

Heft 5

Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

Autoren

Jens-Uwe Niehoff, Max-Erik Niehoff

Vorwort zu Heft 5

Die Bereitstellung, Allokation, Zugänglichkeit und Verteilung von Ressourcen zur medizinischen Versorgung betrifft Kernfragen der Sozialmedizin wie der Gesundheitsökonomie. In bedarfsorientierten Gesundheitssystemen geht es bei dieser Zusammenarbeit um die Vorbereitung von Entscheidungen über effektive Versorgungsstrukturen und -prozesse und die Bewertung der sozialen Wirksamkeit des Verbrauchs von Ressourcen. Dies schafft mit der Versorgungsforschung zu teilende Arbeitsfelder.

Die sozialmedizinische Expertise steht zwangsläufig im Spannungsfeld von Interessen. Der Kern dieses Spannungsfeldes ist unschwer zu identifizieren: Sollen sich Ressourcenallokationen und -verbräuche normativ an medizinischen Bedarfen oder an wirtschaftlichen Interessen orientieren? Die Antworten verlangen Klärungen, wer evidenzbasierte Bedarfsempfehlungen geben kann und welche Rolle wirtschaftliche Interessen spielen dürfen oder müssen.

Je nachdem wie diese Fragen beantwortet werden, ändern sich ggf. nicht nur die Schwerpunktsetzungen für die Ausgestaltung medizinischer Versorgung. Es ändern sich auch die relevanten Akteure: medizinische Kompetenz versus wirtschaftliche Interessen. Das schließt Schnittflächen für gemeinsame Konzepte nicht aus, ändert aber dennoch die Perspektiven. Das gilt im Besonderen, wenn notwendige wirtschaftliche Kalküle auch Gewinninteressen einschließen oder diese auch dominieren.

Wird unterstellt, die medizinische Versorgung fände auf einem Marktplatz statt, würde dies die Frage auf, wer auf diesem die relevanten Marktakteure sind. Wer also ist Verkäufer, wer ist Käufer und wer ist unter den wirksamen Regeln des Marktes die jeweils durchsetzungsfähige Partei? Jeder Versuch, die Patienten auf diesem Marktplatz als die relevanten „Kunden“ zu deuten ist naiv oder der vorsätzliche Versuch, die Krankenversorgung als Verbraucher- und Konsumentenmarkt neu zu platzieren. Medizinische Angebote jenseits des medizinisch „Notwendigen“ und „Erforderlichen“ und deren Nachfrage finden sich in der Tat auf einem Marktplatz. Dieser berührt jedoch nicht die Kernfragen einer durch Wissenschaft, also „evidence based medicine“ und durch ethische Wertesetzungen begründeten medizinischen Hilfeleistung. Er berührt auch nicht die Frage nach durch wissenschaftliche Evidenz begründeten Strukturen und Prozessen der Versorgung.

Die Folgerungen aus diesen Fragen entscheiden letztlich die Beziehungen zwischen den Patienten, den Versicherten, den Kostenträgern, dem medizinischen Fachpersonal sowie den Eigentümern der Infrastrukturen der Versorgung kranker Menschen. Die nähere Bestimmung jeweils dieser „Akteure“ charakterisiert die gesellschaftliche Funktion der Krankenversorgung, also ihre soziale Funktion und deren Regulationen.

Eine besondere Aktualität gewinnt das Verhältnis von Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie durch globale Entwicklungen, die die medizinische Versorgung zu einem Warenmarkt auszugestalten suchen und dessen Wachstum zum Schlüsselkriterium seines Wirtschaftserfolges machen.

Die Autoren

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	407
2	Die Ökonomie des Gesundseins	417
3	Die Ökonomie der Krankenversicherungen	425
3.1	<i>Krankenversicherung unter Marktbedingungen</i>	431
3.2	<i>Staatliche Krankenversorgungssysteme</i>	436
3.3	<i>Parafiskalische Krankenversicherungen</i>	437
4	Gesundheitsökonomische Wirkmechanismen	441
4.1	<i>Das Knappheitstheorem</i>	441
4.2	<i>Lohnquote</i>	446
4.3	<i>Gewinnorientierung</i>	447
4.4	<i>Risikoselektion</i>	449
4.5	<i>Wettbewerb und Krankenversorgung</i>	450
4.5.1	<i>Wettbewerb von Krankenversicherungen</i>	453
4.5.2	<i>Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung</i>	457
4.5.3	<i>Wettbewerb in der Krankenversorgung</i>	462
4.6	<i>Bedarfsorientierung</i>	466
4.7	<i>Purchaser-Provider-Split (PPS)</i>	470
4.8	<i>Monetäre Regulierungen</i>	471
4.9	<i>Anbieter- und Nachfragesteuerung</i>	474
4.9.1	<i>Struktur-, Prozess- und Indikationssteuerung</i>	475
4.9.2	<i>Das Prinzip der Kostenerstattung</i>	477
4.9.3	<i>Das Prinzip der Sachleistung</i>	479
4.9.4	<i>Produktmedizin</i>	480
4.9.5	<i>Honorierungsmodelle für die medizinische Versorgung</i>	485
5	Die mikroökonomische Regulation medizinischer Dienstleistungen	489
6	Ökonomisierung der Krankenversorgung	493
6.1	<i>Ökonomisierung und Mengenselektion</i>	494

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die wichtigsten Honorierungsmodelle für medizinische Leistungen, etwa um 2015	488
--	-----

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Wirkungen unterschiedlicher Honorierungssysteme auf die Versorgung	487
Tab. 2: Systematik gesundheitsökonomischer Studientypen.....	492

1 Einführung

Gegenstand der Gesundheitsökonomie ist die Analyse des Verhältnisses von Versorgungsbedarfen und verfügbaren Ressourcen sowie die Evaluation der sozialen Wirksamkeit (community effectiveness) und der Rationalität des Ressourceneinsatzes.

Die Gesundheitsökonomie ist ein in sich heterogenes Forschungsfeld an der Schnittstelle von Medizin, Wirtschaftswissenschaften und Betriebswirtschaftslehre. Bei einer Annäherung an die Gesundheitsökonomie sollte zunächst dreierlei unterschieden werden:

1. die Kalküle zur ökonomischen Nützlichkeit von Gesundheit und Vorsorge (spiegelt jeweils das politische Denken der Zeit)
2. die finanzielle Absicherung des Risikos von Krankheit, von Krankheits- und Behinderungsfolgen (reflektiert die politisch jeweils durchsetzungsfähigen Interessen)
3. die Regulierung gesundheitsbezogener Dienstleistungen (gestaltet die Praxis der Systeme zur Krankenversorgung).

Gesundheitsökonomie fokussiert folglich sehr unterschiedliche Problemkomplexe

- die gesellschaftliche „Nützlichkeit“ von Gesundheit (soziodemografische Aspekte, human resources)
- die Mechanismen der Finanzierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (individuelle Kundenfinanzierung, Steuerfinanzierung, individueller und kollektiver Versicherungsschutz, Eigenhilfe, Selbsthilfe, karitative Hilfen und Professionalisierungsgrad der Dienstleistungen)
- die Regulation und Steuerung der Leistungserbringung durch ökonomische Kalküle (solidarische Hilfen, regulated competition, managed competition, managed care, incentives)

Jeder dieser Komplexe hat zu unterschiedlichen geschichtlichen Perioden Konjunktur, verweist im globalen Maßstab aber auch auf gesellschaftlich-soziale Entwicklungsetappen. Jeder dieser Komplexe wird zu unterschiedlichen politischen Lösungen führen können. Dies ist beileibe kein neues Thema. Aber: Forschung und Theoriebildung als Aufgabe einer Wissenschaft von der Gesundheitsökonomie sind eher eine Entwicklung des 20. Jahrhunderts.

Aus sozialmedizinischer Perspektive bestimmen drei Fragen die gesundheitsökonomische Debatte:

1. Welches Gesundheitsleitbild setzt sich gesellschaftlich durch?
2. Kann Gesundheit analog zu anderen Gütern produziert werden, ist sie folglich ökonomisch wie eine Investition zu behandeln?
3. Können oder sollen Gesundheitsdienstleistungen der individuellen kaufkräftigen Nachfrage unterworfen sein oder einem „überindividuellen“ Interesse folgen?

Die Schnittstellen von Medizin und Gesundheitsökonomie werden von den politischen Entscheidungen zur Allokation und zur Zugänglichkeit der verfügbaren Ressourcen für die Prävention, für die medizinische Versorgung, für die Rehabilitation und für die Pflege bestimmt. Als Teilgebiet der Medizin kommt der Sozialmedizin bei Entscheidungsvorbereitungen eine eigene Rolle zu. Ihre Forschungsfelder orientieren sich schließlich nicht an individuellen Bedarfen und an Akteursinteressen. Sie orientieren sich an den vielfältigen und heterogenen Bedarfen von Bevölkerungen. Die Verschiebung der Sichtweisen vom individuellen Versorgungsbedarf hin zu den Bedarfen von Bevölkerungen macht Entscheidungen über prioritäre Ziele und Aufgaben unvermeidbar. Solche Entscheidungen sollten zwar immer eine öffentliche Pflicht demokratischer Entscheidungsfindungen sein, sich aber möglichst auch auf Empirie gründen.

Beispiel:

Aus sozialmedizinischer Perspektive kann es zielgebend sein, die Versorgung einer kleinen Gruppe von Kranken mit seltenen Krankheiten als ein prioritäres Ziel zu benennen. Aus wirtschaftlicher Perspektive kann es hingegen profitabler sein, ausschließlich hoch prävalente Krankheiten zu prioritären Versorgungszielen zu machen. Analog kann die Entscheidungsfrage lauten, ob Ziele der sozialen Prävention zu präferieren sind, wenngleich die Therapie Kranker „kostengünstiger“ ist.

Kommentar:

Das Verhältnis der beiden Forschungsfelder Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie wird nicht nur durch soziale und wirtschaftliche Erwägungen bestimmt. Hier wirken immer auch die rechtlichen Beziehungen der potenziellen Nutzer (Versicherte), der tatsächlichen Nutzer (Patienten), der Anbieter von Versorgungsleistungen und der Finanzierungsträger zueinander. Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie begegnen sich bei der Beschreibung dieser Akteure und bei der Analyse ihrer Handlungsgründe unmittelbar, jedoch aus unterschiedlichem Blickwinkel.

Wer sind die potenziellen Nutzer medizinischer Versorgungsleistungen?

Das sind alle Personen, die in ihrem Leben einen Versorgungsbedarf erfahren oder erfahren werden. Sie übernehmen ihre Risikoabsicherung selbst, sind als Gruppen selektiv Versicherte oder sind z.B. vom Steuerzahler abhängige Leistungsnehmer. Aus

der Perspektive der Gesundheitsökonomie sind dies also Personen, die mit ihren Versorgungsrisiken einen wie auch immer begründeten rechtlichen Anspruch auf Leistungen haben. Sie stehen dann aber auch unter dem Ressourcenvorbehalt der zahlenden Partei sowie unter dem Vorbehalt vertraglich gesicherter Rechte. Aus der Sicht der Gesundheitsökonomie sind die potenziellen Nutzer also nur jene, für die ein Leistungsanspruch existiert.

Wer sind die tatsächlichen Nutzer medizinischer Versorgungsleistungen?

Das sind aus der Perspektive der Sozialmedizin Personen mit durch Krankheit verursachten Hilfebedarfen sowie Menschen, die selbst nicht oder nur bedingt selbst ihren Bedarf benennen und befriedigen können. Sie bedürfen folglich der Beratung, der Anleitung und ggf. des Schutzes durch eine dritte Partei. Sind diese Aufgaben dem medizinischen Sachverstand übertragen, fällt diesem auch die Verantwortung zu, über Indikationen einer medizinischen Intervention zu entscheiden. Das ist dann aber immer auch eine insgesamt verteilungsrelevante und gesundheitsökonomisch wirksame Entscheidung. Die Nutzer sind Personen, die zeitweilig oder dauerhaft in ihrer Autonomie und Selbständigkeit begrenzt sind. Sie bedürfen also der Hilfe und ggf. der Intervention in ihre physische, psychische und soziale Integrität. Die Nutzer sind Kinder, Frauen und Männer, junge und alte Menschen, Erwerbstätige, Nichterwerbstätige, Vermögende und Vermögenslose jeweils mit großer sozio-demografischer Heterogenität in den Gesundheitsgefährdungen und Versorgungsbedarfen sowie in der Kompetenz, mit sich selbst und ihren Nachfragen von Hilfeleistungen umzugehen. Die Nutzer sind Patienten, zumindest dann, wenn sie nicht selbst als Käufer einer Versorgungsleistung oder eines Versicherungsvertrages auftreten. In einer wirtschaftlichen Perspektive sind sie also je nach der Beschaffenheit des konkreten Gesundheitssystems Staatsbürger, kollektiv oder privatrechtlich Versicherte und ggf. auch Kunden und Käufer oder von „Wohltätigkeit“ abhängige Klienten.

Wer sind die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen?

Das sind alle, die medizinische Hilfen anbieten und im Regelfall für die Ausübung von Heilberufen lizenziert sein müssen. Sie bieten eine konkrete medizinische und/oder pflegerische Leistung gegen Geld an. Aus medizinischer Sicht sollen ihre Angebote mit den Bedarfen korrespondieren und von einer dem allgemeinen Kenntnisstand entsprechenden professionellen und individuell indikationsgerechten Entscheidung getragen sein. Das heißt aber auch, dass solche Entscheidungen rational begründbar und überprüfbar sein müssen.

Aus ökonomischer Sicht sind private, öffentliche und gemeinnützige Anbieter Akteure, die jeweils auf eigenes Wirtschaftsrisiko eine Nachfrage befriedigen. Diese Akteure können die „Leistungserbringer“ selbst sein oder von ihnen getrennt agierende Investoren, sie können privatrechtliche, öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige Eigentümer der für die medizinische Versorgung erforderlichen Infrastrukturen sein.

Wer sind die Käufer medizinischer Versorgungsleistungen?

Die Käufer medizinischer Leistungen sind Privatpersonen, der Staat, bzw. der Steuerzahler, Krankenversicherungen unterschiedlicher Rechtsformen, Arbeitgeber oder karitative Organisationen. Es sind folglich jene, die die erbrachten Leistungen finanzieren und deshalb das Recht/ggf. die Pflicht haben, Käuferentscheidungen zu treffen. Die Finanzierung medizinischer Versorgungsleistungen macht sie dann zu Kunden der Dienstleister.

Damit sind gesundheitsökonomische Analysen (wie auch sozialmedizinische) in die Vielfalt der Rechtsbeziehungen zwischen der leistungsberechtigten Bevölkerung, den Patienten, den Anbietern und den Käufern eingeordnet. Die entscheidende Frage ist also, welche normativen Gewichte individuelle, gesellschaftliche und wirtschaftliche Interessen haben. Dabei können die Akteursbeziehungen auch dann konfliktbesetzt sein, wenn sie jeweils als richtig oder zumindest als berechtigt anerkannt werden.

In der Konsequenz müssen gesundheitsökonomische Konzepte und Theorien jeweils getrennt und spezifisch für jede dieser verschiedenen Ausgangslagen begründet und bewertet werden.

Aus sozialmedizinischer Perspektive ist hingegen allein zu prüfen, welche der ökonomisch wirksamen Regelungen mit den jeweiligen Erwartungen und Zielen der benannten Akteure konform gehen oder mit ihnen kollidieren. Sofern es also zwischen den Zielen eines Gesundheitssystems und seinen ökonomischen Grundlagen Spannungen, Konflikte oder Widersprüche gibt, bleibt letztlich nur eine Frage zu beantworten: die nach dem Primat der Ziele und den gegebenen normativen Bedingungen.

Das Interesse der Sozialmedizin an gesundheitsökonomischen Fragestellungen hat einen weiteren Aspekt: Die gesundheitlichen Gegebenheiten in einer Bevölkerung haben auch Folgen für den wirtschaftlichen Erfolg einer als Gesellschaft organisierten Bevölkerung. Schließlich ist auch richtig, dass für entwickelte Ökonomien eine „gesunde“ Bevölkerung eine essentielle Voraussetzung ist. Das gilt für das Wirtschaftsleben insgesamt, im Besonderen aber auch für den sog. medizinisch-industriellen Komplex, der in entwickelten Ökonomien das umsatzstärkste Wirtschaftssegment und der größte Arbeitgeber ist. (siehe hierzu: *Global access to Healthcare. The Economist intelligence unit. 2017 <http://accesstohealthcare.eiu.com/wp-content/uploads/sites/42/2017/06/Globalaccesstohealthcare-3.pdf>, last checked 13.05.2018*)

Die Gesundheitsökonomie setzt sich also mit grundlegenden Fragen der Ressourcenverteilung und der wirtschaftlichen Erfolgsaussichten einer Bevölkerung auseinander. Sie ist folglich auch ein Kulminationsfeld von Wirtschafts- und Verteilungsinteressen.

Es ist unmittelbar nachvollziehbar, dass jegliche durchsetzungsfähige Position zu gesundheitsökonomisch relevanten Verteilungsproblemen ein Kompromiss auf Zeit ist. Er kann folglich zu jeder Zeit zerbrechen und als Konflikt mit Folgen für Versicherte

und Patienten sowie für die (gesundheits-)wirtschaftlichen Akteure offen dauerhaft schwelen.

Aus sozialmedizinischer Perspektive sind in den ökonomischen Interessenkonflikten die von Krankheit und Behinderung Betroffenen überwiegend die schwächste Partei. Folglich sind die Kostenträgerschaften medizinischer Versorgung und die Ressourcenverteilung (auch) soziale Schüsselfragen mit erheblichen medizinischen Implikationen.

Ökonomisch wirksame Entscheidungen zur Krankenversorgung sind regelhaft für alle Akteure, vor allem aber für die von ihnen abhängigen Bevölkerungen folgenreich. Sie werden je nach berührtem Einzelinteresse von den Einen als Gewinn, von den Anderen als Verlust wahrgenommen werden.

Gesundheitsökonomisch wirksame Entscheidungen beziehen sich zunächst auf vier verschiedene Finanzierungsoptionen:

1. Jeder kauft sich die medizinische Versorgung nach Maßgabe seiner monetären Möglichkeiten selbst, ggf. im Präferenzkonflikt mit anderen Bedürfnissen. Es gibt dann einen Markt mit den direkten Akteursbeziehungen von Käufern, Kunden und Patienten sowie von Anbietern und Verkäufern. Die Frage lautet dann, welcher Teil der Bevölkerung zu einer solchen souveränen Kaufentscheidung fähig ist und welcher nicht, wer also Zugang zu diesem Markt hat und wer nicht.
2. Der Gesetzgeber verpflichtet jeden Bürger zur kapitalgedeckten individuellen oder familiengebundenen Risikoversorge. Eine solche Option ist eine marktwirtschaftliche Variante und ggf. durch starke Regulationen und subsidiäre Hilfen zu ergänzen. Die Frage lautet dann, wie sicher eine solche immer auf die Zukunft angelegte Absicherungsform ist und wie gravierend die sozialen Unterschiede in der Fähigkeit zu einer kapitalgedeckten Versicherung sind. Es ist in diesem Zusammenhang ein entscheidender Umstand, dass praktisch jeder Mensch in seinem Leben der medizinischen Hilfe bedürftig sein wird, der konkrete Anlass, der Zeitpunkt, die Dauer und der Umfang jedoch nur ausnahmsweise vorhersehbar sind. Folgerichtig ist die prädiktive Risikosequenzierung von Bevölkerungen mindestens seit den frühen 1950er Jahren ein prominentes gesundheitsökonomisches Forschungsziel.
3. Der Staat tritt als Sachverwalter des gesamtgesellschaftlichen Interesses an der Krankenversorgung auf und finanziert diese aus Steuermitteln. Diese Option verlangt zwingend, die regulatorische Normierung des Zugangs zur medizinischen Versorgung und zur Art und zur Menge der zugänglichen Leistungen durch die Legislative sowie die Organisation, ggf. Überwachung, der Mittelverwendung durch die Exekutive und die Judikative. Die Frage aus der Sicht der Sozialmedizin lautet dann, wie die Unabhängigkeit solcher Entscheidungen von anderen als von

medizinischen Versorgungsinteressen gewährleistet ist und wie eine dauerhaft stabile Versorgung auch unabhängig von wechselnden parteipolitischen Präferenzen gesichert werden kann.

4. Der Gesetzgeber verpflichtet die gesamte oder nur Teile der Bevölkerung zur Risikoabsicherung auf der Grundlage einer kollektiven, eigenverantwortlich selbstverwalteten Umlage. Diese Option erfordert die rechtliche Ausgestaltung der Selbstverwaltung durch sog. Körperschaften des öffentlichen Rechts (Korporatismus) und deren staatliche Beaufsichtigung. Sie verlangt Regeln und Institutionen, denen die Normensetzung und die Normenkontrolle übertragen ist. Solche Systeme verlangen auch die Ausgestaltung der Rechte der Mitglieder eines solchen Umlagesystems. Die Frage aus der Sicht der Sozialmedizin lautet dann, wie innerhalb eines solchen Umlagesystems solidarische Prinzipien einer bedarfsgesicherten und kollektiv selbstverantworteten medizinischen Versorgung dauerhaft garantiert werden können.

Jede dieser Optionen findet global Befürworter und Gegner, hat aber auch jeweils Versorgungsfolgen einschließlich spezifischer mikro- und makrowirtschaftlicher Konsequenzen. Deshalb sind die wirtschaftlichen Voraussetzungen und Folgen jeder der möglichen Arten der Risikoabsicherung auch gesundheitsökonomische Forschungs- und Handlungsfelder, die in ihren Konsequenzen alle gesellschaftspolitischen Handlungsfelder und nicht nur die medizinischen Versorgungssysteme unmittelbar betreffen.

In Deutschland war Alfred Grotjahn, Mitbegründer der Sozialmedizin/Sozialhygiene und in der Weimarer Republik Reichstagsabgeordneter der SPD, wohl der erste Arzt, der auch Volkswirtschaft studiert hatte. R. Lennhoff, Herausgeber der Sozialmedizinischen Wochenschrift „Medizinische Reform“, bezeichnet in seinem Gründungsreferat die Medizin als einen wichtigen Faktor in der Volkswirtschaft und Gesundheit als Voraussetzung für wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und ökonomisches Gedeihen: „Das Gebiet, wo sich so Volkswirtschaft und Medizin berühren und sich gegenseitig beeinflussen, ist das der sozialen Medizin.“ (zitiert nach B.P. Robra: 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_DGSMP/Einleitung_Robra.pdf, zuletzt 07.03.2017)

In den USA war und ist die Schaffung eines Krankenversicherungsschutzes seit 1906 einer der wichtigsten innenpolitischen Konflikte. Zwischen 1927 und 1932 hatte das „Committee on the Costs of Medical Care (CCMC)“ erstmals die Gesundheitsökonomie als systematisches Forschungsfeld geöffnet (J.S Ross: *The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States. Einstein Quart. J. Biol. Med.* (2002) 19:129-134).

In Großbritannien waren die Arbeiten des Nationalökonomen Meinhard Keynes (1883-1946), u.a. Begründer bzw. Mitbegründer des Weltwährungsfonds und der Weltbank, richtungsweisend für die Ausformung des Konzepts einer sozialen Marktwirtschaft.

Die Schaffung des britischen National Health Service durch Lord W. Beveridge (1879-1963) ging maßgeblich auf die Konzepte von Keynes zu einer sozial regulierten Marktwirtschaft zurück. Der nach ihm benannte Beveridge-Report zur Begründung des Aufbaus eines National Health Service (NHS) verfolgte vier Ziele: 1. Es sollten Bedingungen geschaffen werden, die eine Wiederholung der Finanzkrise und der ihr folgenden „Great Depression“ in den 1930er Jahren, deren Folge z.B. in Deutschland der Faschismus war, unmöglich gemacht werden. 2. Ein System sozialer Garantien sollte die Wettbewerbsfähigkeit der britischen Industrie verbessern. 3. Soziale Sicherheit sollte die Motivation der Arbeiter und Angestellten stärken, sich an der Beseitigung der Schäden des 2. Weltkriegs zu beteiligen und 4. sollten durch Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse die Einkommen steigen, was dann wiederum die Nachfrage nach (britischen) Wirtschaftsgütern steigern sollte.

Bis 2012 waren alle Versuche, in den USA eine allgemein zugängliche Absicherung des Risikos „Krankheit“ zu schaffen, gescheitert. Im Besonderen die Modelle Deutschland, Großbritannien und Skandinavien wurden als kommunistische Ausgeburten systematisch diffamiert. Die ideologischen Begründungen gehen letztlich auf den Calvinismus und seine Ableger in den USA und seit den 1960er Jahren vor allem auf Milton Friedman (1912-2006, Nobelpreisträger für Ökonomie 1976), zurück. Richtungsweisend ist seine Schrift *„Capitalism and Freedom“* aus dem Jahr 1962, University of Chicago Press. p. 21. ISBN 0-226-26421-1, die bis heute eine der grundlegenden Schriften des Neoliberalismus ist. Drei Jahre vor der erstmaligen Etablierung steuerfinanzierter Gesundheitsleistungen in den USA 1965 brachte er programmatisch und kämpferisch seine Sicht auf den Punkt: *„Few trends could so thoroughly undermine the very foundations of our free society as the acceptance by corporate officials of a social responsibility other than to make as much money for their shareholders as possible.“*

Nach dem 2. Weltkrieg entwickelte sich die Gesundheitsökonomie vor allem in den USA. Der Hintergrund war die Durchdringung u.a. der ökonomischen Wissenschaften von der durch J. F. Nash (1928–2015) begründeten Spieltheorie, die in den USA nachfolgend zur Grundlage einer umfassenden politischen Entscheidungstheorie wurde. Neben M. Friedman und J. Buchanan (1919-2013) wurde für die Entwicklung der Gesundheitsökonomie vor allem Kenneth Arrow (1921–2017, Nobelpreisträger 1972) bedeutsam. 1963 kam dieser zu dem Schluss, es gäbe Unterschiede zwischen der Dienstleistung „Krankenversorgung“ und anderen Wirtschaftsgütern. Wegen der Notwendigkeit erheblicher externer Regulation, der Unvorhersehbarkeit von Bedarfen und Ergebnissen der medizinischen Versorgung im Einzelfall, der Ungleichheit von Bedarfen und der asymmetrischen Kompetenz von Patienten und professionellen Helfern sei es für die Mehrheit der Menschen unmöglich, Entscheidungen als Kunden bzw. Käufer zu treffen. Das gelte vor allem für diejenigen, die der Hilfe besonders bedürfen.

Wenngleich nie selbst gesundheitsökonomisch forschend, hatte Kenneth Arrow mit seiner „social choice theory“ und dem sog. Arrow-Theorem auf die Entwicklung der Gesundheitsökonomie wesentlichen Einfluss (Arrow, K.J. *„A difficulty in the Concept of Social Welfare“* J. of Political Economy 58 (4) August, 1950, pp. 328–346). Seine

Schrift *“Uncertainty and the welfare economics of medical care”* (*The American Economic Review*, 1963; 53:941-73) bewerten einige Wissenschaftler als das eigentliche Gründungsdatum der Gesundheitsökonomie als eigenständige Wissenschaft (Savodoff, W.D. (2004): *Kenneth Arrow and the birth of health economics. Bull World Health Organ.*, vol. 82 no. 2 Geneva, Feb. 2004).

Die Aktivisten der sog. „New Economy“ und die dieses Konzept begleitenden Revisionsversuche der klassischen Staatstheorie, z. B. durch die Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften von 1974 F.A. von Hayek (1899-1992), dann 1976 von M. Friedman (1912-2006) und 1986 von J. M. Buchanan (1919-2013) profilierten sich als sehr einflussreiche und fundamentale Gegner einer sozialen statt einer weitgehend deregulierten Marktwirtschaft in scharfer Konfrontation zu M. Keynes. Dieser Marktwirtschaft sollten nach ihnen dann auch die „klassischen“ sozialen Funktionen des Staates, einschließlich der Krankenversorgung, übertragen werden. Die in vielen Rechtssystemen akzeptierte Vorsorgepflicht des Staates folgte aus der Idee Hegels (1770 – 1831), dass der Staat gleichsam ein überindividuelles Wesen sei: *„Der Staat ... kennt keine selbständigen Individuen, von denen jedes nur sein eigenes Wohl im Auge haben und verfolgen dürfte. Im Staate ist das Ganze Zweck und der Einzelne Mittel.“* Diese Sicht von Hegel ist dann letztlich auch die Rechtfertigung für einen vom Staat getragenen und zu verantwortenden Schutz der Gesundheit aller Staatsbürger, eine Auffassung, die zugleich als Bruch mit den geschichtlich vorhergehenden feudalen Herrschaftssystemen gesehen werden darf.

Kommentar:

Die Gesundheitsökonomie ist vor diesem Hintergrund auch eines der Beispiele für die weltweiten Grundkonflikte bei der Ausformung und Weiterentwicklung von Staaten und ihren Verfassungsgeboten bezüglich ihrer Vorsorgepflichten. Zu diesen gehören dann auch die Bildung, die Vorsorge, die Gleichbehandlung, die Krankenversorgung oder auch die soziale Sicherung im Alter. In den gesundheitsökonomischen Konflikten spiegelt sich also auch der Konflikt um den Staat und seine Funktionen, ein Konflikt, der sich in der Auseinandersetzung um die keynesianischen und die neoliberalen Wirtschaftstheorien zwangsläufig begründet.

Global scheinen sich vor diesem Hintergrund derzeit zwei gesundheitsökonomische Theoreme durchzusetzen. Diese sind:

1. Das Theorem von der Regulation des Zugangs zum sozialen Gut „Krankenversorgung“ über die individuelle kaufkräftige Nachfrage. Da Märkte regelhaft nicht im Gleichgewicht sind und die maßgeblichen Akteure mittels des Wettbewerbs auch alles unternehmen, um dieses Gleichgewicht zu verhindern, müssen solche Märkte (und so dann auch die Krankenversorgung) zusätzlich zu den Marktregulatoren „Wettbewerb, Preis und Menge“ durch die Legislative reguliert werden, wenn die Sicherung des inneren sozialen Friedens ein politisches Ziel ist.

2. Das Theorem von der normativen Funktion ökonomischer Kalküle gegenüber z.B. gesundheitspolitischen Entscheidungen des Staates. Diese seien dem Primat gesamtwirtschaftlicher Ziele grundsätzlich nachzuordnen. Da diese Ziele aber interessengebunden sind, sind auch die normativen Funktionen an Interessen gebunden. Da ein gesamtwirtschaftliches Handlungssubjekt aus der Sicht der „New Economy“ nicht existiert und auch nicht existieren soll, ist es logisch auch keine Staatsfunktion, in Bezug auf die Krankenversorgung einen Risiko- und Zugangsausgleich zu garantieren.

Es gibt folglich zwei grundverschiedene Deutungen der Gesundheitsökonomie: Die eine sieht in ihr eine analytische Wissenschaft zur Optimierung gesellschaftlicher Verteilungsmechanismen. Die andere sieht die Gesundheitsökonomie als die entscheidende normative Instanz gegenüber den gesundheitspolitischen Handlungsinteressen der verschiedenen gesellschaftlichen Akteure.

