürdigt als spektakuläre Behandlungserfolge, z.B. bei schon weit fortgeschrittener Krankheit oder bei erfolgreicher Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts. Auch das Angebot von Herzkliniken wird somit häufig nicht so vorsorgeorientiert sein, wie die Klinikärzte es eigentlich für richtig halten.

<sup>10</sup> Neben der Verhaltensprävention spielt zwar auch die Verhältnisprävention eine Rolle. Die Häufigkeit von Lungenkrebs läßt sich z.B. möglicherweise nicht nur durch Einschränkung des Tabakkonsums, sondern auch durch Reduktion bestimmter Umweltbelastungen senken. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Kurzfassung, Ziffer 81. Im vorliegenden Beitrag geht es aber nur um die Verhaltensprävention.

<sup>11</sup> Vgl. zu einer institutionenökonomischen Betrachtung auch D. Sauerland: Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Band 2 (2001), S. 211-227.

<sup>12</sup> Daß dies kein ganz atypisches Verhalten ist, zeigt der große Absatz-erfolg von Cholesterinsenkern.

Auch die Pharmaindustrie, die mit ihren Produkten besonders bei Kuration und Rehabilitation Bedeutung hat und auch eine bedeutende Trägerin des medizinisch-technischen Fortschritts ist, hat, da Prävention im Regelfall nur wenig Medikamentierung erfordert, wenig Interesse an einer Förderung des Vorsorgegedankens, sondern wird primär die unbestreitbaren Erfolge ihrer Produkte im Rahmen von Behandlung und Nachsorge hervorheben.

### Mehr Effizienz durch Prävention

Als einzige Gruppe des Gesundheitssektors sind die Krankenversicherungen bzw. -kassen wirklich an mehr Prävention interessiert. Sie würden davon profitieren, wenn aufgrund von mehr Prävention die Gesundheitskosten sinken. Das Sozialgesetzbuch hat in diesem Zusammenhang in §1 in bezug auf die Aufgaben der Krankenversicherungen als Solidargemeinschaft die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt neben die Erhaltung und Wiederherstellung derselben gestellt.

Verstärkte Prävention kann somit zwar insgesamt die Effizienz eines Gesundheitssystems steigern. Versicherte und Leistungserbringer sind aber vielfach eher an einer umfangreichen Behandlung und am medizinisch-technischen Fortschritt als an Prävention interessiert. Übersicht 1 stellt in diesem Zusammenhang einige Merkmale der Präventionsmaßnahme „Beratung zu gesunder Lebensweise“ und der Kurationsmaßnahmen „Operation“ bzw. „Medikament“ vergleichend (und natürlich vereinfachend) gegenüber.

Bei der Prävention besteht im Gesundheitswesen offenbar ein Steuerungsversagen. Bei Zivilisationskrankheiten, die auf ungesunde Lebensweise zurückzuführen und insofern zumindest teilweise vermeidbar sind, ist es im übrigen nicht nur ineffizient, sie nachträglich anstatt präventiv zu behandeln, sondern häufig auch unsolidarisch. Besonders deutlich wird dies im Bereich der Sekundärprävention. Es ist unsolidarisch, die Kosten von Folgebehandlungen, welche erforderlich werden, wenn bzw. weil Patienten nach einem Primäreingriff ungesunde Lebensgewohnheiten nicht umstellen, nach einer Bypassoperation z.B. nicht aufhören zu rauchen, vollständig auf die Solidargemeinschaft zu überwälzen. Die betreffenden Patienten sollten vielmehr an den Kosten verursachter Zusatztherapien spürbar beteiligt werden. Umgekehrt sollte sich die Vorbeugung für die Individuen nicht nur gesundheitlich, sondern auch finanziell lohnen.

### Reformen bei den Krankenversicherungstarifen

Im folgenden werden zunächst gesundheitspolitische Reformvorschläge betrachtet, die – ohne direk-

ten Bezug zur Prävention – auf eine Flexibilisierung von Krankenversicherungsverträgen und –tarifen zielen, um Nutzen-Kosten-Erwägungen im Arzt-Patienten-Verhältnis anzuregen.

