

Editorial

Die erste Formulierung politischer Konzepte erfolgt heute überwiegend unter Ausschluss der breiten Öffentlichkeit. Bei der späteren Diskussion dieser Eckpunkte, Konzepte und Gesetzesentwürfe lässt sich das nicht mehr so eindeutig sagen. Hier entscheidet neben der Einflussnahme von Interessengruppen auch die Akzeptanz in der Bevölkerung über die Durchsetzungsmöglichkeiten von Vorschlägen im politischen Raum.

Mythen kommt in diesem Zusammenhang eine mächtige Wirkung zu. Dabei ist gar nicht entscheidend, wie ein Mythos entstand, ob er zufällig aufgetaucht oder bewusst initiiert worden ist. Vielfach beweisen einzelne Mythen eine überraschende Beständigkeit, auch wenn sie in der Fachliteratur längst widerlegt worden sind. Das mag auch daran liegen, dass gesundheitspolitische Lobbyisten Mythen ständig wiederbeleben, solange dies ihren Positionen in die Hände spielt.

Deswegen wird es kaum erfolgversprechend sein, eine Objektivierung der Diskussion ausschließlich durch einen Ausgleich im freien Spiel der Interessengruppen zu erwarten. Auch Experten stoßen bei einem Abwägen der Argumente oft an Grenzen. Von einem normalen und selbst von einem überdurchschnittlich gebildeten Bürger kann man die eigenständige Demaskierung von Mythen nicht erwarten – wie die Zahlen des Gesundheitsmonitors belegen. Aus diesem Grund sind Akteure außerhalb der Interessenlandschaft zumindest zusätzlich gefragt, zu einer Entzauberung der Mythen beizutragen. Wissenschaftliche Studien sind hierfür eine notwendige Grundlage. Darüber hinaus ist eine Übersetzungsleistung notwendig, um die Botschaften in die breite Bevölkerung zu transportieren. Vielleicht kann von dort dann ein Impuls ausgehen, die Politikgestaltung zukünftig stärker an der Versorgungsrealität der Bürger zu orientieren.

Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren

Bernard Braun, Gerd Marstedt

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte folgte nicht selten Vorstellungen über menschliches Verhalten und Behauptungen über ökonomische und soziale Verhältnisse, die schon seit Jahren als Mythen kritisiert werden (Braun et al. 1998; Reiners 2010; international: CHRSF o. J.). Entsprechend ist auch die lange und teils bis heute dominante Kostendämpfungspolitik ohne den ältesten und immer noch wirksamen Mythos „Kostenexplosion“ nicht denkbar. Zumindest die Angehörigen der politischen Klasse und ein Großteil der Medien waren und sind fest von der Kostenexplosion und einer Reihe weiterer politikbegründender Mythen überzeugt – so hat es zuletzt Hartmut Reiners (2010) an vielen Beispielen gezeigt. Unbekannt ist indes, ob solche Legenden auch bis zur „Normalbevölkerung“ vordringen, verinnerlicht oder zumindest stillschweigend akzeptiert werden.

Der Grad, mit dem Mythen die Meinung der Bevölkerung beherrschen, ist für jede gesundheitspolitische Maßnahme eine wichtige Rahmenbedingung. Im aktuellen Gesundheitsmonitor wurden deshalb 1.520 gesetzlich Krankenversicherte nach ihrem Kenntnisstand und ihrer Bewertung von zumindest in der Fachöffentlichkeit allgemein bekannten Mythen gefragt. Zudem wird untersucht, wodurch die Existenz von Mythen befördert oder gehemmt wird und welche Auswirkungen die Mythengläubigkeit auf die Bewertung gesundheitspolitischer Reformvorschläge hat.

Was sind Mythen?

Um ihre Kraft und auch Langlebigkeit richtig bewerten zu können, muss man sich vergegenwärtigen, was Mythen eigentlich sind und welche Funktion sie in komplexen sozialen oder kulturellen Zusammenhängen haben.

Der polnische Sozialphilosoph Leszek Kolakowski hebt in seiner Definition hervor, der Mythos sei „keineswegs gleichbedeutend mit einer falschen Geschichte“, definiere sich aber auch „nicht durch seine historische Genauigkeit“. In Anlehnung an Roland Barthes kann man Mythen charakterisieren als Umwandlungen komplexer sozialer oder geschichtlicher Sachverhalte in einfachere, scheinbar



naturhafte Zustände, bei denen immer „einiges unter den Tisch“ fällt. Mythen „bringen Dinge auf den Punkt; Detailprobleme würden ablenken; wir müssen nicht informiert werden über die Schweißausbrüche und Wadenkrämpfe des Sisyphos“ (alle Zitate aus Obendiek 2000). Eine der wichtigsten Funktionen vieler Mythen ist es schließlich, „menschliche Erfahrung in einer Form, die allgemein verständlich ist und leicht tradiert werden kann“, zu formulieren und zu verbreiten.

Mythen als Hirngespinnste, simple Manipulationen oder „hinterlistige“ Verschwörungen abzutun, hieße sie erheblich zu unterschätzen. Es kommt vielmehr darauf an, in jedem Fall zu zeigen, welche Facette eines tatsächlich vorhandenen sozialen Sachverhalts auf den Tisch gelegt wird und was bei einer bisweilen notwendigen Reduktion von Komplexität bewusst oder unbewusst unter den Tisch fällt. Mythen sind daher bei aller Griffigkeit und Eingängigkeit nicht nur volkstümliche Formulierungen komplexer Sachverhalte, sondern inhaltlich einseitige Aussagen, welche gravierende praktische Folgen haben. Fällt also beim Thema Finanzierung des Gesundheitssystems die Einnahmenseite unter den Tisch, ist dies nicht nur eine vereinfachte und unvollständige Darstellung, sondern führt zur nahezu ausschließlichen Konzentration der Gesundheitspolitik auf die Ausgabenseite.

Welches sind die wesentlichen Mythen in der Gesundheitspolitik?

Mythos „Kostenexplosion“ und „wettbewerbsgefährdende Lohnnebenkosten“

Zu den Klassikern der gesundheitspolitischen Mythen gehören die „Kostenexplosion“ und die zu hohen „Lohnnebenkosten“. Ihre praktische Relevanz ergibt

sich daraus, dass sie entweder das Finanzvolumen für andere wichtige gesellschaftliche Aufgaben verringern oder die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen im Ausland und damit Arbeitsplätze gefährden.

Im Fall der Kostenexplosion wird die Tatsache auf den Tisch gelegt, dass der für jeden Zahler konkret erfahrbare Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) quasi seit Jahrzehnten steigt. Unter den Tisch fällt, dass sich der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zwischen den Jahren 2000 und 2008 dank der Kostendämpfungspolitik zwischen 6,3 und 6,8 Prozent bewegt (AOK-BV 2010). Der davon abweichende Wert von 7,1 Prozent für das Jahr 2009 (ebd.) beruht – aufgrund des stabilen Volumens der GKV-Ausgaben – ausschließlich auf der einmaligen Abnahme des BIP. Selbst der Anteil aller Gesundheitsausgaben, also der GKV-Ausgaben plus aller privaten Aufwendungen für Gesundheitsdienstleistungen, liegt zwischen 2000 und 2008 lediglich zwischen 10,3 und 10,5 Prozent des BIP (GBE-Bund 2010). Von einzelnen Ausreißerjahren abgesehen, liegt der Anstieg der Gesundheitsausgaben damit immer unterhalb des BIP-Wachstums (Sozialpolitik-aktuell o. J.).

