

Warten auf Operationen – ein internationaler Vergleich

14

Rigmar Osterkamp

In etlichen europäischen und außereuropäischen (Industrie-)Ländern ist es im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens nicht möglich, eine nicht lebensnotwendige Operation zu einem Zeitpunkt durchführen zu lassen, der von Arzt und Patient im individuellen Fall jeweils für optimal gehalten wird. Vielmehr muss man auf derartige Operationen warten, wobei die Wartezeiten in vielen Fällen erheblich sind und Monate, ja Jahre betragen können. In Deutschland und manchen anderen Industrieländern sind derartige Wartezeiten dagegen (noch) unbekannt. Der Artikel stellt zunächst das Ausmaß der Wartezeiten im internationalen Vergleich dar und fragt dann, worin die Ursachen für Wartezeiten liegen, inwiefern Wartezeiten ein Übel sind und ob die in Deutschland anstehenden Reformen des Gesundheitswesens ebenfalls zu Wartezeiten führen könnten – oder sollten.¹

Wie Tabelle 1 zeigt, stellen Wartezeiten auf nicht lebensnotwendige Operationen in den aufgeführten 17 europäischen und vier außereuropäischen Ländern nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel dar: in 14 von 21 Ländern muss auf Operationen gewartet werden. Davon ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung betroffen. In Finnland, Neuseeland und Großbritannien warten über 2% der Bevölkerung auf eine Operation. Die durchschnittlichen Wartezeiten sind beträchtlich. Auf Katarakt-Operationen wartet man in Großbritannien im Schnitt länger als ein halbes Jahr, in Finnland auf eine orthopädische Operation ein halbes Jahr, in Norwegen auf plastische Chirurgie ein Dreivierteljahr.

Die in Tabelle 1 angegebenen Wartezeiten sind Durchschnittswerte, die jedoch im Einzelfall noch weit länger sein können. In Großbritannien beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf die in Tabelle 1 aufgeführten Operationen zwar »nur« etwa ein halbes Jahr. Aber immerhin ein Viertel aller Patienten muss sich länger als 18 Monate gedulden, um in einer Klinik behandelt zu werden.

In den meisten Industrieländern mit erheblichen Wartezeiten auf nicht lebensnotwendige Operationen ist das Warten streng und transparent in Form von Wartelisten durchorganisiert. Nicht nur die niedergelassenen Ärzte, sondern auch ihre Patienten können sich im Internet über die bei den einzelnen Krankenhäusern und den für sie in Frage kommenden Eingriffsarten gegenwärtig vorherrschenden Wartezeiten informieren. Diese veröffentlichten Fristen, wie sie auch in Tabelle 1 wieder-

gegeben werden, beziehen sich allerdings in der Regel nur auf die Wartezeit nach Eintrag in die Liste. Um eingetragen zu werden, ist eine Überweisung vom Hausarzt an eine Klinik notwendig, die eine Diagnose stellt und über die Aufnahme in die (ihre) Liste entscheidet. Sollte der Patient nicht in das Verzeichnis aufgenommen werden, kann er sich von seinem Hausarzt an eine andere Klinik zur Diagnose überweisen lassen. Die für die Aufnahme in die Liste erforderliche Klinik-Diagnose ist allerdings in vielen Fällen ebenfalls mit Wartezeiten verbunden. Diese Zeiten, die ebenfalls Monate betragen können, sind in den veröffentlichten Wartelisten nicht erfasst.

In gewisser Weise gibt es vor nicht lebensnotwendigen Operationen immer und überall, auch in Deutschland, Wartezeiten, nämlich dadurch, dass Arzt und Patient Testergebnisse, das Resultat nicht-operativer Behandlungsmethoden und die Weiterentwicklung der Krankheit abwarten müssen, bis sie die Entscheidung fällen können, dass eine Operation – und dann meist eine »Operation jetzt« – für den Patienten die beste Behandlung darstellt. Das in den Wartelisten zum Ausdruck kommende Warten ist aber von diesem unvermeidbaren und auch sinnvol-

¹ Prof. Volker Schumpelick, ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Aachen, hat mich – bezüglich der Situation in Deutschland – vor einigen voreiligen bzw. realitätsfernen Schlussfolgerungen bewahrt. Meine Kollegen Wolfgang Ochel und Martin Werding haben in anderer Hinsicht kritische Einwände vorgebracht. Doris Weissberger, cand. rer. pol. an der Universität Trier, hat diese Arbeit durch anregende Diskussionsbeiträge bereichert und durch exzellente Datenrecherchen ermöglicht. Meinen Dank verbinde ich mit dem Hinweis, dass verbleibende Fehler und Unzulänglichkeiten nur mir anzulasten sind.

Tab. 1
Warten auf Operationen

	Wartezeiten	Prozentsatz der Bevölkerung auf Wartelisten	Katarakt-Operation	Wartezeit in Tagen Orthopädische Operation	Plastische Chirurgie
Australien	ja	0,9%	73 Tage	53 Tage	24 Tage
Belgien	nein	-	k.A.	-	-
Dänemark	ja	k.A.	184 Tage	k.A.	k.A.
Deutschland	nein	-	-	-	-
Finnland	ja	2,5%	60 - 360 Tage	180 Tage	k.A.
Frankreich	nein	-	-	-	-
Griechenland	ja	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Großbritannien	ja	2,1%	190 Tage	165 Tage	113 Tage
Irland	ja	0,7%	k.A.	k.A.	k.A.
Italien	ja	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kanada	ja	1,6%	70 Tage	48 Tage	46 Tage
Luxemburg	nein	-	-	-	-
Neuseeland	ja	2,2%	k.A.	k.A.	k.A.
Niederlande	ja	0,9%	112 Tage	98 Tage	168 Tage
Norwegen	ja	0,9%	139 Tage	160 Tage	246 Tage
Österreich	nein	-	-	-	-
Portugal	ja	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Spanien	ja	0,4%	59 Tage	66 Tage	63 Tage
Schweden	ja	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Schweiz	nein	-	-	-	-
USA	nein	-	-	-	-

Angaben überwiegend für Ende 2001.