- **Prämienrabatte** bei fester oder prozentualer Kosten-selbstbeteiligung erleichtern die Berücksichtigung individueller Präferenzen der Versicherten und schaffen Anreize zur Reduktion der Arztbesuche. Die Reduktion von Arztbesuchen ist aber nicht unbedingt präventionsfördernd. Eventuell werden Arztbesuche hinausgezögert, „bis es zu spät ist“. Die Prävention wird aber gefördert, wenn die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgegesprächen von der Selbstbeteiligung freigestellt wird.
- Auch Bonus- bzw. Beitragsrückgewährsysteme bei „Schadensfreiheit“ prämiieren letztlich den Verzicht auf Arztbesuche. Auch hier gilt: Der Verzicht auf Arztbesuche bedeutet nicht zwingend mehr Prävention. Auch hier wäre daher zu empfehlen, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von der Regelung auszunehmen.
- Hausarzttarife belohnen Versicherte, die unter Teilverzicht auf die freie Arztwahl bereit sind, zunächst immer den Hausarzt zu konsultieren. Wer direkt zum Facharzt will, muß mehr zahlen. In diesem System wird der Hausarzt zum Lotsen durch das Gesundheitssystem. Mehrfachuntersuchungen und Parallelbehandlungen können reduziert werden. Hausarzt-tarife sind präventionsfördernd. Der Hausarzt ist der natürliche Partner des Versicherten bei der Prävention, da er den Versicherten frühzeitig kennenlernt. Der Vorschlag einer Praxisgebühr für den Erstbesuch einer ambulanten Praxis<sup>13</sup> ist dagegen nur präventionsfördernd, wenn der Besuch beim Hausarzt davon ausgenommen bleibt. Werden die Versicherten bestraft, wenn sie erstmals einen Hausarzt aufsuchen, so wird die Prävention behindert.
- Ähnlich wie Hausarzttarife wirken Qualitätsrabatte für Versicherte, die nur Ärzte konsultieren, welche die Versicherung nach bestimmten Qualitätskriterien wählt. Die Qualität kann sich auf bestimmte Behandlungsleitlinien (evidenzbasierte Medizin) oder auf Erfolgskennzahlen der Behandlung beziehen, z.B. auf die Quote von Fehldiagnosen bzw. Fehlbehandlungen. Für Ärzte entstehen Anreize, die von Versicherern geforderte Qualität zu erreichen. Häufig sinken Fehler- bzw. Irrtumsquoten mit wachsender Erfahrung<sup>14</sup>. Es kann sich somit für Versicherungen rechnen, erfahrene Ärzte „rabattfähig“ zu machen. Wenn sie den späten medizinischen Eingriff betreffen, sind Qualitätsrabatte freilich – obgleich offenbar vernünftig – allenfalls präventionsneutral. In dem

**Übersicht 1**

**Charakterisierung von Prävention und Kuration**

Merkmal	Beratung zu gesunder Lebensweise	Operation/ Medikament
Behandlungszeitpunkt	Früh	Spät
Kosten der Behandlung bzw. Erlös für Leistungserbringer	Niedrig	Hoch
Anforderung an die „Mitarbeit“ des Versicherten	Hoch	Niedrig
Qualität (in gewonnenen Lebensjahren)	Hoch (wenn Patient frühzeitig ärztlichen Rat beachtet)	Unklar (hängt vom Behandlungserfolg ab)
Substituierbarkeit der medizinischen Leistung	Hoch (Patient kann sich selbst über gesunde Lebensweise informieren)	Niedrig (keine Alternative zu qualifizierter Behandlung)
Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts	Gering	Hoch
Einfluß auf die „Reputation“ des Leistungserbringers	Gering	Hoch

Maße allerdings, in dem auch im Bereich der Prävention konkrete Behandlungsleitlinien vorliegen, kann durch Qualitätsrabatte auch die Prävention gefördert werden. So sind z.B. Rabatte denkbar für die Konsultation von Ärzten, welche in den Augen der Versicherung besonders vorsorgeorientiert praktizieren.