Beispiel:

Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung (das Bruttoinlandsprodukt - BIP) nahm in Deutschland zwischen 1992 und 2016 um den Faktor von rund 1,7 zu. Im gleichen Zeitraum stiegen die Gesamtausgaben, die dem Gesundheitsmarkt zugerechnet werden, überproportional um den Faktor 2,2. Die Gesundheitsausgaben der einzelnen Leistungsträger veränderten sich wie folgt: die Ausgaben der öffentlichen Haushalte -0,2, die der gesetzlichen Krankenversicherung +1,9, die der sozialen Pflegeversicherung +1,7, die der gesetzlichen Rentenversicherung +1,7, die der gesetzlichen Unfallversicherung +1,9, die der privaten Krankenversicherungen +2,6, die Ausgaben der Arbeitgeber für den betrieblichen Gesundheitsschutz +2,1 und die der privaten Haushalte +2,5. Jede Veränderung dieser Relationen betrifft die Gesamtverteilung der Wertschöpfungsergebnisse und zwingt die Vertreter der Branchen in den Konflikt. Erkennbar ist der Versuch einer Konfliktbegrenzung durch die Erhöhung der privaten Finanzierungsanteile. Der Anteil der Umsätze der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt schwankt seit den 1970er Jahren zwischen 6 und 7%, ist also nahezu konstant. Soweit es also gesundheitsökonomisch relevante Verteilungsprobleme gibt, betreffen sie nicht die Proportionalität des BIP und die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beispiel:

„Gesundheitsausgaben“ sind nicht klar und länderübergreifend definiert. Für den globalen Vergleich der Ausgaben zur Krankenversorgung in Relation zu ihrer Effektivität wird von der OECD (Organization for Economic Co-Operation and Development) eine sog. Gesundheitsquote ermittelt. Diese Quote ist der Quotient aus den der „Gesundheit“ zugerechneten Gesamtausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt. Dieser Quotient wird dann in Relation zur mittleren Lebenserwartung unter der These gesetzt, es gäbe eine kausale Beziehung zwischen der mittleren Lebensdauer und den per definitionem der Gesundheitswirtschaft zugerechneten Umsätzen. Allerdings halten weder die Berechnung einer solchen Gesundheitsquote noch deren Bezug zur Lebensdauer als Effektivitätsmaße einer fachwissenschaftlichen Kritik stand. Das ändert nichts an der Beliebtheit dieser rechnerischen Größe in der Verteilungsdebatte. In Deutschland sind die Gesundheitsausgaben die Summe der Ausgaben für gesundheitsbezogene Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, der Ausgaben der privaten Krankenversicherungen, der Ausgaben des Staates und der Bundesländer, der Arbeitgeber z.B. für Lohnfortzahlungen und den betrieblichen Gesundheitsschutz sowie der privaten Haushalte für Zuzahlungen und für die Eigenfinanzierung von Arzneimitteln, für Gesundheitsprodukte und andere gesundheitliche Dienstleistungen.

2 Die Ökonomie des Gesundseins

Die Eigenschaften von Individuen (mit-)bestimmen ihre Stellung in der Gesellschaft. Das gilt im Besonderen für das Arbeitsleben. Gesundheit, vor allem deren Deutung als Tauglichkeit, Belastbarkeit und Zumutbarkeit sowie als Wertschöpfungs- bzw. Verlustfaktor sind solche Eigenschaften.

Geschichtlich ist die Bedeutung von Merkmalen der „Gesundheit“ als Diskriminatoren für die gesellschaftliche Stellung von Menschen und ihre sozialen Chancen rückläufig. Das ändert allerdings nichts daran, dass mit unterschiedlichem Gewicht solche Merkmale global weiterhin eine erhebliche Bedeutung haben. In der Diskussion um Ressourcenallokationen spielt die Argumentation zu den wirtschaftlichen Konsequenzen von Krankheiten und Verletzungen eine zentrale Rolle. Die Weltgesundheitsorganisation hat einen eigenen Standard zu deren Ermittlung entwickelt: WHO Guide to identifying the economic consequences of disease and injury. http://www.who.int/choice/publications/d_economic_impact_guide.pdf, Zugriff 20.10.2017.

Beispiel:

In Deutschland klagen die Unternehmen, durch Krankheit verlöre die Volkswirtschaft rund 130 Milliarden Euro und pro Arbeitnehmer gingen durch krankheitsbedingte Kosten jährlich rund 3.600 € pro Kopf der Beschäftigten (davon etwa 2.500 € durch die gesetzliche Krankenversicherung) verloren. Allerdings wird nicht klar, wem die Verluste durch kranke Arbeitnehmer entstehen und wer sie zu verantworten hat.

Kommentar:

Analoge Argumentationen lassen sich weltweit finden. Sie sind wirkungsmächtig, finden eine hohe mediale Verbreitung und erzwingen die Frage nach den Verursachern dieser Schäden. Es wird hingegen nicht nach den Gewinnen durch die Besserung der Gesundheit gefragt oder nach der Verursachung der Schäden z.B. durch schlechte Arbeitsbedingungen und durch Armut.

Die ökonomische Relevanz dieses Sachverhaltes hat vielfältige Aspekte. Ein erster Aspekt ist, dass Gesundsein in der Regel als wirtschaftlicher Gewinn, Kranksein hingegen als Verlust gedeutet wird. Ein zweiter Aspekt ist, dass der sog. medizinisch-industrielle Komplex in entwickelten Volkswirtschaften regelhaft der umsatzstärkste Wirtschaftssektor ist und in ihm die meisten Arbeitsplätze bereitgestellt werden. Ein dritter Aspekt betrifft die soziale Kohärenz von Bevölkerungen, die erheblich auch von der Zugänglichkeit der Krankenversorgung abhängt. Sie ist in jedem Fall gefährdet, wenn Krankheit und Behinderung von sozialer Benachteiligung gefolgt sind und ein Nachteilsausgleich nicht gewährt werden soll oder kann.

Die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung und deren wirtschaftliche Potentiale werden also als ein mittelbarer und ein unmittelbarer Zusammenhang argumentiert. Es ist ebenso offensichtlich, dass die Sinnhaftigkeit von Aufwendungen für den Schutz der Gesundheit, für die Behandlung Kranker und für die Hilfe für Behinderte mittels der üblichen Methoden einer wirtschaftlichen Gewinn-Verlust-Rechnung nicht dargestellt werden kann. Dies ist unmittelbar einsichtig, weil der Zweck wirtschaftlicher Tätigkeit die Existenzsicherung und -besserung der Menschen sowie die Befriedigung von Bedürfnissen ist. Ohne Nahrung und Wasser, Luft zum Atmen, ohne Kleidung und Wohnung ist Leben nicht möglich. Das gilt auch für den Zugang zu Hilfen im Krankheits- und im Behinderungsfall. Eben diese Bedürfnisse zu sichern ist das Ziel wirtschaftlicher Tätigkeit.

Hilfeleistungen sind insgesamt in Geld messbar aber nicht in Gewinn- und Verlustrechnungen aufzuspalten. Die Bewertung solcher Ausgaben ist also nur insofern ein ökonomisches Problem, als es um deren Verteilung und Trägerschaft geht. Die Begründung für eine solche Verteilung ist aus der Sicht der Medizin der „Bedarf“. Sind die verfügbaren Ressourcen kleiner als der Bedarf, sind normative und prioritäre Entscheidungen unvermeidbar. Das wirft die Frage auf, wem die Entscheidungskompetenz übertragen werden kann.

Das Konfliktfeld wird allein von den oben genannten vier Finanzierungsoptionen der Krankenversorgung definiert. Hier muss sich dann die Gesundheitsökonomik entscheiden, ob sie analytische Wissenschaft oder normensetzende Instanz in der öffentlichen Debatte um die Verteilung der Ressourcen einer Gesellschaft und die Trägerschaft der Kosten ist. Eine Sicht, die den Verbrauch von Mitteln von einer Gewinn-Verlust-Rechnung abhängig macht, verfehlt den Zugang zum Problem. Schließlich kommt auch niemand auf die Idee, Aufwendungen für die Bildung oder die Kleidung, für Nahrung, und Wohnen oder die Infrastruktur als gesamtwirtschaftliche Verlustposten zu bezeichnen.

Aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie sind medizinische oder sonstige gesundheitsbezogene Interventionen Vorgänge, bei denen ein Gut „erzeugt“ wird. Deswegen müsste es dann sein, durch diese Intervention einen höheren Wert erzeugt zu haben. Medizinische Versorgung ist in diesem Sinne Wertschöpfung. Es ist das Dilemma einer Ökonomie des Gesundseins, dass ein solcher Warencharakter in Geld nur zu messen ist, wenn die Träger einer solchen Eigenschaft als Investitionsobjekte abgebildet und nach ihrem Warenwert klassifiziert werden können. Überlegungen dieser Art zwingen dann unvermeidlich zu einer weiteren Entscheidung: Wenn der Wert eines Menschen von den Investitionen in ihn abhängt und die Sinnhaftigkeit medizinischer Hilfen von den erhofften Gewinnen aus diesen Investitionen bestimmt wird, dann bedarf es einer klaren Positionierung zu den Wertbegründungen für Menschen.

Beispiel:

Die Umwandlung eines Baumes in einen Tisch erzeugt eine Ware, die durch den „Verbrauch“ von Maschinen und menschlicher Arbeitskraft eine Wertsteigerung erfahren hat, die dann im Preis der Ware ihren Ausdruck finden soll.

Kommentar:

Eine analoge monetäre Wertsteigerungsdeutung als Ergebnis einer medizinischen Intervention ist nicht möglich. Es lässt sich ein solches Produkt auch nicht horten, nicht mehr und nicht veräußern oder vererben.

Beispiel:

Die Implantation einer neuen Herzklappe bei einem 70jährigen Mann kann als individueller und als gesellschaftlicher wirtschaftlicher Gewinn bestenfalls in Ausnahmen monetär beschrieben werden.

Kommentar:

Dies gilt auch für alle medizinisch präventiven Leistungen, bei denen Maßnahme und Resultat nur in Ausnahmefällen zueinander in einen direkten individuellen Bezug gesetzt werden können.

Die wirtschaftliche, ggf. auch monetäre Bewertung von Menschen als einer expliziten oder impliziten Norm für den Zugang zu medizinischer Hilfe, ist ein dauerhafter ethischer und im globalen Vergleich auch realer gesellschaftlicher Konflikt. Dennoch ist der Zugang zu medizinischer Hilfe ein mehrheitliches allgemeines Menschenrecht.

Diese soweit akademische Diskussion bedarf, soll sie als normative gesundheitspolitische Basis in den Staaten genutzt werden, der politischen Verabredung ihrer Bevölkerungen. Ob also eine gesundheitsökonomische Sachlage auch eine gesundheitspolitische Kondition ist, ist nicht Sache der Ökonomie, sondern der politischen (im Idealfall der demokratischen) Vereinbarung. Es gibt folglich auch keinen Zugang zur Auslösung dieses Konflikts durch die Konstruktion von Krankenversorgungsmärkten mit gestaltungsfreien Dienstleistungsunternehmen und mit Patienten als individuellen Kunden.

Beispiel:

Allerdings sind solche Konflikte Teil der Menschheitsgeschichte: Der Wert von Menschen misst sich (u.a.) an ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit und an dieser dann auch das allgemeine Interesse an der Erhaltung und ggf. an der Wiederherstellung von Gesundheit. Der Sklavenhandel der Vergangenheit

wie der Gegenwart hatte bzw. hat klare Vorstellungen vom Warenwert gesunder und kranker Menschen.

Kommentar:

In Bezug auf die gesundheitlichen Eigenschaften von Individuen haben sich die „Auswahlprinzipien“ für einen großen und auch wachsenden Teil der Menschheit geschichtlich grundlegend humanisiert. Trotz der Erfahrungen mit den Bedingungen globaler Warenproduktion und der Auswahl von menschlicher Arbeitskraft für die Warenproduktion wirken gesundheitliche Auswahlprinzipien von Menschen auch global zunehmend als Schutz und nicht als Argument der Ausgliederung. Es bleibt allerdings noch ein sehr weiter Weg zu gehen.

Diese Sicht steht bei Vertretern der Wirtschaftswissenschaften, die die Dekonstruktion des Staates und letztlich dessen Abschaffung fordern, in der Kritik. Folgerichtig wird die Einschränkung der sozialen Vorsorgeaufgaben des Staates, z.B. bei der Absicherung des Krankheitsrisikos oder im Arbeitsschutz gefordert und in einigen Staaten beispielgebend für die Welt auch praktiziert. Solche Forderungen richten sich auch auf staatliche Krankenversorgungssysteme (Typ National Health Service) und auch auf genossenschaftliche Systeme (Typ Bismarck System).

Der Konflikt betrifft grundlegend die Frage, ob, in welchem Umfang und ggf. wem die Absicherung von Krankheitsrisiken durch Selbstfinanzierung (auch Eigenverantwortung genannt) übertragen werden kann. Prominente Begründer und Vertreter der New Economy vertreten die Auffassung, dass das individuelle Gesundsein von den Individuen weitgehend selbst bestimmt wird. Der Grad der Gesundheit messe also gleichsam die individuell aufgewandten „Investitionen“. Der „return of investments“ entspreche dann dem Grad des individuellen Wohlbefindens und z.B. der Wertsteigerung auf dem Arbeitsmarkt, zumindest aber dem Grad des Werterhalts oder der Minimierung des Wertverlustes etwa infolge der Alterung. (Mushkin, SJ (1962); *Health as an Investment. The Journal of Political Economy*, Vol. 70 (5) 129-157).

Im Gegensatz würde die allgemeine Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung immer zum Missbrauch führen, da, so z.B. der Begründer der Stresstheorie H. Selye (1907-1982), Menschen auf Grund ihrer evolutionär erworbenen biologischen Eigenschaften zu solidarischem Handeln nicht fähig seien (Selye, H. (1977): *Gesundheit und Streß-Konzept. In Füllgraf, G (Hrg.) Bewertung von Risiken für die Gesundheit, Stuttgart – New York*). Deshalb sei, im Falle allgemein garantierter medizinischer Hilfen, die beständige Kontrolle des Anbieter- und des Konsumentenverhaltens zwingend notwendig, wenn die Versorgungssysteme durch eine dritte Partei finanziert werden. Solche Finanzierungen würden dann unvermeidbar zur Einschränkung der Freiheit führen, seien also aus freiheitsethischen Gründen abzulehnen.

Allgemeine Zugangsrechte zur medizinischen Versorgung und Freiheit sind in dieser Argumentation unauflösbare Widersprüche. In dieser Debatte ist die von M.V. Pauly 1968 vorgetragene These von den moralischen Fehlanreizen (moral hazard), wenn

Kranke ihre Versorgung nicht selbst finanzieren müssen, ein wirkmächtiges, aber auch faktenresistentes Argument. (Pauly, M.V., *The Economics of Moral Hazard: Comment. The American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, 1968, 531-537). Friedman, Buchanan, Pauly und weitere Vertreter der New Economy unterstellen zudem, dass Kranken immer die freie Entscheidung überlassen werden müsse, wofür sie die ihnen verfügbaren Mittel einsetzen wollen, ob sie ihre Ressourcen also für ihre medizinische Versorgung oder für den Kauf eines Autos verwenden wollen. Diese Entscheidungsfreiheit sei zwingend zu fordern, damit Patienten als Kunden und damit als freie Marktakteure agieren können.

Hier ist die Sicht von K. Arrow deutlich differenzierter. Er betont, dass der Zugang zu Hilfen im Krankheitsfall keine individuelle Wahlentscheidung ist, die jeweils im Wettbewerb mit anderen Bedürfnissen gesehen werden könne. Zur Kritik an einer marktkonformen Krankenversorgung führt Arrow 7 Argumente an:

1. die individuell unmögliche Vorhersehbarkeit einer spezifischen Krankheit und damit auch die Unmöglichkeit der selektiven Versicherbarkeit von Krankheitsrisiken
2. die individuelle Entscheidungsunfähigkeit über den (ökonomischen) Nutzen von präventiven individuellen Interventionen in die Gesundheit
3. die für den Einzelnen Nichtvorhersehbarkeit des Verhaltens des Anbietermarktes im Verhältnis zur Nachfrage
4. das Fehlen des Gleichgewichts auf Märkten der Krankenversorgung
5. das Marktversagen besonders bezüglich der sozialen Allokation von Ressourcen
6. die informationelle Asymmetrie von Leistungsanbieter und Patient
7. die Notwendigkeit, die soziale Ineffektivität von Märkten im Falle der Krankenversorgung durch nicht den marktwirtschaftlichen Zwängen unterliegende Institutionen (Spenden und Staat) in einem erheblichen Umfang auszugleichen

Es muss zusätzlich bedacht werden, dass besonders schwer betroffene Patienten sowie Kinder ohnehin keine eigene Entscheidungsfähigkeit haben. Die Lebenspraxis zeigt aber auch, dass es gute Gründe zu Zweifeln gibt, den Anbietern auf Gesundheitsmärkten diese Entscheidungen im blinden Vertrauen zu übertragen.

Der zu seiner Zeit wohl bedeutendste Analytiker von Krankenversorgungssystemen Milton I. Roemer (1917-2001) beschrieb im Ergebnis umfangreicher Analysen mit dem nach ihm benannten Roemer's Law (*"The rate of hospital admissions response to bed availability."*) „If we insist on installing more beds, they will tend to get filled.“, die Realität des „supplier induced demand“. Dieses bezeichnet die Unmöglichkeit funktionsfähiger Anbieter- und Kundenmärkte im Falle der Krankenversorgung. Das Versagen gründet in dem Umstand, dass der Entscheider über Art und Umfang der medizi-

nischen Leistungen zugleich auch der wirtschaftliche Nutznießer seiner Entscheidung ist, also zugleich über den Bedarf und die Kosten, bzw. seinen eigenen Nutzen entscheidet. Dieser Effekt verstärkt sich dramatisch, wenn Ärzte angestellte einer marktwirtschaftlich agierenden Dienstleistungsindustrie sind. Roemer konnte zeigen, dass dies grundsätzliche Folgen für die ärztliche Bedarfsentscheidung und deren ökonomische Folgen hat. Diese Folgen korrelieren dann auch nur bedingt mit den Patienteninteressen.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der Regulationsmacht des Kunden auch das Schlüsselproblem einer Theorie der Gesundheitsökonomie. P. Herder-Dorneich (geb. 1926) begründet in seiner Theorie der Gesundheitsökonomie (*Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen. Baden-Baden*) das Marktversagen im Falle der Krankenversorgung mit folgenden Argumenten

1. das Uno-actu-Prinzip, das besagt, dass Leistungserbringung und -nachfrage zeitlich zusammenfallen, so dass der Nachfrager (hier der Patient) keine Produktwahl nach vorheriger vergleichender Produktprüfung treffen könne, was dann folglich eine Marktentscheidung unmöglich mache
2. Roemer's Law (siehe oben)
3. die soziale Ineffektivität marktwirtschaftlicher Krankenversorgungssysteme
4. die mangelnde soziale Effizienz marktwirtschaftlich organisierter Gesundheitsversorgung
5. der Käufer auf dem Gesundheitsmarkt sei in der Regel nicht der Patient, sondern entweder der Staat oder der Arbeitgeber oder eine Versicherung, folglich entsteht zwischen dem bedarfsabhängigen Nutzer der Hilfe und dem finanzierenden Käufer potenziell ein Interessengegensatz, der sich gegen den Patienten richten könne
6. Märkte setzten die Existenz von realen Produkten voraus, was im Falle der Krankenversorgung nur möglich ist, wenn die Varianz der Patienten auf einen standardisierten Patiententypus reduziert wird (nicht mit der Standardisierung von Versorgungsabläufen zu verwechseln!)
7. der sich vertiefende Integrationsbedarf von Leistungen und Leistungserbringern in einer arbeitsteiligen und kooperativen Versorgung bewirke unter Marktbedingungen die Schaffung von marktfeindlichen Kartellen

Das Kernziel der Vertreter einer Übertragung der Markttheorie auf die Krankenversorgung ist deshalb, dieses Marktversagen mit immer neuen Regulationen aufzulösen. Allerdings sind bislang alle entsprechenden Bemühungen auch gescheitert.

Beispiel:

Alain Enthoven unterstellt in seinen Analysen (Enthoven, A. (1978): Consumer-Choice-Health-Plans: A national health-insurance proposal on regulated competition in the private sector. New England Journal of Medicine 298:709-720), die Auflösung des Konflikts zwischen Marktpräferenz und allgemein zugänglicher Krankenversorgung könne regulatorisch gelöst werden. Hierzu sei es zunächst notwendig, die sechs Hindernisse, die einem regulierten Markt entgegenstehen, zu überwinden. Diese Hindernisse seien:

- 1. die freie Arztwahl*
- 2. die freie ärztliche Entscheidung bei der Therapiewahl*
- 3. der Einfluss des Arztes auf die Kosten*
- 4. das Prinzip der Kostenerstattung*
- 5. die Einzelpraxis*
- 6. das Prinzip „Geld folgt der Leistung“, insbesondere die retrospektive Bezahlung von medizinischen Leistungen*

Zur Überwindung dieser Defizite entwarf er die Konzepte des sog. „managed competition“ und des „managed care“. Beide sollen bewirken, dass das Käuferisiko (Staat, Versicherung, Arbeitgeber) auf den Leistungserbringer übertragen (verkauft) wird. Die Basis dieser Transaktion sind prospektive Finanzierungen mittels sog. Kopfpauschalen (capitation). Dieses Konzept hat weltweit eine fundamentale Wirkmacht entfaltet und treibt auch die etablierten Systeme in transformatorische Reformprozesse, mit der Konsequenz der Schaffung trustähnlicher, marktkonformer und kompetitiver Versicherungsunternehmen, die in Allianz mit wertschöpfungsseitig hoch integrierten und zentralisierten Versorgungsgiganten agieren.

Kommentar:

Der sog. medizinisch-industrielle Komplex ist heute praktisch in allen ökonomisch entwickelten Staaten der umsatzstärkste Wirtschaftskomplex und stellt die meisten Arbeitsplätze bereit. Die „Branche Gesundheitswirtschaft“ hat so weitreichenden Einfluss auf die gesamte Wirtschaftstätigkeit eines Landes. Entsprechend komplex und widersprüchlich sind auch die wirtschaftspolitischen Interessen an diesem Dienstleistungssektor. Einerseits gibt es ein großes Interesse, die Gesundheitsdienstleistungen auch über den Bedarf hinaus massiv auszuweiten, andererseits sollen die „Lasten“, zumindest dann, wenn der Staat oder die Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligt sind, begrenzt werden. Die Argumente folgen in vielen der globalen Regionen der Logik, dass die Finanzierung dieses Sektors durch die Bürger ein zu starker Konsum sei, die Finanzierung durch den Staat oder die Arbeitgeber hingegen ein wirtschaftlicher Schaden.

Dieser beständige Konflikt ist relativ gut auflösbar, solange sich die Wirtschaft insgesamt erfolgreich entwickelt und die Arbeitnehmer an dieser Prosperität auch einen

proportionalen Anteil haben. Er verschärft sich hingegen in wirtschaftlichen Krisenzeiten sowie dann, wenn die Einkommensentwicklung unter die durchschnittliche Inflationsrate sinkt, bzw. gesenkt wird.

Beispiel:

Die monetären pro-Kopf Aufwendungen für die medizinische Versorgung sind in Deutschland etwa europäischer Durchschnitt. Gesetzt den Fall, dieser Durchschnitt sollte nach den Maßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung das normative Vorbild der medizinischen Versorgung im globalen Maßstab sein, hieße dies im Jahr 2017, analog etwa 2.500 Euro pro Person, insgesamt etwa 17.500.000.000.000 Euro aufzubringen. Analog verlangte dies global rund 30,5 Millionen Fachärzte verfügbar zu haben. Gemessen an den Bedingungen in Deutschland müssten dann weitere 350 Millionen Personen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt sein. Es sollte unmittelbar einleuchtend sein, dass eine global vergleichbare medizinische Versorgung grundsätzlich ökonomische Grundlagen sowie auch andere Struktur- und Prozesslösungen verlangt.

Kommentar:

Es ist offensichtlich, dass die Lösung global grundlegender medizinischer Versorgungsprobleme durch gesundheitsökonomische Ansätze nicht zu erlangen sein wird. Dies wird vor allem soziale Verteilungsinnovationen jenseits tradierter Erfahrungen bedürfen.

3 Die Ökonomie der Krankenversicherungen

Öffentlich-rechtlich organisierte Absicherungen von Krankheitsrisiken und der sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung sind in sozialökonomisch entwickelten Staaten die wichtigsten Träger des Risikoschutzes. Sie sind zudem die monetäre und regulatorische Grundlage der Gesundheitswirtschaft.

Krankenversicherungen schützen im Fall notwendiger medizinischer Hilfeleistungen vor deren Kostenfolgen. Sie tun dies im Rahmen der jeweiligen Vertragskonditionen und schützen so zugleich auch die Anbieter solcher Leistungen vor dem Ausfall der Kostenkompensation, bzw. vor dem Insolvenzrisiko, sofern dies politisch gewünscht ist.

Jegliche Krankenversicherung bedarf einer Reihe grundlegender Festlegungen. Diese regeln die Beziehungen der Versicherten und der Prämienzahler zu ihrer Versicherung sowie die Beziehungen der Patienten und der Versicherungen zu den Erbringern der versicherten Leistungen, bzw. zu den Eigentümern der Unternehmen der Krankenversorgung. Viele dieser Beziehungsgeflechte sind für die Versicherten und die Patienten „unsichtbar“.

Sofern das Verhältnis des Versicherten zu den Versicherungen über individuelle oder selektive Gruppenverträge definiert ist, müssen eine Reihe von Festlegungen explizit formuliert sein. Diese betreffen im Wesentlichen

- die Inhalte und den Umfang des Versicherungsschutzes sowie die expliziten Leistungsausschlüsse
- die Regeln für die Erlangung und für die Dauer des Schutzes
- die Finanzierung von Leistungszusagen für die versicherten Risikogruppen
- die Preisbildung des Versicherungsproduktes
- die konkreten Zugangsbedingungen zu medizinischer Hilfeleistung für die Versicherten
- die Finanzierung des Erbringers der medizinischen Leistungen, bzw. des Eigentümers der Versorgungsinfrastrukturen
- Zuzahlungen (co-pays) und Selbstbehalte (deductibles)

Das ökonomische Dilemma jeder Art der Krankenversicherung ist die sozial ungleiche, bzw. nicht zufällige Verteilung der Versicherungsrisiken und die Unvorhersehbarkeit der künftig notwendig werdenden Behandlungsanlässe im individuellen Einzelfall.

Beispiel:

Gesetzt den Fall, 100 Familien vereinbarten, sich in einem hochwassergefährdeten Gebiet anzusiedeln, könnte von ihnen auch vereinbart werden, sich im Schadensfall gegenseitig zu helfen. Da sie die Schadenswahrscheinlichkeit für alle als gleich groß vermuten, sind sie bereit, in eine Risikoumlage einzuzahlen, aus der Schäden kompensiert werden. Es könnte auch vereinbart werden, diese Umlage eigenverantwortlich selbst zu verwalten. Allerdings könnte sich dann auch zeigen, dass die Familien erheblich ungleich in ihre Häuser investiert haben, im Schadensfall eine Familie also eine Unterdeckung, eine andere hingegen eine ihre potenziellen Schäden überschreitende Deckung hätte. Die Schwierigkeiten würden ungleich größer, sollte sich herausstellen, dass innerhalb der Siedlungsgemeinschaft die tatsächlichen Gefahren eines Hochwasserschadens, z.B. infolge von Höhenunterschieden innerhalb des Siedlungsgebietes, deutlich ungleich verteilt sind. Dieses Modell bedarf also zwingend eines solidarischen Konsenses, die Risiken gemeinsam zu tragen oder der Festlegung unterschiedlicher Versicherungsprämien. Dann aber wäre das ursprüngliche solidarische Modell gescheitert. Es stehen sich hier also das Konzept eines kollektiven Risikoschutzes für alle und ein individueller Risikoschutz für einige einander gegenüber.

Kommentar:

Die Übertragung dieses Modells auf die Risikoabsicherung für den Krankheitsfall zeigt weitere Probleme. Diese betreffen die erhebliche Asymmetrie der Bedarfe und die Varianz ihrer Dauer. Diese Asymmetrie hat mindestens drei Pole:

1. Gesundheitsgefährdungen und die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind in der Regel zueinander umgekehrt proportional. Der Bedarf an Versicherungsleistungen ist den sozialen Lagen folgend vertikal ungleich und umso größer, je ungünstiger diese Lebenslagen sind.
2. Horizontal gleiche (ähnliche) soziale Lebenslagen bedeuten nicht, dass auch die Risikoladungen gleich wären. Biologische Varianz und die Varianz von Lebensstilen bewirken immer auch eine Risikovarianz, die allein über soziale Merkmale nicht abgebildet werden kann. Zusätzlich ist zu bedenken, dass besonders schwere Krankheiten zum sozialen Abstieg führen können und so die Unfähigkeit zur Eigenfinanzierung bewirken oder diese Fähigkeit zumindest begrenzen können.
3. Die Asymmetrie der Bedarfsverteilung in einer Bevölkerung nimmt mit steigender mittlerer Lebensdauer der Bevölkerung zu. Es kann geschätzt werden, dass in 80% die finanziellen Ressourcen der Krankenversicherungen von 20% der Versicherten beansprucht werden und 80% der Ressourcen etwa 3 Jahre vor dem Erreichen der mittleren Lebensdauer verbraucht werden (Pareto principle). Es kann auch geschätzt werden, dass etwa die Hälfte der Ressourcen von Personen jenseits des 65. Lebensjahrs beansprucht werden. Diese Ressourcen sind aus den durchschnittlichen Einnahmen dieser Versichertengruppen nicht oder nur

von einem kleinen Teil aufzubringen. Das gilt analog für alle nicht Erwerbstätigen. Im globalen Maßstab ist die Mehrheit der Weltbevölkerung nicht in der Lage, einen ausreichenden Versicherungsschutz zu finanzieren (gilt individuell wie auch gesamtgesellschaftlich).

Unter diesen Bedingungen sind jegliche regulatorischen Festlegungen zum Zugang zur Krankenversorgung, zu deren Umfang und Dauer immer auch ökonomisch wirksam. Wenn alle zu einem gleichen relativen oder absoluten Preis versichert werden, müssen solche Festlegungen auch für alle gleich sein. Sollen diese Festlegungen hingegen individuell variieren, müssen die relativen oder auch absoluten Preise des Risikoschutzes ebenfalls individuell variieren. Den besten Versicherungsschutz hätten dann jene, die vergleichsweise auch die gesünderen sind, den schlechtesten jene, die dieses Schutzes am ehesten bedürfen.

Beispiel:

Justin Ford Kimball (Baylor University, Texas) entwickelte gegen Ende der 1920er Jahre einen prepaid service für die Krankenhausversorgung. Lehrer in Dallas konnten danach gegen die Zahlung von 6 \$ pro Jahr bei Bedarf eine Krankenhausbehandlung von bis zu 21 Tagen in Anspruch nehmen. Angesichts des Erfolges dieses Angebots, begannen daraufhin einzelne Arbeitgebergruppen mit solchen „benefits“ um Arbeitskräfte zu konkurrieren. So entstand das Modell eines von Versorgungsanbietern ausgehenden Systems einer privaten non – profit – insurance mit branchenbezogenen durchschnittlichen Beitragssätzen. Das Modell war sehr erfolgreich und mündete schließlich in die bis heute existierenden Versicherungen „Blue Cross“ und „Blue Shield“ (Blue Cross – stationäre Leistungen, Blue Shield – ambulante Leistungen). Da der Erfolg nun private Versicherungsanbieter veranlasste, ebenfalls Krankenversicherungen anzubieten, hatten diese fortan gegen die non-profit-Versicherungen nur eine Marktchance, wenn sie durch immer neue Modelle der Risikoselektion billigere Angebote machen konnten. Seither ist die Risikoselektion einer der wichtigsten Wirkmechanismen privater Krankenversicherungen.

Kommentar:

Die Ungleichverteilung der Bedarfe gewinnt zusätzlich an Bedeutung, wenn die Kosten und die Kostensteigerungen medizinischer Leistungen über die Gesamtzahl aller Behandlungskrankheiten und Leistungsarten ungleich verteilt sind und zudem die Einkommen der versicherten Bevölkerung sich zunehmend spreizen sowie ggf. für Teile der Bevölkerung oder gar im Durchschnitt hinter der Inflationsrate zurückbleiben.

Die Annahme, Kostensteigerungen für die medizinische Versorgung seien Indikatoren für eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse einer versicherten Bevölkerung, ist ein Trugschluss.

