

Effektivitäten von Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen

Methodische Anmerkungen

Von *Detlef Schwefel*, Neuherberg

In Gesellschaftssystemen mit starker Stellung von regionalen Regierungen, Gebietskörperschaften und Selbstverwaltungen haben Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen besonders vielfältige Ziele; sie lösen sehr unterschiedliche (auch unbeabsichtigte) Wirkungen und Nebenwirkungen aus und treffen auf vielfältige Widerstände. Zielermittlung, Zurechenbarkeitsfeststellung und Widerstandsanalyse sind wesentliche methodische Schritte, um Auswirkungen und Nebenwirkungen derartiger Maßnahmen zu ermitteln. Am Beispiel der Evaluation des Bayern-Vertrags, einer Steuerungspolitik der Selbstverwaltung zur Kostendämpfung durch Intensivierung ambulanter auf Kosten der stationären Versorgung sollen diese Schritte einer explorativen Mehrkriterien-, Mehrquellen- und Mehrmethoden-Evaluation an empirischen Beispielen dargestellt und begründet werden.

1. Effektivitätensystem

Steuerungspolitiken: Versuche, Entwicklungen im Gesundheitswesen in eine gewünschte Richtung zu beeinflussen, können als Steuerungspolitiken bezeichnet werden; tagespolitische Manöver und Krisenmanagement (politics) gehören ebenso hierzu wie etwa Einführung und Tätigkeit der Konzertierte Aktion oder Abschluß und Durchführung einer Honorarregelung, wie der Bayern-Vertrag es ist (policies). Solche Politiken sind inhaltlich, räumlich und zeitlich schwieriger von ihrer Umwelt abgrenzbar als Einzelprojekte (wie der Bau einer Straße oder eines Krankenhauses); auch sind präzise Ressourcenaufwandschätzungen und klare Alternativen — beispielsweise zur Ermittlung der (Opportunitäts-)Kosten — nur schwer möglich.

Effektivität: Unter Effektivität verstehe ich in einem weiten Sinn die Zielerreichung, aber auch den Erfolg bzw. das Ergebnis, die Wirkung oder den ‚Wert‘ von Maßnahmen¹. Die Erfassung der Effektivität ist Voraussetzung der Ermittlung der Effizienz, d. h. der Kosten der Zielerreichung.

¹ Borchert, G.: Rechtsgrundlagen für die Steuerung der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wuppertal: Bergische Universität — Gesamthochschule Kassel (1984).

Evaluation: Evaluationen sollen vornehmlich die Effektivität von Projekten, Programmen und Politiken ermitteln, d. h. ihren Zielerreichungsgrad, aber auch ihre weiteren Auswirkungen, Nebenwirkungen und Folgewirkungen. Statt ungeprüft auf die Kräfte von Markt oder Bürokratie zu vertrauen, will Evaluation Effekte von Maßnahmen empirisch beschreiben und die Effektivitätsbedingungen theoretisch begründen.

Der Bayern-Vertrag: Im Gegensatz zu anderen Ansätzen der gesundheitspolitischen Steuerung Ende der 70er Jahre wollten Kassenärztliche Vereinigung und RVO-Kassen in Bayern mit dem Bayern-Vertrag den Ärzten positive finanzielle Anreize geben, ihre Schaltstellenfunktion im Gesundheitswesen zur Verstärkung ambulant-ärztlicher Tätigkeit bei Verringerung von Arbeitsunfähigkeits-schreibungen, Verordnungen von Arzneimitteln und physikalischer Therapie und Krankenhauseinweisungen zu nutzen; allgemeine Propaganda und spezielle Information an den einzelnen Arzt über seine Einweisungen, Verschreibungen und Verordnungen sowie der kollektive Anreiz, bei vertragskonformem Verhalten ohne „Honorar-Deckel“ wirtschaften zu können, waren Hauptelemente des Vertrages. Auf der Seite der koalierenden Vertragspartner lagen dem Vertrag eher Verhandlungskompromisse und Hoffnungen bzw. Absichten zugrunde als konkrete Aussichten, empirische Analysen und theoretisch begründete Modelle. Der Bayern-Vertrag kann auch angesehen werden als „marktähnlicher Prozeß der Rivalität um Umsatz und Einkommensteile“².

Ziele, Nebenziele, Erwartungen: Eine Koalitionspolitik gegen andere Interessengruppen will Gewinne und Verluste neu aufteilen. Gemäß Bayern-Vertrag sollten die Gewinner dank Beitragssatzstabilisierung die Versicherten sein und indem bestimmte ordnungs- und strukturpolitische Ziele wie Stärkung von Verbandsmacht und Selbstverwaltungspolitik erreicht würden, die Kassen und die niedergelassenen Ärzte; Verlierer sollten die Krankenhäuser sein und der zunehmend regulierungsbestrebte Bundesstaat. Eine tragfähige Koalitions- und damit Machtpolitik kann nicht nur ein einziges Ziel haben, wie etwa die Kostendämpfung, noch dazu ein Ziel, das den unternehmerischen Interessen der Ärzte und der Verbände eher widerspricht. Deshalb ist wohl bei jeder Evaluation von Steuerungspolitiken neben der Operationalisierung der expliziten Ziele die empirische Ermittlung impliziter Absichten und daraus abgeleiteter Effektivitätskriterien nötige Voraussetzung einer Zielerreichungs- und Wirkungsanalyse. Als Beispiel der unterschiedlichen Ziele, Erwartungen und Befürchtungen verschiedener Interessengruppierungen bezüglich des Bayern-Vertrags können genannt werden:

- Bayern-Vertrags-Partner: Kostendämpfung, Vertragsautonomie, etc.
- Bayern-Vertrags-Gegner: Herausprivatisierung öffentlicher Leistungen, Umverteilung zugunsten der frei praktizierenden Ärzte³, etc.

² Thiemeyer, T.: Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen (Eds.: C. von Ferber et al.). München: R. Oldenbourg Verlag, 35-58 (1985), S. 55.

- Bayern-Vertrags-Analytiker: „Die Vermutung spricht dafür, daß die Bayern-Vertrag-Politik für die Ärzte erfolgreich war; ob für das Gesamtsystem, muß dahingestellt bleiben“⁴.

