

Heft 9

Krankenversorgung: Konzepte und Entwicklungen

Autoren

Max-Erik Niehoff, Jens-Uwe Niehoff

Vorwort

Was gemeinhin als Gesundheitssystem bezeichnet wird zeigt sich auch ohne nähere Betrachtung als die globale Systemvielfalt der Organisationsweisen der Krankenversorgung. In einigen Staaten schließt sie die Rehabilitation und die Pflege ein, in anderen nicht. Einige Systeme sollen der gesamten Bevölkerung dienen, andere wiederum nur ausgewählten sozialen Schichten und Gruppen. Als Gesundheitssysteme sind sie am ehesten dann richtig bezeichnet, wenn die praktizierende Sozialmedizin und Public Health mit ihren bevölkerungsbezogenen Zielen und Aufgaben ein leistungsstarker Teil der „Gesundheitssysteme“ sind. Diese übernehmen dann Aufgaben, die beabsichtigen, *“collectively to assure the conditions in which people can be healthy”* (Institute of Medicine 1988: *The Future of Public Health*, Washington, DC: National Academy Press p. 1). Das betrifft dann alle Perspektiven, die dieses Kompendium unter „sozialer Prävention“ zusammenfasst. „Gesundheitssysteme“ reichen folglich über die Kompetenzen der Medizin hinaus, und auch die Sozialmedizin ist hier „nur“ ein mitwirkendes Forschungs- und Praxisfeld.

Krankenversorgungssysteme sind folglich nur ein Teil der „Gesundheitssysteme“, und sie sind inhaltlich durch die jeweiligen Verständnisse von „Krankheit“ bestimmt. Die Zuordnungen werden nicht einfacher, wenn akzeptiert wird, dass „Rehabilitation“ jenseits der Krankenversorgung stattfindet, ebenso wie sich die „Pflege“ im Falle des Verlustes von Selbständigkeit einer Zuordnung zur Krankenversorgung entzieht.

Entsprechende Systeme sind zudem durch die wechselnden administrativen Ressortbeschreibungen der staatlichen Exekutiven gegliedert und in einigen Staaten, global zunehmend, nicht allein durch ihre auf das „Krankheitsmanagement“ bezogenen Ziele, sondern auch durch explizite wirtschaftliche Interessen geformt. Diese zielen auf die Integration von Wertschöpfungsketten und in erheblichem Umfang auf politische Interessen, die hoheitlichen Aufgaben des Schutzes der Gesundheit und der Hilfe für Kranke den Regulations- und Handlungsprinzipien marktwirtschaftlicher Akteure zu übertragen (New Public Management). Die Auseinandersetzung mit der Zukunft der Krankenversorgung thematisiert so zwangsläufig Markt- und Wettbewerbsleitbilder zur Zukunft der Krankenversorgung eher denn die sich wandelnden Versorgungsbedarfe im Gefolge der epidemiologischen und der demografischen Transitionsprozesse.

Mit dieser Einordnung ist das Ziel dieses Heftes benannt: Es versucht, die Breite der globalen Prinzipien der sozialen, bzw. der gesellschaftsprägenden Konzeptionen zur Krankenversorgung, deren Motivation und Leistungsfähigkeit sowie deren Perspektiven zumindest grob zu skizzieren.

Weltweit gibt es hierbei eine erhebliche Kluft zwischen der verfügbaren sozialmedizinischen Expertise und den versorgungspolitischen Entscheidungen: Diese suchen zu häufig nicht evidenzbasierte Beratung zur Krankenversorgungspolitik, sondern allein die Rechtfertigung politischer Entscheidungen. Dieser Konflikt zwischen Wissenschaft und Politikberatung wird sich auch nicht grundlegend auflösen lassen:

Wissenschaft muss der Wirklichkeit vorausgehen. Täte sie dies nicht, wäre das sehr beunruhigend. Da Wissenschaften, hier die Sozialmedizin, zuallererst der Erzeugung von Wissen verpflichtet sind, sind ihre „Produktionsergebnisse“ selbst auch nicht normativ zu deuten. Das ändert sich, wenn diese für praktisches Entscheiden und Handeln genutzt werden sollen. Diese Nutzungen sind dann aber zweite und dritte Schritte, die nicht allein auf Wissenschaft gründen und durch diese auch nicht umzusetzen sind.

Max-Erik Niehoff

Jens-Uwe Niehoff

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele der Krankenversorgung	843
2	Gestaltungsprinzipien von Krankenversorgungssystemen.....	848
2.1	<i>Wandel der sozialmedizinischen Versorgungsziele</i>	<i>858</i>
2.2	<i>Neuordnung der Machtverteilungen.....</i>	<i>863</i>
2.3	<i>Wandel der Bedingungen medizinischer Leistungserbringung</i>	<i>865</i>
2.4	<i>Medizinische Managementkonzepte</i>	<i>866</i>
2.5	<i>Wirtschaftliche Zwänge und wettbewerbsregulierte Märkte</i>	<i>867</i>
3	Systemgebundene Versorgungsleistungen.....	871
4	Die Finanzierung der Krankenversorgung.....	879
4.1	<i>Karitative Finanzierungen</i>	<i>888</i>
4.2	<i>Kaufkraftabhängige Finanzierungssysteme</i>	<i>891</i>
4.3	<i>Prinzipien des Managed Care.....</i>	<i>896</i>
4.4	<i>Managed Care Organisationen (MCO)</i>	<i>899</i>
4.5	<i>Managed Care Industry.....</i>	<i>907</i>
4.6	<i>Krankenversorgung und Wettbewerb.....</i>	<i>911</i>
4.7	<i>Managed Competition</i>	<i>918</i>
5	Die monetäre Regulierung medizinischer Leistungen	922
5.1	<i>Die Patienten.....</i>	<i>923</i>
5.2	<i>Der Versicherte.....</i>	<i>925</i>
5.3	<i>Der Dienstleistungskäufer</i>	<i>927</i>
5.4	<i>Die Dienstleistungsverkäufer</i>	<i>932</i>
6	Produktklassifikationen medizinischer Dienstleistungen.....	941
7	Globalisierung und Medizintourismus.....	948

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	<i>Typologie der Krankenversicherungen</i>	<i>887</i>
Tab. 2:	<i>Zusammenhang von Wettbewerb und Qualität.....</i>	<i>914</i>
Tab. 3:	<i>Typologie der Versicherungen.....</i>	<i>926</i>
Tab. 4:	<i>Wirkungen unterschiedlicher Honorierungssysteme auf die Versorgung</i>	<i>937</i>
Tab. 5:	<i>PHC in the European Union.....</i>	<i>939</i>
Tab. 6:	<i>Gesundheitssysteme in der Europäischen Union um 2006</i>	<i>939</i>
Tab. 7:	<i>Vor- und Nachteile einer Produktemedizin</i>	<i>943</i>
Tab. 8:	<i>Einsatzzweck von DRGs in Ländern der Europäischen Union</i>	<i>945</i>
Tab. 9:	<i>Ausgewählte Produktpreise in USD in ausgewählten Staaten</i>	<i>952</i>

1 Ziele der Krankenversorgung

Die Konzepte und Methoden der Hilfen für kranke Menschen spiegeln die vorherrschenden Vorstellungen, die Menschen über sich und ihr gemeinschaftliches Leben haben.

Kommentar:

Kooperation und Wettbewerb, Gleichheitsanspruch und Differenzierung, kollektive und individuelle Verantwortungsfähigkeit sind gemeinsam die Erfolgsrezepte der sozialen Evolution. Gegenseitige Hilfeleistung im Falle von Krankheit ist einer der vielen Gründe des sozialen Erfolgs von homo sapiens. Wie weitreichend und umfassend solche Hilfeleistungen sein sollen, war und ist dennoch einer der großen und beständigen Konfliktgegenstände. Dieser Konflikt wird immer wieder neu verhandelt und seine Auflösung folgt bestenfalls fragilen Mehrheitsentscheidungen. Der Wandel der sozialen Konzeptionen zur Krankenversorgung wird so zu einem Aspekt der Sozialgeschichte des Menschen. Der Konzeptionswandel greift dabei weit über die Entfaltung des Wissens über den Menschen, die Ursächlichkeit von Krankheiten, deren Pathogenese oder Vermeidbarkeit oder deren Therapie hinaus. Er folgt zeitgebundenen Interessen, die zudem nicht zwingend auch mehrheits- oder zumindest zukunftsfähig sind. Eine allgemein verfügbare Krankenversorgung ist ohne kollektive Vereinbarungen zur Hilfebereitschaft und zum Schutz Kranker nicht denkbar. Solche Vereinbarungen sind nicht selbstverständlich und müssen epochal immer wieder neu gefunden, ggf. gegen Widerstände auch durchgesetzt werden. Wenn Hilfe auf die gemeinschaftliche Solidarität angewiesen ist, bedarf ihre Zugänglichkeit der Regulierung durch Normen. Die Normierung dessen, was eine notwendige Krankenversorgung ist, wird so letztlich zu einem Prüffeld demokratischer Lebensweisen und zu einer fachlichen Herausforderung für jene, denen die Bedarfs- und Indikationsfestlegung übertragen ist.

Das gilt analog für die Bewältigung der Krankheitsfolgen Einzelner wie auch für die der Folgen für die Gesamtheiten von Bevölkerungen, die Hilfeleistungen im Krankheitsfall ermöglichen oder verwehren. Das ist mindestens dann der Fall, wenn Bevölkerungen für sich entscheiden müssen, ob die Krankenversorgung eine private oder eine öffentliche Aufgabe ist und ob sie solidarisch oder nur subsidiär getragen werden soll. Die Frage ist insofern grundsätzlicher Art, als ihre Beantwortung den Charakter vergesellschafteten Lebens berührt: dient die Krankenversorgung den Interessen Einzelner oder dem Vorteil aller Menschen? Ist die Hilfe für Kranke eine soziale Bindungskraft oder ein profitables Geschäftsmodell? Die Beantwortung solcher Fragen folgt primär nicht ethischen Diskursen, sondern der Analyse von menschlichen Existenzbedingungen, und es ist offensichtlich, dass sich mit deren Wandel auch die Antworten verändern (müssen). Eben dies macht den Zugang zu Hilfen und den spezifischen Schutzbedarf Kranker zu einer sozialen Aufgabe und zu einem Aspekt der Zivilisationsgeschichte. Im Mittelpunkt des sozialmedizinischen Interesses an ihr

steht dann die Frage, ob, wie und unter welchen Voraussetzungen kranke Menschen Hilfe erfahren. Die Versorgung Kranker ist folglich ein analytisch zu bewältigendes Allokationsthema, das nicht allein materielle Allokationen, sondern auch ideelle und personale Ressourcen sowie grundsätzliche Fragen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung betrifft.

Derzeitige Gesellschaften sind maßgeblich geldwirtschaftlich reguliert. Damit wird professionalisierte und ressourcenkonsumierende medizinische Hilfeleistung zu einem Vorgang innerhalb einer „Geldgesellschaft“: Hilfe wird gegen Geld getauscht. Dieser Vorgang gewinnt mit der Professionalisierung medizinischer Versorgung an Bedeutung und wandelt seinen Charakter mit der Evolution dieses Tauschvorgangs. Dieser stellt sich heute in vielen Bevölkerungen als ein komplexer Vorgang in drei Varianten dar:

1. Hilfe für Kranke wird geschenkt (die begrifflichen Entsprechungen sind familiäre Verpflichtung, Freundschaftsdienste, Wohltätigkeit, Spende, Selbsthilfe etc.),
2. Geld wird direkt gegen medizinische Dienstleistungen getauscht (die begrifflichen Entsprechungen sind z.B. fee-for-service, cash-payment, Einzelleistungsvergütungen, out-of-pocket payment, Kostenerstattung etc.),
3. Dienstleistung wird indirekt gegen Geld getauscht (die begrifflichen Entsprechungen sind z.B. Budgetierung, pre-paid-Services, Versicherungsleistung, Sachleistung etc.).

Analog komplex sind die regulatorischen Rahmenbedingungen, wie z.B. Kosten, Preise, Gebührenordnungen, Rechnungsstellungen, Gehaltszahlungen, Produkt-Preis-Klassifikationen, prospektive Kopfpauschalen, Rabattverhandlungen, Rationierungen, Käufermärkte, Anbietermärkte, Planungen, Risikoausgleichsverfahren, Mindestmengenregelungen, Höchstpreis- und Höchstmengenregelungen etc.

Der Versuch, die Ziele der Krankenversorgung zu verstehen, kommt folglich an der Notwendigkeit, für diese auch Geschäfts- und Finanzierungskonzepte zu entwickeln, nicht vorbei. Mehr als das: Keine Finanzierungsform wird zielneutral wirken. Entweder wird grundsätzlich entschieden, dass die Finanzierung den Zielen folgt oder, dass die Ziele der Finanzierung folgen sollen. Der eine wie der andere Weg macht den Diskurs über Ziele und ihre Finanzierung zu einem Dauerthema, das auch die Frage nach der interessenunabhängigen Mitwirkungsfähigkeit der Institutionen der Krankenversorgung zu einem Konfliktfeld macht.

Es geht an dieser Stelle nicht um Präferenzen für mögliche Varianten. Es geht allein um die Feststellung, dass jede Änderung der Finanzierung Folgen für die präferierten Versorgungsziele, wie umgekehrt jede Änderung der gesellschaftlichen Konsense über die Versorgungsziele zur Prüfung der Finanzierungskonzepte Anlass gibt (Niehoff. J.-U., Salmon, J.W., Niehoff. M.-E. Zhang Liang, Li Boyang, Ye Ting (2016): *The impact of payment for healthcare in countries with developing healthcare systems.* <https://www.saluscon.de/de/die-akademie/publikationen/>). Die benannten Alternativen haben für die Zukunft der Krankenversorgung weitreichende Konsequenzen. Sie

öffnen alternativ die Wege in eine humane Dienstleistung, die sich an Zielen der kollektiven sozialen Kohärenzsicherung orientiert oder in eine, die vor allem sozial selektiven gewinnwirtschaftlichen Zielen folgt.

Die Entscheidung, den einen oder den anderen Weg zu gehen, berührt das historisch gewachsene Selbstverständnis der Krankenversorgung fundamental. Die Kontroverse lässt sich an einem einfachen, deshalb aber nicht minder bedeutsamen Widerspruch festmachen: Folgt die Krankenversorgung den normativen Rahmensetzungen der Selbstkostendeckung oder der Pflicht zur Gewinnerzielung, was mindestens dann der Fall ist, wenn Hilfeleistungen nicht aus den laufend verfügbaren Einnahmen, sondern aus Krediten vorfinanziert werden. Der „Kredit“ wird dann zum Schlüssel für das Verständnis der Ziele medizinischer Hilfeleistungen, diese also zu einem kreditwirtschaftlichen Thema. Er zwingt, den Kreditpreis im Leistungspreis zu kalkulieren und verschiebt die Tilgungslast in die Zukunft folgender Generationen. Die Unterwerfung der Krankenversorgung unter die Bedingungen der Kreditwirtschaft, macht deren Konditionen zur wichtigsten Prämisse der Krankenversorgung und den Geldgeber zu ihrer Gestaltungsmacht. Unter den Gegebenheiten einer öffentlichen Finanzierung muss dies die demokratische Verabredung der Versicherten sein. Unter denen einer Kreditfinanzierung geht die Gestaltungsmacht der Krankenversorgung in die Verantwortung des Geldgebers.

Die Thematisierung des Widerspruchs der Ziele gewinnt an Schärfe, wenn jeweils diese Prinzipien auf die Handlungsebene konkreter Patienten, definierter Krankheiten und spezifizierter Prozeduren und Qualifikationsträger heruntergebrochen werden. Dieser Widerspruch wird in den Sozialwissenschaften unter den Stichworten „Kommodifizierung“ versus „Dekommodifizierung“ verhandelt. Er thematisiert die Frage, ob die Krankenversorgung ein Tauschgeschäft von Waren auf realen Märkten oder, ob Hilfeleistungen für Kranke vorsätzlich und unter Inkaufnahme des Verlustes von Wettbewerb und Rentabilitätsabwägungen dekommodifiziert erfolgen sollen. Die Frage ist so wesentlich, weil sie global zwar entschieden schien, seit den 1980er Jahren jedoch neu interpretiert wird. Die forcierte These der neoliberalen Neuinterpretation lautet, nur die Kommodifizierung würde den Patienten zum realen Kunden und damit zum souveränen und selbstbestimmten Entscheider über seine medizinischen Versorgungsbedarfe machen und ihn so von der Degradierung auf die Rolle des Patienten befreien. Der weberfahrene Kunde bedürfe künftig keiner Fürsorge eines paternalistischen Versorgungssystems, sondern vor allem funktionsfähiger Smartphone-Applikationen der Big-Tech Industrie.

Alle wesentlichen versorgungssystemischen Innovationen seit Bismarck und Beveridge werden durch die „new economy“ auf den Prüfstand gestellt. Zwar sollten deren Konzepte etwa seit dem Jahr 2000 als gescheitert gelten, sie haben aber zumindest in den konzeptionellen Zielorientierungen einer kommodifizierten Krankenversorgung tiefe Spuren hinterlassen. Parallel etablierte sich eine Argumentationspraxis, die zu recht von der These ausging und geht, die fixen Kosten der Krankenversorgung würden sich zwar weltweit angleichen und würden innovationsgetrieben auch absolut steigen („medical arms race“-Theorem), die variablen Kosten aber, also vor allem die

Personalkosten, seien sowohl im globalen wie auch im interprofessionellen Vergleich weiterhin erfolversprechende Wettbewerbsobjekte.

Es setzte sich die These durch, dass der Wettbewerb in einer strikt gewinnorientierten Welt der globalisierten Krankenversorgung dank des Wettbewerbsobjektes „variable Kosten“ (also Kosten für Qualifikationsstruktur der Beschäftigten und ihrer Arbeitsintensität) zu einer grundlegenden Neuordnung der Krankenversorgung führen würde und müsse. Die Voraussetzungen seien allerdings durch eine strikte „Privatisierung“ der Kostenträgerschaften und der öffentlichen Versorgungsanbieter noch herzustellen. (Charlesworth, A., Davis, A., Dixon, J. (2012): *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Research Report. Published by Nuffield Trust*; www.nuffieldtrust.org.uk/euro-summit/2012; last checked 06.02.2019.) Der Wettbewerb um Personalkosten hatte und hat Folgen: er senkt in einigen Staaten die Bereitschaft zur Ausbildung von Fachpersonal, vertraut stattdessen auf die „Arbeitsmigration“ und entzieht anderen Staaten die Fähigkeit zur Ausgestaltung ihrer Infrastrukturen der Krankenversorgung: „Medical Tourism“ wurde zu einem sich erheblich erweiterndem Geschäftsmodell. Die Spuren dieser Kampagnen sind global tief. Die Argumentationspraxis nutzte die sog. „Kondratieff Waves“, deren nächster Zyklus die Krankenversorgungsindustrie betreffen sollte und diese zum gewinnträchtigsten aller zukünftigen Wirtschaftsfelder machen würde. Der Blick ging dabei vor allem in die USA, die in der Krankenversorgung ein Vielfaches der Geldmengen umsetzen. die im Rest der Welt gekannt werden.

Beispiel:

Kondratieff, N.D. (1893-1938) war ein marxistischer Ökonom, der als Stalingegner angeklagt und 1938 ermordet wurde. Eines seiner Werke (*“The major economic cycles”, 1925*) widmete sich den drei sinusförmigen Wirtschaftszyklen, die er ab dem Jahr 1800 beschrieb, und die Kondratieff ursächlich auf die innovativen Wirkungen jeweils neuer Produktionsmittel zurückführte (siehe hierzu Yegorov, Y. (2011) *Long Economic Waves as Innovation Cycles*. https://www.researchgate.net/publication/292991377_Long_Economic_Waves_as_Innovation_Cycles; last checked 25.12. 2018). Seine Untersuchungen wurden dann in den USA 1939 von Schumpeter (1863-1950) aufgegriffen, der dann auch einen 4. Zyklus beschrieb. L. A. Nefiodow prognostizierte 1990 einen 5. (Nefiodow, LA: *Der fünfte Kondratieff*. Wiesbaden 1990, ISBN 3-409-13927-3) und 1996 einen 6. Zyklus (Nefiodow, LA: *Der sechste Kondratieff*. St. Augustin 1996, ISBN 3-9805144-0-4). Letzterer spielte nachfolgend in den Wirtschaftsspekulationen der „New Economy“ als ein vermuteter Zyklus ungeahnter Erfolge der Gesundheitswirtschaft eine erhebliche Rolle. Weltweit setzten sich Gruppen in Szene und politisch auch durch, die propagierten, ab 2040-2050 würde die Gesundheitswirtschaft weltweit der wichtigste Gewinnbringer unter der Voraussetzung werden, die Krankenversorgung und deren Finanzierung würden vorbereitend umfassend privatisiert. Die Wirkungen u.a. in Europa, forciert von der sog. Chicagoer Schule, waren erheblich und folgenreich. Zwar ist diese Debatte in Europa weitgehend wieder verschwunden, spielt aber in anderen Teilen der Welt, so z.B. in China, Indien und in den USA, dort als

Treiber der Aktivitäten gegen das sog. Obamacare („Affordable Health Care for America Act“), eine maßgebliche Rolle. Auch „Dubai Healthcare City“ (<https://dhcc.ae/>; Zugriff 06.02.2019) gibt für diese spekulierte Zukunft ein ein-drucksvolles Beispiel.

Kommentar:

Wie immer diese Entwicklungen zu den Zielen der Krankenversorgung beurteilt werden, sie haben für die Konzepte der Steuerung, der Regulation und der Finanzierung Konsequenzen. Hierbei sind Besonderheiten zu beachten, die aus dem Charakter medizinischer Versorgung, eine **humane Dienstleistung** zu sein, folgen. Aspekte dieses besonderen Charakters sind:

1. Von fremder Hilfe abhängige Personen sind zumeist nicht in der Lage, wie aktive „Kunden“ zu agieren, also über Notwendigkeit, Art und Preis eines „Produktes“ souverän, unabhängig und vergleichend zu entscheiden. Die notwendige Beratung und Entscheidungsfindung erfolgt typischer Weise und alternativlos in der Interaktion von Leistungskäufer und -erbringer. Es gibt jedoch dennoch weitreichende Bemühungen, diese Aufgaben zumindest teilweise den Patienten zu übertragen.
2. Notwendige und erforderliche medizinische Leistungen werden regelhaft über Versicherungen finanziert, die damit im Falle von Sachleistungsfinanzierungen als die Käufer einer Leistung auftreten und bei ihren Kaufentscheidungen von eigenen und wechselnden Interessen bestimmt sind. Der Patient ist zumeist nicht in der Lage, selbst in die Käufer-Kunden-Beziehung, bzw. Versicherungs-Anbieter-Beziehung einzugreifen oder diese zu überschauen. Dies ist in einigen Systemen zudem explizit ausgeschlossen.
3. Im Falle einer privaten kostenerstattenden Risikoabsicherung tritt der Versicherte zwar als aktiver Kunde gegenüber der Versicherung auf, kauft seinen Versicherungsvertrag jedoch zumeist unter der Voraussetzung eines künftigen Schadenseintritts, also eines künftigen und zum Zeitpunkt des Kaufes nicht abschätzbaren Versorgungsbedarfs. Das führt nach den verfügbaren internationalen Erfahrungen (vergl. das RAND-Health-Insurance-Experiment) eher zu einer Unterversicherung (Lohr, K.N. et al: Use of medical care in the RAND Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. RAND-Corporation Los Angeles, Med Care 1986 Sep. 24 (9 Suppl): S1-87).

2 Gestaltungsprinzipien von Krankenversorgungssystemen

Konzeptionen der Krankenversorgung folgen den von den Legislativen der Staaten jeweils gesetzten Grundsätzen.

Kommentar:

Bei der Ausgestaltung ihrer Krankenversorgungssysteme folgen die Staaten sehr unterschiedlichen Prinzipien. Diese spiegeln sich sowohl in den Finanzierungs- wie in den Organisationsprinzipien. Sie stehen allerdings auch unter einem permanenten Anpassungsdruck, der diese Grundsätze zu jeweils zeitweiligen und damit auch zu konfliktbesetzten Ordnungsprinzipien macht. Dieser Anpassungsdruck folgt in der Gegenwart und vermutlich auch in der absehbaren Zukunft im Wesentlichen dem Menschenbildwandel im Gefolge der digitalen Revolution aller sozialen und produktiven Beziehungen der Menschen zueinander und den sich daraus herleitenden Folgen, wie

1. dem Wandel der Ziele der Krankenversorgung auf der Finanzierungs- wie auf der Anbieterseite,
2. der Neuordnung der Machtverteilungen zwischen den Versorgungsakteuren,
3. der zunehmenden Komplexität medizinischer Managementkonzepte, vor allem dem Integrationsdruck auf die Wertschöpfungsketten,
4. den Wettbewerbsinteressen global agierender Marktakteure.

Während derzeit die Grundsätze, denen die Versorgungssysteme folgen unabhängig von ihrer materiellen Basis global noch erheblich variieren, muss davon ausgegangen werden, dass sich weltweit ein Prozess ihres grundlegenden Wandels und ihrer Vereinheitlichung vollzieht (siehe hierzu Heft 10). Dieser Vorgang wird im Kern von der digitalen Auflösung des heutigen Verständnisses und Bildes vom Menschen getrieben, der in der Folge als digitalisierter Datensatz neu beschrieben werden wird. Wer über diese Datensätze verfügt, verfügt dann auch über die Gestaltungsmacht der Krankenversorgung. Wichtig ist dabei derzeit nicht, ob diese „Revolution“ erfolgreich sein wird. Wichtig ist allein, dass sie über mehrere Jahrzehnte die Gestaltungsfantasien und die Interessen mächtiger Akteure bemühen wird, die zudem global auf ausreichende Unterstützung rechnen können. Zumindest kann davon ausgegangen werden, dass alle bisherigen Allmachtsfantasien in der Geschichte, die sich an die Auflösung der Menschheit in Datensätze knüpften, letztlich immer kläglich gescheitert sind. Allerdings hatten sie, wie das letzte Jahrhundert lehrt, auch dramatische Folgen.

Die eigentliche Bedeutung dieser Entwicklungen liegt nicht in der Erkennung und in der Behandlung von Krankheiten, sondern in der Geschäftsidee einer individualisierten Vorhersage von Krankheiten und ihrer prädiagnostischen Behandlung, die die dauerhafte

datengestützte Überwachung zumindest all jener Menschen voraussetzt, die dies wünschen und finanzieren können. Die Durchsetzungsfähigkeit dieser Geschäftsidee ist unvermeidlich an die Kommodifizierung der Krankenversorgung und an die Auflösung anderer als privater Finanzierungen gebunden. Damit sind dann aber auch die Grenzen des Wandels bezeichnet: die Digitalisierung wird vor allem ein Projekt des sog. 2. Gesundheitsmarktes, bzw. des Kampfes um seine Vergrößerung durch die Eingrenzung des 1. Gesundheitsmarktes nach dem Muster der in Deutschland als IgelL bezeichneten Angebote (siehe hierzu auch Verily Life Sciences, <https://verily.com/projects>; last checked 06.03.2019).

Aus weiterhin noch gültiger heutiger Sicht bleiben die Diskurse zu den Gestaltungsprinzipien der Krankenversorgung, wenngleich hochkomplex, dennoch überschaubar:

1. Staatliche versus individuelle Vorsorge für den Krankheitsfall

Der bezügliche (kontroverse) Diskurs betrifft die wichtigste der Prinzipienfragen für die Gestaltung von Krankenversorgungssystemen: die Verantwortung für die Ausgestaltung einer vergesellschafteten versus einer individualisierten Lebensweise, also die Frage, ob menschliches Leben ohne Vergesellschaftung möglich ist, bzw. Individualität die Vergesellschaftung zwingend voraussetzt. Die hieraus folgenden Konflikte betreffen die Akzeptanz politischer Ordnungen, ihrer Zweckdienlichkeiten und ihrer Regulationsmechanismen. Sie betreffen so auch die Frage der Rolle von Staaten und ihrer Entscheidungsmechanismen, ggf. ihrer Demokratiemodelle bei der materiellen Absicherung der Krankenversorgung. Wenngleich die ideologischen Auseinandersetzungen hierzu erheblich sind, bleibt festzuhalten, dass sozial entwickelte Staaten praktisch regelhaft die Krankenversorgung zu einem erheblichen Anteil nach Normen des öffentlichen Rechts auf steuerfinanzierter Grundlage oder über Mechanismen solidarischer Umlagen regeln. „Echte“ individuelle Vorsorge für den Krankheitsfall spielt in sozialökonomisch entwickelten Staaten nur eine marginale Rolle, ist allerdings in den sog. Entwicklungsländern die Regel. Aus einer geschichtlichen Perspektive ist jedoch zweifelsfrei, dass eine sozial undiskriminierte Krankenversorgung über Mechanismen der individuellen Risikoversorge von Mehrheiten nicht erreicht werden kann. Schwieriger sind die Alternativen, wenn es um eine Entscheidung über die infrastrukturelle Ausformung „privater“, „staatlicher“ oder de facto „genossenschaftlicher“ und „gemeinnütziger“ Investitionen geht. Die jeweilige Beantwortung dieser Fragen entscheidet über die Risikoträgerschaften für die Investitionen und damit über die Selektivität der Investitionsbereitschaft und deren Dauerhaftigkeit. Die Folge sind die Alternativen einer bedarfsorientierten oder einer marktorientierten Infrastruktur mit ihren jeweilig spezifischen Konsequenzen.