Die Kosten medizinischer Versorgung einer Versicherung sind das Produkt von Preisen je Fall und deren Mengen. Folgerichtig sind die Aufwendungen je Fall und die Fallmengen die entscheidenden Zielgrößen jeder versicherungsökonomischen Regulation. Vereinfacht ergeben sich die Preise aus den fixen, also den leistungsunabhängigen und den leistungsabhängigen variablen Kosten.

Beide Kostenarten berühren unmittelbar sozialmedizinische Fragestellungen:

1. Die fixen Kosten (z.B. Investitionen, Kosten der Krankenhausleitung, Erhalt der baulichen Infrastruktur und der Betriebsbereitschaft, Mieten, Gebühren etc.) sind von den Fallkosten und den Fallmengen unabhängig. Sie spiegeln die Kosten, für die Vorhaltung der Infrastrukturen und sind, zumindest zeitlich begrenzt, auch unverändert. Sie können allerdings nach Profil und Standort erheblich variieren. Fixe Kosten eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis können also sehr unterschiedlich sein. Da die fixen Kosten vom regionalen Bedarfsprofil (z.B. Bevölkerungsstruktur und -dichte) mitbestimmt werden, entsteht bei den Versicherern ein starkes Interesse, an einheitlichen fixen Kosten. Dieses Interesse wird, je nach Refinanzierungsbedingungen, von den Versorgungsanbietern geteilt werden. Dieser Sachverhalt erzeugt mindestens zwei strategisch wirksame Interessen: Das ist einmal die Profilierung und Standardisierung des Versorgungsangebots und zum andern die Konzentration der Fallmengen (ambulant, stationär, Grundversorgung, Maximalversorgung etc.). Die Frage ob, in welchem Ausmaß und unter welchen sozialen, epidemiologischen und demografischen oder organisatorischen Voraussetzungen Versorgungsinstitutionen eher dezentral oder zentralisiert vorzuhalten sind, ist aber nicht allein eine wirtschaftliche, sondern auch eine prinzipielle versorgungskonzeptionelle Fragestellung. Das gilt analog für Portfolioselektionen.
2. Versuche, fixe Kosten je Leistungsart zu optimieren, werden auch nicht gewollte Wirkungen haben können. Die unvermeidliche Konzentration der Versorgungsangebote vermag dann zu Versorgungsinfrastrukturen führen, die zwar betriebswirtschaftlich rational sind, in der Summe aber dennoch erhebliche Kostensteigerungen bewirken werden, u.a. wegen des Zwanges zur Fallsteigerung.
3. Die fixen Kosten je Fall sinken mit der Zunahme der Fallmengen. Das Interesse an der Vergrößerung der Fallmengen ist eine unmittelbare Folge. Das bedeutet aber auch, dass sich das Versorgungsinteresse ggf. auf Gründe der Inanspruchnahme konzentriert, die eine hohe Prävalenz haben. Dies wiederum trifft nur für wenige Krankheiten zu und besonders für solche, die sich zur Fallmengenaus-

weitung gut eignen. Die Konzentration von Versorgungsleistungen kann profilbezogen die fixen Kosten senken, wird aber auch über Mengeneffekte die Aufwendungen insgesamt steigern und Überversorgung initiieren.

4. Die Wirkungen auf die variablen Kosten sind analog, wenn sie mit Arbeitsverdichtung und Verringerung der eingesetzten Qualifikationsressourcen einhergehen. Deren Absenkung wird dann ggf. erhebliche und über das einzelne Krankenhaus hinausgehende Folgewirkungen für die Versorgungsstruktur einer Region oder eines Landes haben können.
5. Die letztlich immer auch resultierende Perspektive der Entstehung marktbeherrschender Versorgungsmonopole berührt nicht allein Wirtschaftlichkeitskalküle, sondern auch grundlegende Fragen der bedarfsgerechten Generierung, der Allokation und des Verbrauchs von Versorgungsressourcen.

Während die Preisregulation eine vergleichsweise überschaubare Herausforderung ist, sind die Mengenregulation (vor allem die Regulation einer medizinisch bedarfsgerechten Mengenstruktur der Versorgungsleistungen) und die Regulation der Leistungsbedarfe hochgradig komplex und konfliktbesetzt.

Es gibt (bislang) nur wenige wirksame Wege zur Regulation von medizinischen Leistungsmengen, vor allem, weil es kaum wirksame und realitätskonforme Wege der Indikationsregulation gibt. Die etwa unter den Spielregeln des Managed Care praktizierten Techniken des pre-certification, pre-authorization, pre-estimate of costs etc. sind außerhalb dieses Versorgungstyps nur sehr selektiv zur Mengenregulation wirksam einzusetzen.

Leistungsbudgetierung und Leistungsexklusionen, die Übertragung des Versicherungsrisikos auf die Leistungserbringer oder die Übertragung auf die Versicherten (Prämienerhöhungen, Zuzahlungen, Selbstbehalte, Bonuszahlungen und risikoselektive Versicherungsverträge sowie Kostenerstattungsregelungen) sind dann auch immer konfliktträchtig. Sie sind zudem mit der Tendenz verbunden, ihre nicht gewollten Wirkungen auf die Versicherten und auf die Patienten zu übertragen.

Die Regulation der Leistungsinhalte kann über die Anerkennung von Standards nach den Regeln des Standes der Wissenschaften oder durch die Begrenzung auf selektive Mindestleistungen möglich werden, hat aber unter den Bedingungen von Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzipien jeweils sehr unterschiedliche Konsequenzen. Im Falle der Kostenerstattung wirkt die Finanzierungsweise als sozialspezifische Rationierung oder als sozialspezifische Überversorgung. Im Falle einer Sachleistung entsteht ein erheblicher Vereinbarungsdruck auf die Fall- bzw. Produktdefinition sowie auf die Einführung von Kontrollen ihrer vereinbarungsgemäßen Anwendung.

Unter diesen Bedingungen gibt es für den Krankenversicherungsschutz nur drei grundsätzliche Optionen:

1. Das ökonomische Risiko „Krankheit“ verbleibt bei den Patienten. Den nicht zahlungskräftigen Nachfragern ist dann eine Krankenversicherung verwehrt oder nur begrenzt zugänglich. Der „Gesundheitsmarkt“ verwehrt gleichsam der nicht kaufkräftigen Nachfrage den Zugang, bzw. erzwingt den Ausgleich dieses Marktversagens durch staatliche Interventionen (entspricht z.B. den Gegebenheiten in den USA vor dem Affordable Health Care Act der Obama Administration; *siehe hierzu* auch Francis Bator: The Anatomy of Market Failure. In: Quarterly Journal of Economics. Band 72, Nr. 3, August 1958, S. 351–379.1958).
2. Das ökonomische Risiko „Krankheit“ wird vom Staat, bzw. von den Steuerzahlern übernommen. Folglich müssen Umfang, Art und Form der Leistungserbringung durch die Legislative definiert und durch die Exekutive organisiert und kontrolliert werden. Die Leistungsfähigkeit der Risikoabsicherung hängt dann von der allgemeinen steuerlich wirksamen Wirtschaftskraft einer Volkswirtschaft sowie von den Strukturentscheidungen der Haushaltsplanungen ab (entspricht z.B. dem britischen National Health Service).
3. Das ökonomische Risiko „Krankheit“ wird über eine parafiskalische Umlage von den Mitgliedern dieses Versicherungstyps kollektiv und selbstverwaltend getragen. Folglich müssen der Umfang, die Art und der Mechanismus des Leistungszugangs durch die Träger der Umlage selbst definiert und kontrolliert, ggf. auch organisiert werden. Die Leistungsfähigkeit der Risikoabsicherung hängt dann von den direkten und den indirekten durchschnittlichen Arbeitseinkommen (Grundlohnsumme) der Versicherten ab (entspricht einer Vielzahl europäischer Krankenversicherungen).

Die Absicherung von Krankheitsrisiken berührt ein weiteres grundsätzliches Problem. Dieses bezieht sich auf die ökonomische Wirkung von „Innovationen“. Der Nationalökonom J. Schumpeter (1883-1950) hat solche Wirkungen untersucht. Für Wirtschaftstätigkeiten, deren Ziel „Gewinne“ sind, kommt er zu dem Schluss, dass diese an die Fähigkeit zur ständigen „kreativen Destruktion“ bestehender Produktionsprozesse, ihrer Infrastrukturen und Standorte wie auch der Produkte selbst geknüpft sind.

Das wirft die Frage auf, ob bzw. unter welchen Bedingungen eine solche „kreative Destruktion“ auf Systeme der Krankenversorgung und ihre Finanzierung übertragen werden kann. Die Zweifel an der Übertragbarkeit betreffen

- die Unmöglichkeit, ggf. aber auch fehlende Notwendigkeit, einer ständigen „Produkterneuerung“ und Destruktion bestehender Infrastrukturen
- die nicht beliebige permanente Veränderbarkeit von „Produktionsstandorten“
- die prinzipielle Schwierigkeit, Prozesse der Güterproduktion auf die medizinische Versorgung zu übertragen

- das problematische Motiv der Gewinnerwirtschaftung in steuerfinanzierten und umlagefinanzierten Sicherungssystemen

Die Geschichte der Medizin ist dennoch letztlich seit je auch eine Innovationsgeschichte. Diese verweist auf mindestens folgende Aspekte:

1. Die praktische Umsetzung von Erkenntnisfortschritten der Medizin bedarf einer etablierten, interessensunabhängigen und metaanalytisch begleiteten indikationsbezogenen Nutzenbewertung, einer hinreichenden Plastizität der Gesundheitssysteme, der verbindlichen fachlichen Weiterbildung der Akteure und der Sicherung des wissenschaftlich rationalen Zugangs zu solchen Innovationen.
2. Innovationen ergänzen nicht nur verfügbare Verfahren, ggf. ersetzen sie auch etablierte Verfahren. Der Ersatz muss dann Teil der Innovation sein, ein Vorgang, der nicht der Selbstverantwortung der Akteure überlassen werden kann. Die Realität zeigt, dass dieser Ersatz häufig misslingt.
3. Bildungs- und Qualifikationsfortschritte sind Voraussetzungen der Penetration von Innovationen in die Praxis. Es ist eine unrealistische Erwartung, solche Fortschritte ließen sich ohne Anbieter- und Nachfrageregulation von Qualifikation erreichen.
4. Die Sicherung der Zugänglichkeit medizinischer Innovationen ist eine Schlüsselfrage ihrer sozialen Wirksamkeit. Wenn es nicht gelingt beides zu verbinden, misslingt Innovation.
5. Innovationen beziehen sich nicht allein auf Methoden der Diagnostik und der Therapie, sondern gleichgewichtig auch auf die Sicherung des Zugangs zur Versorgung, auf die Vermeidung von Über-, Unter- und von Fehlversorgung sowie auf die Optimierung von Versorgungsstrukturen und -prozessen und ihres Managements.
6. Die Bewältigung von Krankheitsfolgen ist ein Schlüsselthema der medizinischen Versorgungsinnovationen jenseits der beständigen Suche nach neuen diagnostischen Techniken und therapeutischen Strategien.
7. Innovationen bedürfen zwingend der Regulation durch ihre indikationsspezifische Zulassung. Diese darf nicht den Anbieterinteressen überlassen werden.

3.1 Krankenversicherung unter Marktbedingungen

Die Grundprinzipien marktwirtschaftlich organisierter Krankenversicherungen sind die Äquivalenz von Versicherungsprodukt und dessen Preis sowie die unternehmerische Selektionsfreiheit (risk selection) der akzeptierten Versicherungskunden und der Wettbewerb um Marktanteile (Äquivalenzprinzip).

Die Versicherung folgt einem vom Versicherungskunden gekauften Vertrag. Dieser Vertrag entspricht einem Produkt, dessen Leistungsversprechen im Preis kalkuliert sind. Der Kunde ist frei, den Vertrag und seinen Anbieter zu wählen. Das gilt analog für das Versicherungsunternehmen. Auch dieses ist frei, den Kunden zu akzeptieren oder nicht. Die Kundenauswahl folgt unternehmenseigenen Personenklassifikationen. Dies sind Konstruktionen von Risikogruppen, die die Versicherungsinteressen potenziell und differentiell schädigen. Die Zuordnung zu einer solchen Risikogruppe ist das Ergebnis einer Befragung des Kunden, in einigen Ländern auch das Ergebnis von Dokumentenrecherchen und körperlichen Untersuchungen. Werden die geforderten Informationen nicht wahrheitsgemäß gegeben, geht der Versicherungsschutz ggf. auch rückwirkend verloren. Typischerweise bestimmen die Verträge den Verzicht des Kunden auf die ärztliche Schweigepflicht, ggf. auch den Verzicht auf die freie Arzt- und Krankenhauswahl. Auf der Grundlage dieses Vertrages wird der Versicherungsnehmer die medizinischen Leistungen in der Regel zunächst selbst zu finanzieren haben (fee for service) und kann von der Versicherung die Rückerstattung im Rahmen der Vertragsbedingungen erwarten (Kostenerstattungsprinzip).

Beispiel:

In den USA ist 2010 der Versuch unternommen worden, diese Prinzipien der dort ausschließlich privatvertraglich arbeitenden Krankenversicherungen gesetzlich neu zu regeln (Obamacare). Diese Regelungen sollten vor allem den Schutz der Nicht- und Unterversicherten verbessern. Danach wurden Krankenversicherungen, die heute zumeist sog. Managed Care Versicherungen sind (siehe unten), gesetzlich verpflichtet, alle Antragsteller ohne Risikoselektion zu gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalogen ohne Ausgabendeckel und ohne Zuzahlungen zu akzeptieren. Einkommensschwachen Versicherten gewährt das Gesetz Zuschüsse zu den Versicherungsprämien und öffnet die Verträge für die Mitversicherung von Kindern. Zudem wurde die Versicherungspflicht der Unternehmen für ihre Arbeitnehmer ausgeweitet und diese werden ggf. staatlich unterstützt.

Kommentar:

Eines der grundsätzlichen Probleme marktwirtschaftlicher Krankenversicherungen ist der unauflösbare Zusammenhang zwischen diesem Versicherungstyp und der Organisationsweise der medizinischen Versorgung, da die Rechtsbedingungen und die Wirtschaftsinteressen von gleichzeitig und nebeneinander agierenden Privatunternehmen, kommunalen, bzw. staatlichen sowie gemeinnützigen Institutionen auf Dauer nicht auszutarieren sind.

Beispiel:

Diese Zusammenhänge hatte das "Committee on the Costs of Medical Care" in den USA bereits Ende der 1920er Jahre klar formuliert und in seinen Konsequenzen dargestellt (das Komitee war eine Gründung der Milbank, der Rockefeller und der Rosenwald Foundation). Die umfangreichen Analysen spiegelten sich beispielhaft in den abschließend gegebenen Empfehlungen: (1) Medizinische Versorgungsangebote sollten umfassend und deshalb durch Ärztgruppen in enger Verbindung zu Krankenhäusern verfügbar sein. (2) Die Basisversorgung sollte für die gesamte Bevölkerung durch hauptamtlich beschäftigte Public Health Experten als öffentliche Aufgabe abgesichert werden. Hierzu müssten deren Aufgaben finanziell nachhaltig unterstützt und die soziale Absicherung der Akteure garantiert werden. (3) Die Finanzierung der medizinischen Versorgung sollte durch eine bevölkerungsbezogene Basisfinanzierung mittels einer Krankenversicherung für alle Bürger und durch eine ergänzende Steuerfinanzierung erfolgen. Personen, die eine Kostenerstattung bevorzugen, sollte diese Möglichkeit eingeräumt werden. Krankenversicherung und die Kompensation von Einkommensausfällen durch Krankheit sollten getrennt organisiert werden. (4) Der Staat und lokale Behörden sollten in die Lage versetzt werden, die Gesundheitsversorgung zu überwachen, zu evaluieren und zu koordinieren. Dabei sollte besonders der Koordination der Versorgung jeweils unter den Bedingungen ländlicher und städtischer Settings Aufmerksamkeit gewidmet werden. (5) Besondere Aufmerksamkeit sollte der ständigen Verbesserung der Ausbildung des medizinischen Personals sowie der Krankenhausmanager gewidmet werden.

Kommentar:

Diese Analysen und Empfehlungen der CCMC wurden keine realen politischen Handlungsentwürfe. Es setzte sich in den USA stattdessen eine Mischung von privaten gemeinnützigen Krankenversicherungen, profitorientierten Krankenversicherungen und von zusätzlichen steuerfinanzierten Leistungen für derzeit etwa 50 % der Bevölkerung durch.

Beispiel:

In Deutschland ist die Preiskalkulation der privatwirtschaftlichen Unternehmen der Krankenversicherungen durch den § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes geregelt. Danach muss die Preiskalkulation

- in der Person des Versicherten gemäß sog. objektiver und subjektiver Risiken begründet sein und nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter spezifiziert kalkuliert werden*
- einem preisäquivalenten Leistungskatalog gegenüberstehen*
- die vereinbarten Leistungsansprüche dauerhaft garantieren*
- dem Prinzip der Kostenerstattung folgen*

Eine Erhöhung der Prämien mit der alleinigen Begründung der Alterung des Versicherten ist untersagt. Die Versicherungen sind verpflichtet, für diesen Fall Rückstellungen aus den laufenden Einnahmen zu bilden. Die Beiträge und die Rückstellungen werden so berechnet, dass deren Wert stets der Differenz zwischen den für die Zukunft vermuteten Versicherungsleistungen und den Beiträgen entspricht. Die Kalkulation der Beiträge basiert auf den prospektiven Leistungsbedarfen in den einzelnen Risikogruppen. Der Geldbetrag des Gesamtbedarfs wird dann durch die Zahl der Versicherten der jeweiligen Gruppe dividiert. So entsteht der Pro-Kopf-Schaden der Versicherung. Die variablen Kosten (Leistungs- plus Verwaltungskosten) sowie die risikogruppenspezifischen Schadensbilanzen werden durch erneute Beitragskalkulationen regelmäßig angepasst.

Kommentar:

Dieser Mechanismus begrenzt das Einsparmotiv der Versicherung, solange sie nicht unter Wettbewerbsdruck steht oder wegen sich ändernder Einkommensverhältnisse sich die Zahl der Neukunden nicht verringert. In wirtschaftlichen Krisenzeiten und in Zeiten, in denen die Einkommensentwicklung hinter der durchschnittlichen Inflationsrate zurückbleibt oder die Zahl der Kunden aus demografischen Gründen abnimmt, geraten private Versicherungen unter erheblichen ökonomischen Druck mit entsprechenden Beitragsfolgen für die Versicherten. Die Folge ist, dass private Krankenversicherungen weltweit zumeist nicht wettbewerbsfähig zu anderen Versicherungsformen sind. Aus diesem Grunde sind in einigen Staaten andere als private Krankenversicherungen verboten oder sind für einige zumeist privilegierte soziale Gruppen Pflicht oder werden als Statussymbole vermarktet. Aus dem gleichen Grund aber untersagen andere Staaten eben diesen Versicherungstyp oder begrenzen deren Marktsegment.

Beispiel:

In Deutschland wird das Marktsegment der privaten Krankenversicherungen über die Versicherungspflichtgrenze begrenzt. Die Vermeidung eines Leistungs- und Beitragswettbewerbs zu Ungunsten der gesetzlichen Krankenversicherung ist eines der beständigen Regulierungsziele des Staates. Hierzu legt er die Versicherungspflichtgrenze jährlich neu fest.

Kommentar:

Allgemein gilt, dass (mit Ausnahmen) in allen ökonomisch entwickelten Staaten der Anteil marktwirtschaftlicher Krankenversicherungen gering, in Staaten mit wenig entwickelten nationalen Ökonomien hingegen sehr hoch ist.

Beispiel:

In der Diskussion um die Ökonomik marktwirtschaftlich regulierter Krankenversicherungen spielte und spielt das sog. „RAND Health Insurance Experiment“ (1974 – 1982) eine herausragende Rolle. Dieses Experiment ist weltweit die einzige kontrollierte und randomisierte Studie zu den langfristigen Gesundheitsfolgen unterschiedlicher Typen von Krankenversicherungen. RAND ist ein ursprünglich vom Rüstungskonzern McDonnell Douglas gegründeter „think tank“ zu (auch global durchzusetzenden) politisch-strategischen Entscheidungsfragen. Heute eine Stiftung, ist RAND auch gesundheitsökonomisch und -politisch bei der Beratung des Umbaus nationaler Gesundheitssysteme in marktkonforme Systeme weltweit aktiv. Es war das Ziel des „RAND Health Insurance Experiment“, die Auswirkungen zu untersuchen, wenn Studienteilnehmer die freie Wahl zwischen Versicherungsmodellen mit unterschiedlichen Zuzahlungsbedingungen haben. Hinsichtlich dieser Auswirkungen interessierten die Kosten, das Nutzerverhalten und die Gesundheitsfolgen in einem Längsschnitt, der über die Studienzeit hinaus bis 2008 periodisch nachuntersucht wurde. Die abschließenden Resultate zeigen, dass Zuzahlungen die Nutzung medizinischer Versorgung durchschnittlich nur minimal beeinflussen. Die Studie zeigt allerdings auch, dass Zuzahlungen kränkere Personen und Unterschichten veranlassten, weniger Leistungen zu beanspruchen. Diese hatten auch ein höheres Sterberisiko. Dies war bei den der Mittel- und Oberschicht zugehörigen Studienteilnehmern, die teurere Versicherungen ohne Zuzahlungen bevorzugten, nicht der Fall. Die letzte verfügbare Analyse (critical appraisal), kommt zu folgender Zusammenfassung: „Increased cost sharing is associated with lower rates of drug treatment, worse adherence among existing users, and more frequent discontinuation of therapy. For each 10% increase in cost sharing, prescription drug spending decreases by 2% to 6%, depending on class of drug and condition of the patient. The reduction in use associated with a benefit cap, which limits either the coverage amount or the number of covered prescriptions, is consistent with other cost-sharing features. For some chronic conditions, higher cost sharing is associated with increased use of medical services, at least for patients with congestive heart failure, lipid disorders, diabetes, and schizophrenia. While low-income groups may be more sensitive to increased cost sharing, there is little evidence to support this contention.“ Levy H., Meltzer, D. 2008: The Impact of Health Insurance on Health. Annual Rev Public Health 2008; 29:399-409

Kommentar:

Auf der Basis dieser Studie haben, von den globalen Niederlassungen der RAND Corporation weltweit und oft unmittelbar beraten, viele Staaten Zuzahlungsmodelle etabliert. Diese Entscheidungen folgen offenbar dem Ziel, die nationalen Gesundheitssysteme in marktwirtschaftliche Systeme zu überführen. Im Falle Deutschlands ist die politische Entscheidung, durch solche Zuzahlungen marktkonforme Risikoselektionen zu ermöglichen, wegen der (vorhersehbaren) negativen Folgen wieder zurückgenommen worden.

3.2 Staatliche Krankenversorgungssysteme

Die Grundprinzipien steuerfinanzierter Absicherungen der Krankenversorgung sind die Subsidiarität, die Gleichheit der Rechtsansprüche aller Bürger sowie das Verbot der Risikoselektion.

In der Regel gehören zu den verfassungsrechtlichen Pflichten von Staaten die sog. Vorsorgepflichten, Benachteiligungsverbote und die Zugangssicherung zu medizinischer Versorgung für alle Bürger. Letztere Pflicht umfasst in einigen Staaten die Absicherung praktisch der gesamten medizinischen Versorgung nach den Normen der Notwendigkeit und Angemessenheit, in anderen lediglich subsidiäre Leistungen bei nachgewiesenen Notlagen oder bei Notfallversorgungen.

Die staatlichen Vorsorgeaufgaben sind, bei erheblicher nationaler Varianz, dennoch in einem großen Umfang auch Gegenstände internationaler Vereinbarungen, etwa über die WHO oder über die Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in der Europäischen Union (EU-OSHA), die ein Analogon zu den Regelungen der „Occupational Safety and Health Administration“ (OSHA) in den USA ist.

Beispiel:

In Deutschland sind hierfür der „Öffentliche Gesundheitsdienst“ (ÖGD) und die Institutionen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit sowie landesrechtlich unterschiedlich zugeordnete Institutionen für den Schutz von Wasser, Boden und Luft sowie für die Lebensmittelhygiene, für die Abfallentsorgung, das Bestattungswesen usw. zuständig. Es kommen in Deutschland die landesrechtlichen Aufgaben der Krankenhausplanung und der Aufsicht über die Gesundheitssysteme der Länder hinzu. Soweit es sich um staatliche Aufgaben handelt, sind diese aus Steuermitteln finanziert. In Deutschland sind solche Aufwendungen allerdings nur ein randständiger und seit Jahren sinkender Anteil an den gesamten Gesundheitskosten.

Kommentar:

In Ländern, in denen der Staat die Krankenversorgung weitgehend oder vollständig finanziert, ist er zwingend auch die normensetzende Institution bezüglich der Leistungskataloge und der Anspruchsrechte der Patienten.

Das britische, das dänische und das finnländische Gesundheitssystem sind Beispiele sowohl seitens der Finanzierung wie auch seitens der Vorhaltung der Infrastruktur für die Versorgung staatlicher Krankenversorgungssysteme.

3.3 Parafiskalische Krankenversicherungen

Die Grundprinzipien parafiskalischer (auch umlagefinanzierter) Krankenversicherungen sind die Solidarität, die einheitliche Bedarfsnormierung, das Verbot der Risiko-selektion und eine demokratischen Prinzipien unterworfenen Arbeitsweise von mitgliedergetragenen Krankenversicherungen. Sie folgen dem Grundgedanken einer kollektiven Absicherung in Selbstverantwortung und Selbstverwaltung der Mitglieder, bzw. der kollektiven Träger dieses Versicherungstyps.

Die Umlage (der Versicherungsbeitrag) unter den Mitgliedern einer solchen Versicherung dient vorzugsweise der Finanzierung der Krankenversorgung im Rahmen eines einheitlichen Leistungskatalogs. Die Beiträge werden direkt zur Finanzierung der Leistungen für Berechtigte genutzt. Sie werden folglich nicht angespart oder verzinst. Damit ist der verfügbare Leistungsumfang immer direkt von den Einnahmen abhängig und folgt der Einkommensentwicklung der Gesamtheit der Mitglieder sowie des durch die sog. Grundlohnsumme bemessenen Anteils der direkt gezahlten Löhne/Gehälter an den Arbeitskosten.

Die Sozialkosten der Arbeitgeber sind indirekte Lohnkosten. Sie werden als zweckgebundene Steuer an den Staat oder direkt an die Krankenversicherungen gezahlt. Sie erscheinen somit nicht als Teil der Löhne und Gehälter, was sie aber in der Tat sind. Es ist deshalb auch irreführend, sie als Lohnnebenkosten zu bezeichnen. Die häufige Argumentation, Lohnnebenkosten müssten aus Wettbewerbsgründen gesenkt werden, verschleiert allein das Ziel von Lohnsenkungen, die dann die Finanzierungskraft der Krankenversicherungen tatsächlich schwächen. (siehe hierzu Niehoff J.U, Braun B: *Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health*. Nomos Verlag Baden-Baden, 2.Aufl. 2010 ISBN 978-3-8329-4025-6; Reiners, H. *Mythen der Gesundheitspolitik*. Hans Huber Verlag. 2. Auflage 2011. ISBN 978-3-456-84963-8)

Dieser Mechanismus garantiert eine Versorgung, die frei von den Unsicherheiten der Zinsentwicklungen und der Krisenhaftigkeit der Kapitalmärkte ist. Die Einnahmen hängen folglich nicht von Risiko- und Schadenskalkulationen ab. Da die Beiträge zur Krankenversicherung immer ein Teil der Löhne sind, ist die Versicherung finanziell ungefährdet, wenn die durchschnittlichen Gehaltseinnahmen die Entwicklung der Volkswirtschaften spiegeln und die Einnahmen der Erwerbstätigen und der Rentner immer in Relation zur volkswirtschaftlichen Entwicklung verbleiben, mindestens aber der Höhe der Inflationsrate entsprechen. Der die Versicherungsleistungen begrenzende Faktor sind bei Umlageversicherungen also die Grundlohnsummen aller Beitragszahler und nicht deren individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit.

Solche Umlageversicherungen gibt es in erheblich unterschiedlicher Ausgestaltung weltweit, so z.B. in Japan, den USA, in China, Österreich, Deutschland oder Frankreich, Luxemburg und in der Schweiz.

Umlagen folgen also insofern einem solidarischen Modell, als die absoluten Beitragszahlungen von den Lohneinnahmen und die Leistungen nur von den individuellen Bedarfen im Rahmen des einheitlichen Leistungskatalogs abhängig sind. Damit ist die normative Ausgestaltung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zum Schutz der beitragszahlenden Versicherten und der zu versorgenden Patienten ein Schlüsselproblem für die Funktionsfähigkeit von Umlageversicherungen.

Während in kapitalgedeckten Versicherungen die Risikoäquivalenz über die Funktionsfähigkeit entscheidet, entscheidet in Umlageversicherungen hierüber die Bedarfsgerechtigkeit.

Die Bedarfsgerechtigkeit muss somit im Interesse der Versicherten und der Patienten auch durch einen spezifischen medizinischen Sachverstand darstellbar und überprüfbar sein.

Die makroökonomische Begründung für solche Umlageverfahren geht auf G. Mackenroth (1903–1955) zurück: *„Es gibt gar keine andere Quelle und hat nie eine andere Quelle gegeben, aus der Sozialaufwand fließen könnte, es gibt keine Ansammlung von Periode zu Periode, kein „Sparen“ im privatwirtschaftlichen Sinne, es gibt einfach gar nichts anderes als das laufende Volkseinkommen als Quelle für den Sozialaufwand Volkswirtschaftlich gibt es immer nur ein Umlageverfahren.“* (Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Bd. 4. Berlin 1952). Der wichtige Grund dieses Satzes ist es, dass Leistungen für Kranke in dem Moment finanziert werden müssen, in dem sie anfallen. Es gibt keine Möglichkeit mit der Behandlung zu warten, bis der Träger der Finanzierung aus seinen Kapitalgewinnen genug Geld angespart hat. (siehe hierzu auch H. Reiners: *Mythen der Gesundheitspolitik*. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2011).

Beispiel:

Die entscheidenden Merkmale dieses Versicherungstyps sind in Deutschland

- *die Selbstverwaltung nach öffentlich-rechtlichen Rechtsnormen (Korporatismus)*
- *die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge*
- *die Mitversicherung von Personen, die keine Beiträge zahlen können*
- *die Wettbewerbsbeschränkung der Akteure*
- *die Einheitlichkeit der zugänglichen Leistungen unabhängig von der Beitragszahlung und -höhe*
- *das Verbot von Risikoselektion*

- *die freie Zugänglichkeit der Versicherung mit Kontrahierungszwang*
- *das Bedarfsplanungs- und das (vorrangige) Sachleistungsprinzip*

Kommentar:

Alle diese Wirkprinzipien sind mit geltenden Markttheorien nicht konform und funktionieren nur bei strikter Wettbewerbsbegrenzung und demokratischen Konsensregeln. Folgerichtig sind alle Bemühungen um eine Überführung dieses Versicherungstyps in andere Absicherungskonzepte zuallererst darauf gerichtet, diese Wirkprinzipien über „Reformen“ sukzessive einzuschränken und letztlich auszuschalten.

Vor dem Hintergrund der offensichtlichen und aggressiven Durchsetzungsfähigkeit marktfundamentalistischer wirtschaftsliberaler Konzepte der sog. Chicagoer Schule ist die Überlebensfähigkeit umlagefinanzierter Krankenversicherungen global ungewiss. Das gilt analog auch für alle anderen „klassischen“ sozialen Funktionen des Staates wie Bildung, Alterssicherung oder Umweltschutz.

Das Prinzip von Umlageversicherungen repräsentiert idealtypisch das Konzept einer demokratischen Selbstverwaltung der Versicherungsmitglieder im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber übertragenen Eigenverantwortung.

