Prof. Dr. Uwe Reinhardt

Können vom amerikanischen Gesundheitswesen nützliche Impulse für Europa erwartet werden?

Nachfolgend wird der Festvortrag veröffentlicht, den Professor Dr. Uwe Reinhardt auf der DKG-Veranstaltung zur Verabschiedung von Dr. Klaus Prößdorf und zur Einführung seines Nachfolgers im Amt des DKG-Hauptgeschäftsführers, Rechtsanwalt Jörg Robbers, am 27. Juni 1996 auf dem Petersberg bei Bonn gehalten hat. Der Vortrag, in dem aktuelle Entwicklungen des amerikanischen Gesundheitswesens („Managed Care", „Capitation", „Managed Competition") kritisch hinterfragt und ihre Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen geprüft werden, stieß bei den Besuchern der Veranstaltung nicht nur auf großes Interesse, sondern aufgrund der Rhetorik und der oft witzigen Vortragsweise wurde die Rede häufig durch spontanen Beifall unterbrochen und begeisterte die Zuhörer von der ersten bis zur letzten Minute – eine Wirkung, die in der redigierten schriftlichen Fassung, die Professor Reinhardt selbst auf der Basis des Mitschnitts der Rede angefertigt hat, nicht in gleicher Weise zu wiederholen ist.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich muß mich zuerst einmal herzlich bedanken für Ihre Einladung, die Festrede an diesem feierlichen Tag zu halten. Ich betrachte dies als eine hohe Ehre. Ich bedanke mich auch sehr dafür, daß Sie meine Frau und meine Mutter zu dieser Festlichkeit eingeladen haben. Meine Mutter gehört zu der Generation deutscher Mütter, die als unbesungene Heldinnen in die Geschichte eingehen werden und die auch eine unbesungene, aber so wichtige Rolle im sogenannten „Deutschen Wirtschaftswunder" gespielt haben. In jeder deutschen Stadt findet man Denkmale, auf denen irgendein Mann auf irgendeinem Pferd sitzt, das ihn dahin getragen hat, wo er wahrscheinlich irgend etwas Wichtiges vollbracht hat. Ohne diesen Herren ihre Ehre wegzunehmen, müßte man doch einmal eins dieser Denkmale abreißen und dafür ein neues errichten, gewidmet der Deutschen Mutter des Zweiten Weltkrieges.

Herr Dr. Prößdorf ist unter amerikanischen Gesundheitswissenschaftlern und Politikern sehr gut bekannt, und zwar nicht nur, weil er Präsident der International Hospital Federation war. Vor ein paar Jahren war eine Delegation des US-Kongresses und deren Berater auf Besuch in Deutschland, um sich über das deutsche Gesundheitssystem besser zu informieren. Ich kann mich gut erinnern, daß Herr Dr. Prößdorf uns damals einen sehr umfassenden Vortrag über das deutsche System gehalten hat. Unsere Delegation war von diesem Vortrag sehr beeindruckt, nicht nur des faszinierenden Inhaltes wegen, sondern auch, weil Dr. Prößdorf den Vortrag in fließendem Englisch gehalten hatte.

Ich erwähne das nur nebenbei, um darauf hinzuweisen, daß mein Deutsch nach so vielen langen Jahren im Ausland nicht mehr so fließend und jedenfalls alles andere als elegant ist. Es ist leider auf dem Niveau eines deutschen Teenagers stehengeblieben.

Nun zum Thema dieser Festrede. Herr Dr. Prößdorf hat mir dazu die folgende Frage gestellt: „Können vom amerikanischen Gesundheitswesen nützliche Impulse für Europa erwartet werden?"

Vorweg gesagt, die Antwort auf diese Frage ist zugleich ganz simpel und recht kompliziert:

- Solche Impulse werden höchstwahrscheinlich nach Europa kommen, wie es auch mit Rock'n'Roll, mit Blue Jeans und mit „Hamburgern" war.

- Ob aber alle diese Impulse aus Amerika nützlich sein werden, das ist eine ganz andere und sehr heikle Frage, deren Antwort auf dem Sprichwort beruht: „Wie man zu einer Sache steht, hängt davon ab, wo man sitzt."

Sozialethik setzt Grenzen

Die Struktur des Gesundheitswesens in jedem Land ist sehr eng mit der derzeit herrschenden Sozialethik verwurzelt. Diese bildet nicht nur das Fundament der ganzen Struktur, sondern auch einen Zaun, der die Möglichkeiten der Gesundheitspolitik begrenzt.

Nun ist ja bekannterweise die Sozialethik des amerikanischen Gesundheitswesens recht „flexibel". Besonders diejenigen Europäer, die nach wie vor das europäische Konzept des Solidaritätsprinzips aufrecht erhalten wollen, müssen amerikanische Innovationen im Gesundheitswesen als Trojanische Pferde betrachten, in deren Bäuchen sich alles mögliche Asoziale verbirgt.

Das heißt nicht, und das muß man betonen, daß alle amerikanischen Innovationen von der Hand gewiesen werden sollten. Zum Beispiel auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit dem Ziel, „value for the money", das heißt „Wert für Geld" zu bekommen, kann Europa in ein paar Jahren vielleicht sogar viel Nützliches von den USA lernen. Man

1) Hier darf ich auf meinen bald erscheinenden Artikel „The New Social Contract for American Health Care: Three Tier Medicine and Bounty Hunting", Health Economics, Oktober 1996, hinweisen.