Beispiel:

*Chile ist ein besonders eindrucksvolles Beispiel für die Radikalität der marktwirtschaftlichen Neuordnung der Krankenversorgung. Nach dem Sturz der sozialdemokratischen Regierung von S. Allende (1908-1973) und ihrer sozialpolitischen Reformagenda durch den Diktator A. Pinochet (1915-2006) und dessen Verbündete wurden M. Friedman (1912-2006) und seine sog. Chicagoer Schule nicht nur dessen Wirtschaftsberater, sondern auch die maßgeblichen Berater der gesundheitspolitischen „Reformen“ nach 1981. Friedman exekutierte hier alle seine marktradikalen krankenversorgungspolitischen „Ideen“, die er im eigenen Land nicht durchsetzen konnte, für ihn aber maßgeblicher Teil seines wissenschaftlichen und politischen Leitbildes waren (siehe hierzu auch Unger JP, de Paepe, P, Herrera, OA, Salimano, G. : *Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique*. PLoS Medicine 5(4):e79 · May 2008, DOI: 10.1371/journal.pmed.0050079; last checked 05.03.2019).*

2. Allgemeine versus selektive Zugänglichkeit zur Krankenversorgung

Die Entscheidung für eine allgemeine Zugänglichkeit von Hilfen im Krankheitsfall meint die Zugänglichkeit für jeden Bürger, nicht aber die Zugänglichkeit jeder beliebigen Leistung. Die allgemeine Zugänglichkeit verlangt folglich immer deren Normierung und zwingend eine unabhängige Bedarfs- und Indikationsentscheidung/-steuerung, die ebenso zwingend fachlicher Kompetenz zu übertragen ist. Die Zugänglichkeit ist je nach Ressourcenausstattung begrenzt und erfordert explizite und implizite Methoden des „Gatekeeping“ (Triage, Wartelisten, Verweisungen etc.). Sie wirft auch spezifische Fragestellungen auf, etwa, wenn die Breite der gewollten direkten Zugänglichkeit aller Spezialisierungen oder zumindest erheblicher Teile der medizinischen Spezialisierungen ohne fachliche Beurteilung der Notwendigkeit direkt zugänglich sein sollen. Selektive Zugänglichkeiten begrenzen den Zugang entweder über Leistungskataloge, die Begrenzung der Genehmigungen zur Leistungsausführung oder durch die freie Entscheidungsfähigkeit über eine Inanspruchnahme. Die Diskussion hierzu muss zunächst zur Kenntnis nehmen, dass derzeit die Mehrheit der Erdbevölkerung keinen Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung nach den Maßstäben des Notwendigen und des Erforderlichen hat. Dies ist vor allem wirtschaftlichen und personellen Ressourcen geschuldet, wird allerdings durch ideologische Positionsbildungen in einigen der Erdbevölkerungen auch zu rechtfertigen versucht. Ein typischer Ansatz zur Problemlösung sind gestufte Versorgungsangebote (Grundversorgung, spezialisierte oder hochspezialisierte Versorgung) mit mehr oder weniger klar definierten Zuweisungskriterien und Informationsanforderungen (Überweisung, Datenverbundsysteme, Entlassungsberichte, individuellen oder institutionalisierten Dokumentationsplattformen) sowie begrenzenden Versorgungszulassungen. Die Erfahrung zeigt, dass solche Grundversorgungskonzepte (Primary Health Care, PHC), etwa nach dem Konzeptentwurf der WHO gegen die Interessen der etablierten Versorgungssysteme kaum durchsetzbar sind.

Beispiel:

In Systemen mit einer fachärztlich etablierten Grundversorgung ist schwer zu begründen, weshalb hier die krankheitsbegleitende Messung des Augeninnendrucks oder eine Sehfeldmessung nicht möglich sein sollte. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass Ophthalmologen dies völlig anders argumentieren und hier für nur fachärztlich auszuübende Leistungen votieren.

Kommentar:

Sind in der nicht krankenhausgebundenen medizinischen Versorgung die fachlichen Spezialisierungen der Medizin einmal etabliert, werden sich Konzepte der Grundversorgung kaum etablieren lassen. Fachlich selektive Zugänglichkeiten werden dann als Ressourcenknappheit erlebt, führen jedoch tendenziell auch zu einer Kompetenzentwertung der „Spezialisten“, da diese aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf Leistungen der Grundversorgung zwingend angewiesen sind. Die immer wieder vorgetragenen Argumente, solchen Qualifikationsentwertungen durch Zuzahlungen vorzubeugen, verkennen das Problem als nachfragebegründet und suchen die Lösung mittels sozialer Selektionsmechanismen.

Eine wachsende strategische Bedeutung für die sozialen Selektionsinteressen der Leistungsanbieter erlangt die Etablierung sog. 2. Gesundheitsmärkte und deren (wahl-)kompetitive Entgegensetzung zu 1. Gesundheitsmärkten. Dabei geht es im Kern um die politische Entscheidung, allgemein wirksame intergenerative Solidarkonzepte vor dem Hintergrund des Wirkens der von V. Pareto (1848-1923) beschriebenen Verteilungsregeln (auch 20-80 Regel genannt, siehe Heft 5) aufzulösen.

Beispiel:

Der „Affordable Health Care for America Act“ legt in dem mehr als 3000 Seiten umfassenden Gesetzeswerk für Frauen und Männer sowie die Altersstufen sehr detailliert fest, welche Leistungen in welchem Umfang und in welcher Häufigkeit von einer Krankenversicherung mindestens getragen werden müssen. In den Niederlanden definiert der Staat ein pauschal zu finanzierendes Mindestleistungspaket. In Deutschland ist ein Angebot nicht notwendiger und erforderlicher medizinischer Leistungen über sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) zulässig, die die strategische Option einer ständigen Erweiterung einschließen.

3. Ambulante vor stationärer Krankenversorgung

Dieser Grundsatz trägt vor allem zwei Umständen Rechnung: Die weit überwiegende Mehrheit aller Leistungsnachfragen bedarf keiner anderen als einer ambulanten Hilfe und Beratung. Ambulante Hilfen sind nicht zwingend an spezialisierte Leistungsangebote und an fixe Orte gebunden. In der konzeptionellen Orientierung der

Krankenversorgungssysteme kommt allerdings den Interaktionen von ambulanter und stationärer Versorgung eine erhebliche strategische Bedeutung zu. Sie betrifft zum einen die potenziell erhebliche Delegierbarkeit von traditionellen Krankenhausleistungen in die ambulante Versorgung und hier die potenzielle Substituierbarkeit ärztlicher Leistungen durch andere Qualifikationen. Dies ist wegen der faktischen Unmöglichkeit einer globalen Versorgungsgarantie nach europäischen Standards ein wesentlicher Umstand. Es ist zudem zur Kenntnis zu nehmen, dass sich insbesondere die ambulante Versorgung für den Einsatz alternativer und intelligenter Versorgungssysteme eignen wird. Es ist derzeit nicht eindeutig klar, ob weltweit die Zukunft der stationären oder der ambulanten (im Sinne immobiler oder mobiler) Versorgung gehören wird.

Neben innovationsgetriebenen Veränderungen wird sich das überkommene Verständnis von ambulanter und stationärer Versorgung vermutlich erheblich wandeln. Das betrifft sowohl die traditionelle „Institution“ des niedergelassenen Arztes“ als auch die des „Krankenhauses“ (Hospital). Hochzentralisierte Krankenhauskonzerne werden als komplexe Leistungsanbieter alle Versorgungsebenen und Leistungsarten (integrierte Versorgung), zunehmend und ggf. überregional und länderübergreifend anbieten und als integrierte Anbieter nach dem Stand der Wissenschaften, den Stationaritätszwängen der Investitionen und den Mobilitätsbedingungen flächendeckender Versorgungen die Standortentscheidungen treffen. Es wird auch zur Kenntnis zu nehmen sein, dass regional spezifisch nicht der wissenschaftliche Innovationsdruck über das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung entscheiden wird, sondern die regionalen Sozialstrukturen und die Bereitschaft von Bevölkerungen, soziale Kohärenz als einen zivilisatorischen Gewinn zu sehen.

4. Professionalisierung der Krankenversorgung

Im globalen Maßstab ist die Professionalisierung der Krankenversorgung ein fortdauernder und nie beendeter Prozess. Dieser betrifft zunehmend auch die Multiprofessionalisierung, wird aber auch die ärztlichen Berufe erheblich weiter verändern. Ein Aspekt ist der wachsende Rechtfertigungsdruck auf die Lizenzierung von ärztlichen Berufszulassungen für die Ausübung aller oder nur ausgewählter medizinischer Leistungen. Mit der Spezialisierung verändert sich dann auch die universelle Zulassung. Professionalisierung wird derzeit zumeist als berufsgebundene Spezialisierung gedeutet. Es gibt vermutlich keinen Grund zu der Vermutung, dies sei auch für die Zukunft zwingend anzunehmen.

Wenngleich wir von einer global gleichen Professionalisierung noch weit entfernt sind, wird die Frage der Akkreditierung eines der großen Wettbewerbsthemen mit allen nachfolgenden Komplikationen der Haftung und der Normierung von Leistungen und Prozeduren werden.

5. Die Beziehungen von Anbietern und Finanzierern der Krankenversorgung

Das traditionelle Splitting der Akteure „Anbieter“ (provider) und „Käufer“ (purchaser) hatte stets eine erhebliche konzeptionell-strategische Bedeutung für die Krankenversorgungssysteme, weil die Trennung der Versorgungs- und der Finanzierungsinteressen (purchaser-provider-split) versus ihrer Zusammenführung (managed care) von erheblicher Gestaltungskraft für die Dienstleistungen der Krankenversorgung ist. Dieses Splitting formt sich in Umlage- und in Kapitaldeckungssystemen auf unterschiedliche Weise. Da es in Umlagesystemen unvermeidlich staatlich dominiert ist, wirkt es hier als ein Funktionselement einer sozialisierten Versorgung unter einem demokratischen Regulationsregime. In Kapitaldeckungssystemen führt sie hingegen zur Privatisierung der Versorgung nach Maßgabe der Kaufkraft und damit zur massiven sozialen Risikoselektion. Eine besondere Bedeutung gewinnt die Trennung, bzw. die Abschaffung dieser Trennung, wenn die „klassischen“ Finanzierer, also Versicherungen oder staatliche Systeme, die wirtschaftlichen Versorgungsrisiken gegen prospektive Kopfpauschalen per Rechtsnorm übertragen oder verkaufen. Der „purchaser-provider-split“ folgt der Absicht, einen quasi-internen Markt zu erzeugen, der das Management der Anbieterseite unter den Zwang setzt, die Kosten der Versorgung so abzusenken, dass in nicht gewinnorientierten Systemen kostendeckend und in for-profit Anbietern neben der Kostendeckung auch noch Gewinne erzielt werden können. Dies kann nur gelingen, wenn das Management entweder die kostenwirksamen Leistungsentscheidungen je Fall und/oder die Risikostruktur der Leistungsnachfrage durch Selektionsmechanismen steuert. Eine der typischen zum „purchaser-provider-split“ alternativen Verfahren ist die Ausschreibung von medizinischen Dienstleistungen durch den Käufer (competitive tendering).

Beispiel:

Solche Modelle spielen seit den 1980er Jahren in Großbritannien und Australien im Gefolge der Einführung des von A. Enthoven vorgeschlagenen „managed competition“ eine nennenswerte Rolle. Sie sind auch in den USA zu beobachten, im Falle der Leistungen nach den Medicaid und den Medicare Programmen allerdings auch normativ reguliert. Sie haben dennoch bewirkt, dass das Interesse der Anbieterorganisationen für steuerfinanzierte Programme zu arbeiten, abgenommen hat. Die politische Hoffnung, analoge Konzepte mit der Einführung der DRGs auch in die Krankenhausversorgung in Deutschland einzuführen, ist über Budgetbildungen bislang nicht hinausgegangen, hat also nicht zu einem echten öffentlichen Ausschreibungsverfahren geführt.

Kommentar:

Ein maßgeblicher Schritt bei der Umgestaltung der Wirkprinzipien von Systemen der Krankenversorgung war und ist die Entscheidung von Staaten, ihre Dienstleistungen konzeptionell neu zu ordnen. Leitbildgebend war dabei die in den 1980er Jahren von

M. Thatcher (1925-2013) verfolgte Ideologie, die als Thatcherismus geschichtliche Bedeutung erlangte und darauf zielte, das Verhältnis von Bürger und Staat grundlegend umzugestalten und marktwirtschaftlichen Prinzipien zu unterwerfen. Die Bürger sollten nicht mehr länger die Eigner ihres Staates sein, sondern seine Kunden. Im „Idealfall“ sollten die Beziehungen zwischen Staaten und Ihren Bürgern nicht über Steuern und steuerfinanzierte Dienstleistungen geregelt werden, sondern über Anbieter-Kunden-Beziehungen. Damit wurden öffentliche Dienstleistungen auf die Arbeitsprinzipien des privatwirtschaftlichen Managements umgestellt (New Public Management – NPM). Ein Kernaspekt war dabei die Transformation des Bürgers und seines Verhältnisses zu seinen öffentlich-rechtlich verfassten Serviceeinrichtungen in einen den privatwirtschaftlichen Modellen folgenden „Kunden“. Eine der Folgen war das Ziel, Marktbedingungen zu schaffen, unter denen die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen der Krankenversorgung gegen die der privatwirtschaftlichen, bzw. non-profit gegen for-profit Krankenversorgung und Risikoabsicherung als Konkurrenten auftraten. Aus heutiger Sicht bleibt zu konstatieren, dass NPM zur Leitidee praktisch aller OECD-Staaten wurde und das allgemeine Verständnis und die Lebenspraxis der Beziehungen von Bürger und Staat vor allem auf den klassischen Handlungsgebieten staatlicher Vorsorge (Bildung und Sozialpolitik, Energieversorgung und Transportinfrastruktur) grundlegend verändert und auch entfremdet hat.

6. Behandlungspflichten, Bringe- versus Holleistungen

Die Frage, ob Hilfen für Kranke aktiv angeboten werden sollen oder nur als freie Entscheidung der Kranken nachgefragt werden können, ist für jedes Versorgungssystem von grundlegender Bedeutung. Bei der Entscheidung zu den Alternativen stehen die Staaten vor der Aufgabe der Abwägung von Zielkonflikten: der Respektierung einer individuellen Entscheidung oder der Durchsetzung einer Wertennorm. In der Regel gilt: Eine Behandlungspflicht ist ein Eingriff in die individuelle Autonomie und bedarf deshalb in den meisten Staaten mit entwickelten Rechtssystemen einer richterlichen Entscheidung.

Beispiel:

Sofern Personen zur Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessen nicht selbst in der Lage sind, entscheiden Richter über deren rechtlich betreuende Vertretung. In solchen Fällen ist das aktive Angebot medizinischer Leistungen, ggf. auch eine gegen den Willen des Patienten rechtlich gerechtfertigt. Dies ist zumeist unproblematisch, wenn Staaten über hoheitliche Institutionen verfügen, die zur Ausübung von rechtlich veranlassenen Maßnahmen berechtigt oder verpflichtet sind.

Kommentar:

In der Praxis der Staaten stellen sich die Fragen zumeist sehr einfach: Unter welchen Umständen haben Bürger ein Anrecht auf Behandlung? Dürfen medizinische Leistungen beworben und aktiv angeboten werden? Sollen oder dürfen Methoden des Marketings im Falle medizinischer Hilfen praktiziert werden? Es liegt in der Hoheit der Staaten, auf solche Fragen ihre Antworten zu formulieren. In der Regel ist die Situation überschaubar: Die Finanzierungsregeln und die Leistungskataloge klären Pflichten und Ansprüche. Personen die Hilfe benötigen suchen allein oder mit der Hilfe von Dienstleistern standortgebundene Hilfeangebote aktiv auf. Unter besonderen regionalen und sozialen Bedingungen bedarf es zudem aktiv zugehender, also ambulanter, ggf. in Gestalt mobiler Hilfen. Soweit präventive Leistungen der verfassungsrechtlichen Vorsorgepflicht unterworfen sind, sind eine Vielzahl von Präventionsmaßnahmen auch als Pflichtleistungen vorzuhalten und zur akzeptieren. Dies rechtfertigen die Rechtssysteme unterschiedlich, etwa als Schadensabwehr gegenüber Dritten oder auch als Maßnahmen des sozialen Risikoausgleichs. Analog anerkennen einige Rechtssysteme eine staatliche Pflicht zur Zugangssicherung zu medizinischen Hilfen, die von anderen Systemen wiederum für die gesamte oder für Teile der Bevölkerung zurückgewiesen werden oder nur ungeregelt bleiben.

Aus einer spezifisch sozialmedizinischen Perspektive ist eine aktiv zugehende medizinische Versorgung immer dann eine Forderung, wenn bei anzunehmendem Versorgungs- und Hilfebedarf diesem aus eigener Kraft nicht entsprochen werden kann. Es handelt sich hierbei dann um Notlagen und Anlässe des aktiven Nachteilsausgleichs, die Anlass zu einer beständigen Bedarfsanalyse geben und zumeist auch besonderer infrastruktureller Lösungen bedürfen, die weltweit jedoch nur begrenzt verfügbar sind.

7. Integrierte Versorgung (Integrated Care)

Unter den Bedingungen einer (a) arbeitsteiligen medizinischen Versorgung, (b) einer über mehrere Träger gegliederten Kostenübernahme und (c) bei komplexen präventiven, medizinischen, ggf. rehabilitativen und pflegerischen sowie sozialen Hilfebedarfen stellt sich regelhaft die Aufgabe der Integration von Hilfekzepten, von Trägerschaften und von personaler Kontinuität der Hilfeleistenden sowie die Aufgabe ihrer Organisation. Dies ist zumindest dann der Fall, wenn die Hilfesuchenden aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen mit der selbständigen Organisation ihrer Bedarfe überfordert sind. Die „integrierte“ Verfügbarkeit zu gewährender Hilfen gehört deshalb zu den grundsätzlichen Kriterien einer medizinischen Versorgung nach dem Stand eines zeitgemäßen Professionsverständnisses und „Fall“-managements. Integrierte Versorgung erweist sich dabei als ein Modernisierungsbedarf der Mehrheit der globalen Krankenversorgungssysteme auf zumindest drei Ebenen:

1. der Integration der professionellen Leistungsprozesse,
2. der Integration der Leistungsstrukturen,

3. der Integration fragmentierter Leistungsanrechte.

Es geht also im Kern um die Schaffung von Systemvarianten, die individuelle und autonomiesichernde Hilfen anbieten und die Sicherung der Kooperations- und Koordinationsbedarfe als selbstverständlichen Teil der Dienstleistung wahrnehmen.

Die Entscheidung, ob Krankenversorgungen als personenzentrierte „integrierte“ oder als fallbezogen reduzierte Leistung angeboten werden sollen, ist für die Gestaltung von Krankenversorgungssystemen leitbildgebend. Sie schließt die Frage ein, ob sie personen- oder ob sie anlassspezifisch wirksam werden sollen. Die Frage zielt auf das holistische Argument der „Ganzheitlichkeit“ von Patienten, die ggf. angemessen nicht allein symptomorientiert zu behandeln sind, sondern in ihrer umfassenden funktionellen bio-psycho und sozialen Komplexität und Individualität wahrgenommen werden müssen, wenn vordefinierte Qualitätsziele erreicht werden sollen. Solche Integrationsbedarfe sind immer auch indikationsbezogen zu definieren und spielen in der Versorgungspraxis eine unterschiedliche Rolle. In den Diskursen stehen sich deshalb dann auch eher integrationsorientierte Argumente und fallreduktionistische Argumentationen kontrovers gegenüber.

Beispiel:

Die Krankenhausversorgungen folgen in der Regel und zumal unter den Leistungsbedingungen der DRG-Fallklassifikationen keinem holistischen Handlungskonzepten. Dies kann, ggf. muss unter den Anforderungen einer hausärztlichen Dauerbegleitung in Verbindung mit einer pflegerischen Versorgung völlig anders sein. Zumindest dann, wenn das Zusammenwirken von medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation für Hilfeleistungen leitbildgebend ist, sind holistische Konzepte oft die indikationssetzenden Anforderungen an multiprofessionelle Interventionen. In diesem Sinne sind Handlungskonzepte, die auf der ICD gründen eher reduktionistisch und solche, die ihren Ausgangspunkt in der ICF nehmen eher holistisch. Analog folgt die soziale Prävention einem holistischen, die präventivmedizinische Intervention einem reduktionistischen Handlungskonzept.

Kommentar:

Ein von diesen Debatten zu unterscheidender systemrelevanter Aspekt bezieht sich auf die Notwendigkeit, arbeitsteilige humane Hilfesysteme unter Kooperationszwang zu setzen und hierfür die informationelle Integration der helfenden Akteure zu sichern.

Die Grundsatzdebatten zu einer integrierten Versorgung umfassen jedoch weitere Aspekte. Ein besonderer Aspekt betrifft die Frage der Adäquanz von Leistungsangeboten und die Gewichtung der jeweils zu integrierenden Leistungsfelder. Die Antwort auf diese Frage kann je nach den Zielfunktionen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Alternativen lauten: Folgt die medizinische Versorgung Konzepten der Fallklassifikation oder denen von Personenklassifikationen?

Ein für die Zukunft der Krankenversorgungssysteme besonders folgenreicher Prinzipien Diskurs folgt einer „holistischen“ Systemgestaltung, die die Totalität integrierter Wertschöpfungsketten, also präventivmedizinische, diagnostische und therapeutische sowie rehabilitative und pflegerische Dienstleistungen, aber auch deren Ausführung und Versicherung in einer Hand mit regionaler Marktbeherrschung als Integrationsziel sieht. Solche Integrated Delivery Systems (IDS) sind dann nur insoweit marktselektiv, als sie nicht profitable Leistungssegmente ausgliedern und der öffentlichen, bzw. steuerfinanzierten oder auch gemeinnützigen Erbringung überantwortet sehen wollen. Solche auf Marktbeherrschung zielenden Integrationskonzepte spielen, je nach staatspezifischer Rechtslage, eine wachsende Rolle. Sie werden auch als „corporatizationen“ bezeichnet und vor allem der Digitalisierung und den Big Data Technologien werden hier erhebliche strategische Umsatzpotentiale zugerechnet.

Während es also relativ unproblematisch ist, „integrated care“ als positives Qualitätsziel zu formulieren, bleibt die Schaffung geeigneter Systembedingungen im Spannungsfeld von öffentlich-rechtlicher Verantwortung und in demokratischer Zusammenarbeit mit den Bürgern sowie den Markt- und Wettbewerbsinteressen der Krankenversorgungsindustrie ein bislang nicht gelöstes Problem.

8. Flächendeckende versus zentralisierte Krankenversorgung

Die gewollte regionale Verfügbarkeit medizinischer Versorgung gehört zu ihren grundlegenden Gestaltungsprinzipien. Vor dem Hintergrund des wirkenden Pareto-Prinzips, der mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer auch zunehmenden Asymmetrie der Verteilung der Versorgungsbedarfe und der Anbieterforderung nach wirtschaftlich vertretbaren Umsatzmengen sind entsprechende Entscheidungen konfliktbesetzt und folgenreich. Da sich zudem die Auffassung durchzusetzen scheint, die alleinige fachärztliche Spezialisierung reiche nicht, um eine qualifizierte Versorgung zu garantieren, wird dieser Konflikt zwischen bürgernahen Versorgungsinteressen, Professionsverständnis und wirtschaftlichen Zwängen über das Argument von Mindestmengengarantien für eine Versorgungszulassung von Krankenhausleistungen ausgetragen. Der Konflikt betrifft folglich vor allem die Konzentration von Krankenhausleistungen entlang der DRG-Fallklassifikationen und ist ein nicht unerhebliches wettbewerbsrechtliches Problem. Zudem hängen die Mengenverteilungen maßgeblich von den in den globalen Krankenversorgungssystemen jeweilig verwandten Klassifikationen ab: Je größer die Menge der genutzten Produktklassen, die über die akzeptierten klasseninternen Varianzen gesteuert werden kann, desto geringer ist die Klassenbesetzungen mit Fällen.

Beispiel:

Unter den Bedingungen der deutschen DRG-Klassifikation kann grob geschätzt werden, dass etwa 55% der DRG-Klassen weniger als 100.000 Fälle erzeugen. Das entspricht zudem etwa 35% der in deutschen Krankenhäusern Behandlungsfähigen

ICD-Klassen und etwa 40 % der OPS. Gleichverteilung über die rund 2.000 Krankenhäuser vorausgesetzt, stünden diese Anteile für etwa 50 Fälle je Krankenhaus und Jahr. Mindestmengenregelungen können zudem je Arzt oder Krankenhausstandort je Arzt und Krankenhausstandort festgelegt werden. (Die Angaben beziehen sich auf eigene Berechnungen aus Daten des InEK des Jahres 2005. Wegen ihrer eingeschränkten öffentlichen Zugänglichkeit konnten sie in dieser Form nicht aktualisiert werden.)

Kommentar:

Es ist offensichtlich, dass der Konzentrationsdruck immer auch in Relation zu den jeweiligen demografischen und geografischen Bedingungen gesehen werden muss. Für sehr kleine Bevölkerungen/Teilbevölkerungen wäre unter dem Postulat von Mindestmengenregelungen die Vorhaltung von Krankenhäusern sinnlos und analog auch die Verfügbarkeit fachärztlicher Kompetenzen. Es ist dann auch unbestreitbar, dass die Festlegung von Mindestmengen als Voraussetzung einer Zulassung erhebliche und ggf. auch nicht beabsichtigte Folgen hat. Das betrifft vor allem den Ausschluss von Versorgungsträgern und ist damit immer dann rechtlich problematisch, wenn die Krankenhausversorgung dem Kartellrecht unterliegt.

Die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit medizinischer Hilfen ist maßgeblich von den Faktoren Zeit und Raum bestimmt. Daraus folgt die Notwendigkeit versorgungspolitischer Entscheidungen zur Standortverfügbarkeit der Krankenversorgung auf der Ebene der materiell-physischen und/oder der informationellen, bzw. der personalen oder der virtuellen Zugänglichkeit. Mindestens die Spezialisierung und die Versorgung von Menschen mit seltenen Krankheiten zwingt aber auch zu Entscheidungen über die zumutbare, bzw. vertretbare Zentralisierung von Versorgungsangeboten. Es sollte unstrittig sein, dass „Zumutbarkeit“, „Vertretbarkeit“ und „Akzeptanz“ in hohem Maße der soziodemografischen Struktur der zu versorgenden Bevölkerung sowie der Lebensregion (z.B. Stadt/Land) korreliert sind. Das gilt analog für die technischen Möglichkeiten der Kommunikation und des Datenverkehrs. Ein grundlegendes Problem der Zentralisierung ist der potenzielle Druck auf die Spezialisierung und die bezüglichen Mengenbedarfe. Unzweifelhaft ist jedoch, dass die entsprechenden Infrastrukturentscheidungen der Finanzierer wie der Anbieter und die durch die Legislativen gesetzten normativen Bedingungen die Infrastrukturen der Krankenversorgung erheblich verändern werden. Es ist zudem zu vermuten, dass die Reaktionsweisen der Systeme auf die Mindestmengennormierungen erheblich davon abhängen werden, ob es sich um staatliche Planungssysteme oder um privatwirtschaftlich marktregulierte Systeme handelt.

2.1 Wandel der sozialmedizinischen Versorgungsziele

Die Ermöglichung einer sozial nicht diskriminierten Hilfeleistung im Krankheitsfall und die Eingrenzung der sozialen Folgen von Krankheit und Behinderungen sind aus

Soziale Friedenssicherung und der Erhalt der berufsgebildeten Arbeitskraft waren die wichtigsten historischen Impulse für die Entstehung von bevölkerungswirksamen Systemen der Krankenversorgung. Die elementare Voraussetzung hierfür war die Herausbildung von rechtlich verpflichteten Finanzierungsträgern jenseits karitativer Freiwilligkeiten. Hierzu mussten solche Träger Institutionen der territorial wirksamen rechtlichen Ordnungssysteme werden. Dies waren in der Regel neue Typen von Staaten, die von der industriellen Produktionsweise und ihren sozialen Wirkungsbedingungen geprägt waren. Es waren also Staaten, die die Verantwortung für die Krankenversorgung übernahmen oder sie von ihnen überwachten Institutionen übertrugen. Die Schaffung von Krankenversorgungssystemen wurde und wird so weiterhin zu einem Indikator der „Verstaatlichung“ von vergesellschaftet lebenden Bevölkerungen und ist somit in die Konflikte um diese geschichtlichen Prozesse eingebettet. So wie die Herausbildung der „Sozialmedizin“ in diese historischen Vorgänge eingebunden war und ist, ändert sich auch deren Funktion mit dem Wandel der Staatsverständnisse (siehe hierzu Niehoff J.-U: Warum und wieso ist Gesundheitspolitik ein Thema für Wissenschaft? In Gerlinger, T, Kümpers, S, Lenhardt, U, Wright, MT: Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Verlag Hans Huber 2010, ISBN 9783456948270).

Wenngleich Grundsatzentscheidungen zu Verantwortungsübernahmen für die Krankenversorgung eine hinreichende Dauerhaftigkeit zu unterstellen ist, sind sie dennoch immer wieder neu dem Wandel ihrer Rahmenbedingungen unterworfen. Neben der demografischen und epidemiologischen Transition ist dieser konzeptionelle Anpassungsdruck vor allem eine Begleiterscheinung des wissenschaftlichen und auch des gesellschaftspolitischen Wandels. Er wirkt (auch) auf die Systeme der Krankenversorgung zurück und ist als systemischer Innovationsdruck zu beschreiben, der getrennt von den Innovationen bezüglich der direkt am und mit dem Patienten applizierten Versorgungstechniken und -methoden darzustellen und zu bewerten ist. Zusammenhänge existieren insofern, als Neuerungen der unmittelbaren Patientenversorgung systemische Innovationen voraussetzen können, jedoch nicht zwingend müssen.

Die Leitbilder und Ziele der Krankenversorgung unterliegen komplexen Wandlungen. Die Gründe sind global verschieden und epochal zeitabhängig. Dies bewirkt immer auch die Differenzierung der Systeme und wirft die Frage auf, ob sie sich in ihren Perspektiven annähern oder voneinander entfernen.

Beispiel:

Am Anfang der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland stand das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“. Es galt für „Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

- 1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Binnendampfschiffahrtsbetrieb, auf Werften und bei Bauten,*
- 2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,*
- 3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft etc.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht ...*

Diese (Einschub des Zitierenden) ... aufgeführten Personen, (sind) sofern nicht die Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im Voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Der Werth der letzteren ist nach Ortsdurchschnittspreisen in Ansatz zu bringen.“

Das Gesetz geht auf die „Kaiserliche Botschaft“ vom 17.11. 1881 zurück: *„Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen: ... Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Ueberzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. ... Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. ...“*

Kommentar:

Die gegebenen Gesetzesbegründungen und Regelungen belegen ihre Wandelbarkeit, die folglich auch als Innovationsargument wirkt. Ihnen dann zu entsprechen, wird regelmäßig zu Konflikten zwischen unterschiedlichen Leitbildern des Handelns führen.

Der folgenreichste Leitbildkonflikt bei der Ausgestaltung der Krankenversorgung betrifft die kollektive im Gegensatz zur individuellen Verantwortung für deren Zugänglichkeit.

Kommentar:

Der Konflikt war historisch wie auch weiterhin global am ehesten aufzulösen, wenn die Hilfebedarfe ursächlich als Folgen von Gefährdungen im Auftrag von Staaten zu identifizieren waren, bzw. sind. In diesen Fällen war es nach der Logik von Haftungsprinzipien immer gerechtfertigt, die Gefährdungsfolgen zu „sozialisieren“. Dieses Argument war auch belastbar, wenn die Gefährdungen durch Arbeitsbedingungen oder soziale Benachteiligungen ausgeglichen werden sollten. Andere Gefährdungsfolgen ließen sich hingegen je nach Komplexität der kausalen Verantwortungszuweisungen auch als „private“ Verantwortungen argumentieren. Leitbildformend sind dann Vorstellungen von Schuld und Strafe. Die Banalität solcher Denkmuster wird offensichtlich, wenn zur Kenntnis genommen werden muss, dass sie die Schuldfähigkeit voraussetzen, was mindestens für Kinder und psychisch Kranke, aber auch für besonders vulnerable Personen (z.B. Schwangere, Notleidende, Benachteiligte, Behinderte, chronisch Kranke), für Opfer von erbärmlichen Arbeitsbedingungen und Opfer von natürlichen Katastrophen oder Epidemien, aber auch für alte Menschen in Frage zu stellen ist. Es kommt hinzu, dass Konzepte der Rechtsstaatlichkeit voraussetzen, Schuldurteile nicht beliebigen Gerechtigkeitsgefühlen zu überantworten, sondern einer qualifizierten Sachverhaltsermittlung und -bewertung. Dies ist – zumal bei akutem Versorgungsbedarf – realitätsfern. Medizinische Hilfen von richterlichen Urteilen über Schuld abhängig zu machen, ist keine Option und nur im Kontext von Haftungsfragen praktikabel.