Eine Steuerungspolitik kann kaum nur eine einzige Effektivität haben; es ist vielmehr von einem Effektivitätensystem zu sprechen, in dem z. B. neben politischen und monetären Kriterien auch gesundheitsbezogene Effektivitätsmaße — Gesundheitsstatus, gleichgewichtige Versorgung⁵ — enthalten sind.

Ermittlung und Operationalisierung von Zielen: Ein wesentlicher Schritt zur Evaluation von Steuerungspolitiken ist deshalb die erfahrungswissenschaftliche Ermittlung von Zielen, Erwartungen, Befürchtungen, d. h. angestrebten, möglichen und wahrscheinlichen, erwünschten und unerwünschten Auswirkungen. In der vom Medis-Institut der GSF durchgeführten Begleitstudie zum Bayern-Vertrag wurde zur empirischen Ermittlung von Vermutungen unterschiedlicher Interessengruppen das Instrumentarium qualitativer und quantitativer Wirtschafts- und Sozialforschung genutzt: Presseanalysen, Literaturanalysen, Interessengruppenanhörungen, Expertengespräche, schriftliche Ärztebefragungen, Leitfadenterviews, Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung⁶. Ergebnis dieses explorativen Evaluationsschrittes war ein breites Spektrum von etwa 120 Hypothesen oder Vermutungen wie z. B.:

- Direkte, individuelle Anreize für den Einzelarzt als Unternehmer beeinflussen die Ausgabenentwicklung stärker als kollektive Anreize für die Kassenärzteschaft insgesamt (Quelle: Literaturanalyse).
- Gesamtwirtschaftlich wird der Bayern-Vertrag nur dann eine Kostendämpfung bewirken, wenn alle Kassenärzte solidarisch handeln und die übrigen Akteure im Gesundheitswesen nicht gegensteuern (Quelle: Ärztegespräche).
- Der Bayern-Vertrag kann nicht in allen vier vorgesehenen Sparzielzonen bzw. Kostenzielbereichen (das sind: Krankenhauseinweisungen, Arzneimittelverschreibungen, Verordnungen physikalischer Therapie, Arbeitsunfähigkeitsschreibungen) ausgaben senkend wirken, weil diese potentiell sich substituierende Bereiche sind (Quelle: Presseauswertung).

Bei solchen ‚naiven‘ Wirkungsmodellen treffen organisationssoziologische, politikwissenschaftliche, sozialpsychologische, wirtschaftswissenschaftliche und lebensweltliche Theorien, Theoreme und Tendenzaussagen aufeinander. Dieser erste Evaluationsschritt führte bei der Medis-Evaluation des Bayern-

³ Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bayern: Nachruf auf den „Bayern-Vertrag“. München: ÖTV (1984).

⁴ Thieme, op. cit., S. 54.

⁵ Minich, V.: On the problem of determining the economic effectiveness of health care. In: Problems of Economics 25, 1, 84-92 (1982); Simpson, M. G.: Health. In: Operational Research Quarterly 27, 1, 209-219 (1976).

⁶ Schwefel, D., John, J., Merschbrock, A., Potthoff, P., Redler, E., Satzinger, W., Eimeren van, W.: Auswirkungen und Wirksamkeit des ‚Bayern-Vertrages‘. Erster Zwischenbericht. München: GSF-Bericht (1982).

Vertrages zu einer Liste von über 300 Wirkungsdimensionen, deren volle Operationalisierung eine große Zahl verschiedener Untersuchungsansätze und Einzelstudien erfordert hätte; vornehmlich aus finanziellen und zeitlichen Gründen konzentrierten sich die Untersuchungen auf jene Teile des Effektivitätensystems, die vergleichsweise am besten über Routinedatenanalysen, Befragungen von Ärzten und Patienten und Politikanalysen erschlossen werden konnten.

Inhaltsrepräsentativität: Das Ergebnis dieser Vorgehensweise zeigte, daß die vermuteten Aus- und Nebenwirkungen des Bayern-Vertrags ‚in allen Ecken und Enden‘ des Gesundheitssystems reichen. Eine eindimensionale Evaluierung wäre der Zielvielfalt und damit dem Untersuchungsgegenstand nicht angemessen. Eine ähnliche Bedeutungsvielfalt zeigt sich auch bei Evaluationen von kleineren und abgrenzbareren Projekten, sofern deren Einzel- ‚Effektivität‘ nicht pro domo oder als *advocatus diaboli* überprüft werden soll. Bei einem Staudammprojekt fanden sich mindestens 66 wichtige Wirkungsdimensionen, bei Fernmeldeprojekten mehr als 120, die (natürlich) von unterschiedlichen Interessengruppen unterschiedlich gewichtet werden⁷. Das Ergebnis einer explorativen Zielermittlung sollte also ein annähernd inhaltsrepräsentatives System von möglichen Wirkungen sein, die oft in ‚naiven‘ Wirkungsmodellen der Beteiligten und der Betroffenen konzipiert werden. Einer willkürlichen und selektiven Auswahl einzelner Effektivitätshypothesen steht dann ein erfahrungswissenschaftlich begründetes Effektivitätensystem gegenüber. Eine inhaltsrepräsentative, wissenschaftliche Politikevaluation ist sicherlich erstrebenswert gegenüber Einkriterienevaluationen. Pragmatische Anpassungszwänge an das Evaluationsumfeld sowie der Zwang zu operationaler Vereinfachung erlauben sie wohl selten, aber allein schon der Aufweis eines breiten (vermuteten) Effektivitätensystems vermag die Selektivität bzw. den Standort einer Politikevaluation im vieldimensionalen Wirkungsraum zu erhellen und damit ihre Relevanz.

2. Zuschreibbarkeitsargumente

Vorbemerkung: Zur Wirkungsvielfalt in einem breiten Effektivitätensystem kommen noch die verschiedenen methodischen Möglichkeiten ihres Nachweises hinzu. Sofern gilt, daß im Paradigma unserer Wissenschaften strenge Kausalitätsnachweise wegen mangelnder, begrenzter oder zerbrechlicher Gesetzmäßigkeiten nicht möglich sind, muß auch ein Methodenpluralismus zur Ermittlung, Beschreibung und Analyse der vielfältigen Zusammenhänge gelten.

