

Hagen Kühn (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung)

Wettbewerb im Gesundheitswesen?

(erschieden in: Westfälisches Ärzteblatt, 6/2004)

Vom wirtschaftlichen Wettbewerb unter Krankenversicherungen, Krankenhäusern und Kassenärzten verspricht man sich Bedarfsgerechtigkeit, geringere Kosten, mehr Effizienz und weniger Bürokratie. Der Konkurrenzkampf um höhere Einkommen, Gewinne, Honorare oder Marktanteile, so meint man, nötige die Anbieter auf den Gesundheitsmärkten zu Bemühungen um bessere Qualität und geringere Kosten bzw. Preise. Die Frage an die Protagonisten stößt meist auf Erstaunen, denn wer fragt schon nach Selbstverständlichkeiten. Dem Verweis auf entgegen gesetzte Erfahrungen wird entgegnet, es herrsche eben noch zu wenig Wettbewerb. Wenn aber Empirie keine Rolle spielt, haben wir es meist um Glaubenslehren zu tun und wenn negative Folgen eines Konzepts mit dem Ruf „mehr davon“ beantwortet werden, nimmt eine Debatte leicht fundamentalistische Züge an.

In der Gesundheitspolitik sind Bekenntnisse zu „mehr Wettbewerb“ seit den 90er Jahren nahezu Konsens. Grundsätzlichen Einwänden wird mit Verweisen auf konzeptionelle Einschränkungen gegenüber einem völlig freien Markt begegnet, sei es der "funktionale", "kontrollierte“, „regulierte“ oder „solidarische“ Wettbewerb. Die unterschiedlichen Interessenbezüge bringen vielfältige Modifikationen hervor. Solange aber der rechtliche und institutionelle Ordnungsrahmen nicht so beschaffen ist, dass Bemühungen um die Gesundheit der Schwächsten mit den geringsten Möglichkeiten zur Selbsthilfe, z. B. der schwer und chronisch kranken alten Menschen aus unteren sozialen Schichten, zu Wettbewerbsvorteilen führen, werden solche Modifikationen selbst im Erfolgsfall die in den folgenden Thesen auf der Grundlage amerikanischer und deutscher Erfahrungen skizzierten Entwicklungen lediglich mildern und verlangsamen.

These 1: Es gibt keinen wirtschaftlichen Wettbewerb um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um erwünschte Patienten oder Versicherte.

Unter Wettbewerbsdruck stehende Leistungserbringer haben vor allem drei Kriterien für die Bestimmung des Grades der Erwünschtheit ihrer Kunden:

- die Verdienstchancen (z. B. Art und Umfang des Versicherungsschutzes, Möglichkeiten zusätzlicher Einnahmen etwa durch IGEL, Diagnose),
- das wirtschaftliche Risiko der Erkrankung (Schweregrad, Kalkulierbarkeit, hinzu kommen perspektivisch bei intensivem Kassenwettbewerb
- die Restriktivität und des Kontrollverhaltens der jeweiligen Versicherung.

Damit spitzt sich das soziale Dilemma der Gesundheitspolitik zu, das Zusammentreffen von hohem Krankheitsrisiko mit geringem sozialen Status bzw. geringer Selbsthilfefähigkeit (Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung). Es verstärkt sich der ökonomische Zwang, die Ressourcen von den Schwächsten auf die Stärksten (Einkommen, Bildung, Gesundheit, Konfliktfähigkeit) zu verlagern.

Wenn heute in der GKV gute von schlechte Risiken unterschieden werden, wenn von Versicherten die Rede ist, dann ist auch das ein Resultat des Wettbewerbs, der aus öffentlich-rechtlichen Körperschaften einzelwirtschaftlich handelnde „Unternehmen“ gemacht hat.

These 2: Die positiven Erwartungen an den Wettbewerb im Gesundheitswesen werden aus der so genannten mikroökonomischen Theorie des Marktverhaltens abgeleitet und aus Analogien mit idealen Gütermärkten. Keines dieser Verfahren ist auf die medizinische Versorgung anwendbar.