Prof. Dr. Uwe Reinhardt: „Im neuen amerikanischen System der Kosten- und Qualitätskontrolle hat eine radikale Machtverschiebung von der Anbieter- auf die Nachfrageseite stattgefunden."

darf jedoch nicht außer acht lassen, daß man amerikanischen Innovationen im sozialen Bereich immer genauso begegnen sollte wie hungrigen Krokodilen: sehr vorsichtig.

Die sogenannte „Health-Care-Revolution" in Amerika

In der Tat steht das amerikanische Gesundheitssystem zur Zeit inmitten einer Reform, die man wahrhaftig als revolutionär bezeichnen kann. Erstens verschiebt sich der Schwerpunkt der Marktkraft von der Anbieterseite auf die Nachfrageseite, und zwar mit einer rasanten Geschwindigkeit, die besonders den Leistungserbringern fast den Atem raubt und große Sorge macht. Zweitens verlagert sich die Kontrolle der Gesundheitsausgaben und der Qualität mehr und mehr von der gewöhnlich langsamen und dezenten Hand der Regierung in die Hand von profitorientierten privaten Unternehmen, die alles andere als dezent und zurückhaltend sind. Man kann diese Unternehmen auch als Kopfgeldjäger beschreiben, denn durch Kopfgelder werden sie motiviert.[1] Diese zweite Verlagerung der Kontrolle macht den Leistungserbringern im Gesundheitswesen nicht nur Sorge, sondern regelrechtes Grauen! Nach jüngsten Daten scheint das Resultat dieser beiden Verschiebungen ein Ende der Kostenspirale im amerikanischen Gesundheitswesen gebracht zu haben. Während in den 80er Jahren die Prämien der Versicherungen und die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen um weit über 10 Prozent pro Jahr anstiegen, beträgt die Wachstumsrate der Gesamtausgaben jetzt nur noch zwei bis drei Prozent. In einigen Regionen, besonders in Kalifornien, fallen die Prämien sogar von Jahr zu Jahr. In der Zukunft mag es wohl auch eine bessere Qualitätskontrolle geben, obwohl das zur Zeit noch mehr Hoffnung als Wirklichkeit ist. Nun muß man vorweg hierzu ehrlicherweise hinzufügen, daß trotz alledem die Gesamtausgaben in den USA immer noch ca. 14 Prozent des Bruttosozialproduktes absorbieren. In Deutschland sind es laut vergleichbaren OECD-Statistiken weniger als neun Prozent; kein Industriestaat in der OECD, außer den USA, gibt mehr als zehn Prozent des BSP für Gesundheitsversorgung aus. Man müßte sich einmal vorstellen, meine Damen und Herren, was für eine phantastische Gesundheitsversorgung Deutschland seiner Bevölkerung anbieten könnte, wenn sein Gesundheitssystem wie die USA 14 Prozent des BSP verbrauchen dürfte.

Da könnten Herr Dr. Prößdorf und Herr Robbers jedem deutschen Krankenhauspatienten rund um die Uhr intravenöse Kaviarspeise versprechen und noch vieles andere mehr! Man kann also bezweifeln, daß die USA Europa auf dem Gebiet der Kostenkontrolle viel beibringen könnten. Im Gegenteil, ich bin davon überzeugt, daß die Einführung unseres Konzeptes von „Managed Care" und „Managed Competition" in Deutschland die Kosten sogar herauftreiben würde, und zwar, weil die Privatregulierung der Leistungserbringer amerikanischer Art einen erstaunlich hohen Anteil der Versicherungsprämie verschlingt. Zur Zeit sind das in den USA ca. 20 bis 30 Prozent der Prämie. Die derzeitigen vergleichbaren deutschen Zahlen liegen weit darunter.

Soziales Netz mit großen Löchern

Obendrein muß erwähnt werden, daß Deutschland ein absolut dichtes Sozialnetz hat, während das soziale Netz in den USA große Löcher hat. Eine deutsche Mutter zum Beispiel muß sich nie Sorgen darüber machen, ob sie sich einen Arztbesuch mit einem kranken Kind finanziell leisten kann. Ein solches dichtes Sozialnetz ist in Amerika immer noch ein Traum, der wahrscheinlich nie Wirklichkeit wird. Trotz der vergleichsweise riesigen Gesundheitsausgaben in den USA haben ca. 40 Millionen Amerikaner überhaupt keine Krankenversicherung. Wenn sie krank werden, müssen sie sich Gesundheitsversorgung wirklich erbetteln. Etwa ein Drittel dieser Unversicherten sind Kinder unter 18 Jahren. Zumeist gehören die Nichtversicherten zu Familien mit einem voll arbeitenden Broterwerber, aber mit niedrigem Einkommen.

Merkwürdigerweise schämt man sich in Amerika nicht über diesen Zustand. Im Gegenteil, wir gehen darüber hinweg, indem wir unser Gesundheitssystem einfach als „das beste in der Welt" bezeichnen. Das glaubt der Durchschnittsamerikaner auch, vielleicht weil, rein klinisch gesehen, das Beste in unserem System wirklich Weltrang hat. Auf der anderen Seite hat das Schlechte in unserem System auch keine internationalen Rivalen. Mit anderen Worten, wie das ja wohl in allen Branchen unserer Gesell-

schaft ist, haben wir im Gesundheitssystem zugleich das Beste und das Schlechteste in der OECD. Leider schauen sich zu Besuch kommende Europäer immer nur das Beste in unserem System an und kommen dann schwärmend mit Berichten nach Europa zurück, die ein ganz falsches Bild vermitteln. Volkswirte, die über Marktreformen schwärmen, unterliegen besonders leicht dieser Myopia (Kurzsichtigkeit).