⁷ Schwefel, D.: The integrated socioeconomic project cycle as focus of the social appraisal of investment projects. In: Proceedings of the Second Ordinary Meeting of the General Assembly of the World Federation of Development Financing Institutions in Lima 5.-7. 12. 83 (Ed.: World Federation of Development Financing Institutions). Lima: WFDFI (im Druck).

Zuschreibbarkeitsproblem: Besonders kluge Politiker erkennen Trends und nennen sie ihre Politik. Um zu prüfen, ob Politik und Wirkung miteinander zusammenhängen, können verschiedene Argumentationsmuster genutzt werden. An Beispielen aus der Medis-Evaluation des Bayern-Vertrags sollen Argumentationsmuster, methodische Probleme, empirische Ergebnisse und Interpretationsmöglichkeiten dargestellt werden.

Mit/Ohne-Vergleiche: Effektivität wird bisweilen durch die Ergebnisse eines kontrollierten Vergleichs definiert, im Extremfall durch das klinische Untersuchungsmodell des randomisierten Doppelblindversuchs; Experimente und quasi-experimentelle Versuche sind extreme Varianten der Mit/Ohne-Argumentation. Aber auch ein quasi-experimenteller Ansatz stößt bei der Evaluation von Steuerungspolitiken auf Probleme: Politiken diffundieren schnell über abgegrenzte Regionen hinaus; zeitlicher Beginn und Reichweite sind kaum präzise abgrenzbar; eine strukturelle Vergleichbarkeit von Regionen mit und ohne Politikeinwirkung ist oft nicht gegeben bzw. statistisch kaum kontrollierbar; Randomisierungen sind kaum durchführbar; relevante Datensätze werden — wenn überhaupt — oft erst während der Politiklaufzeit aufgebaut. Mit/Ohne-Vergleiche spielten dennoch bei öffentlich bislang vorgelegten Analysen des Bayern-Vertrags eine wichtige Rolle; manche Beobachter und Analytiker stützen ihre Gesamturteile über den Bayern-Vertrag im wesentlichen auf einen Vergleich der Ausgabenentwicklung bei den RVO-Kassen in Bayern und im übrigen Bundesgebiet⁸. Auch die Medis-Evaluation ermittelte und analysierte die Gesamtausgaben der RVO-Kassen; Abbildung 1 zeigt, daß sie bei den verschiedenen Kassen zwischen 1979 und 1983 in Bayern und im Bund nahezu parallel anstiegen; dies gilt auch für die einzelnen Ausgabenpositionen, etwa für solche, deren Verringerung — z. B. Krankenhausaussgaben — ein Indikator für einen Erfolg des Bayern-Vertrags gewesen wäre. Daß dieser Argumentation folgend der Bayern-Vertrag in diesen Wirkungsbereichen erfolglos war, scheint nahezuliegen⁹. Darf aber das Ergebnis als ‚Wirkung‘ gelten, wenn Politiken schnell diffundieren und sich ähnliche Steuerungsziele in einem Hessen- oder Niedersachsen-Vertrag wiederfinden und wenn viele bundesdeutsche niedergelassene Ärzte durch die Diskussion über den Bayern-Vertrag beeinflusst wurden (d. h. wenn in klinischer Terminologie die Kontrollgruppe ‚infiziert‘ ist)? Muß nicht auch nach kurzfristigen Auswirkungen des Bayern-Vertrags im Vergleich zum Bund gesucht werden und nach Wirkungen in Bayern allein, die eintreten, bevor Diffusionseffekte und Gegensteuerungseffekte erfolgten? Für sich genommen reicht also ein Mit/Ohne-Vergleich für Evaluationen einer Steuerungspolitik kaum aus; er ist ein notwendiges, nicht aber hinreichendes Zuschreibbarkeitsargument.

⁸ Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Bayern, op. cit.

⁹ Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen (Ed.: Detlef Schwefel, Wilhelm van Eimeren und Walter Satzinger). Berlin: Springer Verlag (1986) passim.

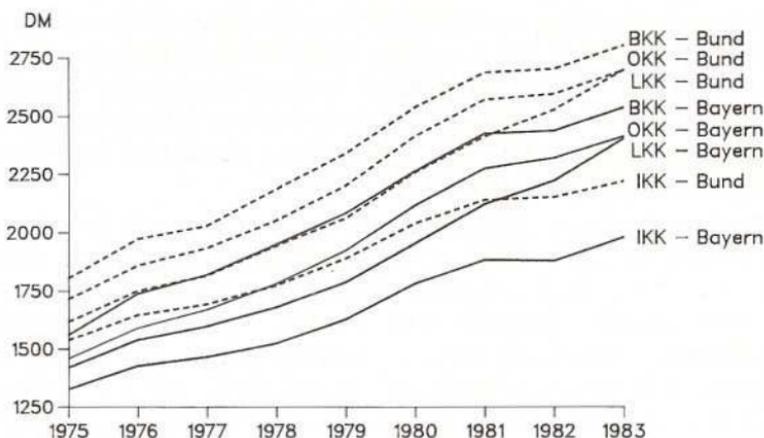


Abb. 1. Entwicklung der Leistungsausgaben je Gesamtmittglied in den RVO-Kassen (1975-1983)¹⁰