Auch fallen andere entscheidende Ursachen für die Beitragssatzerhöhungen in der GKV oft unter dem Tisch: Lohnstagnation, Arbeitslosigkeit, die Zunahme atypischer Tätigkeiten mit relativ niedrigem beitragsfähigem Einkommen oder zuletzt der relative Schwund der Mittelschichten bei stagnierendem Einkommen (Goebel et al. 2010), kurz die Einnahmeprobleme der GKV.

So berechtigt die Sorge ist, dass Deutschland als Exportweltmeister vielleicht wegen zu hoher Arbeitskosten Wettbe-

werbsprobleme bekommt, so richtig ist auch, dass die Arbeitgeberbeiträge zur GKV speziell in den exportorientierten Wirtschaftszweigen mit knapp fünf Prozent zu den gesamten Arbeitskosten (diese machen in der Industrie, mit abnehmender Tendenz, nur noch rund 20% der Gesamtkosten aus) und so mit weniger als einem Prozent zu den Gesamtkosten eines Produktes beitragen (vgl. ausführlich Braun et al. 1998: 96 f.; Niehoff und Braun 2010: 179 ff.).

Selbst die Versuche, einem Teil der Anbieter im Gesundheitswesen überzogene „Gewinnmacherei“ zulasten des Wirtschaftsstandorts vorzuwerfen, treffen nur teilweise ins Schwarze. Wer nämlich unter den Tisch schaut, stellt fest, dass zwar die absoluten Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung Jahr für Jahr steigen, ihr Anteil an allen GKV-Ausgaben sich aber seit Jahrzehnten zwischen 17,1 und 17,8 Prozent auf- und abbewegt.

Mythos „medizinisch-technischer Fortschritt“

Dem „medizinisch-technischen Fortschritt“ oder allgemeiner der „Medizin“ werden in der Gesundheitspolitik oft zusammen mit der „demografischen Entwicklung“ widersprüchliche Rollen zugewiesen. Einerseits soll durch die scheinbar unvermeidbare Kostenentwicklung der GKV-Beitragssatz in den Jahren 2040 und 2050 irgendwo zwischen 15,5 Prozent (Prognose 1998 für das Jahr 2040) und 39,5 Prozent liegen (vgl. alle Prognosen aus dem Jahr 2000 in Schlender et al. 2004). Damit würde es unter sonst unveränderten Umständen unausweichlich, Leistungen zu rationieren. Andererseits gilt der Fortschritt aber auch als der entscheidende Faktor, der in der Vergangenheit wie auch künftig maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage beiträgt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass ein erheblicher Teil alter und neuer Innovationen keinen nachgewiesenen bzw. keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen Leistungen hat (BMJ 2008). Der Anteil von Leistungen, für die es 2008 einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab, schwankt je nach Bewertungsschärfe zwischen 34 und 43 Prozent.

Ob große Impfprogramme in der Vergangenheit oder gentechnische Untersuchungen heute: Der Einfluss medizinisch-technischer Innovationen auf die gesundheitliche Lage wird erheblich überschätzt. Früher waren es sozialhygienische Maßnahmen, die lange vor der Entdeckung und Anwendung von Impfstoffen z. B. die Sterblichkeit bei Cholera verringerten (McKeown 1982). Aktuell zeigen erste seriöse empirische Studien über die vor zehn Jahren abgeschlossenen Arbeiten an der Genom-„Landkarte“ und die darauf aufbauenden gentechnischen Interventionen, dass der Nutzen selbst für die Vorhersage von Risiken (noch) gering ist (Paynter et al. 2010).

Mythos „nachfragerinduziertes Angebot“

Wer „Kosten- bzw. Ausgabenexplosion“ sagt, hat meistens auch eine Erklärung parat, welches oder wessen Verhalten maßgeblich dazu beiträgt: Etwa Versicherte oder Patienten, die sich wie Freibiertrinker verhalten oder auch „Ärzte-Hopping“ betreiben und damit zu Leistungsmissbrauch neigen. Allen gemein ist die Annahme, dass das Umlageversicherungssystem und der so genannte Homo oeconomicus zu einer kaum zu sättigenden Nachfrage nach notwendigen, aber auch nicht notwendigen gesundheitlichen Leistungen führen, Stichwort „Moral Hazard“.

Bei diesem Argument werden ebenfalls viele Sachverhalte sorgsam unter der

Oberfläche gehalten, etwa die Rolle, welche die mangelnde Transparenz des Gesundheitssystems bei diesen Verhaltensweisen spielt, oder dass viele der angeblich zur Nutzen- oder gar Genussmaximierung nachgefragten Leistungen weder angenehm noch ungefährlich sind. Angesichts der immer noch herrschenden Informations- und Definitions-Asymmetrie zwischen Anbietern und nachfragenden Patienten vertreten viele Gesundheitswissenschaftler und -ökonomien die Meinung, dass das Leistungsgeschehen in der GKV von einer anbieterinduzierten Nachfrage (vgl. sehr differenziert Cassel und Wilke 2001) dominiert wird.

Mythos „Verwaltungsausgaben der GKV“

Zur Fokussierung auf das gerade skizzierte angebliche Verhalten von GKV-Versicherten gehört auch die Kritik an den zu hohen und überproportional wachsenden „Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen“. Richtig ist, dass jeder Euro für Verwaltungspersonal nicht mehr zur gesundheitlichen Versorgung zur Verfügung steht. Richtig ist aber auch, dass sich die Nettoverwaltungsausgaben seit Jahrzehnten zwischen fünf und sechs Prozent aller Leistungsausgaben bewegen und auch niemals „explodiert“ sind. So stiegen sämtliche Nettoverwaltungsausgaben der GKV von 2006 auf 2007 um 0,32 Prozent und lagen damit unter den Zuwachsraten der Leistungsausgaben oder der Inflationsrate (BMG 2010). Die Vorstellung, der Bürokratieaufwand in privaten Krankenversicherungsunternehmen sei geringer, erweist sich spätestens im direkten Vergleich als einer der Mythen über die PKV. Selbst der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Verband 2009) beziffert für 2009 den Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten an sämtlichen Ausgaben der PKV mit 14,6 Prozent (absolut: 3,318 Mrd. von 22,8 Mrd. Euro).

Mythos „demografische Entwicklung“

Ein großer Teil des Diskurses über die „demografische Entwicklung“ gehört zu den wirkmächtigsten Mythen. „Alt und älter = kränker = teurer“ kann aber nur überzeugen, wenn eine Fülle bekannter Sachverhalte ignoriert werden (vgl. RKI et al. 2009). So gibt es international wie national hochevidente Hinweise, dass der Anteil der gesunden Jahre bei älter werdenden Menschen zunimmt, steigende Kosten im Alter nichts mit den Lebensjahren, sondern mit der häufigeren Nähe zum Tod zu tun haben. Ganz im Gegenteil sogar, das individuelle Risiko einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sinkt seit Jahren und die Versorgung älterer Menschen kostet in vielen Staaten ohne für sie erkennbare Nachteile weniger.