Beispiel:

Staaten, die eine „Sozialisierung“ von Hilfeleistungen im Krankheitsfall ansonsten strikt zurückweisen, so etwa die USA, sehen sich dennoch veranlasst, zumindest Versorgungsmöglichkeiten im Notfall durch sog. emergency rooms oder durch die steuerfinanzierten Programme Medicaid und Medicare, durch die Veterans Administrations, das Indian Health Service oder das Children Health Insurance Program (CHIP) zu garantieren. Diese Leistungen stehen in ihrer Summe für mehr als 50% der „Gesundheitskosten“ in den USA. Folglich ist der Staat der wichtigste Akteur der Krankenversorgung.

Kommentar:

Das ändert nichts an populistischen Argumentationen, die unter Verweis auf gefährdende Lebensstile deren Diskriminierung gegenüber allgemeinen und „sozialisierten“ Hilfeansprüchen fordern. Auf diese Diskussion gibt es bereits seit etwa 1825 mit dem

Gompertz-Makham-Law (siehe Heft 3) eine Antwort, die keine wesentliche Berechtigung lässt, die sozialepidemiologischen und sozialdemografischen Erklärungen der epidemiologischen Transition negativ und zugunsten einer individualisierenden Verschuldensthese zu revidieren. Es gibt allerdings dennoch einen Argumentationsdruck, der unterstellt, zumindest in Bevölkerungen mit hoher mittlerer Lebensdauer seien die vertikalen Ungleichheiten der Gefährdungen durch Krankheit und Tod soweit ausgeglichen, dass es gerechtfertigt sei, die Krankenversorgung und ihre Absicherung nicht weiterhin zu sozialisieren. Unverkennbar geraten sozialmedizinische Konzepte so unter erheblichen Rechtfertigungsdruck (Gray, S., Pillington, P., Pencheon, D., Jewell, T.: *Public health in the UK: success or failure?* J R Soc Med. 2006 Mar; 99(3): 107–111. doi: 10.1258/jrsm.99.3.107; Zugriff 03.02.2019).

Ob nun die sozialepidemiologischen Tatsachen zur vertikalen und horizontalen Ungleichheit ignoriert oder Neubewertet werden ist insofern bedeutsam, als es einen den technischen Entwicklungen und den sich gewinnwirtschaftlich organisierenden Interessen folgenden weltweiten starken Druck auf die Individualisierung, bzw. auf die Desozialisierung der Krankenversorgung gibt. Dieser Druck folgt u.a. den Wandlungen der Staatsverständnisse.

Das Verhältnis von individueller, gesellschaftlicher und staatlicher Verantwortung ist ohne den Kontext der vertikalen Sozialstrukturen nicht zu bestimmen. Es entscheidet aber letztlich über die Zugänglichkeit von Hilfen und damit über die Struktur der nachfragbaren Bedarfe. Auf diese Weise werden dann auch die Anbieterstrukturen bestimmt bis hin zu den Forschungsinteressen.

Eine zentrale Frage betrifft die der Auflösung nationaler Krankenversorgungssysteme und deren teilweise oder auch weitgehende Bestimmung durch globale Investitionsinteressen. Denen ist der Zwang zur Renditeerwirtschaftung immanent und dem stehen klassische Ziele, wie sozialer Frieden und Sozialausgleich im Wege. Märkte sind nur erfolgreich, wenn sie sozial selektiv agieren können. Folglich wird die Risiko- und Portfolios Selektion zum wichtigsten Handlungsleitbild der Konzepte zur Krankenversorgung. Einer der Wirkmechanismen ist Wachstum durch Mengenausweitung und die Globalisierung der Investitionsströme, bzw. die Flächenabdeckung der Angebote bei gleichzeitiger Konzentration der Standorte als Geschäftskonzept.

Unbestreitbar werden Menschen nicht nur regional, sondern auch global gesünder. Die Versorgungsaufgaben „wandern“ mit ihren kalendarischen und biologischen Lebensdauererträgen in Altersbereiche, die jenseits der üblichen Erwerbsalter liegen. Die zunehmende Asymmetrie von Zahlungsfähigkeit und Bedarf wird so zu einem der Konfliktszenarien der Krankenversorgung: Der Gewinn an Gesundheit wird dann als Soziallast und als Verlust argumentiert. (Gonçalves, A. et al *Expansion of morbidity: trends in healthy life expectancy of the elderly population* <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n5/0104-4230-ramb-60-05-0434.pdf>; Zugriff 25.01.2019).

Das Ziel von sozioökonomischen Gewinnen wird zum „failure of success“ (Atella, V. et al. The “Doubler Expansion of Morbidity” Hypothesis: Evidence from Italy. <http://www.ceistorvergata.it/area.asp?a=415&oc=457&d=631>, Zugriff 04.02.2019;

Mackenbach, JP, McKee, M. (Edi.) *Successes and Failures of Health Policy in Europe. Four decades of divergent trends and converging challenges.* www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf; Zugriff 04.02.2019)

Unverkennbar wird Gesundheit als Leistungsziel neuer „Gesundheitsmärkte“ zu einem Megatrend und zu einem wirtschaftlichem Wachstumsziel, das trotz der Gewinne an Gesundheit auf Erfüllung drängt.

2.2 Neuordnung der Machtverteilungen

Die professionellen Erbringer medizinischer Dienstleistungen verlieren an Gestaltungskompetenz für die Systeme der Krankenversorgung in denen sie arbeiten.

Zu den geschichtlich wichtigen Entwicklungsphasen von Produktion und Dienstleistungen gehörte, dass deren Träger ein großes Interesse entwickelten, Verbindungen einzugehen, die es ihnen ermöglichten, gemeinsame Interessen zu vertreten, ihrer Funktionsbedingungen selbst zu gestalten und möglichst auch Sonderrechte und Privilegien durchzusetzen. Gilden, Zünfte, Genossenschaften, Kammern oder z.B. Logen sind solche Zusammenschlüsse, die eigene Berufsordnungen, verpflichtende Lebensregeln und Preisverabredungen entwickelten und ohne deren Akkreditierung ggf. eine Berufsausübung nicht möglich war. Eine ihrer Funktionsziele war immer auch die Wettbewerbsbegrenzung durch Quasi-Kartellbildungen.

Diese Entwicklungen betrafen in vielen Staaten und zu unterschiedlichen Zeiten auch die Gesundheitsberufe mit dem Ziel des gemeinsamen Interessenschutzes und der Sicherung einer eigenen beruflichen Gestaltungsmacht bei der Definition der Rahmenbedingungen der Berufsausübung und der Krankenversorgung.

Beispiel:

In Deutschland wirken diese berufsständischen Organisationsformen als „Ärztekammern“, die, z.B. in Preußen durch eine königliche Verordnung vom 25.05.1887 „betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung für Preußen“ angeordnet wurden und seither jeden Arzt zu einem Pflichtmitglied machen. Trotz Verbot durch die Alliierten wurden diese dann bis 1962 schließlich wiederbegründet und nach der Wiedervereinigung dann auch auf die östlichen Bundesländer ausgeweitet. In den USA wirkt mit anderem Selbstverständnis die American Medical Association (AMA) als Berufsorganisation.

Kommentar:

Wenngleich die selbstverwaltende berufsständische Interessenvertretung in vielen Staaten weiterhin eine erhebliche Bedeutung hat, ist deren konzeptionelle Gestaltungsmacht bezüglich der Krankenversorgung weltweit rückläufig. Dafür gibt es viele Gründe:

1. Mit der fachlichen Spezialisierung fällt es immer schwerer, gemeinsame berufsspezifische Positionen zu formulieren und zu vertreten.
2. Die relevanten global aktiven Organisationen und Institutionen haben ihre Ansprechpartner in den jeweiligen Regierungen, bzw. in den von ihnen beauftragten Institutionen, die Normensetzungen vorbereiten und deren Umsetzungen beaufsichtigen (z. B. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Commonwealth Fund, Directorate General for Health and Consumer Affairs (DG-SANCO), Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI), European Agency for Safety and Health at Work (OSHA), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Food Safety Authority (EFSA), European Foundation of Quality Management (EFQM), European Medicines Agency (EMA), Food and Drug Administration (FDA, USFDA), International Organization for Standardization (ISO), International Red Cross and Red Crescent Movement, Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), World Bank, United Nations Organization (UNO), United Nations Children Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO)).
3. Selbstverwaltete berufsständische Interessenvertretungen haben kaum die Möglichkeit und das Interesse, sich an der Schaffung der wissenschaftsbasierten Grundlagen der Gestaltung von Krankenversorgungssystemen zu beteiligen oder diese als Handlungsleitbilder zu akzeptieren.
4. Die wettbewerbsbeschränkenden Ziele ständischer Selbstverwaltung widersprechen grundlegend denen der systemgestaltenden Investoren und Anbieterkartellen (je nach der Rechtslage also denen von Steuerzahlern, Versicherungsträgern und/oder privaten Investoren und weltweit aktiven Kapitalgesellschaften).
5. Medizinische Leistungserbringung ist zunehmend an multiprofessionelle Teamleistungen im Auftrag von Eigentümern gebunden. Mit der sukzessiven Auflösung des sog. purchaser-provider-splits relativieren sich die traditionellen Gestaltungskräfte „Patienten-Ärzte-medizinisches Fachpersonal“. Dieser Trend wird durch die Digitalisierung massiv verstärkt werden.
6. Versicherungen und tendenziell auch Organisationen der Krankenversorgung haben ein gemeinsames Interesse, die klassischen Logiken des „supplier induced demand“, bzw. „Roemers Law“ (Shain, M; Roemer, MI (April 1959). "Hospital costs relate to the supply of beds". Modern Hospital. 92 (4): 71–3) aufzulösen und durch die Logiken des „Integrated Care“ zu ersetzen.

Es hat selbstverständlich konzeptionelle Folgen, wenn die historische Dominanz der Anbieter von Leistungen der Krankenversorgung auf die finanziellen Träger der Leistungen übergeht. Diese Folgen sind jedoch sehr viel weitreichender, wenn es zu deren Integration kommt, sei es als durchgehend steuerfinanzierte Versorgung in exklusiv staatlichen Einrichtungen oder sei es in der Allianz von Kapitalgesellschaften und Krankenversicherungen.

Der Ausschluss des Wettbewerbs um humane Ziele der Krankenversorgung manifestiert sich in der Risikoselektion, die sich gegen aufwändig zu behandelnde Kranke, die zudem oft dauerhafter Hilfen bedürfen und gegen ohnehin sozial benachteiligte Personen richtet.

2.3 Wandel der Bedingungen medizinischer Leistungserbringung

Jede Art von Innovationen führt zu Umbrüchen in den Voraussetzungen und den Rahmenbedingungen der Krankenversorgung.

Innovationen sind mit J. Schumpeter (1883-1950) kreative Destruktionen aller existierenden Infrastrukturen der Produktion und der Dienstleistungen (*Schumpeter, J.A. (1939): Business Cycles. A Theoretical, Historical, and Statistical Analysis of the Capitalist Process. New York 1939*). Selbstverständlich beziehen sich dann auch die destruktiven Wirkungen von Innovationen nicht nur auf Verfahren und Produkte, sondern auch auf die Destruktion von Infrastrukturen, von Leistungsprozessen und ihren Zwecksetzungen sowie auf den Ersatz durch Innovation obsolet gewordener Verfahrensweisen und Absichten. Der Begriff „Innovation“ ist dabei gegenüber der Bewertung der Resultate völlig neutral. Es bleibt also immer abzuwarten, ob eine Innovation auch eine Verbesserung ist. Sie muss sich folglich bewähren.

Mit Bezug auf die Krankenversorgung greifen Innovationen folglich weit über neue ätiologische und pathogenetische Konzepte sowie diagnostische und therapeutische Verfahren hinaus. Die Zuschreibung „Innovation“ gilt ebenso für den Wandel der organisatorischen, strukturellen oder prozessualen Bedingungen der Krankenversorgung, für die Koordination von multiprofessionellen Teams oder für das Angebot neuer Leistungsziele. In diesem Sinne sind die Entstehung der „Produktemedizin“, die Standardisierung von Versorgungsprozessen, die Implementation datenbasierter Entscheidungen, die Spezialisierung oder die Individualisierung von medizinischen Versorgungskonzepten zweifellos Innovationen, ebenso wie die Entwicklung von Bewertungskonzepten ihrer Inanspruchnahme und ihrer Ergebnisse. Die wichtigsten Innovationen der letzten 200 Jahre war dann die Transformation „ärztlicher Kunst“ in eine angewandte Wissenschaft und die Entstehung von Finanzierungskonzepten für den medizinischen Versorgungsfall.

Begrenzt auf die Frage nach den Innovationen in der Krankenversorgung sind aus der sozialmedizinischen Perspektive vor allem folgende Entwicklungen zu nennen:

- die Begrenzung der diagnostischen und therapeutischen Autonomie des einzelnen Therapeuten
- die Übertragung strategischer Therapieentscheidungen auf externe Systeme (*Gutachter, Gremien, intelligente Software*)
- die Standardisierung der medizinischen Entscheidungen über ihren fallklassifizierten Ressourcenverbrauch (*Technik, Arbeitszeit, Qualifikation*)
- die Begrenzung der freien Arztwahl

2.4 Medizinische Managementkonzepte

Medizinische Dienstleistungen bedürfen nach Funktionsprinzipien geordneter Handlungsabläufe.

Dabei können die unterlegten Zielorientierungen konfligieren, etwa, wenn die medizinischen und andere (z.B. wirtschaftliche) Ziele im Widerspruch stehen. Dies kann auch der Fall sein, wenn therapeutische Standards und Patientenwünsche nicht in Einklang zu bringen sind. Entscheidend ist jedoch, dass der ärztliche und der pflegerische Einfluss auf das Versorgungsmanagement (case management) zurückgeht. Wesentliche Aspekte, wie das Prozessmanagement, das Aufnahme- und Entlassungsmanagement oder das Behandlungsfolgemanagement werden zu Aufgaben des Managements der Versorgungsinstitution. Es steuert, ggf. auch mittels extern entwickelter Prozesslogiken die Arbeitsabläufe und unterliegt, ggf. externer Supervision. Es ist, zumindest derzeit, ein globaler Trend, das Versorgungsmanagement auf die betriebswirtschaftlichen Funktionalitäten zu begrenzen. Dies geht zulasten anderer Funktionalitäten, ist aber auf Dauer kaum aufrecht zu erhalten.

Beispiel:

Zu den berufsprägenden und zeitaufwändigen Aufgaben der ärztlichen Versorgung gehört die Ermittlung der Krankheits- und Sozialgeschichte eines Patienten. Sie ist, neben der Informationsgewinnung, für die Schaffung von Vertrauen und gegenseitigem Respekt auch die Voraussetzung, dem Standard evidenzbasierter Medizin, nämlich die mit dem Patienten geteilte Festlegung des Therapieplans (shared decision making), entsprechen zu können. (Pappas, Y. et al (2011). "Cochrane Database of Systematic Reviews" doi:10.1002/14651858.CD008489.pub2. hdl:10547/296945.) Weltweit vollziehen sich jedoch Entwicklungen, diese Schlüsselaufgaben zu delegieren, zu automatisieren, Hilfskräften zu übertragen oder als Folge der Produktklassifikationen medizinischer Leistungen schlicht zu unterlassen. Das gilt analog für Risikoberatungen und Therapiefolgeberatungen und (sofern sie stattfinden) oft unter Verletzungen des besonderen Vertrauensschutzes. In den z.T. weltweit gehandelten Produkten eines

professionalisierten und standardisierten Qualitätsmanagements wird der Indikator „Anamnese“ regelhaft nicht besetzt. Ausnahmen sind medizinische Versorgungsaufgaben bei psychischen Erkrankungen, in der Suchttherapie oder bei Anlässen mit forensischen Zusammenhängen oder bei der sachverständigen Beurteilung potenzieller Haftungsfolgen.

Kommentar:

Der teuerste fallbezogene Kostenfaktor in der medizinischen Versorgung ist der Verbrauch von ärztlicher Arbeitszeit. Bei der Entwicklung von wettbewerbsadaptierten Versorgungsportfolios ist deren Beschreibung über die Faktoren Kosten, Beschaffenheit, Preis und Menge sowie Kapazitätselastizität von entscheidender Bedeutung. So entstehen die kontroversen Voraussetzungen für

- die selektive Vereinbarung von Leistungsprodukten (Disease Management) mit ihrem Käufer,
- die Möglichkeit der systematischen Überwachung des Dienstleistungsprozesses,
- ein internes Qualitätsmanagement und eine externe Qualitätssicherung durch den Käufer,
- die prospektive Modellierung der zu erwartenden Ergebnisse in Relation zum Aufwand,
- die prospektiv ergebnisbezogene Rationierung von Versorgungsleistungen.

2.5 Wirtschaftliche Zwänge und wettbewerbsregulierte Märkte

Wirtschaftliche Zwänge sind für die medizinische Versorgung gegeben, wenn die Aufwendungen über den Preis des Versorgungsfalls kompensiert werden müssen und ggf. zusätzlich eine vorgegebene Marge erwirtschaftet werden muss.

Solche Zwänge wirken vor allem dann, wenn die Aufwendungen fallbezogen budgetiert oder rationiert sind. Sie sind dann für die gesamte medizinische Versorgungskette von erheblicher Gestaltungskraft. Dies ist zuallererst eine politische Entscheidung über die zutreffende Antwort auf die Frage, ob die medizinische Versorgung einem allgemeinen sozialen Interesse oder einem privaten Konsuminteresse folgen soll. Hier sind die Staaten der Erde unterschiedliche Wege gegangen in dem sie die medizinische Versorgung anderen Staatsaufgaben (z.B. innere und äußere Sicherheit, Subventionierung von wirtschaftlichen Akteuren, Bildung, Forschung, Umweltschutz, soziale Grundsicherungen) gleichstellen und von einem Refinanzierungsverlangen teilweise oder vollständig freistellen oder medizinische Versorgungslösungen alternativ auf Eigenfinanzierungen verpflichten.

Allerdings ist der globale Trend, die medizinische Versorgung zumindest teilweise aus einer Steuerfinanzierung auszuschließen und sie dem Marktwettbewerb zu unterwerfen. In Systemen, die hiervon betroffen sind, werden zwangsläufig Kosten und Preise zu den wirkmächtigsten Gestaltungsfaktoren. Die genutzten Methoden sind

- Fallstandardisierung,
- Risikoselektionsroutinen,
- Triagekonzepte,
- internes und externes Management der Inanspruchnahme (Supervision, Leistungsbeantragung, Guidelines, Pathways, Compliance Control, Reviewverfahren),
- die permanente Profilierung von Aufwand und Leistung,
- selektive Vertragsgestaltungen zwischen Versicherern, Versicherten und Ärzten,
- die Gewinnbeteiligungen für leitende Ärzte,
- prospektive Fall- und Kopfpauschalen,
- Etablierung systematischer Versorgungssteuerung durch Vorgaben und Kontrollen,
- Standardisierung von Leistungsarten, Leistungsprozessen und Ergebniserwartungen (*standards, guidelines, options, pathways, benchmarks*) auf der Basis von evidenzbasierten Entscheidungsstandards für Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation,
- informationelle Durchdringung der medizinischen Leistungen auf der Ebene Patient, Arzt, Institution,
- Etablierung von Mechanismen der Nachfragesteuerung,
- Integration medizinischer und betriebswirtschaftlicher Managementsysteme.

Zu den idealisierenden Deutungen dessen, was Wirtschaftsmärkte sind gehört die These, sie strebten stets einer Balance zwischen Verkäufern und Käufern zu. Dies sei dann dem Wirken des Wettbewerbs zuzurechnen und die politische Regulationsaufgabe bestünde allein in der normativen Garantie „fairer“ Marktbedingungen und für alle Marktteilnehmer die Zusicherung gleicher Zutrittschancen zum Markt. Die Richtigkeit dieser These für Märkte wie die Auto- oder die Milchindustrie kann hier nicht geprüft werden. Für die Krankenversorgungsmärkte ist ihre Wirksamkeit jedoch auszuschließen. Zudem ist zur Kenntnis zu nehmen, dass nicht unerhebliche Aufwendungen betrieben werden, um eben diese Balance zu verhindern und den Marktzutritt neuer Bewerber zu vermeiden (Marketing, technische und personelle Überlegenheit – auch als *medical arms race* bezeichnet - Portfolios Selektion). (Siehe hierzu auch Kessler, D. P., and M. B. McClellan. 2000. *Is hospital competition socially wasteful? The Quarterly Journal of Economics* 115 (2): 577–615; Foote, SB: *Managing the Medical Arms*

Race: Innovation and Public Policy in the Medical Device Industry <https://www.goodreads.com/book/show/12515495-managing-the-medical-arms-race>, Zugriff 05.02.2019; Robinson, J., and H. Luft, 1985. *The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care. Journal of Health Economics* 4: 333–56; Brown, H. S. 2003: *Managed care and technical efficiency. Health Economics* 12: 149–58; Rosko, M. D. 2001: *Impact of HMO penetration and other environmental factors on hospital X-inefficiency. Medical Care Research and Review* 58 (December): 430–54; Santerre, R. E., and A. S. Adams. 2002: *The effect of competition on reserve capacity: The case of California hospitals in the late 1990s. International Journal of Health Care Finance and Economics* 2 (September): 205–18; Town, R. and G. Vistnes: 2001. *Hospital competition in HMO networks. Journal of Health Economics* 20 (3): 313–249).

Zu den Besonderheiten der Krankenversorgung gehört, dass marktwirtschaftliche Mechanismen den Zugang zu ihr einschränken und sozial privilegieren. Sofern also Staaten für die „Freiheit“ im Zugang optieren, bedürfen sie der Schaffung von regulatorischen Bedingungen, die die Folgen dieser Freiheit bewältigen. Das setzt die Balanceidee außer Kraft und erzeugt Märkte, die entweder von Anbietern oder von Käufern dominiert werden. Die Machtverteilung zwischen diesen wird dann zu einem sozial-medizinischen Kernproblem. Anbietermärkte spiegeln dann die Dominanz der Anbieter über die Käufer. Käufermärkte hingegen spiegeln die Dominanz der nachfragenden Partei, die typischer Weise Versicherungen oder die Staaten sind. Ökonomen erklären dies jeweils mit der simplifizierenden Konstruktion, Anbietermärkte seien das Resultat einer durch Mangel erzeugten Anbietermacht, wohingegen Käufermärkte aus dem Überschuss an Angeboten resultieren würden. Dementsprechend läge die Marktmacht jeweils beim Anbieter oder beim Kunden.

Für das Verständnis der Grundsituation sei erinnert, dass in der Regel nicht die Patienten die Käufer sind und in wachsendem Maße das medizinische Fachpersonal auch nicht die Anbieter. Es geht vielmehr um das Macht- und Gestaltungsinteresse jeweils der zahlenden Partei und der Anbieterorganisation. An dieser Stelle versagt die Vorstellung von Machtbalancen, weil die Preise nicht über Angebot und Nachfrage entschieden werden, sondern über die Fähigkeit jeweils einer der Seiten die entsprechenden Volumina zu steuern.

Im Falle der Krankenversorgung werden die Märkte nicht durch Angebot und Nachfrage, sondern durch Indikationsentscheidungen der Anbieter und durch die Budgetmacht der finanzierenden Partei entschieden.

Kommentar:

Käufermarkt heißt dann, die normative Entscheidungsmacht der zahlenden Partei gegen die Indikationskompetenz des Leistungserbringers durchzusetzen.

Anbietermarkt heißt hingegen, die anbieterinduzierte Steuerung der Nachfrage hinnehmen zu müssen. Beide Situationen sind marktfremd. Sie bedeuten, im Falle des Marktversagens der Indikationsentscheidung des Verkäufers zu vertrauen und sie direkt oder indirekt der zahlenden Partei zu übertragen. Das verlangt, Genehmigungsverfahren vor jeder Therapie zu implementieren und zu klären, wer dann haftet und den ggf. aufwändigen diagnostischen wie rechtlichen Klärungsprozess übernimmt, der auch dann notwendig wird, wenn er nicht zu einer Therapieentscheidung führt.

3 Systemgebundene Versorgungsleistungen

Der Ungleichverteilung der bevölkerungsseitigen Bedarfe an medizinischer Versorgung korrespondieren ungleiche Erfordernisse, ihnen mit spezifischen qualifikatorischen, strukturellen, versorgungsprozessualen und materiellen Lösungen zu entsprechen.

Nach ihrer Organisationsweise werden in vielen Staaten sog. ambulante und stationäre Versorgungen unterschieden. Dies geht auf Zeiten zurück, als Ärzte noch in großem Umfang ihre Leistungen in mobiler und Patienten aufsuchender Weise erbrachten, während „stationäre“ Angebote durch „Hospitäler“, bzw. als Häuser für Kranke eine größere Bedeutung gewannen, wenn es ortgebundene Heilversprechen gab oder als vor allem in Europa Häuser für „Aussätzige“ (z.B. Leprakranke), Behausungen für Arme, Geburtshäuser für Schwangere ohne eigene Familien und Lazarette entstanden. Die sozialen und medizinischen Funktionen beider Angebotsformen haben sich im Laufe der Geschichte immer wieder erheblich gewandelt, wandeln sich auch weiterhin und variieren heute weltweit. Deshalb sind Vergleiche von Krankenhausleistungen international nur schwer möglich.

Beispiel:

Für den Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gilt §301. Danach sind Krankenhäuser Einrichtungen,

- 1. die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen*
- 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten*
- 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und*
- 4. in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können*

Diese Normen werden durch die Paragraphen 107 und 108 hinsichtlich der Inhalte und der Zulassungsbedingungen weiter präzisiert.

Kommentar:

Eine solche Definition ist weltweit nicht zu konsentieren. Folglich lassen sich auch Krankenhausleistungen kaum sinnvoll vergleichen. Da die Normen für eine

Krankenhausversorgung zwangsläufig auch die der ambulanten Versorgung zugewiesenen Aufgaben bestimmen, gilt diese Unvergleichbarkeit auch für die gesamte Palette der Versorgungsleistungen. Zu den wichtigen Fragen gehört in diesem Zusammenhang die nach der flächendeckenden im Gegensatz zu zentralisierten Verfügbarkeiten von Hilfen im Krankheitsfall, deren normative Regulation und damit die Distanz zwischen Wohn- und Angebotsort und -profil. Die Entscheidungen hierzu werden letztlich von den Entwicklungen der Mobilität und den erforderlichen zeitlichen Normen für diagnosespezifische Hilfebedarfe abhängig sein. Wie immer sie erbracht werden, es gilt als allgemein geteilte Auffassung, dass zu den notwendigen Leistungen im Krankheitsfall und für dessen Folgenbewältigung die präventionsmedizinische und akutmedizinische Versorgung sowie die Leistungen zur Rekonvaleszenz, zur Rehabilitation und zur Pflege gehören. Das Ausmaß der finanziellen Absicherung dieser Aufgaben durch individuelle Ressourcen und/oder durch dritte Parteien bestimmt maßgeblich ihren Professionalisierungs- und Institutionalisierungsgrad. Analog ist hiervon auch die sozialschichtunabhängige Zugänglichkeit entsprechender professioneller Hilfen beeinflusst.

Die unvermeidliche Bindung der medizinischen Versorgung an materielle und lokale Infrastrukturen hat zur Folge, dass auch die vorfindlichen Infrastrukturen, ihre Lokation, ihre qualifikatorische und technische Ausstattung sowie die Erreichbarkeit die Art der Leistungserbringungen maßgeblich bestimmen. Typisch ist in vielen Staaten dabei die Trennung einer sog. ambulanten von einer stationären Versorgung sowie von Rehabilitation und Pflege mit sehr unterschiedlichen Varianten der Standortbindungen, der verberuflichten Qualifikationen und der technischen Ausstattungen.

Die Begrifflichkeiten „ambulant“ und „stationär“ sind allerdings auch irreführend. Die sog. ambulante Versorgung meint im Sinne des Wortes eigentlich eine mobile Versorgung. Sie ist jedoch in vielen Ländern, so auch in Deutschland, regelhaft eine ortsgebundene, also tatsächlich eine stationäre Versorgung, die von Patienten aufgesucht wird. Sie darf jedoch in einigen Ländern, so in Deutschland, in der Regel keine „Betten“ haben. Die Kleinstanbieter mit einigen wenigen Betten sind dann in anderen Staaten „clinics“. Während in Deutschland zwischen Krankenhaus und Klinik nicht unterschieden wird, spielt der Typ „clinic“ in vielen Ländern u.a. in der sog. Grundversorgung die entscheidende Rolle. Diese Varianten bestimmen dann im Ländervergleich auch die jeweiligen konzeptionellen Besonderheiten der Krankenversorgungen.

Ein wesentlicher Aspekt sind die Entscheidungen, medizinische Versorgungsangebote zu zentralisieren, ggf. abgestuft zu zentralisieren oder alternativ zu dezentralisieren. Analog variant ist die Vorhaltung von lokal nur ausgewählten oder umfassenden Qualifikationen unter den Voraussetzungen der Entscheidungsfreiheit der Anbieter ohne Vorgaben einer regionalisierten Planung. Das gilt ebenso für die jeweils verfügbaren Qualifikationen, deren Vernetzung und spezifische funktionelle Akkreditierung.