Vorher/Nachher-Vergleiche: Wirkungen einer Steuerungspolitik im Gesundheitswesen auf Morbidität und Mortalität können empirisch nur in einem ausreichend langen Zeitraum aufgewiesen werden; kurzfristige Effekte mögen sich demgegenüber schon durch die Diskussion über eine Politik vor oder während ihrer Durchführung in Form von Stroheffekten zeigen, die wegen schneller Gegensteuerungen anderer Kräfte vielleicht gar die einzigen Effekte bleiben. Aus diesem Grunde sind Verlaufsanalysen ein wichtiges Argumentationsmuster zur Evaluation einer Steuerungspolitik; oft sind sie es auch unter datenmäßigen Gesichtspunkten, wenn Daten über Vergleichsregionen fehlen. Ergebnisse der Medis-Evaluation weisen beispielsweise auf eine vom Bayern-Vertrag ungebrochene Entwicklung von Indikatoren im Krankenhausbereich hin, wobei Strukturbrüche schon vor 1979 aufgetreten waren; die Entwicklung im Krankenhausbereich verlief in Bayern wie im Bund ‚autonom‘. Autonom scheint trotz eines kurzen anfänglichen Stroheffektes in einem Quartal auch die Entwicklung im Bereich der Arbeitsunfähigkeitsfälle bzw. der Arbeitsunfähigkeitsschreibungen verlaufen zu sein; obwohl sie entsprechend den Intentionen des Bayern-Vertrags abgebremst wurden, ist dies — wie Kontextanalysen zeigen — jedoch eher der Arbeitsmarktlage zuzuschreiben und der Furcht vor Arbeitslosigkeit¹¹. Abbildung 2 zeigt die Krankenstandsentwicklung. Die Entwicklung der Zielvariablen wird also durch zahlreiche intervenierende Faktoren beeinflusst, die in ihrer Gesamtheit weder manipulativ noch

¹⁰ Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn: BMA (verschiedene Jahrgänge): eigene Berechnungen und Recherchen.

¹¹ Schwefel, D.: Unemployment, health and health services in German-Speaking countries. In: Social Science and Medicine 22, 4, 409-430 (1986).

statistisch kontrolliert werden können. Dazu kommt, daß eine Steuerungspolitik sich bisweilen schnell verändert und erweitert; so unterstützen die Zuschlagsregelungen zum ambulanten Operieren den Bayern-Vertrag wie ihn die Veränderung der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien beeinflussen. Auch Vorher/Nachher-Vergleiche können nur ein Zuschreibbarkeitsargument neben anderen sein.

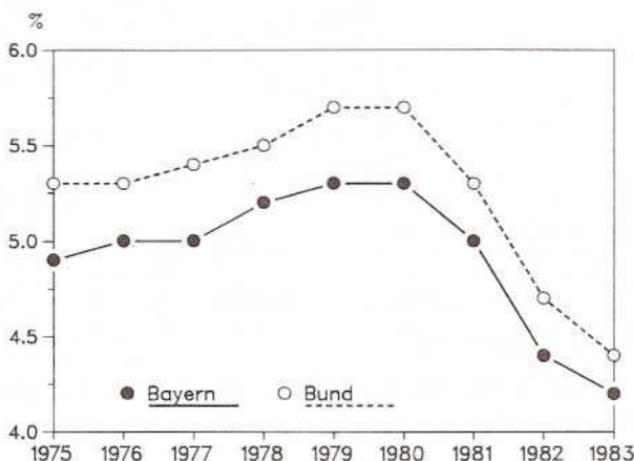
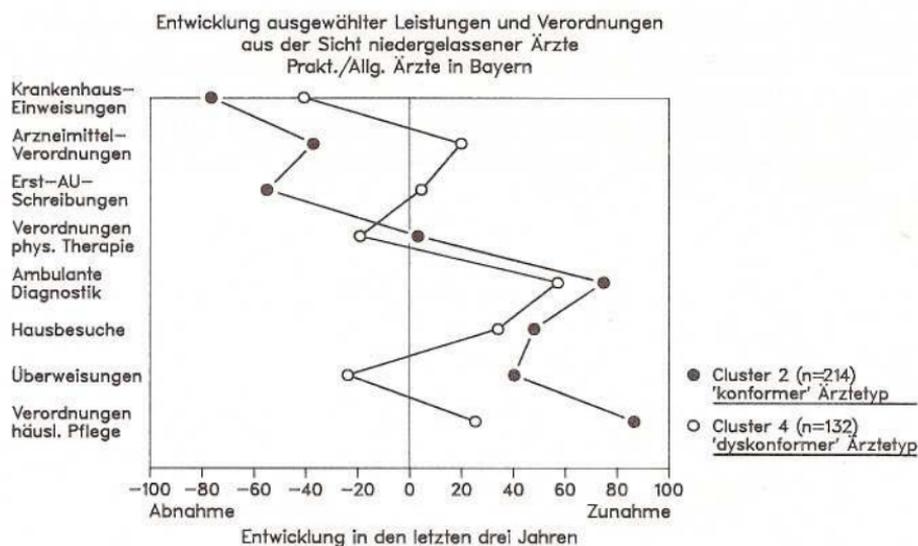


Abb. 2. Entwicklung des Krankenstandes in der gesetzlichen Krankenversicherung (1975 bis 1983, Jahresdurchschnittswerte)¹².

Mehr / Weniger-Vergleiche: Sofern angenommen werden kann, daß die Politik dauernd oder auch nur anfänglich nicht alle Zielpersonen und -gruppen oder -regionen erreicht, können beispielsweise Verhaltensunterschiede, die z. B. mit Unterschieden der Bekanntheit der Politik einhergehen, als Wirkung dieser Politik gedeutet werden. So wäre ein Effektivitätskriterium, daß Ärzte, die den Bayern-Vertrag nicht kennen, sich anders verhalten als solche, die ihn kennen. Die Medis-Evaluation des Bayern-Vertrags untersuchte diese Annahme mit Hilfe einer Clusteranalyse. Wählt man vier Cluster, ergeben sich Arztgruppen mit homogenen Leistungen und Verordnungen, die sich in plausibler Weise hinsichtlich einiger Charakteristika der Ärzte und Praxen unterscheiden:

- der Typ des älteren Arztes (25,3%), der fast alle seine Leistungen und Verordnungen vermindert
- der Typ des jungen Arztes (23,1%), der — abgesehen von Arbeitsunfähigkeitsschreibungen und ambulanter Diagnostik — relativ deutliche Leistungszunahmen aufweist und

¹² Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Bundesarbeitsblatt. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (verschiedene Jahrgänge).



Quelle: MEDIS – Ärztebefragung 1982/83

Abb. 3. Verhaltensmuster bayerischer Ärzte. Clusteranalytische Ergebnisse.