- Korrekturprozesse finden in Marktsystemen stets im Nachhinein statt. Es wenden sich unzufriedene Kunden von den Anbietern ab, die darauf mit besserer Qualität bzw. niedrigeren Preisen reagieren oder ausscheiden. Vermeidbare Schädigungen und Todesfälle müssen also erst geschehen, als solche wahrgenommen, veröffentlicht und von anderen, potentiellen Nutzern aufgegriffen werden, denen wiederum bessere Optionen zur Verfügung stehen müssen. Im Medizinmarkt sind selbst dann die Anpassungsprozesse unklar, langsam und kostspielig; eingetretene Schäden sind ganz oder teilweise irreversibel.

- Die 'Produkte' sind zu Beginn meist nur schwer oder nicht zu definieren, sondern ergeben sich erst während der Behandlung. Bei Vertragsabschluss wissen also weder der Käufer noch der Verkäufer, welches Produkt überhaupt gehandelt wird.
- Die Anbieter (meist Ärzte) sind zugleich Verkäufer und Agenten der Patienten. Sie entscheiden was gekauft wird. Auch wenn die Patienten entscheiden, bedürfen sie der Informationen, die ihnen meist nur Ärzte geben können. Mit der Darlegung der Optionen und der damit verbundenen Nutzen und Risiken durch den Arzt wird aber die 'Kaufentscheidung' de facto festgelegt.
- Informationen über Produkte (wie auch immer definiert), Qualität (wie auch immer gemessen), zu erwartende Ergebnisse und Preise sind sehr komplex, kostspielig und schwer zu analysieren. Die Möglichkeiten dazu (Bildung, Kenntnisse, soziale Netzwerke etc.) sind sozial ungleich verteilt.
- Der zu erwartende individuelle Nutzen und der Anteil, den Helfer und Patienten daran haben, sind verschwommen; entsprechend sind die Transaktionskosten (Vertragsanbahnung, -schließung, -durchsetzung und -kontrolle) auf Medizinmärkten unklar. Aufgrund der Komplexität und Lebenswichtigkeit erfordern daher Wettbewerbssysteme einen enormen Regulierungsapparat zur Standardisierung der Produkte, Qualitätstransparenz und -sicherung, Informationsbeschaffung und -verteilung, Preiskontrolle, Marktaufsicht. Nicht zufällig gilt das amerikanische Gesundheitssystem als äußerst bürokratisch.

These 3: Wettbewerb macht Patienten zu Kunden. Kranke können jedoch in der Regel die Kundenrolle, derer funktionierende Märkte bedürfen, nicht spielen.

Auf dem Markt werden medizinische Leistungen zur Ware und Patienten zu Kunden. Die Kundenrolle für Patienten wird mit zwei Annahmen zur Arzt-Patient-Beziehung begründet, von denen keine zutrifft: erstens wird die Asymmetrie dieser Beziehung auf Informationsdefizite reduziert und zweitens wird unterstellt, die Patienten seien durch Informationsbeschaffung in der Lage, die Rolle eines Geschäftspartners und kritischen Kunden zu spielen. Was hier nicht vorkommt ist die "brutale Realität des Krankseins" als emotionales Ereignis. Verdrängt wird, dass Krankheit, zumal bei Patienten im Krankenhaus, eine existentielle Bedrohung in sich birgt, und dass die Kran-

ken konfrontiert und bedrückt sind mit Schmerzen und Sorgen um Gefahren von dauerhafter Behinderung und Tod.

Die auf funktionierenden Märkten anzutreffende positive Rückkopplungsfunktion des Kundenverhaltens ist von Kranken nur in sehr eingeschränktem Maß zu erwarten. Erhebungen zur Zufriedenheit sind zwar ein notwendiger, aber nicht hinreichender Indikator der Effektivität. Zudem sind konkurrierende Unternehmen nicht an der Zufriedenheit aller, sondern nur an der Zufriedenheit der erwünschten Kunden interessiert. Die besonders aufwendigen schwer und chronisch Kranken zählen hierzu meist nicht. Da die tatsächlich rentabilitätsgefährdenden Patienten stets nur eine Minderheit sind, fallen sie bei den üblichen Befragungen oft kaum ins Gewicht. Die Chance, in diese Lage zu kommen, haben aber alle. Wie amerikanische Erfahrungen zeigen, können Investitionen in die öffentliche Imagebildung und attraktive Leistungen für attraktive Kunden wettbewerblich effektiver sein als die oft enorm aufwendigen Leistungen für die Minorität schwerkranker Patienten.