- Flexible Zusatzverträge (Wahltarife) für Zusatz- oder Ergänzungsleistungen setzen voraus, daß offene Leistungskataloge in obligatorische Grundleistungen und optionale Wahlleistungen aufgespalten werden. Dann können die Versicherungen in einen Beitragswettbewerb um die Grundversorgung und in einen Beitrags- und Leistungswettbewerb um freiwillige Zusatzversicherungen eintreten. Dieser Wettbewerb wirkt aber nur dann präventionsfördernd, wenn Vorsorgeuntersuchungen zu den Grundleistungen zählen und somit nicht gesondert abzurechnen sind.

**Weitere Reformideen**

Die Prävention kann auch durch Maßnahmen gefördert werden, welche direkt bei den Leistungserbringern ansetzen. Bei der Honorierung wird z.B. ein Übergang von Einzelleistungsvergütungen zu Fall- und Kopppauschalen diskutiert<sup>15</sup> bzw. bei den Krankenhäusern künftig realisiert. Mit Blick auf die Prävention ist freilich der Übergang zu Fallpauschalen nur ein erster Schritt. Für die Leistungserbringer sind Kuration und Rehabilitation zumeist weiterhin lohnender als Prävention. Der besonders für Hausärzte denkbare Übergang zu Kopppauschalen geht hier weiter. Ist die Pauschale

für einen „Stammpatienten“ unabhängig von der Zahl der erbrachten Einzelleistungen, so wäre immerhin der finanzielle Nachteil der Behandlungsalternative „Beratung zu gesunder Lebensweise“ abgebaut.

Die Prävention ließe sich theoretisch auch durch eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs für Versicherer und Leistungserbringer fördern. Könnten die Krankenkassen einzelne Ärzte unter Vertrag nehmen, so hätten sie ja die Möglichkeit, die Honorierung der Leistungen individuell zu verhandeln und direkte Qualitätskontrollen durchzuführen<sup>16</sup>. Kassen und Ärzte träten dann in einen freien Wettbewerb, der zu Kosteneinsparung und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen führen kann. Ob dieser Wettbewerb auch präventionsfördernd wirkt, ist allerdings angesichts der zuvor angesprochenen verzerrten Qualitätsvorstellung gegenwartsorientierter Versicherter unklar.

**Direkte Wege zu mehr Prävention**

Die bisher diskutierten Maßnahmen sind nur Teilschritte auf dem Weg zu mehr Prävention. Für eine echte Umsteuerung müssen Prävention und Gesunderhaltung gegenüber Kuration und Rehabilitation zusätzlich gefördert werden. Im folgenden werden Vorschläge gemacht, wie sich Prävention gezielt durch ökonomische Anreize, die bei den Versicherten selbst und bei den Vergütungssystemen der Leistungserbringer ansetzen können, fördern läßt<sup>17</sup>.

Die Versicherten können durch staatliche Gesundheitsabgaben oder durch Bonus/Malus-Systeme bei den Krankenversicherungstarifen zu mehr Prävention veranlaßt werden. Die staatsfernere Lösung der Steuerung über die Versicherungsbeiträge wird hier präferiert<sup>18</sup>. Die Kassen können vorsorgendes Verhalten der Versicherten durch spezielle Präventionsboni belohnen. Boni sind z.B. denkbar für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, möglicherweise gestaffelt nach der Anzahl der wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen. Diese „teilnahmebezogenen“ Präventionsboni gibt es schon.

**Ergebnisbezogene Bonussysteme**

Darüber hinaus können Boni für gute Gesundheitswerte gewährt werden, die mit gesunder Lebensführung zusammenhängen. Die Einführung derart ergebnisbezogener Präventionsboni erfordert geeignete Gesundheitswerte bzw. Indikatoren. Diese Indikatoren sollten

- bei Vorsorgeuntersuchungen mit geringem Aufwand erhoben werden können,

<sup>15</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O., Ziffer 485.