Quellen: 1. OECD, Health Data 2001. - 2. Zusammenstellung aus nationalen Quellen: Australien: www.aihw.gov.au/publications/nse/wtesa99-00/index.html; Großbritannien: www.doh.gov.uk/waitingtimes; Irland: www.doh.ie/pdfdocs/bedrept.pdf; Kanada (British-Columbia): www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl; Norwegen: www.npr.no/inforent/index.html; Spanien: www.msc.es/insalud/leg.leg.asp.

len diagnostischen Warten unabhängig und geht darüber hinaus. Es findet in der Regel statt, **nachdem** der für den Patienten in medizinischer Sicht günstigste Operationstermin eingetreten bzw. verstrichen ist.

Zu einem derartigen, über das Diagnostische hinausgehenden Warten kann es in manchen Fällen auch in Deutschland kommen, z.B. wenn die Patienten sich von einem bestimmten Spezialisten operieren lassen wollen, wenn es sich um eine Organtransplantation handelt oder bei Schmerztherapien. Auch bei einigen Sparten niedergelassener Ärzte, z.B. Augenärzten, gibt es Wartezeiten. Sie stellen aber (bisher) eher die Ausnahme dar, sind vom Umfang und ihrer medizinischen und politischen Bedeutung her mit den Wartezeiten in Großbritannien, Norwegen oder Neuseeland nicht vergleichbar und werden auch nicht – wie dort – in Form von veröffentlichten Wartelisten organisiert.

Worin liegen die Gründe für das Warten auf Operationen?

Letztlich besteht der Grund für Warteschlangen – ob man auf Operationen, auf Bedienung am Postschalter oder auf das Auto aus einer neuen Modellreihe wartet – immer in mangelnden Kapazitäten. Allerdings besteht zunächst einmal keine direkte Beziehung zwischen der Höhe der Kapazitäten und der Länge der Warteschlange. Vielmehr entscheidet die Höhe der Kapazitäten über die **Veränderung** der Länge. Ist die Kapazität, zum Beispiel pro Woche, kleiner als der Neuzugang in dieser Periode, verlängert sich die Schlange; ist die Kapazität größer, verkürzt sie sich. Eine im Zeitverlauf unverändert lange Warteschlange ergibt sich also dann, wenn die (Wochen-)Kapazität genau dem (wöchentlichen) Neuzugang entspricht. Somit ist

ein und dieselbe Kapazität mit unterschiedlichen Längen der Warteschlange vereinbar. Eine einmal eingetretene sehr lange Warteschlange kann also bei gegebenem Neuzugang nur dann erheblich abgebaut werden, wenn die Kapazitäten während einer längeren Phase größer sind als der Neuzugang.

Berücksichtigt man hingegen, dass die Neuzugänge pro Periode in der Regel – so auch bei Operationen – nicht immer gleich sind, sondern zufällig größer oder kleiner ausfallen, können Warteschlangen auch dann entstehen, wenn die Kapazität für den **durchschnittlichen** Neuzugang ausreicht. In dem Fall besteht tatsächlich eine Beziehung zwischen der Höhe der Kapazität und der Länge der (durchschnittlichen) Warteschlange. Diese so verursachten Warteschlangen sind aber nur vorübergehender Natur, denn sie werden in Perioden schwächeren Neuzugangs wieder abgebaut. Warteschlangen im Gesundheitswesen sind aber typischerweise ein Dauerphänomen und werden zwischenzeitlich nicht immer wieder auf null gebracht.

Schließlich gibt es auch die umgekehrte Wirkung, nämlich von der Länge der Warteschlange auf die erforderliche Kapazität. Je länger nämlich die Warteschlange ist, desto mehr Wartende geben während des Wartens auf bzw. beginnen gar nicht erst zu warten, so dass die erforderliche Kapazität umso geringer sein kann, je länger die Warteschlange ist. Dieser Effekt ist beim Warten auf Operationen von besonderer Bedeutung (siehe weiter unten und die Box).

Die im Folgenden betrachteten Indikatoren für die Kapazität nationaler Gesundheitssysteme können diese nur grob charakterisieren und lassen zudem noch keinen direkten Rückschluss auf etwaige Warteschlangen zu.

Die Gesundheitsaufwendungen insgesamt als Anteil am BIP sind in den Ländern ohne Warteschlangen deutlich größer (im Durchschnitt 9,4%) als in den Ländern mit Warteschlangen (im Durchschnitt 8,0%). Ein erheblicher Unterschied zeigt sich auch, wenn man die Zahl der Akut-Betten vergleicht (5,2 zu 3,3 pro 1 000 Einwohner). Vergleichende Zahlen für das Operationspersonal in Krankenhäusern stehen nicht zur Verfügung. Nimmt man statt dessen die Zahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner, so ist der Unterschied zwischen den beiden Ländergruppen (3,2 bzw. 2,9) gering. Allerdings gehen die hohen Werte in Italien und Griechenland auf Sonderfaktoren zurück. Lässt man die beiden Länder in der Berechnung unberücksichtigt, ergibt sich für die Länder mit Warteschlangen ein Wert von 2,6 (statt 2,9), so dass die Differenz zu 3,2 etwas größer ist.