Mit der Verwandlung des Patienten in einen Kunden verändert sich tendenziell die Werthaltung in der Medizin. Wer ist nach allgemeinem Verständnis ein Kunde? Er hat die Wahl, kann abwägen, kann gehen, wenn es ihm nicht gefällt und er kann warten auf das günstigere Angebot. Was hingegen ist ein Kranker? Er ist in Not, braucht Hilfe, hat oft keine Wahl, kann oft weder wägen noch warten. Wie entlastend und entantwortend ist es für die kommerzialisierte Medizin, einen Kranken als Kunden anzusehen? Mit welchen Folgen für ihn oder sie?

These 4: Wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen bürdet den Patienten ein Versorgungsrisiko auf, das sie individuell oft nicht erkennen und meist auch nicht abwehren können.

Die konkreten Auswirkungen des Wettbewerbs sind stark abhängig von den zunehmend dominierenden „prospektiven“ Finanzierungsformen, wie Budgets, Fall- oder Kopfpauschalen. Sie verlagern das finanzielle Morbiditätsrisiko der Versicherungen ganz oder in Teilen auf die Versorgungsinstitutionen. Daraus ergeben sich neue Versorgungsrisiken für die Patienten (Vorenthaltung wirksamer Leistungen, mindere Qualität, frühe Entlassung). Interne und externe Qualitätskontrolle und -sicherung sind nur ein, möglicherweise geringerer, Teil des Problems. Mit wenigen Ausnahmen auf be-

sonders geeigneten Gebieten existiert bisher definitiv kein praktikables System, das auch nur annähernd in der Lage wäre, all die subtilen Methoden zu verfolgen, mit denen bei so komplexen Dienstleistungen betriebliche Kosten an Patienten und Öffentlichkeit weitergereicht werden. Es gibt empirische Hinweise darauf, dass diese Versorgungsrisiken sich nach den oben angeführten Kriterien der „Erwünschtheit“ auf die Patienten verteilt. In der Regel können Patienten sie weder identifizieren, noch sich dagegen schützen. Darin liegt die nach wie vor hohe Bedeutung und Unersetzbarkeit berufsethischer Normen in der Medizin (nicht zuletzt beruht darauf das Privileg der ärztlichen Selbstverwaltung). Die mit dem Wettbewerb einhergehende Ökonomisierung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. stellt hingegen das ökonomische Vorteilskalkül in den Vordergrund und überformt tendenziell die fachlichen und berufsethischen Handlungsmotive. Über das Niveau, auf dem das der Fall ist kann gestritten werden, aber nicht über die Entwicklungsrichtung.

These 5: Wirtschaftlicher Wettbewerb bringt die Ärzte systematisch in Interessenkonflikte zwischen der von den Bürgern erwarteten treuhänderischen Moral und dem Einkommens-, Rentabilitäts- sowie Karriereinteresse bzw. der Loyalität zur Institution.

Interessenkonflikten dieser Art ist nicht mit Moralappellen beizukommen. Es geht hier primär nicht um ärztliches Fehlverhalten, sondern um Strukturen, Anreiz- und Sanktionssysteme, die das Risiko ärztlichen Fehlverhaltens (und damit auch das Versorgungsrisiko des Patienten) deutlich erhöhen. Die Medizin unterliegt derzeit international einem tief greifenden Wandel, der sich mit den Schlagworten Industrialisierung, Verbetrieblichung und Integration andeuten lässt. Dieser Prozess birgt viele Chancen und Risiken. Der Wettbewerb (z. B. im Krankenhaussektor) wird diesen Prozess unter den Bedingungen der Ökonomisierung vorantreiben. Damit wird der Gewinnimpuls durch Unternehmen institutionalisiert. Er tritt sozusagen den Handelnden als äußere Macht gegenüber und es entwickelt sich die Gefahr, dass die persönlichen Verantwortung des Arztes für Handlungen, die aus diesem Impuls heraus unternommen werden, von ihm abgetrennt und von der Organisation übernommen werden. Lösungen des Interessenkonflikts entgegen der treuhänderischen Moral sind freilich nicht nur – nicht einmal vorwiegend – auf Zwang angewiesen. Erfahrungsgemäß verinnerlichen die