Um auch einmal die schwache Seite unseres Systems zu sehen, müßten sich solche Besucher etwas länger die Ambulanzen unserer Krankenhäuser in den vernachlässigten Innenstädten anschauen, wo Mütter mit weinenden und kranken Kindern manchmal einen ganzen Tag lang im Warteraum sitzen, ehe sie jemand betreut. In diesen Ambulanzen kann man die schwache Unterseite eines oft asozialen und mehr und mehr marktorientierten Gesundheitssystems aus näherer Sicht betrachten. Europäische Beobachter, die an dieser Seite unseres Gesundheitssystems vorbeigehen, verstehen unser System nur unvollkommen. Man sollte ihren Berichten recht skeptisch gegenüberstehen.

Innovationsfreudigkeit des amerikanischen Gesundheitswesens

Das Folgende meines Referats würde ich gern als ein „Concerto in drei Sätzen" gestalten, die leider alle in Allegro vorgeführt werden müssen. Wie Herr Minister Seehofer es Ihnen ja schon seit Jahren bewiesen hat, gibt es in der Gesundheitspolitik einfach kein Andante oder Adagio.

- Im ersten der drei Sätze untersuche ich ganz kurz die Frage, warum das amerikanische Gesundheitssystem so innovationsfreundlich ist.

- Im zweiten Satz beschreibe ich dann einige der jüngsten Neuerungen in der Steuerung des amerikanischen Gesundheitssystems. Thema dieses Satzes könnte auch sein: „Gesundheitsreform im Stil des Wilden Westens".

- Thema des dritten Satzes ist die berühmte römische Warnung: Caveat Emptor! (der Käufer sei auf der Hut).

Ob man dem amerikanischen Gesundheitssystem nun positiv oder negativ gegenübersteht, man kann nicht leugnen, daß das System immer schon enorm innovationsfreudig gewesen ist. Drei Faktoren tragen zu dieser Innovatonsfreudigkeit bei:

1. Unsere „flexible" Sozialethik.

2. Bislang unkontrollierte Budgets für das Gesundheitssystem.

3. Eine bewußt geschwächte und daher verpönte Regierung, die es, wie man bei uns sagt, nicht fertigbringt, „gleichzeitig zu gehen und Kaugummi zu kauen".

Bitte erlauben Sie mir, den Effekt dieser drei Punkte auf unsere Gesundheitspolitik etwas näher auszuarbeiten. Es ist einer der bewegenden Mythen der Amerikaner, daß sie in einer klassenlosen und egalitären Gesellschaft leben, in welcher jede Person gleiche Chancen hat. Der typische Amerikaner sieht anscheinend keinen Widerspruch zwischen diesem Mythos und der Wirklichkeit des amerikanischen Gesundheitssystems, der amerikanischen Justiz und des amerikanischen Erziehungswesens, obwohl in allen drei Sektoren ganz eklatant nach Einkommensklassen rationiert wird.

Dieser Mythos wird unseren Kindern in der Schule von klein an solange eingetrichtert, bis sie fest daran glauben, in glückseliger Abstrahierung von ihrer eigenen Umwelt. Das habe ich auch bei meinen eigenen Kindern gemerkt, die ihre eigenen Eltern oft als ignorante Einwanderer bezeichnen, wenn sie auf störende empirische Daten hinweisen. Vor etwa einem Jahr zum Beispiel erklärte mir ganz ernsthaft ein amerikanischer Arzt, ich hätte Deutschland verlassen, weil ich ohne ein „von" in meinem Namen in Deutschland keine guten Lebenschancen gehabt hätte. Seine feste Überzeugung war fast rührend. Auch war es ja nett, endlich einmal zu entdecken, was damals das eigentliche Motiv war, in die USA auszuwandern.

Wie schon gesagt, sind derzeit in den USA etwa 40 Millionen Amerikaner ohne Krankenversicherung, von denen etwa die Hälfte permanent unversichert ist (der Rest nur für eine kürzere Dauer). Die meisten dieser Unversicherten sind Familien mit einem oder zwei Broterwerbern, aber mit niedrigem Einkommen. Ein Drittel der Unversicherten sind Kinder unter 18 Jahren. Durch Forschungsergebnisse weiß man, daß im Durchschnitt die Unversicherten viel weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als gleichgestellte Versicherte, daß sie im Durchschnitt kränker sind und auch früher sterben. Das wird natürlich von unseren Politikern stets bedauert, aber trotzdem gelassen hingenommen, alles im Namen der wirtschaftlichen Effizienz.

Neulich las man im „Wall Street Journal", daß immer mehr ehemalige Versicherte mittelständische Familien sind, deren Brotverdiener durch „downsizing" ihrer Firma ihre Arbeitsplätze verloren haben und damit auch die Krankenversicherung der ganzen Familie. In Krankheitsfällen verlieren solche Familien Haus und Sparkonto und machen letztlich Konkurs. Es wird von unseren Politikern bedauert, aber es wird trotzdem gelassen hingenommen, alles im Namen der wirtschaftlichen Effizienz. Wenn die europäischen Politiker solchen Ängsten und solchem Elend mit der gleichen gelassenen Haltung gegenüberstehen dürften, wäre Gesundheitspolitik in Europa auch ein Kinderspiel und würde sogar Spaß machen. Für Herrn Minister Seehofer und seine Kollegen ist die Gesundheitspolitik wohl nicht ganz so einfach.