Beispiel:

Mit wenigen Ausnahmen wird in Großbritannien die ambulante Versorgung von einem spezifisch lizenzierten Arzt, dem „General Practitioner“, getragen. „Spezialisten“ sind entsprechend nur am Krankenhaus verfügbar. In den 1990er Jahren waren diese Allgemeinmediziner unter dem Einfluss des Managed Care Modells (siehe unten) zugleich auch „fundholder“ aller prospektiv kalkulierten pro-Kopf-Pauschalen, aus denen sie auch die Krankenhausversorgung zu finanzieren hatten. In den USA arbeiten viele Krankenhäuser ohne Ärzte und in Regie von approbierten „Nurses“. Ärzte sind dann jeweils nur als Belegärzte für die von ihnen ambulant (out-patient) versorgten Patienten verfügbar. Unter dem Einfluss der Entstehung hoch integrierter Managed Care Organizations hat sich auch dies immer wieder gewandelt. In dem derzeit entstehenden Krankenversorgungssystem in China sind jeweils in den Provinzen wenige hochintegrierte Krankenhauskartelle die Versorgungsträger, die zugleich auch in kaum nachvollziehbaren quantitativen Dimensionen ambulante Leistungen erbringen. Ansonsten ist die wenig entwickelte ambulante Versorgung in qualifikatorische Stufen gegliedert, die bislang weitestgehend ohne Überweisungssystem arbeiten. Die Folge sind erhebliche Ressourcenvernichtungen und Unzufriedenheiten. In Deutschland ist bei Planungsvorgaben für die ambulante wie für die stationäre Versorgung in beiden Bereichen die Verfügbarkeit der gesamten Facharztpalette möglich. In Finnland wird hingegen die Mehrheit der „ambulant“ Versorgungsleistungen (etwa 60%) von qualifizierten Krankenschwestern getragen.

Kommentar:

Alle Versorgungsstrukturen wirken bislang vor allem durch die Vorhaltung von akkreditiertem medizinischem Fachpersonal sowie der direkten Begegnung mit dem Patienten. Weltweit gibt es erhebliche Anstrengungen, dies zu ändern. Die technische Basis ist die sog. Digitalisierung, die die Bewegung von Personen durch die Bewegung von Daten ersetzt oder ersetzen wird. Damit verändern sich aber auch die Infrastrukturbindungen bezüglich der Lokation wie auch die Notwendigkeiten ihrer qualifikatorischen Besetzung. Es darf – ohne Zeitvorstellung – als sicher gelten, dass die „Delegation“ ärztlicher Aufgaben und deren Substituierung durch technische Lösungen eine Perspektive ist, an der weltweit wirtschaftliche und wissenschaftliche, gemeinsam mit politischen Interessenträgern intensiv arbeiten.

Diese Entwicklungen wirken nicht nur auf die Versorgungsstrukturen ein, sondern in entscheidender Weise auch auf die Versorgungsprozesse und die Vernetzungsfähigkeit von Leistungserbringern. Es erscheint ausgeschlossen, die globalen Versorgungsbedarfe mit den herkömmlichen, bzw. sozialkulturell gewachsenen Versorgungslösungen zu befriedigen. Auch in den Ländern mit hohem Versorgungsstandard wird sich die traditionelle Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und die konzeptionelle Trennung von Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege erheblich ändern und tendenziell auflösen. Diese Entwicklungen werden sich besonders

massiv und durchgreifend in Ländern vollziehen, die heute am Anfang des Aufbaus leistungsfähiger Versorgungssysteme stehen.

Aus der Wahrnehmungsperspektive der Sozialmedizin ist bedeutsam, wie diese Entwicklungen auf die Möglichkeiten wirken werden, Benachteiligungen und Ungleichheiten im Zugang zu Hilfen zu überwinden. Dies ist grundsätzlich keine technische Frage, sondern eine, die an die Perspektiven der sozialökonomischen Entwicklungen und an den politischen Willen zu richten ist.

Unabhängig von solchen Perspektiven (Heft 10) muss grundsätzlich unterstellt werden, dass die strukturellen Wirkungen für die Krankenversorgungssysteme erheblich sein werden. Die außergewöhnliche Zunahme der patientenbezogenen Datenflüsse wird zudem deren Verwaltung und Bewertung durch Menschen kaum zulassen und die Übertragung dieser Funktionen auf künstlich intelligente Akteure erzwingen.

Beispiel:

Bereits heute ist die diagnostische Analytik und die Bewertung ihrer Ergebnisse nur noch vergleichsweise rudimentär eine ärztliche Aufgabe. Sie ist massiv zentralisiert, automatisiert und standardisiert. Es gibt (jenseits der jeweiligen Rechtsnormen) keinen Grund zu der Annahme, dies könnte sich nicht auch auf gutachtliche Expertisen, auf Therapieempfehlungen und Handlungsanleitungen durch künstlich intelligente Systeme ausweiten lassen.

Kommentar:

Die Basis jeder professionellen Krankenversorgung ist – mit wenigen Ausnahmen – die Entscheidung, Hilfe nachzufragen. Führt sie zu einem Patientenkontakt und zu anschließender häuslicher Weiterbehandlung, gilt sie als eine ambulante Inanspruchnahme, bei Verbleib in einer Einrichtung als stationär. Die weit überwiegenden Systemkontakte sind dann sog. „ambulante“ Leistungsnachfragen. Sie folgen in vielen Systemen dem Konzept der Grundversorgung (primary care) und decken ein breites Leistungsspektrum ab, in dem die Inanspruchnahme wegen Krankheit nur einer von vielen weiteren Gründen ist (siehe Heft 7). Zwei der Aufgaben sind die Triagefunktion gegenüber der stationären Versorgung und die anschließende Weiterbehandlung. Die Käufer ambulanter Leistungen haben regelmäßig ein Interesse, den Inhalt dessen was Grundversorgung ist, zu definieren und zu standardisieren. Entsprechend ist die Variationsbreite groß und erzeugt seitens der Patienten Umgehungsstrategien indem sie eine Selbstbewertung als „Notfall“ zur Rechtfertigung der Umgehung der Grundversorgung nutzen. In prospektiv kopfpauschalisierten Entgeltsystemen gibt es hingegen einen starken Anreiz, Leistungen auf einfache und wenig interventive Leistungen zu begrenzen („simple medicine“ und „defensive medicine“). Entsprechend gehört in vielen Versorgungssystemen die „Überweisung“ zum typischen Leistungsritual, in andern wird sie in der Annahme, sie sei wettbewerbs- und marktfeindlich, vermieden.

Die Träger der ambulanten Grundversorgung arbeiten als akkreditiertes nicht-ärztliches und als ärztliches Team in mobilen und stationären Stützpunkten, in eigener Niederlassung, in Ambulatorien und Gesundheitszentren oder auch in ambulanten Einrichtungen mit der Möglichkeit kurzdauernder Hospitalisierung. Die Delegation und die Substitution ärztlicher Qualifikationen ist global ein wichtiges Funktionsprinzip, das nicht zuletzt vor dem Hintergrund der sog. Digitalisierung eine wachsende Bedeutung erlangt.

Krankenhäuser sind heute noch die zentralisierten und den durchschnittlichen fachlichen Standard tragende medizinische Versorgungseinrichtungen. Ihre Funktion und Eigentümerschaft variierten global erheblich. Sie sind, z.B. in Deutschland, Einrichtungen der Akutversorgung. Sie sind in anderen Staaten vor allem hochspezialisierte Einrichtungen, z.B. Traumazentren, Einrichtungen für Kinder oder für die psychiatrische Versorgung oder Notfalleinrichtungen. In jedem Fall stehen Infrastrukturentscheider immer vor der Frage, geeignete kooperative Versorgungslösungen mit der ambulanten, der rehabilitativen oder auch der pflegerischen Versorgung zu finden. *(Zu Vergleichszwecken siehe auch die Publikationen des Commonwealth Fund)*

Rehabilitation umfasst einen Komplex von Leistungen, die der Bewältigung von Krankheits- und Behinderungsfolgen dienen.

Kommentar:

Der Rehabilitation zurechenbare Leistungen sind Kernaufgaben praktizierter Sozialmedizin. Ihr Ziel ist nicht (mehr) die Therapie von Krankheit, sondern der Erhalt und die möglichst weitgehende Wiedererlangung selbständiger Lebensführung, bzw. die Bewältigung von Krankheitsfolgen.

Sie schließt folglich an eine Therapie an, sofern die Trägerschaft solcher Leistungen durch die finanzierende Partei akzeptiert ist (siehe Heft 7). Zu den Folgen der epidemiologischen Transition gehört, dass die Bedarfe zur medizinischen Versorgung komplementärer, ggf. aber auch zu diesen alternativer und konkurrierender Bedarfe, tendenziell wachsen. Sieht man von dem Teilaspekt „Rekonvaleszenz“ (in Deutschland „Anschlussrehabilitation genannt“) ab, spielt Rehabilitation derzeit weltweit kaum eine nennenswerte Rolle. Dies wird sich vermutlich ändern, weil sich die sog. Akutversorgung von der Rehabilitation tendenziell kaum trennen lässt und die Akutversorgung gegenüber der Versorgung von Personen mit langdauernden oder permanenten Hilfebedarfen ihre Bedeutung relativieren wird.

Derzeit spielt – von Sonderthemen abgesehen – die Rehabilitation als Angebot zur Krankheitsfolgenbewältigung weltweit keine wesentliche Rolle. Ihre Zukunft wird folglich über die Bereitschaft entschieden, neben der Akutversorgung, die Bewältigung langdauernden Krankseins ergänzend zu therapeutischen Bedarfen zu einem maßgebenden Ziel professionalisierter und individuell bedarfsorientierter Leistungsange-

bote zu machen. Diese betreffen (siehe Pareto-Verteilung) weit überwiegend Personen im Altersbereich der durchschnittlichen Lebensdauer der entsprechenden Referenzbevölkerungen und werden sich ggf. von Bedarfen nach medizinischer wie von pflegerischer Versorgung kaum trennen lassen. Sie sind folglich integrativ zu konzipieren und in leistungsfragmentierenden Kostenträgerschaften kaum zu platzieren. Es erscheint deshalb auch grundsätzlich problematisch, rehabilitative Angebote als Kostenparalternative zur Akutversorgung oder zu Rentenzahlungsansprüchen zu argumentieren. Es bedarf vielmehr eines allgemeinen sozialen Konsenses, Rehabilitation als ggf. lebensbegleitende professionalisierte Leistung und als Teil einer realen Perspektive autonomer Lebensentscheidungen und -gestaltungen, orientiert an den individuellen sozialen Ressourcen und Lebensbedürfnissen von Patienten zu etablieren.

Hierzu wird es geeigneter Finanzierungsformen komplexer fallbezogener Budgetierungen bedürfen, die einen Anbieter zu komplexen Leistungen verpflichten, die delegierend, auch substituierend von zertifiziertem Fachpersonal als Teamleistung zu erbringen sind.

Ein Problem der Rehabilitation folgt aus dem von A. Antonovsky (1923-1994) als „Sense of Coherence“ beschriebenen Phänomenen mit den Aspekten „comprehensibility“, „meaningfulness“ und „manageability“, die in hohem Maße sozial (vor allem bildungs- und motivationskorreliert sind). Dies bringt alle Versorgungssysteme, die dem Sozialausgleich verpflichtet sind in nennenswerte Legitimationskonflikte, wenn bei den Leistungsentscheidungen soziale Selektionsmuster zu untersagen sind.

Pflege umfasst zwei Leistungsarten, einmal die Pflege „Kranker“, zum anderen die Pflege von Behinderten. Sie ist folglich Teil einer therapeutischen Leistung oder Teil einer Hilfe zur Kompensation von teilweisen oder vollständigen, langdauernden oder dauerhaften Verlusten der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung.

Kommentar:

Die Dienstleistungen, die mit präventiven, geburtshilflichen, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen oder pflegerischen Zielen zu erbringen sind, bedürfen eines weiten Spektrums qualifikatorischer Voraussetzungen. Sie gehen weit über die unmittelbar an und mit Patienten zu erbringenden Leistungen hinaus und sind in ihrer Struktur – soweit professionalisiert zu erbringen – von der Qualifikation und der berufsspezifischen Akkreditierung abhängig. Soweit es sich um medizinisch-interven-tive Leistungen handelt, folgt die professionelle Differenzierung typischerweise z.B. ärztlichen, psychotherapeutischen, geburtshilflichen physiotherapeutischen, pharmazeutischen und pflegerischen Leistungen. Deren spezifische Zulassungen werden durch die globalen Rechtsordnungen unterschiedlich geregelt. Diese Regelungen folgen den jeweiligen Ausbildungsständen, jeweils durchsetzungsfähigen

gruppenspezifischen Professionsinteressen und den jeweiligen Zulassungsordnungen sowie den verfügbaren Qualifikationen.

Die Bedeutung der Pflege kranker Personen ist unbestritten und global im Wesentlichen ein fester Bestandteil der allgemein akzeptierten medizinischen Versorgungskonzepte sowie dem Rehabilitations- und Pflegeverständnis. Sehr unterschiedlich sind allerdings die Berufszulassungen geregelt. Die Variationsbreite der berufsspezifischen Aufgaben und Zulassungen sowie die Qualifikationsanforderungen variieren weltweit erheblich. In der Regel sind der Pflege Versorgungs- und Unterstützungsaufgaben zugewiesen, die sich an Patienten, deren Familien und das gemeindliche Lebensumfeld richten. Eine erhebliche Bedeutung haben dabei in vielen Ländern und sozialen Settings Aufgaben der sozialen Unterstützung und Lebens- und sozialrechtlichen Beratung, einschließlich der Familien und Erziehungsberatung. Ihre Funktionen können als ärztlich delegierte aber auch Arzt substituierende Funktionen bis zur Verordnung von Medikamenten autorisiert sein. Global vollziehen sich hier Spezialisierungsprozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Implementation von telemedizinischen Techniken gesehen werden müssen. In vielen Staaten verbindet sich mit den pflegerischen Berufen in sehr nachdrücklicher Weise die Modernisierung und Fortentwicklung der Krankenversorgungssysteme.

Allgemein gilt, dass die Staaten dem Ziel folgen

- Qualifikationen hierarchisch zu gliedern
- Selbständigkeit und Kooperation zu fördern
- Verantwortungsdelegation und -substitution zu unterstützen und
- Zulassungen leistungsgegenständlich zu begrenzen, bzw. zu differenzieren

Das betrifft nicht nur die sog. Gesundheitsberufe in ihrer Gänze, sondern auch jede der Qualifikationsgruppen. Entsprechende Entscheidungen haben eine erhebliche systemische Wirkung, weil das Ausmaß der zugelassenen selbständigen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen, den Personal- und damit auch den Kostenbedarf entscheidet.

Der Kontext der Pflege behinderter Personen muss hiervon unterschieden werden. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit als Behinderungsfolge ist ein weitgehender Bruch mit dem bisherigen Leben. Dessen Bewältigung ist nicht nur für die von Pflege Abhängigen, sondern ist auch für deren Umgebung ein tiefer Einschnitt. Ein Mindestmaß an öffentlicher Kontrollfähigkeit über den Umgang mit Menschen, die von anderen abhängig sind, also die Kontrolle der Helfer, ist deshalb unerlässlich. Folgerichtig sind diese Leistungen in vielen Ländern Teil des Selbstverständnisses der sozialen Funktionen des Lebens in den Gemeinden, im Sinne einer praktischen sozialmedizinisch orientierten „Community Medicine“. Die Interpretationen der Hilfeerfordernisse und der Konzepte ihnen zu entsprechen sind durch die Pole einer aktiven zugehenden „Fürsorge“ (Patientenmodell) und eine aktive „holende“ bzw. kaufende Eigenverantwortung (Kundenmodell) bestimmt und dann so auch oft explizit rechtlich, in einigen

Staaten auch verfassungsrechtlich normiert. Der Konflikt steht für die für die Interessen- und Bedarfsverschiedenheiten von sozialen Schichten, Gruppen und Milieus.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sind die Leistungserfordernisse der Pflege wichtige sozialpolitische Herausforderungen. Sie werfen die Frage auf, ob ihnen innerhalb oder außerhalb der vorfindlichen medizinischen Versorgungssysteme entsprochen werden soll. Die Antwort auf diese Frage berührt grundsätzlich die professionellen Selbstverständnisse der Berufsgruppen und findet weltweit bislang keine allgemein getragene Lösung.

Der Kontext der Pflege behinderter Personen muss vom klassischen „nursing“ unterschieden werden. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit als Behinderungs- oder Altersfolge ist ein weitgehender Bruch mit dem bisherigen Leben. Dessen Bewältigung ist nicht nur für die von Pflege Anhängigen, sondern auch für deren Umgebung ein tiefer Einschnitt. Ein Mindestmaß an öffentlicher Kontrollfähigkeit über den Umgang mit Menschen, die von anderen abhängig sind, also die Kontrolle der Helfer, ist deshalb unerlässlich. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sind diese Leistungserfordernisse wichtige sozialpolitische Herausforderungen. Sie werfen die Frage auf, ob ihnen innerhalb oder außerhalb der vorfindlichen medizinischen Versorgungssysteme entsprochen werden soll. Die Antwort auf diese Frage berührt grundsätzlich die professionellen Selbstverständnisse der Berufsgruppen und findet weltweit bislang keine allgemein getragene Lösung.

4 Die Finanzierung der Krankenversorgung

Die soziale Effektivität der Krankenversorgungssysteme wird durch ihre Finanzierungsform entschieden.

Hier bezeichnet die „soziale Effektivität“ von Systemen der Krankenversorgung vor allem ihre sozial nicht diskriminierte Zugänglichkeit bei medizinischem Hilfebedarf und die Nutzung der Ressourcen nach Maßstäben der Notwendigkeit und des Erfordernisses. Soziale Effektivität schließt folglich nach Prioritäten geordnete, ggf. budgetierte und rationierte Mittelverwendungen ein. Ihr Maßstab ist der sozial selektionsfreie Zugang für alle Bürger gemäß verbindlich vereinbarter Leistungskataloge. Dieser Anspruch unterscheidet sich zwischen den denkbaren Finanzierungssystemen allein durch seine allgemeine oder alternativ nur seine sozial selektive Wirksamkeit.

Die sozial undiskriminierte Zugänglichkeit setzt kollektive Finanzierungssysteme der Krankenversorgung voraus. Diese sind ein Resultat der Staatenbildung und übertragen den Staaten letztlich die Sicherung einer sozial nichtdiskriminierenden Ressourcenallokation (wie immer ggf. delegiert) als hoheitlicher Verantwortung, die im besten Fall in demokratischen Verfahren zu rechtfertigen ist. Die geschichtliche Herausbildung von Staaten zentralisierte also nicht nur Entscheidungsmacht, sondern auch Verantwortung und Rechtfertigungszwänge. Mit der Entstehung von Staaten verband sich zudem immer auch das Interesse am Machterhalt. Dafür gab es drei Wege: territoriale Abgrenzung, die Schaffung von Staatsbürgern (Identifikation) und die soziale Strukturbildung durch Hierarchien und Normensetzung für die verstaatlichten Gesellschaften und deren Lebensweisen.

Alternativ hierzu sind alle sozial selektiv wirksamen Krankenversorgungssysteme, die die prospektive Risikoabsicherung und dann die zugänglichen Leistungen selektiv an die individuelle Kaufkraft binden.

Dem einen wie dem anderen Modell sind jeweils spezifische Schwierigkeiten assoziiert. Kollektive Finanzierungssysteme (umlagen- oder steuerfinanziert) übertragen die Ressourcenallokation zu einem erheblichen Teil den Versorgungsakteuren und erzeugen ein Problem, das auch als Roemer's Law bezeichnet wird. Dies erzwingt deren Rechtfertigung und Überprüfbarkeit durch eine eigenständige (sozial-)medizinische oder eine administrative Kompetenz. Ihre Aufgabe ist dann die Abwehr von Schäden für die kollektiv finanzierende Partei. Individuelle Käufermodelle bedürfen hingegen (nur) der Überprüfung der korrekten Anwendung der individuellen Käuferverträge. Diese dann auch zu prüfen liegt in vielen Systemen nicht im Interesse der versichernden Partei und ist durch den Versicherten in der Regel mit vertretbarem Aufwand nicht möglich.

Die Etablierung entsprechender Finanzierungssysteme war geschichtlich weder ein einheitlicher noch ein umfassender und allgemeiner Prozess. Bis in die Gegenwart ist deren Herausbildung weder abgeschlossen noch hat sie zu auch nur annähernd

einheitlichen Lösungen geführt. Sie ist vielfältiger Konfliktgegenstand von gesellschafts- und staatstheoretischen Debatten sowie sozialpolitischer Konzepte und wirtschaftlicher Interessen.

Beispiel:

Taiwan ist eines der vielen Beispiele für eine staatlich garantierte Krankenversicherung (National Health Insurance - NHI) für alle Bürger und für legal im Lande lebende Ausländer mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 6 Monaten. Begründet 1995 garantiert das System umfassenden Risikoschutz und niedrigschwelligen Zugang zu notwendigen medizinischen Hilfen. Nahezu 100 Prozent der Bevölkerung haben so Zugang zur Krankenversorgung, die ambulante und stationäre Versorgung, Leistungen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Medikation, Prävention, Rehabilitation, Pflege sowie die freie Arzt- und Krankenhauswahl einschließt. Die Budgets der Sozialversicherung werden zu 40% durch die Versicherten, zu 33% durch die Arbeitgeber und zu 27% aus dem Steueraufkommen finanziert. Zusätzlich gibt es staatlich regulierte maximale Selbstbehalte für Medikamente, ambulante Leistungen und für die zahnärztliche Versorgung. Jeder Bürger hat eine Versichertenkarte mit allen Krankheits- und Versicherungsdaten, die auch den unmittelbaren Zugriff auf die Datenbestände der zentralen Sozialversicherung ermöglicht. Zu den kritisierten Schwächen des Systems gehört der Anreiz, an teure Spezialisten zu überweisen und so eine massive und medizinisch nicht gerechtfertigte Überversorgung zu initiieren.

Kommentar:

Es gab und gibt bis heute mindestens zwei maßgebliche Gründe für die umgekehrte Reziprozität von Gesundheitsgefährdungen und sozialer Lage Lösungen zu finden. Der eine Grund ist die mögliche Gefährdung des sozialen Friedens, wenn es eine mehrheitlich geteilte Erwartung ist, die Absicherung des Versorgungsrisikos sei eine staatliche Aufgabe. In diesem Fall sind dann die hierfür zu setzenden Rahmenbedingungen zu klären. Der andere Grund ist die Tatsache, dass die Krankenversorgung und die sie umgebene Medizinindustrie heute in sozialökonomisch entwickelten Staaten der größte Wirtschaftszweig sowohl nach den Umsatzgrößen als auch nach den Bedarfen an Arbeitskräften ist. Diese Industrie könnte allein aus privater Risikoabsicherung nicht vergleichsweise wirtschaftlich erfolgreich sein.

Die Finanzierung des „medizinisch-industriellen Komplexes“ ist damit weit jenseits ethischer Diskurse ein grundsätzliches gesellschafts- und wirtschaftsstrategisches Interessenfeld, das dann aber auch die Systeme der Krankenversorgung prägt.

Diese darstellen zu wollen, führte direkt in die Analyse von Interessenkonflikten, die bestenfalls nur zeitweilig zu befrieden sind. Der entscheidende Punkt ginge dann um die Beantwortung der Frage, wie eine Gesellschaft mit der Asymmetrie von Hilfebedarf und kaufkräftiger Nachfrage umgehen soll. Wenn eine Gesellschaft mehrheitlich akzeptiert, dass die Bedarfsbefriedigung im Falle von Krankheit, Behinderung und

Unselbständigkeit ausschließlich von der individuellen Kaufkraft abhängig sein soll, nimmt sie hin, dass Teile ihrer Bevölkerung nicht in der Lage sein werden, Hilfen zu erlangen. Dies wäre von der Situation zu unterscheiden, in der diese Bereitschaft zwar existiert, ihr aber objektiv nicht entsprochen werden kann.

Ist hingegen die Verfügbarkeit medizinischer Hilfen mehrheitlicher Bestandteil des sozialen Selbstverständnisses, müssen mindestens folgende Fragen beantwortet werden:

1. Für wen und in welchem Umfang soll eine kaufkraftunabhängige Finanzierung gesichert werden?
2. Wie soll die Finanzierungslast über eine Bevölkerung verteilt werden?
3. Wer ist berechtigt, über die Ressourcenverwendung zu entscheiden, bzw. wer hat sich für diese zu rechtfertigen?
4. Mittels welcher Mechanismen soll die Finanzierung praktisch organisiert werden?

Bei der Beantwortung dieser über die soziale Effektivität entscheidenden Fragen sind die globalen Gesellschaften – soweit sie sich diese gestellt und dann auch Antworten gefunden haben – zu sehr unterschiedlichen und zumeist auch inkonsistenten Ergebnissen gekommen. Es handelt sich praktisch immer um „Mischformen“, die innerhalb der Staaten und jeweils für deren Bevölkerungen oder auch nur für Teile von diesen sehr verschieden sein können. Zusätzlich folgen solche Systeme oft Begründungen, die geschichtlich nachvollziehbar sind, in der Gegenwart aber nicht mehr zutreffen. Ihre Reform- oder gar Transformationsbedarfe sind also nicht aus der Bewertung von Klassifikationen, sondern nur im Kontext der jeweiligen sozialstrukturellen und -ökonomischen Bedingungen für die Effektivität der Systeme herzuleiten. Dies erschwert jeden Versuch, die globalen Finanzierungssysteme konsistent zu klassifizieren.

Folgerichtig ist eine entsprechende Bemühung der Versuch, deren jeweilige sozialen Wirksamkeiten zu ordnen. Kriterien der sozialen Wirksamkeit aus sozialmedizinischer Perspektive sind dann

- die Minimierung sozialer Konflikte um die Zugänglichkeit gesundheitsbezogener, im Besonderen medizinischer Hilfen
- die Nichtgefährdung der sozialen Existenz von Menschen infolge von Hilfebedarf und dessen Inanspruchnahme
- die Vermeidung von Über- und Unterversorgung
- der Schutz von Patienten im Falle von Fehlversorgungen
- die Legitimation von medizinischen Interventionen durch Evidenzbasierung, Rechtzeitigkeit, Notwendigkeit und Angemessenheit und durch Zulassungsregeln für Anbieter von Hilfen
- die Eigentümerschaft der Patienten über ihre Datenabbilder

Soziale Wirksamkeiten sind strikt von den mikroökonomischen Effizienz- und Erfolgsmaßstäben der Leistungsträger und der Leistungserbringer zu unterscheiden. Deren Wirksamkeitserwartungen sind von anderen als medizinischen Zielen geleitet, z. B. von Kosten, Preisen, Umsätzen oder Marktabdeckung. Nutzer, Finanzierer und Erbringer haben folglich je spezifische Zielhorizonte für ihrer Effektivität. Diese zu unterscheiden ist vor dem Hintergrund des „Aufstiegs“ der Gesundheitswirtschaft zu einem wirtschaftlichen Großakteur von einiger Bedeutung, weil sich damit die Relationen zwischen den Wirksamkeitszielen mit Folgen für jedes einzelne dieser Ziele verändern.

Die Gleichstellung der medizinischen Versorgungssysteme mit jeglichen anderen Wirtschafts- und Dienstleistungsgütern hat zu der Vermutung geführt, die medizinische Versorgung könne nicht nur, sondern müsse zwingend den Managementkonzepten der Produktions- und Dienstleistungsbranchen unterworfen werden. Die Gleichstellung medizinisch-personaler Dienstleistungen mit jeglicher anderer Wirtschaftstätigkeit hat offenkundig global die Bereitschaft der politischen Akteure befördert, diese Übertragungen nicht nur „technisch“, sondern auch zielgebend zu akzeptieren. Hieraus entstehen eine Reihe von Problemen, deren Auflösungsversuche die Krankenversorgungssysteme tiefgreifend verändert. Diese Veränderungen betreffen vor allem die strukturellen und prozessualen Arbeitsweisen und Wirkbedingungen der Krankenversorgung. Die Übertragung der Konzepte der Markt- und Wettbewerbssteuerung auf die Prozesse der Krankenversorgung ist global nicht abgeschlossen, aber sie ist der entscheidende der vielen derzeit ablaufenden Transformationsprozesse.

Beispiel:

Indien verfügt seit 1983 über ein staatliches und regional verwaltetes Versorgungssystem. Daneben existiert ein privatwirtschaftlich getragenes Anbietersystem und karitative Institutionen spielen eine wesentliche Rolle. Ein leistungsfähiges Versicherungssystem fehlt. Während der staatliche Sektor von dramatisch schlechter Qualität ist, entsprechen die privatwirtschaftlichen, z.T. global aktiven Anbieter dem europäischen und nordamerikanischen Standard. Die Wachstumsrate für diesen Bereich ist hoch, die sozialen Unterschiede der Verfügbarkeit sind allerdings gravierend. Das betrifft vor allem die ländlichen Regionen und die Slums der großen Städte. Der Widerspruch zwischen dem ökonomischen Wachstum des Landes, den Fortschritten in der Krankenversorgung und ihren Resultaten ist ein erhebliches Problem für die Stabilität des inneren sozialen Friedens und für die künftigen Entwicklungsperspektiven dieses bevölkerungsreichsten Staates der Erde.

Kommentar:

Für die Sozialmedizin ist es in diesem Zusammenhang wichtig, hierzu ihre fachwissenschaftliche Sicht zu formulieren, also nach den sozialen Effekten der Transformationen zu fragen. Eine wichtige Voraussetzung ist es dann zu klären, ob und in welchen Grenzen die Krankenversorgung von anderen Dienstleistungen und den Warenproduktionen zu unterscheiden ist. Mit dieser Frage hat sich analytisch allerdings primär nicht die Sozialmedizin, sondern die Dienstleistungsökonomik auseinandergesetzt (*Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Nomos-Verlag Baden-Baden, ISBN 3-7890-3340-5*). Der Versuch einer analytischen Durchdringung der hier entstehenden Probleme hat Aspekte zu berücksichtigen, die bei deren Bearbeitungen durch Herder-Dorneich in ihrem vollen Ausmaß noch nicht absehbar waren. Das betrifft vor allem

- die veränderte Bedeutung ärztlicher Leistungen für die Wirksamkeit medizinischer Dienstleistungen,
- die Notwendigkeiten und die technischen Möglichkeiten der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben,
- die Globalisierung medizinischer Versorgung,
- die Veränderung des „Patienten“,
- die Rolle der Digitalisierung bei der Steuerung von Versorgungsprozessen und deren sich ändernden strukturellen Voraussetzungen,
- die Reduktion der ärztlichen Arbeitsanteile an der Absicherung der sozialen Effektivität der Versorgung.

Der Versuch, den „Leistungserbringer“ zu beschreiben, fällt zunehmend schwerer. Traditionell waren dies Personen, die ihre Dienstleistung auf eigenes wirtschaftliches Risiko, in einigen Regionen auch in der doppelten Funktion als quasi-Versicherer (pre-paid services) und als Leistungserbringer anboten. Mit der Trennung von Dienstleistung und Wirtschaftsrisiko entstanden dann zwei neue Akteure mit konfligierenden Interessen: die Verkäufer und die Käufer von medizinischen Dienstleistungen.