Mythos „Ärztmangel“

Die Debatte um den „Ärztmangel“ und seine Ursachen folgt größtenteils der Linie, relativ unbedeutende aktuelle Tendenzen aufzubauchen, indem sie einfach linear hochgerechnet werden, wichtige Informationen weglassen oder eine nach Subgruppen oder Regionen differenzierte Diskussion vernachlässigen. Es wird jedoch kaum thematisiert, dass weltweit nur fünf andere Länder weniger Einwohner pro Arzt aufweisen als Deutschland: 1991 entfielen auf einen Arzt 346 Einwohner, 2007 waren es nur noch 224 (Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005). Über die Notwendigkeit dieser Arztdichte gibt es jedoch nur wenige Diskussionsbeiträge. Im Jahr 2008 stieg immerhin, wie in fast allen Vorjahren, die Zahl der im Bundesgebiet tätigen Ärzte an, nämlich auf 319.697. Dies waren 4.785 mehr als im Vorjahr, was einer Zuwachsrate von 1,5 Prozent entspricht (BÄK 2009).

Seit 1991 ist die Anzahl der berufstätigen Ärzte bei einer etwa gleich groß bleiben-

den Bevölkerung um rund 30 Prozent gestiegen (Angaben Statistisches Bundesamt zit. nach KBV 2009). Der Anteil der deutschen Medizinerinnen und Mediziner, die davon ins Ausland gehen, stieg von 1.439 im Jahr 2001 auf 3.065 im Jahr 2008 (2007: 2.439). Ein Drittel davon waren ausländische Mediziner, die in ihre Heimatländer zurückkehrten (BÄK 2009a). In diesen Jahren ließen sich zudem jährlich zwischen 1.302 und 1.971 ausländische Ärzte in Deutschland nieder (Kopetsch 2007). Und auch der Anteil der Mediziner, die nicht in Arztpraxen oder Kliniken arbeiteten, war 2008 mit 8,6 Prozent genauso hoch wie 1994 (BÄK 2009b).

Welche Mythen sind bei der Bevölkerung angekommen?

Mythen entstehen sehr oft im „kleinen Kreis“ von Fachleuten und Politikberatern und beherrschen eine ganze Weile überwiegend Expertendiskurse. Sie sollen aber größere Teile der Bevölkerung erreichen, deren Verständnis komplexer Zusammenhänge fördern, deren Erwartungen und Forderungen an die Gesundheitspolitik beeinflussen und damit auch Zustimmung zu einer Politik erzeugen, die sich auf die Aspekte „auf dem Tisch“ konzentriert. Welche gesundheitspolitischen Mythen in welchem Ausmaß bei der Bevölkerung angekommen sind, war bisher weitgehend unbekannt. Für die folgenden Analysen konzentrieren wir uns auf die 1.520 Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen, die im Rahmen des aktuellen Gesundheitsmonitors befragt wurden.

Mythos „Kostenexplosion“

Der älteste Mythos ist zumindest als Begriff dem größten Teil der Bevölkerung bekannt: 75 Prozent haben ihn schon öfter, 19 Prozent einmal und sechs Prozent noch nie gehört. Am bekanntesten

ist die „Kostenexplosion“ bei den ab 65-Jährigen. Von ihnen haben rund 90 Prozent schon öfter und darüber hinaus acht Prozent mindestens einmal von ihr gehört. Signifikant unbekannter ist der Begriff dagegen bei den bis zu 39-Jährigen, von denen elf Prozent erklärten, noch nie davon gehört zu haben. Was außer dem Terminus bei der Bevölkerung angekommen und hängen geblieben ist, zeigt die Zustimmung zu den Aussagen, bei denen sich, so der Fragetext, „Experten streiten ..., ob die mit der ‚Kostenexplosion im Gesundheitswesen‘ angesprochenen Sachverhalte tatsächlich so zutreffen“ (Abbildung 1).

Hier ist zunächst der relativ hohe Anteil von rund 30 bis 45 Prozent der Bürger bemerkenswert, der nicht weiß, was er zu den Aussagen sagen soll oder die angesprochenen Sachverhalte nicht beurteilen kann. Zwischen einem Viertel und fast 60 Prozent der GKV-Versicherten stimmen aber Aussagen zu, die Mythen sind.

Welche Faktoren oder Verhaltensweisen sind aus Sicht der Bevölkerung Ursachen der „Kostenexplosion“ oder auch nur des normalen Kostenanstiegs? Dies konnten die Befragten durch die Wahl der drei für sie wichtigsten Ursachen aus einer Liste

von sechs Möglichkeiten zum Ausdruck bringen (Abbildung 2). Die Zustimmung zu den drei Aussagen, die Mythen darstellen, fällt sehr unterschiedlich aus: 57 Prozent zählen die massiv gestiegenen Verwaltungskosten der Krankenkassen zu den wesentlichen Ursachen des Kostenanstiegs, 38 Prozent den medizinisch-technischen Fortschritt und schließlich noch 19 Prozent unangemessen hohe Honorare oder Einnahmen von Ärzten und Kliniken.

Diese Schwankungen gibt es auch bei den Aussagen, die keine Mythen darstellen: 82 Prozent entschieden sich für die unangemessen hohen Gewinne der Pharmaindustrie, 48 Prozent für zu viele unnötige Untersuchungen oder wirkungslose Behandlungen und 46 Prozent für die gesunkenen Einnahmen der GKV als Hauptursachen der Kostenentwicklung.

Mythen „medizinisch-technischer Fortschritt“ und „demografische Entwicklung“

Die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts und der Medizin werden sehr hoch eingeschätzt und oft auch überschätzt. Hinzu kommt dann aber eine in der Gesundheitsdebatte oft zu beobachtende und in der Praxis

Stimmt es, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen... (in Prozent)

...Ärzte/Kliniken unangemessen hohe Gewinne verschaffen	24,2	30,4	45,4
...andere öffentliche Ausgaben massiv beeinträchtigen	25,5	29,6	44,9
...letztlich auch Arbeitsplätze bei uns gefährden oder vernichten	32,7	22,6	44,0
...erheblich stärker als in anderen Wirtschaftsbereichen ansteigen	57,7	13,2	29,1
	ja	nein	weiß nicht/kann nichtbeurteilen

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 1

folgenreiche Konzentration auf unerwünschte Auswirkungen einer eigentlich positiv zu bewertenden Entwicklung. Die für wahrscheinlich gehaltenen großen Erfolge „der Medizin“ etwa bei der Verlängerung der Lebensdauer werden, wenn es um die ältere Bevölkerung geht, eher als Zunahme einer scheinbar naturhaften und zwangsläufigen Morbiditätslast mit unerwünschten Kostenfolgen dargestellt. Obwohl zwischen einem

Viertel und über der Hälfte der Befragten meinen, viele Krankheiten seien bald heilbar, und fast 90 Prozent der Medizin eine positive Rolle bei der Verlängerung der Lebenserwartung zuschreiben, sehen 80 Prozent altersspezifisch ansteigende Krankheitsrisiken und Kosten (Abbildung 3). Lebensverlängerung erscheint so als mehr Zeit mit Krankheit und nicht überwiegend als mehr gesunde Jahre und relativ gute Lebensqualität.