— zwei Typen, die sich besonders hinsichtlich ihrer Kenntnis des Bayern-Vertrags unterscheiden.

Abbildung 3 zeigt die Leistungs- und Verordnungsprofile der beiden letztgenannten Typen ('Cluster'). Die Arztgruppe, die den Bayern-Vertrag besonders gut kennt (37,4%) — sie ist durch expandierende Praxen gekennzeichnet —, berichtet deutliche Einsparungen bei den Sparzielzonen des Bayern-Vertrags und substituiert dies durch Ausweitung ambulanter Tätigkeit; die andere Arztgruppe (14,2%), die den Bayern-Vertrag viel weniger gut kennt, verhält sich demgegenüber dysfunktional in bezug auf dessen Ziele. Es lassen sich also mit hinreichender Trennschärfe typologisch homogene Arztgruppen identifizieren, die die Ziele des Bayern-Vertrags mehr oder weniger verwirklichen, weil es ihren Kenntnissen, ökonomischen Interessen und Möglichkeiten mehr oder weniger entspricht. Dieses Ergebnis zeigt, daß eine Steuerungspolitik wie der Bayern-Vertrag insbesondere dann wirken kann, wenn sie den einzelökonomischen Interessen der niedergelassenen Ärzte und ihren Verhaltensbedingungen (z. B. Ressourcenverfügbarkeit und Konkurrenz) entspricht. Auch regionale Unterschiede, die Intensitätsunterschiede der Politikrezeption widerspiegeln, können als Zuschreibbarkeitsargument bedeutsam sein; aber auch hier können vielfältige Faktoren eine direkte Zuschreibbarkeit unterbinden.

Modelltestungen: Je eher vorformulierte Wirksamkeitsmodelle und -theorien empirisch bestätigt werden können, desto eher kann Wirksamkeit angenommen werden. Die Theorie, daß individuelle Anreize mehr zielkonformes Verhalten

provozieren als kollektive, würde zu der Hypothese führen, daß ambulante Leistungen vor der Zuschlagsregelung zum ambulanten Operieren weniger stark zunehmen würden als danach. Diese Hypothese wurde durch die Medisevaluation nicht verworfen, wie Abbildung 4 zeigt. Gleiches gilt für die theoretisch fundierte Erwartung, daß der Einfluß der Wirtschaftskrise auf den Krankenstand die Auswirkungen des Bayern-Vertrags auf den Krankenstand überlagert. Solche theoretisch fundierten Wirksamkeitsmodelle können bislang für manche Aspekte von Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen noch nicht ausreichend formuliert werden. Deshalb sollten auch explorativ gewonnene ‚naive‘ Wirksamkeitsmodelle getestet werden als Vorleistung für die Formulierung triftiger Wirksamkeitsmodelle. Aber auch zur Interpretation von mittels anderer Argumentationsmuster gewonnenen Ergebnissen sind Modellannahmen nötig, da beispielsweise Bayern-Bund-Vergleiche von Wachstumsraten deutliche Ausgabenniveauunterschiede verkennen, die auch bei Standardisierung nicht völlig aufgehoben werden; je nach Wirkungshypothese könnte mit vorliegendem Argumentationsmuster dem Bayern-Vertrag — siehe Abbildung 1 — auch ein Konsolidierungseffekt dieser höheren ‚Wirtschaftlichkeit‘ zugeschrieben werden, nämlich im Vergleich zu einer plausiblen beschleunigten Niveaueinpassung.

Quartale	Anzahl der Operationen						
	insgesamt	absolut ZKÄ	BKÄ	je 1000 Fälle ZKÄ	BKÄ	je Arzt ZKÄ	BKÄ
78/IV	29 172	22 027	6 745	3.38	25.99	2.33	11.22
79/IV	32 686	25 043	7 237	3.77	27.66	2.57	11.92
80/IV	35 284	27 913	6 901	4.13	26.60	2.78	11.26
81/IV	41 357	33 941	7 041	4.93	27.64	3.30	11.32
82/IV	47 430	39 540	7 485	5.76	29.49	3.75	11.96
1980 = 100							
78/IV	82.7	78.9	97.7	81.8	97.7	83.8	99.6
79/IV	92.6	89.7	104.9	91.3	104.0	92.5	105.9
80/IV	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
81/IV	117.2	121.6	102.0	119.4	103.9	118.7	100.5
82/IV	134.4	141.7	108.5	139.5	110.9	134.9	106.2
Anmerkungen:	Die Daten entstammen der KVB-Häufigkeitsstatistik ZKÄ = zugelassene Kassenärzte BKÄ = beteiligte Kassenärzte						

Abb. 4. Ambulante Operationen bayerischer Kassenärzte.
Vierte Quartale 1978–1982¹³.

¹³ Merschbrock-Bäuerle, A., John, J.: Financial incentives to physician's behaviour. In: Third International Conference on System Science in Health Care (Eds.: W. van Eimeren et al.). Berlin: Springer Verlag, 999-1002 (1984), S. 1000.

Schattenkontrollen: Als Zuschreibbarkeitsargument gilt auch, wenn verschiedene Gruppen zugestehen, daß ein Effekt durch eine Maßnahme wohl entstand, wenn also über die Zuschreibbarkeit Konsensus gegeben ist. Solche ‚subjektiven‘ und ‚interessengebundenen‘ Argumente können aber auch verzerrt sein, weil sie eher auf Ideologien gründen als auf Analysen. Bei der Evaluation einer Steuerungspolitik sind sie freilich dennoch zu verwenden, um sonst schwer faßbare Einsichten und Ergebnisse zu gewinnen. Um den Effektivitätsspielraum des Bayern-Vertrags zu ermitteln, befragte Medis Ärzte in Bayern und im Bund: Möglichkeiten, das Angebot von Einweisungen, Arzneimittelverschreibungen und Verordnungen zu vermindern, konnten durchaus nachgewiesen werden¹⁴. Der für die Wirksamkeit von Steuerungspolitiken erforderliche Handlungsspielraum scheint gegeben zu sein. Patientenwünsche und vorgängige Steuerungen begrenzen diese Spielräume natürlich. Ein anderes empirisches Beispiel aus Medis-Studien: Sowohl in Krankenhausärztebefragungen als auch bei Patientenbefragungen wurde die Vermutung, verspätete Einweisungen würden in Bayern aufgrund des Bayern-Vertrags häufiger vorkommen als im übrigen Bundesgebiet, nicht erhärtet.