Beispiel:

Auch die Finanzierung von Infrastrukturen der medizinischen Versorgung erfolgt nach den Vorgaben des sog. „Basler Ausschusses der Bank für Internationalen Zahlungsausgleichs“ „Basel III“. Dies geschieht nach Maßgabe der Eigenkapitalrichtlinie. Diese bestimmt zwar die Kapitalausstattung der Banken, doch können diese die Vorgaben nur erfüllen, wenn sie sie auch zur Grundlage ihrer Kreditvergaben machen. Damit wird die Profitabilität der Investitionen (z.B. in die Krankenhausinfrastruktur einer Region) zu der letztendlich entscheidenden Bestimmungsgröße der Kredit- und Investitionsentscheidung. Am 05.08.2018 warnte das

Institut (Zugriff 22.01.2019), traditionelle Banken könnten von sog. BigTech-Unternehmen (z.B. Google, Amazon oder Apple) übernommen werden. Damit würden dann diese auch über die Ausgestaltung der Staaten mit Infrastrukturen der Krankenversorgung entscheiden, also maßgeblich in die bislang regionalen Hoheiten der Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitiken der Staaten eingreifen. Diese Vermutung gilt offenbar auch für unmittelbare und selektive Übernahmekonzepte des Geschäfts Krankenversicherung.

Kommentar:

Solche Entwicklungen verändern die traditionelle Rolle „der Ärzteschaft“ grundlegend. Weder sind sie alleinige und oft auch nicht mehr die entscheidenden Funktionsträger der Versorgung im Verhältnis zu deren Ergebnis, noch können diese in Gänze bedingungslos als dominante „Erbringer“ bezeichnet werden. Wenngleich hierzu keine quantitativen Übersichten vorliegen, kann wohl davon ausgegangen werden, dass sich mit der Trennung von „Leistungserbringern“ und „Investoren“ die Krankenversorgung grundlegend verändert hat, bzw. weiter verändert (*siehe hierzu auch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012*).

Für die Zwecke dieses sozialmedizinischen Kompendiums ist der Charakter medizinischer Dienstleistungen wie ihn u.a. auch Herder-Dorneich beschreibt, weiterhin bedeutsam:

1. Die Versorgung Kranker ist eine Dienstleistung, die nicht nur für, sondern auch am und mit Menschen erbracht wird. Sie ist nur möglich, wenn der Patient anwesend ist. Produktion und Konsumtion fallen somit praktisch immer zeitlich und räumlich zusammen (uno-actu-Prinzip). Ausnahmen gibt es eigentlich nur in der Diagnostik. Regelmäßig und mit wenigen Ausnahmen erfordern solche Dienstleistungen die aktive Mitwirkung des Patienten. Folglich sind auch die Ergebnisse von dieser Interaktion, bzw. der Interaktionsfähigkeit und -bereitschaft mit abhängig.
2. Medizinische Dienstleistungen sind nicht lagerfähig und haben eine Lebensdauer, die diesen nicht unkonditioniert zugerechnet werden kann. Sie können auch nicht unabhängig von ihrer „Konsumtion“ produziert und angeboten oder zur Auswahl gestellt werden.
3. Ihre mangelnde Kapazitätselastizität ist ein weiteres Wirksamkeitsproblem. Die Bilanzierung von Angebot und Nachfrage ist grundsätzlich schwierig. Wenn das Angebot die Nachfrage überschreitet (Käufermarkt), ist es grundsätzlich problematisch, hierauf mit nicht notwendigen bzw. nicht indizierten Leistungen zu reagieren. Es müssen zudem immer auch Kapazitäten vorgehalten werden, die nicht genutzt werden. Überschreitet hingegen die Nachfrage die vorgehaltenen Kapazitäten (Anbietermarkt), ist deren Ausweitung in der Regel zeitnah nicht möglich.

Es gibt folglich ggf. ein Interesse, die Entstehung von Käufermärkten zu verhindern. Wartelisten sind in der Öffentlichkeit jedoch zumeist unerwünscht. Versuche, diese Dilemmata durch Angebotszentralisierungen aufzulösen, gelingen nur begrenzt und vorübergehend, da sie dem Prinzip der Verknappung von Angeboten folgen. Die Erwartung, die Nachfragebereitschaft würde sich dem anpassen, wird – soweit hierzu Erfahrungen vorliegen – jedoch in der Regel enttäuscht. Besonders Ältere und sozial Benachteiligte ohnehin werden auf Zentralisierungen mit Nachfrageverzicht reagieren. Dieses Problem ist in seiner Relevanz dem Bedarf nach spezialisierten Angeboten direkt proportional und wird Patientenselektionen u.a. nach den Merkmalen Alter und individuelle soziale Lage bewirken. Die denkbare Antwort auf dieses Problem, nämlich seine Auflösung durch prospektive Kalkulationen von Bedarfen und entsprechenden Kapazitätsplanungen, wird hingegen als marktadverse Strategie zumeist abgelehnt (*siehe hierzu auch Rüschmann, H.-H. et al Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme. 2000 Springer Verlag; ISBN 978-3-540-66091-0*).

4. Die mangelnde Kapazitätselastizität hat eine weitere Folge: Systeme der Krankenversorgung können der Produktivitätsentwicklung der Industrie nur folgen, wenn sie ihre „Produktionsprinzipien“ industrialisieren und auf selektive Angebotsportfolios begrenzen. Mengenausweitungen, Prozessstandardisierungen, Arbeitsverdichtungen und die „Depersonalisierung“ der Leistungsprozesse werden strategische Handlungsoptionen, die nur durch Technisierung und interpersonale Entgeltspreizungen aufgefangen werden können.
5. Eine sehr spezifische Konsequenz der Übertragung industrie-konformer Managementstrategien (siehe z.B. die aus der Autoindustrie übernommenen Konzepte Total Quality Management, Lean, Six Sigma, Concept of Constraints) auf die Krankenversorgung ist die Schaffung von Produktklassifikationen für medizinische Leistungen mit je klassenidentischen Beschaffenheiten. Diese sollen dann markt- und wettbewerbskonforme Mengen- sowie Preisverhandlungen und so die Schaffung von „echten“ Märkten ermöglichen. Durch diese Prozesse wird sowohl die Anbieter- wie auch die Patientenmacht strategisch geschwächt, allerdings mit Folgen, die wenig konsensfähig sind. Neben sozialen und professionellen Spannungen sind es vor allem die kaum beherrschbaren Kosten- und Aufwandsentwicklungen, die hier als problematisch zu nennen sind.

Die Bemühungen um eine Klassifizierung der Finanzierungssysteme haben sich deshalb mit einer Reihe von Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Eine dieser Schwierigkeiten ist die Identifizierung dessen, was „Krankenversorgung“ ist und beinhaltet.

Dabei gilt:

- Gleich bezeichnete Krankheiten können ungleiche Bedarfe von Hilfen verursachen.
- Gleichartig kranke Personen können ungleicher Hilfen bedürfen.

- Die Vielzahl der Erbringer medizinischer Leistungen werden überaus häufig gleiche Bedarfe unterschiedlich bewerten.
- Der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen muss (möglichst) überall und in gleicher Weise und Qualität verfügbar sein.
- Die Kosten medizinischer Hilfen überschreiten zumeist die individuelle Finanzierungskraft des Einzelnen. Das führt zu einer Trennung von Leistungsnutzer (Patient) und Kunde (Kostenträger) des Leistungsanbieters (purchaser-provider-split).
- Der Leistungserfolg ist in einem hohen, im Einzelfall jedoch nicht zu bestimmen und zu normierenden Maße auch von der Mitwirkung des Nutzers (zumeist also des Patienten) abhängig. In Verbindung mit der oft zwingend notwendigen Arbeitsteilung unter den an der Dienstleistung Beteiligten erschwert das die Zuordnung des Dienstleistungsergebnisses zu einem bestimmten Einzelakteur.
- Als personale Dienstleistungen sind diese zumeist umfassend durch rechtliche Vorgaben und eine hohe Regelungsdichte reguliert.

Hier werden acht Finanzierungsformen unterschieden:

1. karitative Leistungsfinanzierungen
2. steuerfinanzierte Systeme
3. Öffentlich-rechtlich umlagefinanzierte Systeme
4. Privatrechtliche gemeinnützige Ersatzkassen (Non-For-Profit Indemnity Insurances)
5. Privatrechtliche gewinnorientierte Ersatzkassen (For-Profit Indemnity Insurances)
6. Öffentlich-rechtlich organisierte Ersatzkassen (Public Indemnity Insurances)
7. Kapitalgedeckte Pflichtversicherungen (Medical Saving Accounts)
8. Managed Care Versicherungen

Für die Beurteilung der qualitativen Leistungsfähigkeit der Finanzierungssysteme werden zumeist folgende Kriterien genutzt:

- Zugänglichkeit
- Bedarfsorientierung
- Soziale Effektivität
- Effizienz

Eine Klassifizierung nach diesen Kriterien unabhängig vom Finanzierungstyp misslingt allerdings.

Finanzierungstyp	Zugänglichkeit	Bedarfs-orientierung	Soziale Effektivität	Effizienz
karitativ	begrenzt, zufällig	nicht normiert	gering	hoch
steuerfinanziert	verpflichtend, all-gemein	normierte Leis-tungskataloge	hoch	hoch
umlage-finanziert	verpflichtend, all-gemein	normierte Leis-tungskataloge	hoch	hoch
öffentlich-rechtli-che Ersatzkassen	begrenzt	normierte Leis-tungskataloge	hoch	hoch
privatrechtlich gemeinnützige Ersatzkassen	begrenzt	normierte Leis-tungskataloge	gering	gering
privatrechtlich gewinnorientierte Ersatzkassen	begrenzt	nach individueller Kaufkraft	gering	gering
kapitalgedeckte Pflichtversiche-rungen	verpflichtend, all-gemein	nach individueller Kaufkraft	gering	gering
Managed Care Versicherungen	verpflichtend	normierte Leis-tungskataloge	begrenzt	begrenzt

Tab. 1: Typologie der Krankenversicherungen

Auch innerhalb der Finanzierungstypen ist die Variationsbreite erheblich.

Tabelle 1 zeigt, dass die Alternative zu direkten Zahlungen durch den Patienten die Finanzierung durch eine „dritte“ Partei (third party payer) ist. Nur dann, wenn Leistungen direkt durch den Patienten entgolten werden, ist er auch der Kunde. In allen anderen Konstellationen ist die dritte Partei der Kunde und damit der Marktakteur. Ob das auch im Falle von Ersatzkassen der Fall ist, kann strittig gestellt werden, wenn der Patient nicht völlig abschätzen kann, welche Kosten ihm erstattet werden.

Die Mehrheit aller Finanzierungssysteme sind Mischformen der verschiedenen Alternativen.

Beispiel:

Australien hat ein öffentlich-rechtlich organisiertes Gesundheitssystem, das als Medicare bezeichnet wird (nicht zu verwechseln mit dem U.S. Medicare). Es bietet

den Staatsbürgern den unentgeltlichen Zugang zur Versorgung im Krankenhaus und kofinanziert ambulante Leistungen. Es wird durch eine 1,5 prozentige Steuer aller Steuerbürger und eine zusätzliche einprozentige Steuerabgabe der "Großverdiener" auf ihr jährliches steuerpflichtiges Gesamteinkommen finanziert. Das sog. private Gesundheitssystem ist eine 2. Säule, die durch freiwillige private Krankenversicherungen abgedeckt wird. Die größte dieser Versicherungen "Medi-bank Private" ist im Eigentum des Staates. Unter den „Privatversicherungen“ finden sich sowohl profitorientierte wie auch gemeinnützige Versicherungen, die auf identische Weise rechtlich reguliert sind. Risikoselektion ist verboten. Aus diesem Grunde sind auch Personenklassifikationen untersagt. Die Prämienkalkulation folgt einem "community rating" entsprechend den Durchschnittsrisiken der entsprechenden Region.

Beispiel:

Die nationale Krankenversicherung Frankreichs, begründet 1945, gilt nach dem Ranking der WHO im Jahr 2010 als das weltweit beste System. Die Gründe sind die hohe Versorgungsqualität, basierend auf den Prinzipien von Gleichheit, Solidarität und allgemeiner Zugänglichkeit. Einschätzungen besagen, das System würde Elemente des Beveridge Modells und des deutschen Konzepts vereinen. Die Krankenversicherung ist wie das deutsche Modell als Basisversorgung („régime général“) für etwa 85% der Bevölkerung konzipiert. Die Finanzierung erfolgt über lohnabhängige Beiträge und zusätzlich über einen Anteil aus Steuermitteln. Es handelt sich um ein zentralstaatliches System. Niedergelassene Ärzte entscheiden über ihre Niederlassung nahezu frei. Krankenhäuser unterliegen hingegen einer strikten Planung mit Budgetierung und zentralisierter Ressourcenallokation. Alle Bürger sind verpflichtet, nach ihrem Gesamteinkommen in die Krankenversicherung einzuzahlen. Kinder und nicht verdienende Angehörige haben die gleichen Versorgungsansprüche wie die Zahler. Die niedergelassenen Ärzte aller Spezialisierungen sowie Zahnärzte, Pflegekräfte und Pharmazeuten, arbeiten als privatwirtschaftliche Unternehmer. Krankenhäuser können ambulante Leistungen anbieten. Sie sind zu 80% in der Eigentümerschaft der Öffentlichkeit und gemeinnütziger Anbieter. Patienten haben die freie Arzt- und Krankenhauswahl. In der Regel werden die ambulanten Leistungen direkt vom Patienten bezahlt und von den Krankenkassen ersetzt. Krankenhausleistungen werden seit 1982 nach einem DRG-analogen Konzept, der „Classification Commune des Actes Médicaux“ entgolten.

4.1 Karitative Finanzierungen

Die ursprünglichste Form der Hilfeleistung ist die solidarische, gegenseitige und gemeinnützige Hilfe.

Ihr hoher Rang wird zumindest indirekt durch die Tatsache bestätigt, dass

„wohltätige“ Hilfen praktisch in allen Wertesystemen, die Menschen teilen, einen hohen Stellenwert haben und öffentliche Anerkennung genießen. Der Charakter dieser gegenseitigen, freiwilligen und gemeinnützigen Hilfen hat sich über die Jahrtausende erheblich differenziert und modifiziert. Das gilt auch für die Motive und Wirkprinzipien. Sie sind jedoch ein wesentlicher Aspekt der Zivilisationsgeschichte und eine Bedingung zur Formung des gemeinschaftlichen Zusammenlebens.

Gegenseitige Hilfen sind nicht frei von Nutzenerwägungen. Sie fördern unter archaischen Lebensweisen die Zusammengehörigkeit von Familien, Gruppen und Gruppenverbänden, vermitteln Schutzerfahrungen, mildern Spannungen und geben Sicherheit. Die Erwartung sozialer Anerkennung, ebenso wie das Versprechen von Religionen, über das eigene Leben hinausreichende Würdigung zu erfahren, waren und sind wirksame Motivatoren karitativer Hilfen.

Mit der Vergesellschaftung der Lebensweisen, vor allem mit deren Verstaatlichung, waren karitative Finanzierungen auch ein Aspekt der Nationenbildung und der Bemühungen um den Ausgleich vertikaler sozialer Ungleichheit.

Die auch in der Gegenwart wichtigsten Institutionalisierungen karitativer Hilfen sind die korporatistisch und genossenschaftlich organisierten Umlage- und die Steuerfinanzierungen. Ihr wichtigstes Ziel und Wirkprinzip sind spezifische sozialpolitisch motivierte Vermögensumverteilungen. Mit ihnen hat sich vor allem eines geändert: Aus einer freiwilligen Spende wurde eine verpflichtende und legal geregelte Aufgabe. Mit ihr verbinden sich z.B. die Absicherungen der Krankheitsrisiken nach den Prinzipien der französischen *Dispensaires*, nach dem Konzept Otto von Bismarcks (1815-1898) oder nach dem von William Henry Beveridge (1879-1963).

Beispiel:

*Das 1640 in Frankreich als staatlich finanzierte Nothilfe für die Ärmsten entstandene Dispensairesystem (siehe Heft 6) ist ein karitatives Hilfekonzept, das viele modifizierte Verbreitungen gefunden hat, so z.B. in den USA. Als institutionalisierte Einrichtungen des Public Health spielten Dispensaires bis etwa 1927 eine wichtige karitative Rolle in der Krankenversorgung der Ärmsten, vor allem auch für die aus Europa kommenden Migranten. Als Konkurrenz der niedergelassenen Ärzteschaft wurden sie allerdings auch wirksam bekämpft (Starr, P., 1982: *The Social Transformation of American Medicine*. pp 181-184; Basic Books, New York, ISSN 15229-8795). Das änderte nichts daran, dass sich bis heute auch in den USA Ärzte und Krankenschwestern, aber auch staatliche und private Krankenhäuser karitativ engagieren, um Nichtversicherten und Migranten Hilfe zu leisten. In diesem Sinne können aber auch legale Versorgungsprinzipien wie die legalen Zugangsrechte in der Notfallversorgung oder die Versorgungsanrechte nach den jeweiligen bundesstaatlichen Regelungen zum Medicaid Act gesehen werden.*

Beispiel:

Das deutsche Modell einer gesetzlichen Krankenversicherung folgt einem genossenschaftlichen Ansatz, der die Genossenschaftsmitglieder und die gesetzlichen Rentenempfänger verpflichtet, sich mit einer einkommensabhängigen und bedarfsunabhängigen Umlage und die Kinder sowie die nicht erwerbstätigen Angehörigen solidarisch gegen das Risiko Krankheit und krankheitsbedingte Ausfälle von Arbeitseinkommen abzusichern. Die Schaffung dieses Modells folgte mehreren Zielen, u. a. dem der sozialen Friedenssicherung als Ergänzung zu dem „Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“, verabschiedet 1878 und wirksam bis 1890. Mit dem Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter von 1883 nahm der Staat zugleich die solidarischen Selbsthilfebewegungen der Arbeiter unter seine politische Kontrolle.

Dem Charakter nach ist die GKV eine de facto karitative institutionalisierte Umlageversicherung, die finanziell praktisch ausschließlich von den direkten und indirekten Arbeitseinkommen der Mitglieder sowie von anteiligen Zahlungen der Rentenempfänger getragen wird. Deren Verwaltung übertragen die Mitglieder gewählten Vertretern. Dieser Versicherungstyp stellt den Staat von Leistungen für den Sozialausgleich weitestgehend frei und bindet die soziale Wirksamkeit an den allgemeinen Wirtschaftserfolg der Arbeitgeber. Als gleichsam karitative Pflicht gewährt sie einheitlich definierte Versorgungsleistungen im Krankheitsfall als Sachleistung. Wie jede karitative Leistung ist, obgleich eine begrenzte Pflichtversicherung, auch diese ausschließlich von der gesellschaftlichen Konsensfähigkeit ihrer sozialen Ziele getragen. Dieses Modell ist von hoher sozialer Wirksamkeit, ist allerdings von der durchschnittlichen Bruttolohnquote abhängig.

Beispiel:

Der Begründer des britischen Modells der nationalen Krankenversicherung (National Health Service - NHS) war der von M. Keynes beeinflusste Ökonom Lord W. H. Beveridge. Wie Keynes war er der Überzeugung, dass das Überleben eines wettbewerblichen kapitalistischen Wirtschaftssystems nur möglich sein würde, wenn dessen Wirkungsweise durch allgemeine und verbindliche soziale Sinngebungen reguliert wird. 1942 veröffentlichte er als Angehöriger der liberalen Fraktion des britischen Parlamentes eine Studie, die unter dem Namen „Beveridge Report“ berühmt geworden ist. Dieser Bericht bewirkte 1945 die Reform der britischen Sozialgesetzgebung, u. a. auch die Schaffung des steuerfinanzierten National Health Service (NHS). Beveridge machte für dessen Notwendigkeit vor allem drei Gründe geltend:

- 1. Ein System garantierter sozialer Sicherheiten für die Bevölkerung verbessere die globale Wettbewerbsfähigkeit des kapitalistischen Wirtschaftssystems.*
- 2. Soziale Sicherheit motiviere die Bevölkerung, sich an der Beseitigung der Schäden des 2. Weltkriegs zu beteiligen und sie sei zugleich ein Dank für die gemeinsam erfolgreiche Abwehr des deutschen Aggressionskrieges.*

3. *Garantierte Krankenversorgung und Vorsorge versprache eine verbesserte Arbeitsproduktivität, höhere Einkommen und eine Stärkung der kaufkräftigen Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen.*

Das Modell des NHS wurde dann in modifizierter Form in praktisch allen Staaten des Commonwealth aber z.B. auch in Skandinavien, Italien, Portugal, Spanien und Griechenland etabliert. Unter dem Einfluss von M. Thatcher kam dieses Modell in den 1980er und 1990er Jahren in die Kritik. Die Begründung war, dass es zwingend die Bedarfsnormierung voraussetze, deshalb de facto ein kommunistisches System sei und gegen die Prinzipien einer freien Marktwirtschaft verstoße. Dies ist im Übrigen ein Vorwurf, der auch dem Bismarck-System gemacht wird.

Kommentar:

Die Zukunft institutionalisierter wie auch nicht institutionalisierter karitativer und sozialkompensatorischer Finanzierungsformen von Hilfen im Falle von Kranksein ist unklar. Zumindest die nicht institutionalisierten Formen verlieren möglicherweise weltweit an Bedeutung. Eine wichtige Ursache ist die Abnahme der absoluten Armut, z.B. in China. Eine andere ist der Ausbau von institutionalisierten Hilfezugängen. Allerdings ist weltweit der Bedarf an risiko- und sozialkompensatorischen Systemen weiterhin erheblich.

4.2 Kaufkraftabhängige Finanzierungssysteme

Kaufkraftabhängige Finanzierungen von Versorgungsleistungen im Krankheitsfall decken mittels unterschiedlicher Modelle ein global insgesamt kleiner werdendes Sicherungssegment ab.

Das Prinzip besteht darin, dass ein Käufer eine Leistung direkt beim Dienstleister kauft oder für einen möglichen künftigen Leistungsfall prospektiv eine Leistungsgarantie erwirbt. Die Dienstleistungen kann er dann zu den Konditionen einer Dritten Partei (Versicherung) direkt kaufen (fee-for-service) oder Nutznießer eines für ihn direkt agierenden Käufers (z.B. Eltern, Verwandte, Arbeitgeber, Sozialhilfeträger etc.) sein. Die Leistungsgarantie ist durch das prospektiv gekaufte Produkt definiert und schließt alle Leistungen ein, die der Käufer vorausschauend für die Vertragslaufzeit für relevant hält. Alternativ zu einem ausdefinierten Leistungspaket (benefit plan) können dann auch maximale monetäre Versicherungssummen festgelegt werden.

Die Schwierigkeit liegt in der Unvorhersehbarkeit der Versorgungsbedarfe, der Zeitpunkte und der Kaufkraft sowie der Preisentwicklung für medizinische Versorgungsleistungen. Die größten Bedarfe entstehen in der Regel, wenn die Kaufkraft des Bedarfsträgers besonders gering ist, und sie entstehen vor allem für Personen, die am ehesten unfähig sind, sich bedarfsdeckende Versicherungen selbst zu kaufen. Dies

hat im 20. Jahrhundert bewirkt, dass die privaten Versicherungsunternehmen der Auffassung waren, Krankenversicherungen würden sich nicht „rechnen“.

Beispiel:

Der 1917 in den USA gescheiterte Versuch der American Labor Association zur Schaffung einer allgemeinen Krankenversicherung hatte u.a. zur Folge, dass Unternehmen der Krankenhausversorgung auch mit Folgen für die Gesundheitsindustrie, Schwierigkeiten hatten, sich zu entwickeln. Das brachte den Lehrer Justin Ford Kimball (1872-1956), u.a. Manager des Baylor University Hospitals in Dallas, Texas, 1929 auf die Idee, den 1200 Lehrern der Stadt gegen die Zahlung von 6 \$ pro Jahr im Bedarfsfall 21 Tage Krankenhausaufenthalt anzubieten. Dieses Angebot wurde ein großer Erfolg und führte zu analogen Nachfragen bei Arbeitgebern für ihre Beschäftigten. Die American Hospital Association gab ihm dabei maßgebliche „Rückendeckung“. Um der Nachfrage zu entsprechen, musste Kimball für die jeweiligen Beschäftigten- bzw. Risikogruppen ein durchschnittliches Preisangebot kalkulieren. In der Folge entstanden hieraus vom Dienstleistungsanbieter getragene gemeinnützige Versicherungen (pre-paid services offers), deren Preiskalkulationen sich an der Risikostruktur der nachfragenden Unternehmensgruppen orientierten. Aus diesem Angebot gingen dann unter Kimballs Management die gemeinnützige Blue Cross Group Hospital Insurance und später die bis heute in den USA mächtigen Versicherungsunternehmen Blue Shield und Blue Cross hervor. Deren Erfolg veranlasste dann die Versicherungsindustrie, ihre Positionen zu überdenken. Um aber gegen dieses Angebot noch erfolgreich sein zu können, bedurfte es einer Kalkulationspraxis, die mit sog. pre-existing-conditions strikte Risikoselektion betrieb. In der Nachfolge wurde dann die Suche nach individuell zurechenbaren Merkmalen (Risikofaktoren) zur Begründung von Versicherungsausschlüssen, bzw. zur Risikoselektion und zur Differenzierung von Versicherungsprodukten und -preisen zum entscheidenden Geschäftsmodell dieses Typs von Krankenversicherungen. Da der „Affordable Health Care for America Act“ eine Aufnahmespflicht ohne Risikoselektion rechtlich vorschreibt, ist nachvollziehbar, weshalb das Gesetz eine so erhebliche Gegnerschaft initiiert hat.

Kommentar:

Die Charakterisierung des Finanzierungstyps nach Maßgabe der Kaufkraft muss vor allem prüfen, wer der Käufer der Krankenversicherung ist, welche Produkte ihm angeboten werden und nach welchen Kriterien die Verkäufer ihre Kunden auswählen.

Unter dieser Maßgabe ist festzuhalten, dass Versicherungskäufer sowohl natürliche als auch juristische Personen, darunter auch staatliche Institutionen sein können. Sie entscheiden nach den jeweils geltenden Rechtslagen, für wen, in welchem Umfang, zu welchen Konditionen und bei welchem Anbieter sie einen Versicherungsschutz kaufen. Dabei ist zu beachten, dass in einigen Staaten privatwirtschaftlich agierende Krankenversicherungen untersagt oder nur als Zusatzversicherung zugelassen sind, in andern wieder ausschließlich nur solche agieren dürfen.

Beispiel:

In der Folge des Wettbewerbsverbotes um Arbeitskräfte über Lohnzahlungen hat sich mit Eintritt der USA in den 2. Weltkrieg dort die Umgehungspraxis etabliert, Mitarbeitern zusätzlich zum gedeckelten Lohn eine Krankenversicherung anzubieten. So wurden die Unternehmen für den arbeitenden Teil der Bevölkerung zum wichtigsten Käufer von Krankenversicherungen und damit auch entscheidende Akteure für das System der Finanzierung von Krankenversorgungsleistungen. Deren Gestaltungsmacht war und ist erheblich, zumal, wenn sich Unternehmen zusammenschließen, um gemeinsam als Käufer den Versicherungsunternehmen, die nach US-amerikanischem Recht nur privatwirtschaftlich agieren dürfen, gegenüberzutreten. Dieser Versicherungsschutz gilt dann zumeist nur für den Mitarbeiter, nicht für seine Familie und mit kurzen Übergangsfristen auch nur für die Dauer der Beschäftigung. Diese Praxis ist dann einer von mehreren Gründen, weshalb die sog. Indemnity Insurances (Ersatzkassentyp) heute nur noch einen marginalen Marktanteil haben und die Unternehmen andere Formen des Versicherungsschutzes vorziehen. Das gilt analog für den Staat als Träger von Leistungen der Krankenversicherung für Medicaid, Medicare und für seine Bediensteten. Die geringe soziale Effektivität privater Krankenversicherungen hatte zur Konsequenz, dass entweder ein hoher Anteil Unversicherter und Unterversicherter hingenommen werden oder der Staat aus Steuermitteln diese Ineffektivität ausgleichen muss. Diese Sachverhalte begründen dann auch die erheblichen und fortdauernden Auseinandersetzungen um den „Affordable Healthcare for America Act“ in den USA („Obamacare“). Die Gegner beklagen vor allem zwei Probleme: das Verbot der Risikoselektion und die hohen Steuerausgaben zur Begrenzung der geringen sozialen Effektivität der marktwirtschaftlichen Wirkprinzipien (siehe hierzu auch Managed Care).

Kommentar:

Das grundlegende Wirkprinzip von Krankenversicherung dieser Typologie ist die Risikoselektion sowohl im Angebotsdesign als auch bei der Kundenselektion. Dies hat erhebliche Folgen. Sie beziehen sich auf

- die Selektivität des Versicherungsschutzes mit einem hohen Risiko der Unterversicherung und ggf. mit erheblichen Zusatzkosten im nicht vorhergesehenen Bedarfsfall
- die rationierende Zugangsbegrenzung zu einer Krankenversicherung nach den Auswahlprinzipien des individuellen Gesundheitszustandes und der Kaufkraft der Nachfrageseite
- die Notwendigkeit, die Unterversicherung durch steuerfinanzierte Formen des Risikoschutzes abzumildern und so zugleich den privaten Versicherungsformen eine Überlebensgarantie zu geben

Die global wichtigsten Formen eines privaten Krankenversicherungsschutzes sind

- Accountable Health Plans (festgelegte Höchstpreise für eine per Vertrag standardisierte Leistung - auch Reference Pricing)
- Co-Insurances
- Flexible Spending Accounts (Versicherungstypen in den USA, die manche Unternehmen ihren Mitarbeitern anbieten. Hierzu gehören Health Reimbursement Accounts, Health Saving Accounts, High-Deductible Accounts und Medical Savings Accounts. Die Regel ist, dass die Arbeitnehmer einen Teil ihres Einkommens in einen (Aktien-)Fonds des Unternehmens geben (wirkt als Steuersparmechanismus für das Unternehmen).
- Group Insurances
- Medical Savings Accounts (MSA) (siehe unten)
- Indemnity Health Insurance Plan (IDY)
- Individual Health Insurance
- Public-Private-Partnerships (PPP) (vor allem im Managed Care, siehe unten)
- Vouchers for Healthcare

Beispiel:

In Deutschland sind nach unterschiedlichen Modellen rund 10 % der Bevölkerung „privat“ versichert. Das sind vor allem Personen, die eine jeweils geltende Einkommensentgeltgrenze überschreiten sowie Personen, mit besonderen durch den Staat garantierten Sozialprivilegien. Ihr wichtigstes Wirkungsziel ist die Befreiung von der Teilnahmepflicht an einem solidarischen bevölkerungsweiten Risikoausgleich. Die Kostenkalkulation gründet auf der Kostenäquivalenz von gekaufter Versicherungsleistung plus Rückstellungen für den Krisenfall plus kalkulierter Marge. Eine wesentliche Folge dieses Mechanismus ist es, dass die wissenschaftlich wie politisch wichtigsten Verantwortungsträger für die Ausgestaltung öffentlich-rechtlicher Krankenversicherungen in Deutschland zumeist Personen sind, die ihren Krankenversicherungsschutz nicht in diesen finden.