Mythos „nachfragerinduziertes Angebot“

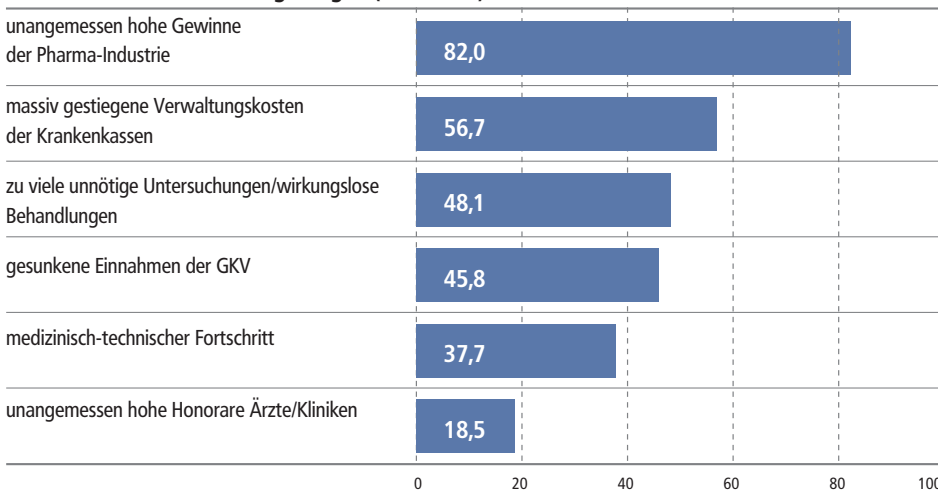
Wie stark tragen die Ansprüche und Erwartungen vieler Versicherter an die medizinische Versorgung zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei? Eine deutliche Mehrheit folgt bei dieser Frage dem Mythos über die treibende Kraft der Versicherten oder Patienten. 59 Prozent antworten mit „sehr viel“ und „eher viel“, 30 Prozent sehen das Verhalten von Patienten als „eher wenig“ oder „sehr wenig“ entscheidend an, und die restlichen elf Prozent der Befragten wissen hierzu nichts zu sagen.

Diese eindeutige Überschätzung der individuellen Nachfrage für den Erhalt von medizinischen Leistungen und dadurch ausgelöste Kosten wird spätestens dann bedeutsam, wenn es darum geht, ob die Gesundheitspolitik bei den Versicherten oder den Leistungsanbietern ansetzt, wenn es darum geht, Ausgaben wirksam zu dämpfen.

Mythos „Ärztemangel“

Der Erwartung eines in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern schon in naher Zukunft zu erwartenden „Ärztemangels“ stimmen 37 Prozent der befragten GKV-Versicherten zu. 58 Prozent meinen außerdem, der Arztberuf sei „wegen schlechter Verdienste und hoher Arbeitsbelastungen für viele unattraktiv geworden“. Sogar 67 Prozent teilen die Meinung, „ein sehr großer Anteil der Medizinstudenten“ ginge nach Studienabschluss „zur Berufsausübung ins Ausland oder arbeitet in Verbänden oder Pharmaunternehmen“, was alles in allem wesentlich zum Ärztemangel beitrage. Viele der Befragten sehen dennoch die Wirklichkeit des „Ärztemangels“ sehr viel realistischer und stimmen der Position zu, die Ärzte wären nur regional ungleich verteilt (62%). Jeder Vierte findet zudem es würde viel zu wenig

Ursachen für die Kostensteigerungen (in Prozent)

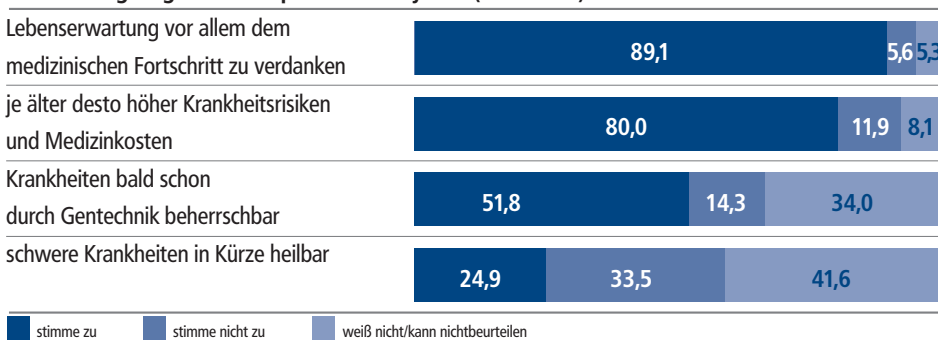


Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

Zustimmung zu gesundheitspolitischen Mythen (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 3

BertelsmannStiftung

über die Delegation ärztlicher Leistungen an speziell ausgebildete Krankenschwestern nachgedacht.

Was fördert oder hemmt die Existenz von Mythen in der Bevölkerung?

Die Frage, ob und wie häufig oder intensiv sich Mythen in das gesundheitspolitische Alltagsbewusstsein der Bevölkerung einfügen und sowohl das Verständnis der Wirklichkeit als auch das Verhalten oder Handeln beeinflussen, ist vielschichtig. Welche Faktoren die Verbreitung von Mythen in der Bevölkerung fördern oder hemmen, soll im Folgenden untersucht werden. Dazu werden plausible Hypothesen für 15 ausgewählte Mythen geprüft. Dabei werden nur Zusammenhänge genannt, die statistisch signifikant ($p < 0,05$) sind. Bei den im Fragebogen zur Abstimmung gestellten Mythen handelt es sich um fünf der bereits skizzierten und bewerteten Mythen, nach denen unterschiedlich differenziert gefragt wurde:

Mythos „Kostenexplosion“:

- „Kostenexplosion“ ist im Gesundheitswesen stärker als in anderen Wirtschaftsbereichen.
- Sie gefährdet oder vernichtet bei uns Arbeitsplätze.
- Sie beeinträchtigt andere öffentliche Ausgaben.
- Sie führt zu hohen Gewinnen für Ärzte und Kliniken.
- Der medizinisch-technische Fortschritt ist wesentliche Ursache der Kostenexplosion.
- Ursachen sind auch unnötige Untersuchungen und sinnlose Behandlungen.
- Ursachen sind ferner massiv angestiegene Verwaltungskosten der Krankenkassen.

Mythos „nachfragerinduziertes Angebot“:

- Ansprüche und Erwartungen von Versicherten beeinflussen die Kostenentwicklung stark.

Mythos „medizinisch-technischer Fortschritt“:

- Schwere Erkrankungen sind durch den „medizinisch-technischen Fortschritt“ in Kürze heilbar.
- Er bewirkt eine längere Lebensdauer.
- Gentechnik wird auch unheilbare Erkrankungen heilen.

Mythos „Ärztmangel“:

- Es gibt bei uns einen „Ärztmangel“.
- Grund dafür ist der unattraktive Arztberuf.
- Grund ist auch, dass Medizinabsolventen ins Ausland gehen oder in Behörden arbeiten.

Mythos „demografische Entwicklung“:

- Je älter die Bevölkerung wird, desto kränker ist sie und umso teurer die Versorgung.