Da die Mitglieder der Versicherung die Verantwortung für die Ausgestaltung dieses Versicherungstyps übernehmen, müssen die Mechanismen einer solchen Selbstverwaltung auf der Grundlage des öffentlichen Rechts auch wirksam werden können.

Das öffentliche Recht regelt die Rechtsbeziehungen zwischen dem Staat und den Bürgern, hier die sozialrechtlichen Beziehungen. Dies betrifft im Besonderen die Legitimationsmechanismen der Selbstverwaltung durch die Mitglieder, deren Interessen sie vertritt. Es betrifft aber auch die Normensetzung zu Leistungsansprüchen sowie die Aufsicht über die Selbstverwaltung durch den Staat. Diese Regelungen grenzen die Träger der Selbstverwaltung vom Privatrecht ab. Für so verfasste Krankenversicherungen heißt das u.a., dass die Beziehungen der Umlagekassen zu den Versicherten nicht privatrechtlich geregelt sind. Folglich dürfen die Kassen nicht als Wirtschaftsunternehmen auftreten und ihre Mitglieder auch nicht als Kunden führen, solange die demokratischen Prinzipien wirken sollen.

Das gilt im Besonderen für die Normensetzung bezüglich der Leistungskataloge zu den anspruchsberechtigten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Es ist unvermeidlich zu garantieren, dass die Beitragszahlungen den Nutzern möglichst vollständig, ohne Motive der Gewinnerzielung und ohne Kapitalmarktrisiken verfügbar sind.

Die organisatorische Umsetzung der Selbstverwaltung bedarf eigener Organisationsformen. Diese sind Krankenkassen, die im Auftrag der Mitglieder arbeiten und ihnen rechenschaftspflichtig sind.

Akteure, die das Interesse verfolgen, solche öffentlich-rechtlichen Umlageversicherungen in privatrechtliche Unternehmen zu überführen, müssen folglich eine grundlegende Änderung der Rechtsbeziehungen zwischen den Umlagekassen und ihren Mitgliedern erreichen. Das betrifft vor allem die Mechanismen der Beitragsfinanzierung, die Mitwirkungsrechte der Mitglieder, die Ausgestaltung der Leistungskataloge und die Rechtsbeziehungen der Versicherten zu den sog. Leistungserbringern bzw. zu den Eigentümern der Versorgungsinfrastrukturen.

Die Beitragsfinanzierung erfolgt in den Staaten, die sich dieses Modells bedienen, zumeist über einen Anteil der individuellen Lohneinnahmen mit oder ohne Höchstbegrenzung. Die Gesamtsumme der Einnahmen hängt dann direkt von der Bemessungsgrenze der Lohneinnahmen und von der insgesamt verfügbaren Grundlohnsumme für die Beitragszahlung ab. Deren absoluter Betrag verändert sich folglich mit den Änderungen der Einnahmen der versicherten Beschäftigten aus Löhnen und Gehältern. Somit haben die Arbeitsentgelte und der Wandel der Struktur der Erwerbsarbeit sowie der Beschäftigungsgrad einen direkten Einfluss auf die Grundlohnsumme und so auf die verfügbaren Einnahmen der Krankenversicherung aus der Umlage.

Mit dem Blick auf den Wandel der Arbeit und der Arbeitsformen (z.B. die sog. Industrie 4.0) wird die künftige Fähigkeit der Kassen zur Finanzierung der medizinischen Versorgung vor allem von dem Anteil tarifgebundener Arbeit und von der Bruttolohnsumme abhängen. Dieser Sachverhalt ist dann auch im Verein mit der Globalisierung der wirtschaftlichen Interessen die nachdrücklich treibende Kraft bei der Suche nach Alternativen zu selbstverwalteten Solidarkassen.

Solidarische Umlageversicherungen und Marktregulation über Wettbewerb sowie Anbieter-Käufermärkte schließen einander aus.

Es gibt bislang kein Beispiel, nach dem die „Versöhnung“ von Solidarität und Marktwettbewerb gelungen wäre. Letzterer steht immer im Konflikt mit Umlageversicherungen, wenn diese nicht vor den Marktbedingungen aktiv geschützt werden. Dieser Widerspruch und immer wieder neue Versuche ihn aufzulösen, sind weltweit die wichtigsten gesundheitsökonomischen Wirkmechanismen bei der Transformation der umlagefinanzierten Gesundheitssysteme (Lundberg. O. et al (*The Nordic Expert Group*) *The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. The Lancet* Vol 372m Issue 9650, p 1633 - 1640, 8 November 2008).

4 Gesundheitsökonomische Wirkmechanismen

4.1 Das Knappheitstheorem

Die gesundheitsökonomische Debatte wird von der These bestimmt, nur unter Markt- und Wettbewerbsbedingungen könnten knappe Güter „gerecht“ verteilt werden und die Krankenversorgung sei hierfür ein prominentes Beispiel.

Knappheit, Markt und Gerechtigkeit sind nach diesem Theorem zwingend verknüpft. Die Knappheitstheorie geht ursprünglich auf eine Gruppe von Theologen zurück, die im 16. Jahrhundert die Schule von Salamanca begründeten. Sie wurde dann von Wirtschaftswissenschaftlern im 20. Jahrhundert (F.A. von Hayek, 1900-1992, Nobelpreisträger 1974) erneut aufgegriffen und gilt heute als ein Grundpfeiler des Wirtschaftsliberalismus. Im Besonderen wurde sie für die sog. Chicagoer Schule richtungsweisend. Nach dieser Lehre sind wegen der naturgegebenen Unersättlichkeit der Menschen die von ihnen nachgefragten Waren immer knapp und die Warenproduktion müsse deshalb beständig ausgeweitet werden und nur so sei Freiheit zu schützen.

Wegen ihrer dauerhaften Knappheit seien sie nur unter freien Marktbedingungen und entsprechend der individuellen Kaufkraft auch gerecht zu verteilen, wenn das übergeordnete Prinzip Freiheit gewahrt werden soll. Das muss dann auch für die Gesamtheit der klassischen Vorsorgeaufgaben des Staates, wie soziale Absicherung, Wasserversorgung, Verfügbarkeit sauberer Atemluft, Umweltschutz, oder die Krankenversorgung gelten. Steuer- oder solidarisch umlagefinanzierte Versorgungsleistungen sind folglich ein fundamentaler Verstoß gegen die übergeordneten Werte von Gerechtigkeit und Freiheit.

Es wird mittels des Knappheitstheorems unterstellt, jeder Mensch sei nach seiner Natur so beschaffen, dass er beständig danach trachte, so viel Güter wie möglich zu erlangen. Eine Sättigung dieses Bedürfnisses sei nie möglich. Dieses „Unersättlichkeitsaxiom“ besagt auch, dass die Knappheit der Waren sich in ihren Preisen spiegele und jeden Menschen vor die freie Wahl stelle, diese zu erwerben oder nicht. Eben dies verknüpfe Markt, Gerechtigkeit und Freiheit unmittelbar. Die Verteilung, bzw. Zugänglichkeit knapper Güter könne folglich nur über die kaufkräftige Nachfrage reguliert werden, wenn das höherwertige Gut Freiheit gewahrt werden soll.

Diese Sicht ist einer der zentralen globalen Konfliktpunkte der gesundheitsökonomischen Debatte zur Zukunft der Krankenversorgung. Das Knappheitsaxiom folgt der Auffassung, letztlich sei die gesamte Wirtschaftstätigkeit von der Knappheit der Waren und Dienstleistungen und dem Verlangen der Menschen nach Warenbesitz und Konsum getrieben.

Einer der Zweige dieser die Geschichte der Wirtschaftswissenschaften durchziehenden Debatte betrifft auch die Preistheorie. Hierzu sei allein auf Gustav Cassels (1866-1945) Preistheorie (G. Cassel, Grundgedanken der theoretischen Ökonomie, Leipzig,

1926, S. 151) verwiesen. Danach wird die gesamte Wirtschaft vom Prinzip der Knappheit beherrscht. *„Da die Mittel der Bedürfnisbefriedigung in der Regel nur in begrenzter Menge zur Verfügung stehen und da die Bedürfnisse der zivilisierten Menschen in ihrer Gesamtheit unersättlich sind, sind die Mittel der Bedürfnisbefriedigung im Verhältnis zu den Bedürfnissen in der Regel knapp“*. Folglich müsse die Produktion von Waren beständig wachsen.

Mit der Übertragung der neoliberalen Wirtschaftskonzepte v. Hayeks, Friedman, Buchanan oder Pauly auch auf die Krankenversorgungswirtschaft gilt vielen Ökonomen die Krankenversicherung und -versorgung als eine immer an Knappheit leidende Dienstleistung, die nie in der Lage sein wird, die unbegrenzten Bedürfnisse des Menschen nach dem Konsum von Leistungen zur Krankenversorgung zu befriedigen. Es sei vor allem dieser Umstand, der dann auch die Kostenentwicklung dieses Güter- und Dienstleistungsmarktes treiben würde. Die Nachfrage nach Krankenversorgungsleistungen sei also stets größer als das Angebot.

Diese den klassischen Markttheorien folgende Deutung der Krankenversorgung muss sich dennoch der Frage stellen, ob das Konzept der aktiven Kundennachfrage problemlos auf die Krankenversorgung übertragen werden kann.

Es ist sicherlich richtig, dass wohl der größte Teil der globalen Bevölkerung medizinisch unterversorgt, zu einem erheblichen Anteil auch dramatisch unterversorgt ist. Es sollte aber unschwer die These in Frage gestellt werden können, dass dies die Folge unzureichender oder falscher Käuferpräferenzen und Nachfrageentscheidungen der Kranken ist. Diese treffen keine Markt- oder Käuferentscheidung. Sie brauchen schlicht nur solidarische Hilfe.

Der Zugang zur Krankenversorgung, zu Bildung, Autonomie und sozialer Sicherung kann keine Frage von individuellen Marktzugängen sein. Er muss ein soziales Angebot sein.

Beispiel:

Einer der Autoren dieses Heftes erinnert sich an den Bericht einer Studentin, die bei „Mutter Theresa“ in Indien ein Praktikum machte. Bei ihrer Rückkehr erzählte sie von der Dankbarkeit Sterbender, die zu ihr von dem Glücksgefühl sprachen, in einem sauberen weißen Tuch sterben zu dürfen.

Kommentar:

Knappheit ist offensichtlich keine Folge von unbegrenztem Konsumverlangen. Es ist für die Mehrheit der Menschen Folge eines ihnen verwehrten Zugangs zu existentiellen Ressourcen. Unverkennbar lebt ein anderer Teil der Menschheit im Überfluss, bezogen auf die Krankenversorgung unter den Risiken einer Überversorgung.

Der US-amerikanische Wirtschaftswissenschaftler und zeitweilige Regierungsberater J. K. Galbraith (1908-2006) beschreibt dann auch die sog. Industriegesellschaften als Überflusgesellschaften, in denen Wenige Überkonsum zu Lasten der Mehrheit und der globalen Perspektiven leben (siehe z.B. *Economic Development in Perspective*, 1962, Harvard University Press Cambridge).

Es ist deshalb eine der maßgeblichen sozialmedizinischen Interessen an der Gesundheitsökonomie, die wirtschaftlichen Ursachen von Ungleichheit im Zugang zu medizinischer Versorgung, also von Knappheit, Unter- und Überversorgung systematisch zu untersuchen. (siehe hierzu z.B. *Borgers, D., Niehoff, J.-U. (1995): Die Weltgesundheitslage der Weltbevölkerung. In: Weltprobleme, Globale Herausforderungen an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Schriftenreihe der Bayrischen Landeszentrale für politische Bildung*)

Beispiel:

Das für rund 90 % der deutschen Bevölkerung wirksame Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt, dass die „Leistungen ... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (müssen); (und) sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ In der Deutung von Hayes und der Chicagoer Schule ist eine solche Festlegung freiheitsfeindlich, weil sie das unterstellte naturgegebene unersättliche Streben der Menschheit nach Konsum begrenzt.

Kommentar:

Das Knappheitstheorem ist eine der wichtigsten Argumentationsfiguren bei der Begründung der globalen Transformationen öffentlicher Aufgaben in Anbieter-Käufer-Märkte. Der Gründer der Chicagoer neoliberalen Schule M. Friedman (1912-2006) übertrug dieses Konzept in einer Rede anlässlich der Eröffnung des Cato-Instituts explizit auch auf die Krankenversicherung: *"Nobody spends somebody else's money as carefully as he spends his own. Nobody uses somebody else's resources as carefully as he uses his own. So, if you want efficiency and effectiveness, if you want knowledge to be properly utilized, you have to do it through the means of private property. ... No third party is involved when we shop at a supermarket. We pay the supermarket clerk directly. The same for gasoline for our car, clothes on or back, and so on down the line."* (Friedman, M.: *How to Cure Healthcare*, Hoover Digest Number 3 July 30, 2001, Stanford University).

Beispiel:

Diese Deutungen haben in der öffentlichen Debatte auch in den USA immer Widerspruch erfahren: "For that matter, when you have to pay for your own health care, does your consumption really become more efficient? In the late nineteen-seventies, the RAND Corporation did an extensive study on the question, randomly assigning families to health plans with co-payment levels at zero per cent, twenty-five per cent, fifty per cent, or ninety-five per cent, up to six thousand dollars. As you might expect, the more that people were asked to chip in for their health care the less care they used. The problem was that they cut back equally on both frivolous care and useful care. Poor people in the high-deductible group with hypertension, for instance, didn't do nearly as good a job of controlling their blood pressure as those in other groups, resulting in a ten-per-cent increase in the likelihood of death. As a recent Commonwealth Fund study concluded, cost sharing is "a blunt instrument." Of course, it is: how should the average consumer be expected to know beforehand what care is frivolous and what care is useful? I just went to the dermatologist to get moles checked for skin cancer. If I had had to pay a hundred per cent, or even fifty per cent, of the cost of the visit, I might not have gone. Would that have been a wise decision? I have no idea. But if one of those moles really is cancerous, that simple, inexpensive visit could save the health-care system tens of thousands of dollars (not to mention saving me a great deal of heartbreak). The focus on moral hazard suggests that the changes we make in our behaviour when we have insurance are nearly always wasteful. Yet, when it comes to health care, many of the things we do only because we have insurance – like getting our moles checked, or getting our teeth cleaned regularly, or getting a mammogram or engaging in other routine preventive care – are anything but wasteful and inefficient. In fact, they are behaviours that could end up saving the health-care system a good deal of money."... "The issue about what to do with the health-care system is sometimes presented as a technical argument about the merits of one kind of coverage over another or as an ideological argument about socialized versus private medicine. It is, instead, about a few very simple questions. Do you think that this kind of redistribution of risk is a good idea? Do you think that people whose genes predispose them to depression or cancer, or whose poverty complicates asthma or diabetes, or who get hit by a drunk driver, or who have to keep their mouths closed because their teeth are rotting ought to bear a greater share of the costs of their health care than those of us who are lucky enough to escape such misfortunes? In the rest of the industrialized world, it is assumed that the more equally and widely the burdens of illness are shared, the better off the population as a whole is likely to be. The reason the United States has forty-five million people without coverage is that its health-care policy is in the hands of people who disagree, and who regard health insurance not as the solution but as the problem." (Gladwell, M. (2005): The Moral Hazard Myth. The bad idea behind our failed health-care system." The New Yorker, 2005-08-29)

Kommentar:

Das Knappheitstheorem unterstellt also, dass der globale Mangel an medizinischer Versorgung eine Folge zu großer Nachfrage und nicht die Folge der Unfähigkeit großer Teile der Bevölkerung ist, ihren Bedarf an Versorgung im Falle von Krankheit selbst einzuschätzen, eine Käuferentscheidung zu treffen und den Kauf dann auch zu finanzieren. Die Ursachen dieser Disparitäten werden gleich gar nicht angesprochen. Die Übertragung dieser Annahme auf die Krankenversorgung und andere soziale „Güter“ nimmt den Ausschluss erheblicher Teile der Weltbevölkerung vom Zugang zu medizinischer Versorgung in Kauf und rechtfertigt ihn zugleich. Sie unterstellt sinnwidrig, es gäbe ein Grundbedürfnis, möglichst viele Krankenbehandlungen zu konsumieren, was dann die Ursache ihrer Knappheit sei. Sie unterstellt weiter, Patienten seien Kunden, die aktiv die Entscheidungen über ihren Behandlungsbedarf trafen und hierbei immer mehr wählten als medizinisch nötig und sinnvoll ist. Schließlich wird auch unterstellt, es gäbe das beschriebene Roemer's Law nicht, also kein aktiv kostenwirksames Anbieter- und Marketingverhalten.

Praktisch alle ökonomisch entwickelten Staaten haben Systeme entwickelt, in denen eine von der Legislative normierte und von der Exekutive kontrollierte Institution die Finanzierungen notwendiger Krankenversorgungen zumindest teilweise übernimmt und mit einem Arsenal von Methoden auch reguliert. Das ändert nichts an fortdauernden Auseinandersetzungen, in denen die einen diese Systeme unterstützen, die anderen heftig bekämpfen. Dies ist zugleich die Auseinandersetzung zwischen den Vertretern der „Keynesianischen Schule“ und den „Chicago Boys“, bzw. zwischen den Vertretern der sozialen (regulierten) und der freien (deregulierten) Marktwirtschaft.

Die praktische Bedeutung dieser widersprüchlichen gesundheitsökonomischen Positionen resultiert letztlich aus der sich realpolitisch durchsetzenden Auffassung, die Ökonomie solle gleichsam eine oberste normative Instanz für die makro- und mikroökonomisch wirksamen Entscheidungen zur Krankenversorgung sein und demokratische Entscheidungen ersetzen.

Eine erhebliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Moral Hazard Theorem. Dieses von Pauly ursprünglich gegen das steuerfinanzierte Medicaid in den USA aufgebaute Argument unterstellt, dass die allgemeine Zugänglichkeit zur Krankenversorgung auch die Ursache gesundheitsriskanter Lebensstile sei und so die Ursache von Bedarfen an Krankenversorgung in sozialen Unterschichten. Hierzu äußert sich Gesundheitsökonom U.Reinhardt präzise und knapp, in der Konsequenz aber auch erfolglos: *“The moral-hazard argument makes sense, however, only if we consume health care in the same way that we consume other consumer goods, and to economists like Nyman this assumption is plainly absurd. We go to the doctor grudgingly, only because we're sick.” “You always hear that the demand for health care is unlimited. This is just not true. People who are very well insured, who are very rich, do you see them check into the hospital because it's free? Do people really like to go to the doctor? Do they check into the hospital instead of playing golf?”*

Die Relevanz dieses Problems hat folgerichtig auch die Politik erreicht: *“Health Care is not just another commodity. It is not a gift to be rationed based on the ability to pay. It is time to make universal health insurance a national priority, so that the basic right to health care can finally become a reality for every American.”* (Senator Kennedy 2007, zitiert nach <http://www.pnhp.org>, last checked 20. 06. 2007)

Die sozialmedizinisch relevanten Folgen werden nachfolgend an den gesundheitsökonomischen Wirkgrößen Lohnquote, Gewinnorientierung medizinischer Versorgung, Risikoselektion, Wettbewerb, Bedarfsorientierung und „purchaser-provider-split“ erläutert.

4.2 Lohnquote

Die Lohnquote ist der Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Bruttoinlandsprodukt. Sie wird entweder als Brutto- oder als Nettolohnquote ausgewiesen und ist für alle lohnabhängigen Finanzierungssysteme der sozialen Risikoabsicherung eine maßgebliche Verteilungskenngröße.

Eine steigende oder sinkende Lohnquote sagt nichts über die Höhe der Einkommen aus. Sie beschreibt allein den Anteil der Löhne und Gehälter an der gesamtgesellschaftlichen Wertschöpfung, bzw. beschreibt die Veränderungen dieses Anteils im Laufe der Zeit. (Der Vergleich von Anteilsziffern ist immer problematisch, da aber unreflektiert üblich, auch nur schwer zu vermeiden.) Die Bedeutung dieser Relation besteht darin, dass die für den Versicherungsschutz verfügbaren Einkünfte direkt von der Lohnentwicklung abhängen. Die Ausgabenentwicklungen für die Krankenversorgung hängen hingegen maßgeblich von der Inflationsrate und dem Anbieterverhalten ab. Auch bei absolut steigenden Einkünften und entsprechenden Mehreinnahmen lohnabhängiger Krankenversicherungen ist also eine Unterfinanzierung der Krankenversicherungen möglich, wenn trotz Steigerungen der sog. Bruttolohnsumme die Lohnquote sinkt. Die Wirtschaftlichkeit einer Krankenversicherung hängt so allein von der Bilanz der Einnahmen und der Ausgaben sowie der Inflationsrate ab.

In marktkonformen Systemen der Krankenversicherung werden die Budgets der Versicherungen allein von den Vertragspreisen und der Menge ihrer Kunden bestimmt. Die Gesamtbudgets der Versicherer verändern sich im Ablauf der Zeit also nur gemäß den Vertragsbedingungen und der Anzahl Versicherter. Die Lohnquote entscheidet nicht über die Versicherungspreise, sondern über die Anzahl derer, die sich eine Versicherung kaufen können. Bei sinkender Lohnquote und damit langfristig auch sinkenden Renteneinkommen nimmt die Anzahl derer zu, die dazu nicht in der Lage sind, bzw. sein werden.

In steuerfinanzierten Versicherungssystemen hängen die Budgets für die Krankenversorgung indirekt von den besteuerten Einkommen und direkt von den Budgetentschei-

dungen der Legislative ab. Die Lohnquote entscheidet so indirekt über die Budgetgröße, nicht aber über die Anzahl derer, die Zugang zu Versorgung im Krankheitsfall haben. Bei sinkender Lohnquote nimmt dann der Verteilungskonflikt zwischen den Ressortbudgets der Staaten zu. Es kommt hinzu, dass sich im Gefolge einer globalisierten Wirtschaft der Zusammenhang zwischen den Orten der Einkommenserwirtschaftung und der Steuerpflichtigkeit in einem nennenswerten Ausmaß auflöst. Das schwächt dann, regional differenziert, die Fähigkeit zu steuerfinanzierten Sozialleistungen.

In umlagefinanzierten Versicherungssystemen hängen die Budgets für die Krankenversorgung direkt von den Arbeitseinkommen ab. Die Lohnquote entscheidet also über die Budgetgröße, nicht aber über die Anzahl derer, die Zugang zu Versorgung im Krankheitsfall haben. Bei sinkender Lohnquote wächst der Druck, Leistungskataloge entweder zu kürzen oder die Beitragssätze zu erhöhen.

Beispiel:

In den global wichtigen Wirtschaftszentren sank die um Struktureffekte des Wandels der Art der Erwerbstätigkeit bereinigte Lohnquote von etwa 75 – 80 % um 1970 auf etwa 65 % im Jahr 2013. Dies war für einen nennenswerten Anteil der Arbeitnehmer dennoch mit Lohnerhöhungen, für einen anderen hingegen mit deutlichen Einkommensminderungen verbunden. Individuell wie gesellschaftlich ist dies auch als eine Verteilungskrise von essenziellen Ausgabenposten, wie soziale Absicherung, Bildung, Schutz der Umwelt etc. zu beschreiben. Da von dieser Entwicklung die Krankenversicherungen nicht nur direkt und zeitgleich betroffen sind, sondern vor allem auch langfristig über die Renteneinkünfte, belasten diese Entwicklungen auch die Zugänglichkeit medizinischer Versorgung für die Rentnergeneration.

4.3 Gewinnerorientierung

Der Gewinn einer Krankenversicherung ist der Überschuss der Einnahmen über die Kosten des Unternehmens. Gewinnerzielung ist das primäre Wirtschaftsziel von privaten Versicherungsunternehmen. Sofern es sich um gemeinnützige Unternehmen der Krankenversicherung nach den Normen des öffentlichen Rechts handelt, ist diesen die Gewinnerzielung erlaubt, nicht aber die Ausschüttung von Gewinnen oder deren unregelte Akkumulation.

In Krankenversicherungen nach den Normen des Privatrechts ist die Gewinnerzielung das primäre Unternehmensziel. Die Kundenselektion auf der Basis prospektiver Risiko- und Produktkalkulationen sowie das Prinzip der Kostenerstattung sind ihre

wichtigsten gesundheitsökonomischen Wirkmechanismen. Der Zugang zum Versicherungsschutz hängt entsprechend von der Kaufkraft der potenziellen Kunden, von den Auswahlbedingungen der Versicherungen und von den jeweiligen angebotenen Produkten ab. Das explizite Wirkprinzip ist also die soziale Diskriminierung potenzieller Kunden. Der Produktpreis sowie die Kundenmenge und -struktur entscheiden über die sozialen Charakteristika der Versicherungen, somit also auch über die soziale Effektivität des Versicherungsschutzes. Da die soziale Effektivität wegen dieser Wirkprinzipien gering sein muss, sind hohe Anteile steuerfinanzierter Absicherungen für den „Rest“ der Bevölkerungen notwendig und auch eine Voraussetzung für eine bevölkerungsweit effektive medizinische Versorgung. Sie schützen so zugleich die privaten Versicherungsanbieter. Werden solche Mittel nicht bereitgestellt, verbleibt der größte Anteil der Bevölkerung im Krankheitsfall ohne Schutz und ist u.U. auf subsidiäre und karitative Hilfen angewiesen.

In steuerfinanzierten Versicherungssystemen wird der Zugang zur medizinischen Versorgung normativ durch die Legislative geregelt. Risikoselektionen und sozial diskriminierender Zugang sind untersagt. Sie sind folglich Rechtsverletzungen. Die Legislative ist auch die oberste normensetzende Instanz für die Verwendung der Steuermittel. Solche Systeme sind entweder zentralstaatlich oder über eine kommunale Verantwortungszuweisung aufgebaut. Die steuerfinanzierten Budgets schließen das Ziel der Gewinnerzielung und die Vorhaltung einer unmittelbar kreditfinanzierten Infrastruktur für die Krankenversorgung zumeist aus. Mindestens die Einrichtungen der Krankenversorgung sind dann folglich von den Lasten der Kapitalmärkte frei. Allerdings kann der Staat selbst als Kreditnehmer auftreten, muss dann aber die Kapitalmarktkosten aus den Steuereinnahmen finanzieren. Deren Finanzierung aus Gewinnen der Krankenversorgung ist ausgeschlossen, wenn auch die Infrastrukturen zur medizinischen Versorgung dem öffentlichen Recht unterstellt sind. Die Verteilungskonflikte der Steuermittel und die regelhaften Forderungen, Steuersenkungen als Wettbewerbsinstrumente für Wirtschaftsunternehmen zu nutzen, bewirken, dass solche Versorgungssysteme dazu neigen, ggf. an Investitionen zu sparen. Modernisierungsdefizite sind dann eher die Regel.

In umlagefinanzierten Versicherungssystemen nach den Normen des öffentlichen Rechts sind die Verhältnisse analog. Sie sind allerdings von einer Besteuerung freigestellt. In der Regel sind solchen Körperschaften der Krankenversicherung auch Kreditaufnahmen auf dem Kapitalmarkt untersagt, wie auch jede eigene Aktivität auf Kapitalmärkten verboten ist. Folglich stehen für die Krankenversorgung eines Jahres allein die Einnahmen eines Jahres zur Verfügung. Dies ermöglicht eine hohe soziale Effektivität des Mitteleinsatzes, zumal, wenn garantiert ist, dass die kollektiven Umlagen der Krankenversicherungen nur zur Patientenversorgung, nicht aber für Investitionen und für die Werterhaltung verwendet werden.

Hinweis:

Diese idealtypische Übersicht vereinfacht die weltweiten Gegebenheiten erheblich. Tatsächlich sind die globalen Gesundheitssicherungssysteme zumeist komplizierte

Mischformen mit weit variierenden rechtlichen Grundlagen und Finanzierungsregelungen. Im Ergebnis sind im globalen Vergleich die gesundheitsökonomischen Wirkungen außerordentlich komplex und wenig transparent.

4.4 Risikoselektion

Die Risikoselektion ist der wichtigste gesundheitsökonomische Wirkmechanismus nicht regulierter marktwirtschaftlicher Krankenversicherungen. Das Verbot jeder Risikoselektion ist hingegen der wichtigste gesundheitsökonomische Mechanismus steuer- und umlagefinanzierter Krankenversicherungen.

Risikoselektionen verfolgen zwei einander ergänzende Ziele. Das ist einmal die Selektion der Versicherten mittels der Festlegung von für das Geschäftskonzept positiven Risikomerkmale (favourable risk selection). Schiegebildlich können aber auch negative Risikomerkmale und Risikogruppen festgelegt werden, denen dann ein Versicherungsschutz möglichst verwehrt bleibt (adverse risk selection). Im Mittelpunkt steht immer die Entscheidung über den präferierten Kundentyp. Das Prinzip der Risikoselektion ist also die Diskriminierung der Risikovarianzen in einer Bevölkerung und ihre nachfolgend gruppenspezifisch risikoäquivalente Versicherung.

Typische positive Auswahlmerkmale sind junge Erwachsene, hohes Einkommen, keine Vorerkrankungen und Behinderungen (pre-existing conditions). Diese Merkmale werden auch als objektive Risiken bezeichnet. Subjektive Risiken, auch als moralische Risiken bezeichnet, sind hingegen individuelle Eigenschaften, die eine verstärkte Nutzung von Versicherungsleistungen vermuten lassen. In der Versicherungssprache sind solche Eigenschaften „Ehrlichkeit“ und „Begehrlichkeiten“ oder Verhaltensweisen, die den Eintritt eines versicherungsökonomischen Schadens erhöhen oder die Nutzung von Leistungen, die nicht der Behandlung von Krankheit, sondern allein dem Wohlbefinden dienen.

Mittels des Mechanismus der Risikoselektion entstehen so Risikogruppen. Denen werden je nach Geschäftskonzept risikoäquivalente Versicherungsprodukte angeboten, die nach Leistungen und Preisen variieren. Im Idealfall bilden diese Produkte dann in ihrer Summe das gesamte Spektrum der vorkommenden Risiken vollständig ab. Sie sind aber für die kaufkräftige Nachfrage in dieser Breite nicht erreichbar. Das gilt vor allem für jene Bevölkerungsschichten, die in besonderem Maße des Risikoschutzes bedürfen. Im günstigen Fall haben sie dann den Schutz steuerfinanzierter Leistungsansprüche. Folglich ist ein bevölkerungsweiter Risikoschutz unter Marktbedingungen nur möglich, wenn die Steuerzahler die soziale Ineffektivität dieses Prinzips im Interesse der Versicherungsunternehmen „solidarisch“ ausgleichen.

Unter Nutzung epidemiologischer Studien geht solchen systematischen Prozeduren die Schaffung von risikoadjustierenden Personenklassifikationen voraus. Solche Ri-

sikogruppenbildungen (profiling) und unterschiedliche Systeme zur Schaffung spezifischer Versicherungsprodukte für einzelne Risikogruppen sind das Handwerkszeug gewinnorientierter Krankenversicherungen. (Versorgungsanbieter haben demgegenüber kein personen-, sondern ein fallbezogenes Selektionsinteresse, das aber indirekt auch als Methode der Personenselektion wirkt.)

Staaten, die sich entschieden haben, ausschließlich privatvertragliche Krankenversicherungen zuzulassen, sehen sich deshalb oft in der Situation, Risikoselektionen zu verbieten oder steuerfinanzierte Kofinanzierungen der Versicherungskosten festzulegen und schließlich auch die Inhalte der Versicherungsverträge durch die Legislative zu bestimmen.

Der permanente Widerspruch zwischen der Risikoselektion als Marktvoraussetzung und dem hierdurch bedingten Marktversagen führt in den ständigen Druck, dieses durch den Steuerzahler auszugleichen. Dieser Mechanismus ist einer der wichtigsten Gründe für die nicht beherrschbaren Kostenentwicklungen in Staaten, die sich für solchen Lösungen entschieden haben.