Tab. 2
Indikatoren für die Kapazität des Gesundheitswesens

	Wartezeiten	Gesamt- aufwendungen für Gesundheit, in % des BIP	Krankenhaus- Akut-Betten pro 1000 Einwohner	Zahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner	Durchschn. Arzteinkommen im Verhältnis zum Durchschn.-Eink. der Erwerbstätigen
		(1)	(2)	(3)	(4)
Australien	ja	8,6%	3,9	2,5	2,2
Dänemark	ja	8,3%	3,3	2,9	2,0
Finnland	ja	6,9%	2,6	3,1	1,8
Griechenland	ja	8,4%	k.A.	4,1	k.A.
Großbritannien	ja	6,8%	2,4	1,7	1,4
Irland	ja	6,8%	2,9	2,3	1,1
Italien	ja	8,2%	4,9	5,8	1,1
Kanada	ja	9,3%	3,2	2,1	3,6
Neuseeland	ja	8,1%	k.A.	2,2	3,9
Niederlande	ja	8,7%	3,6	2,9	k.A.
Norwegen	ja	9,4%	3,2	2,7	1,7
Portugal	ja	7,7%	3,3	3,1	k.A.
Spanien	ja	7,0%	k.A.	2,9	k.A.
Schweden	ja	7,9%	2,6	2,8	1,6
Durchschnitt		8,0%	3,3	2,9	2,0
Belgien	nein	8,6%	k.A.	4,0	1,3
Deutschland	nein	10,3%	6,5	3,4	4,2
Frankreich	nein	9,4%	4,3	3,0	1,9
Luxemburg	nein	6,0%	5,5	2,6	k.A.
Österreich	nein	8,0%	6,3	3,7	k.A.
Schweiz	nein	10,4%	5,6	3,2	2,1
USA	nein	12,9%	3,1	2,7	5,5
Durchschnitt		9,4%	5,2	3,2	3,0

Angaben überwiegend für 1999.
Quellen: WHO, World Health Report 2000 (für Spalten 1 und 2); Eurostat, Key Data on Health 2000 (für Spalte 3); OECD, Health Data 2001 (für Spalte 4).

Nicht nur die materiellen und personellen Kapazitäten, auch die Motivation des medizinischen Personals ist für die Frage von Bedeutung, in welchem Umfang die potentiell nutzbaren Kapazitäten für Operationen tatsächlich mobilisiert werden. Es liegt nahe anzunehmen, dass hier die Einkom-

den Output der Gesundheitssysteme betrachtet, wobei hier vor allem die Zahl der durchgeführten Operationen von Interesse ist. Dabei sind allerdings internationale Vergleiche der hier betrachteten Länder nur für (einige Arten von) Herzoperationen möglich. Tabelle 3 zeigt sehr deutliche Unterschiede in der

men der Ärzte eine wichtige Rolle spielen. Man würde vermuten, dass die Arzthonorare (hier im Verhältnis zum Durchschnittseinkommen aller Erwerbspersonen) in den Ländern ohne Warteschlangen höher sind als in den Ländern mit Warteschlangen. Der Vergleich der beiden Ländergruppen (Tab. 2, letzte Spalte) geht dann auch tatsächlich in diese Richtung (2,0 gegenüber 3,0). Allerdings ist der Wert für die Länder ohne Warteschlangen stark abhängig von den im internationalen Vergleich sehr hohen (durchschnittlichen) Einkommen der Ärzte in den USA und – an zweiter Stelle – in Deutschland.² Andererseits sind die Einkommen der Ärzte in den »Wartezeitenländern« Kanada und Neuseeland ebenfalls vergleichsweise hoch.

Ein Rückschluss auf die vorhandenen Kapazitäten ist auch möglich, wenn man den Output der Gesundheitssysteme betrachtet, wobei hier vor allem die Zahl der durchgeführten Operationen von Interesse ist. Dabei sind allerdings internationale Vergleiche der hier betrachteten Länder nur für (einige Arten von) Herzoperationen möglich. Tabelle 3 zeigt sehr deutliche Unterschiede in der Zahl der pro 1 Mill. Einwohner durchgeführten Herzoperationen zwischen den Ländern mit und den ohne Wartezeiten.

Tab. 3
Herzoperationen (Anzahl pro 1 Mill. Einwohner)

	Wartezeiten	Koronare Arterien- operation	Herzklappen- operation	Herz- transplantation	Herz- katheter	davon: Herzgefäß- operation (PTCA)
Australien	ja	k.A.	k.A.	4	1337	905
Dänemark	ja	414	84	6	1274	297
Finnland	ja	687	157	6	1598	353
Griechenland	ja	373	96	0	956	191
Großbritannien	ja	426	89	5	1363	295
Irland	ja	415	119	1	2206	294
Italien	ja	288	150	3	1500	220
Kanada	ja	k.A.	k.A.	5	904	700
Neuseeland	ja	k.A.	k.A.	3	1698	556
Niederlande	ja	756	98	3	2840	859
Norwegen	ja	381	50	5	1211	390
Portugal	ja	202	121	0	876	153
Spanien	ja	191	153	6	1472	315
Schweden	ja	764	117	3	1906	547
Durchschnitt		445,2	112,2	3,6	1510,1	433,9
Belgien	nein	719	240	12	4206	1132
Deutschland	nein	632	204	6	4620	1344
Frankreich	nein	352	182	6	1751	584
Luxemburg	nein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Österreich	nein	477	181	16	2976	732
Schweiz	nein	557	215	5	2873	833
USA	nein	k.A.	k.A.	8	4401	3389
Durchschnitt		547,4	204,4	8,8	3471,2	1335,7

Angaben überwiegend für 1999.
Quellen: Eurostat, Key data on Health 2000; OECD, Health Data 2001.

Die aufgeführten Indikatoren können die vorhandenen Operationskapazitäten zwar nur grob charakterisieren. Aber dennoch untermauern sie die plausible Vermutung, dass die Kapazitäten der Gesundheitssysteme, vor allem die Kapazitäten für Operationen, in den Ländern mit Wartezeiten geringer sind als in den Ländern ohne.