In dieser Hinsicht kann man die USA wie ein Labor betrachten, das keinen oder nur wenigen Sicherheitsvorschriften unterliegt. In solch einem Labor kann man natürlich viel erfinderischer sein als in einem Labor mit strengen Sicherheitsvorschriften. Ohne die Zwangsjacke des Solidaritätsprinzips ist es einfach, Innovationen vorzunehmen.

Wenn zum Beispiel wegen iner neuen Versicherungs-trategie ganze Familien ren Versicherungsschutz erlieren und im Falle einer rankheit die Familie bank-ott geht, dann heißt es bei ns: „Too bad, but it is their roblem!"

Wenn bei einer „Innovati-on" im Gesundheitswesen rzte, Krankenschwestern der Apotheker jenseits des 50. Lebensjahres ihre Arbeit und somit ihr Einkommen erlieren, dann heißt es lapi-dar: „That is their problem!"

Von links: Rechtsanwalt Jörg Robbers, Edeltraut Reinhardt, Prof. Uwe Reinhardt, May Reinhardt, Ina Prößdorf, Dr. Klaus Prößdorf

Ob Europa eine gleich fle-xible Sozialethik zur Grund-age seiner Gesundheitspoli-tik machen sollte, ist eine Frage, die ein Volkswirt, be-sonders einer aus Amerika, nicht beantworten darf. Es ist eine Frage, die in der Politik offen und ehrlich debattiert werden sollte. In Europa gibt es vielleicht auch, wie bei uns in den USA, sogenannte wissenschaftliche Gutachter, die eine lockerere Sozialethik im Gesundheitssystem be-grüßen würden. Diese Gutachter betrachten die manch-mal harten Nebeneffekte einer solchen Haltung als ver-tretbaren Preis einer höheren wirtschaftlichen Effizienz. Das ist ein Standpunkt, den man respektieren muß, aber nur solange man ihn nicht als wissenschaftlich fundierte Aussage betrachtet, sondern als reine Ideologie.

In jüngerer Zeit haben mehr und mehr Experten in den USA, besonders junge Volkswirte, die Gesundheitsversor-gung einer Familie axiomatisch zu einem privaten, kom-merziellen Konsumgut erklärt, für das soweit wie möglich der einzelne Haushalt finanziell verantwortlich sein sollte. Dieses Axiom – und es ist ein reines Axiom – geht Hand in Hand mit der sich immer weiter verbreitenden Theorie, daß die meisten Krankheiten durch das Verhalten der Patienten selbst verursacht werden. Wenn man den rein ideologischen Sprung auf ein solch bequemes Axiom ein-mal erfolgreich absolviert, und wenn dann diese Ideologie auch erfolgreich an die Politiker verkauft worden ist, dann kann man mit aufrechter Haltung alle weiteren Aussagen als reine Wissenschaft darstellen, und zwar als Wissen-schaft, die man aus den allgemeinen Lehrbüchern der Volkswirtschaft abkopieren kann.

Hierin liegt ein permanentes Problem für die Politiker. Auf der einen Seite müssen sie sich in ihrer Arbeit auf wissen-schaftliche Experten verlassen, und das ist auch richtig so. Nur leider kann der Laie Opfer eines alten Spieles un-ter Wissenschaftlern werden, und zwar dann, wenn die Wissenschaftler ihre eigene Ideologie in ihre Gutachten schlüpfen lassen, wenn sie, wie man es bei uns ausdrückt, „politics in the guise of science" (Politik im Mantel der Wissenschaft) spielen. Vielleicht sind die europäischen Wissenschaftler reeller auf diesem Gebiet. Ich spekuliere natürlich nur auf der Basis von amerikanischen Erfahrun-gen. Trotzdem: Caveat Emptor!

Unkontrollierte Gesundheitsbudgets

Zwischen 1980 und 1994 sind die amerikanischen Ge-sundheitsausgaben von ca. neun Prozent bis auf fast 14 Prozent des Bruttosozialproduktes gestiegen. Kanada, das nächst teuerste Land, gibt nur ca. 10 Prozent aus, ohne dabei einen schlechteren allgemeinen Gesundheits-stand seiner Bevölkerung zu verzeichnen. Laut OECD liegt die vergleichbare Zahl für Deutschland noch weit un-ter 10 Prozent, bei ca. 8 bis 9 Prozent. Ein Gesundheits-system, das von solch generösen Budgets unterstützt wird, kann natürlich im klinischen Bereich sehr erfinde-risch sein, selbst wenn die neuen Erfindungen oft einer so-liden Kosten-Nutzen-Analyse nicht standhalten können.

Auf der anderen Seite haben die bisher unkontrollierbaren Budgets für die amerikanische Gesundheitsversorgung auch einen sehr starken Druck in Richtung einer Kosten-kontrolle ausgeübt. Etwa 44 Prozent der amerikanischen Gesundheitsausgaben fließen über die Konten der öffentlichen Haushalte, etwa 35 Prozent fließen über die Konten der Arbeitgeber. Es war nur eine Frage der Zeit, bis die immer schneller wachsenden Ausgaben für Gesund-heit in Amerika die Arbeitnehmer und die Regierung schier verzweifeln ließen. Es war diese tiefe Verzweiflung, die jetzt in Amerika sehr rauhe Methoden der Kostenkontrolle salonfähig macht, Methoden, die so recht in das Bild des „Wilden Westens" passen. Ich werde auf diese Cowboy-Methoden später noch einmal zurückkommen.