4.5 Wettbewerb und Krankenversorgung

Wettbewerb ist ein Interaktionsprinzip, dessen Ziel die beständige Selektion von Gewinnern und Verlierern ist. Angewandt auf die Krankenversorgung betrifft dieses Prinzip den Wettbewerb der Krankenversicherungen und den Wettbewerb der Anbieter von medizinischen Versorgungsleistungen.

Das Prinzip folgt der These, es würde zu einer beständigen Selbstoptimierung des Anbietermarktes und der Qualität seiner Angebote führen. Die Übertragung von Wettbewerbskonzepten auf die Risikosicherung für den Krankheitsfall folgt so der Argumentation, wirtschaftlicher Wettbewerb stärke die Innovationsfähigkeit bezüglich der Versicherungs- und der medizinischen Versorgungsprodukte. Die zunehmende Produktvarianz führe zu sich ständig ausweitenden Möglichkeiten der Produktauswahl und so zu einer sich kontinuierlich verbessernden Produktqualität. Die besseren Auswahlmöglichkeiten sicherten zudem, dass die Preise für die Produkte stets niedrig blieben.

Diese Sichtweise impliziert eine Reihe von Annahmen, die der kritischen Würdigung bedürfen.

Die Forderung nach einer beständigen Erneuerung von Versicherungsplänen macht nur Sinn, wenn diese risikoselektiv immer wieder unterschiedliche Versichertengruppen als Kunden ansprechen. Unter Bedingungen einheitlicher und nicht varianter Risikoabsicherungen macht Wettbewerb hingegen nur Sinn, wenn er gegen einheitliche Leistungskataloge und risikounabhängige Versicherungsprämien gerichtet ist. Wettbewerb stellt also den aus sozialmedizinischer Perspektive entscheidenden Vorteil

einer allgemeinen und sozial nicht diskriminierten Absicherung zur Disposition: den umfassenden und allgemein zugänglichen Versicherungsschutz.

Das ist analog auch dann der Fall, wenn die Begrenzung medizinischer Leistungen auf notwendige, wirksame und das Erforderliche nicht überschreitende Interventionen der Maßstab einer evidenzbasierten Medizin ist und anstrebt, unnötige Interventionsrisiken zu vermeiden. Die Vermeidung von Leistungsangeboten, die darüber hinausgehen, folgen also keinem ökonomischen Prinzip, sondern beruhen auf soziaethischen Grundsätzen der medizinischen Berufspraxis. Wettbewerb steht dann in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zur Indikations- und zur Bedarfsgerechtigkeit.

Schließlich verlangt Wettbewerb auch handlungsmächtige Akteure. Das ist am ehesten für Organisationen, Gruppen und Allianzen zu unterstellen, die bereits Wettbewerbsvorteile haben und über die Fähigkeit verfügen, die Platzierung neuer Anbieter zu verhindern.

Beispiel:

Weltweit ist unter dem (medizinisch) positiv zu argumentierenden Ziel der patientenbezogenen Versorgungsintegration (integrated care) die Entstehung gigantischer Versorgungs- wie Versicherungsanbieter und teilweise auch deren neuerliche Integration zu beobachten. Diese Konstruktionen agieren unter der Dachbezeichnung „Integrated Delivery Systems (IDS)“ und sichern heute in Varianten das Versorgungsmonopol von Unternehmen, z.B. in den USA und in China, für Millionen von Menschen. Auf diese Weise soll Wettbewerb und Marktteilung möglichst vermieden werden. Die rechtlichen Integrationsformen sind vielfältig. Zur Vermeidung von Einsprüchen der Kartellbehörden betrifft diese Integration ggf. nur den Austausch von Daten. Ein wesentlicher Aspekt dieser Entwicklungen ist auch die überregionale Ausbreitung solcher Versorgungskartelle, die dann auch global in jeder möglichen und wirtschaftlich erfolgsversprechenden Rechtsform agieren.

Beispiel:

In Deutschland ist mit der Freigabe des Kassenwettbewerbes und der Unterstellung der gesetzlichen Kassen unter das Kartellrecht die entscheidende Voraussetzung für die Transformation der gesetzlichen Krankenkassen geschaffen worden. Das explizite politische Ziel des Wettbewerbs ist zunächst die Reduktion der Anzahl der Krankenkassen, die unvermeidlich Versicherungskartelle erzeugen wird. Analoge Entwicklungen vollziehen sich auf dem Markt der Krankenhausanbieter.

Kommentar:

Der sich tendenziell globalisierende wirtschaftliche Wettbewerb der Akteure der Krankenversicherungen und der Versorgungsanbieter hat als bedeutsam zu reflektierende Konsequenzen. Diese sind zumindest hinsichtlich folgender Fragen zu beurteilen:

1. Welche Auswirkungen hat ein Patientenwettbewerb um den Zugang zu medizinischer Versorgung?

Es steht außer Zweifel, dass sich in einem solchen Wettbewerb der kaufkräftige, nicht der dringlich versorgungsbedürftige Patient durchsetzen wird. Dies ist vor allem unter den Bedingungen einer hochgradig arbeitsteiligen Krankenversorgung ein Problem, da sich dieser Wettbewerbskonflikt bei den spezialisierten Angeboten darstellen und sich letztlich immer nur über Geld auflösen wird. Eine Folge ist die Zunahme von „Notfällen“, die primär Kontakte zu Rettungsstellen suchen. Dieser Wettbewerb ist für die Patienten vor allem dann schwer zu bewältigen, wenn einzelne nationale Krankenversicherungen in ihren Verträgen festlegen, dass bestimmte Versicherungsleistungen immer beim billigsten Anbieter in Anspruch zu nehmen sind, auch wenn dieser (global) seine Leistungen viele Flugstunden entfernt anbietet. Da der größte Anteil der vorkommenden Versorgungsfälle eine geringe Prävalenz hat, betrifft dies dann in der Summe u.U. eine sehr große Anzahl von Versorgungsanlässen.

2. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb um Kunden für Versicherungsangebote?

Der Wettbewerb um den Zugang zu einer Krankenversicherung und der Wettbewerb von Krankenversicherern um Versicherte kann ausschließlich über risiko- und damit auch preisselektive Angebote erfolgen. Diese Selektivität wird entweder zum Ausschluss von Leistungen oder von „Kunden“ und so letztlich auch zu Bedarfs- und Leistungsrationierungen führen. Solche Wettbewerbsfolgen zwingen dann entweder zur Versagung von notwendigen Maßnahmen oder zur Ausweitung steuerfinanzierter Leistungen.

3. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb der Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen um Verträge mit „Kunden“?

Wettbewerbe um Verträge mit den regelhaft als Kunden agierenden Krankenversicherern setzen entweder zwingend Kostenerstattungsprinzipien oder Preiswettbewerbe um Verträge mit Versicherungen voraus. Unter Bedingungen, bei denen die Arbeitgeber für ihre Mitarbeiter Krankenversicherungen kaufen oder kaufen müssen, werden diese dann zu den wichtigsten Marktakteuren. Sie gewinnen mit ihren Partikularinteressen so einen entscheidenden Einfluss auf die Ausgestaltung der Finanzierungs-

wie der Versorgungssysteme. Da in vielen Staaten mit entwickelten Gesundheitssystemen dieser Wettbewerb untersagt ist, ist nachvollziehbar, dass dessen Einführung vor allem dem Ziel dient, Hindernisse für den freien Marktwettbewerb abzubauen.

Zu den Schlüsselthemen medizinischer Versorgung gehört die Entscheidung, ob die Bedarfsfeststellung dem medizinischen Sachverstand, den Einrichtungsmanager oder dem Käuferinteresse (das sind fast immer Versicherungen) folgen soll. Diese Entscheidung gewinnt an Gewicht, wenn der Kunde nicht der Patient und der Anbieter nicht der Verantwortungsträger der unmittelbaren medizinischen Versorgung, sondern der „Investor“ ist.

Analog schwierig stellt sich der Sachverhalt dar, wenn Menschen über einen Krankenversicherungsschutz selbst entscheiden sollen. Dies wäre zumindest die zwingende Folge, wenn dieser unter Wettbewerbs- und Marktbedingungen zu gewähren ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung nicht zu einer individuell risikoadäquaten Entscheidung über seinen prospektiv individuellen Bedarf an Risikoabsicherungen für den Krankheitsfall kommen kann. Er kann diesen als individuellen Bedarf zumeist auch nicht dauerhaft finanzieren. Es entsteht so die Frage, ob „freiwillig“ Nichtversicherten dann auch kein Versorgungsrecht gegeben ist oder ob die Gemeinschaft der Steuerzahler die Entscheidung für die Nichtversicherung subsidiär ausgleichen soll. In Staaten mit leistungsfähigen Gesundheitssystemen gibt es deshalb in der Regel einen verpflichtenden Krankenversicherungsschutz oder zumindest eine Versicherungsgarantie im Notfall.

Das Konzept „Wettbewerb“ ist nur zu implementieren, wenn an die Stelle des medizinisch Notwendigen und Erforderlichen die Kaufkraft tritt und Kaufkraftdefizite subsidiär ausgeglichen werden (können). Nach diesen Maßstäben sortieren sich dann die Gewinner und die Verlierer des Wettbewerbs sowie seine Gegner und Unterstützer.

Die Diversifizierung der Versicherungsprodukte, die Monopolisierung der Akteure und die beständige Gefahr von medizinisch problematischen Über- und Unterversorgungen sind die aus sozialmedizinischer Perspektive wichtigsten und problematischsten Aspekte des Wettbewerbs.

4.5.1 Wettbewerb von Krankenversicherungen

Der Wettbewerb von Krankenversicherungen dient der Vergrößerung ihrer Marktsegmente. Seine wichtigste Methode ist die Selektion von versicherten Risiken und die Selektion der Anbieter der Krankenversorgung.

Medizinische Versorgung für alle und nach den Maßstäben des Bedarfs wird heute

allgemein als Voraussetzung hinreichender sozialer Kohärenz und diese als Bedingung erfolgreicher sozialökonomischer Entwicklung angesehen. (Wilkinson, R.G. (1994): *Health, redistribution and growth*, in: Glyn, A., Miliband, D. (eds.) *Paying for inequality: the economic cost of social injustice*. London: Rivers Oram Press; Wilkinson, R.G. (2005): *The Impact of Inequality: How to make sick Societies Healthier*, London: Routledge)

Es macht einen grundlegenden Unterschied, ob das Ziel des Versicherungswettbewerbs unter den Bedingungen einer privatwirtschaftlichen Gewinnorientierung oder unter den Zielen der Sicherung der sozialen Kohärenz rechtswirksam etabliert wird. Er führt dementsprechend einmal zu Marktmonopolen oder alternativ zu öffentlich-rechtlich regulierten Versorgungsgarantien, die von den Bürgern legitimiert, durch den Staat zu garantieren sind. Hierzu bedienen sich Staaten unterschiedlicher Konzepte, die ihrer Natur nach entweder dem der öffentlich-rechtlichen Verwaltung oder dem des Korporatismus folgen. Die Ziele dieser beiden Konzepte sind mit denen des Marktwettbewerbs unvereinbar, selbst wenn es gelingen sollte, mit einem Maximum an Regulation und Steuerung die Systemwirkungen des Wettbewerbs klein zu halten.

Sofern nach Artikel 55 der UNO Carter der Menschenrechte der Zugang zu medizinischer Versorgung global akzeptiert ist (oder wäre), stellt sich die Frage, ob Marktwettbewerb oder eine öffentlich-rechtlich geschützte Garantie des Zugangs zur Absicherung des Krankheitsrisikos besser geeignet sind, dieses Recht auch zu gewähren.

Global sind Systeme mit einer Zugangsgarantie zur medizinischen Versorgung dann erfolgreich, wenn sie auch als eine öffentliche Pflicht anerkannt sind. (Woolhandler, S., Himmelstein, D.U.: *Competition in a publicly funded healthcare system* BMJ 2007 December 1; 335(7630): 1126–1129)

Die Rechtsordnungen vieler Staaten legen folgerichtig fest, den Versicherern Risiko-selektionen zu untersagen und stellen sie unter die Pflicht, allen Bürgern undiskriminiert und zu gleichen Bedingungen Versicherungsschutz zu gewähren. In einem solchen Fall macht der Wettbewerb von unterschiedlichen Krankenversicherungen keinen Sinn. Es kommt hinzu, dass unter privatwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die dem Wettbewerb folgende Monopolisierung der Krankenversicherung nicht hinzunehmen und erheblich negativ folgenreich ist. (Salmon, JW, Thompson, StL: *The Corporatization of American Health Care*. Springer 2020, ISBN 303060666X).

Beispiel:

Im Jahr 2005 hat der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Paul Krugman zu dieser Kontroverse aus der Sicht seines Landes Stellung genommen: „This week yet another report emphasized just how bad a job the American system does at providing basic healthcare. A study by the Robert Wood Johnson Foundation estimates that 20 million working Americans are uninsured, in Texas, which has the worst record, more than 30 percent of the adults under 65 have no insurance. ... And lack of insurance leads to inadequate medical attention. Over a 12-month

period, 41 percent of the uninsured were unable to see a doctor when needed because of cost; 56 percent had no personal doctor or healthcare provider. ... Our system is desperately in need of reform. Yet it will be very hard to get useful reform, for two reasons: vested interests and ideology. ... The most striking inefficiency of our health system is our huge medical bureaucracy, which is mainly occupied in trying to get someone else to pay the bills. A good guess is that two million to three million Americans are employed by insurers and healthcare providers not to deliver healthcare, but to pass the buck to other people. ... We also have a big problem with ideology. ... America is ruled by conservatives, and they have a private obsession: they believe that more privatization, not less, is always the answer. And their faith persists even when the evidence clearly points to a private sector gone badly. ... I could cite many examples of this obsession at work. But a particularly good illustration of ideology-induced obliviousness is the 2004 Economic Report of the President, which devotes a whole chapter to healthcare that can be read as a sort of conservative manifesto on the subject. The main message of that report is that U.S. healthcare is doing just fine. Never mind the huge expense, the low life expectancy, the high infant mortality; it's a market-based system, so it must be good." (Krugman, P. A private obsession. The New York Times, April 29, 2005)

Kommentar:

Die Varianz der Wirtschaftsziele der Akteure ist eine Kernfrage des Wettbewerbs der Krankenversicherer gegeneinander. Die notwendige Gleichheitsbedingung des Marktzugangs ist für gewinnorientierte Krankenversicherungen jedoch nur insoweit gegeben, als sie sich auf die Marktanteile von Kunden mit ähnlicher Kaufkraft und Kaufbereitschaft bezieht. Diese Bedingung erfüllt sich also nicht über eine Konkurrenz der „besseren“ Produkte, sondern über die produktselektive Anpassung an die heterogenen Kaufkraftsegmente der Bevölkerung. Folglich stehen nicht gleiche Produkte in Konkurrenz, sondern erheblich diversifizierte Produkte mit unterschiedlichen Preisen und Zuzahlungskonditionen. Der Gewinner in diesem Wettbewerb ist dasjenige Versicherungsunternehmen, welches das erfolgreichste Konzept der sozialspezifischen Risikoselektion platzieren kann.

Die möglichst erfolgreiche Kaufkraftdiskriminierung der potenziellen Kunden ist somit das Funktionsprinzip des Wettbewerbs zwischen gewinnorientierten Krankenkassen. Da die Kaufkraft ein Sozialmerkmal ist, ist dieses Wettbewerbsprinzip zugleich ein soziales Diskriminierungsprinzip. Es bewirkt zudem eine Alters- und Geschlechterdiskriminierung, da die Möglichkeit, bzw. die Wahrscheinlichkeit ausreichender Einkünfte zur Finanzierung der Versorgung im Krankheitsfall auch vom Alter und oft auch vom Geschlecht der Versicherten abhängen. Wettbewerb diskriminiert also nicht nur Personen mit geringem Einkommen, sondern auch Alte, Frauen ohne ausreichende Erwerbsbiografie, behinderte Menschen und chronisch Kranke (high utilizers) und ggf. auch Kinder.

Im Falle steuerfinanzierter Absicherungen ist ein solcher Wettbewerb ausgeschlossen. Dies ist dann auch der wichtigste Kritikpunkt der Wettbewerbstheoretiker an

steuerfinanzierten Absicherungen des Krankheitsfalls. Sie fordern deshalb, der Steuerfinanzierung zumindest die Wahloption einer privatvertraglichen Versicherung gegenüberzustellen oder Krankenversicherungen nur über Privatversicherungen verwalten zu lassen. Risikoselektion, sofern durch den Rechtsgeber nicht ausdrücklich verboten, konkurriert dann gegen eine selektionsfreie steuerfinanzierte Absicherung. Die privat versicherte Klientel verfügt zumeist über ein Einkommen, das den Durchschnitt übersteigt und ist in vielen Ländern zudem durch staatliche Entscheidungen privilegiert. Sie entzieht sich so der Finanzierung allgemeiner Interessen.

Die Übertragung des Wettbewerbskonzepts auf soziale Umlageversicherungen führt zu analogen Problemen, da die Gleichheit des Versicherungsschutzes deren grundlegendes Prinzip ist. Der Wettbewerb mittels unterschiedlicher Versicherungsprodukte führt unvermeidlich zur Auflösung des Solidarkonzepts, bzw. zu hochkomplexen Methoden des Ausgleichs der unterschiedlichen wirtschaftlichen Risiken zwischen den einzelnen Umlageversicherungen eines Landes. Gelingt dieser Ausgleich nicht, wird der Wettbewerb zwischen solidarischen Krankenversicherungen immer zur sozialen Diskriminierung führen.

Der Wettbewerb in der Gesundheitssicherung ist unter Theoretikern und Praktikern weltweit ein zentraler Gegenstand kontroverser Diskurse. Die Kontroversen betreffen vor allem folgende Merkmale: die soziale Kohärenz, die Zugänglichkeit, die soziale Effektivität und die Qualität der Krankenversorgung, die Gleichgewichtigkeit der Kunden- und der Anbietermacht, die Wirksamkeit der Kostenregulation und die Unternehmenseffizienz. Auch unter den Wettbewerbsvertretern scheint sich jedoch die global mehrheitsfähige Position durchzusetzen, dass eine starke rechtliche Regulation des Wettbewerbs im Falle der Krankenversicherung zwingend zu fordern ist. Allerdings ist die empirische Beweislage zum Erfolg solcher Regulationen eher schwach.

Die Kernfrage betrifft die nach den Wettbewerbszielen, die sich zwischen der normensetzenden legislativen Mehrheit und den Krankenversicherungen deutlich unterscheiden können. Ist die politische Absicht z.B. die Überführung sozialer Umlagekassen in andere Rechtsformen, wird Wettbewerb das wirksamste Mittel sein.

Beispiel:

In Deutschland hat der Bundestag im Jahr 2012 mit der Änderung des „Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG)“ die Wirksamkeit des Kartellrechts auch auf die gesetzlichen solidarischen Krankenkassen beschlossen. Damit sind die gesetzlichen Krankenkassen künftig allen anders, also den privatrechtlichen Wirtschaftsunternehmen gleichgestellt. Zu diesem Gesetz hat der Bundesrat erhebliche Bedenken geäußert: „die ... Änderungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation und der Rechte ... der gesetzlich Versicherten. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen

mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.“ BR-Drs. 641/1/12 vom 9.11.2012

4.5.2 Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung

Das Wirtschaftlichkeitsprinzip in der Krankenversorgung bezeichnet die an Zielen messbare rationale Nutzung von in Geld messbaren Ressourcen.

Die Schwierigkeit im Umgang mit einem solchen Prinzip im Falle der Versorgung Kranker ist die vereinbarungsfähige, bzw. normative Klärung dessen, was unter einer an Zielen orientierten rationalen Nutzung von Ressourcen verstanden werden kann. Ein solches Rationalitätsgebot wird in der Wahrnehmung der involvierten Parteien Patient, medizinischer Sachverstand, Unternehmerinteresse und kostenerstattende Partei sehr unterschiedlich interpretiert werden. Der Grundkonflikt wird sich dann zwischen den Polen von Genesungswunsch, Haftungsfurcht, Gewinnmaximierung und vertraglich oder rechtlich bestimmter Leistungspflicht darstellen.

Die Rahmenbedingungen für ein solches ökonomisches Prinzip variieren zwischen den Finanzierungs- und Versorgungssystemen und haben sich geschichtlich immer wieder verändert. Das ist vor allem Folge der Entstehung von öffentlich-rechtlichen Versicherungssystemen und von den potenziellen Gewinnerwartungen der Akteure.

Vor diesem Hintergrund ist die Eigenschaft eines Gesundheitssystems als gemeinnützig oder profitorientiert ein Schlüsselthema der Wirtschaftlichkeitsdebatte und der professionellen Handlungsmotivationen.

Soweit die Rationalitätsdebatte auf Gewinnmaximierung fokussiert ist, begrenzt sich das Problem auf klassische Methoden wie Kostensenkung, Preisfindung, Mengen- und Margenausweitung, Angebots- und Kundenselektion etc. Die Übertragung tradierter ärztlicher, bzw. medizinisch-professioneller Entscheidungskompetenzen auf betriebswirtschaftliche Managementkonzepte stellt sich derzeit als ein globaler Megatrend dar.

Eine besonders bemerkenswerte Entwicklung ist die sich durchsetzende Auffassung, medizinische Entscheidungsprozesse und Handlungen ließen sich analog zu anderen Produktionsprozessen strukturieren und ausführen. Dabei spielt vor allem eine der Produktionswelt folgende Annahme eine Schlüsselrolle. Sie besagt, gleiche Produkte müssten gleiche Kosten haben, wenn sie unter gleichen Struktur- und Prozessbedingungen erzeugt werden. Deshalb sei die permanente Optimierung der Prozessbedingungen und ihrer strukturellen Voraussetzungen sowie die Anpassung von Preisen an die Marktbedingungen die entscheidende wirtschaftliche Erfolgsstrategie.

Die Annahme, gleiche Produkte müssten gleiche Kosten haben, wenn sie unter gleichen Struktur- und Prozessbedingungen erzeugt werden, ist im Falle medizinischer Versorgung offenkundig problematisch. Es gibt keinen Beleg dafür, dass ohne massive regulatorische Eingriffe gleiche Kosten auch gleiche Preise bewirken würden. Es gibt auch keinen Beleg, dass gleiche Preise zu gleichen Prozesskosten führen würden und so durchgehende und wissenschaftlichen (evidenzbasiert einheitlichen) Maßstäben folgende Prozessabläufe etablieren würden. Teil dieser Managementannahme ist die Vermutung, das medizinische „Produktionsergebnis“ sei primär über den „Fall“ zu standardisieren und die Varianz der Individuen sei demgegenüber zu vernachlässigen.

Gewinnerwartungen sind jedoch keine gesellschaftlich allgemein akzeptierten Zwecke medizinischer Hilfeleistungen. Sollen soziale Zwecke, z.B. in der medizinischen Versorgung, verfolgt werden, setzen Staaten zumeist umfangreiche Regulationsmethoden ein, um Marktwirkungen zu vermeiden oder zu begrenzen. Sie nutzen hierzu z.B. Steuererleichterungen und -befreiungen, direkte eigene Kostenträgerschaften, Subventionen, staatliche Preisbegrenzungen und -festsetzungen, Subventionen, Forschungsfinanzierungen, Festlegung von Infrastrukturen und Personalstandards, hoheitliche Planungsvorbehalte, die Festlegung von Ausbildungs- und Weiterbildungsstandards etc. Gleichen Zielen dienen auch die Regulationen von Versicherungspflichten und die der Wirkungsweisen von Versicherungen. Umgekehrt sind alle Entscheidungen zu marktwirtschaftlichen Systemtransformationen immer darauf gerichtet eben solche Regulationen einzugrenzen oder abzuschaffen.

Der Unterschied zur Produktionswelt ist folglich gravierend, weil im Falle einer medizinischen Leistung der Käufer unterstellt, alle gleichen Fälle von „Appendektomien“ seien als gleich zu entgelten. Es gibt hingegen keine Argumentationsbemühungen analog gleiche Preise zum Zweck der Standardisierung aller Autos zu fordern. Die Diversifikation von Produkten und Preisen ist vielmehr anerkannte und geforderte Marktstrategie, die zur Ausweitung von Leistungsangeboten und im Falle der Krankenversorgung auch zu Kostensteigerungen führen wird.

Beispiel:

Für die Kunden ist nicht der Preis einer Blutuntersuchung entscheidend, sondern deren Menge. Preisregulationen sind folglich keine Lösung und Mengenregulationen sind kaum durchsetzbar.

Kommentar:

Vereinfacht haben Preise zwei Komponenten, die fixen und die variablen Kosten. Die fixen Kosten sind je Versorgungseinheit von der Krankenbehandlung nur unabhängig, wenn die Anbieterinvestitionen standardisiert sind. Sie werden also zwischen Krankenhäusern der Grundversorgung und der Maximalversorgung erheblich differieren.

Ebenso sind die variablen Kosten nicht allein fallabhängig, sondern auch vom Typ der Versorgungseinrichtung. Auch diese Kosten - „Verbrauch“ von Arbeitszeit, Qualifikation und Material je Behandlungsfall – sind nicht unabhängig von der Anbieterstruktur. Standardisierte Sachleistungspreise haben also unvermeidlich Folgen für die Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen und -prozessen. Sie bewirken deren Standardisierung mit der Folge des Spezialisierungsverlangens von Grundversorgungsanbietern und des Mengendrucks auf Maximalversorger, der nur durch die Übernahme von Grundversorgungsaufgaben realisiert werden kann.

Mikroökonomische Effizienzvorteile können makroökonomischen Effizienzverlust bewirken.

Beispiel:

Es ist es unsinnig, eine „typische“ Appendizitis in einer Einrichtung der Maximalversorgung zu behandeln, da hier der Fallanteil der fixen Kosten erheblich höher sein wird als in einem Krankenhaus der Grundversorgung. Es bedarf also keiner grundlegenden Erörterungen, um deutlich zu machen, dass die Zentralisierung von häufigen Behandlungsanlässen in der Regel von erheblichen Kostensteigerungen gefolgt sein wird. Dies hat nicht nur Folgen für die fallbezogenen fixen, sondern auch für die zurechenbaren variablen Kosten, die nur durch Arbeitsverdichtung gesenkt werden können. Soll sich die Fallkonzentration hingegen nur auf Fallklassen mit geringer Prävalenz beziehen, würden diese kostenwirksam vor allem die Spezialisierung stärken. Dies würde aber auch verlangen, Einrichtungen der Grundversorgung auszubauen. Weltweit geschieht im Gefolge präferierter marktwirtschaftlicher Strategien das Gegenteil. Global ist zu beobachten, dass sich fallbezogene Einheitspreise als Konzept der Vergütung gegen die Strukturen der Grundversorgung im Sinne des „Primary Health Care“ (PHC) richten und zur Monopolisierung der Angebote regional marktbeherrschender Anbieter führen. Erhebliche Kostensteigerungen sind die Folge.

Kommentar:

Die Regulation der variablen Kosten kann nur über den Verbrauch von Arbeitszeit und Qualifikation sowie Material und Technik etc. erfolgen. Hieraus kann die Streitfrage abgeleitet werden, welcher Verbrauch oder Aufwand je Behandlungsfall notwendig und erforderlich ist und ob dieser ggf. je Fall als ein Durchschnittsaufwand kalkulatorisch standardisiert werden kann. Wenn dies der Fall ist, entstünde zwangsläufig auch die Notwendigkeit, die Einhaltung dieser Standards zu überwachen.

Beispiel:

Die Argumentation mit Durchschnittsaufwendungen je Fall schließt logisch ein, dass „gleiche“ Fälle um diesen Preis nur gering variieren. Es ist deshalb von grundlegender Bedeutung, ob solche Preise zur Budgetbildung oder zur Entgeltung jedes einzelnen Falls genutzt werden. In der Praxis zeigt sich aber auch bei Budgetierungen, dass solche Durchschnittswerte als interne Norm für jeden „gleichen“ Einzelfall gesetzt werden und Abweichungen der Rechtfertigung bedürfen. Aus sozialmedizinischer Sicht macht es also einen entscheidenden Unterschied, ob Abweichungen im Einzelfall oder Über- und Unterschreitungen von Budgets zu erklären, ggf. zu rechtfertigen oder gar zu sanktionieren sind.

Kommentar:

Die Nutzung von Fallpreisen zur Entgeltung von Einzelleistungen (fee for service) oder zur Bildung von komplexen Budgets ist eine grundsätzliche Strategieentscheidung für oder gegen Mechanismen des Solidarausgleichs. Ein besonderes Problem erwächst aus der Notwendigkeit, die Konzentration von Versorgungseinrichtungen zu vermeiden, sofern wohnortnahe Versorgungszugänge ein politisches Ziel sind.

Den wirtschaftlich wirksamen Regulationsmechanismen folgt das Verhalten der involvierten Parteien. Von diesen Mechanismen muss in jedem Fall erwartet werden können, dass sie einen allgemeinen Zugang zu wirksamer und wirtschaftlich verantwortbarer Versorgung sichern. Es hängt maßgeblich von der Machtverteilung zwischen den Anbietern, den Versicherten und den finanzierenden Akteuren ab, ob dies auch gelingen kann. Im Idealfall teilen alle das Ziel, medizinische Versorgung solle wirksam, also effektiv und im wirtschaftlichen Sinne rational, also effizient erfolgen. Angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen werden Urteile über die Effektivität und die Effizienz, bzw. die Rationalität jedoch konfliktbesetzt sein. Die Konfliktnatur hängt dann maßgeblich von der Finanzierungsform ab.

Im Mittelpunkt des Konfliktes steht das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis (Effektivität) sowie die Frage nach den hinnehmbaren Aufwandsvarianzen bei gleichen Ergebnissen (Effizienz).

Beispiel:

Patient A leidet an einem Karzinom. Der Diagnosestellung folgt ein alle verfügbaren Mittel nutzender Therapieversuch, der ohne Ergebnis bleibt. Die Ermittlung der Diagnose wie auch der Therapieversuch haben einen möglicherweise erheblichen Aufwand erzeugt. Im Rahmen einer wirtschaftlichen Beurteilung wäre zu entscheiden, ob die Maßnahmen notwendig, erforderlich und wirtschaftlich waren. Bezüglich der Aufwendungen für die Diagnostik muss diese Frage immer bejaht werden, wenn diese nach Maßgabe des Standes der Wissenschaft und in rationalem Bezug zur diagnostischen Fragestellung erfolgt ist. Wenngleich die Therapie ergebnislos

war, kann deren Effektivität an diesem Einzelfall nicht beurteilt werden. Es ist vielmehr zu fragen, ob und ggf. wie häufig Patienten in vergleichbarer Situation von einem Therapieversuch profitieren (numbers needed to treat). Folglich ist dann aber auch eine auf den Einzelfall bezogene ergebnisorientierte Entgeltung (payment for results) problematisch. Sie wird erhebliche Risikoselektionen (pre-estimating of results/out-come) bewirken und sich zwangsläufig gegen ungünstige Prognosen und auch eher gegen soziale Unterschichten richten. Solche „prospective payment systems“ basieren heute in einigen Ausformungen auf hoch entwickelten Konzepten von auch sozial wirksamen Risikoselektionen mittels software-basierter künstlicher Intelligenz.

Beispiel:

Patient B leidet an einer Kniegelenksarthrose. Die therapeutischen Alternativen sind physiotherapeutische Maßnahmen oder eine Endoprothese. Die Wirksamkeit beider Therapien kann vor ihrer Anwendung im Einzelfall nicht vergleichend beurteilt werden. Sicher ist aber, dass bei gleichen Therapieergebnissen die Effizienz erheblich verschieden wäre. Es bedürfte zur prospektiven Bewertung also des Vergleichs mit vergleichbaren Fällen (utilization research). Auf der Ebene eines „normalen“ Krankenhauses ist dieser Vergleich unter methodisch akzeptablen Voraussetzungen kaum zu leisten. Vergleiche über das Krankenhaus hinaus werden u.a. aus wettbewerbsrechtlichen Gründen in vielen Staaten nicht möglich sein. Solche Vergleiche sind auch schwer beizubringen, denn objektiver Befund und Schmerzempfinden sind nicht zwingend korreliert. Die Therapie kann also allein über den objektiven Befund nicht standardisiert werden.