Diese »Erklärung« von Wartezeiten durch unzureichende Kapazitäten ist jedoch vordergründig. Denn es stellt sich die Frage, warum die Kapazitäten in manchen Ländern so niedrig gehalten wurden, dass sich erhebliche Wartezeiten heraus bildeten. Als Erklärungsfaktoren kommen vor allem die Finanzierungsquellen des öffentlichen Gesundheitswesens in Frage. Tabelle 4 enthält

² Zumindest im Falle Deutschlands beziehen sich die Angaben der OECD offensichtlich nur auf die Einkommen der niedergelassenen Ärzte, nicht aber auf die der Krankenhausärzte.

Tab. 4
Wartezeiten und Art der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens

	Wartezeiten	Öffentliche Ausgaben für das Gesundheitswesen Anteil Steuerfinanzierung	Anteil Sozialversicherung
Australien	ja	100,0%	0,0%
Dänemark	ja	100,0%	0,0%
Finnland	ja	80,4%	19,6%
Griechenland	ja	64,8%	35,2%
Großbritannien	ja	100,0%	0,0%
Irland	ja	100,0%	0,0%
Italien	ja	100,0%	0,0%
Kanada	ja	98,9%	1,1%
Neuseeland	ja	100,0%	0,0%
Niederlande	ja	100,0%	0,0%
Norwegen	ja	100,0%	0,0%
Portugal	ja	100,0%	0,0%
Spanien	ja	12,8%	87,2%
Schweden	ja	100,0%	0,0%
Durchschnitt		89,8%	10,2%
Belgien	nein	18,7%	81,3%
Deutschland	nein	23,4%	76,6%
Frankreich	nein	3,3%	96,7%
Luxemburg	nein	17,1%	83,0%
Österreich	nein	12,4%	87,6%
Schweiz	nein	22,1%	77,9%
USA	nein	57,9%	42,1%
Durchschnitt		22,1%	77,9%

Angaben überwiegend für 1998.
 Quelle: WHO, World Health Report 2000.

die diesbezüglichen Informationen. Danach ist die Unterscheidung der beiden Ländergruppen durch die Charakterisierung nach den Finanzierungsquellen sehr trennscharf: Fast alle Länder mit Wartezeiten finanzieren ihr Gesundheitssystem (genauer: den öffentlichen Teil des Gesundheitssystems) zu 100% oder in erheblichem Maße aus Steuern, während die Mittel in der anderen Ländergruppe überwiegend aus der Sozialversicherung kommen. Offensichtlich lassen sich zusätzliche Mittel für das Gesundheitswesen durch erhöhte Beiträge zur Sozialversicherung leichter mobilisieren als durch erhöhte Steuern. Das entspricht auch der gängigen Lehrmeinung der Finanzwissenschaft und der Ökonomischen Theorie der Politik, nämlich dass der Widerstand gegen (zusätzliche) Abgaben umso geringer ist, je mehr die Abgaben an einen spezifischen Zweck gebunden sind, der den Abgabepflichtigen einleuchtet oder ihnen sogar selbst zugute kommt.

Sind Wartezeiten bei Operationen ein Übel?

In gesamtwirtschaftlicher Perspektive sind Wartezeiten dann ein Übel, wenn die gesellschaftlichen Nachteile die Vorteile

übersteigen. Dabei geht es um die Vor- und Nachteile sowohl der vom Warten betroffenen Patienten als auch der davon (jetzt) nicht Betroffenen.

Die nachteiligen Folgen, die Wartezeiten für einen Patienten mit sich bringen, können ganz unterschiedlicher Art und unterschiedlichen Ausmaßes sein. Im häufigsten Fall findet die Operation schließlich statt, aber durch ihre Verzögerung ist die Lebensqualität der Patienten – zumindest während der Wartezeit – herabgesetzt. In manchen Fällen aber kommt es aufgrund des Wartens zu keiner Operation, z.B. wenn die Patienten nach einigem Warten schließlich auf die Operation verzichten, weil sich ihre Lebensqualität dadurch nicht mehr verbessern oder gar verringern würde – während sie sich durch eine früher stattgefundene Operation verbessert hätte; oder die Patienten müssen auf die Operation verzichten, weil sie inoperabel geworden sind; oder die Patienten verzichten von vornherein auf die Einschreibung in die Warteliste, weil ihre Lebensqualität nur durch eine »Operation jetzt« verbessert werden würde. Im Extremfall sterben Patienten während der Wartezeit – wegen der nicht sogleich durchgeführten Operation³ oder aus anderen Gründen.⁴

Der Einbuße an Lebensqualität bei den einzelnen Patienten, der sehr unterschiedliche Sachverhalte zugrunde liegen können, steht nun der gesamtwirtschaftliche Vorteil der Mitteleinsparung gegenüber, die sich aus der geringeren Zahl von Operationen sowie daraus ergibt, dass Warteschlangen ein Zusammenfassen ähnlicher Operationen erlauben und auf diese Weise einen Rationalisierungseffekt bewirken. Diese Mitteleinsparung, die der gesamten Gesellschaft (Versicherungsgemeinschaft, Steuerzahlergemeinschaft, einschließlich der Patienten auf den Wartelisten) zugute kommt, ist eine Folge der Warteschlangen (vgl. Box).

Man könnte eine derartige Aufrechnung mit dem Argument ablehnen, dass Gesundheit das höchste Gut und deshalb für sie kein Preis zu hoch sei, mit anderen Worten, dass es keinen anderen – jedenfalls keinen anderen nicht gesundheitlichen – Zweck gebe, für den die eingesparten Mittel sinnvoller ausgegeben werden könnten.⁵ Allerdings müsste man erhöhte Wartezeiten dann akzeptieren, wenn die eingesparten Mittel an anderer Stelle so eingesetzt werden könnten, dass sie dort

³ Dieser Fall dürfte eigentlich nicht eintreten, denn die sofortige Durchführung lebensnotwendiger Operationen ist grundsätzlich in allen hier betrachteten Ländern garantiert. Dennoch kommen auch solche Fälle vor, da das Management der Wartelisten nicht perfekt sein kann.