meisten Menschen nach einer Phase des Übergangs, die an Konflikten und psychischen Belastungen reich ist, das zunächst als ‚Fremdzwang‘ Erlebte. Es wird kulturell, psychisch und moralisch zum ‚Selbstzwang‘, der als autonom und selbstverständlich erlebt werden kann und weder vor dem Berufsgewissen, noch gegenüber dem Anderen gerechtfertigt werden muss.

These 6: Mit der Forcierung des wirtschaftlichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen und seiner Kommerzialisierung wandelt sich die Kultur und das Selbstverständnis der Medizin.

Jedes Gesundheitswesen ist in eine Kultur eingebettet, die ein gewisses Grundverständnis davon beinhaltet, was Medizin sein soll, wie sie praktiziert werden sollte, wie Krankheit verursacht ist, wie es um die Verantwortlichkeit für Krankheit und Heilung bestellt ist, welche Rolle der Staat haben sollte usw. Ein bedeutender Aspekt dieser Kultur – sei sie für den einzelnen noch so diffus – sind die Vorstellungen von der Rolle der Ärzte und Pflegenden auf der einen Seite und der Patientenrolle auf der anderen. Ein Kernpunkt dabei ist die Bedeutung des Geldes in der Medizin. Wie beeinflusst Geld das Denken und Handeln der Angehörigen der Heilberufe und welche Rolle sollte es in den Beziehungen spielen, die diese mit den Patienten eingehen? In den letzten zwei Jahrzehnten verändert sich die Bedeutung, die dem Geld und dem Kalkül des Gelderwerbs im Gesundheitswesen zuerkannt wird, nicht nur in Deutschland Schritt für Schritt. Geld war in der modernen Medizin niemals unbedeutend. Aber für einen langen Zeitraum nach dem zweiten Weltkrieg scheint ein Konsens in der Gesellschaft dahingehend bestanden zu haben, dass ärztliches Urteilen und Handeln nicht mit Geldfragen belastet sein sollte. Das Verhältnis zum Geld blieb damit eher implizit. Das war besonders im Krankenhaus der Fall. Seit den 80er Jahren jedoch rücken das Geld und der Geldgewinn mehr und mehr ins Zentrum. Deutlichstes Zeichen sind die ausgedehnten Versuche, das Arztverhalten monetär zu steuern. Die vom Staat sanktionierten und von den Verbänden im deutschen Gesundheitswesen vertraglich vereinbarten finanziellen Steuerungsinstrumente bauen implizit darauf, dass die Ärzte sich bei ihren Entscheidungen, Empfehlungen, Verschreibungen, Über- und Einweisungen primär von den damit verbundenen Gewinnchancen und –risiken leiten lassen. Würden nämlich die Ärzte ihr Tun und Lassen am Krankheitsstatus und der Pati-

entenpersönlichkeit und ihren Bedürfnissen, sowie am Stand der medizinischen Wissenschaft orientieren, worauf die individuellen Patienten vertrauen und hoffen, dann wäre es völlig gleichgültig, ob die Entscheidungsoption A mit einem größeren oder kleineren Geldbetrag versehen ist als die Option B. Bei allen Anreizstrukturen würde nur die aus der Sicht des jeweiligen Arztes für die jeweils individuellen Patienten beste Option gewählt. Unterstellten sie das nicht, dann wären alle Bemühungen um den 'Steuerungsaspekt' der Krankenhausfinanzierung und Arzthonorierung effektlose Glasperlenspiele. In der Tat versagen Instrumente überall dort, wo ärztliches Handeln (noch?) nicht primär an den eigenen Einnahmemechanen oder denen der Institution orientiert ist. Wenn der Staat und die vertragsschließenden Verbände und Körperschaften die medizinische Versorgung mittels finanzieller Anreize steuern, dann verbreiten sie damit implizit den Imperativ: 'Du sollst dein Handeln an finanziellen Gewinnchancen orientieren!'