- eine Klassifikation gestatten, die als Grundlage für die Bonusgewährung dienen kann,
- Rückschlüsse zulassen auf die Gesundheitsorientierung der Lebensweise – z.B. in bezug auf Bewegung, Ernährung, Tabak und Alkohol – und darüber hinaus
- in gewissem Zusammenhang mit künftig zu erwartenden Behandlungskosten stehen.

Das Körpergewicht ist ein solcher Indikator. Es läßt sich einfach erheben, gut mit Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in Verbindung bringen und gestattet eine grobe Prognose in bezug auf künftig zu erwartenden Behandlungskosten. Eine Grobklassifikation ist möglich: „Übergewicht“ ist z.B. schlechter als „Normal- oder Idealgewicht“. Es herrscht auch breite Übereinstimmung darüber, wo „Übergewicht“ beginnt und welche Rolle Merkmale wie Alter, Geschlecht und Größe bei der Beurteilung des Gewichts spielen<sup>19</sup>. Weitere in bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen denkbare Gesundheitsindikatoren sind

- der Blutdruck,
- die Zeit, die verstreicht, bis nach 20 Kniebeugen der Ruhepuls wieder erreicht ist oder
- Cholesterinwerte<sup>20</sup>.

Wird ein solcher Gesundheitsindikator zur Grundlage von ergebnisbezogenen Bonussystemen gemacht, sollten allerdings neben den Indikatorwerten auch deren Veränderungen berücksichtigt werden. Boni sollten also z.B. für das Halten eines „guten“ Gewichts und/oder für einen Abbau von Übergewicht gewährt werden können. Keinen Bonus sollte dagegen erhalten, wer schlechte Gesundheitswerte „fortschreibt“, weil er sich z.B. trotz Übergewicht fettreich ernährt und wenig bewegt. So würde ein ökonomischer Anreiz für eine gesündere Lebensweise geschaffen. Zugleich gelänge so auch die oben geforderte finanzielle Beteiligung an den Kosten medizinischer Eingriffe, die sich bei gesunder Lebensweise vermeiden lassen.

Übersicht 2 zeigt ein einfaches Beispiel für ein derartiges Bonussystem. Möglich sind „Normaltarif“, „einfacher Bonus“ und „doppelter Bonus“. Die prozentuale Höhe der Boni bleibt offen. Den doppelten Bonus gibt es z.B. für Normalgewichtige, die sich hinreichend verbessern oder für Idealgewichtige, die das Gewicht halten. Übergewichtige bekommen einen einfachen Bonus, wenn Sie sich hinreichend verbessern.

Bei der Einführung ergebnisbezogener Präventionsboni ist darauf zu achten, daß auch Versicherte mit schlechten Gesundheitswerten einen Anreiz zur Teil-

nahme an Vorsorgeuntersuchungen behalten. Dies gelingt, wenn überhaupt nur Versicherte, die regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, in den Genuß von ergebnisorientierten Präventionsrabatten kommen können. Vor diesem Hintergrund sollte die Einführung ergebnisorientierter Präventionsrabatte einer Genehmigung – z.B. durch ein Aufsichtsamt – bedürfen. Auch die beschriebene Konkretisierung und Klassifikation von Gesundheitsindikatoren sollte von einer neutralen staatlichen Instanz statt von Kassen bzw. Versicherungen oder Leistungserbringern vorgenommen werden.

Die Einführung ergebnisbezogener Präventionsboni kann auf freiwilliger Basis oder obligatorisch erfolgen. Die Kassen könnten ergebnisbezogene Präventionsboni in der Hoffnung gewähren, daß sich eine stärkere Vorsorgeorientierung der Versicherten in sinkenden Kosten niederschlägt. Ob dieser Anreiz zur Einführung von Präventionsboni ausreicht, ist aber unklar. Daher ist eher an eine obligatorische Einführung der Boni in einer durch ein Aufsichtsamt genehmigten Ausgestaltung zu denken.