Zwischenergebnis: Angesichts mangelnder Möglichkeit, bei der Evaluation von Auswirkungen von Steuerungspolitiken mit strengen experimentellen Designs vorzugehen, um Kausalitäten annehmen zu können, müssen Einzelevidenzen gesammelt werden. Ein Charakteristikum der Effektivitätsprüfung von Steuerungspolitiken ist es, daß ein breites Effektivitätssystem auf ein breites System von Nachweismethoden stößt. Dies entspricht einer Situation des gesellschaftlichen und des methodischen Pluralismus.

Evidenzkumulation und Evidenzwidersprüche: Der Bayern-Vertrag sollte den Krankenstand senken; eine Evaluation zeigt deutlich, daß im Bayern-Bund-Vergleich und in Verlaufsanalysen — siehe Abbildung 2 — ebenso wie in Regionalanalysen und gemäß vorgängigen Wirksamkeitsvermutungen und auch in der Einschätzung von Ärzten und Patienten andere Ereignisse wie anhaltend hohe Arbeitslosigkeit wohl wirksamer waren als der Bayern-Vertrag; der Bayern-Vertrag hatte hier keine Chance, seine Wirksamkeit zu zeigen. Eine so deutliche Kumulation von Evidenzen hinsichtlich einer Wirksamkeit des Bayern-Vertrags läßt sich nicht immer finden; schon die vermeintliche Hauptfrage nach den Wirkungen auf die Gesamtausgaben ist gemäß ausgabenniveaubezogener Wirksamkeitsmodelle und gemäß der Annahme unterschiedlicher Reagibilitäten von Krankenhauspolitiken nicht einhellig zu beantworten, selbst wenn viele Evidenzen dafür sprechen. Deutliche Evidenzwidersprüche konnten bisher nicht aufgewiesen werden. Per saldo verbleibt der Eindruck einer insgesamt geringen Effektivität des Bayern-Vertrags trotz vielfältiger Evidenzsuche bei unterschiedlichen Wirkungsdimensionen, wenn man zunächst einmal absieht von ordnungs- und strukturpolitischen Effektivitäten, die (oft unge-

¹⁴ Leidl, R.: Kostengünstiges Leistungs- und Ordnungsverhalten niedergelassener Ärzte. Dokumentation einer bundesweiten Ärztebefragung (1982). GSF-Bericht (1984).

rechtfertigt) als weniger meß- und nachweisbar gelten — obwohl sie die Wesentlichen sein könnten. Liegt dies am Untersuchungsobjekt, am Evaluationskonzept, an den Daten, den statistischen Verfahrensweisen?

3. Effektivitätswiderstände

Das Nicht-Effekt-Problem: Vorwiegend bei Einkriteriumsuntersuchungen wurde bislang häufiger mangelnde Effektivität festgestellt, auch wenn a priori Erfolg stringent vermutet worden war. Dieses Problem stellt sich möglicherweise besonders deutlich bei der Evaluation von Steuerungspolitiken. Warum?

(1) *Abgrenzungsschwierigkeiten* charakterisieren oft eine Steuerungspolitik; Stimulus und Ziele sind bisweilen (bewußt) unklar definiert und wandeln sich während der Durchführung. Wenn unklar ist, ob eine Politik oder ihre nahe Umwelt evaluiert wird, resultieren Effektivitätsunterschätzungen.

(2) *Die symbolische oder rhetorische Bedeutung* von Politiken — neben ihrem Effektivitätsaspekt — läßt sich mit effektivitätsorientierten Evaluationsmethoden nur schwer darstellen¹⁵. Steuerungspolitiken können solcherart flankiert werden durch politische Signale, deren hauptsächliches Ziel es ist, Politik als politischen Akt kurzfristig zu implementieren, während rhetorisch längerfristige Effektivitäten betont werden (müssen). Auch dieses Problem scheint dem Bayern-Vertrag — wie wohl jeder anderen Steuerungspolitik — zu eigen zu sein. Mit ihm sollten nicht nur Kosten gedämpft, sondern auch die politische Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltungen in der gesetzlichen Krankenversicherung demonstriert werden.

(3) *Übertriebene Erfolgserwartungen*, sogar „unvernünftige Erwartungen“¹⁶ begleiten oft Politiken, deren Input mehr aus Absichten und Worten denn aus Ressourcen(-verlagerungen) besteht. Dies ist bei großer Regelungsdichte, der nur begrenzten Publizität jedes Ereignisses, einer relativen Ohnmacht gegenüber den gesamten marktmäßigen Ressourcenbewegungen oder der Winzigkeit im Verhältnis zu dem, was der Markt getan hätte, oft eine Falle für Erwartungen und Evaluationen. Ohne übertriebene Erwartungen (bzw. ihre Verbreitung) hätte manche Politik jedoch kaum Signalwirkung haben können, anfangs und kurzfristig vielleicht auch gar nicht wirken können.

(4) *Gegensteuerungen* von Betroffenen, Verlierern bzw. anderen Interessengruppen werden durch die als Erfolgsbedingung notwendige Propaganda besonders schnell und deutlich aktiviert; im übrigen sind sie wohl immer anzunehmen. Durch gegensteuerndes rationales Verhalten anderer können

¹⁵ Chesney, J. D.: The politics of regulation: An assessment of winners and losers. In: Inquiry 19, 3, 235-245 (1982).

¹⁶ Chesney, op. cit., S. 244; Elkin, S. L.: Regulation as a political question. In: Policy Sciences 18, 95-108 (1985).

Wirksamkeiten vermindert und eventuell wieder ein status quo ante hergestellt werden, wie z. B. durch ‚Selbsteinweisungen‘. Der längerfristige Erfolg des Bayern-Vertrags war durch Gegensteuerungen aus dem Arzneimittel- und Krankenhaussektor beeinträchtigt; in diesem Sinne kann der Bayern-Vertrag als ein historisches Ereignis im Jahre 1979 angesehen werden, das auch Folgewirkungen hatte¹⁷.