⁴ In einigen Fällen mögen sich aus dem Warten auch vorteilhafte Wirkungen für einzelne Patienten ergeben. So etwa, wenn sich die Verzögerung der Operation im Nachhinein als günstig herausstellt, da eine Selbstheilung eingetreten ist; oder wenn die Verringerung der Lebensqualität durch die Verzögerung der Operation nur gering ist und der Patient aus Krankenschreibung und Lohnfortzahlung bei nur wenig eingeschränkter Aktivität zusätzlichen Nutzen zieht. Letzterer individueller Vorteil geht natürlich zu Lasten der Gemeinschaft. Vgl. dazu die Box.

⁵ Eine derartige Aussage lässt sich zwar bezweifeln, aber nicht widerlegen – ebenso wenig wie das darin enthaltende Werturteil zwingend begründet werden kann.

Box

Vorteile und Nachteile von Warteschlangen bei Operationen

Vorteile (V)	Nachteile (N)
<p>1. Vorteile für die einzelnen Wartenden: Erhöhung der Lebensqualität, falls:</p> <p>1.1 die zunächst nur verzögerte Operation schließlich nicht stattfindet, weil während des Wartens Selbstheilung eingetreten ist.</p> <p>1.2 nur geringes Leiden während des Wartens und wenig reduzierte Aktivität; dabei Arbeitsfreistellung, Lohnfortzahlung, möglicherweise Nebenverdienst.</p> <p>2. Vorteile für die Gruppe der Versicherten/Steuerzahler (Wartende und nicht Wartende):</p> <p>2.1 Geringere Systemkosten</p> <p>2.1.1 aufgrund der nicht durchgeführten Operationen (V 1.1 und N 1.2, N 1.3).</p> <p>2.1.2 aufgrund von Rationalisierung durch erhöhte Bündelung ähnlicher Operationen.</p>	<p>1. Nachteile für die einzelnen Wartenden: Reduzierung der Lebensqualität, falls:</p> <p>1.1 die Operation zwar stattfindet, aber verspätet:</p> <p>1.1.1 verlängertes, erhöhtes Leiden.</p> <p>1.1.2 verlängerter Arbeitsausfall, Verdienstaufschlag größer als Lohnfortzahlung.</p> <p>1.2 die Operation nicht stattfindet,</p> <p>1.2.1 weil sie – verspätet – keine Verbesserung der Lebensqualität mehr bringen würde.</p> <p>1.2.2 weil Patient während des Wartens aufgrund anderer Erkrankungen inoperabel geworden ist.</p> <p>1.2.3 weil Patient gestorben ist.</p> <p>1.2.3.1 wegen der verspäteten Operation</p> <p>1.2.3.2 aus anderen Gründen.</p> <p>1.3 die Operation nicht im öffentlichen, sondern im privaten Sektor stattfindet; Patient trägt die gesamten Kosten selbst.</p> <p>2. Nachteile für die Gruppe der Versicherten/Steuerzahler (Wartende und nicht Wartende):</p> <p>2.1 Höhere Systemkosten wegen des notwendigen Managements der Wartelisten.</p> <p>2.1.1 allgemeiner Verwaltungsaufwand.</p> <p>2.1.2 Einsatz von Ärzten.</p> <p>2.2 Höhere Kosten wegen wartezeitenbedingt längerem Arbeitsausfall, einschl. Lohnfortzahlung (gerechtfertig (N 1.1.2) und ungerechtfertigt (V 1.2)).</p>

die **Gesundheit** und die davon abhängige Lebensqualität mehr fördern, als Gesundheit und Lebensqualität durch Wartezeiten gemindert werden. Derartige **gesundheitsorientierte** Alternativverwendungen von Mitteln sind aber durchaus denkbar. Sie könnten z.B. den Spitzentechnologien von Operationen, der Verkehrssicherheit oder dem Umweltschutz zugute kommen. Je geringer die Wartezeiten sind und je geringer dementsprechend der Zuwachs an Lebensqualität ist, der sich aus (weiter) verringertem Warten ergibt, umso plausibler kann angenommen werden, dass sich mit alternativer Verwendung der Mittel ein größerer **gesundheitlicher** Nutzen erzielen ließe.

Neben einer solchen aufrechnenden Beurteilung von Wartezeiten ist allerdings auch die Erfahrung zu berücksichtigen, dass Warteschlangen ihre eigene Dynamik besitzen, ihre Länge nur schwer gesteuert werden kann und vor allem ihre Reduzierung von einem als zu hoch angesehenen Niveau auf akzeptablere Werte sich meist als außerordentlich schwierig erweist.

In fast allen Ländern mit Wartezeiten werden diese von der Bevölkerung als viel zu lang betrachtet. Vor Parlamentswahlen spielt die Thematik daher immer wieder eine herausragende Rolle, bringt die amtierende Regierung regelmäßig in die Defensive und veranlasst sie – ebenso wie die Opposi-

tion – eine erhebliche Reduzierung der Wartezeiten zu versprechen. Es stellt sich aber immer wieder schnell heraus, dass derartige Versprechen schwer einzulösen sind. Für England und Neuseeland sind die – überwiegend vergeblichen – Versuche, die Wartezeiten drastisch abzubauen, detailliert dokumentiert und umfassend analysiert worden.⁶

Danach liegt die Persistenz der Warteschlangen z.T. auch daran, dass die Kliniken ebenso wie das Operationspersonal ein Interesse an der Aufrechterhaltung einmal eingetretener Wartezeiten entwickeln. Für die Kliniken sind Warteschlangen – ähnlich wie Käuferschlangen für eine Firma in der Planwirtschaft – ein besonders überzeugendes Argument bei der Beantragung zusätzlicher Mittel für Investitionen. Für das Operationspersonal bieten Warteschlangen sowohl die Möglichkeit, Fälle auszuwählen und vermehrt technisch anspruchsvolle (»interessante«) Operationen durchzuführen, als auch die Möglichkeit, die Patienten, die es sich leisten können (oder wollen), in privaten Kliniken nebenberuflich zu operieren – sofern dies, wie z.B. in England (anders als etwa in Norwegen), erlaubt ist.