Kommentar:

In öffentlich-rechtlich organisierten Versorgungssystemen ist die Rationalität der Ressourcenverwendungen ein Problem, das – verglichen mit marktwirtschaftlichen Systemen – sehr komplex ist, da es Teil öffentlicher Meinungsbildung ist. Das folgt einfach aus der Tatsache der individuellen Ressourcennutzung und ihrer kollektiven Entgeltung. Dies kann auch nicht dadurch aufgelöst werden, dass die Entscheidungsvorbereitungen den Wissenschaften übertragen werden.

Beispiel:

Aus der Vielzahl der Verfahren, wie dem Health Technology Assessment (HTA) oder den Verfahren zur Bewertung eines neuen oder zusätzlichen Nutzens (Comparative Effectiveness Research (CER) sei hier nur das - Incremental Cost-Effectiveness-Ratio (ICER) erläutert: ICER wird z.B. in Großbritannien als Standard genutzt. Es misst den Gewinn an Quality Adjusted Life Years (QALY, siehe Heft 2) oder nutzt analoge Maße (Life Years Gained) je zusätzlich entstehende Kosten. Es wird also eine quantitative Relation zwischen Zusatzkosten und qualitativem Nutzen gemessen, um den Zusatznutzen zu ermitteln. Wenn z.B. die Kosten einer

neuen Methode 5.000 £ betragen, die der alten hingegen 4.000, sind die Zusatzkosten 1.000 £. Wird ermittelt, dass der Gewinn an qualitätsadjustierten Lebensjahren durch die neue Methode 2 Jahre beträgt, der durch die bisherige Methode jedoch nur 1,5, resultiert ein Gewinn von 0,5 „QALYs“ im Äquivalent zu 1.000 £ Zusatzkosten. Die Bewertung ist dann, dass ein ICER von <20.000 £ je QALY kosteneffektiv ist, ein Wert von >20.000 £ je QALY bedarf dann vor einer Einführung zusätzlicher Argumente und ein ICER von >30.000 £ je QALY einer Einzelfallentscheidung.

4.5.3 Wettbewerb in der Krankenversorgung

Wettbewerb ist im gesundheitsökonomischen Kontext ein marktwirtschaftliches Selektionsprinzip, das eingesetzt wird, um die Anzahl der leistungserbringenden Akteure räumlich zu konzentrieren und zu reduzieren, die Versorgungsangebote zu differenzieren (Spezialisierung), Wertschöpfungsketten zu integrieren und die mikroökonomische Profitabilität zu erhöhen.

Die ökonomischen Theoreme zum Wettbewerb der Anbieter von Krankenversorgung argumentieren, Wettbewerb hätte für die Versicherten, für die Patienten (Verbraucher) und die Kunden (Kostenerstatter) vor allem drei Vorteile: höhere Versorgungsqualität, geringere Kosten und raschere Marktpenetration von Innovationen.

Für diese Annahmen gibt es keine belastbare empirische Basis. Die soziale Effektivität, die allgemeine Zugänglichkeit sowie die Preise und die Kosten sind in wettbewerbsadjustierten Versorgungssystemen in der Regel besonders ungünstig. Das gilt analog Aufwendungen, die als Über- oder als Unterversorgung zu bewerten sind. Die Wahlmöglichkeiten der Versorgungseinrichtungen und der direkten professionellen Versorgungsteams sind global zumeist vertraglich begrenzt oder aus Gründen fehlender oder mangelnder Verfügbarkeit eine Fiktion.

Die Penetration von Struktur-, Prozess- und Ergebnisinnovationen folgt in Wettbewerbssystemen nicht den bevölkerungs- und sozialschichtbezogenen Bedarfen, sondern den wirtschaftlichen Profilierungskonzepten der Leistungsanbieter. Die Folge sind u.a. erhebliche normative Regulierungszwänge, z.B. bezüglich der Bewertung und Akkreditierung von Innovationen. Der Vorteil von Wettbewerbssystemen ist allerdings die zumeist erhebliche Plastizität der Versorgungsorganisationen bei der mikroökonomischen Anpassung an sich ändernde externe Bedingungen und rechtliche und gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen. Das betrifft dann vor allem die Selektion des Angebotsportfolios, die interne Steuerung der Versorgungsprozesse und das Personalmanagement der Versorgungsunternehmen.

Die Wettbewerbskonzepte der Textil- oder der Autoproduktion werden hierzu gern auf das Management der Krankenversorgung übertragen. Im Besonderen in der Qualitätsdebatte sind die Managementstandards der Autoindustrie heute die favorisierten Ausbildungsstandards für Manager der Krankenversorgungsindustrie.

Beispiel:

Eines der propagierten Konzepte ist das Total Quality Management (TQM), das unter dem Slogan „TQM: Maximize productivity while minimizing costs.“ für sich wirbt. In den USA und in Japan entwickelt, ist TQM heute ein global vermittelter Managementstandard auch in der Krankenversorgung. (Siehe hierzu Khan, J.H. (2003) Impact of total quality management on productivity. The TQM Magazine, Vol. 15 Issue: 6, pp.374–380; Knapp, D. 2009, Guide to Service Desk Concepts: Service Desk, Course Technology); Kaluznym AD, Laughlin, CP, Simpson, K (1992) Applying total quality management concepts to public health organizations. Public Health Rep. 1992 May-Jun; 107(3): 257–264.) Ein anderes Konzept, das 1987 von Motorola entwickelt wurde, folgt ebenfalls konsequent der Überzeugung, es ließe sich auf das Management der Krankenhausversorgung übertragen. (Chassin, MR: Is Health Care Ready for Six Sigma Quality? The Milbank Quarterly, Vol. 76, No. 4, 1998.) Ein weiteres Beispiel ist Lean, das ursprünglich von Toyota eingeführt wurde. Die Unterstützer von Lean argumentieren: “Use of this methodology has increased teamwork, created user-friendly work areas and processes, changed management styles and expectations, increased staff empowerment and involvement, and streamlined the supply chain within the perioperative area.” (Kimsey, DB: Lean methodology in health care. Lehigh Valley Health Network-Muhlenberg, Bethlehem, PA, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619772>; last checked 17.07.2011)

Kommentar:

Die Vermutung Wettbewerb erzeuge Qualität steht im Widerspruch zu den internen Wirtschaftlichkeitszwängen und, soweit vertraglich definiert, ist sie nur Realität, wenn es auch Aufwendungen zur Überwachung der Qualität und für die Förderung der internen Kooperation gibt.

Die unterstellte höhere Penetrationsgeschwindigkeit von Innovationen ist im Systemvergleich nicht zwingend zu belegen. Dies folgt in der Regel dem Umstand, dass die Definition von „Innovation“ zunächst ein von Marketinginteressen freies wissenschaftliches Assessmentproblem ist oder sein sollte. Tatsächlich beschreibt aber „Innovation“ in vielen der globalen Gesundheitssysteme allein die auf die Investitionsbereitschaft abgestellten Marketingstrategien der Anbieter. Nutzens- und Effektivitätsargumente spielen dann unter dem nachfolgenden Refinanzierungsdruck kaum eine Rolle: Was verfügbar ist, wird auch genutzt und als Innovation vermarktet.

Soweit hierzu Analysen überhaupt zugänglich sind, zeigen sie, dass unter Wettbewerbsbedingungen bestimmte zusätzliche Serviceleistungen für den Patienten, die

mit dem Konsultationsanlass nicht in Verbindung stehen, von diesen als positiv angenommen werden. Dies ist dann allerdings auch der einzige relevante Wettbewerbsvorteil, den Studien aus den USA und Großbritannien nachweisen können. (Vergleiche hierzu z.B. „Competition in Healthcare“, The Health Foundation 2011, www.health.org.uk/research-scan, last checked 22.01.2012)

Für die Beurteilung des Anbieterwettbewerbs bedarf es der Vereinbarung von Maßstäben. Aus Sicht der Sozialmedizin sollten diese vor allem die Sicherung der allgemeinen Zugänglichkeit im Bedarfsfall, die Begrenzung diagnostischer und therapeutischer Interventionen auf das Maß des nach dem Stand der Wissenschaften Notwendigen und Erforderlichen, die Trennung der Interessen der Anbieter und der Versicherer (provider-purchaser-split), die Trennung der medizinischen Versorgungsinteressen von denen der Eigentümer der Versorgungseinrichtungen sowie die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung umfassen. Hierzu gehören dann auch die Sicherung der interprofessionellen Kooperation und die dauerhafte sowie strikt marketing-unabhängige Weiterbildungspflicht.

Aus der Sicht ökonomischer Konzepte wird im Besonderen der Wettbewerb um beste Versorgungsergebnisse betont („Competition for Results“). (Vergleiche hierzu Porter, ME, Teisberg, I.O. (2005): *Redefining Healthcare*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.) Dies ist zugleich nachvollziehbar und auch problematisch, denn das Verständnis dessen, was beste Ergebnisse sind, kann nicht unabhängig von den verfügbaren Ressourcen und ihrer bedarfsgebundenen Verteilung bewertet werden. Die „out-come“ Orientierung ist immer von der Gefahr der gezielten Fallselektion nach sozialen wie medizinischen Kriterien begleitet. Analytiker wie Teisberg verweisen zudem auf das Problem der medizinisch nicht begründbaren Fallmengenausweitung und -selektion, das hierdurch forciert wird.

Beispiel:

In einem Seminar zu Qualitätsfragen erklärte ein Chirurg unter Zustimmung seiner Kollegen, er würde stets zwei Strategien zur Sicherung „seiner“ Belegung verfolgen. Er würde 1. versuchen sicherzustellen, dass seine Klientel eher gebildet ist und über ausreichende soziale Ressourcen verfügt und 2. sei es sein Ziel, etwa bei Knieendoprothesen, diese möglichst früh zu implementieren, weil die Patienten dann jünger seien und die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen eher gering sei. (Siehe zum Zusammenhang von Qualität und Ökonomisierung auch Wehkamp, K.H., H. Naegler. Ökonomisierung der Medizin: Ergebnisse der qualitativen Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ http://www.socium.uni/bremen.de/uploads/Veranstaltungen/2014/140620_Naegler_Wehkamp_Oekonomisierung_der_Medizin.pdf; last checked 12.01.2017)

Kommentar:

In den wirtschaftlichen Wettbewerbskonzepten spielt die Überführung der „tradierten“ medizinischen Versorgung in eine produktgeleitete Portfoliosелеktion eine entscheidende Rolle. Ein Beispiel sind die sog. Diagnosis Related Groups.

Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht kann diese „Produktmedizin“ die wissenschaftsgeleitete Begründung von medizinischen Interventionen und eine mit dem Patienten geteilte Entscheidungspraxis (shared decision making) positiv befördern. Sie könnte dann auch helfen, Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu begrenzen. Allerdings verlangt dies auch ein dauerhaftes, qualifiziertes und eher aufwändiges Assessment einer solchen Entscheidungs- und Handlungspraxis. Unter beständigem Kosten- und Preisdruck ist eine solche Praxis nicht zu implementieren. Diese Entwicklung hat weitere Aspekte. Der wichtigste ist die wachsende Fähigkeit zum Abschluss produktselektiver Verträge zwischen Versicherten, Versicherungen und Leistungsanbietern sowie die Profilierung der Anbieter gegeneinander. Solche Strategien spielen dann bei der Herstellung quasi-realer Markt- und Wettbewerbsbedingungen für die Krankenversorgung eine Schlüsselrolle.

In der Diskussion um die Marktfähigkeit der medizinischen Versorgung galt in der Vergangenheit das Fehlen von definierbaren realen Versorgungsprodukten als einer der wichtigen Gründe für das Markt- und Wettbewerbsversagen im Falle medizinischer Versorgung. Schließlich kann auf realen oder auch virtuellen Produktemärkten dann Wettbewerb und Produktselektion durch Krankenversicherungen und ihre die Leistungen erbringenden Vertragspartner Wirklichkeit werden. Derzeit vor allem ein Thema der Krankenhausversorgung, existieren solche Produktklassifikationssysteme auch für andere Leistungsangebote, allerdings noch mit geringer Penetration in die globale Versorgungswirklichkeit.

Die Konsequenzen sind weitreichend, da sie (zumindest partiell) die Qualifikationsanforderungen verändern und die Delegation und Substitution der Leistungserbringungen ermöglichen. Mit solchen Klassifikationen entstehen kalkulier- und kontrahierbare virtuelle Produkte in Form prospektiver Fall- aber auch Personenklassifikationen. Beide haben das Potential, die historisch als anbieterdominiert gewachsene arztzentrierte Medizin sukzessive in einen digitalisierbaren Käufermarkt mit prospektiven, ggf. auch hoch selektiven und prospektiv krankheitsspezifischen Versicherungskonzepten zu verwandeln.

Es ist die Erwartung, dass dann virtuelle Produkte und Produktmengen auf realen Käufermärkten angeboten und frei gehandelt werden können. Die Kostenträger, also vor allem öffentliche Verwaltungen und Versicherungen, treten so den Leistungsanbietern mit indikationswirksamen Wettbewerbskonzepten gegenüber. Die unmittelbaren Leistungserbringer sind jedoch global immer seltener, zugleich auch die unmittelbaren Leistungsanbieter. Sie sind in ihrer Entscheidungsfreiheit durch die Eigentümer der Versorgungsinfrastrukturen gefesselt. Folglich wird der Gesundheitsmarkt von den Finanzierungsträgern und den Investoren in die medizinischen Infrastrukturen be-

stimmt. Das wird sich unvermeidlich auch auf die medizinischen Leistungsentscheidungen auswirken. Es gibt global wirksame Trends, in deren Folge solche virtuellen Leistungsprodukte dann von den kontrahierten Leistungserbringern an Nachauftragnehmer (sub-contractors) weiterverkauft werden oder als Gesamtprodukt auch in sog. „sub-products“ aufgeteilt und delegiert werden.

Ein entscheidender Schritt auf diesem Weg ist die fortschreitende Spezialisierung der Anbieter mit fest umrissenem Leistungsportfolio. Ein wesentlicher und global beobachtbarer Trend ist in diesem Zusammenhang und gleichsam als nächster Schritt, der Übergang traditioneller Versicherungskonzepte in einzelne selektive Produktversicherungen.

Für diese strategische und zumindest wirtschaftlich wohl als rational nachvollziehbare Entwicklung gibt es allerdings zunächst auch Grenzen. Diese bestehen in der Kalkulation von Mengen gleichklassifizierter Produkte im Spannungsfeld von Notwendigkeit und Erfordernis einer medizinischen Intervention. Letztlich sind dann aber die wirtschaftlich notwendigen Mengen nur erreichbar, wenn die Normen für eine medizinische Intervention in den Bereich einer präventiven Intervention verändert werden oder regulatorisch die Leistungsangebote über Mindestmengen zentralisiert und konzentriert werden. Wenngleich mit unterschiedlicher Intensität ist dieser Trend ein globales Phänomen, dessen Kostenfolgen für die Finanzierung so dramatisch sind, dass sie entweder systemzerstörend wirken oder die Entscheidungsautonomie der medizinischen Leistungserbringer grundsätzlich infrage stellen.

Die Konzentration und die Zentralisierung von wenigen Anbietergruppen in hochkomplexe Wertschöpfungsketten würde dann in der Konsequenz jede Diskussion um eine bevölkerungszentrierte und bedarfsgebundene Versorgung erübrigen.

4.6 Bedarfsorientierung

Die Bedarfsorientierung der Risikoabsicherung für den Krankheitsfall gehört zu den wichtigsten Wirkmechanismen von allgemein zugänglichen Krankenversicherungen.

Der Bedarfsorientierung folgt die Notwendigkeit einer permanenten Bedarfsermittlung und einer entsprechenden Ressourcenplanung.

Sie ist die Alternative zu einer dem individuellen Käufermarkt folgenden Risikoabsicherung. Für den sich individuelle Versichernden bleibt hier der individuelle Bedarf, sein Schweregrad, sein altersspezifischer Beginn und seine Dauer unvorhersehbar. Das gilt auch für die sich während der Versicherungsdauer ändernden medizinischen Indikations- und Interventionskonzepte, deren Aufwands- und Kostenfolgen bei Versicherungsbeginn prospektiv kaum abzuschätzen sind. Dies hat zwingend zwei Konsequenzen:

1. Es kann, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine individuelle prospektive Bedarfsschätzung geben (dies auch aus methodischen Gründen nicht).
2. Jede Bedarfsschätzung muss sich auf die Bedarfe von Bevölkerungen, Gruppen, Regionen etc. beziehen.

In jedem Fall ist für den Risikoschutz die akzeptierte Risikovarianz entscheidend. Angenommen alle Personen einer Bevölkerung lebten unter exakt gleichen sozialen Bedingungen, also auch ohne Individualität, wäre die Risikovarianz ausschließlich Abbild der genetischen Varianz sowie des Alters und des Geschlechts. Wird hingegen anerkannt, dass Menschen auch aus konkreten gesellschaftlichen Gründen variant sind, werden die Bewertungen der Ursachen dieser Varianz entscheidende Assessmentkriterien jeglicher Konzepte der Risikoabsicherung und der geltenden Maßstäbe für die versicherten Bedarfe.

Die Bedarfsbewertung an Risikoabsicherungen für den Krankheitsfall verweist vor diesem Hintergrund auf mindestens sechs Träger mit unterschiedlichen ökonomischen Interessen:

1. Die Patienten

Diese wünschen, dass im konkreten Krankheitsfall alles getan wird, was ihnen nutzt. Sie können diesen Nutzen aber nicht prospektiv beurteilen und leben so in einem Spannungsfeld von Hoffen und Vertrauen, von Versprechen und Erleben. Die Nutzungsbeurteilung ist eine eigenständige Kompetenz in der Hand derer, die Zugang zu entsprechenden Daten haben und diese auch bewerten können. Der Patient wird unter diesen Bedingungen regelhaft auf Vertrauen verwiesen sein, ebenso wie seine Therapeuten.

2. Die Versicherten

Diese wünschen einen möglichst umfassenden Schutz gegen von ihnen prospektiv nicht zu benennende Krankheitsfälle und deren Konsequenzen. Der Bedarf ist zwar für strukturell ähnliche Versicherte (Risikogruppen), nicht aber für den Einzelfall vorhersehbar. Dabei ist „der Versicherte“ eine Konstruktion, die es in der Realität nur als ein heterogenes Versicherungsinteresse gibt, das nicht nur zwischen den Versicherten, sondern auch innerhalb ihres Lebens erheblichen Wandlungen unterworfen sein wird. Das Argument der Unvorhersehbarkeit bezieht sich nicht nur auf die Versorgungsbedarfe, sondern auch auf die Wandlung der Interessen der Versicherten an einem Risikoschutz innerhalb ihres Lebens.

3. Die Versicherung

Für diese ergibt sich der Bedarf aus der Leistungszusicherung gemäß Vertrag, der Vertragsdauer multipliziert mit der Anzahl der Verträge und dem kalkulierten durchschnittlichen Kostenrisiko je Vertrag. Unter Nutzung demografischer, epidemiologischer und versorgungswissenschaftlicher Prognosen ist der quantitative Bedarf in Grenzen abschätzbar. Indikationsänderungen und Innovationen bleiben allerdings immer schwer abschätzbar. Es muss ihr Interesse sein, Einnahmen und Bedarfe für kurze Perioden jeweils neu zu kalkulieren. Darüber hinaus muss es auch ihr Interesse sein, über normensetzende Mechanismen zu verfügen, die ein unabhängiges und qualifiziertes Assessment von Indikationsänderungen und Innovationen ermöglichen.

4. Der medizinische Leistungserbringer

Für diesen ergibt sich der Bedarf aus den versicherten Leistungs- und Produktkatalogen sowie ihren Möglichkeiten, nicht versicherte Leistungen den Patienten zusätzlich anzubieten und an sie zu verkaufen.

5. Der Eigentümer der Versorgungseinrichtung

Für diesen ergibt sich der Bedarf aus der Summe der zu refinanzierenden fixen und variablen Kosten plus Gewinnerwartung und Refinanzierungsbedarf von Krediten.

6. Die Versorgungsplanung

Die vorausschauende Planung der Ressourcen zur medizinischen Versorgung ist die Voraussetzung einer bedarfsorientierten, bzw. an Zielen orientierten Ressourcenallokation. Die Bedarfsermittlung und -bewertung nutzt demografische und (sozial-) epidemiologische Analysen sowie die Ergebnisse der Versorgungsforschung.

Die Definition von Bedarfen hat für jede der involvierten Interessengruppen unterschiedliche ökonomische Folgewirkungen. Sie ist folglich Gegenstand von Interessenkonflikten.

Das Bedarfskonzept gewinnorientierter Krankenversicherungen beschränkt sich auf die Modalitäten des Versicherungsvertrages. Das Kostenerstattungsprinzip, also die unmittelbare Honorierung der ärztlichen Leistungen durch den Patienten und die anschließende Erstattung bzw. Teilerstattung durch die Versicherung gemäß dem vertraglich festgelegten Prozentsatz schützen die Versicherung, jedoch nicht die Versicherten vor Überforderung. Von den Vertragskonditionen hängt das Interesse der privaten Versicherer an einer Prüfung der Rechnungen ab. Da es sich hier um Verträge

zwischen einer Versicherung und ihrem Kunden handelt, gibt es im Regelfall keine weiteren Rechtsbeziehungen zwischen der Versicherung und dem Leistungserbringer. Dies ist allerdings für die Staaten auch differenziert zu sehen, da viele Staaten die privaten Versicherungsanbieter erheblich regulieren.

Privatvertragliche Regelungen zwischen Versicherten und Versicherung bedeuten nicht notwendig, dass es sich um gewinnorientierte Versicherungen handelt. Auch sog. „non-for-profit insurances“ können privatvertraglichen Regelungen folgen. Der gemeinnützige Charakter nutzt dann vor allem die Steuervorteile. Dies scheint auch als Modellvorlage für Staaten zu dienen, die die Abschaffung umlagefinanzierter Krankenversicherungen und deren Überführung in gemeinnützige Unternehmen anstreben.

Steuerfinanzierte Absicherungen müssen einen einheitlichen Leistungskatalog führen, folglich auch einen einheitlichen Mechanismus der Bedarfsdefinition etablieren. Dies ist eine hoheitliche Entscheidung, die zugängliche, bzw. abgesicherte Bedarfe möglichst weitgehend standardisiert. Diese können, müssen aber nicht, dem Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechen.

Beispiel:

Im Ergebnis eines dann auch verfilmten Rechtsstreits (The Oregon Medical Case) hat der Bundesstaat Oregon der Vereinigten Staaten für die steuerfinanzierten Leistungen des Medicaid Programms folgende Regelung eingeführt: Für jede medizinische Versorgungsleistung entscheiden Experten jährlich neu über eine nach der Dringlichkeit geordnete Fallliste. Es werden dann für jeden der Fälle die Häufigkeit und die Fallkosten, bzw. die Summen der Fallkosten abgeschätzt. Diese Beträge werden fortlaufend kumuliert, bis jene Indikation erreicht ist, die das jährliche vom Parlament beschlossene Budget abschließt. Dies ist in der Regel etwa bei der 700sten Position der Fall. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass diese Regelung unter der Wirkung der Gesetzgebung zum Diskriminierungsverbot im Einzelfall einer Klage wenig bestandsicher ist.

Kommentar:

Umlagefinanzierte Absicherungen wirken analog zu steuerfinanzierten Absicherungen, allerdings mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Gemeinschaft der Versicherten im Rahmen der ihnen übertragenen Rechte selbst Normenentscheidungen treffen können.

Beispiel:

Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung ist durch das Sozialgesetzbuch V reguliert und für rund 90% der Bevölkerung leistungsrechtlich normensetzend. Paragraph 12 dieses Gesetzbuches bestimmt, dass Patienten Anspruch auf notwendige, erforderliche und wirtschaftliche Maßnahmen haben, Ärzte nicht mehr als diese verordnen und Krankenkassen allein solche finanzieren dürfen. Die inhaltliche Ausgestaltung ist einem paritätisch besetzten Gremium von Ärzten und Vertretern der Kassenmitglieder übertragen. Trotz vielfältiger Probleme und Konflikte dürfte diese Arbeit immer von dem medizinisch-ethischen Grundkonsens getragen sein, dass es im Interesse des Patienten ist, nicht mehr an medizinischen Interventionen zu leisten als auch notwendig und erforderlich. Dieser Grundkonsens gilt auch in der Umkehr zur Vermeidung von Unterversorgung. Allerdings ist der Maßstab des Notwendigen partiell durch die Möglichkeit der Krankenkassen zu sogenannten Gestaltungsleistungen ohne Nachweis einer evidenzbasierten Begründung vom Gesetzgeber begrenzt. Neben der Bedarfsorientierung existiert auch ein begrenzter Leistungskatalog, der anderen als wissenschaftlichen Prinzipien folgt.

Kommentar:

Das medizinische, das Patienteninteresse und das Versicherungsinteresse an einer Versorgung, die den Bedarf weder unter- noch überschreitet sind eine Norm, die wie jede andere Norm auch, vor Verletzungen geschützt werden muss. Die größten Verletzungsgefahren sind Gewinninteressen und aus Wissensmangel und Marketingversprechen resultierende nicht gerechtfertigte Patientenerwartungen.

4.7 Purchaser-Provider-Split (PPS)

Als purchaser-provider-split wird die rechtliche und institutionelle Trennung der medizinischen Leistungserbringer (provider) von den Krankenversicherungen (purchaser) bezeichnet.

Absicht dieser Trennung ist die Trennung des Erbringerinteresses von den Interessen der finanzierenden Partei.

PPS hat drei Funktionen:

1. Es soll den Patienten vor einem potenziellen Interesse des Finanzierers der Leistungen an einer Unterversorgung schützen.
2. Analog soll es den Patienten vor einer Überversorgung im Anbieterinteresse bewahren.
3. Es soll durch die Trennung von Anbietern und Käufern marktähnliche Bedingungen schaffen.

Der unbestreitbare Nachteil besteht in der asymmetrischen Machtverteilung, da die medizinische Indikationsverantwortung (Bedarfsentscheidung) auf der ärztlichen Seite verbleibt. Dieses Problem verschärft sich im Falle der Trennung der Providerseite in das medizinische Fachpersonal und die Eigentümer/Investoren der Versorgungsinfrastrukturen. Aus sozialmedizinischer Sicht bewirkt der purchaser-provider-split zudem, dass das Haftungsrisiko für die Vertragserfüllung allein beim Leistungserbringer verbleibt. Das medizinische Personal sitzt also im Konflikt von Eigentümern und Versicherungen ggf. „zwischen den Stühlen“. PPS versagt in seinen Zielsetzungen, wenn die medizinisch Leistungsverantwortlichen als Arbeitnehmer an versorgungswirksame Entscheidungen der Shareholder gebunden sind. Zudem gibt es Entwicklungen, die dem Versicherer Eingriffe in die Indikationssetzung eröffnen sollen.

International scheint sich die Auffassung durchzusetzen, dass dieses Modell voraussetzt, dass sich die medizinischen Träger der Leistungsverantwortung und die Versicherungen als Vertragsparteien unmittelbar gegenüberstehen und beide dem öffentlichen Recht unterworfen sein müssen. Dem wirken allerdings starke Interessengruppen auch entgegen.

Unter den Bedingungen des Managed Care wird dieses Modell obsolet (siehe Heft 8).

4.8 Monetäre Regulierungen

Jede Form der Absicherung des Krankheitsrisikos ist über die Versorgungskosten und -preise reguliert und auch rationiert.

Die monetäre Regulierung der Zugänglichkeit medizinischer Versorgung und deren Wirkungen sind ein Schlüsselthema sozialmedizinischer Forschung. Regulierungen dieser Art machen die Zugänglichkeit zu einer eigenständigen und bepreisbaren Ware. Sie sind unmittelbar mit der Frage verbunden, welche Teile einer Bevölkerung eher einen privilegierten Zugang haben und welche Teile im Zugang benachteiligt sind. Neben der individuellen Kaufkraft sind hiervon auch Erwartungen und Präferenzen (etwa in Gestalt von Gesundheitsleitbildern), immer aber auch die Verfügbarkeit von Versorgungsmöglichkeiten in Abhängigkeit von Wohn- und Arbeitsorten unmittelbar berührt. Das gilt analog für wirtschaftliche Entscheidungen, Zugänge zur Versorgung wohnortnah oder nur zentralisiert anzubieten. Wegen des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Spezialisierung, Zentralisierung, Angebotsprofilierung, der Fallmengen und der Leistungspreise sind alle Finanzierungsfragen immer auch mit der Zugänglichkeit verbunden.

Das gilt auch und im Besonderen, wenn monetäre Regulierungen gezielt genutzt werden, um das Versorgungsangebot zu begrenzen oder auszuweiten (Inzentivmethodik). Die monetären Rahmenbedingungen entscheiden dann über die Zugänglichkeit medizinischer Versorgung und über die Bereitschaft, bestimmte diagnostische, therapeutische und rehabilitative Methoden anzubieten. Sie sind dann das Abbild der

Ressourcenbereitstellung und der Ressourcenverteilung sowie der Chancen einer Bevölkerung, Krankenversorgung sozial undiskriminiert zu nutzen. Die Zugänglichkeit medizinischer Versorgung ist nicht allein eine Frage der insgesamt verfügbaren Mittel. Sie ist maßgeblich eine Frage von prioritären Zielen ihrer Verteilung, bzw. der Angebotsstruktur.

Bedarfsgerechte Ressourcenverteilungen stehen in dem Dilemma, dass gleiche Bedarfe, dargestellt durch Fallklassifikationen, nennenswert ungleiche personenspezifische Kosten (darstellbar über Personenklassifikationen) verursachen können. Dieser Unterschied ist besonders wirksam, wenn die sozialen, demografischen und infrastrukturellen Bedingungen der Versorgung in einem Land erheblich ungleich sind.

Beispiel:

Die notwendigen Aufwendungen für die Versorgung eines Patienten nach einem Schlaganfall sind nicht nur von dessen Schwere und Prognose bestimmt, sondern immer auch von seiner sozialen Situation, der Entfernung des Wohnorts von notwendigen Versorgungseinrichtungen, von der Verfügbarkeit erster Hilfen, der Leistungsfähigkeit der regionalen Versorgungsinfrastruktur in der Nachsorge, ggf. der Pflege etc.

Kommentar:

Dieser Sachverhalt ist konfliktbeladen. Er betrifft grundsätzlich das Problem, wie eine sozial nicht diskriminierte und bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht werden kann. Diese setzt schließlich gleiche Versorgungsangebote voraus, auch wenn die Bedarfskosten variieren. Konzeptionell stehen dann zwei gegensätzliche Lösungsangebote zur Verfügung: die Bedarfssteuerung und die Marktregulation. Bedarfssteuerung wird unvermeidbar dirigistische Elemente einschließen, Marktregulation hingegen zu einer erheblichen Anbietermacht mit Risikoselektion und Angebotskonzentration (-zentralisierung) bei gefährdeter sozialer Effektivität führen. Dies stellt vor die Frage, welche Rolle wirtschaftliche Kalküle bei der Ressourcenallokation haben dürfen oder müssen, bzw., welches normative Gewicht ihnen übertragen werden kann.

Krankenversorgung ist (bislang) vor allem eine durch Menschen direkt erbrachte Dienstleistung. Verteilungskonflikte bezüglich solcher Dienstleistungen lassen sich mit für die Zukunft absehbaren technischen Lösungen (intelligente Triage-Systeme, Telemedizin, neue Logistikkonzepte, an Kriterien gebundene Patientenzuweisungen etc.) möglicherweise begrenzen, aber über marktwirtschaftliche Effizienzkalküle nicht auflösen. Folglich wird die medizinische Versorgung eine Aufgabe bleiben, die gesundheitspolitisch und nicht wirtschaftlich dominiert sein muss und wird: Effektivität steht somit gegen Effizienz und folglich auch das Versorgungsziel gegen das Wirtschaftlichkeitskalkül.