(5) *Kollektivanreize* — das ist ein Specificum des Bayern-Vertrags — bei Steuerungspolitiken scheitern bisweilen daran, daß ausgabenwirksame Entscheidungen auf der einzelwirtschaftlichen Ebene fallen; globalere Steuerungspolitiken müssen daher immer mit einem Effektivitätsschwund rechnen; mikroökonomische Regulationen mögen effektiver sein, wie dies anhand der Zuschlagszahlung zum ambulanten Operieren nachweisbar ist.

(6) *Die Routinedatenlage* der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik läßt nur die Ermittlung recht grober Erfolge oder Mißerfolge zu und auch nur in Bereichen, in denen vorliegende Daten zielgerecht verwendet werden können¹⁸. Ein politikbegleitender Routinedatenaufbau — z. B. über Krankenhauseinweisungen im Rahmen des Bayern-Vertrags — ist sicherlich ein wichtiger Sekundäreffekt. Primärdaten können meist erst nach Eintritt einer Politik für eine wissenschaftliche Evaluation genutzt werden, sofern nicht von Anfang an eine evaluativ orientierte Politik — d. h. Experimente — konzipiert werden.

(7) *Statistische Probleme* der Isolierung verschiedener Einflußfaktoren im Verlauf einer Steuerungspolitik ergänzen diesen Katalog von Faktoren, die zum Nicht-Effekt-Problem beitragen; auf weitere (methodische) Probleme kann hier nicht eingegangen werden.

Bremseffekte und Umwege: Viele ökonomische Evaluationsverfahren wurden anhand von Einzelprojekten in Entwicklungsländern getestet. In Mitteleuropa und bei Gesundheitspolitiken sind andere Evaluationsbedingungen und Politikumwelten gegeben. Gebietskörperschaften und Selbstverwaltungen haben mit und neben Marktkräften und steuernden zentralen Bürokratien eine starke Stellung. Viele Akteure und Reakteure mit vergleichbarer Machtfülle relativieren die Wirkung einer Politik, bewirken Bremseffekte, Anpassungen, Umwege und Grenzen des Steuerungspotentials. In diesem Sinne wäre eher eine Kette von Politikern zu evaluieren, eine historische Etappe des Gesundheitswesens, als nur eine Regelung oder eine Politik. Vor allem aber auch eine Analyse mehrstufiger Verkettungen und Pfade von Effektivitätsschritten und von

¹⁷ Satzinger, W., Leidl, R., Lindenmüller, H.: The ‚anti-hospital bias‘ in West German health policy: A reaction to economic crisis or a new trend in medical care? In: Third International Conference on System Science in Health Care (Eds.: W. van Eimeren et al.). Berlin: Springer Verlag, 650-653 (1984).

¹⁸ Senglet, J.-J.: Wirkungsanalyse wirtschaftspolitischer Maßnahmen auf Grund der amtlichen Statistik? In: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik 118, 3, 313-324 (1982).

Umwegen kann vielleicht den ‚wahren‘ Effektivitäten von Steuerungspolitiken auf die Spur kommen. Effektivitätsmodelle sind jedoch oftmals zu grob und vermutete Wirkungen zu langfristig; bisweilen sind solche Modelle zu simpel und vernachlässigen indirekte Auswirkungen. Im Rahmen der Medis-Evaluation des Bayern-Vertrags wurde hierauf noch nicht eingegangen; dies wird eine Aufgabe der Zukunft sein.

4. **Schlußfolgerungen**

Vereinfachte Evaluationsverfahren sind bisweilen durchaus angebracht. Im Falle komplexer Steuerungspolitiken in komplexen Umwelten sollte eine Evaluationsstrategie jedoch zumindest drei Aspekte einschließen:

- empirische und theoretische Ermittlung eines inhaltsrepräsentativen Netzes von Effektivitätshypothesen
- Formulierung und Prüfung verschiedener Formen von Zurechenbarkeitsargumenten
- Berücksichtigung von artifiziellen sowie sachlichen Effektivitätsbremsungen und von mehrstufigen Effektivitätspfaden.

Diese drei Aspekte betonen die explorativen Evaluationsschritte zwischen der Erkenntnis des Evaluationsobjektes und Modellbildungen und Theorieentwürfen: Ermittlung, Messung und Bewertung einzelner Dimensionen aus dem Effektivitätensystem einer Steuerungspolitik mittels unterschiedlicher Ansätze, um möglichst viele räumliche, zeitliche, intensitätsbezogene, theoretische und konsenshafte Zuschreibbarkeitsevidenzen zu sammeln. Dies könnte, so ist zu hoffen, eine Grundlage sein, mit Ansätzen der empirischen Wirtschafts- und Sozialforschung zu einem besseren Verständnis über die Effektivität von Steuerungspolitiken zu gelangen und damit vielleicht zu besseren Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen.

5. **Anmerkung**

Für Datenanalysen, Einzelergebnisse und viele Anregungen möchte ich danken: Herrn Walter Satzinger, Herrn Dr. Peter Potthoff, Herrn Reiner Leidl, Herrn Dr. Jürgen John. Dank gebührt insbesondere auch den Partnern der Bayern-Vertrags-Studie, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern.