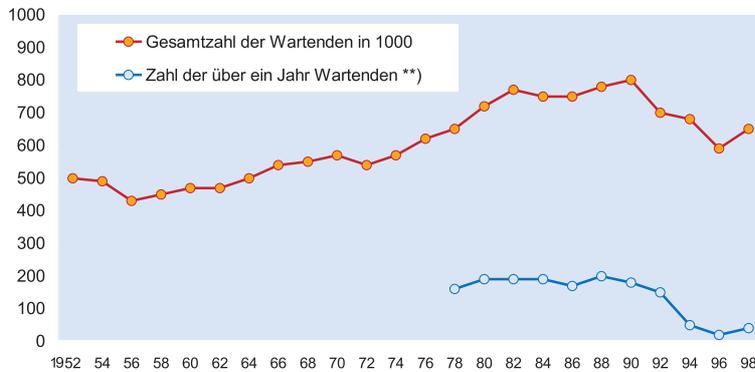
Aufgrund dieser – auch innenpolitisch relevanten – Problematik haben die Regierungen in den Ländern mit Wartezeiten versucht, die Zuweisung zusätzlicher Mittel mit der Auflage zu verbinden, dass die Wartezeiten reduziert werden. Aber auch einer solchen Zweckbindung war meist nur ein beschränkter und vorübergehender Erfolg beschieden. Die Abbildung, die die Entwicklung in Großbritannien darstellt, macht dies deutlich. Die Zahl der auf eine Operation Wartenden stieg trendmäßig von Mitte der fünfziger Jahre bis 1990 an. Während dieser Phase konnte die Zahl der Wartenden mehrfach deutlich, aber stets nur vorübergehend gesenkt werden. Erst 1990 kam es dann zu einem erheblichen und länger andauernden Rückgang, der aber 1996 endete. Seitdem ist die Zahl der Wartenden wieder im Steigen begriffen und liegt Ende 2001 sogar bei der Rekordmarke von über 1 Million. Die Zahl der länger als ein Jahr Wartenden konnte ab 1988 prozentual kräftig zurückgeführt werden, steigt aber seit 1996 ebenfalls wieder an.⁷

Ein weiterer Nachteil von Warteschlangen besteht darin, dass sie verwaltet werden müssen und dass diese Verwaltung

⁶ Für England vgl. dazu z.B. Edwards (1994), für Neuseeland z.B. Gauld und Derrett (2000).

⁷ Diese ungünstige Entwicklung hat schließlich auch dazu geführt, dass britische, aber auch z.B. niederländische Patienten jetzt in Deutschland – und anderswo im Ausland – operiert werden. Gleichzeitig wandern deutsche Krankenhausärzte ins Ausland ab.

Warten auf Operationen in Großbritannien *)



*) Die Zahlen beziehen sich auf England und Wales.
 **) Angaben erst ab 1978.

Quelle: Cullis, J.G., Jones, Ph. R. (2000).

v.a. auch von medizinischem Personal durchgeführt werden muss. Denn die Wartelisten können nicht nur schematisch nach der Reihenfolge des Zugangs abgearbeitet werden, sondern es muss auch die medizinische Dringlichkeit der Fälle immer wieder überprüft werden. Bis zu einem gewissen Grade wird also der Mangel an Kapazitäten, der die Warteliste verursacht, durch die Warteliste selbst verschärft.

Schließlich müssen bei der Beurteilung von Wartelisten auch die von ihnen ausgelösten Verteilungswirkungen berücksichtigt werden. In den Ländern mit Wartelisten wird meist argumentiert, dass Wartezeiten zu einer gleichmäßigeren Einkommensverteilung beitragen. Denn Patienten mit höherem Einkommen lassen sich in vielen Fällen privat operieren. Sie verringern dadurch sowohl die Wartezeiten für die Patienten, die sich das nicht leisten können als auch die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens, beteiligen sich aber unverändert an der Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens. Kritiker der Wartezeiten sehen dagegen in einem derartigen System eine »Zwei-Klassen-Medizin«.

Wartelisten künftig auch in Deutschland?

Warteschlangen stellen eine von mehreren möglichen Methoden der Rationierung dar. Eine andere Methode, die aus dem täglichen Wirtschaftsleben so geläufig ist, dass sie als »Methode der Rationierung« nicht immer wahrgenommen wird, ist die Rationierung über den für ein Gut oder eine Leistung zu bezahlenden Preis.

Im deutschen Gesundheitswesen wird keine dieser Methoden angewendet. Warteschlangen gibt es im Wesentlichen keine, und zwar weder für Operationen noch für eine ambulante Behandlung bei niedergelassenen Ärzten.⁸ Die Gefahr von Wartezeiten bei Operationen ist in Deutschland aller-

dings schon durchaus real geworden. Zwar gibt es Überkapazitäten bei den Betten – vor allem in kleinen Krankenhäusern mit vergleichsweise geringen Operationszahlen und hohen Kosten. Gleichzeitig wandern aber angehende Ärzte aus Deutschland ins Ausland und in nicht-medizinische Berufe ab, so dass die (Krankenhaus-)Ärzte mehr und mehr zum knappen Faktor werden, der die effektiv verfügbare Kapazität einzuschränken droht.

Auch eine Rationierung über den Preis existiert im öffentlichen Gesundheitswesen praktisch nicht, denn die Zuzahlungen sind – auch im internationalen Vergleich – eher gering. Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren einen sehr umfassenden Katalog von praktisch zuzahlungsfreien Behandlungsarten.