Monetäre Kalküle spielen in der medizinischen Versorgung regelhaft eine große Rolle. Sie beeinflussen das Entscheidungsverhalten der Patienten, der Versorgungsanbieter und der Versicherungen und haben eine erhebliche normative Wirkung als Instrumente zur Leistungsbegrenzung wie zur Leistungsausweitung.

Die Auflösung des Konflikts zwischen beiden Wirkungen wird immer schwierig bleiben, weil Ressourcen- und Allokationskonflikte komplexer Natur sind. Vor allem aber sind sie Zielkonflikte. Diese lassen sich nicht mit populären Gerechtigkeitsargumenten auflösen oder mit gesundheitsökonomischen Diskursen. Verteilungskonflikte bedürfen immer wieder neu der öffentlichen Diskussion und der Adjustierung von Lösungskonzepten an demokratisch vereinbarungsfähige Ziele. Bevölkerungswirksame Normensetzungen sind Teil der kreativen Auseinandersetzung mit der jeweils vorfindlichen gesellschaftlichen Wirklichkeit und vermittelbaren prioritären Zielen.

Im Falle einer marktregulierten Versorgung sind die monetären Regulationskonflikte „einfach“ aufzulösen: Jeder bekommt, was er sich leisten kann. Der Zugang ist im Falle privatrechtlicher Versicherungen individuell, in einigen Staaten aber auch von der Legislative festgelegt.

Jede andere Form der Absicherung ist kollektive Absicherung, die das „Risiko“ einschließt, dass dem berechtigten Anspruch kein individuell äquivalenter Versicherungspreis gegenübersteht (das gilt auch für kollektive Privatversicherungen, sog. Gruppenversicherungen). So weit sind die Bedingungen in privatrechtlich individuellen Versicherungen und in sog. Solidarversicherungen ähnlich: sie folgen beide dem Prinzip eines internen Risikoausgleichs, dessen Ausmaß von der Risikovarianz um den Durchschnittspreis der Versicherung kalkuliert ist.

Der entscheidende Unterschied zwischen den Formen der Versicherungen ist vor allem, die sich im Versicherungspreis ausdrückende akzeptierte Risikovarianz der Versicherten, die Umfänglichkeit des zugänglichen Leistungskatalogs und die mögliche Ausschüttung von Gewinnen sowie die Wirksamkeit demokratischer Entscheidungsmechanismen. Analog spiegelt die Präferenz für individuelle Privatversicherungen oder für kollektive Gruppenversicherungen Gefährdungsvarianzen, die sowohl habituellem als auch lebensumweltlicher Genese sein können auch auszugleichen grundsätzliche Wertekonzepte. Der Gegensatz spiegelt sich also in der Bewertung horizontaler bzw. vertikaler sozialer Ungleichheiten und in der Bereitschaft, den Ausgleich von Benachteiligungen zu einer Präferenz demokratischer Übereinkünfte zu machen.

Wenngleich die unterschiedlichen Formen des Risikoschutzes im Falle von Krankheit auch unterschiedliche monetäre Regulierungsformen hervorgebracht haben, ist deren Trennung in die jeweils versicherungstypischen Regulationsmechanismen kaum möglich.

4.9 Anbieter- und Nachfragesteuerung

Die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen und deren Käufer haben an der Steuerung der Erbringung und der Nachfrage in der Regel gegenläufige Interessen.

Anbieter und Käufer umschreiben die im Wirtschaftsleben auch üblichen Begriffe „Verkäufer“ und „Kunde“. Ihre Übernahme auch in die Krankenversorgung signalisiert den Übergang von medizinischen zu ökonomischen Normensetzungen, die dann auch von Änderungen der Machtverteilungen sowie von der Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse gefolgt sind. Soweit beide Parteien gegenläufige Interessen haben, stehen sie in einem Steuerungskonflikt um Fallmengen, um eingesetzte medizinische Qualifikationen und Prozeduren, um die Effektivität der Versorgung sowie die Effizienz von Ressourceneinsätzen.

Unterstellt, die einer diagnostischen oder therapeutischen Prozedur im konkreten Anwendungsfall zugerechnete Wirksamkeit (efficacy) sei nach den geltenden Standards (z.B. numbers needed to prevent, to diagnose or to treat) belegt, verbleibt immer noch die Frage, ob gleiche Ergebnisse mit alternativen Methoden zu geringeren Kosten zu erzielen wären (efficiency). Es ist ebenfalls ein relevantes Problem, ob, bzw. unter welchen realen Voraussetzungen die Nutzung von medizinischen Interventionsmethoden auch in der Versorgungspraxis erfolgreich sein kann (community effectiveness). Diese Zielgrößen können erheblich konfliktbeladen sein und zu entsprechenden Steuerungskonflikten zwischen „Verkäufern“ und „Kunden“ führen. Die Konflikte reduzieren sich immer auf die Konfliktpole „Preis“ und „Menge“, bzw. auf ihr mathematisches Produkt, die Versicherungskosten. Ausgetragen werden diese Konflikte zu meist über Argumente zur Bedarfsadäquanz des Einsatzes der Mittel und zur Ergebnisqualität. Solche Argumentationen können allerdings nur in einem quantitativen analytischen Kontext entschieden werden. Die Ergebnisse solcher Analysen berühren dann keine individuellen Entscheidungsfragen, sondern Fragen der Normensetzung und damit Fragen nach der Verteilung der Steuerungsmacht bezüglich der Indikations- und Interventionsentscheidungen.

Das Interesse der Verkäufer ist nachvollziehbar: die Angebote ihrer Dienstleistungsprodukte sollen ausgelastet und für Investoren profitabel sein. Die Verkäufer medizinischer Leistungen waren traditionell zumeist auch deren Erbringer. Dies ändert sich global mit unterschiedlicher Geschwindigkeit. Die sog. Leistungserbringer, also vor allem die Therapeuten mit ihren traditionellen „Kleinbetrieben“, sind in wachsendem Maße selbst nur Angestellte von Versorgungsunternehmen unterschiedlicher Rechtsnatur. Sie stehen damit ggf. im Konflikt zwischen den Interessen der Patienten und denen des/der Eigentümer der Versorgungsorganisation und der für sie agierenden Manager. Deren Verantwortung folgt dem Steuerungsinteresse der Eigentümer, ggf. auch im Konflikt mit den unmittelbaren Leistungserbringern.

Die Käufer sind in entwickelten Versorgungssystemen zumeist der Staat oder eine Krankenversicherung. Die Begrenzung der Leistungen auf notwenige und wirksame

Leistungen ist ggf. deren rechtliche Pflicht. Die Käufer haben dann nur wenige Steuerungsoptionen: die Steuerung der Leistungserbringung durch Verträge, Normen oder Supervisionen sowie die Steuerung der Patientennachfrage durch Zuzahlungen, regionale „Ausdünnung“ der Angebote oder Bonus-Malus-Regelungen.

Bei diesen gegenläufigen Steuerungsinteressen stehen die Patienten in dem Dilemma, entweder der einen oder der anderen Partei vertrauen zu müssen, dass ihre Bedarfe sachgerecht respektiert werden. Zudem sind die Käufer einer Versicherung oft die Arbeitgeber, die ihre Arbeitnehmer mittels einer indirekten Lohnzahlung absichern wollen oder müssen. Tatsächlich stehen sich also zunehmend nicht Patienten und Ärzte, sondern Investoren in den Krankenversorgungsmarkt, Arbeitgeber und Versicherungen als Verkäufer bzw. Kunden gegenüber.

Das hat für die Steuerungsinteressen der Parteien nachvollziehbare Konsequenzen. Diese differieren danach, ob die jeweiligen Märkte ungesättigt oder gesättigt sind. Sie berühren in jedem Falle auf die eine oder die andere Weise die Schlüsselindikatoren der Qualität medizinischer Versorgung, nämlich die Zugänglichkeit, die Gefährdungen der Patienten durch Über- und Unterversorgung sowie Fehlversorgung.

Private Krankenversicherungen, offenbar mit wachsender Vorbildwirkung auch für Krankenversicherungen anderer Rechtsnatur, haben ein Arsenal von Methoden entwickelt, um die Entscheidung über eine Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen interessengebunden zu beeinflussen. Solche Methoden sind z.B. Zuzahlungen zu den Versorgungskosten, der Kauf des Rechts der Nutzung von ergänzenden Versicherungsleistungen, Selbstbehalte, Bonus-Malus-Konzepte, die Übernahme des Versorgungsmanagements durch den Käufer, individuelle Leistungsin- und -exklusionen, die Vereinbarung über den Zugang zu wissenschaftlich nicht begründeten Alternativtherapien, die Festlegung von Genehmigungsverfahren für besondere individuelle Leistungen, die ausschließliche Zugänglichkeit von definierten Leistungsprodukten mit und ohne Preisbindung u.ä.m.

4.9.1 Struktur-, Prozess- und Indikationssteuerung

Die heutige Medizin ist eine arbeitsteilige Medizin über alle Leistungen der Diagnostik, der Therapie, der Rehabilitation und der Pflege hinweg.

Die Ergebnisse medizinischer Maßnahmen hängen nicht allein von der fachlichen Qualifikation der unmittelbar beteiligten Akteure, sondern maßgeblich auch von der Organisation der Arbeitsteilung und von den infrastrukturellen Versorgungsbedingungen ab. Der jeweilige Ressourceneinsatz von Qualifikation, Zeit und Technik ist deshalb unvermeidlich auch ein Thema der wirtschaftlichen Steuerung von Versorgungsstrukturen und -prozessen.

Die Steuerungsmethoden betreffen vor allem

- die Versorgungsabläufe (clinical pathways)
- die Ressourcenverbräuche je Falleinheit (product medicine)
- die Ressourcenverbräuche je Patient oder Versichertem (capitation)
- die Gestaltung der Arbeitsteilung (integrated care, team work)
- die diagnostischen und therapeutischen Indikationsentscheidungen (evidence based medicine, guidelines)
- die Zuordnung von professionsbezogenen Verantwortungen (Delegation und Substitution von Teilaufgaben der medizinischen Versorgung)

Jedes dieser Steuerungsfelder ist auch durch den notwendigen Einsatz von Qualifikation, Zeit und Technik zu beschreiben und in zurechenbaren Kostenäquivalenten zu messen und zu managen. Entsprechende Entscheidungen verlangen unbedingt die Zusammenführung von klinischer, sozialmedizinischer und ökonomischer Expertise. Die besondere Schwierigkeit liegt in der erheblichen Varianz von Behandlungsindikationen, der Varianz der Prävalenzen, deren räumliche Verteilung und damit auch in der Varianz der Kosten je Fall und der Kosten je Teilleistung je Fall. Wenngleich fallbezogen abbildbar, sind die „Fälle“ immer konkreten Personen zuzurechnen, die ihrerseits eine erhebliche soziodemografische Vielfalt repräsentieren.

Beispiel:

Identische Indikationen im Falle eines notwendigen Ersatzes der Mitralklappe können in Abhängigkeit vom Wohnort des Patienten oder der regionalen Verfügbarkeit der Therapie, der Begleitkrankheiten und der anschließenden Nachsorge Aufwandsunterschiede bewirken, die bei der Standardisierung von Produktpreisen grundsätzliche Probleme aufwerfen. Der scheinbar einfachste Lösungsversuch ist dann regelhaft die Forderung nach einer Zentralisierung der Versorgung nach Maßgabe von zu vereinbarenden Mindestmengen. Aus globaler Erfahrungsperspektive erzeugt dies allerdings einen erheblichen Druck auf Indikationsentscheidungen, da diese nicht allein die Fallmengen definieren, sondern auch die Leistungsbedarfe je Fall mit ggf. ungewünschten Folge.

Kommentar:

Die Schwierigkeit der ökonomischen Regulation von Leistungsstrukturen und Prozessen folgt deren Einfluss auf die medizinischen Interventionsindikationen.

4.9.2 Das Prinzip der Kostenerstattung

Der Preis einer Leistung wird unter dem Prinzip der Kostenerstattung durch den Patienten direkt entgolten und ihm dann, je nach den Regeln seines Versicherungsvertrages, erstattet.

Das Prinzip der Kostenerstattung folgt der Logik privatrechtlicher Beziehungen zwischen Versicherten und ihrer Versicherung und der hieraus folgenden privatrechtlichen Beziehung zu den medizinischen Leistungserbringern. Es schützt den Versicherer vor Überforderung und gibt dem Leistungserbringer zugleich „Gestaltungsfreiheit“ bei seinen Angeboten. Hieraus folgt dann in der Regel auch, dass dieser zumeist keine direkten Vertragsbeziehungen mit einer Versicherung hat.

Vereinfacht ermittelt sich der zu entgeltende Preis aus den fixen und den variablen Kosten des Anbieters sowie der von ihm dem Patienten in Rechnung gestellten Leistungsmengen. Deren Erstattung folgt dem Versicherungsvertrag. Die Erstattung, wird zum Streitfall, wenn Indikationen, Mengen und korrekte Rechnungsstellungen im Zweifel stehen. Der sog. Kunde „Patient“ wird in dieser Situation des Schutzes durch einen unabhängigen Sachverstand bedürfen.

In privatrechtlich geregelten Beziehungen zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Versichertem und Versicherung wird dieser Schutz jedoch nur in Ausnahmefällen gelingen.

Die Prinzipien der Kostenerstattung privilegieren den Zugang zur medizinischen Versorgung.

Global wird die Erfahrung geteilt, dass Kostenerstattung bei Personen in schlechter sozialer Lage Unterversorgung, bei Personen in guter sozialer Lage hingegen Überversorgung, ggf. Rechnungsbetrug erzeugt.

Die weltweit zu beobachtende Stärkung regulierter Märkte für die Krankenversorgung wird den Konflikt zwischen einer öffentlich-rechtlichen und einer privatrechtlichen Ausgestaltung der Krankenversorgungssysteme und so zwischen der Präferenz für Kostenerstattungs- versus Sachleistungsprinzipien nicht auflösen. Zumindest aber werden solche regulierten Märkte zunehmend administrativer Eingriffe bedürfen, u.a. bei der Preisfindung für die medizinische Versorgung und die Verwendung von eingesetzten Mitteln (z.B. Diagnostik, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel). Die Folge sind erheblich steigende Administrationskosten für Sonderfall- und Härtefallregelungen mit entsprechenden administrativen Aufwendungen. Leistungen, Preise und Preisbildungen sind dann im Kern dennoch Marktentscheidungen.

Beispiel:

In Deutschland wächst das Interesse der privaten Krankenversicherungen an direkten Preisregulationen. Sie haben sich deshalb entschlossen, das System der Einzelleistungsvergütung nach dem DRG-Fallkatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen. Eine unmittelbare Konsequenz ist das zwingende Interesse der privaten Versicherer, ebenfalls eine entsprechende Abrechnungsprüfung einzuführen. Wenn die Honorierung medizinischer Leistungen dem Prinzip der Kostenerstattung (fee for service) folgt, agiert der Patient unmittelbar als „Kunde“ des Leistungsanbieters. Er kauft also eine Leistung auf der Grundlage eines Vertrages mit diesem. Es bedarf folglich einer Regelung, die es ermöglicht, dass eine andere Vertragspartei des Patienten die Korrektheit der Leistungsabrechnung prüfen darf. Darauf sind die Verträge zumeist auch vorbereitet. Es läge jedoch in der Logik dieses Verfahrens, eine solche Prüfung auf alle versicherten Leistungen auszuweiten. Das wäre in der Sache auch rational, da Patienten in der Regel keine Indikationskompetenz haben, also nicht über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von ihnen nahegelegten oder angebotenen diagnostischen, therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen sachgerechte Bedarfsentscheidungen treffen können. Ein solches umfassendes Verfahren würde allerdings verlangen, dass die privaten Krankenversicherer einen umfassenden eigenen unabhängigen medizinischen Sachverstand etablieren.

Kommentar:

Die Kompensation der dem Leistungserbringer entstehenden Kosten kann auf zwei Wegen erfolgen:

1. Auf dem Wege einer direkten Finanzierung durch den Patienten, der dann als Kunde fungiert und, sofern er auf seine Versicherung vertrauen kann, von dieser die Kosten teilweise oder vollständig erstattet bekommt. Der Konflikt um die Honorierung wird sich im Falle eines Versicherungsschutzes in der Regel nicht als Konflikt zwischen Arzt und Patient darstellen, sondern als Konflikt zwischen dem Versicherten und seiner Versicherung.
2. Der Leistungserbringer und die Versicherung haben miteinander direkte oder über Dritte vermittelte Vertragsbeziehungen nach denen die Versicherung selbst als Kunde auftritt und die Kostenerstattung (nach welchen Modellen auch immer) direkt übernimmt.

Es handelt sich jedoch in jedem Fall um eine Kostenerstattung. Der Unterschied ist allein, dass der Patient sie einmal unmittelbar erfährt und im anderen Fall nur mittelbar. Der Unterschied ist aus der Sicht der Patienten jedoch eklatant. Im 1. Fall ist er der direkte Kunde des Leistungserbringers; im 2. Fall je nach der Rechtsnatur Kunde der die Kosten übernehmenden Partei.

4.9.3 Das Prinzip der Sachleistung

Sachleistungen vermeiden im Falle der medizinischen Versorgung direkte Geldbeziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern.

Die Leistungskosten werden durch die zahlende Partei gegenüber den Erbringern der Leistungen, also unter den Bedingungen einer Rechts- oder Vertragsbeziehung zwischen diesen, erstattet. Sachleistungen sind so direkte oder auch indirekte Kostenerstattungen zu in der Regel regulierten Einheitspreisen für alle Leistungserbringer. Diese Entgeltmethodik ist die Voraussetzung einer freien Arztwahl und einer Eingrenzung des Anbieterwettbewerbs. Sie folgt nicht den Regeln der Einzelleistungsvergütung und begrenzt ein mögliches Interesse der Leistungserbringer an einer Über- wie auch an einer Unterversorgung.

Dieser Mechanismus schützt den Patienten vor finanzieller Überforderung und vor dem Ausschluss vom Zugang zu einer Versorgung. Es schützt aber auch die Erbringer der Leistung vor einem Rechnungsausfall. Es befreit zudem die persönliche Begegnung der Parteien von dem Druck einer kommerziellen Beziehung.

Sachleistungen kennen eine Vielzahl von Entgeltmethoden. Die typischen sind Budgets und prospektive Gesamtvergütungen. So sollte vor allem die für die Versicherungen kaum steuerbare fallbezogene Einzelleistungsvergütung vermieden werden. Mit der Entwicklung von fall- bzw. produktbasierten Entgeltsystemen analog dem DRG-Produktekatalog und seinen Varianten sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Versorgung sind etliche Staaten jedoch zur Einzelleistungsvergütung zurückgekehrt. Die Kostenfolgen werden wegen der vermuteten strategischen Vorteile, vor allem wegen dem wachsenden Wettbewerbs- und Konzentrationsdruck, in Kauf genommen. Er richtet sich aber zugleich auch gegen Primary Health Care Strukturen und schwächt diese im Interesse der Schaffung von großen integrierten Versorgungskonzernen (corporate medicine). Erhebliche Kostensteigerungen sind der Preis der so bewirkten und vor allem in den USA und in Staaten Südostasiens zu beobachtenden Entstehung gigantischer Versorgungskartelle.

Die Nutzung von verbindlichen Fallpreisen zur Entgeltung von Einzelleistungen oder zur Bildung von komplexen Budgets brechen das Sachleistungsprinzip nicht, stärken aber das Interesse an den Praktiken der Risikoselektion. Es schwächt auch die Motivationen des Solidarausgleichs durch eine Verstärkung der Käufermacht der Versicherungen und deren Interesse zu strategischen Allianzbildungen mit einer „corporate medicine“ (Salmon, J.W. (1990): *The corporate Transformation of healthcare. Issues and Directions*. Baywood Publishing Company 1990, Salmon, J.W. (1994): *The corporate Transformation of healthcare. Perspectives and implications*. Baywood Publishing Company 1994).

Sachleistungen haben eine eigene Steuerungswirkung gegenüber Versorgungsstrukturen und -prozessen. Ein besonderes Problem berührt dabei die Frage, unter welchen

Rahmenbedingungen Versorgungsfälle bezüglich ihrer Kosten als vergleichbar angenommen werden können. Zur Klärung dieses Problems wird es zwingend eines eigenen (unabhängigen) sozialmedizinischen Sachverständes bedürfen.

Schwierig bleibt die einheitliche Preisbildung. Sie verlangt nicht nur die Offenlegung der Kosten und eine standardisierte Dokumentationspraxis, sondern auch die Möglichkeit ihrer externen Bewertung. Unter Markt- und Wettbewerbsbedingungen wird dies allerdings kaum möglich sein.

4.9.4 Produktemedizin

Dienstleistungen tauschen Produkte gegen ein Äquivalent in Form von Geld. Das gilt analog auch für die immateriellen Dienstleistungen der Krankenversorgung.

Die Übertragung dieses Prinzips auf die medizinische Versorgung setzt allerdings die Fähigkeit und die Bereitschaft der Akteure zur Klassifizierung solcher Produkte voraus. Sie ermöglicht so die Entwicklung von einheitlichen Produktpreisen nach dem Prinzip „gleiche Leistung – gleicher Preis“ im Falle der Entscheidung für Fallklassifikationen. Die Alternative sind Personenklassifikationen nach dem Prinzip „gleiche Patienten – gleiche Kosten“. Nach dem ersten Prinzip folgen die Kosten der Leistung, nach dem zweiten Prinzip folgen die Kosten prospektiven Kopfpauschalen. Die Voraussetzungen von Fallklassifikationen sind:

1. Die Offenlegung aller Dienstleistungskosten aller Anbieter nach gleichen Kriterien.
2. Die standardisierte Klassifikation und Vereinbarung aller erlaubten Gründe für eine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie der jeweiligen diesen Gründen vereinbarungsgemäß zuzuordnenden Leistungsarten (Prozeduren) und deren Darstellung als abgrenzbare Produkte.
3. Die Normierung aller Preise für alle Produkte und alle Anbieter.

Die Voraussetzungen von Personenklassifikationen sind:

1. Die Ermittlung der personenbezogenen Varianz der prospektiven medizinischen Dienstleistungskosten für alle Versicherten und deren Klassifikation nach sozialen und biologischen Kriterien.
2. Die Standardisierung von pro Kopfkosten entsprechend der berücksichtigten Klassifikatoren, entsprechend dem vereinbarten oder angebotenen Leistungskatalog (benefit list) und deren regelmäßige (in der Regel jährliche) Anpassung.
3. Die vertragliche Bindung der Versicherten an medizinische Dienstleistungsunternehmen, die auf dieser Basis kontrahiert sind und an die die Versicherten vertraglich gebunden sind (Ausschluss der freien Arztwahl).

Allgemein gilt: Produkte sind das Resultat eines Wandlungsprozesses von Materialien, Prozessen und Strukturen. Das Produkt ist also das Ergebnis von produktspezifischen Handlungen und des Verbrauchs von Ressourcen, um dieses Ergebnis zu erzielen. Dieser Wandlungsprozess ist der Produktionsprozess, der einem benennbaren bzw. vereinbarungsfähigen Produktionsziel folgt. Die Erreichung eines Produktionszieles wird durch die Effektivität und durch den Mitteleinsatz (Effizienz) beschrieben.

Während die Effektivität bestimmt ist, wenn zurechenbar zum Produktionsprozess das erwartete Produktionsergebnis eintritt, ist die Effizienz nur relational zu ermitteln. Das setzt voraus, dass zwei gleiche Produktionsergebnisse mit unterschiedlichen Aufwendungen erzielt werden können. Für den Produzenten ist dabei nicht zwingend die individuelle Sinnhaftigkeit des Produktes, sondern vor allem dessen Verkaufsfähigkeit handlungsleitend. Folglich setzt er zur Erreichung seines Verkaufsinteresses typischer Weise gezielt Techniken des Marketings ein.

Beispiel:

Patient A leidet an einem Karzinom. Das Behandlungsziel kann z.B. die Verlängerung der Lebensdauer bei guter oder zumindest hinreichender Lebensqualität sein. Das Ziel, die Lebensdauer zu verlängern, ist für den Einzelfall nicht zu messen. Das ist analog auch für den Gewinn an Lebensqualität unmöglich. Die Effektivitätsbeurteilung ist folglich nur im Vergleich mit andern analogen Behandlungsfällen möglich. Dies könnte so geschehen, dass die Zahl der vergleichbaren Behandlungen zu den positiven Ergebnissen in Beziehung gesetzt wird. Eine solche Zahl sind die „numbers needed to treat“. Sie sind der reziproke Wert der absoluten Ergebnisdifferenz zwischen den Alternativen „Therapie“ und „keine Therapie“ normiert auf 100%. Da die Zuverlässigkeit solcher Angaben von der Größe der Studienpopulation und der Ereignishäufigkeit abhängt, ist grundsätzlich die Berücksichtigung bzw. Angabe der Konfidenz bzw. des Konfidenzintervalls (üblicherweise 95%) erforderlich. Der unbestreitbare Vorteil des Konzepts besteht in seiner scheinbar simplen sowie auch sehr plausiblen Argumentationsfähigkeit. Die Schwierigkeit besteht hingegen in der Verfügbarkeit solcher Daten und in einer anbieterunabhängigen Bewertung von Therapieergebnissen sowie dann der normativen Argumentation im Einzelfall. Für solche Normensetzungen werden in der Regel als „cut-of-points“ positive Erfolgsquoten von 2,5 bis 5 % als ausreichend angesehen und der Erfolgsfall als z.B. Lebensdauerverlängerung um 6 Monate vereinbart. Folglich wird eine medizinische Maßnahme als hinreichend effektiv akzeptiert, wenn 95 bis 97,5 % der „Fälle“ von der Therapie eine Lebensverlängerung von mindestens 6 Monaten erwarten können. Dies wäre dann zugleich auch die Qualitätsmindestnorm. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass ein solches Ergebnis bei „richtiger“ Patientenselektion ggf. unschwer erreichbar ist. Es ist auch einzusehen, dass solche Angaben für wettbewerbliche Vergleiche deshalb kaum sinnvoll nutzbar sind.

Kommentar:

Im Moment der Entscheidung über einen Therapieplan kann nicht über die Effektivität des Ergebnisses entschieden werden. In diesem Moment entscheidet allein das Prinzip Hoffnung. Eine Beurteilung im Nachhinein macht den ggf. ineffektiven Ressourcenverbrauch nicht rückgängig.

Der Konflikt entsteht im Falle der Übertragung dieses Produktbegriffs auf die Krankenversorgung dann, wenn die medizinische Sinnhaftigkeit (Indikations- und Bedarfsgerechtigkeit) und die unternehmerischen Ziele (Umsatz und Gewinn) und das Versicherungsinteresse (Vermeidung von Verlusten) in Konflikt geraten.

Die Art und die Menge der Produkte entsprechen dann allen den von den relevanten Akteuren zugelassenen klinischen Fällen, die hinsichtlich der Diagnose, ihres Schweregrades und der zugeordneten medizinischen Prozeduren als gleich definiert sind. Die Klassifikation bewirkt so die Begrenzung der Varianzen medizinischer Maßnahmen je Produkt, bzw. Fall entlang der gewählten Klassifikatoren.

Entsprechende Produktklassifikationen schaffen einen Käufermarkt. Dieser versetzt den Käufer (in der Regel eine Krankenversicherung oder eine Verwaltungsorganisation eines Staates) in die Lage, entweder einzelne Produkte zu entgelten oder in Kenntnis/Abschätzung der pro Zeiteinheit zu erwartenden Versorgungsbedarfe Budgets prospektiv zu kalkulieren, zu budgetieren oder auf einem quasi-Markt Bewerbern nach Wettbewerbsregeln anzubieten. Für diese Produktmedizin sind die Diagnosis Related Groups (DRG) eines von vielen ähnlichen Beispielen, die für die Krankenhaus- und die ambulante Versorgung verfügbar sind.

Die Festlegung von Produktpreisen gibt dem „Käufer“ und dem Verkäufer“ die Möglichkeit, Leistungsmengen und deren Struktur prospektiv zu kalkulieren und mit einzelnen „Verkäufern“ selektive „Kaufverträge“ zu deren Rahmenkonditionen zu vereinbaren. Dies verändert die Wirklichkeit medizinischer Versorgung fundamental: aus dem traditionellen anbieterdominierten Markt wird ein Käufermarkt, der tendenziell die Möglichkeit des Käufers zur Indikationssteuerung einschließt. Allerdings bleibt die Bedarfsmengenentscheidung beim „Verkäufer“, wenn nicht auch Mengengrenzungen und Leistungsstrukturen prospektiv festgelegt werden. Dies verändert aber auch radikal die Beziehungen zwischen dem eigentlichen „Produzenten“ und dem Eigentümer des leistungs anbietenden Unternehmens, der nun unmittelbaren Zugriff auf den Produktionsprozess hat.

Zwei Aspekte sind von besonderem Interesse. Das ist einmal der Umstand, dass sowohl auf der Versicherungsseite (Kundenseite) wie auch auf der Seite der medizinischen Dienstleister (Verkäuferseite) die Möglichkeit prospektiv risikoselektiven Handelns entsteht. Zum anderen werden bei festen Produktpreisen die „Fallmengen“ zu einem primären, allerdings auch gegensätzlichen Regulationsinteresse der Anbieter und der Käufer.

Da die Kosten medizinischer Versorgung das Produkt von Fallmengen und deren Preisen sind, werden „Mengen“ das entscheidende Regulationsziel. Die Verkäuferseite

wird ihre „Indikationshoheit“ ggf. für eine Maximierung der Fallmengen, die Käufer werden hingegen ihre Finanzierungshoheit ggf. zur Leistungsvermeidung nutzen. Folgerichtig erzeugt dies die Suche nach Konzepten, seitens der Finanzierungseite, Einfluss auf die Indikationssetzung zu gewinnen oder forciert Strategien zu entwickeln, das Käuferrisiko auf die Verkäufer zu übertragen (Managed Care).

Die derzeit global wichtigsten medizinischen Produktklassifikationen sind

- die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)
- der Operationsschlüssel (deutsche Interpretation der ICPM)
- die Diagnosis Related Groups (DRG)
- Diagnosis and Treatment Combinations (DTC)
- die Adjusted Clinical Groups (ACG)
- die Clinical Risk Groups (CRG)
- die Diagnostic Cost Groups (DRG)
- das Disability Payment System (DPS)

Solche Produktklassifikationen setzten sich weltweit, aber auch in großer nationaler Varianz durch. Ihr Prinzip ist eine von den Selbstkosten des einzelnen Anbieters unabhängige Preiskalkulation. Personenklassifikationen sind hingegen ein sich zunehmend verfeinerndes Konzept der Versicherungen.

Die Wirkungen hängen vom jeweiligen Nutzungskonzept solcher Klassifikationen ab. Die Einzelfallvergütung, die Bedarfsplanung oder die vergleichende Bewertung von Leistungserbringern (benchmarking) sind die wichtigsten Nutzungsfelder.

Etwa 80% aller medizinischen Produktklassen betreffen „seltene“ Bedarfe. Mehr als 50% aller Behandlungsanlässe verteilen sich auf nur 20% der klassifizierten Produkte. Folglich variieren auch die Wirkungen über die Produktpalette hinweg.

Die Definition eines Produkts setzt u.a. voraus, dass die Varianz von als gleich bezeichneten Produkten gegen Null geht. Es steht außer Zweifel, dass für eine Vielzahl von medizinischen Behandlungsanlässen eine Varianzbegrenzung nicht nur möglich, sondern im Interesse der Patienten auch wünschenswert ist. Schwierig bleibt aber, dass die Gleichheit der Fälle nicht die Gleichheit der sie „tragenden“ Personen implizieren kann. Die im Grunde an die Sozialmedizin zu richtende Erwartung ist es dann, sozialstrukturell wirksame Patiententypisierungen zu erzeugen. Diese Aufgabe ist bislang nicht erfüllt. Das wäre aber die Voraussetzung, um soziale Ungleichheiten zu identifizieren und Wirkungen sozialer Ausgleichskonzepte zu messen.