Kommentar:

Ein besonderes Problem kaufkraftabhängiger, bzw. kostenäquivalenter Krankenversicherungen ist die Risikoselektion. An ihr hat das Medizinsystem nach seinen traditionellen Funktionsweisen kein Interesse. Dies ändert sich, wenn das Wirtschaftsrisiko der Versicherung auf die Leistungserbringer übertragen ist, bzw. von ihnen übernommen wird. Das Selektionsinteresse liegt dann bei der finanzierenden Partei, zumindest solange diese unter Wettbewerbs- und Gewinnerzielungsdruck steht. Gelingt es dieser Partei mittels prospektiver Finanzierungssysteme das Wirtschaftsrisiko auf

die leistungserbringende Seite zu übertragen (Managed Care), geht dieses Interesse zwangsläufig auf die Leistungserbringer über.

Eine besondere Form der kaufkraftabhängigen Krankenversicherung sind die Medical Saving Accounts (MSA). Ursprünglich von M. V. Pauly als Alternative zu Medicaid and Medicare in den USA entwickelt (Pauly, M., Goodman, C. ; Feder, J., Larry Levitt, L., Butler, S., Cutler, D., Wilensky, G.: *Incremental Steps towards Health System Reform* <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.14.1.125>; last checked 24.01.2019), hat dieses Konzept vor allem in Singapur (https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_1995_-_medical_savings_accounts_-_lessons_from_singapore.pdf) Bedeutung erlangt. Zudem ist Pauly ein einflussreicher Propagandist des Moral Hazard Theorems als Argument gegen nationale Krankenversicherungen jeder Art (Pauly, M.V. (1968): *The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Review* (58): 531-537).

Beispiel:

Der Versicherungstyp „Medical Saving Account“ wurde 1984 für Singapur rechtsverbindlich. Das Modell verpflichtet jeden Bürger zur Selbstfinanzierung seiner ambulanten Versorgungskosten und zum Kauf eines saving accounts (kapitalgedeckte Börsenfunds) vor allem für die Finanzierung von Krankenhausaufenthalten. Das System umfasst vier Säulen:

- 1. Medisave: Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen in von Vermögensverwaltungsunternehmen angebotene Aktienfonds zu je 50%. Dieses Medisave muss dann aus den Kapitalerträgen 20 bis 80 % der Krankenhauskosten zahlen.*
- 2. Medishield: Dieses Programm nutzt Steuermittel im Fall „katastrophaler“ Risiken, bzw. dient der subsidiären Stützung von Medisave im Fall, dass der Fund nicht verfügt über ausreichende Kapitalerträge verfügt.*
- 3. Eldershield: Das Programm entspricht Medishield für alte Versicherte, die keine den Fund kofinanzierende Arbeitgeber haben.*
- 4. Medifund: Das Programm ermöglicht die Subventionierung der individuellen Funds aus Steuermitteln vor allem für Niedriglohnempfänger und Arbeitslose.*

Kommentar:

1994 wurden Aspekte dieses Konzepts von Privatversicherungen auch in Südafrika und in Australien und in den späten 1990er Jahren hat auch China ähnliche Programme in begrenztem Ausmaß eingeführt.

Insgesamt zeigen sich folgende Resultate:

1. Die Programme werden von den global aktiven Unternehmen der Vermögensverwaltungsindustrie sehr begrüßt.

2. Es resultieren z.T. erhebliche Transfers von Steuermitteln sowohl in die Vermögensverwaltungen wie auch in die Krankenhausunternehmen.
3. Wegen der Nichtvorhersehbarkeit der Einkommensentwicklungen und der Bedarfe wird die Versorgungssicherheit destabilisiert.
4. Medical Saving Accounts forcieren die Risikoselektion durch die Aktienfonds und die Krankenhäuser
5. Für den vermögenden Teil der Bevölkerung ist dieses Konzept attraktiv und kostenschonend.

Die Bedeutung solcher MSA für die Zukunft ist schwer abzuschätzen. Es ist aber anzunehmen, dass dies ein maßgebliches Wirtschaftsfeld für die „BigTech Industry“ wird, die hier erfolgreich gegen klassische Versicherungen, Banken und Vermögensverwalter konkurrieren könnte. Durch die Überlassung aller ihrer hierfür relevanten prospektiven Risikodaten durch die Nutzer sog. „sozialer“ Medien und des Internet-Trading dürften diese Unternehmen bereits heute hierauf vorbereitet sein. Es wird sich zeigen, ob die Demokratiebedenken wirksam genug sind, diese Entwicklungen zu verhindern, die dann immerhin jegliche Form der Krankenversicherung, also auch die „karitativen“ ändern, bzw. tendenziell übernehmen könnten.

4.3 Prinzipien des Managed Care

Managed Care steht für eine Organisationsform der medizinischen Versorgung, bei der die Leistungserbringer zugleich die Versicherungsrisiken tragen.

Dieses Organisationsprinzip folgt historischen Modellen, den sog. pre-paid services. Der Unterschied besteht darin, dass im Managed Care nicht der Patient, sondern eine dritte Partei als Kunde und gleichsam als Agent des Patienten auftritt. Diese Käufer (private und öffentlich-rechtliche Akteure) übernehmen die Aushandlung der garantierten Leistungen und des prospektiv pro-Kopf durchschnittlich verfügbaren Geldbetrags. Er vereinbart zudem die wirksamen Rahmenbedingungen der Leistungsanspruchnahme und verpflichtet die von ihm vertretenen Klienten zur Inanspruchnahme ausschließlich der kontrahierten Managed Care Organisation. Die prospektive Finanzierung über Kopfpauschalen (prospective capitation) bewirkt, dass der Leistungserbringer allein das Wirtschaftsrisiko trägt. Die Risikokalkulationen und die Anpassung des ärztlichen Leistungsverhaltens an die Vertrags- und Finanzierungsbedingungen dieses Konzepts werden damit zu eigenständigen Aufgaben des Versorgungsmanagements (Managed Care). Dieses Grundprinzip kennt vielfältige Modifikationen entsprechend den geltenden rechtlichen Bedingungen für die die Managed-Care-Versicherung finanzierende Partei.

Beispiel:

In der Schweiz ist eine private individuelle Krankenversicherung für jeden in der Schweiz lebenden Bürger rechtlich verpflichtend. Die Kosten sind mit einer Höchstbegrenzung von 2500 Franken plus variierenden Selbstbehalten und Zuzahlung bis maximal 700 Franken je Jahr festgelegt. Arbeitgeberbeteiligungen existieren nicht. Alle Fonds sind verpflichtet, jede Person ohne Risikoselektion als Versicherungskunden zu akzeptieren. Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen werden ausgeglichen. Die Basisversicherungen finanzieren ambulante und stationäre Leistungen innerhalb des Landes, sofern die Anbieter staatlich akkreditiert sind. Seit 1990 hat es in der Schweiz immer wieder Versuche gegeben das Managed Care System einzuführen. Der Gesundheitsökonom U. Reinhardt (1937-2017) hat diese Versuche wie folgt kommentiert: "To compete in the market for compulsory health insurance, a Swiss health insurer must be registered with the Swiss Federal Office of Public Health, which regulates health insurance under the 1994 statute. The insurers were not allowed to earn profits from the mandated benefit package, although they have always been able to profit from the sale of actuarially priced supplementary benefits (mainly superior amenities). Regulations require "a 25-year-old and an 80-year-old individual pay a given insurer the same premium for the same type of policy. Overall, then, the Swiss health system is a variant of the highly government-regulated social insurance systems of Europe. that rely on ostensibly private, nonprofit health insurers that also are subject to uniform fee schedules and myriad government regulations." Reinhardt, U. (2004): The Swiss Health System: Regulated Competition Without Managed Care. JAMA 292 (1227).

Kommentar:

Managed Care hat dort wo es Eingang in die medizinische Versorgungspraxis gefunden hat die traditionelle medizinische Versorgung grundlegend verändert. Diese Veränderungen betreffen

- die Abschaffung der freien Arztwahl
- die Entstehung regional marktbeherrschender Managed Care Organisationen (corporatization) mit angestellten Ärzten
- die Begrenzung des Wettbewerbs um Patienten
- die Beschränkung der selbständigen ärztlichen Entscheidungskompetenzen
- die Schaffung weitestgehender Transparenz des Leistungsverhaltens der Ärzte
- die Verfügbarkeit der Patientendaten für die Geschäftsinteressen des Managements (data broking)
- die Abschaffung des Prinzips der Kostenerstattung und des Prinzips „Geld folgt der Leistung“

Diese Veränderungen ziehen Weitere nach sich:

1. Managed Care Organisationen (MCO) können praktisch nie alle verpflichtenden spezialisierten Kompetenzen vorhalten. Sie stehen folglich vor der Notwendigkeit und dies ggf. landesweit, Vereinbarungen mit Nachauftragnehmern zu treffen. Dies macht die prospektive Kostenkalkulation hochriskant.
2. Da sie nach einem prospektiv kalkulierenden pro-Kopf Durchschnitt entgolten werden, entsteht ein großes Interesse, die Leistungen auf gut kalkulierbare Standards einer „simple“ oder „defensive medicine“ zu begrenzen. Hierzu eignen sich delegierbare und substituierbare ärztliche Leistungen besonders gut.
3. Die Steuerung der Versorgung geht in die Verantwortung des Unternehmensmanagements über. Zu diesem Zweck haben MCOs eine Vielzahl von spezifischen mikroökonomischen Instrumenten zur Steuerung der medizinischen Versorgung entwickelt.
4. MCOs sind ohne regionale Monopolbildungen kaum überlebensfähig.

Die Steuerungskonzepte sind im Wesentlichen in solche zur Steuerung der Inanspruchnahme und in solche zur Steuerung des professionellen Leistungsverhaltens zu teilen.

Zur Steuerung der Inanspruchnahme dienen vor allem

- die Steuerung des Leistungszugangs durch eine Vielzahl von Techniken des sog. „gatekeeping“ und durch Triageprozeduren
- die Etablierung von Zuzahlungen (co-payments), Selbstbehalten (deductibles) und die Verlagerung von (notwendigen) Leistungszugängen in Zusatzversicherungen (co-insurances)
- die Entwicklung von Produktkatalogen mit Zusatzleistungen, die die Begrenzung auf notwendige und evidenzbasierte Leistungen überwinden sollen
- das Angebot von freier Arztwahl als kaufbares Produkt

Zur Steuerung des professionellen Leistungsverhaltens dienen vor allem

- die fortlaufende, ggf. zeitgleiche interne oder externe Analyse fachlicher Leistungsentscheidungen
- die Depersonalisierung der Versorgungsleistungen vor allem über die Ausweitung prädiktiver diagnostischer Leistungen, Gruppenkonsultationen oder die Ausweitung des Technikeinsatzes
- die prospektive und risikogruppenspezifische Profilierung von standardisierten Angeboten („portfolio profiling policies“)
- der Abschluss von Zielvereinbarungen zum Ressourcenverbrauch und die Beteiligung an den Gewinnen

- ein verbindliches „hausinternes“ Disease Management als Prozess oder „pathway management“ unter Verwendung von standardisierten Abläufen des „pre-admission testing“, des „pre-admission or pre-treatment certification“, „pre-estimate of costs“ oder verpflichtender „second surgical opinion programs“

Es kann davon ausgegangen werden, dass alle diese Entwicklungen die Leistungsqualität innerhalb des Rahmens der durch Managed Care standardisierten Leistungen und Leistungsprozesse messbar optimieren. Es zeigt sich allerdings auch, dass Patienten und Ärzte das Modell „Managed Care“ weit überwiegend ablehnen.

Vor allem die überbordende Kontroll- und Regulationsdichte, der Druck auf die Maximierung der Differenz zwischen Preisen und Kosten sowie das Gatekeeping und der Verlust der freien Arztwahl sind Gegenstände der Kritik. Dies schlägt sich auch in einem erheblichen Reputationsverlust der Gesundheitsberufe, vor allem der Ärzteschaft nieder (siehe z.B. *Mays G.P., Claxton, G., White, J. Market Watch: Managed Care Rebound? Health Affairs August 11, 2004*).

4.4 Managed Care Organisationen (MCO)

Managed Care Organisationen umfassen eine Typenvielfalt von medizinischen Versorgungseinrichtungen, die nach den Prinzipien des Managed Care definierte Versorgungsprodukte anbieten und von Arbeitgebern, staatlichen Programmträgern, Privatversicherungen und Privatpersonen die medizinischen Versorgungsrisiken gegen eine durchschnittliche prospektiv kalkulierte Kopfpauschale selektiv kaufen.

MCOs bieten zwar im dargestellten Sinne Leistungen an, müssen diese aber nicht notwendigerweise auch selbst ausführen. Die ersten MCOs entstanden um 1974 in den USA. Sie nannten sich Health Maintenance Organizations und gelten als die ursprüngliche Form der MCOs.

Managed Care Organisationen nutzen heute eine Vielzahl von Modellen, die die Honorierung der Mitarbeiter vom Wirtschaftserfolg des Unternehmens abhängig machen („incentive payment schemes“) oder sie gegen Gehaltszahlungen anstellen. Dies ist der Antrieb für die Entstehung immer wieder neuer Organisationsvarianten des Managed Care Modells. Das letzte Ziel einiger dieser Varianten ist es, die ökonomischen Risiken der prospektiven Pro-Kopf-Kontrahierung an die Mitarbeiter weiterzugeben.

Der Mechanismus kann wie folgt zusammengefasst werden: Grundlage der kalkulierten Kopfpauschalen sind Risikogruppen, also Gruppen mit gleichen „pre-existing conditions“ oder mit gleichen individuell zurechenbaren Risikofaktoren, für die eine hinreichende wirtschaftliche Risikoinvarianz innerhalb vereinbarter Konfidenzintervalle akzeptiert wird. Ungleiche Kosten innerhalb einer Risikogruppe müssen dann durch „Quersubventionierungen“ ausgeglichen werden. Je mehr Elemente (Risikopersonen)

eine solche Gruppe hat, desto eher gelingt dies mit hinreichender Zuverlässigkeit. Folglich sind kleinere MCOs und MCOs mit größeren Anteilen von kleinen Risikogruppen stärker gefährdet als große MCOs. Dies hat weitreichende Folgen für die Wettbewerbsfähigkeit und die strategische Geschäftsplanung. Sie bewirken, dass prospektiv anzunehmende schwere Krankheiten und hohe diagnostische und therapeutische Aufwendungen möglichst ausgeschlossen oder an Nachauftragnehmer weitergegeben werden. Der Honorierungsmechanismus ist folglich für die Asymmetrien der Wettbewerbsmacht entscheidend und gefährdet permanent die Überlebensfähigkeit lokaler MCOs. Die Folge ist die Entstehung riesiger marktbeherrschender MCOs, die den Ausschluss von Wettbewerb für sich weitestgehend sicherstellen können (Pauly, MV: *Managed care, market power, and monopsony. Health Serv Res. 1998 Dec; 33(5 Pt 2): 1439–1460*). Dieser Effekt verstärkt sich, wenn solche Markt Giganten strategische Bündnisse mit Krankenhausketten oder großen Unternehmensgruppen der Medizinindustrie und der Arbeitgebersicherungen eingehen. (Siehe hierzu auch Salmon, J.W. (1990): *The corporate transformation of healthcare. Issues and Directions. Baywood Publishing Company 1990, ISBN 10-89503-088-8*; Salmon, J.W. (1994): *The corporate transformation of healthcare. Perspectives and implications. Baywood Publishing Company 1994, 2-89503-103-5*.) Dieser Mechanismus bewirkt zudem zwingend die Bemühung um eine beständige Reduktion der variablen Kosten je garantiertem Versorgungsprodukt und macht entsprechende Managemententscheidungen zu einem maßgeblichen Kriterium der Akzeptanz der Organisationsformen in der Öffentlichkeit.

In der Folge finden sich, z.T. mit nur lokaler Bedeutung, Managed Care Organisationen, die sich nach vielfältigen Merkmalen differenzieren lassen, so nach der Eigentümerschaft, nach den Methoden der Entgeltung der Mitarbeiter, nach den Konzepten der Kooperation mit Nachauftragnehmern, den Produktportfolios oder nach den Techniken der Steuerung von Leistungen - und Inanspruchnahmen etc.

MCOs versuchen vor allem drei „Module“ der Wertschöpfungskette zu vereinigen:

1. die Übernahme der Versicherungsfunktion
2. die Gewährung der vertraglich vereinbarten und zusätzlicher Leistungen
3. das Management des Leistungsprozesses (Vertragsmanagement, Marketing, Leistungsverkauf, Einkauf, Personalmanagement, Investitionsmanagement, Controlling etc.)

In grober Klassifikation lassen sich sechs Haupttypen von MCOs unterscheiden:

1. MCOs mit angestellten Ärzten,
2. Group-MCOs mit wirtschaftlich unabhängigen Ärzten,
3. Netzwerk-MCOs von unabhängigen Ärzten,
4. regionale Netzwerke, die gemeinsam versuchen, ihre Marktabdeckung gegen Konkurrenten zu verteidigen,

5. Vereinigungen von Krankenhäusern und MCOs,
6. MCOs, die ausschließlich Versorgungsleistungen vermitteln und verwalten.

Beispiel:

In den USA besteht das Management zumeist aus vier Köpfen: dem Chief Executive Officer (CEO), dem Medical Executive Officer (MEO), dem Financial Executive Officer (FEO) and dem Advertising Executive Officer (AEO). Eine „durchschnittliche“ MCO hat die Versicherungspläne von etwa 100 verschiedenen Vertragspartnern zu erfüllen.

Nachfolgend wird eine Auswahl typischer MCOs kurz charakterisiert.

1. Accountable Care Organization (ACO)

Dies ist ein MCO-Typ, der seine pro-Kopf Kalkulationen freiwillig oder gezwungen unter den Durchschnitt der Konkurrenz drückt. Dies kann auch für traditionelle Honorierungen nach dem fee-for-service Prinzip gelten und einschließen, dass Gewinne mit der zahlenden Partei geteilt werden. In den USA bieten sich ACOs vor allem Personen an, die nach einem der Medicare Programme Leistungsanrechte haben, es aber vorziehen, nach dem Prinzip „Geld folgt der Leistung“ direkt zu zahlen und die Zahlung oder Teile davon über das Medicare Programm zurückzufordern. Der Begriff „accountable“ gilt hier nicht für den Patienten, sondern für dessen Versicherungsträger. Er bezieht sich dann auf die sog. average per capita costs (APCC) und schafft „interessante“ Rahmenbedingungen für die Beziehungen von MCO und zahlender Partei.

ACOs versuchen typische Kritiken an den HMOs (siehe weiter unten) zu vermeiden, in dem sie

- ihrem Personal mehr fachliche Entscheidungsfreiheit lassen
- sich mehr Rechte der Risikoselektion einräumen und
- sich zugleich eine höhere Flexibilität als „Independent Practice Organizations (IPA)“ oder als „Physicians-Hospital-Organizations (PHO)“ sichern.

2. Accountable Health Partnership or Health Insurance Purchasing Cooperative

Dieser Typus einer MCO entspricht einer Kooperative zwischen dem Leistungsanbieter und der kontrahierenden Bevölkerung einer definierten Region (z.B. einer ländlichen Gemeinde). Das Ziel ist die Vermeidung der Abhängigkeit von marktbeherrschenden Anbietern und Versicherern. Die Stabilität dieses Modells ist allerdings

gering, wenn sich nicht starke Partner finden. (Der „Affordable Healthcare for America Act“ der USA unterstützt diese Art von Kooperativen ausdrücklich.)

3. Administrative Services Only (ASO)

ASO ist ein Vertragskonstrukt zwischen einer Gruppe von Ärzten mit einer traditionellen Krankenversicherung mit dem ausschließlichen Ziel, für diese die medizinischen Aspekte wie Entgeltung, Versorgungsmanagement, Marketing oder Vertragskonditionierung zu übernehmen.

4. Competitive Medical Plan (CMP)

CMP ist ein weiterer MCO-Typ, der sich vor allem an Rentner wendet. Obgleich nach Managed Care Prinzipien arbeitend, versucht er sich konkurrierend zu anderen Modellen aufzustellen, in dem CMP sich den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen anzupassen bemüht. Eine wesentliche Besonderheit ist die Verzahnung mit Krankenhausleistungen unter den durch Medicare gegebenen Einschränkungen.

Das Wettbewerbsziel ist die Versorgung der „Alten“ einer definierten Region zu möglichst geringen Kosten und durch die Vermittlung eines Images einer „Community Care“ Institution, die sich der Region in besonderer Weise verpflichtet fühlt. Einige dieser CMPs etablieren sich als Kooperativen, die ihre Gewinne mit der Gemeinde teilen.

5. Group Model HMO, Group Network HMO, Group Practice Model HMO

Dieser MCO-Typ steht für eine Familie von Varianten, die ein Netzwerk mit einzelnen oder mit unabhängigen Gruppenpraxen bilden, um so die räumliche Ausdehnung des Versorgungsgebiets zu vergrößern.

6. Exclusive Provider Organization (EPO)

EPO ist eine MCO, die die Patienten verpflichtet, ausschließlich zu Ärzten zu gehen, die mit der EPO ein Vertragsverhältnis haben. Widrigenfalls gibt es keine Kostenkompensation.

7. Health Maintenance Organizations (HMO)

Dieser Typ einer gemeinnützigen oder auch gewinnorientierten MCO ist deren ursprünglicher Typus. Seine Entstehung 1973 war für die USA gleichsam eine Revolution und bedurfte aus verfassungsrechtlichen Gründen einer eigenen Gesetzgebung, weil es scheinbar kein marktwirtschaftliches Modell war. Es wurde von größeren Teilen der Bevölkerung, vor allem den sozialen Unterschichten und den älteren Bürgern

zunächst begrüßt, weil es die Zugänglichkeit und die Qualität der Versorgung verbesserte. Dies änderte sich durch die über die Jahre zunehmende Regulationsdichte, die strikte Kostenkontrollpolitik, die Risikoselektion durch die HMOs und den Verlust der freien Arztwahl sowie durch die Einführung von Triagekonzepten zur Steuerung des Zugangs zu Leistungen.

Die HMO wirkt als eine Institution, die das gesamte Versorgungsmanagement einschließlich der Krankenhausversorgung übernimmt und entscheidet, welche Leistungen und Ärzte/Krankenhäuser zugänglich sind. Neben den prospektiven pro-Kopf Finanzierungen sind Zuzahlungen und Selbstbehalte üblich.

The HMOs erhalten von ihren Kunden monatlich zu zahlende Raten. Dafür übernimmt die HMO alle vertraglich festgelegten Risiken (Leistungen). Eine HMO bedarf der staatlichen Akkreditierung. Es gibt insgesamt fünf HMO Modelle:

1. das Gruppenmodell,
2. die Vereinigungen von individuellen Arztpraxen,
3. das Netzwerkmodell,
4. das Mitarbeitermodell,
5. das Hybridmodell HMO als Kombination von mindestens zwei anderen MCO-Modellen.

Heute gelten HMOs als die restriktivste Form einer MCO, deren Funktionsweise weitestgehend von der zahlenden Partei bestimmt wird und vor allem unter dem Einfluss von Arbeitgebern und staatlichen Programmen (Medicaid HMOs und Medicare HMOs) steht.

8. Independent (also Individual) Practice Association (IPA) or Organization (IPO)

Dies ist ein Anbietermodell, das Verträge mit Ärzten in eigener Praxis schließt, die sowohl Patienten mit „klassischen“ Versicherungsverträgen als auch solche mit prospektiven Finanzierungsformen als Nachauftragnehmer von HMOs versorgen.

Ärzte, die in vertraglichen Beziehungen zu einer IPA stehen, müssen garantieren, dass die Kosten für ihre Leistungen unter denen des MC-Vertrages bleiben (in der Regel 20% pro Jahr). Gelingt dies dem Arzt, wird ihm der zurückgehaltene Betrag am Jahresende ausgezahlt, wenn nicht kann die IPA den Betrag behalten.

9. Insurer HMO

Dieser MCO-Typ ist eine originäre Versicherung, die ihre versicherten Leistungen durch eigene Einrichtungen anbietet. Die Grundlage sind Verträge mit Netzwerken unabhängiger Ärzte. Bei diesem Modell verbleiben letztlich die Wirtschaftsrisiken beim Versicherer. Er muss sich letztlich auf seine Risikoselektionsmodelle verlassen können.

10. Integrated Delivery System (IDS)

IDS sind vertikal organisierte Netzwerke von Unternehmen, die mit dem Ziel der regionalen Marktbeherrschung Krankenversorgung anbieten. Zusätzlich versuchen sie, möglichst die gesamte Wertschöpfungskette des medizinisch-industriellen Komplexes zu integrieren. Dieses Modell einer integrierten Versorgung folgt dem Ziel der Wettbewerbsvermeidung und wird auch „Vertically Integrated System (VIS)“ genannt. Daneben spielen auch „Horizontally Integrated Systems (HIS)“ eine große Rolle. Sie teilen das Ziel der Wettbewerbsumgehung, konzentrieren sich aber auf „data broking“ und das gemeinsame politische „lobbying“. Sofern nationale Gesetzgebungen diese Aktivitäten nicht begrenzen können, sind die IDS als Investoren und Akteure, bzw. als riesige marktbeherrschende Großkonzerne der Krankenversorgung vor allem in Staaten ohne wirksame Antitrustgesetzgebung aktiv.

11. Integrated Provider Network (IPN)

IPN führt Gruppen von Krankenhäusern, Ärzten und weiteren medizinischen Dienstleistern zusammen, die gemeinsam eine umfassende und koordinierte Versorgung anbieten. Der Fokus liegt hier nicht auf der Integration der Wertschöpfungen, sondern auf einer patientenorientierten Integration von komplexen Hilfebedarfen, nicht im Sinne des Managed Care, sondern als Care Management. Die Absicht ist hier, umfassende Hilfeleistungen für Patienten mit komplexen und zumeist dauerhaften medizinischen, rehabilitativen und ggf. auch pflegerischen Hilfebedarfen als einheitlich bepreistes Produkt chronisch Kranken und Behinderten sowie deren Familien anzubieten.

12. Integrated Services Network (ISN)

Es handelt sich hierbei um horizontal integrierte Netzwerke. ISN sind keine eigenständige Versicherungsform. Es handelt sich um spezielle Angebote unter dem Dach einer MCO, die einer besonderen Zulassung bedürfen. Die Angebote richten sich an besondere Gruppen, wie psychisch kranke Obdachlose und Drogenkranke und werden zumeist von Kommunen, von kirchlichen oder anderen Hilfsorganisationen angeboten. Wenn sie nach den Regeln einer prospektiven staatlich vorgegebenen Kopfpauschale arbeiten, unterliegen sie ähnlichen Regulationen wie andere MCO-Leistungen.

13. Management Services Organization (MSO)

Es handelt sich hierbei um zu den MCOs komplementäre Serviceunternehmen, die für die leistungsanbietenden Unternehmen das Vertrags- und Akkreditierungsmanagement übernehmen.

14. Medical Services Organization (MSO)

MSOs ähneln den MCOs, unterscheiden sich von diesen jedoch dadurch, dass sich hier Ärzte zusammenfinden, die medizinischen Sachverstand für das medizinische Prozess- und Risikomanagement anbieten.

15. Physician-Hospital Organization (PHO)

Dies sind Anbieter medizinischer Serviceleistungen einzelner Ärzteteams oder von Krankenhausärzten, die ihre Expertise an MCOs verkaufen und so eine Zusammenarbeit zwischen ambulanten und Krankenhausanbietern herstellen. Dabei kann es sich um Kontrakte zwischen sich selbst organisierenden Ärzten und Krankenhäusern ohne oder nur mit begrenztem ärztlichem Fachpersonal handeln, ebenso um Angebote von Managementleistungen etc.

16. Physicians Practice Management Organizations (PPMO)

PPMO sind den MSO vergleichbar.

17. Provider Sponsored Organizations (PSO)

Dieser Typ integriert vor allem die Funktion einer Krankenversicherung und die Erbringung der versicherten Leistungen. Er steht in einer scharfen Konkurrenz mit den traditionellen Ersatzkassen. Das setzt in der Regel voraus, dass die PSO mit einem starken Kunden, vor allem einem großen Unternehmen verbunden ist, ggf. von diesem auch gegründet wurde.

18. Point-of-Service Plan (POS)

POS sind typische MCOs mit der Besonderheit, den Versicherten die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der PSO gegen eine zusätzliche Gebühr zu erlauben. Sie integrieren auf diese Weise traditionelle Krankenversicherungen und Managed Care Versicherungen.

19. Preferred Provider Organization (PPO)

Eine PPO ist eine medizinische Versorgungseinrichtung, die in einem vertraglichen Netzwerk mit Krankenhäusern und anderen Arztpraxen steht. Sie verkauft ihre Versicherungsprodukte direkt an Unternehmen, die bereit sind ihre Mitarbeiter zu versichern. Eine PPO hat zudem vertragliche Beziehungen zu traditionellen Ersatzkassen zu Discountkonditionen. Patienten haben regelhaft Selbstbehalte sowie Zuzahlungen von etwa 20% zu tragen.

PPOs finden in den USA vielfach Zustimmung, weil sie erlauben, innerhalb einer PPO Ärzte frei zu wählen.

20. Social Health Maintenance Organization (SHMO)

Die SHMO sind ein MCO-Modell, das in den USA alle Leistungen der Medicare Versicherung garantiert und in begrenztem Umfang auch die Medikamentenversorgung einschließt. Das Angebot erstreckt sich auch auf spezifizierte Leistungen für chronisch Kranke, auf kurzzeitige Leistungen zur Krankenpflege und auf Krankentransporte. Zu den Leistungen gehören auch die Versorgung mit einer Brille, Hörgeräten und begrenzten zahnärztlichen Leistungen. SHMO ergänzt so die Grundversorgungsleistungen einer HMO. (Siehe hierzu auch *Thomas, KE, Gassoumis, ZD, Wilber, KH Conversion Diversion: Participation in a SocialHMO Reduces the Likelihood of Converting From Short-Stay to Long-Stay Nursing Facility Placement*, J Am Med Dir Assoc 2010; 11: 333–337.)

21. Triage Center

Die Triage ist keine spezifische MCO-Leistung. Sie ist aber in vielen MCO-Modellen eine der entscheidenden Wirkvoraussetzungen. Sie wird als Methodik der Zugangsbegrenzung zu Leistungen genutzt (gatekeeping) sowie als Konzept zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen. Die Triage ist somit einer der zentralen Mechanismen jedes Case Managements. Sie verlangt nicht zwingend einen direkten Patientenkontakt, sondern nutzt ebenso Callcenter, Krisenzentren, Autorisierungszentren oder Touchscreens und Internetapplikationen. Die methodische Basis sind Softwareprodukte und zunehmend Entscheidungskonzepte, die Methoden der künstlichen Intelligenz nutzen.