Zwar gibt es seit einiger Zeit auch so genannte »Individuelle Gesundheitsleistungen« (»IGEL«), die von den Kassen nicht vergütet und dementsprechend den (Kassen-)Patienten vom behandelnden (niedergelassenen) Arzt direkt in Rechnung gestellt werden. Diese sind aber nach Zahl, Umsatz und medizinischer Bedeutung vernachlässigbar.

Zweifelsohne ist ein solches System außerordentlich großzügig und ermöglicht bzw. fördert die individuell unentgeltliche, aber gesellschaftlich nicht kostenlose Behandlung – mit oder ohne Operation – auch solcher Erkrankungen, bei denen die Behandlungskosten in keinem angemessenen Verhältnis zum individuellen Nutzen – der Verbesserung der Lebensqualität – stehen.⁹ Bei diesem Vergleich sollte, wie bereits oben erwähnt, berücksichtigt werden, dass die Kosten nicht nur in dem Verzicht auf mögliche andere nicht gesundheitsrelevante, sondern auch in dem Verzicht auf mögliche andere gesundheitsrelevante Mittelverwendungen bestehen.

Unter diesen Umständen wäre es in gesamtwirtschaftlicher Perspektive vorteilhaft, eine Rationierung einzuführen bzw. die geringe vorhandene zu verstärken. In Teilen der öffentlichen Diskussion wird dies auch so gesehen. Dabei steht allerdings meist die Höhe bzw. die drohende Steigerung der Krankenversicherungsbeiträge und ihre mögliche Wirkung auf den Arbeitsmarkt im Vordergrund.¹⁰ Zwar

⁹ Dabei muss es nicht um Missbrauch im Sinne einer Regelverletzung gehen, vielmehr werden die legalen, durch das System gebotenen Möglichkeiten in Anspruch genommen (moral hazard).

¹⁰ Eine ungünstige Wirkung auf den Arbeitsmarkt geht von den (Arbeitgeber-)Beiträgen zur Krankenversicherung nur dann aus, wenn man unterstellt, dass die Löhne unabhängig von den Beiträgen der Arbeitgeber zur Krankenversicherung (oder unabhängig von sonstigen Lohn-Nebenkosten) vereinbart werden, die Arbeitgeber-Beiträge also als zusätzliches Kostenelement zu den Löhnen hinzutreten und bei Steigerungen der Beiträge die Lohnkosten erhöhen. Dies aber ist – zumindest auf lange Sicht – kaum anzunehmen. Daher dürfte die »paritätische« Finanzierung im Hinblick auf das Tragen der Beitragslast überwiegend eine Fiktion sein. Die Beitragslast bleibt – mit oder ohne paritätische Finanzierung – letztlich bei den (gesetzlich versicherten) Arbeitnehmern.

⁸ Einige Beispiele für Ausnahmen werden am Anfang des Artikels genannt.

könnten die Beiträge niedriger sein, wenn der Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen eingeschränkt(er) wäre. Die Steigerung der Beiträge ist aber als solche nicht das Problem, denn sie ist u.a. eine Folge der Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts – und somit auch geänderter Präferenzen und verstärkter Nachfrage. Wenn mehr alte Menschen mehr Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen und ihre Lebensqualität dadurch verbessern können und wenn neue Behandlungs- und Operationstechniken die Heilung oder Linderung von Krankheiten ermöglichen, die vorher nicht oder mit geringerer Wirkung behandelt werden konnten, kann ein vermehrter Mitteleinsatz in diesem Bereich – und ein verminderter Einsatz anderswo – gesamtwirtschaftlich sinnvoll sein.

Welche Art der Rationierung wäre unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten am vorteilhaftesten? Die Rationierung über Warteschlangen ist zwar durchaus wirksam (effektiv), aber nicht kostengünstig (effizient), schon allein deswegen, weil bei der Verwaltung der Wartelisten ärztliches Personal eingesetzt werden muss, das andernfalls Krankenbehandlungen, darunter auch Operationen, durchführen könnte. Eine Rationierung über Warteschlangen kann also allenfalls als eine »second-best-Lösung« gelten. In gesamtwirtschaftlicher Betrachtung sinnvoller ist daher eine Rationierung über den Preis.

In einer gemäßigten Variante dieser Reformrichtung würden die jetzigen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in einen Basis- und einen Zusatzkatalog aufgeteilt. Dabei wären Leistungen aus dem Basiskatalog nach wie vor frei (oder würden zu den geringen bestehenden Zuzahlungen abgegeben). Die Beitragssätze für den Basiskatalog könnten dann niedriger sein, als sie es jetzt für den Gesamtkatalog sind. Der Zugang zu den Leistungen aus dem Zusatzkatalog würde über eine Zusatzversicherung erfolgen, die bei den gesetzlichen Kassen oder bei privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden könnte. Die Versicherung im Rahmen des Basiskatalogs wäre unverändert obligatorisch, während die Zusatzversicherung freigestellt wäre.

Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle Arbeitnehmer eine Zusatzversicherung abschließen würden, bzw. dass, wenn sie abgeschlossen wird, relativ hohe Zuzahlungen vereinbart werden. In beiden Fällen käme es bei Leistungen, die über den Basiskatalog hinausgehen, zu einer Einschränkung der Nachfrage. Diese Einschränkung (Rationierung) würde sich aus der individuellen Kostentragung (keine Zusatzversicherung oder hohe Zuzahlungen), also aus der Lenkung über den Preis ergeben und hätte den Vorteil, dass individuelle Nutzen und gesamtwirtschaftliche Kosten automatisch und aufgrund individueller Entscheidung in bessere Übereinstimmung gebracht würden, als dies jetzt – praktisch ohne jede Rationierung – der Fall ist.