Bewußt schwache US-Regierung

Die sogenannten Gründerväter Amerikas haben in der amerikanischen Verfassung, unserem Grundgesetz, sorg-

fältigst dafür gesorgt, daß durch viele komplizierte „checks and balances" alle Regierungsinstanzen auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene permanent handlungsunfähig sind. Darauf sind die Amerikaner sogar stolz und danken den Gründervätern dafür, nach dem Motto: besser permanente Impotenz, als noch einmal eine Regierung im Stil des Königs Georg III. Unter anderem haben die Gründerväter es auch in Kauf genommen, daß gut finanzierte private Interessengruppen sehr viel Macht über die einzelnen Abgeordneten haben. Weil sie bisher so richtig im Geld geschwommen haben, sind die Leistungsanbieter im US-Gesundheitswesen immer stark unter diesen Interessengruppen vertreten gewesen. Mit ihren Finanzen kann eine Interessengruppe einen Bundes- oder Landesabgeordneten politisch fördern oder zerbrechen, was zur Folge hat, daß Interessengruppen in Amerika sich die Gunst der Politiker reell im „Einzelhandel" kaufen können.

In den parlamentarischen Systemen von Kanada und Europa ist das „Kaufen" von Politikern wahrscheinlich schwieriger. Wenn es überhaupt legal ist, müßte man in diesen Staaten Politiker zumindest im „Großhandel" einkaufen, das heißt, man müßte die ganze regierende Partei auf seiner Seite haben. Einzelne Abgeordnete können in diesen Systemen nicht ihre eigenen „deals" machen, wie es in Amerika üblich ist. Weil dem in den USA so ist, weil unsere Regierung bewußt chronisch gelähmt ist und weil das Wohlwollen einzelner Politiker käuflich ist, hat der Durchschnittsamerikaner kaum noch Achtung vor seiner eigenen Regierung und zieht es vor, sich von Privatunternehmen reglementieren zu lassen, selbst wenn diese oft recht rauh vorgehen.

Wenn ein Privatmann, zum Beispiel der Chef einer privaten Versicherung oder einer HMO, einem Patienten oder einem Arzt, bildlich gesprochen, mit einem dicken Knüppel eines über den Kopf haut, dann toleriert der typische Amerikaner das viel eher, als wenn ihm ein dezenter Beamter ganz sanft mit einem chinesischen „chop stick" auf die Finger klopft.

Die neue amerikanische Kosten- und Qualitätskontrolle

Diese Haltung gegenüber der Regierung ist einer der Ecksteine der neuen amerikanischen Gesundheitspolitik. Selbst der demokratische Präsident Clinton hat schnell erkannt, daß die Kontrolle der Kosten und der Qualität im Gesundheitswesen am besten von der Regierung weg in die Hände privater Unternehmen, der neuen Managed-Care-Industrie, zu legen sei. In einem Text habe ich das jüngst etwas genauer beschrieben. Titel dieses Papiers ist: „Der neue Sozialvertrag des amerikanischen Gesundheitswesens: Drei-Klassen-Medizin mit Kopfgeldjagd".

- Die Kopfgeldjäger sind die Bosse der privaten Managed-Care-Industrie.

- Die große Schrotflinte der Jäger hat zwei dicke Läufe, deren Kaliber und Munition ich näher beschreiben werde.

- Die Gejagten sind die Ärzte, die Angestellten der Krankenhäuser, die Pharma- und Geräteindustrie, die Apotheker.

- Die Beute in dieser Jagd ist ein Teil des bisherigen Einkommens der Gejagten.

Der Schlüssel zur derzeitigen amerikanischen Gesundheitsreform sind selektive Verträge einer privaten Krankenversicherung mit einer Auswahl von bevorzugten Leistungserbringern. Natürlich schließt dies auch die Möglichkeit ein, einzelne, nicht bevorzugte Leistungserbringer nach Belieben aus diesen Verträgen auszuschließen.

Der neue DKG-Hauptgeschäftsführer, Rechtsanwalt Jörg Robbers, wurde am 27. Juni 1996 offiziell in sein Amt eingeführt.

Die Möglichkeit, nur mit einer Auslese bevorzugter Leistungserbringer kontrahieren zu können, setzt voraus, daß die Patienten in den Versicherungsverträgen ihre bisher vollkommen freie Wahl der einzelnen Leistungserbringer einschränken lassen. In der Praxis ist das verständlicherweise nicht so einfach. Man könnte fragen, wie es den amerikanischen Versicherungen gelungen ist, den Versicherten nach und nach die freie Wahl des Arztes, des Krankenhauses, des Apothekers etc. zu entziehen. Wie gesagt: einfach war es nicht. Extreme wirtschaftliche Not hat dabei mitgeholfen.

In den USA bekommt der größte Teil der jüngeren Bevölkerung die Krankenversicherung über den Arbeitsplatz, aber nicht so wie in Deutschland. Bei uns greift der Arbeitgeber viel aktiver und viel tiefer in die Versicherungswahl und nun auch in den Ablauf der medizinischen Behandlung der Arbeitnehmer ein.

Bis zu den frühen achtziger Jahren bestanden amerikanische Arbeitnehmer genauso wie deutsche Arbeitnehmer fest auf der freien Wahl der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Als die Konjunktur in Amerika während der späten achtziger Jahre scharf nach unten ging und die Versicherungsprämien zur gleichen Zeit alarmierend rasch heraufschnellten, gelang es den amerikanischen Arbeitgebern, ihre Arbeiter und Angestellten in Versicherungen mit Selektionsverträgen, das heißt mit beschränkter Wahl

der Leistungserbringer, zu treiben. Damit fing die Epoche des „Managed Care" in den USA an.