#### **Präventionsorientierung der Leistungserbringer**

Präventionsförderung sollte überdies nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Leistungserbringer interessant sein. Das Interesse von Ärzten und Krankenhäusern an Gesundheit und Gesunderhaltung der Versicherten läßt sich steigern, indem die Vergütungssysteme der Leistungserbringer um eine Gesundheits- bzw. Präventionskomponente ergänzt werden.

<sup>14</sup> Bei einigen chirurgischen Eingriffen gehen z.B. die Mortalitätsraten wesentlich zurück, wenn das Operationsteam viele Eingriffe durchführt. Vgl. P. Zweifel: Eine Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert: zehn Reformvorschläge, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Band 2 (2001), S. 81-98. Der erwähnte deutsche Rückstand bei der Sterblichkeit an Brustkrebs liegt somit eventuell an der mangelnden Nutzung solcher Lerneffekte. Die Quote von Fehldiagnosen könnte sinken und die Behandlungseffizienz steigen, würden Brustuntersuchungen – statt von vielen Ärzten, im Einzelfall aber selten – überwiegend von Ärzten durchgeführt, die auf Mammographie spezialisiert sind (ausgewiesen durch eine hohe Zahl durchgeführter Mammographien).

<sup>15</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O., Ziffer 486.

<sup>16</sup> Vgl. S. Erbe: Anbieterwettbewerb im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H.7, S. 368.

<sup>17</sup> Die Prävention kann auch durch organisatorische Verbesserungen gefördert werden, z. B. durch eine bessere Vernetzung der vielen Institutionen und Angebote zur Prävention und durch Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1, a.a.O., Ziffer 22.

<sup>18</sup> Vgl. dazu auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Kurzfassung, Ziffern 80-83, und Sondergutachten 1995, Kurzfassung und Empfehlungen, Ziffern 24 – 27 und Ziffern 63 – 66.

Der Übergang von Einzelleistungsvergütungen zu Pauschalen geht mit Blick auf die Prävention nicht weit genug. Bei Fallpauschalen gilt weiterhin: Viele Fälle führen zu hohem Einkommen. Die Gesunderhaltung wird im Vergleich zur Krankheitsbehandlung weiterhin unterbewertet. Kopfpauschalen führen präventionsbezogen immerhin zum Nachteilsausgleich. Der Arzt wird dann für seine Leistung unabhängig davon entlohnt, wie viele Leistungen für einen Versicherten anfallen. Echte Präventionsorientierung bedeutet aber, daß der Arzt primär als Gesundheitsberater und erst in zweiter Linie als Therapeut fungiert. Es sollten also zusätzliche Anreize für Ärzte geschaffen werden, ihre Patienten so zu beraten, daß diese bei der Prävention mehr Eigenverantwortung entwickeln.

Hier wird vorgeschlagen, beim Honorar spezielle Präventionszuschläge einzuführen. Werden diese Zuschläge mit den bereits beschriebenen Präventionsboni bei den Versicherungstarifen verknüpft, indem sie dem Arzt nur dann gewährt werden, wenn der behandelte Versicherte einen ergebnisorientierten Präventionsbonus bekommt, dann steigt das Interesse des Arztes am gesundheitsbewußten Verhalten seiner Patienten. Er hätte daraufhin auch mehr Anreize als derzeit, die Patienten fundiert und in einem wirklichen Sinne aufklärend zu informieren.

Soll sichergestellt sein, daß derartige Zuschläge tatsächlich gewährt werden, sollten sie obligatorisch eingeführt werden. Dann hätten die Ärzte gegebenenfalls einen einklagbaren Anspruch auf entsprechende Zuschläge. Diese Zuschläge sind allenfalls indirekt als „Erfolgshonorare für Ärzte“ zu interpretieren, da der Erfolg bei der Prävention primär vom Verhalten der Patienten abhängt. Die Zuschläge haben auch nicht den von den Ärzten in bezug auf die Erfolgshonorare zu Recht kritisierten Effekt einer „Suche nach dem schnellen Erfolg“.