Die Empirie zu drei ausgewählten hemmenden oder fördernden Faktoren von Mythen sieht wie folgt aus:

- Die Annahme, Teilnehmer an den diversen Sonderprogrammen in der GKV (z. B. Disease Management Programme) seien interessierter am Gesundheitswesen und daher vor Mythen gefeit, bestätigt sich nicht. Im Hinblick auf zwei Mythen sind diese Versicherten wesentlich involvierter als diejenigen ohne Programm erfahrung, bei zwei weiteren Mythen bestätigt sich allerdings der angenommene Zusammenhang.
- Wer annimmt, Kenner der Patientenrechte säßen weniger Mythen auf, liegt richtig. Bei insgesamt vier Mythen sind diese informierten Versicherten deutlich weniger empfänglich als Befragte, die sagen, ihre Patientenrechte nicht so gut

zu kennen. Bei einem Mythos ist dies anders und bei zehn gibt es keine signifikanten Unterschiede.

- Die Frage, ob sich Kassenwechsler so gut über das Gesundheitswesen informiert haben, so dass sie eher weniger Legenden folgen, lässt sich für einen Mythos bejahen, bei zwei anderen aber nicht.

Die Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen: Die hier ausgewählten Gruppen sind durchweg von mehr oder weniger vielen Mythen beeinflusst. Entgegen unseren Hypothesen schützt intensives Informationsverhalten nicht vor Mythen, ebenso wenig wie Kassenwechsler davor gefeit sind. Bei ihnen findet sich sogar eine sehr starke Fixierung. Weitere Analysen dieser Art zeigen zudem, dass PKV-Versicherte empfänglicher sind für die ausgewählten Mythen als GKV-Versicherte, und dass Mythen bei Beitragszahlern verbreiteter sind als bei Mitversicherten.

In Anbetracht der großen Bedeutung, die einem aktiven Informationsverhalten auf dem Weg zum mündigen Patienten beigemessen wird, wurde außerdem untersucht, ob die häufige Lektüre der gängigen Informationsquellen (Krankenkassenzeitschriften, Tageszeitungen, kostenlose Apothekenzeitschriften, Fernseh- und Radiosendungen sowie mündliche und schriftliche Informationen von Ärzten) den Glauben an Mythen beeinflusst. Schaut man sich dies für die genannten 15 Mythen an, ergibt sich ein klares und inhaltlich eindeutiges Ergebnis. Die Nutzer all dieser Informationsquellen sind insgesamt betrachtet nicht weniger mythengläubig als die jeweiligen Nichtnutzer, sondern oft hochsignifikant mehr.

Wir wollen nun der Frage nachgehen, ob es Bevölkerungsgruppen gibt, die besonders stark nicht nur einzelnen, sondern

mehreren Mythen zum Gesundheitswesen Glauben schenken. Auch hier ließen sich verschiedene Hypothesen aufstellen, etwa dass ein höheres Bildungsniveau mit mehr Durchblick einhergeht, oder dass eine frühere oder aktuelle Tätigkeit im Gesundheitswesen auch aufklärerische Effekte mit sich bringt.

Zunächst haben wir sieben Mythen ausgewählt, die deutlicher als die übrigen Tatsachen behaupten, die in dieser generalisierten Form nicht zutreffen.

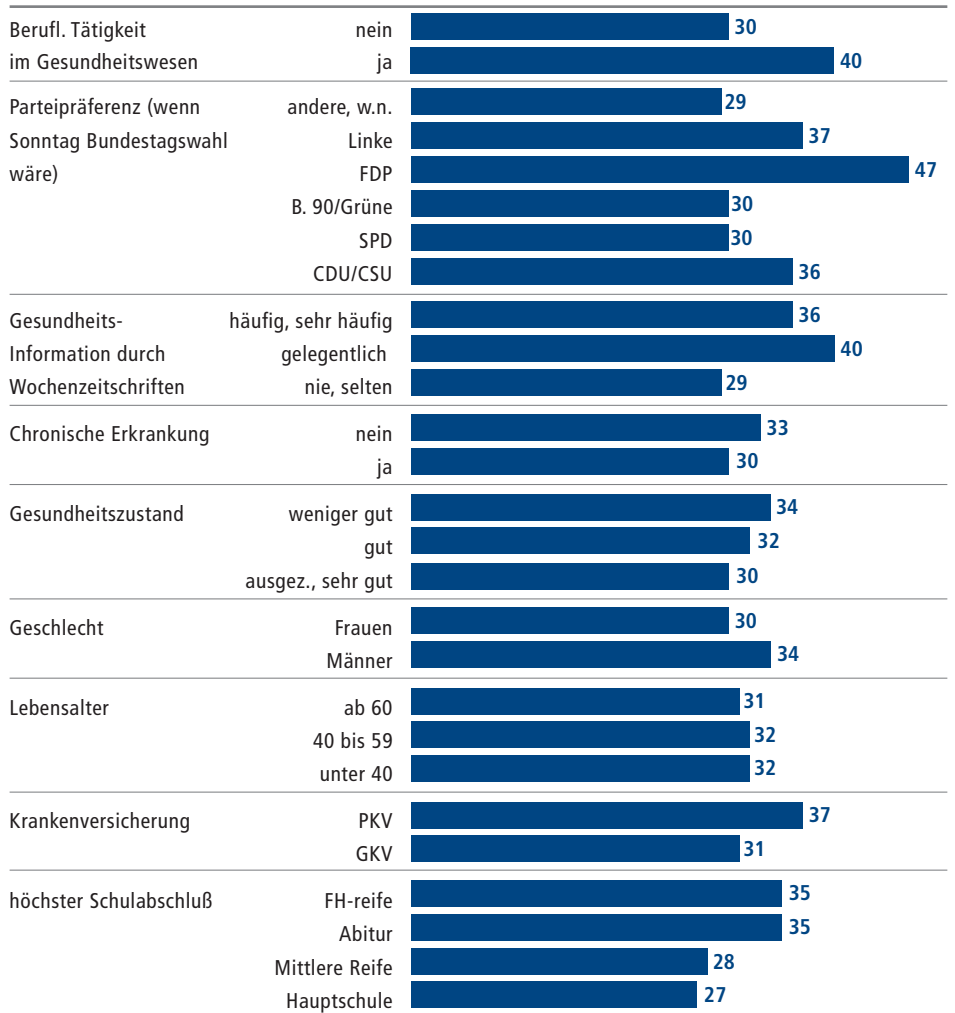
„Was ist Ihre Meinung:

Stimmt es, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen

- ...erheblich stärker ansteigen als in anderen Wirtschaftsbereichen;
- ...letztlich auch Arbeitsplätze bei uns gefährden oder vernichten;
- ...andere öffentliche Ausgaben (Verkehr, Bildung usw.) massiv beeinträchtigen.“
- Wir haben in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern schon in naher Zukunft zu wenige Ärzte.
- Der Arztberuf ist für viele unattraktiv geworden wegen schlechter Verdienste und hoher Arbeitsbelastungen.
- Dass Menschen heute sehr viel länger leben als vor 100 oder 200 Jahren, verdanken wir in erster Linie dem medizinischen Fortschritt.
- Je älter die Menschen werden, umso höher sind ihre Erkrankungsrisiken und damit zwangsläufig die Kosten für ihre medizinische Versorgung.

Die „Stimme zu“-Antworten wurden addiert und ein Summen-Indikator gebildet. Auf dieser Basis wurden zwei Gruppen gebildet, wobei für die folgenden Analysen nur die Extremgruppe interessant ist, die fünf oder mehr der sieben Mythen für zutreffend hält. Diese Gruppe macht etwa ein Drittel (32%) der Gesamtstichprobe aus.