Kommentar:

Managed Care spielt heute global eine zentrale Rolle und hat die traditionelle Rolle des medizinischen Fachpersonals innerhalb der medizinischen Versorgung grundlegend gewandelt. Der Mechanismus ist so simpel wie folgenreich und besteht (1.) in der Trennung der medizinisch-professionellen von der Managementkompetenz und deren hierarchischer Neuordnung und (2.) in Ablösung der medizinischen Kleinunternehmen durch Großanbieter (Integrated Care). Entsprechend ist deren Erfolg von der Marktabdeckung und den Wachstumsraten abhängig. Da das Wirtschaftsmodell auf Risikoselektion gründet, ist es für eine sozial allgemein zugängliche Versorgung nicht geeignet.

Beispiel:

Das brasilianische Krankenversorgungssystem "Sistema Unico de Saúde", begründet 1988, gilt als öffentlich-rechtlich und wird vom Staat verwaltet. Tatsächlich ist dessen Wirkprinzip dramatisch risikoselektiv. Die Verwaltung liegt in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums und des "Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)". Zwar garantiert die Verfassung einen diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für Jedermann, doch ist die Realität fern von dieser Zusicherung. Das gilt vor allem für das Recht auf freie Zugänglichkeit sowohl der öffentlichen wie der privaten Anbieter. Während die öffentlichen Einrichtungen im Wesentlichen die Basisversorgung der Mehrheit der armen und der unteren Mittelschichtbevölkerung übernehmen, ist spezialisierte Krankenhausversorgung nur durch gemeinnützige und gewinnwirtschaftliche Anbieter zu erlangen. Die Oberschichten sind privatversichert und nutzen auch nur private Anbieter. Das System ist mit einem Anteil von 3% am Bruttoinlandsprodukt dramatisch unterfinanziert. Weitere etwa 3 % sind privaten Versicherungsleistungen und Direktzahlungen einer Bevölkerungsminderheit zuzurechnen. Der private Sektor versorgt etwa 25 % der Bevölkerung. Er bietet im Wesentlichen vier Versicherungstypen an: indemnity insurances, prepaid group practices, medical cooperatives, and company health plans. Große landesweit agierende private "Health Maintenance Organizations (HMOs)" in der Eigentümerschaft internationaler Investoren wirken als Managed Care Organisationen. Vor dem Hintergrund der allgemeinen verfassungsrechtlichen Garantie medizinischer Hilfeleistung versuchen deren Geschäftsmodelle, diese Garantie zu nutzen, um hohe wirtschaftliche Versorgungsrisiken ihrer Patienten „staatlich“ tragen zu lassen und auf eigenes Risiko möglichst nur „simple medicine“, präventivmedizinische oder auch kosmetische Leistungen zu übernehmen („cherry picking“).

4.5 Managed Care Industry

Die „Managed Care Industry“ steht für den vorläufig radikalsten konzeptionellen Bruch in der Praxis medizinischer Versorgung.

Die Bezeichnung „Managed Care Industry“ darf als fest etabliert gelten (<http://www.managedhealthcareexecutive.com/state-industry/managed-care-state-industry-2018>; Zugriff 26.01.2019). Sie steht so für einen fundamentalen Bruch in der medizinischen Versorgungspraxis mit ihrer eigenen Geschichte. Managed Care Industry steht aber auch für die Vorbereitung einer nächsten Transformation: für den Übergang in die Digitalisierung und die selektive prädiktive Personalisierung einer hochintegrierten Versorgungs- und Versicherungsindustrie. Sie steht schließlich auch für die künftig möglich werdende Vertriebspraxis einer neuen „Produktmedizin“, die von virtuellen Organisationen global verkauft und von virtuellen Teams praktiziert wird.

Die Managed Care Industrie ist in etlichen Staaten heute der größte Industriesektor mit zudem aggressivem globalen Expansionsdruck. Ihr zentrales Merkmal ist die Industrialisierung der medizinischen Versorgung und die Entstehung großer Versorgungsmonopolisten, die die Versicherungs-, die Vertriebs- und die Leistungsfunktionen in virtuellen Unternehmen integrieren. Diese Entwicklungen begannen in den 1980er Jahren und erreichten in den USA bereits in den 1990er Jahren einen relativen Höhepunkt. Sie sind z.B. von Paul Starr, Jack W. Salmon oder R. Herzlinger umfassend untersucht (Starr, P.: *The Social Transformation of American Medicine*. 1984. Basic Books, New York, ISBN 0.45-07-934-2; 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 1994; Herzlinger, R. *Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry?* Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1997, ISBN: 9780201489941). Zwar waren viele prominente Analysten bereits in den 1990er und den frühen 2000er Jahren der Auffassung, die Managed Care Industry stünde vor dem Niedergang, doch hat sich gezeigt, dass diese Industrie bis heute trotz der scharfen Ablehnung durch die Bevölkerungen sehr machtvoll ist (<http://markets.on.nytimes.com/research/markets/usmarkets/industry.asp?industry=56122§or=56>; Zugriff 27.01. 2013)

Die Managed Care Industry folgt einfachen Zielen:

- ständige Mehrung der Gewinne durch die Formung einer global agierenden Wachstumsindustrie,
- Schaffung einer hochintegrierten Wertschöpfung,
- Vermeidung jeglichen Wettbewerbs, der Gewinne schmälern könnte,
- Definition von Leistungsprodukten, die sich als virtuelle und prädiktive Produktangebote vermarkten lassen,
- Verlagerung der Wirtschaftsrisiken auf die Käufer der Produkte.

Dabei erfüllt der Begriff Industrie nicht nur die Funktion, die Arbeitsprinzipien maßgeblich zu beschreiben. Er dient auch zur Charakterisierung eines Wirtschaftsfeldes, das automatisch in die Bemühungen um globalisierte Regionen eines vertraglich gesicherten Freihandels einbezogen werden kann. Der Begriff sucht also gleichsam programmatisch den Konflikt mit nationalstaatlich regulierten Systemen der Krankenversorgung. Allerdings wächst auch die Besorgnis, politische Interventionen könnten diese Perspektiven gefährden (z.B. Rivard, Ch., Rebay, K.: *The 5 Mega-Trends That Are Changing the Face of Health Care*. *The Atlantic* 223 May 9, 2012; last checked 17.09.2012)

Während einige Staaten mit entwickelten Systemen der Krankenversorgung erst am Beginn der Transformation stehen, sich andere in diesen Übergängen befinden, ist in etlichen Staaten dieser Übergang weitgehend vollzogen. Diese Staaten stehen bereits am Beginn der nächsten großen Transformation. Der Kern des neuerlichen Wandels

besteht im Übergang einer Hilfeleistung in die umsatzstärkste Konsumindustrie, die der Managed Care Industrie folgen wird: „After a turbulent decade of trial and error, that experiment can be characterized as an economic success but a political failure. The shift to consumerism is driven by a widespread skepticism of governmental, corporate, and professional dominance; unprecedented economic prosperity that reduces social tolerance for interference with individual autonomy; and the Internet technology revolution, which broadens access to information and facilitates the mass customization of insurance and delivery.” (Robinson, JC: *The End of Managed Care*, JAMA. 2001; 285 (20): 2622-2628. oi: 10.1001/jama.285.20.2622; last checked 26.01.2019)

Die Vorhersagen über den Niedergang der Managed Care Industrie haben sich zumindest bislang nicht bestätigt (siehe hierzu Reinhardt, U.: *The Managed care Industry Perspective*. Frontline 1998; <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/hmo/procon/hmo-perspective.html>, Zugriff 11.11.2001; Relman, A. *The decline and fall of managed care*, Hospitals & Health Networks, 1998, http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=AHA/NewsStory_Article/data/HHNMAG418&domain=HHNMAG; Zugriff 04.03. 2004)

Die Kritiken an der Managed Care Industry gibt es weltweit, werden aber nirgendwo so offensiv diskutiert wie in den USA: “In addition, public concern is driven by fear that regardless of how well their plans perform today, care might not be available or paid for when they are very sick.” Blendon RJ et al: Understanding the managed care backlash. doi: 10.1377/hlthaff.17.4.80 Health Aff July 1998 vol. 17 no. 4 80-94; siehe auch Burton, CV, 2008: Managed health Care (A Good Idea gone wrong), <http://www.burtonreport.com/infhealthcare/managedhlthcare.htm>; Zugriff 07.11.2009).

Die Weltwirtschaftskrise des Jahres 2008 hatte für die Managed Care Industry der USA Folgen. Diese bestanden zum einen im starken Rückgang der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und in der Reduktion von arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherungen. Gleichzeitig wuchs die Anzahl nicht beglichener Arztrechnungen und die Anzahl von Menschen, die Privatinsolvenz wegen medizinischer Versorgungskosten beantragen mussten. Ähnliche Berichte gibt es zu den Pharmaceutical Benefit Management Companies, die mit ihren Disease Management Produkten als Werbeträger der pharmazeutischen Industrie wirkten. (Gold R, Englander J, Seligman Ph: *Financial Crisis Hits Health-Care Companies*. Health-care facilities, medical equipment, and managed health-care companies have all been affected, Bloomberg Business Week November 28, 2008; Zugriff 2.12.2008)

Auf der Suche nach neuen Wachstumshorizonten für die Medizinindustrie in Bevölkerungen, deren gesundheitliche Lage sich für die Mehrheit tendenziell verbessert, sind zwei Begriffe zu „Hoffnungsträgern“ geworden: „Healthcare Consumerism“ und „Managed Consumerism In Health Care“.

Beide teilen die Botschaft, die Nutzer von gesundheitsbezogenen Produkten seien Kunden. Damit tritt das Kundenargument in den Mittelpunkt industriestrategischer Erwägungen zur Marktgestaltung. Dieses Argument ist implikationsreich. Kunden sind Käufer von Waren und Dienstleistungen. Diese Eigenschaft soll folglich die

Transformation eines Hilfesystems in ein Konsumsystem tragen. Die wichtigsten Hindernisse auf diesem Weg sind dann dritte zahlende Parteien (third-party-payer), die Fremdbestimmung des Kaufgrundes und die Wahl des zu kaufenden Produkts sowie die Begrenzung auf notwendige und angemessene (evidenzbasierte und indizierte) Leistungen durch eine andere Partei als die des Kunden.

Beispiel:

In einer Delphi-Studie hat die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst&Young hierzu ausgewählte Experten befragt (Böhlke, R., Söhnle, N., Viering, S. "Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020" Ernst&Young 2005). Die wichtigsten Aussagen waren:

- *die Zahl der Krankenhäuser wird abnehmen, vor allem öffentlich-rechtliche und gemeinnützige Einrichtungen werden vom Markt verdrängt und bleiben nur dort erhalten, wo keine Renditen erwirtschaftet werden können*
- *private Gesundheitszentren werden entstehen, die zu erwartenden Renditen werden Investoren auf den zukünftigen Wachstumsmarkt Gesundheit orientieren*
- *die Marktorientierung wird zu einer starken Selbstfinanzierungsbereitschaft durch die Kunden führen*
- *die Leistungszugänge werden künftig vor allem vom Alter, Geschlecht und von den Lebensverhältnissen selektiv abhängen*
- *nationale und global agierende Gesundheitskonzerne bestimmen mit ihren Produkten den Versorgungsmarkt*
- *die Integration von Versicherung und Leistungserbringung wird sich durchsetzen*
- *die allgemeine freie Arztwahl wird verschwinden*
- *die Finanzierung wird über prospektive Kopfpauschalen erfolgen*
- *die Versorgung wird maßgeblich von einem System von Nachauftragnehmern übernommen*
- *die Art der Leistungen wird über freie Vereinbarungen mit den Patienten auf der Basis strikter Rationierung festgelegt*
- *Triagesysteme werden die Inanspruchnahme steuern*

Kommentar:

Zumindest für das Jahr 2020 dürften sich diese Erwartungen nicht mehr erfüllen. Sie sind aber zweifellos weiterhin Gegenstände von Strategieerwägungen. Die Konsumentenstrategie zielt vor allem auf folgende Elemente einer Kundenentscheidung (Robinson, JC: *Managed Consumerism In Health Care. Health Affairs, Vol. 24, No.6, 2005.* <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1478>; Zugriff 26.01. 2019):

1. die Überwindung allgemeiner und gleicher Zugangsrechte zu einer Krankenversicherung, die Etablierung von Zusatzversicherungen und die Schaffung kapitalgedeckter Krankenversicherungen
2. die Wahlmöglichkeit von Krankenversicherungen, die sich mit ihren Produkten selektiv an der Kaufkraft der Kunden orientieren
3. die Schaffung einer freien Arztwahl als eigenständiges Leistungsprodukt
4. die Zusicherung des Rechtes auf Einsicht in die Krankenakten, ggf. die Schaffung der Eigentumsrechte der Patienten über ihre Daten
5. optionale Verfügbarkeit komplementärer und zum wissenschaftlichen Standard alternativer medizinischer Leistungen

Die Lösung der Probleme liegt demnach in einem Strategiekonzept, das unter der Bezeichnung Managed Competition seinen Einzug in die Diskussion wie auch in die Realität gefunden hat.

4.6 Krankenversorgung und Wettbewerb

Das eigennützige Streben wirtschaftlicher Wettbewerber gilt nach Adam Smith (1723-1790) als die beste Methode zur Maximierung des Gemeinwohls.

Eine Diskussion der Richtigkeit dieser These kann hier nicht geleistet werden (siehe hierzu H. Reiners: Sozialpolitik und die Hegemonie der „Hausväterökonomie“. Anmerkungen zur Sozialstaatsdebatte. WSI-Mitteilungen 4/2011; https://www.boeckler.de/wsimit_2011_04_Reiners.pdf; Zugriff 17.08.2017). Entscheidend ist, dass sie vielfach geteilt wird und für die Waren- und für die Dienstleistungswirtschaft gleichermaßen als gültig angenommen wird. Sie ist deshalb auch ohne Ergebnisprüfung real wirksam.

Wettbewerb setzt Ungleichheit voraus und hat sie auch zum Ziel. Zwei Handlungsstrategien sind naheliegend. Die eine bemüht sich um die bestmögliche Anpassung der Bedarfe an die vorfindlichen Bedingungen. Der Wettbewerbssieger ist der Bestangepasste an die für die Krankenversorgung vorfindlichen Gegebenheiten. So werden sich zumeist die unternehmerischen Akteure verhalten und hierbei das Arsenal mikroökonomischer Methoden einsetzen. Die andere zielt auf die bestmögliche Anpassung der gegebenen Bedingungen an die Bedarfe. Der Wettbewerbssieger ist jener, dem dies am besten gelingt. In dieser groben Vereinfachung ist dann auch der Unterschied zwischen unternehmerischen und politischen Handlungszielen charakterisiert. Es bleibt dann allein das Verhältnis, ggf. die Interaktion, der Krankenversorgungsindustrie und der politischen Entscheidungsträger zueinander zu klären.

Das Konzept des Wettbewerbs erscheint soweit plausible, wenn es sich um materielle und nicht um essenzielle Produkte und um Hilfeleistungen handelt. Es verliert jedoch

an Plausibilität, wenn es um den Zugang zu Luft, Nahrung, Kleidung, Unterkunft, Bildung oder um obligatorische Dienstleistungen für Kinder, Behinderte oder Kranke handelt. Die Absicherung fundamentaler Menschenrechte nach dem Artikel 55 der UNO Charter, eingeschlossen der Zugang zu Hilfeleistungen im Falle von Kranksein, eignet sich nicht für den Wettbewerb (*Woolhandler, S, Himmelstein, DU: Competition in a publicly funded healthcare system BMJ, 2007 December 1; 335(7630): 1126–1129*).

Es macht also einen großen Unterschied, ob Wettbewerb aus der makroökonomischen und sozialmedizinischen Perspektive oder aus der Perspektive der Leistungsanbieter wahrgenommen wird. Die simplifizierende Sicht der ersten Perspektive sucht nach dem besten Versorgungssystem, die zweite nach dem Anbieter mit den besten Versorgungsergebnissen. Allerdings sind beide irrelevant, wenn sie nicht durch Ziele belegt werden können. Der Systemwettbewerb bleibt immer schwierig, weil der Systemerfolg nicht zwingend „das System“, sondern dessen politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen spiegelt.

Beispiel:

Die WHO veröffentlicht (letztmalig 2010) ein Ranking der weltweit 100 besten Gesundheitssysteme:

1. France	26. Saudi Arabia	51. Dominican Republic	76. Sri Lanka
2. Italy	27. United Arab Emirates	52. Tunisia	77. Estonia
3. San Marino	28. Israel	53. Jamaica	78. Guatemala
4. Andorra	29. Morocco	54. Venezuela	79. Ukraine
5. Malta	30. Canada	55. Albania	80. Solomon Islands
6. Singapore	31. Finland	56. Seychelles	81. Algeria
7. Spain	32. Australia	57. Paraguay	82. Palau
8. Oman	33. Chile	58. South Korea	83. Jordan
9. Austria	34. Denmark	59. Senegal	84. Mauritius
10. Japan	35. Dominica	60. Philippines	85. Grenada
11. Norway	36. Costa Rica	61. Mexico	86. Antigua and Barbuda
12. Portugal	37. USA	62. Slovakia	87. Libya
13. Monaco	38. Slovenia	63. Egypt	88. Bangladesh
14. Greece	39. Cuba	64. Kazakhstan	89. Macedonia
15. Iceland	40. Brunei	65. Uruguay	90. Bosnia-Herzegovina
16. Luxembourg	41. New Zealand	66. Hungary	91. Lebanon
17. Netherlands	42. Bahrain	67. Trinidad and Tobago	92. Indonesia
18. United Kingdom	43. Croatia	68. Saint Lucia	93. Iran
19. Ireland	44. Qatar	69. Belize	94. Bahamas
20. Switzerland	45. Kuwait	70. Turkey	95. Panama
21. Belgium	46. Barbados	71. Nicaragua	96. Fiji
22. Colombia	47. Thailand	72. Belarus	97. Benin
23. Sweden	48. Czech Republic	73. Lithuania	98. Nauru
24. Cyprus	49. Malaysia	74. Saint Vincent and Grenadines	99. Romania
25. Germany	50. Poland	75. Argentina	100. Saint Kitts and Nevis

(<http://www.who.int/whr/2010/en/>; Zugriff 27.01.2019)

Kommentar:

Systematische Untersuchungen zu den Resultaten des Wettbewerbs zwischen Unternehmen der Krankenversorgung liegen nur begrenzt vor. Zu den prominenten Argumenten für die Einführung von Wettbewerb in die Krankenversorgung wird regelhaft angeführt, vor allem dieser garantiere eine hohe Ergebnisqualität.

Beispiel:

Eine Studie zur Versorgungsqualität in den USA hat über Ergebnisse berichtet, die auch global von einiger Bedeutung sind. Der "United Healthcare Report on Quality within the U.S. care providers" kam zu folgenden Einschätzungen:

- 1. Zugänglichkeit, Qualität, Kosten und Effektivität variieren in den USA um die Faktoren 2 bis 3. Folglich hängt die Versorgungsqualität maßgeblich vom Wohnort des Patienten ab.*
- 2. Höhere Zugänglichkeit führt zu besserer Ergebnisqualität.*
- 3. Je höher die Zahl der Nichtversicherten und der Personen, die von staatlichen Hilfen abhängig sind ist, desto höher ist der Bedarf an präventivmedizinischen Leistungen und an Hilfen für chronisch Kranke.*
- 4. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Qualität und Kosten. Qualität ist nicht ressourcenabhängig, sondern systemabhängig und von den Folge sozialer Selektion bestimmt.*

(Martin, A.B. et al 2007: Health spending by state and residence 1991 – 2004. Health Affairs 26(6) 652-663)

Beispiel:

Die Wirkungen des Wettbewerbs innerhalb und zwischen den Versorgungseinrichtungen ist kaum untersucht. Eine Ausnahme ist eine 2011 publizierte metaanalytische Studie, die 53 Studien, davon aus den USA 50%, Großbritannien 30% und aus anderen Staaten 20% zusammenfasste und in der Übersicht zu den in Tabelle 3 zusammengefassten Ergebnissen kommt.

Component of quality	UK evidence trends	International evidence trends
Clinical outcomes	Data analyses suggest potential improvements in mortality	Data analyses, reviews und observational studies suggest reduced clinical outcomes
Access and equality	Observational studies have mixed results, with some suggesting improved access and others suggested reduced access	Data analyses and observational studies suggest reduced access
Costs and efficiency	Data analyses have mixed results, with some suggesting potential benefits are not fully realised	Data analyses and observational studies suggest competition reduces costs for patients and commissioners
Satisfaction	There is little research available	There is little research, but a review suggests competition may improve satisfaction
Professionalism	There is mixed evidence. Most available research suggests negative staff views and behaviours but there is some evidence of managerial quality	Data analyses and observational studies suggest competition reduced staff stability, more stress and self-serving professional behavior and role conflicts
System structure	There is little research available	Reviews and data analyses suggest competition may be associated with fragmentation and increased mergers

Tab. 2: Zusammenhang von Wettbewerb und Qualität. Source: <https://www.health.org.uk/publications/competition-in>; Last checked 21.12.2012

Kommentar:

Die Ergebnisse der zitierten Studie sind zumindest nicht eindeutig, und es ist zu berücksichtigen, dass aus Staaten mit wenig entwickelten Versorgungssystemen, den sog. emerging countries und auch für die Mehrzahl der Mitgliedsstaaten der EU nahezu keine Kenntnisse zu den Wirkungen des Unternehmenswettbewerbs vorliegen.

Es macht offensichtlich einen Unterschied, ob Wettbewerb genutzt wird, um die Versorgungsziele zu definieren oder die Ressourcenallokation zu entscheiden. Es ist ebenso als Unterschied zu vermuten, ob Wettbewerb die Versorgung in „gesättigten“ oder in „ungesättigten“ Märkten formen soll. In gesättigten Märkten werden die

Anbieter um Käufer, in ungesättigten Märkten werden hingegen die Käufer um Anbieter Wettbewerb treiben.

In der politischen Diskussion sind die Statements zum Wettbewerb in der Krankenversorgung weitgehend uniform und lassen sich zu schlichten Thesen zusammenfassen:

- Wettbewerb verbessert die klinischen Ergebnisse
- Wettbewerb erhöht die Kundenzufriedenheit
- Wettbewerb verbessert den wirtschaftlichen Erfolg der Anbieter
- Wettbewerb reduziert die Preise für die Käufer
- Wettbewerb begrenzt die administrativen Kosten

Der politische Glaube an diese Thesen ist groß, die Evidenz ist hingegen schwach.

Wettbewerb hat vielmehr eine entscheidende Bedingung und eine entscheidende Folge: Der Wettbewerb in der Krankenversorgung hat Risikoselektion zur Bedingung (z.B. durch Portfolioselektion) und Mengenausweitung (z.B. durch Anbietermonopole und Überversorgung) zur Folge.

Wettbewerb erzeugt Gewinner und Verlierer. Es gibt jedoch keine Garantie, durch ihn würden die "schlechteren" Anbieter vom Markt gedrängt. Die Lehre ist vielmehr, dass Wettbewerb die Beschaffenheit der verkaufbaren Produkte über deren Preise vermehrt und differenziert. Aus der Erfahrungssicht der Sozialmedizin bewirkt Wettbewerb die Differenzierung der Zugänglichkeit von Leistungen nach den vier entscheidenden Merkmalen der Qualität: Zugänglichkeit, Notwendigkeit, Angemessenheit und Rechtzeitigkeit.

Der Nobelpreisträger für die Wirtschaftswissenschaften 2008, Paul Krugman (1953-*), der zu den profilierten Analysten der ökonomischen Wirkungsweise von Krankenversorgungssystemen gehört, hat sich mit Gültigkeit nicht nur für die USA zum Wettbewerb 2005 präzise geäußert:

"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.

Yet any effort to reduce this waste would hurt powerful, well-organized interests, which have already demonstrated their power to block reform. ...

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)

Der Widerspruch zwischen dem "competition belief model" und der Realität ist weltweit beeindruckend. Es geht nur um eine wirkliche Kontroverse: Soll die Krankenversorgung sich an den Bedarfen einer Bevölkerung orientieren oder soll im Mittelpunkt die Refinanzierung der Investments privatwirtschaftlicher Investoren stehen? Es geht um den Blick auf die Varianz und die Ungleichheit von homo sapiens und um die Frage, ob dessen soziale Ungleichheit seiner „Natur“ oder seinen Existenzbedingungen folgt, muss wer soziale Gleichheit fordert also die Natur von homo sapiens ändern oder Chancengleichheit anstreben.

Diese Frage betrifft ein Problem, das den Blick zurück in die Geschichte der Sozialmedizin führen muss und welches (auch) deren Repräsentanten in Humanisten und Sozialdarwinisten teilte: Ist die soziale Ungleichheit der Art die Ursache oder die Folge des ökonomischen Wettbewerbs und deshalb auch ein unvermeidlicher Mechanismus der biologischen Evolution?

Charles Darwin (1809-1882) ist allgegenwärtig, auch durch seine sozialdarwinistischen Interpretatoren. ("On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or The Preservation of Favored Races in the Struggle for Life, London 1859). Auch in der Gegenwart finden sich Versuche, die globalen wie die regionalen sozialen und ökonomischen Ungleichheiten mit Darwins Werk zu erklären und soziale Benachteiligung mit seinen Entdeckungen zu rechtfertigen. Wettbewerb ist dann der Mechanismus der sozialbiologischen Selektion. Wir wissen es heute besser, wenn wir es dann besser wissen wollen: "*Competition based on optimization plays a significant role in theories of the evolution of species and some theories, of the evolution of business or industrial structures. But evolution does not result in optimal selection of species or businesses for the future, and there is scope for doubt about what is being optimized by survivors in the evolutionary process.*" (Tisdell, C. A. (2008) Effects of Markets on Poverty and Economic Inequality. The University of Queensland School of Economics, Australia). Nicht Wettbewerb, sondern Kooperation ist der Schlüssel zum Verständnis der biologischen wie der sozialen Evolution (Axelrod, R., Hamilton, W.D. 1981. The Evolution of Cooperation. Science 211, 1390-96).

Im Deutungskonflikt um Ungleichheit und Wettbewerb stehen sich weiterhin zwei Positionen gegenüber: Die eine Partei sieht Kooperation und soziale Kohärenz als Faktoren der Zukunftssicherung (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). Die andere Partei sieht den allgemeinen Zugang zu Hilfen im Falle von Krankheit als das "black hole of economy" (Friedman, M.: *How to Cure Healthcare*, Hoover Digest Number 3 July 30, 2001, Stanford University).

Dennoch bleibt Wettbewerb ein zentrales Argument mindestens auf der Anbieterebene. Vier Aspekte sind dann auch für die Sozialmedizin wichtige Analysefelder:

1. Sollen die Investitionskosten aus den laufenden öffentlichen Einnahmen oder über die Kapitalmärkte finanziert werden?
2. Können die variablen Kosten für humane Dienstleistungen unter die durchschnittliche Inflationsrate gedrückt werden?
3. Dürfen medizinische Versorgungsleistungen sozial differenziert werden?
4. Welche sozialen Kriterien charakterisieren die Versorgungsqualität?

Die Beschreibung der Wettbewerbssituationen führt zu folgenden Konstellationen

- Wettbewerb von Patienten um Zugang zur Versorgung
- Wettbewerb der Anbieter um Patienten
- Wettbewerb der Versicherer um Versicherungskunden
- Wettbewerb der Anbieter um beste Ergebnisse (siehe hierzu Porter, M.E, W.O.Teisberg *Redefining Healthcare: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, 2006)

Jede dieser Wettbewerbskonstellationen zielt auf Selektion, wendet sich also explizit gegen eine allgemein zugängliche und bedarfsorientierte Versorgung nach Normen der medizinischen Wissenschaften. Es handelt sich folglich um Instrumente für andere als medizinische Versorgungsziele.

P. Krugman trifft den Punkt: "I'm not an opponent of markets. On the contrary, I've spent a lot of my career defending their virtues. But the fact is that the free market doesn't work for health insurance, and never did. ... All we ever had was a patchwork, semiprivate system supported by large government's subsidies. That system is now failing. A rigid belief that markets are always superior to government programs – a belief that ignores basic economics as well as experience – stand in the way of rational thinking about what should replace it." (Krugman, P. Health Economics 101, New York Times, 14.11. 2005)

4.7 Managed Competition

Managed Competition folgt der Hypothese, die Versorgung Kranker würde allein unter den Bedingungen eines regulierten Marktwettbewerbs in der Lage sein, zugleich die Standards der Effektivität und der Effizienz zu garantieren.

Dieses Statement besagt zunächst, dass im Falle der Krankenversorgung Marktwettbewerb diese beiden Ziele nur unter der Bedingung der Regulation des Marktes und seiner Akteure, also der Regulation der Verkäufer und der Käufer zu erreichen sind. Es stellt sich damit gegen die Vertreter einer freien, bzw. unregulierten Marktwirtschaft und verlangt zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, Regulationsziele und -bedingungen zu schaffen.

Es gehört zu den beständigen Diskursen, ob und falls wie, Märkte der Krankenversorgung zu regulieren sind. Die Diskussion fokussiert vier Themen:

1. Darf es in Systemen der Krankenversorgung und der Absicherung ihrer Leistungen Mechanismen der Risikoselektion geben?
2. Darf der Zugang zu Hilfeleistungen trotz begründetem Bedarf sozial selektiv rationiert werden?
3. Sind Wettbewerbe mittels der Maximierung von Leistungen nach Art und Menge sozial zu akzeptieren?
4. Sind in ihrer qualitativen Bewertung Über- und Unterversorgungen gleichermaßen als Verstöße gegen Qualitätsstandards zu bewerten?

Die These, Systeme der Krankenversorgung bedürften der Regulation, ist weder originell noch neu, hat jedoch, ausgehen von Debatten in den USA, seit Ende der 1970er Jahre weltweit erneut an Bedeutung gewonnen. Sie wurde vor allem von A. Enthoven (1930-*) 1978 forciert (*Enthoven, Alain C. (1988): Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam and New York: North-Holland; ISBN 0-444-70359-4*). Ausgangspunkt seiner Überlegungen war das vielfach beschriebene Marktversagen im Falle der Krankenversorgung. Sein Konzept der Marktregulation erfuhr wegen seiner vorgeblichen Wettbewerbsfeindlichkeit heftige Kritiken und veranlassten Enthoven die Bezeichnung „regulated competition“ in „managed competition“ umzubenennen. Während z.B. Pauly glaubte, einen Moral Hazard auf der Patienten-seite zu erkennen, hielt Enthoven dies für ein relevantes Problem auf der Anbieter-seite. Nach ihm werden ineffektive und ineffiziente Anbieter kaum vom Markt gedrängt und neben der allokativen sei auch die produktive Effizienz gemessen an anderen Dienstleistungsbranchen suboptimal.