Unter den Ärzten sind die Meinungen geteilt, ob man einen derartigen Zusatzkatalog in medizinisch sinnvoller Weise von dem jetzigen Gesamtkatalog abspalten kann. Einige Ärzte sind der Ansicht, dass dies bei der Zahnbehandlung leicht, bei allen übrigen Behandlungen und Krankheiten aber nicht praktikabel sei. Die Mehrheit der Ärzte scheint dagegen eher anzunehmen, dass die Definition eines solchen Zusatzkatalogs auch im nicht-zahnärztlichen Bereich möglich und auch medizinisch vertretbar sei.

Im Rahmen einer weitergehenden Variante der »pretialen Lenkung« wäre jegliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen – nicht nur die eines Zusatzkatalogs – mit Zuzahlungen verbunden, wobei diese aus Gründen der unterschiedlichen individuellen Belastbarkeit nach Einkommen und Kosten der Behandlung differenziert werden müssten, und zwar so, dass höhere Einkommen zu höheren Zuzahlungssätzen führen würden, während höhere Behandlungskosten mit niedrigeren Zuzahlungssätzen verbunden wären. Aufgrund der Zuzahlungen ginge die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen insgesamt zurück, so dass die Beitragssätze gesenkt werden könnten (bzw. nicht erhöht werden müssten). Man kann zeigen, dass die Zuzahlungssätze so nach Einkommen und Behandlungskosten differenziert werden können, dass die Gesamtbelastung aus Beiträgen und Zuzahlungen bei jedem Versicherten – wie hoch sein jährliches Einkommen und seine jährlichen Behandlungskosten auch immer sind – geringer ist also vorher (Osterkamp 2002).

Ein pretiales Element enthält auch diejenige Methode der Rationierung, die die freie Wahl des (Fach-)Arztes einschränkt, wie dies im Rahmen von Health Maintenance Organisationen in den USA und anderen Ländern bereits üblich ist. Dies ist dann sinnvoll, wenn die Einschränkung freiwillig zwischen Versicherung und Versicherten vereinbart wird und zu Beitragsabschlägen führt.

Zur Abwendung der Gefahr sich schleichend entwickelnder Wartezeiten (aber auch aus Gründen der allgemeinen Kostendämpfung) im deutschen Gesundheitswesen müssen Maßnahmen auf der Nachfrage- und der Angebotsseite ergriffen werden. Auf die Nachfrage sollte vorzugsweise im Sinne der Rationierung über den Preis eingewirkt werden. Reformen dieser Art sind von der gegenwärtigen Regierung praktisch nicht vorgesehen. Gleichzeitig sind auf der Angebotsseite Neuerungen erforderlich. Dazu gehört der wichtige, bereits eingeleitete Schritt der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallgruppen-Pauschalen, mit dem Ziel, die Produktivität der Krankenhäuser zu steigern und die Qualität der Behandlung zu sichern. Zur Erschließung der bestehenden Produktivitätsreserven und zur Kostensenkung ist unter anderem ein Kapazitätsabbau – im Sinne von Bettenkapazität – möglich und notwendig, ohne dass dies so gleich zu Wartezeiten führen würde. Dabei muss aber ver-

mieden werden, dass bei ausreichenden technischen Kapazitäten das verfügbare ärztliche Personal durch Abwanderung zum begrenzenden Faktor und schließlich zur Ursache von Wartezeiten bei Operationen wird.

Schlussfolgerungen

- Permanente und erhebliche Wartezeiten auf nicht lebensnotwendige Operationen (ebenso wie auf ambulante Behandlung) sind eine effektive, aber volkswirtschaftlich ineffiziente Methode der Einschränkung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Derartige Wartezeiten im Gesundheitswesen (und anderswo) sind daher Ausdruck einer Fehlsteuerung.
- Wartezeiten bilden sich in der Regel schleichend und unbeabsichtigt. Einmal eingetretene Wartezeiten können nur unter großen – nicht zuletzt auch politischen – Schwierigkeiten und mit erheblichem Kostenaufwand abgebaut werden.
- In Deutschland droht eine derartige Entwicklung, und zwar vor allem wegen des zunehmend ins Ausland und in nicht-medizinische Berufe abwandernden ärztlichen Personals an Krankenhäusern.
- Die aufgrund dieser Tendenzen notwendigen Korrekturen auf der Angebotsseite müssen einhergehen mit Reformen auf der Nachfrageseite. Diese Reformen sollten sich vorzugsweise des Lenkungs Instruments der Preise (differenzierte Zuzahlungen für im Prinzip alle Leistungen oder Zuzahlungen für einen Zusatzkatalog von Leistungen) bedienen.

Literatur

- Cullis, J.G. und Ph.R. Jones (2001), »Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies«, in: A.J. Culyer und J.P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam et al.: Elsevier, 1201–1249.
- Edwards, R.T. (1994), »An Economic Perspective of the Salisbury Waiting List Points Scheme«, in: M. Malek (Hrsg.), *Setting Priorities in Health Care*, London: Wiley.
- Gauld, R. und S. Derrett (2000), »Solving the surgical waiting list problem? New Zealand's »Booking System««, *International Journal of Health Planning and Management* 5.
- Ham, Ch. und F. Honigsbaum (1998), »Priority setting and rationing health services«, in: R.B. Saltman et al. (Hrsg.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham et al.
- Hoel, M. und E.M. Saether (2001), »Public health care with waiting time: The role of supplementary private health care«, *CESifo Working Paper* No 562.
- Iversen, T. (1993), »A theory of hospital waiting lists«, *Journal of Health Economics* 12.
- Osterkamp, R. (2001), »The German Health Care System in an International Comparison; Assessment and Reform Options«, *CESifo Forum* 2 (3), 56–63.
- Osterkamp, R. (2001), »Arbeitsausfall durch Krankheit – ein internationaler Vergleich«, *ifo Schnelldienst* 54 (21), 18–23.
- Osterkamp, R. (2002), *Public Health Insurance: Pareto-efficient Allocative Improvements Through Differentiated Co-payment Rates*, (unveröffentlicht).