Befragte, die einer größeren Anzahl von Mythen glauben – nach ausgewählten Merkmalen (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.531

Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

Um zu überprüfen, ob die so definierte „Mythengläubigkeit“ in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders stark ausgeprägt ist, wurden bi- und auch multivariate Analysen gerechnet. Abbildung 4 zeigt zunächst, dass die meisten sozialstatistischen Merkmale nur wenig differenzieren. Lediglich drei Merkmale weichen relativ stark ab. Einer größeren Zahl von Mythen glauben Befragte mit einer Berufstätigkeit im Gesundheitswesen,

solche, die sich gelegentlich zu Gesundheitsfragen in Wochenzeitschriften informieren und die größte Mythengläubigkeit herrscht bei Anhängern oder Sympathisanten der FDP vor.

Eine höhere Schulbildung zeigt überraschenderweise keinen Effekt. Allerdings ist noch einmal daran zu erinnern, dass die eingangs vorgestellten Mythen nicht nur in der Boulevard- und Regenbogen-

presse verbreitet werden, sondern durch- aus auch in seriösen und akademiker- nahen Medien zu finden sind. Dass Beschäftigte im Gesundheitswesen so anfällig für Mythen sind, überrascht zunächst ebenfalls. Vor allem weil einige der Mythen sehr stark den Beschäfti- gungssektor „Gesundheit“ attackieren. Eine Erklärung, die wir allerdings nicht wasserdicht belegen können, liegt mög- licherweise darin, dass Befragte hier der publizierten öffentlichen Meinung mehr Glauben schenken als beruflichen oder ständischen Interessenbekundungen aus den Reihen ihrer Verbände.

Dass Anhänger der Freien Demokrati- schen Partei sehr viel häufiger (47%) Mythen aufzusitzen scheinen als Sympa- thisanten von SPD oder Bündnis 90/Die Grünen (jeweils 30%), könnte man damit erklären, dass etliche der daraus ableit- baren politischen Maximen ihre ideolo- gische Heimat noch am ehesten in der parteipolitischen Programmatik und Rhetorik der FDP haben. Das wiederum würde heißen, dass sich dieses Ergebnis bei einer anderen Mythenauswahl viel- leicht nicht bestätigen würde.

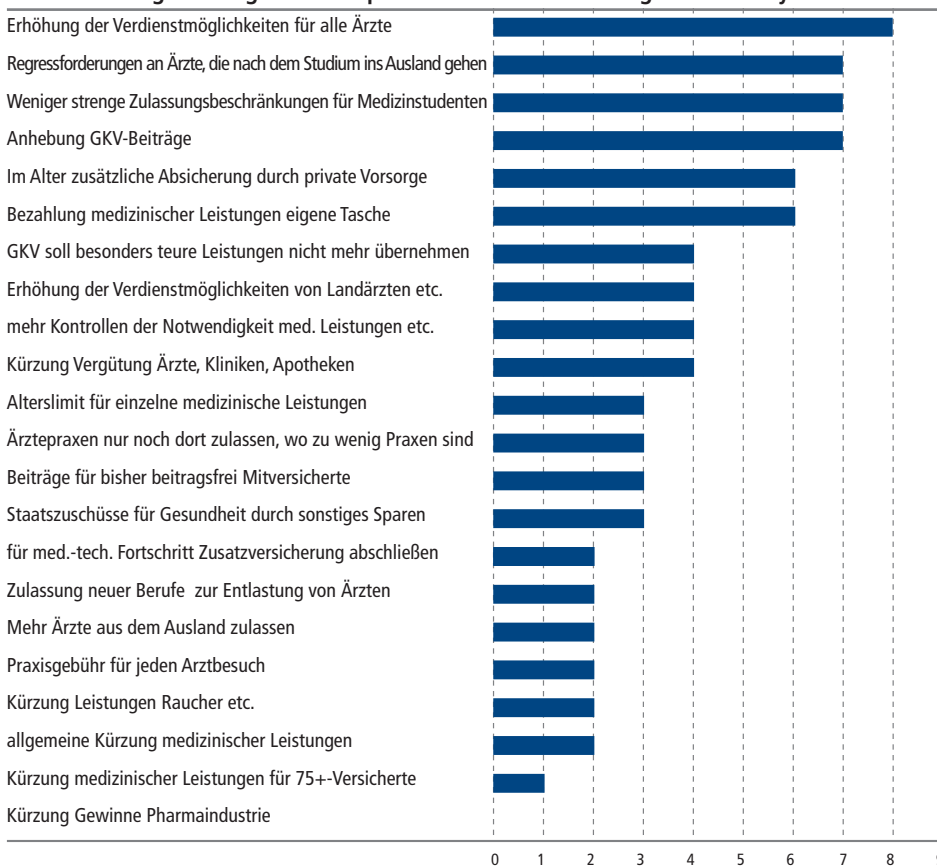
Unsere multivariate Regressionsanalyse bestätigt die Zusammenhänge zwischen Mythengläubigkeit und Berufstätigkeit sowie FDP-Anhängerschaft noch einmal. Für die abhängige Variable „Zustimmung zu fünf oder mehr von sieben ausgewähl- ten Mythen“ wurden folgende signifikante Odds-Ratios (OR) errechnet. Für die FDP-Anhänger (Referenzgruppe: andere Parteien, weiß nicht) wurde ein OR von 2,2 und für Beschäftigte im Gesundheits- wesen wurde ein OR von 1,6 ermittelt.

Welche Auswirkungen haben Mythen auf die Bewertung gesundheitspolitischer Reformvorschläge in der Bevölkerung?

Ob Mythen auch gesundheitspolitische Erwartungen oder Forderungen der Bevölkerung beeinflussen, soll abschlie- ßend untersucht werden. Dazu wird ana- lysiert, ob es Zusammenhänge zwischen der Mythengläubigkeit und der Zustim- mung zu einigen radikalen Ideen bzw.

Reformvorschlägen gibt, um den Kosten- anstieg einzugrenzen oder eine vermeint- lich unangemessene Inanspruchnahme von Leistungen abzuwehren. Stimmen beispielsweise GKV-Versicherte, die befürworten, dass künftig mehr medizi- nische Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlt werden, auch häufiger einem oder mehreren Mythen zu? Oder, trifft dies auch auf Versicherte zu, die befürchten, dass sie in ihrem Alter nicht mehr die heutigen Leistungen erhalten werden oder die den solidarischen Aus- gleich zwischen Jung und Alt für unge- recht halten?