Machtverschiebung von der Anbieter- auf die Nachfrageseite

Sobald es den Versicherungen möglich war, einzelnen Ärzten, Krankenhäusern, Apothekern etc. mit dem Ausschluß von Verträgen zu drohen, ging der Schwerpunkt der Marktmacht von der Anbieterseite auf die Nachfrageseite des Gesundheitssystems über. In diesem Sinn sind selektive Verträge die Schrotflinte der Kopfgeldjäger, von denen ich gesprochen habe.

In einem Lauf dieser Flinte sind Hunderttausende oder Millionen von „versicherten Leben", die dort als Munition dienen. Leistungserbringer kennen diese „Munition" als ihre Patienten bzw. Klienten. Wenn ein Kopfgeldjäger (etwa eine HMO) ca. zehn bis 20 Prozent der Patienten eines Arztes, Krankenhauses oder Apothekers in diesem Lauf seiner Flinte hat, kann er gewöhnlich von den Leistungserbringern hohe Preisdiskonte erzwingen, und zwar unter der Drohung, daß ansonsten diese Patienten an einen anderen, flexibleren Leistungserbringer geschleust werden. Eine gehorsame Kniebeuge ist eigentlich die einzige wirtschaftlich vernünftige Reaktion gegenüber einer solchen Drohung.

Woher bekommen die Versicherungen immer neue Munition, das heißt „versicherte Leben"? Man kann sie entweder durch Werbung an sich ziehen – Werbeplakate der HMOs dominieren derzeit die Werbeflächen in unseren Städten – oder man kauft sich versicherte Leben en gros auf unseren Aktienmärkten, und zwar zu einem Preis, der von Zeit zu Zeit schwankt und im Moment etwa 1000 bis 1500 Dollar pro versichertem Leben beträgt. Ein Versicherungsunternehmen, das mehr „Munition" haben möchte, kauft sich 100 Prozent der Aktien einer anderen Versicherungsgesellschaft und damit das „book of business" dieser Gesellschaft (die versicherten Leben in den Büchern dieser Gesellschaft). Solche „deals" sind jetzt gang und gäbe im amerikanischen Gesundheitswesen.

Permanente externe Überwachung

Die Möglichkeit, mit Drohung des Patientenentzuges von den Leistungserbringern hohe Preisdiskonte zu erzwingen, ist aber nur der eine Lauf der „Managed-Care-Schrotflinte". Der zweite Lauf ist eine permanente, strenge externe Überwachung der einzelnen ärztlichen Behandlung, oftmals sogar während sie vor sich geht. Die stete Überwachung der medizinischen Behandlung wird entweder vom Personal der HMO selbst oder aber durch profitorientierte Spezialfirmen durchgeführt, die unter Vertrag für die HMO besondere medizinische Leistungen, wie zum Beispiel Krebsbehandlung, Psychiatrie, Arzneiverbrauch usw., kontrollieren. Man könnte diese Spezialfirmen „Deputy-Kopfgeldjäger" nennen.

Die externe Überwachung der medizinischen Behandlung wird durch Richtlinien (clinical practice guidelines) und von Positivlisten für Arzneimittel (formularies) unterstützt. Diese Richtlinien und Positivlisten werden wiederum von privaten, profitorientierten Firmen entwickelt und erdacht. Diese zweite Facette des „Managed Care", die Kontrolle des Leistungsvolumens und gegebenenfalls auch der Leistungsqualität, wird außerdem von riesigen Informationssystemen unterstützt, die es der HMO ermöglichen, jeden Kontakt zwischen Patient und Arzt oder einem anderen Leistungserbringer statistisch aufzufangen und zu verarbeiten. Diese Datenbasis erlaubt es dann den Versicherungen, Durchschnittskosten und eventuell auch Qualitätsprofile für jeden einzelnen Arzt, für jedes Krankenhaus oder für jeden Apotheker anzufertigen und die Verträge mit solchen Leistungserbringern zu kündigen, die aus irgendeinem Grunde nicht ins Konzept passen.

Man nennt dies in Amerika „economic credentialing". Es bedeutet Aufnahme in die HMO oder Ausschluß streng nach wirtschaftlichen Maßstäben. Manche HMOs in den USA, so zum Beispiel die Firma US Healthcare, Inc., gründen die Bezahlung des einzelnen Leistungserbringers sogar auf statistische Indizien für die Patientenzufriedenheit.

Kurzum: „Managed Care" macht aus dem bisher freiberuflichen Arzt einen angestellten oder einen quasi-angestellten Arzt.

„Capitation" – Kopfpauschalen anstelle von permanenter Überwachung

„Managed Care" sollte nicht mit „Capitation", auf deutsch „Kopfpauschale", verwechselt werden. Kopfpauschalen werden jetzt besonders in Kalifornien von einigen HMOs anstelle des stetigen Verhandelns über Preise und permanenter Überwachung der Ärzte angewandt. Eine HMO kassiert zum Beispiel von einem Arbeitgeber monatlich 130 Dollar pro versicherter Person, behält 30 Dollar als „Maklergebühr" und leitet 100 Dollar pro Monat pro Person an eine große Arztgruppe weiter, die damit voll die finanzielle Verantwortung für den gesamten Leistungskatalog der Versicherung übernimmt, inklusive Arzneimittel, Einweisung ins Krankenhaus usw. Das nennt man in Amerika „full capitation".