In einem System mit Boni und Zuschlägen, die sich auf die Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen beziehen, haben Ärzte und Versicherte freilich einen Anreiz, die Untersuchungsergebnisse zu manipulieren. Wird einem Versicherten z.B. wahrheitswidrig die Beseitigung eines Übergewichts bescheinigt, so kommt der Versicherte in den Genuß eines Bonus und der Arzt erhält einen Zuschlag zum Honorar. Aus diesem

<sup>19</sup> Statt des Körpergewichtes wird zumeist der „Body-Mass-Index“ (= Gewicht/Körpergröße zum Quadrat) beurteilt. Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1, a.a.O., Ziffer 46 und Tabelle 2.

<sup>20</sup> An der Universität Münster wurde jüngst ein Modell vorgelegt, mit dem auf Basis derartiger Risikofaktoren das Herzinfarktrisiko „berechenbar“ und gezielte Vorsorge möglich wird. Vgl. hierzu [www.chd-taskforce.de](http://www.chd-taskforce.de).

Übersicht 2

Ein einfaches System ergebnisbezogener Präventionsboni

Aktueller Gesundheitswert	Punkte	Änderung des Gesundheitswert <sup>1</sup>	Punkte	Punktsumme für Niveau + Änderung	Rabattstaffel
Ungünstig	0	Verschlechterung	0	0 oder 1	Normaltarif
Normal	1	Konstanz	1	2	Einfacher Bonus
Ideal	2	Verbesserung	2	3 oder 4	Doppelter Bonus

<sup>1</sup> Als Änderung kann gelten, wenn im Vergleich zur letzten Untersuchung die Niveaulasse gewechselt wird: Der Übergang von „normal“ zu „ideal“ wäre dann z.B. eine Verbesserung. Als Änderung läßt sich aber auch eine Abweichung des neuen Werts vom alten Wert von mehr als x%, z.B. von mehr als 5% deuten.

Grund sollten im beschriebenen System die Vorsorgeuntersuchungen nur von neutraler Seite durchgeführt werden – z.B. in der Regie der Gesundheitsämter von Ärzten, die selbst nicht in den Genuß von präventionsbezogenen Honorarzuschlägen kommen können.

Schlußbemerkung

Vorbeugen ist oft besser und billiger als Heilen. Durch mehr Prävention kann die Qualität des Gesundheitssystems erhöht werden. Die Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sind derzeit aber wenig präventionsfördernd. Dies ließe sich durch geeignete Reformen freilich ändern. Eine Gesundheitsreform sollte daher neben Maßnahmen zur Kostensenkung auch spezielle Maßnahmen zur Erhöhung der Anreize zur Prävention enthalten.

Die diskutierten speziellen Präventionsboni bei Krankenversicherungstarifen und daran gekoppelten Präventionszuschlägen bei den Arzthonoraren erscheinen – richtig ausgestaltet – zur Präventionsförderung gut geeignet. Sie sind übrigens im Prinzip auch sozial verträglich. Denn sie werden unabhängig von Alter und Einkommen einzig nach Maßgabe der Präventionsorientierung der Versicherten gewährt. Somit ändert sich bei deren Einführung zwar die Lastenverteilung zwischen den weniger stark und den stärker präventionsorientierten Versicherten, nicht aber (oder allenfalls indirekt) zwischen Jüngeren, Gesunden, Kinderlosen und Reichen einerseits sowie Alten, Kranken, Familien und Armen andererseits. Wird das Gesundheitssystem wie vorgeschlagen stärker präventionsorientiert ausgerichtet, entstehen zudem Anreize zu einer besseren gesundheitsbezogenen Information der Patienten durch die Ärzte. Informationsdefizite von sozial Benachteiligten dürften daraufhin durch verstärkte Gesundheitsinformation bzw. -beratung tendenziell abgebaut werden.