Zusammenhang von 22 gesundheitspolitischen Reformvorschlägen und 15 Mythen

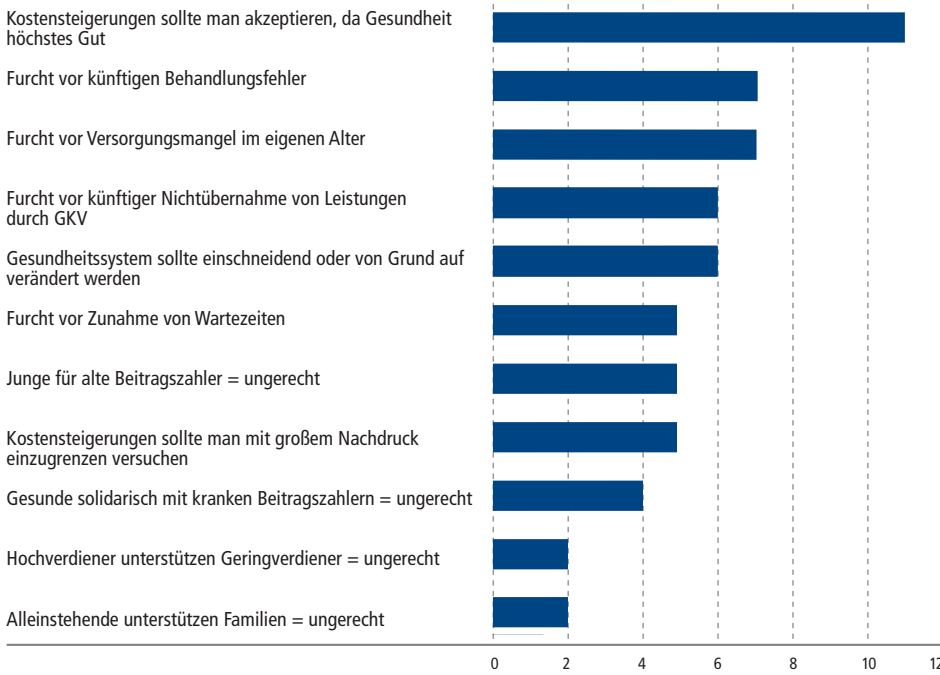


Anzahl der Mythen, die sich signifikant* auf die Zustimmung zu den Einstellungen etc. auswirken
 * in dieser Übersicht gingen nur Werte ein, die mindestens ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ haben

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 5

Zusammenhang von gesundheitspolitischen Einstellungen und Bewertungen und 15 Mythen



Anzahl der Mythen, die sich signifikant* auf die Zustimmung zu den Einstellungen etc. auswirken
*in dieser Übersicht gingen nur Werte ein, die mindestens ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ haben

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 6

BertelsmannStiftung

Die Analyse zeigt: Die Zustimmung zu den 22 gesundheitspolitischen Reformvorschlägen in Abbildung 5 hängt mehr oder weniger mit der Orientierung an Mythen zusammen. Die Übersicht zeigt, wie viele der bereits bekannten 15 Mythen jeweils statistisch signifikant mit der Zustimmung zu den einzelnen Reformvorschlägen assoziiert sind. Die größte Rolle spielen Mythen beim Vorschlag, die Verdienstmöglichkeiten für alle Ärzte zu erhöhen. Diejenigen GKV-Versicherten, die alle Ärzte mehr verdienen lassen wollen, orientieren sich gleichzeitig an acht der 15 Mythen. Am anderen Ende glauben die Versicherten, welche dem Vorschlag folgen, die Gewinne der Pharmaindustrie zu kürzen, an keinen einzigen der Mythen.

Unterscheidet man die Reformvorschläge grob nach deren Geldorientierung (z. B. Anhebung der GKV-Beiträge oder Bezahlung medizinischer Leistungen aus eigener Tasche) und Leistungsbezogenheit (z. B. Kürzung von Leistungen für Raucher oder für über 75-jährige Versicherte), sind bei den Befragten, die dem ersten Typ zustimmen, durchweg mehr Mythen mit im Spiel als bei den Befragten, die z. B. Leistungskürzungen positiv gegenüber stehen.

Sieht man sich außerdem die elf allgemeinen gesundheitspolitischen Einstellungen und Bewertungen an, die im Gesundheitsmonitor abgefragt wurden (Abbildung 6), hängen auch diese teilweise mit der Orientierung an Mythen zusammen. Der stärkste Zusammenhang

zeigt sich für die Einstellung, Kostensteigerungen bei Gesundheit solle man akzeptieren, da es dabei um das höchste Gut gehe. Wer dem zustimmt, orientiert sich gleichzeitig signifikant an elf der 15 untersuchten Mythen. Aber auch bei diversen Befürchtungen über künftige Entwicklungen spielt eine ganze Reihe von Mythen eine Rolle. Relativ wenig Einfluss haben sie allerdings, wenn es darum geht, die vier Solidarprinzipien (Junge für Alte, Gesunde für Kranke, Hochverdiener für Geringverdiener, Alleinstehende für Familien) als ungerecht zu beurteilen.

Fazit

Eine große Zahl von Mythen ist im Bewusstsein der GKV-Versicherten angekommen. Schaut man sich genauer an, welche Teilgruppen besonders empfänglich oder aber eher immun sind, ergibt sich ein teils unerwartetes und differenziertes Bild. Die Erwartung, dass ein aktives und aufgeklärtes Verhalten im Gesundheitssystem (z. B. Inanspruchnahme von speziellen Programmen oder Nutzung der Kassenvahlfreiheit) die Übernahme von Mythen hemmt, muss teilweise revidiert werden. Dass häufige Nutzer einer Vielzahl von Informationsquellen nicht weniger, sondern eher stärker anfällig sind, wirft einige Fragen auf. Dass das Bildungsniveau keine besonders große Rolle für eine „aufgeklärte“ Haltung gegenüber Mythen spielt, ist insofern nicht verwunderlich, als gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Themen im Bildungssystem kaum behandelt werden. Dass aber darüber hinaus auch ein intensiveres Informationsverhalten über verschiedene Medien nicht aufklärerisch wirkt, sondern im Gegenteil den Mythen-Glauben verstärkt, gibt Anlass, darüber nachzudenken, wie Versicherte und Patienten über Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens informiert werden können.

Zwar gibt es bereits eine „Patienten-Universität“, an der sich Bürger intensiv über das Herz-Kreislauf-System, Erkrankungen der Atemwege und viele andere medizinische Themen informieren können (www.patienten-universitaet.de). Auch bieten Einrichtungen, wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Bundesärztekammer oder auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung fundierte Beiträge über Krankheiten, ihrer Prävention und Therapie im Internet an. Eine gute und systematische, nicht von Mythen durchsetzte Informationsquelle über Rahmenbedingungen und Finanzierungsmodalitäten, Akteure und Interessenbindungen im Gesundheitswesen sucht man unseres Wissens jedoch – von einzelnen Beiträgen zu bestimmten Themen in den Medien einmal abgesehen – bislang vergeblich.

Mythen sind nicht nur als Denkfiguren bei vielen Versicherten angekommen. Sie beeinflussen ihrerseits eine Reihe von wichtigen gesundheitspolitischen Einstellungen und fördern auch die Zustimmung zu zahlreichen radikalen gesundheitspolitischen Lösungsvorschlägen. Für eine rationale und soziale Gesundheitspolitik ist es daher notwendig, sich aktiv mit den am weitesten verbreiteten Mythen auseinanderzusetzen und Aufklärung zu betreiben. Dies muss allerdings inhaltlich und formal anders aussehen als es bei den derzeit am meisten genutzten Informationsangeboten geschieht.

Konkret könnte dies heißen, dass etwa der GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den der GKV eigenen (z. B. WIdO, WINEG) oder nahen Instituten ein dem kanadischen Projekt der „Mythbusters“ vergleichbares Angebot (z. B. „Vorsicht Mythos“) im Internet einrichtet und laufend erweitert. Dessen Inhalte könnten in

den kasseneigenen Mitgliedszeitschriften verbreitet oder auch anderen Medien zur Verfügung gestellt werden.