346

Sonderdruck aus:

Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
in Saarbrücken 1985

Ökonomie des Gesundheitswesens



DUNCKER & HUMBLLOT / BERLIN

Dieser Beitrag ist in den Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Neue Folge Band 159, Ökonomie des Gesundheitswesens (Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik in Saarbrücken 1985), im Jahre 1986 erschienen. Der Band enthält folgende Beiträge:

Eröffnungsplenum

Leitung: *Willi Albers*, Kiel

Eröffnung der Tagung und Begrüßung der Teilnehmer durch den Vorsitzenden der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Ernst Helmstädter, Münster 13

Norbert Blüm, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Grundsätze und Ziele der Gesundheitspolitik 19

A. J. Culyer, University of York

The Scope and Limits of Health Economics (with reference to economic appraisals of health services)

31

Philipp Herder-Dornreich, Köln

Ordnungspolitik des Gesundheitswesens — Eine analytische Grundlegung 55

Arbeitskreis 1

Gesamtwirtschaft und Gesundheitszustand

Leitung: *Udo Ernst Simonis*, Berlin

Reinhard Spree, Berlin

Veränderungen des Todesursachen-Panoramas und sozio-ökonomischer Wandel — Eine Fallstudie zum „Epidemiologischen Übergang“

73

Rudolf Demmerlein, Augsburg

Gesundheit und Konjunktur — eine ökonomische Analyse der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

101

Ph. Larde, Paris und Lille

Evaluation of effects of social and economic policy on health: Women workers and the health of children

119

Arbeitskreis 2

Gesundheitsleistungen: Ausgaben, Nachfrage und Bedarf

Leitung: *Eberhard Wille*, Mannheim

Martin Pfaff, Augsburg

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern

145

Robert E. Leu und *Reto J. Doppmann*, Basel

Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen

161

Alfred Boss, Kiel

Moral hazard als Folge der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall — Empirischer Befund und Vorschläge zur Therapie

177

Hans-Heinrich Rüschemann, Kiel

Diagnosebezogene Verweildauerstandards und Krankenhaus-Bedarfsplanung

189

Arbeitskreis 3

Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen

Leitung: *Karl-Ernst Schenk*, Hamburg

Roland Eisen und *Klaus Schrüfer*, Frankfurt/Main

Gesundheitsleistungen: Märkte, Wahlen oder Bürokraten. Ein Beitrag zu einer positiven Gesundheitsökonomik

207

<i>Günter Neubauer</i> , München	
Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung . . .	223
<i>Engelbert Theurl</i> , Innsbruck	
Zur Erklärung der marktlichen und nichtmarktlichen Organisationsformen des Gesundheitswesens — Ansätze aus der „Neuen Institutionellen Ökonomie“	241

Arbeitskreis 4

Preise und Vergütungsformen im Gesundheitswesen

Leitung: <i>Bernhard Kulp</i> , Freiburg	
<i>Theo Thiemeyer</i> , Bochum	
Das ärztliche Honorar als Preis	255
<i>Gerd Ronning</i> , Konstanz	
Eine empirische Preisanalyse für den deutschen Antibiotika-Markt	271
<i>Friedrich Breyer</i> , Heidelberg	
Ökonometrisch geschätzte Krankenhaus-Kostenfunktion und ihre Verwendung in der Krankenhausvergütung	287

Arbeitskreis 5

Neuer Wettbewerb in der ambulanten Versorgung

Leitung: <i>Clemens-August Andreae</i> , Innsbruck	
<i>Friedrich Geigant</i> , Hannover	
Niederlassung in freier Praxis — Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit?	305
<i>Wilfried Schulz</i> , München	
Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten — Einige analytische Ansatzpunkte	323
<i>Joachim Neipp</i> , Heidelberg	
Primary Care Networks als Wettbewerber mit neuer Vergütungsform: Ihre Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitssystems anhand von Erfahrungen in den USA	343

Arbeitskreis 6

Wettbewerb und Regulierung auf dem Arzneimittelmarkt

Leitung: <i>Erich Käufer</i> , Innsbruck	
<i>Peter Oberender</i> , Bayreuth	
Öffentliche Regulierung und innovative Aktivität in der pharmazeutischen Industrie . . .	357
<i>Thomas von Ungern-Sternberg</i> , Bern	
Imitative Forschung auf dem Arzneimittel-Markt	379
<i>Horst-Manfred Schellhaaß</i> , Berlin	
Ist der Wettbewerbsprozeß in der Pharmaindustrie funktionsfähig?	397

Arbeitskreis 7

Gestaltungsfragen der sozialen Krankenversicherung

Leitung: <i>Heinz Lampert</i> , Augsburg	
<i>J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg</i> , Berlin, und <i>Paul Kleindorfer</i> , Philadelphia	
Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung	413
<i>Heinz Hauser</i> , St. Gallen	
Grundzüge eines wettbewerblichen Versicherungskonzeptes für die Schweiz	435
<i>Eckhard Knappe</i> , Trier, und <i>Wilhelm Fritz</i> , Basel	
Direktbeteiligung der Patienten: Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts	449

Peter Zweifel und *Otto Waser*, Zürich
Bonus-Optionen in der Krankenversicherung: Eine mikroökonomische Untersuchung . 469

Arbeitskreis 8

Betriebsprobleme der stationären Versorgung

Leitung: *Herbert Jacob*, Hamburg

Peter Eichhorn, Mannheim

Die Übertragung betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien auf die Leitung von Universitätsklinik 485

Siegfried Eichhorn, Düsseldorf

Alternative Formen der Preisgestaltung im Krankenhaus. Theoretische Ansätze und Modellversuche 501

Reinhart Schmidt, Kiel

Zur Anpassung eines Krankenhauses an neue Preissysteme 521

Günter Sieben, Köln

Möglichkeiten und Grenzen pretialer Lenkung im Krankenhaus 539

Arbeitskreis 9

Evaluierung gesundheitspolitischer Maßnahmen

Leitung: *Karl Heinrich Hansmeyer*, Köln

Detlef Schwefel, Neuherberg

Effektivitäten von Steuerungspolitiken im Gesundheitswesen: Methodische Anmerkungen 555

Reiner Dinkel, München

Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen 569

Hans W. Gottinger, Frankfurt und Maastricht

Assessment of Social Value in the Allocation of CT Scanners 587

Schlußplenum

Leitung: *Helmut Meinhold*, Frankfurt

Klaus-Dirk Henke, Hannover

Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 611

Frank E. Münnich, München

Das Gesundheitssystem im Umbruch: Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung 631

Gérard Gäfgen, Konstanz

Ergebnisse gesundheitsökonomischer Forschung und ihre Bedeutung — Eine Zusammenfassung 649

Schlußansprache

Ernst Helmstädter, Münster 657

Anhang

Anschriften der Autoren 659