Für eine umfangreiche Indikationspalette und für Behandlungsanlässe, deren Ergebnis nennenswert vom Patienten selbst (mit-)bestimmt wird, ist eine solche Varianzbegrenzung auch zu problematisieren, da im Besonderen ressourcenschwache Patienten die Folgen dieser Varianzbegrenzung oft nicht selbst ausgleichen können. Auf jeden Fall sind die sozialen Bedingungen für eine Produktdefinition nicht für alle Patienten und Behandlungsanlässe gleich und schon gar nicht global vergleichbar.

Mittels verfügbarer fallbezogener Produktelisten können auch spezifische Marktbedingungen wirksam werden, wie z.B. die Möglichkeit des Käufers, Produktangebote mehrerer Anbieter zu vergleichen sowie über Preise und Mengen, ggf. über Rabatte und weitere Käuferinteressen zu verhandeln. Anbieter und Kunde haben so praktisch immer eine asymmetrische Marktmacht. Die liegt im Falle der Krankenversorgung praktisch nie beim Patienten, sondern, je nach den staatenspezifischen Bedingungen, entweder beim Staat, bei einer Versicherung oder bei einem marktmächtigen Anbietermonopol.

Beispiel:

Der US-amerikanische non-profit Gesundheitstrust Kaisers Permanente ist in 170 Staaten der Erde wirtschaftlich aktiv. Er agiert wie ein „normales“ Wirtschaftsunternehmen, gilt in den USA steuerrechtlich als gemeinnützig, hat aber eine Vielzahl von globalen for-profit Töchtern. Für seine Wirtschaftsziele hat er mit dem Global Risk Assessment Model hierfür eigene Werkzeuge entwickelt.

Kommentar:

Marktakteure haben, wenngleich mit unterschiedlichen Zielen, an einer „Produktmedizin“ ein nachvollziehbares Interesse. Dieses Interesse ist an weitere Voraussetzungen gebunden:

1. Die Varianzbegrenzung führt unvermeidlich zu einer Umdeutung des Patienten in einen „Fall“. Entsprechende Produktklassifikationen sind deshalb Fallklassifikationen und nicht, wie oft irrtümlich unterstellt, Patientenklassifikationen. Allen als gleich klassifizierten Fällen sind gleiche medizinische Handlungsalgorithmen zum Zwecke der Preisfindung und der Qualitätsprüfung zugeordnet. Im Idealfall entsprechen die Produktklassifikationen dem Stand der medizinischen Wissenschaften und sind ein erster Schritt in die Perspektiven einer Medizin 4.0.
2. Dem produktselektiven Kundeninteresse steht ein selektives Anbieterinteresse (Anbieterportfolio) gegenüber. Der Anbieter wird deshalb eine Präferenz für bestimmte Produktangebote entwickeln (Spezialisierung) und deren Marktvolumen vergrößern wollen (Konzentration und Mengenausweitung). Der Käufer hat hingegen ein selektives Interesse an den Anbietern. Deren Vielzahl stärkt seine Position.
3. Mit dem produktspezifischen Interesse der Anbieter an einer medizinischen Massenproduktion geht ein Interesse an strikt festgelegten Produktionsabläufen einher. Wenn Produzenten, z.B. Ärzte, immer wieder gleiche und kaum variierende Tätigkeiten ausüben, reduziert sich jedoch auch der Bedarf an einer breiten Qualifikation. Die Folge sind deutliche Differenzierungen der geforderten Qualifikationen mit entsprechenden Folgen für die Arbeitskosten und für das bislang zumeist akzeptierte Facharztmodell.

Zudem ist festzuhalten, dass der Übergang in die Produktemedizin die Voraussetzung für die Konkurrenz um die besseren Marktchancen der angebotenen Produkte ist. Die Produktemedizin schafft die Möglichkeit eines Wettbewerbs um produktspezifische Marktsegmente und wird so zu einem besonders wirksamen Instrument der Transformation herkömmlicher Gesundheitssysteme.

4.9.5 Honorierungsmodelle für die medizinische Versorgung

Die Honorierung medizinischer Leistungen ist ein gesundheitsökonomische Schlüsselproblem der medizinischen Versorgung und so ein fortdauernder Konfliktgrund.

Honorierungskonflikte sind letztlich Verteilungskonflikte. Sie betreffen zunächst die Allokation von verfügbaren Budgets für die Leistungssäulen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, dann deren Verteilung über die ambulante und die stationäre Versorgung. Sie betreffen aber immer auch die Einkommensrelationen zwischen den medizinischen Berufen. Es kommt hinzu, dass die Honorierung auch ein Steuerungsmechanismus zur Durchsetzung von Zielen ist. Da die Vielzahl der Akteure um die medizinische Versorgung keine geeinten Interessen vertreten, sie also auch unterschiedliche und divergierende Steuerungsziele verfolgen, sind die Honorierungsmodelle konfliktträchtig.

Welche Modelle auch immer präferiert und durchgesetzt werden können, ihnen ist gemeinsam, dass sie soziale Wirkungen haben. Diese beziehen sich immer auf die Qualität der Versorgungssicherung, d.h. auf die Zugänglichkeit der medizinischen Hilfe sowie auf die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Soweit die medizinische Versorgung öffentlich-rechtlich geregelt ist, kommen präferierte Politikkonzepte, also z.B. der Konflikt zwischen dem Konzept einer sozial regulierten und einer freien Marktwirtschaft als Konfliktfelder hinzu. Honorierungsentscheidungen sind schließlich auch für die Infrastrukturentwicklung von grundlegender Bedeutung.

Honorierungssystem	Wirkungen
Einzeleistungsvergütung	es wird alles getan was möglich ist, es gibt erhebliche Anreize zur Über- und Fehlversorgung Patient kann die Notwendigkeit und die Risiken der Maßnahmen nicht beurteilen und sieht deren Maximierung eher positiv Stärkung der anbieterinduzierten Patientennachfrage für selektiven Leistungen vom Anbieterinteresse bestimmtes Indikations- und Leistungsverhalten "Produktion" falsch-positiver Befunde durch die Maximierung der diagnostischen Maßnahmen Benachteiligung von Patienten aus anderen Abrechnungssystemen, Unterversorgung bei unzureichend honorierten Einzeleistungen
gehaltsanaloge Entgeltung trotz Arbeit in eigener Niederlassung	Unabhängigkeit von fachlichen und wirtschaftlichen Interessen freie Orientierung am Behandlungsproblem medizinische Rationalität steht im Vordergrund Patient sieht sich ggf. nicht als „Kunde“ umworben geringere Beeinflussbarkeit durch Interessen Dritter, z.B. pharmazeutische Industrie eher Interesse an Mengenbegrenzung und der Begrenzung des Arbeitsaufwands
Gehaltszahlung im Angestelltenverhältnis	keine eigenen Wirtschaftsrisiken kein Risikoselektionsinteresse höhere Bereitschaft zur Überweisung und Delegation von Verantwortungen Interesse an Kooperation und fachspezifischer Arbeitsteilung wird gefördert ggf. Abhängigkeit des Arztes von den Arbeitgeberinteressen
prospektive Kopfpauschalen	Wirtschaftliche Sicherheit im Rahmen der prospektiven Pauschalen und der vertraglich gebunden Versicherten Ergänzung fachlicher Entscheidungen durch wirtschaftliche Kalküle weitgehende Verlagerung der versicherungswirtschaftlichen Risiken auf die Leistungsanbieter massiver Anreiz zur betriebswirtschaftlichen Optimierung und Effizienzsteigerung der Versorgungsprozesse und -strukturen

	vermeidet Überversorgung, stimuliert Unterversorgung, fördert defensives medizinisches Entscheidungsverhalten fördert prädiktive medizinische Leistungen und simple medicine ggf. Interesse an der vertraglichen Bindung von Nachauftragnehmern Vermeidung notwendiger und aufwändiger Leistungen (defensive medicine, erhebliche Zunahme der Verwaltungsaufwendungen) Risikoselektion und implizite Rationierungen
Fallpauschalen	Optimierung fallbezogener standardisierter Handlungs routinen die Fallpauschalen werden zu medizinischen Leitlinien Qualitätsoptimierung (und Begrenzung) in Bezug auf die vorgegebenen Kriterien der Falldefinition Selektion aufwandsgünstiger „Fälle“ bzw. Patienten innerhalb einer Fallpauschalenklasse Gefahr der systematischen Fallselektion nach den Merkmalen Menge, Erlös und Versorgungsaufwand Depersonalisierung der Versorgung erhebliche Kontroll- und Dokumentationszwänge fallbezogene Profilierung von Versorgungsangeboten

Tab. 1: Wirkungen unterschiedlicher Honorierungssysteme auf die Versorgung (modif. nach Niehoff, J.-U. (2008): Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement. S. 158; Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin)

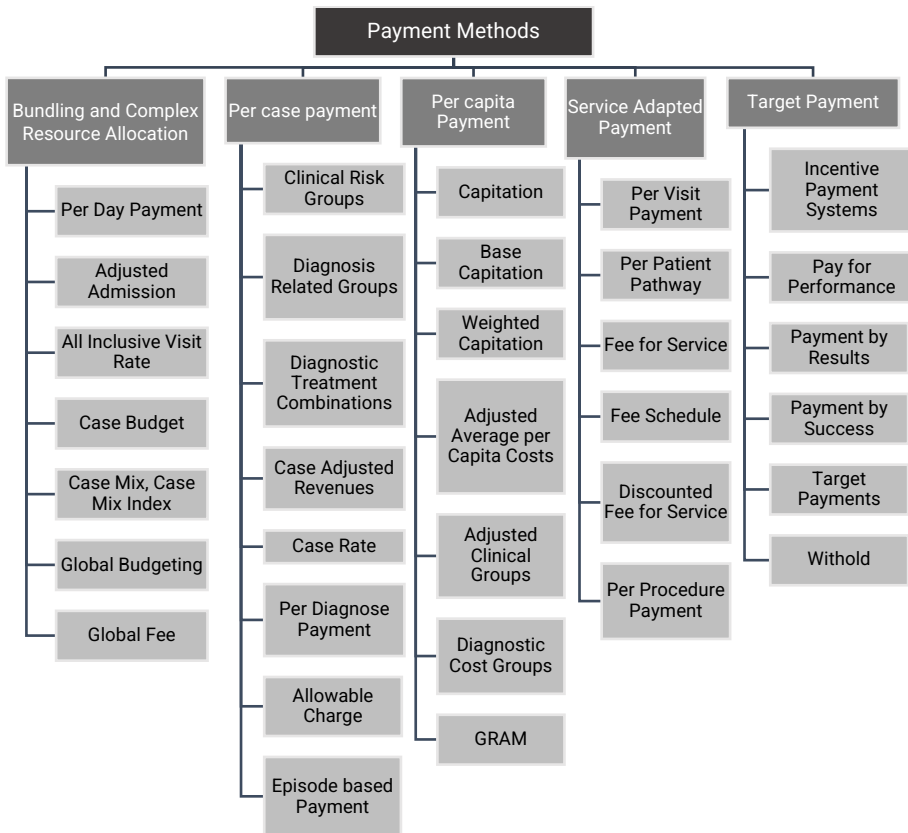


Abb. 1: Die wichtigsten Honorierungsmodelle für medizinische Leistungen, etwa um 2015. Niehoff, J.-U. et al. *The impact of payment on healthcare in countries with developing healthcare systems*. Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China 2016 <https://www.saluscon.de/de/die-akademie/publikationen/>

Kommentar:

Abbildung 1 ordnet die wichtigsten Honorierungssysteme. Das Ordnungsprinzip ist mindestens insofern kritikanfällig, als die Zuordnungen wegen der erheblichen Variationsbreite ihrer konkreten Anwendungen auch andere Zuordnungen rechtfertigen. Auf eine Diskussion dieser Modelle muss im Rahmen der hier beabsichtigten Übersicht verzichtet werden.

Im Honorierungsdiskurs wird immer wieder die Frage nach der besten oder gar idealen Honorierungsmethodik aufgeworfen. Diese Frage ist dann einfach zu beantworten, wenn zunächst geklärt werden kann, für wen diese Methodik jeweils die beste sein soll. Ansonsten bleibt nur die Möglichkeit, Vor- und Nachteile abzuwägen.

5 Die mikroökonomische Regulation medizinischer Dienstleistungen

Die Regulation medizinischer Dienstleistungen mittels ökonomischer Methodenarsenale bedarf mindestens der Unterscheidung der Regulationsinteressen auf der Finanzierungsseite und auf der Seite der Versorgungsinstitutionen.

Der Gesundheitsökonomie wird oft die Aufgabe zugewiesen, sowohl die Mengen als auch die Qualität medizinischer Versorgung zu regulieren. Hierzu soll sie auf vier Ebenen wirksam werden:

1. durch die Steuerung von Angeboten und Nachfragen durch finanzielle Entscheidungsanreize
2. durch die Steuerung von klinischen Entscheidungen durch ökonomisch begründete Leitlinien und Handlungsziele
3. durch die Leistungsexklusion von Angeboten mit geringem Nutzen und die Entwicklung von Ranglisten für einzelne Patientengruppen gemäß der Dringlichkeit bestimmter medizinischer Interventionen
4. durch die betriebswirtschaftliche Steuerung der Indikationsentscheidungen von Leistungserbringern innerhalb einer Versorgungsinstitution

Die Regulation medizinischer Dienstleistungen folgt dem ethischen, in vielen Systemen auch rechtsverbindlichen Gebot, sie stets auf notwendige und erforderliche Leistungen zu begrenzen und von den verfügbaren Methoden jene zu wählen, die sowohl effektiv als auch effizient sind. Diesem einfachen Gebot einer fachlich qualifizierten Indikationssetzung stehen allerdings auch vielfältige Hindernisse gegenüber. Deren Bewältigung oder Minimierung ist eine Herausforderung sowohl auf der Ebene der fachlichen Qualifikation als auch auf der Ebene der vielen involvierten Akteure mit gegensätzlichen Interessenlagen.

Diese Schwierigkeiten initiieren das Interesse an Methoden der regulatorischen Normierung medizinischer Versorgungsleistungen. Eines der grundsätzlichen Probleme ist hierbei der deklamatorische Bezug auf die Begriffe Effektivität und Effizienz. Diese werden zwar immer in einem „Atemzug“ aufgerufen, stehen aber dennoch häufig im Konflikt. Während die Beurteilung der Effektivität bei den „dienstleistenden Berufen“ verbleibt liegen Effizienzentscheidungen zunehmend und im globalen Maßstab in der Hand des betriebswirtschaftlichen Managements von Versorgungsorganisationen und Krankenversicherungen.

Eine der Diskussionslinien betrifft dabei die Nutzung ökonomischer Kalküle als normgebend für medizinische Leistungsentscheidungen. In Sicherungssystemen mit einer Trennung der ökonomischen Risiken zwischen dem Anbieter und dem Käufer ist der

Konflikt um die Normensetzung ein Konflikt zwischen Anbietern, Käufern und Versicherten. Die Unterscheidung der Patienten- und der Versicherteninteressen ist zudem notwendig, weil „gesunde“ Versicherte andere Interessen haben (können) als „kranke“ Versicherte.

Die Honorierung von medizinischen Leistungen ist unter marktähnlichen Bedingungen das typische Vorgehen bei dem Versuch, die Regulationsdilemmata aufzulösen.

In der Diskussion um die ökonomische Normierung von Leistungszugängen entsteht dann immer wieder neu die Frage nach der Messbarkeit des Nutzens medizinischer Interventionen und nach der Begründbarkeit von Leistungsnormen durch die Gesundheitsökonomie: *„Wenn Ökonomen oder andere Akteure in der Gesundheitspolitik in ihre normative Art verfallen – wenn sie vorgeben, wissenschaftliche Methoden anzuwenden, um vorzuschlagen, was getan werden muss und was effizient ist – sollte in Ihrem Kopf eine Alarmsirene losgehen. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass Sie es entweder mit jemandem zu tun haben, der seine politischen Absichten hinter der Maske der Wissenschaft verbirgt oder aber mit jemandem, der sich der Grenzen der Ökonomie als Wissenschaft nicht hinlänglich bewusst ist.“* (Reinhardt, U.E, Gesundheitsökonomie: eine kritische Auseinandersetzung. Bonn, KomPart Verlagsgesellschaft, 2004)

Die Relation zwischen Behandlungsziel und Ergebnis bezeichnet die Effektivität. Die Forderung, medizinische Versorgung solle effektiv, also wirksam sein, ist elementar. Schwer zu vereinbaren sind allerdings Maße für die Effektivität, da Behandlungsziele im Dreieck der Interessen von Patient, Versicherung und Leistungsanbieter nicht problemlos zum Kompromiss geführt werden können. Dies wird auch nicht einfacher, wenn man sich auf die Unterscheidung einer potenziellen/theoretischen Wirksamkeit (efficacy) und einer tatsächlichen Wirksamkeit, community effectiveness verständigen kann.

Eine systematische Effektivitätsanalytik bezüglich diagnostischer, therapeutischer oder rehabilitativer Leistungen sollte stets die Voraussetzung der Zulassung neuer Verfahren und Methoden sein. Diese sollen jedoch nicht nur neu, sondern vor allem besser sein, also einen zusätzlichen Nutzen aufweisen.

Entsprechende Studien beschränken sich zumeist auf eine potenzielle Wirksamkeit unter Idealbedingungen. Studien zur community effectiveness, einschließlich der systematischen Beurteilung der Effektivität von Versorgungsstrukturen und -prozessen sind eher selten normengebend.

Die Relation zwischen Aufwand und Ergebnis entspricht hingegen der Effizienz einer medizinischen Maßnahme. Die alloкатive Effizienz (allocative efficiency) soll den messbaren gesundheitlichen Gesamtnutzen im Verhältnis zu den insgesamt eingesetzten Ressourcen beschreiben. Solche Studien spielen bei der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung durch Planung eine wichtige Rolle. Die sog. technische Effizienz (technical efficiency) misst hingegen das Ausmaß des Erreichens eines bestmöglichen Kosten-Nutzen-Verhältnisses jeweils in jedem einzelnen Prozesssegment der Leistungserbringung. Sie ist eine Schlüsselmethode bei der internen Steuerung

der medizinischen Versorgung, im Besonderen unter den Bedingungen des Managed Care. Effektivität und Effizienz sind jedoch nicht zwingend miteinander verbunden.

Die typischen in Geld messbaren Aufwandsgrößen sind im Falle von Gesundheitsdienstleistungen die Qualifikation, die Arbeitszeit und die Sachmittel. Die Höhe solcher Aufwendungen kann jedoch nur bewertet werden, wenn sie auch in Relation zu einem Versorgungsziel gesetzt werden kann. Das Konfliktfeld gesundheitsökonomischer Steuerungen ist hier vor allem die Vereinbarung von Versorgungszielen. Diese Vereinbarung muss der gesundheitsökonomischen Bewertung vorausgehen. Sie folgt ihr also nicht und ist gleichsam das sozialmedizinische Paradigma der Gesundheitsökonomie. Diese ist also für die Steuerung durch Ziele nur geeignet, wenn diese auch zunächst gesellschaftlich vereinbarten Zielen folgen.

In diesem Zusammenhang haben sich spezifische Studientypen etabliert, allerdings mit im globalen Vergleich sehr unterschiedlicher praktischer Bedeutung.

Bezeichnung	Ziel	Erläuterung	Beispiel
Kosten-Nutzen-Analyse, engl. cost-benefit analysis (CBA)	Das Ziel ist die Optimierung des finanziellen Nutzens.	dient dem Vergleich von Aufwand und Nutzen medizinischer Maßnahmen, von Versorgungsprozessen und -strukturen ausschließlich auf der Ebene von Kosten; den Ausgaben wird der Gewinn in Geldeinheiten gegenübergestellt	Eine Rehabilitation, die zur Vermeidung von Rentenzahlungen führt, hat sich nach durchschnittlich 3 Monaten amortisiert.
Kosten-Effektivitäts-Analyse, engl. cost-effectiveness analysis (CEA)	Das Ziel ist die Maximierung des Ergebnisses.	dient der Messung der Effektivität bei einem gegebenen Ressourcenvolumen unter variierenden Bedingungen; es wird der Quotient aus den Kosten und der Differenz der Effekte („Gewinne“) ermittelt und in der Einheit „Geld“ je Gewinneinheit dargestellt; CEA kann auch als ein Studientyp interpretiert werden, bei dem die Wirksamkeit des Ressourceneinsatzes unter dem Kriterium der Effizienz beurteilt wird (cost-effectiveness efficiency).	Es werden zwei alternative Behandlungsmethoden zur Normalisierung des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern hinsichtlich der gewonnenen Lebensjahre oder der Anzahl diabetischer Komplikationen je 1000 Diabetiker verglichen. Methode A führt zu einer um 0,5 Jahre höheren Lebenserwartung für den Durchschnitt der Diabetiker.
Kosten-Nutzwert-Analyse, engl. cost-utility analysis (CUA)	Das Ziel ist die Entscheidung über die Nützlichkeit einer medizinischen Leistung	dient der Messung des „Gewinns“ in Gestalt eines vereinbarten und skalierten Qualitätsmaßstabes; vereinbarungsgemäß werden hierzu die Quality Adjusted Life Years (QALY) oder die Disability Adjusted Life Years (DALY) gewählt, die den „Qualitätsgewinn“ je gewonnener Einheit von Lebenszeit quantifizieren (sollen). Die Kosten-Nutzwert-Analyse hat enge Bezüge zur Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA), jedoch werden bei Nutzwertanalysen die Ergebnisse der Gesundheitsverbesserung als Qualität gewonnener Lebensjahre gemessen und nicht in natürlichen Einheiten wie bei der CEA.	Die durchschnittliche an einen vereinbarten Qualitätsstandard adjustierte Lebenserwartung hat sich durch den Einsatz künstlicher Gelenke um 0,7 Jahre erhöht. oder Durch die Investition in die Arbeitssicherheit und ihre strikte Kontrolle hat die durchschnittlich von Beeinträchtigungen freie Lebenszeit um 1 Jahr zugenommen. oder

			Die Investition in Arbeitssicherheit ist sinnvoller als der Gelenkersatz.
Kosten-Minimierungs-Analyse, engl. cost-minimization analysis (CMA)	Ziel ist die Minimierung des Aufwandes.	dient der Ermittlung des geringsten möglichen Kostenaufwandes in Bezug auf ein vorgegebenes Versorgungsziel. Die Differenz der Aufwendungen kann direkt in Geldeinheiten ausgedrückt werden.	Zwei oder mehr (Behandlungs-) Alternativen mit identischem Resultat (z.B. 1 Jahr Gewinn an Lebenserwartung) werden anhand direkter und indirekter Kosten verglichen, um die kostengünstigste Alternative zu finden. Als Vergleichsstudie für Leistungen gleicher Effektivität ist sie ein Spezialfall der Kosten-Nutzen-Analyse. Dieser Studientyp kommt z.B. im Rahmen des sog. Benchmarking innerhalb großer Versorgungskonzerne zur Anwendung.
Kosten-Produktivitäts-Analyse, cost-productivity-analysis (CPA)	Ziel ist die Optimierung der Produktivität medizinischer Leistungserbringung auf der Ebene von Versorgungsprozessen.	dient der Leistungsvergleichsanalyse und der Ermittlung der kostengünstigsten Form der Leistungserbringung. Sie nutzt vor allem der Prozessoptimierung innerhalb einer Versorgungseinrichtung. Als „Kosten“ können auch andere Aufwandsgrößen als Geld dienen.	Pro Zeiteinheit werden in den Einrichtungen A und B bei gleichem Aufwand 3 bzw. 4 identische Operationen durchgeführt. oder: Pro Zeiteinheit werden in den Einrichtungen A und B jeweils die gleiche Anzahl von Operationen, jedoch zu unterschiedlichen Kosten, durchgeführt.

Tab. 2: Systematik gesundheitsökonomischer Studientypen. (Niehoff, J.-U. (2008): *Gesundheits-sicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement*. S. 156; MWV Berlin

6 Ökonomisierung der Krankenversorgung

Die Ökonomisierung der Krankenversorgung beschreibt ein Verhalten der Akteure unter dem Druck betriebswirtschaftlicher Zwänge.

Die analytischen Kompetenzen der Wissenschaft Gesundheitsökonomie sind von den betriebswirtschaftlichen Zwängen, Interessen und Praktiken der Krankenversorgung strikt zu trennen. Ökonomisierung beschreibt ein Verhalten, dass allgemein soziale Güter, hierunter vor allem auch solche, die dem Marktversagen unterliegen (Bildung, Wohnen, Bekämpfung des Hungers, Schutz vor Epidemien übertragbarer Krankheiten, Krankenversorgung, soziale Kohärenz, soziale Prävention etc.) unter das Diktat Angebots- und nachfrageregulierter Wirtschaftsmärkte stellt. Diese Marktversagen betrifft praktisch alle sozialen wertefundierten Menschenrechte. Sofern sich dann „Ökonomisierung“ als vorrangiges Handlungsziel durchsetzt, ersetzt sie zwangsläufig die Mechanismen einer demokratischen Marktregulierung. Betriebswirtschaftliche Rationalität und der Wertekanon des Hippokrates stehen nicht erst heute im Konflikt. Neu ist die Entstehung eines Akteurstyps auf der Anbieter- und der Finanzierungsseite, die diesen Konflikt konsequent durch die Unterwerfung unter die Regulationsmacht des Marktes fordern und durchsetzen, in vielen Staaten der Erde auch längst durchgesetzt und legalisiert haben. Neben den Folgen für die Patienten, sind auch die für das Professionsverständnis und -erleben der Berufsträger medizinischer Versorgung weitreichend. Sie werden von den Einen als Befreiung von berufsethischen Normen, von den Anderen als Verlust der beruflichen Identität erlebt.

Zu den wichtigsten Aspekten der Ökonomisierung der Krankenversorgung gehört die

1. Übertragung marktwirtschaftlicher Dogmen auf die Sicherung sozialer Rechte, im Besonderen durch die Stärkung des Primats der Subsidiarität
2. der Übergang einkommensfinanzierter Krankenversicherungen in kapitalgedeckte Sicherungen
3. die Übertragung der fixen Investitionsrisiken auf privatwirtschaftlich Akteure
4. die Integration der Wirtschaftsrisiken der Versicherungs- und der Anbieterseite in der Hand eines Akteurs

Die Ökonomisierung hat für die Praxis der Krankenversorgung fundamentale Folgen, darunter

- die Entstehung einer Produktmedizin
- Konflikte um die Indikationshoheit zwischen den medizinischen Teams, dem Management der Anbieter und dem der Versicherungen
- Spezialisierungsdruck gegen eine Medizin der Grundversorgung mit weitreichender Portfoliosélection

- Konzentrationsdruck auf die Anbieter und Schaffung von „Integrated Delivery Systems“
- Mengenausweitung mittels einer „simple and defensive medicine“ und den Potenzialen einer prädiktiven Medizin

Da in diesem Heft bereits weitgehend erläutert, bedarf der Hinweis auf die Ökonomisierung an dieser Stelle kaum der weitergehenden Erläuterung. Eine Ausnahme ist der Verweis auf das Argument „Mengenausweitung“.

6.1 Ökonomisierung und Mengenselektion

Unter Marktbedingungen sind Strategien der Angebots- und der Kundenselektion Erfolgsbedingungen.

Der „Markt“ und seine Akteure unterliegen zwei Steuerungsgrößen. Die eine ist die Fallmenge, die andere der Fallpreis. Da sich im globalen Vergleich Krankenversorgungssysteme im wachsenden Maße Preisregulationen konfrontiert sehen, reagieren sie völlig rational marktkonform mit Konzepten der Mengenregulation. Diese richtet sich tendenziell gegen Krankheiten mit geringer Prävalenz, hohen infrastrukturellem und qualifikatorischem Vorhaltebedarf und geringem Qualitätsimage bezüglich der sozialen Merkmale der „Kunden“ und der krankheitsspezifischen Fatalitätsraten. Entsprechenden Selektionskriterien wird in einigen der weltweiten Systeme durch Preisgestaltungen entgegenzuwirken versucht, andere nehmen sie gewollt oder durch die gesamtwirtschaftlichen Bedingungen erzwungen, in Kauf.

Sehr viel gravierender wirken Interessen oder auch Zwänge zur Mengenausweitung.

Hierzu muss zunächst verstanden oder akzeptiert werden, dass der sog. Krankenversorgungsmarkt, der natürlich kein Gesundheitsmarkt ist, nicht durch das bevölkerungsspezifische Krankheitspanorama reguliert wird, sondern durch die akzeptierten oder auch durchsetzungsfähigen Indikationen für medizinische Interventionen. Die hierzu vorgetragene und längst historische Kritik an einer anbieterinduzierten Nachfragesteuerung (supplier induced demand) ist heute sehr viel komplexer und als das Ergebnis medialer Trends (vor allem Marketing) zu sehen. Dieses kalkulierte Trendsetting ist auch, aber eben nicht nur, das Ergebnis eines Verhaltens medizinischer Akteure. Es folgt auch den Interessen von Investoren und Krankenversicherungen.

Im besonderen Anbieter, aber auch Versicherer und ggf. deren Integration haben ein massives Interesse an der Selektion von Interventionsanlässen mit hoher Prävalenz, niedrigen Kosten, geringem Qualifikationsaufwand und geringen Haftungsrisiken. Diesem idealen Portfolio entsprechen vor allem vorsorgliche diagnostische Leistungen (preventive testing), ggf. verbunden mit präventiven Interventionen. In vielen

Staaten sind Unternehmen der „preventive medicine“ fest etabliert. Dies sind Unternehmen, die andere als solche Leistungen auch nicht anbieten.

Die potenziellen Marktdimensionen sind erheblich, da die Prävalenz derer, die im Verlauf ihres Lebens krank werden können, sehr viel größer ist als die Gesamtzahl der Personen, die einer Bevölkerung zuzurechnen ist. Es kommt hinzu: Nimmt man an, die Gesamtmenge von Zuständen des Krankseins und des Missbefindens betrage 100% (diese Zustandsmenge ist selbstverständlich größer als die Bevölkerungsanzahl), kann grob geschätzt werden, dass 20-30% dieser Zustände medizinisch interventionsbedürftig sind. Der potenzielle Marktanteil jenseits der etablierten evidenzbasierten Medizin beträgt also 80-70%. Allein die immer wieder neue Prüfung von tatsächlichen Interventionsbedarfen (watchful waiting) würde zu außerordentlichen Marktausweitungen führen. Entsprechende Anbieter von Plattformen mit künstlich intelligenten Prädiktions- und Screeningkonzepten erweitern diesen Markt zu totalisierten Überwachungsstrategien, die selbst (schon aus haftungsrechtlichen Gründen) keine Diagnosen stellen, nach ihrer eigenen geldwerten Leistung aber entsprechende Leistungen der institutionalisierten Medizin bewirken. Selbst wenn davon auszugehen sein wird, dass sich die Versicherungsträger gegen diese Mengenausweitungen erfolgreich wehren könnten (aus Marketinggründen aber nicht unbedingt wollen), sind die Folgen dieser „Digitalisierung“ kaum abschätzbar. Sie dürfen aber als erheblich, ggf. systemzerstörend, unterstellt werden. Dabei ist zu beachten, dass primär nicht die Digitalisierung in die Dilemmata der Krankenversorgungsmärkte führen wird, sondern die Datenvernetzung, die eher marginal ein Problem institutionalisierter Medizin sein wird, wirksamer restriktiver Datenschutz vorausgesetzt. Die Perspektiven eines liberalisierten Marktes für „data broker“ sind in viele Staaten längst Alltag.