Zudem sollten die gesetzlichen Krankenkassen bemüht sein, die Evidenz-Maßstäbe, die sie zunehmend an die Solidität von Vorschlägen und Handlungen von Leistungsanbietern anlegen, auf sich selber anzuwenden bzw. systematisch durch Dritte anlegen zu lassen und deren Erkenntnisse auch selbstkritisch zu verbreiten. Eine Rubrik „Wie evidenzbasiert sind Argumente und Handlungen der GKV?“ für Mitgliedszeitschriften und Publikumsmedien könnte die Evidenz mancher Position und Handlung (z. B. relativ niedrige Verwaltungskosten) unterstreichen. Und natürlich ließen sich hier auch die Verkürzungen oder Einseitigkeiten von Floskeln wie der über „steigende Morbiditätslasten im Alter“ aufarbeiten.

Literatur

- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2010): Zahlen und Fakten 2008 2009. Berlin (www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/info/nonperiodika/zahlen_und_fakten_web.pdf).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2009): Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128.
- BÄK (2009a): Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128.7137.
- BÄK (2009b): In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128.7133.
- BMG (2010): Gesetzliche Krankenversicherung. Personal- und Verwaltungskosten 2007 (Ergebnisse der GKV-Statistiken). www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Kennzahlen-und-Faustformeln/PersonalVerwaltungskosten2007,templateId=raw,property=publication-File.pdf/PersonalVerwaltungskosten2007.pdf.
- BMJ (British Medical Journal) (Hrsg.) (2008): Clinical Evidence Handbook. Dezember 2008.
- Braun, Bernard, Hagen Kühn und Hartmut Reiners (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Frankfurt am Main.
- Cassel, Dieter, und Thomas Wilke (2001): Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health 4 (9), 331–348 ([duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/ DerivateServlet/Derivate-5195/gesetz.pdf](http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5195/gesetz.pdf)).
- CHRSF (Canadian Health Services Research Foundation) (o.J.): Mythbusters. (www.chrsf.ca/mythbusters/index_e.php).
- Felder, Stefan (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. In: Gesundheit und Gesellschaft-Wissenschaft (GGW) 4 (8) Oktober, 23–30 (http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_1008.pdf).
- Ferber, Liselotte von (2000): Arzneimittelverordnungen: Patienten erwarten nicht immer ein Rezept. In: Dtsch Arztebl 97 (26) A-1794 / B-1518 / C-1416 (www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=23529).
- Francis, Nick A. et al. (2009): Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. In: British Medical Journal 339:

- b2885 (www.bmj.com/cgi/reprint/339/jul29_2/b2885).
- GBE-Bund (2010): Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. ? (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre (www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwd/evkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=52363624&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=40187602).
 - GEK-Gesundheitsreport (2003): Ergebnisse der Auswertung zum Schwerpunktthema Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem. Schwäbisch Gmünd. (http://media.gek.de/downloads/magazine/Gesundheitsreport03kurz_GEK.pdf).
 - Goebel, Jan, Martin Gornig und Hartmut Häußermann (2010): Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. Wochenbericht Nr. 24/2010 vom 16. Juni 2010 (www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.357505.de/10-24-1.pdf).
 - KBV (2009): Struktur der Ärzteschaft zum 31.12. 2008. <http://daris.kbv.de/daris.asp>.
 - Kopetsch, Thomas (2007): Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung: Daten, Fakten, Trends. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. <http://daris.kbv.de/daris.asp>.
 - McKeown, Thomas (1982): Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt am Main.
 - Niehoff, Jens-Uwe, und Bernard Braun (2010): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. 2. Auflage. Baden-Baden.
 - Obendiek, Edzard (2000): Was der Mythos verschweigt (www.diss-duisburg.de/DJ_00_6/Beitraege/Obendiek_Mythos.htm).
 - Paynter, Nina P., Daniel I. Chasman, Guillaume Paré, Julie E. Buring, Nancy R. Cook, Joseph P. Miletich und Paul M. Ridker (2010): Association Between a Literature-Based Genetic Risk Score and Cardiovascular Events in Women. In: JAMA 303 (7), 631–637.
 - PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.) (2009): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009 (www.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2008_2009.pdf).
 - Prognos (1998): Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland. Gutachten für den Verband deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften, Band 9. Frankfurt am Main.
 - Reiners, Hartmut (2010): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern.
 - RKI (Robert Koch Institut)/Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)/Statistisches Bundesamt (StatBA) (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. http://www.rki.de/cln_169/nn_196910/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter__gesundheit.html?__nnn=true.
 - Schlander, Michael, Oliver Schwarz und Christian Thielscher (2004): Gesundheitsausgaben in Deutschland: Eine Makroökonomische Analyse ihrer langfristigen Finanzierbarkeit. In: Gesundheitsökonomie – Eine Langfristorientierung. Hrsg. Beate Kremin-Buch, Fritz Unger, Hartmut Walz, Eveline Häusler. Sternenfels 2005. 83–129.
 - Schneider, Werner, und Norbert Schmacke (2003): Die Reform der Reformen. Zur ordnungspolitischen Neujustierung des Gesundheitssektors. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 9/2003, 1081–1090.
 - Sozialpolitik-aktuell.de (o. J.) Entwicklung des BIP, der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen 1995–2005. www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensamm- lung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf.
 - Statistisches Taschenbuch Gesundheit (2005). Wiesbaden.

Webtipp

Online-Arztuche: AOK und Weisse Liste starten Pilotprojekt

Die Weisse Liste und die AOK entwickeln gemeinsam ein nicht-kommerzielles Internetportal, das Patienten und Versicherte bei der Arztuche unterstützen soll. Dazu haben sie Ende Mai ein Pilotprojekt in Berlin, Hamburg und Thüringen gestartet. AOK-Versicherte aus den drei Pilotregionen können seitdem unter www.aok-arzt-navi.de an einer wissenschaftlich fundierten Online-Befragung zu ihren Ärzten teilnehmen und ihre Erfahrungen als Patienten einbringen. Die Ergebnisse der Befragung bilden die Grundlage für das neue Arztuchportal, das ab Herbst 2010 veröffentlicht wird. Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten und Verbraucherorganisationen.

Die Befragung wurde in einem mehrstufigen Verfahren wissenschaftlich entwickelt und validiert. Erstmals waren an der Entwicklung neben wissenschaftlichen Experten sowohl Patienten- als auch Ärzterevertreter beteiligt. Der Online-Fragebogen besteht aus rund 30 Fragen zu den Themenbereichen „Praxis und Personal“, „Arztkommunikation“ und „Behandlung“. Freitextbewertungen sind nicht möglich, um Verunglimpfungen von Ärzten auszuschließen.

Ab Herbst 2010 werden in der Online-Arztuche die Befragungsergebnisse aus den drei Pilotregionen abrufbar sein. Danach sollen Schritt für Schritt Ergebnisse aus ganz Deutschland in das Portal einfließen. Nach der Entwicklungsphase sollen sich auch andere Krankenkassen an dem Projekt beteiligen können.



-
-
- **weisse Liste**
-

Weitere Informationen finden sich unter: www.weisse-liste.de oder www.aok-arzt-navi.de.

Bertelsmann Stiftung

Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de

Redaktion

Dr. Jan Böcken,
Dr. Juliane Landmann

Autoren

Dr. Bernard Braun
(Universität Bremen),
Dr. Gerd Marstedt
(Universität Bremen)

Kontakt

Heike Clostermeyer
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de