Intern muß die Arztgruppe natürlich wiederum „Managed Care" betreiben, denn sie muß mit der fixen Kopfpauschale auskommen. Je mehr Leistungen für die Patienten erbracht werden, um so kleiner wird das Einkommen der Ärzte in der „Einkaufsgemeinschaft", das sich aus der Kopfpauschale minus der Kosten für die Patientenbehandlung ergibt. Vollkommene Pauschalierung ist den amerikanischen Ärzten angenehmer als das „Managed Care" unter einem diskontierten Einzelleistungssystem, das ja fast ausschließlich auf dem Prinzip „divide et impera" besteht.

Unter der Vollpauschalierung sind die Ärzte nicht der ständigen Kontrolle von HMO-Managern ausgesetzt, sondern sie kontrollieren sich selbst und natürlich auch die anderen Komponenten des Gesundheitswesens, zum Beispiel Krankenhäuser und Apotheken. Sie sitzen dann

Beifall für die Rede von Prof. Reinhardt spenden auf diesem Foto (von links) Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer und DKG-Vizepräsident Wolfgang Pföhler. Ganz rechts Prof. Reinhardt, daneben seine Mutter Edeltraut Reinhardt

am Anfang der sogenannten „food-chain" im Gesundheitswesen und können dabei kontrollieren, wieviel „fiskalische Nahrung" sie selbst behalten und wie der Rest verteilt wird. In den USA spricht man sogar davon, daß in Zukunft unter Vollpauschalierung größere Arztgruppen direkt mit Arbeitgebern oder mit der Regierung kontrahieren werden.

Das würde bedeuten, daß die Versicherungsindustrie als „middleman" ganz vom Versicherungsvertrag ausgeschaltet wird und ihre bisherige „Maklergebühr" an die Ärzte selbst geht. Zur Zeit ist das die neue, besonders von den relevanten Ausschüssen der Bundes- und Landesregierungen heftig umkämpfte Front im amerikanischen Gesundheitssystem-„Krieg". Wie er ausgeht, ist offen.

Man könnte sich vorstellen, daß aus denselben Gründen auch die deutsche Ärzteschaft das Modell der vollen Kopfpauschale dem Divide-et-impera-Prinzip des „Managed Care" vorziehen würde. Krankenhäuser und Apotheken mögen dies ganz anders sehen, denn sie würden damit noch mehr von den Ärzten abhängig, als sie es heute schon sind.

„Managed Competition" – regulierter Wettbewerb

Zum Abschluß will ich zwischen „Managed Care" und „Capitation" auf der einen Seite und dem sogenannten „Managed Competition" auf der anderen Seite unterscheiden. Im Prinzip hat das eine mit dem anderen gar nichts zu tun. „Managed Competition" heißt eigentlich nur, daß der Wettbewerb unter konkurrierenden Versicherungsträgern von einer privaten oder öffentlichen Instanz überwacht und reguliert wird. „Managed Competition" kann mit jeder Art von Versicherungen betrieben werden, entweder nach dem alten Einzelleistungssystem mit oder ohne Überwachung der medizinischen Behandlung durch „Managed Care" sowie mit oder ohne „Capitation".

In den USA wird „Managed Competition" in diesem Sinne bisher nur von einigen Großbetrieben, wie der Xerox Corporation oder General Electric, Inc., betrieben. Die Personalabteilungen dieser Unternehmen stellen eine Liste von akzeptablen konkurrierenden Versicherungsträgern auf, von der dann der Arbeitnehmer seine bevorzugte Versicherung wählen kann. Jede der konkurrierenden Versicherungen macht ein Prämienangebot für einen Basis-Leistungskatalog. Außerdem sammelt die Personalabteilung der Firma Indizien über die Zufriedenheit der Patienten mit den einzelnen Versicherungsträgern bzw. mit der damit verbundenen Gruppe von Leistungserbringern. In der Zukunft werden wahrscheinlich zusätzlich noch vergleichbare Informationen über die klinische Qualität der von den Versicherungen gekauften Leistungen gesammelt. Das ist momentan noch in der Entwicklung. Das Ziel des Konzeptes der „Managed Competition" ist, die mit einer Versicherung verbundene Gruppe von Leistungserbringern für die Qualität ihrer medizinischen Leistungen verantwortlich zu machen. Das ist ein begrüßenswerter Fortschritt, der früher oder später ganz gewiß in irgendeiner Form auch in Europa angewandt wird.

Das Anstreben dieses Zieles aber ist nicht ganz ohne Gefahr, denn ein zweites Ziel des „Managed Competition" in den USA ist auch, den Versicherungsträger (und seine verbundenen Leistungserbringer) kollektiv für den meßbaren durchschnittlichen Gesundheitszustand der Versicherten insgesamt verantwortlich zu machen. Obwohl das schön klingt, könnte es für die HMO-Führung eine Einladung sein, tief in das private Leben einzelner Versicherter einzugreifen, um der HMO gute kollektive Durchschnittszensuren zu sichern. Hiermit können wichtige Aspekte des in jeder Demokratie geschützten Individualismus verletzt werden. Individualismus ist nicht leicht mit Durchschnittszensuren zu vereinbaren.

Das Konzept des „Managed Competition", also des streng überwachten und regulierten Wettbewerbs unter Versicherungsträgern, ist für deutsche Verhältnisse

eigentlich nichts Neues. Im Prinzip ist das derzeitige gegliederte deutsche Krankenversicherungssystem nichts anderes als „Managed Competition", auch wenn der Wettbewerb unter den Versicherungsträgern bisher eingeschränkt war. In Amerika besteht die organisatorische Infrastruktur für echtes „Managed Competition" zur Zeit noch nicht. In dieser Beziehung hat Deutschland gegenüber den USA einen Vorsprung.

Wert-Kosten-Quotient im Gesundheitswesen

Die Innovation im „Managed Competition", mit der jetzt in den USA experimentiert wird, ist nicht regulierter Wettbewerb per se, sondern der Versuch, einzelne Versicherungen mit selektiven Gruppen von Leistungsanbietern zu verbinden und danach die Versicherung (the „health plan") und die mit ihr verbundenen Leistungserbringer statistisch für die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung verantwortlich zu machen. Ziel dieser Strategie ist es, den Wert-Kosten-Quotient im Gesundheitswesen anzuheben. Zur Zeit wäre dies eine Erneuerung in jedem Gesundheitssystem, dem europäischen wie dem amerikanischen. Es ist eine Entwicklung, die man unterstützen sollte, an der Europa mitbeteiligt sein oder sie wenigstens eines Tages aus den USA übernehmen sollte, wenn das amerikanische Gesundheitssystem soweit ist, nicht nur darüber zu reden, sondern es auch wirklich zu praktizieren. In etwa fünf Jahren könnte es so weit sein. Leider aber geht die Implementation des „Managed Competition" in den USA Hand in Hand mit einer Entsolidarisierung des Gesundheitssystems. Man muß betonen, daß „Managed Competition" nicht notwendigerweise zu solch einer Entsolidarisierung führen muß. Der viel kritisierte, aber in vielerlei Hinsicht gut durchdachte Gesundheitsreformplan von Präsident Clinton zeigt, wie „Managed Competition" an die Solidarität gekoppelt werden könnte, wenn man eine lange Liste von staatlichen Regeln in Kauf nimmt. In den USA haben die führenden Schichten diesen Preis für Solidarität nicht bezahlen wollen. Vielleicht käme es in Europa, besonders in Deutschland, anders, wo die Tradition des regulierten Wettbewerbs im Gesundheitssystem schon lange vorherrscht.

Aber es muß zugegeben werden, daß die Struktur des „Managed Competition" die Entsolidarisierung sehr viel leichter macht als zum Beispiel die derzeitige gegliederte Krankenversicherung in Deutschland. Es liegt darin die Gefahr, daß man sich mit „Managed Competition" im amerikanischen Stil peu à peu in Richtung der Entsolidarisierung bewegt, ohne daß man es explizit öffentlich zur Diskussion stellt. So ist es in den USA in der Tat geschehen, und davor muß man Europa warnen.

Ein „amerikanischer Traum"

Zum Schluß darf ich Sie vielleicht um Hilfe bei der Interpretation eines sich regelmäßig wiederholenden Traumes bitten. Obwohl dieser Traum mit Gesundheitspolitik überhaupt nichts zu tun hat, habe ich ihn merkwürdigerweise immer gerade dann, wenn ich von Deutschen eingeladen werde, um über die neuesten „Wunder" des US-Gesundheitssystems zu berichten.

In diesem Traum steht ein dreckverschmierter Mann neben seinem in einen Graben geschlidderten Auto, einem riesigen Cadillac mit mehr Sitzen und PS, als man jemals brauchen könnte. Der Vergaser des Autos zischt, aus der Wasserpumpe läuft Wasser, ein Rad ist abgebrochen, und aus dem Tank sickert Benzin.

Oben auf der Straße hält ein Audi an, dessen Motor nicht ganz 100prozentig läuft und der vielleicht etwas mehr Benzin als unbedingt nötig verbraucht. Außerdem hat das linke Vorderrad etwas zu wenig Luft. Der Fahrer des Audi fragt höflich, ob der Mann im Graben vielleicht Hilfe brauchen könnte. Der letztere fragt voller Erstaunen: Hilfe? Welche Hilfe könnte jemand mit einem solch schäbigen Auto einem Mann mit einem richtigen Auto, dem besten Auto der Welt, anbieten?

Der dreckverschmierte Mann klettert aus dem Graben und erteilt dem verblüfften Audifahrer eine Lektion über Autobauen, Autofahren, Autoreparaturen und alles, was sonst noch mit der missionarischen Energie und Überzeugung verbunden ist, für die Cadillacfahrer ja weltberühmt sind. Ende meines Traumes. Vielleicht können Sie mir diesen Traum einmal richtig ausdeuten. Vielleicht hat er doch etwas mit Gesundheitspolitik zu tun. Vielleicht bedeutet er, daß ein Land mit einem bisher recht gut funktionierenden und sozialethisch einwandfreien Gesundheitssystem, das nur ca. neun Prozent des Bruttosozialproduktes verbraucht, sich einmal überlegen sollte, warum man mit aller Hast Gesundheitspolitik von einem Land übernehmen sollte, das 14 Prozent seines BSP für Gesundheitsversorgung ausgibt und zudem noch 15 Prozent seiner Bevölkerung unversichert läßt.

Vielleicht ist das Folgende der beste Rat, den ein Amerikaner Ihnen geben kann:

„Relax! You are o.k., my friends! Sit back and watch us make all the mistakes. Five years from now, perhaps, we will have something to teach you. Perhaps."

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Uwe Reinhardt, Ph. D.,
Princeton University, Woodrow Wilson School of Public and International Affairs,
Robertson Hall,
USA – Princeton N. J. 08544-1013