Die Grundlage des Konzepts von Enthoven ist seine Analyse, dass einer grundlegenden Verbesserung der Versorgung in den USA folgende Hindernisse im Wege stünden:

1. die freie Arztwahl

2. die direkte Finanzierung der Ärzte durch die Patienten (fee for service)
3. die freie Entscheidung von Ärzten über den Versorgungsbedarf
4. die mangelnde Versorgungsintegration und die fragmentierte Versorgung durch medizinische Kleinunternehmen
5. die Existenz gemeinnütziger Versorgungseinrichtungen, die keine Profite machen dürfen
6. die Eigentümerschaft des Arztes über die Patienteninformationen, die eine umfassende Transparenz der Kundenbedürfnisse verhindere

Die von Enthoven vorgeschlagenen Lösungen sind folgende

- eine einheitliche Grundversicherungsgarantie für alle Bürger
- die freie Auswahl der Leistungsanbieter durch die Kostenträger
- die strikte Überwachung der Versorgungsqualität zur Verhinderung der marktbedingten Qualitätsabsenkung und Unterversorgung
- die ständige experimentelle Suche nach neuen Vergütungsformen
- das Recht der Versicherten, den Versicherungsträger zu wechseln
- Anreizsysteme für die Vermeidung von Inanspruchnahmen
- Diskriminierungsverbot für Versicherungsträger
- zentraler Beitragseinzug (single payer system), Verteilung der Mittel entsprechend dem Risikoprofil der Versicherten an die MCOs (der Risikoausgleich soll garantieren, dass Wettbewerb nur über die Qualität der Leistungen stattfindet)
- die jährliche Neueinschreibung der Versicherten bei ihrem Anbieter

Die Lösung der Probleme soll dann vor allem über (regulierte) Marktmechanismen erfolgen. Hierzu fordert Enthoven eine strikte Wettbewerbsorientierung innerhalb eines umfassend integrierten Finanzierungs- und Versorgungssystems. Diese Integration muss danach über Wertschöpfung im Kapitalinteresse erfolgen. Da öffentliche und gemeinnützige Versorger angeblich keine Gewinnanreize haben dürften, seien diese sukzessive vom Marktzugang auszuschließen. Das Konzept geht dabei von einem umfassend informierten und kostenbewussten (eigenverantwortlichen) Kunden aus. Es intendiert die empirisch kaum belastbaren, jedoch politisch als korrekt vermittelbaren Konstruktionen von Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Autonomie.

Soweit der Staat Versorgungsgarantien übernimmt, soll dieser eine Bevölkerungs- statt Individualmedizin mit Bedarfsplanung, Primärversorgung und Rationierung präferieren. Integration bedeutet in diesem System die Integration der medizinischen und finanziellen Verantwortung durch prospektive Finanzierungsformen und von ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung in einer Unternehmenshand mittels umfassender Budgetierung.

An die Politik richtet er folgende Empfehlungen

1. Schaffung eines politischen Klimas von Veränderungsbereitschaft unter Nutzung der Medien
2. Schaffung informationeller Transparenz über Patientendaten als „the oxygen for free markets“
3. Schaffung eines motivierten Käufertyps, der die Freiheit hat, den die Grundversicherung überschreitenden Versicherungsbedarf selektiv zu kaufen
4. Schaffung von Anbietern, die die Freiheit haben, ihr Verhalten nur von den Marktbedingungen abhängig zu machen

Managed competition soll Anreize setzen, sich wie unter Wettbewerbsbedingungen verhalten zu können. Hierzu bedarf es etablierter und strikt kontrollierter Regeln durch einen sog. Sponsor (also der Käufer von Krankenversicherungen), der für die Interessen der Patienten agiert. Dieser Sponsor sollte immer eine „staatsferne“ Institution, z.B. ein Arbeitgeberverband sein.

Das Modell birgt allerdings eine Reihe von systematischen Unsicherheiten:

- Die Komplexität medizinischer Versorgungsleistungen und die Vielzahl der Leistungserbringer bewirkt eine analog komplexe und dichte Regulation. Neben dem Aufwand ist es problematisch, die Normengebung und -kontrolle außerhalb der Exekutive zu installieren.
- Die Einrichtung eines prospektiven Risikoausgleichs ist methodisch und technisch schwierig und erzeugt die Gefahr massiver Risikoselektion.
- Der Sponsor dürfte kaum in der Lage sein, verifizierbare und unbestreitbare Informationen über das Preis-Leistungs-Verhältnis der Versicherungsträger zu erhalten.
- Die Festlegung von wirksamen und sozial tragbaren Zuzahlungen dürfte kaum gelingen.
- Es ist grundsätzlich zu bezweifeln, dass sich alle, oder auch nur eine Mehrheit der Versicherten und Patienten als „Marktakteure“ erfolgreich bewähren. Im Besonderen Personen, die vor allem deiner aktiv zugehenden Hilfe bedürfen (chronisch und psychisch Kranke, Alte und Behinderte) dürften durch „Managed Competition“ schnell überfordert werden.
- Die Existenz mehrerer Versicherungen garantiert keinen Wettbewerb, sondern kann ebenso Marktabsprachen initiieren.

Insgesamt ist das Modell „managed competition“ als Gesamtmodell niemals und in keinem historischen und institutionellen Kontext empirisch getestet worden. Die Propagierung der Prinzipien von „managed competition“ und der Versuch, sie zu implementieren, beruht lediglich auf mehr oder weniger erfolgreichen Tests einiger Einzelteile des Modells in unterschiedlichsten Kontexten inner- und außerhalb des

Gesundheitswesens. Erfahrungen, z.B. aus Großbritannien verweisen auf große Unzufriedenheiten mit dem Konzept, da der Versicherte/Patient in ihm kaum als selbständiger Akteur auftreten kann und durch die jeweiligen Markt- und Wettbewerbsinteressen der Sponsoren gesteuert wird. Dieses für die USA entwickelte Konzept fand dort nie Anwendung, wurde aber ab 2006 z.B. von den Niederlanden übernommen.

Beispiel:

Beginnend im Jahr 2006 haben die Niederlande ein Versicherungsmodell eingeführt, das im Wesentlichen dem von A. Enthoven entwickelten Konzept des Managed Competition folgt. Das neue System orientiert vor allem auf den Anbieterwettbewerb unter Vermeidung von Risikoselektion. Die Krankenversicherungen sind verpflichtet, Versicherungsprodukte zu entwickeln, die einen Mindeststandard abdecken, der vom Staat vorgegeben ist, jedoch überschritten werden darf.

Die Beitragszahlungen werden in einem Fund gesammelt und dann auf die Versicherungen kopfpauschaliert nach einem Konzept des Risikostrukturausgleichs verteilt. Der Fund wird von einem Sponsor verwaltet, der auch die Beiträge der Versicherungspreise der Arbeitgeber (50%) einzieht. Er zieht ebenfalls die Beiträge des Staates für Personen, die keine Beiträge zahlen müssen oder können ein (5% des Funds). Die verbleibenden 45% des Gesamtbudgets werden durch die Versichertenzahl geteilt und bilden dann die Geldmenge, die als gleicher Betrag von jedem Bürger zu zahlen ist. Den Versicherungen sind prospektive Leistungsfinanzierungen nach dem Managed Care, die Vereinbarung von Selbstbehalten und von Zuzahlungen untersagt. Das System ermöglicht den Wechsel des Versicherers innerhalb eines Jahres, wovon ca. 20% der Versicherten auch Gebrauch machen.

Kommentar:

Analysen über die Einführung von „Managed Competition“ in den Niederlanden zeigen erhebliche technische Schwierigkeiten der Implementation, eine unzulängliche Wirksamkeit im Sinne der Absicht sowie auch unerwünschte Wirkungen. Damit steht die empirische Schlüssigkeit des Konzepts weiterhin zur Diskussion.

5 Die monetäre Regulierung medizinischer Leistungen

Die ökonomischen Beziehungen der Akteure medizinischer Dienstleistungen prägen die Systeme der Krankenversorgung nachhaltig.

Die Bezeichnung einer Dienstleistung als eine „medizinische“ ist nicht geschützt. Sie kann also nicht einfach der Leistung einer zugelassenen Person professioneller Heilkunde zugerechnet werden.

Beispiel:

Während die ärztliche Verordnung eines Medikamentes oder die Leistung einer Hebamme unzweifelhaft medizinische Dienstleistungen sind, ist nicht geregelt, ob die Produktion und der Verkauf von Zahnreinigungsmitteln oder deren Entwicklung diesen zugerechnet werden kann. Analog ist nicht selbsterklärend, ob Angebote sog. 2. Gesundheitsmärkte oder der Wellnessindustrie medizinische Dienstleistungen sind.

Kommentar:

Entsprechende Abgrenzungen spielen für die Beschreibung des Dienstleistungsmarktes und seiner Akteure, ihrer Interessen und regulatorischen Beziehungen eine erhebliche Rolle. Wenn akzeptiert wird, dass „die Medizin“ eine angewandte Wissenschaft ist, deren Ausübung der Zulassung bedarf und rechtlich überwacht ist, begrenzen sich medizinische Dienstleistungen eben auf die Inhalte und die Umfänge dieser Zulassungen. Allerdings ist es auch unrealistisch, einen solchen Maßstab im globalen Vergleich anzuwenden oder zwischen dem Gebrauch rezeptierter und frei verkäuflicher Medikamente zu unterscheiden. Schließlich gibt es auch keinen Grund zu der Vermutung, solche medizinischen Dienstleistungen würden künftig dauerhaft und mehrheitlich vom Menschen erbrachte Dienstleistungen sein, bzw. bleiben.

Dieses Klassifikationsdilemma soll hier nicht gelöst werden. Ab- und eingrenzend sind im hier gewählten Kontext medizinische Dienstleistungen solche, die von approbierten, akkreditierten oder lizenzierten Personen und Organisationen, die solche Personen vorhalten, angeboten und erbracht werden. Auch unter dieser Eingrenzung verbleiben Komplikationen, z.B., wenn es um die Zuordnung von multiprofessionellen Teamleistungen, oder die Delegierung und die Substituierung von nur approbierten Personen zugewiesenen Leistungsrechten geht. Solche Zuweisungen werden vollends unüberschaubar, wenn es sich um Leistungen handelt, deren Sinnhaftigkeit nach Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin zweifelhaft ist oder die als Leistungen einer experimentellen Therapie unter dem Vorbehalt von behördlichen Sonderzulassungen stehen.

Die Abgrenzung medizinischer und gesundheitlicher Dienstleistungen ist eine weitere Schwierigkeit. Medizin rechtfertigt ihre Interventionen durch die Maßstäbe eines klassifizierenden Krankheitsbegriffs. Es gibt jedoch keine analoge interventionell orientierte Klassifikation des Gesundheitsbegriffs, der letztlich immer auch Zustände des Krankseins wie solche des Gesundseins einschließt. Von krankheitsspezifischen Dienstleistungen wird die Möglichkeit ihrer personenbezogenen Ergebnisevaluation erwartet. Ein solcher Anspruch ist für Gesundheitsdienstleistungen nicht in direkt vergleichbarer Weise geltend zu machen.

Aus der Schwierigkeit, allgemeinverbindlich medizinische Dienstleistungen zu bestimmen folgt die Schwierigkeit, deren relevante Akteure präzise zu benennen. Im Kontext dieses Kompendiums ist die Identifizierung „medizinischer Dienstleistungen“ von Belang, wenn es um die Identifizierung ihrer Akteure (auch Stakeholder genannt) geht. Aus sozialmedizinischer Sicht schien es in der Vergangenheit hinreichend, diese Akteursbeziehungen als Patienten-Ärzte-Beziehungen, bzw. Patienten-Heilpersonen-Beziehungen zu beschreiben. Aus heutiger Sicht ist dies zunehmend eine die Realitäten verzerrende Vereinfachung.

Für die Beschreibung und die Analytik von Systemen der Krankenversorgung muss zur Kenntnis genommen werden, dass die Zahl der relevanten Akteure zunimmt und sich ihre Bedeutung wandelt. Es gibt erhebliche Interessen, ihre Rollen neu zu definieren. Das gilt mindestens für die Patienten, die Versicherten, die Leistungskäufer und die Leistungsanbieter. Dieser Rollenwandel signalisiert weltweit einen Systemwandel, der letztlich auch das Selbstverständnis der Heilberufe verändert.

5.1 Die Patienten

Patienten sind Personen, die medizinischer Dienstleistungen bedürfen und/oder nachfragen.

Kommentar:

Individuen werden sowohl durch den medizinischen Hilfebedarf wie auch durch dessen Nachfrage zu Patienten. Es handelt sich um die Zuschreibung einer sozialen Lebenssituation, die durch Interventions- und Schutzbedarf charakterisiert ist, die zu gewähren, legitimierten Personen übertragen ist. Die Bezeichnung Patient ist folglich relational. Patienten sind in diesem Sinne Menschen, die in ihrer autonomen Lebensbewältigung eingeschränkt sind und nicht nur der Hilfe, sondern ggf. auch des besonderen Schutzes, z.B. vor Arbeits-, Alltags- und Umweltbelastungen bedürfen.

Der Hilfebedarf ist soweit spezifisch definierbar, wie die Rechtssysteme von Staaten die Rechte, ggf. auch die Pflichten zu Hilfeleistungen differenzieren, privilegieren oder auch eingrenzen. Der „Patient“ ist soweit eine soziale Konstruktion, die aus den spezifischen Rechtsbedingungen für die Beziehung der Hilfenachfragenden und der

professionellen Helfer folgt: Patienten fragen nach Leistungen, die nach Maßstäben des öffentlichen Rechts gewährt werden. Das kodifizierte Recht überträgt den medizinischen Dienstleistern die Pflicht, diese Leistungen in dem ihnen übertragenen Ordnungsrahmen zu gewähren. Allein diese besondere Rechtssituation erzeugt Patienten, nicht die freiwillige oder eingeforderte „Unterwerfung“ von Hilfesuchenden unter einen fremden Willen oder Machtanspruch.

An den Realitäten von Patientensituationen gibt es (häufig nachvollziehbar begründet) vielfältige Kritiken, weil die Asymmetrie der Positionen der Akteure negativ erlebt wird. Wie immer, wenn dies der Fall ist, sind solche Asymmetrien missbrauchsgefährdet und rechtfertigen Veränderungsdruck. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen wird in dem Moment zu einer besonderen Erlebenssituation, in der Menschen die Privatheit verlassen und ihre Bedarfe direkt oder indirekt zu einer öffentlichen Angelegenheit machen. Das Konzept einer „praktischen“ oder „praktizierenden“ Sozialmedizin ist soweit zwingend an die Akzeptanz von Hilfebedarfen als öffentliche Angelegenheiten geknüpft.

Diese Sicht ist nicht unwidersprochen und forciert auch aus anderen Interessen die Position, diese Asymmetrien ließen sich leicht auflösen, wenn Hilfesuchende nicht Patienten, sondern Kunden wären. Dieser Wandel führe zu einem unmittelbaren Positionswandel, wenn Hilfesuchende die erfahrenen Dienstleistungen unmittelbar entgelten würden. Kostenerstattung statt Sachleistung, also Kunden- statt Patientenrolle führten zu Selbstbestimmung und Gleichberechtigung.

Hierzu müsste „nur“ die öffentlich-rechtlich bestimmte Patientensituation in eine privatrechtlich definierte Kundenrolle überführt werden. Nicht öffentlich-rechtliche Normensetzungen regelten dann die Akteursbeziehungen, sondern private Behandlungsverträge. Je nach den Systemen der Krankenversorgung sind hilfenachfragende Personen in der Tat Kunden von professionellen Dienstleistern oder Anspruchsberechtigte Patienten nach Maßgabe öffentlich-rechtlicher Normensetzungen. Der Kunden- und der Patientenstatus trennt sich also in dem Moment, in dem entweder die Entgeltung oder die Zulassung zur Heilbehandlung oder Beides öffentlich-rechtlich oder alternativ privatrechtlich reguliert sind. Die Kundendebatte steht symbolisch für die Forderungen nach Systemtransformationen, zumindest aber für die Neubestimmung der Grenzfällen zwischen 1. und 2. Gesundheitsmärkten. Das führt zu dem Schluss, dass jeder Versuch, aus dem Patienten einen Kunden zu machen, letztlich dem Zweck folgt, die Beziehungen von Patient und Dienstleister nach Maßstäben privater Rechtsbeziehungen auszugestalten.

Mit der Identifizierung des Unterschieds von Patienten und Kunden, treten dritte Parteien in die Kundenrolle. Deren Beziehungen zum „Patienten“ werden dann zu den entscheidenden Bestimmungsmerkmalen von Systemen der Krankenversorgung. Die tatsächlichen „Kunden“ haben dann viele Gesichter. Es sind die der Familien, des Clans, der Gruppe, der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungen oder die von Staaten. Ob nun steuerfinanziert, umlagefinanziert oder sonst versicherungs-

finanziert, immer dann, wenn dritte Parteien die Versorgungskosten tragen, sind diese die Kunden.

5.2 Der Versicherte

Versicherte sind Personen, die nach unterschiedlichen Modellen gegen eine Gefahr abgesichert sind oder einer Rechtspflicht folgend, sich gegen Risiken versichern müssen.

Kommentar:

Soweit Krankenversicherungen Rechtspflichten sind, bestimmen viele Staaten verpflichtend auch deren Rechtsnatur. Die freie Entscheidung für die Art der Versicherung und deren Rechtsnatur ist in Staaten mit verbindlichen Krankenversicherungssystemen zumeist nicht gegeben oder nur als soziales Privileg verfügbar. Der Teil der Bevölkerung, der über solche Privilegien verfügt ist zudem typischerweise auch der Teil, der über die Rechte der Versicherten und die Regulierung ihrer Versicherung entscheidet. Ausnahmen hiervon sind vor allem genossenschaftliche Versicherungstypen.

Die Arten der Krankenversicherungen und damit die Rechtsstellung der Versicherten lassen sich typologisch nach unterschiedlichen Kriterien ordnen. Ein häufig genutztes Ordnungsprinzip sind steuerfinanzierte (subsidiäre) Absicherungen, genossenschaftliche Umlageversicherungen und Äquivalenzversicherungen.

	steuerfinanziert	genossenschaftlich umlagefinanziert	individuell oder gruppen- äquivalent finanziert
Ziel	sozialer Frieden	soziale Kohärenz	individuelle Exklusivität
Versicherte	Steuerzahler	Mitglieder der Genossenschaft, ggf. mit-versicherte Angehörige	Individuelle Produktkäufer und Arbeitgeber
Leistungskäufer	Staat	Genossenschaft	Individuum
Risikovarianz	Bevölkerung	Mitglieder der Genossenschaft	selektiv und preisäquivalent
Schadensträger	Bevölkerung	Genossenschaft	Versicherung
Leistungen	allgemein verbindliche Rechtsnormen Sachleistung	Vereinbarung der Genossenschaftler, staatlich definiert	wie gekauft Kostenerstattung

		Sachleistungen und Kostenerstattungen	
Steuerungsziel	Leistungsbegrenzung	Ausgleich von Bedarf und Ressourcen	Preisanpassung, Schadensvermeidung
Kontrolldruck	hoch	hoch	gering

Tab. 3: Typologie der Versicherungen

Beispiel:

Vermutlich gibt es keine zwei Staaten mit identischen Systemen der Krankenversicherung. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung und die französische Krankenversicherung sind, wenngleich auf unterschiedliche Weise ausgeformt, Umlageversicherungen. Solche Umlageversicherungen sind oft genossenschaftliche Konstruktionen, die staatlich überwacht werden. Beide Typen sind jedoch unterschiedlich geprägt, das französische durch seinen staatlichen, das deutsche System durch seinen korporatistischen und genossenschaftlichen Charakter. Die in Deutschland existierenden Ersatzkassen waren ursprünglich berufsständische gemeinnützige Selbsthilfekassen, die dann in die gesetzlichen Kassen integriert und diesen im Wesentlichen sukzessive gleichgestellt wurden. In Frankreich spielten diese Kassentypen historisch keine Rolle. Für die Steuerfinanzierung können Großbritannien, Dänemark und Finnland sowie die Managed Care Varianten des Medicaid und Medicare in den USA als Beispiele benannt werden. Staatlich verwaltete Systeme finden sich die Großbritannien, Irland und Portugal. Regionalisierte Verantwortlichkeiten finden sich in Deutschland, China, Italien, Spanien, Kanada, USA oder Neuseeland. Äquivalenzversicherungen, spielen für den gesellschaftlichen Rand der Oberschichten eine Rolle, soweit die nationale Rechtsgebung dies ermöglicht oder privilegierten Gruppen auch vorschreibt. Diese Typen sind zumeist for-profit Indemnity Insurances, die gemäß ihrer Produktkataloge oder zeit- und/oder monetär höchstbegrenzte Versicherungsleistungen anbieten. Den Vermögensverteilungen folgend, spielen sie global keine wesentliche Rolle, wenn sie von Staaten nicht besonders privilegiert werden. Sie sind ggf., wie in den Niederlanden oder in den USA, verpflichtend privatwirtschaftlich organisiert und zumeist erheblich reguliert.

Kommentar:

Jedes dieser Systeme kennt seine eigenen spezifischen Konflikte. Aus Steuermitteln versicherte Staatsbürger wünschen umfassende Zugänge zu Leistungen, niedrige Steuersätze und die Anspruchsrechte von äquivalent versicherten Kunden. Umlageversicherte wünschen niedrige Beitragssätze und eine geringe horizontale Varianz der Gesundheitsgefährdungen der Versicherten. Kunden von Äquivalenzversicherungen und von Versicherungen nach dem Modell von Ersatzkassen wünschen geringe Selbstbeteiligungen und hohe Kompensationsraten ihrer Auslagen. Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, das Versicherte, Mitversicherte und Patienten

auch gleiche Interessen hätten, ein Umstand, der regelhaft und global in Versuche führt, Versicherten- und Patienteninteressen als gegensätzlich zu argumentieren. Eine „naturgegebene“ Unfähigkeit von homo sapiens (Selye, H. Gesundheit und Stress-Konzept. In: Füllgraf, G. (Hrsg.) - Bewertung von Risiken für die Gesundheit. Stuttgart-New York 1977, ISBN 0783437104657) und eine unterstellte fehlende intergenerative Solidaritätsbereitschaft von Kindern und Enkeln mit ihren Eltern und Großeltern dienen dabei als perpetuierte Argumente.

5.3 Der Dienstleistungskäufer

Die Träger der Kosten der Krankenversorgung sind deren Käufer.

Es muss zwischen Dienstleister, Patient, Anbieter und Käufer unterschieden werden. Jeweils deren Beziehungen zueinander beschreiben ein Krankenversicherungssystem. Die Kostenträger sind in diesem Geflecht die Kunden der Leistungsanbieter und in der Regel Versicherungen, Arbeitgeber oder staatliche Institutionen. Systeme mit vorrangiger oder partieller Kostenerstattung ändern daran nichts. Die Gleichzeitigkeit von Patient und Kunde ist in entwickelten Krankenversorgungssystemen die Ausnahme oder bleibt auf nicht versicherte Zusatzleistungen begrenzt. Sie ist in Ländern mit wenig entwickelten Krankenversorgungssystemen ein Indikator des geringen Entwicklungsstandes oder sozialer Privilegien.

Der Kauf einer Krankenversorgungsleistung setzt deren Definition (Produkt- und Fallklassifikation) und deren monetäre Bewertung (absolute und relative Preise, Gebührenordnungen etc.) voraus. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Gestaltungsfaktoren sind die Preisentstehung, die Nachvollziehbarkeit der Rechnungslegungen gegenüber dem Kunden und die jeweilige Käufer- und Anbietermacht. In entwickelten Systemen sind an den entsprechenden Gestaltungskonzepten weder die Patienten noch die Leistungserbringer wesentlich beteiligt.

Die gängigen Markttheorien gehen davon aus, dass Preise durch Angebote und Nachfragen gebildet, gleichsam direkt oder indirekt ausgehandelt werden. Von Ausnahmen abgesehen, kann jedoch als konsentiert unterstellt werden, dass in wichtigen Lebensbereichen diese Mechanismen nicht wirken und auch nicht wirken dürfen, wenn gleiche Zugangsrechte zu Waren und Dienstleistungsprodukten garantiert sein sollen (siehe hierzu Bator, F.M. *The Anatomy of Market Failure. The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 72, No. 3 (1958), pp. 351-379. *The Massachusetts Institute of Technology Press*). Zu diesen Dienstleistungen gehört auch die Krankenversorgung. Das Markt- und Wettbewerbsversagen im Falle der Krankenversorgung, zwingt zur dauerhaften Regulation der monetären Beziehungen der Versorgungsakteure, wenn deren allgemeine Zugänglichkeit garantiert sein soll.

Beispiel:

Praktisch alle Staaten mit entwickelten Systemen der Krankenversorgung haben das Wirken von Marktmechanismen bei der Preisbildung für deren Dienstleistungen, für deren Zugänglichkeit und die für Marktmodelle entscheidenden Mechanismen der Risikoselektion außer Kraft gesetzt oder doch zumindest begrenzt. Die Methoden sind Gebührenordnungen, Preisfestsetzungen für Leistungsprodukte (z.B. Preise für Medikamente), Fallpauschalen, Budgetierungen, Rationierungen, Zuzahlungsregelungen etc. Das gilt analog für die Preise für Krankenversicherungen und für deren Leistungspflichten. Wo dies nicht geschieht und dennoch Marktmechanismen wirken sollen, werden zur Sicherung einer hinreichenden sozialen Effektivität in erheblichem Umfang Steuermittel eingesetzt.

Kommentar:

Das ändert nichts an permanenten Konflikten um die Begrenzung und um die Maximierung von Erlösen, bzw. um die Durchsetzung von Kostendeckungsprinzipien oder alternativ von Prinzipien der Gewinnerwirtschaftung. An diesem Konflikt trennen sich die Positionen derer, die Krankenversorgung als eine konsumwirtschaftliche oder als eine öffentlich-rechtlich zu garantierende Pflichtaufgabe der Sicherung sozialer Funktionen etabliert sehen wollen. Dieser Konflikt wiederholt sich in allen sozialen Lebensbereichen, die dem Marktversagen unterworfen sind, so in der Bildung und der Forschung, bei der Finanzierung der Arbeitskosten notweniger jedoch nicht kostendeckender Leistungen oder bei der Subventionierung landwirtschaftlicher Produktion und von Energiekosten oder von Kosten für Wahrung der inneren und äußeren Sicherheit etc.

Die Aufwendungen des Käufers von Leistungen zur Krankenversorgung müssen mindestens dem Produkt von Preis und Leistungsmenge proportional sein, d.h., Preise und Mengen sind die relevanten Regulationsziele. Um die sozialen Wirkungen zu verdeutlichen, sind einige wenige Sachverhalte aus dem Heft 5 zu erinnern. Danach muss davon ausgegangen werden, dass es eine umgekehrte Proportionalität von Menge und Preis gibt, die Aufwendungen für die Versorgung sozial und altersspezifisch asymmetrisch verteilt sind und diese Asymmetrie mit epochal wachsender mittlerer Lebensdauer zunimmt.

Nachvollziehbar steht damit jeder Leistungskäufer in einem Entscheidungs- und Steuerungsdilemma. Jeder Versuch dieses aufzulösen, hat komplexe soziale Folgen. Der Leistungskäufer muss sich entscheiden, entweder die Absicherung häufiger und eher niedrigpreisige oder die Absicherung eher seltener jedoch hochpreisiger Versicherungsleistungen zu präferieren. Die Steuerung der Ressourcenallokation kann so im Wesentlichen nur über die Steuerung der Zugänge, über die versicherten Produkte (Leistungskataloge) und durch die der Mengen erfolgen.

Jede Begrenzung des Kaufs medizinischer Leistungen ist eine Rationierung.

Vor dem Hintergrund der oft emotional geführten Debatten zur Rationierung ist es notwendig, hierzu Verständigungen anzustreben. Rationierungszwänge und -entscheidungen begleiten mit wenigen Ausnahmen Menschen durch das Leben. Rationierungen sind persönliche wie auch Fremdentscheidungen und im medizinischen Kontext Prinzipien der Vermeidung von Patientenschädigungen durch nicht indizierte Überversorgung. Rationierung ist also ein essenzieller Aspekt indikationsgerechten und verantwortlichen Handelns.

Der Kontext der Debatte sind begrenzte Ressourcen. Unter diesen Bedingungen haben Kaufentscheidungen immer auch rationierende Wirkungen. Das ist unabhängig davon, ob eine Krankenversicherung steuer- oder umlagefinanziert oder privatvertraglich begründet ist. Rationierung ist auf der Versicherungsseite keine Besonderheit, sondern die Regel. Wichtig ist allerdings die Frage, wer nach welchen Regeln über die versicherten Leistungen entscheidet und welche Interessen ihn dabei leiten. Wichtig ist auch die Frage, wer über die Nutzung der versicherten Ressourcen und nach welchen Kriterien entscheidet. Hierzu haben die „Käufer“ in der Regel eigene Rationierungsmechanismen entwickelt, wie ggf. auch die Anbieter ihre Angebote rationieren müssen.

Beispiel:

Im britischen NHS ist die Entscheidung über die Ressourcenverwendung die Aufgabe einer Behörde, dem „National Institute for Health and Care Excellence“ (NICE). In den 1990er Jahren hat das NHS mit dem „GP fundholding“ die Rationierungsentscheidung den Leistungserbringern übertragen, um auf diese Weise das NHS in eine quasi-Marktregulation zu überführen. Dieses Ziel wird seit 2012 mittels sog. „Clinical Commissioning Groups“ verfolgt. In Deutschland werden die relevanten Entscheidungen durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss“ getroffen. In den USA handelt es sich für die steuerfinanzierten Programme um administrative Entscheidungen auf der Ebene der Vereinigten Staaten und/oder der Bundesstaaten.

Kommentar:

Nahezu alle Verteilungskonflikte zwischen den Verkäufern und den Käufern von Leistungen zur Krankenversorgung nutzen an irgendeinem Konfliktpunkt den unterstützenden oder abwehrenden „Kampfbegriff“ Rationierung. Ursprünglich wurde die Debatte um 1984 im US-Bundesstaat Oregon durch Konflikte um die Zugangsberechtigung zu hochspezialisierten medizinischen Leistungen für Medicaid-Versicherte ausgelöst (The Oregon Medicaid Case). (Siehe hierzu auch, Leichter, HM: *Rationing Care in Oregon. The New Accountability. Health Affairs Vol. 10, No. 2 1991 Free Access* <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.2.7>; last checked 29.02.2019.)

Der Rationierungsbegriff steht heute für ein heterogenes Konglomerat gesundheitspolitischer Entscheidungszwänge, Zielkonzepte und praktischer ärztlicher Entscheidungspflichten sowie für die Konflikte um die Ausgestaltung von Grund- und Wahlleistungen. Die typische Diskussion gruppiert sich um folgende Fragen:

1. Gibt es ein Recht auf eine von Auswahlkriterien und Begrenzungen freie Versorgung für jeden?
2. Ist es möglich, allen Menschen alle Möglichkeiten der Medizin unkonditioniert zugänglich zu machen?
3. Wenn es solche Grenzen für den Zugang zu Leistungen gibt, nach welchen Kriterien sollen sie formuliert werden, und wer ist dann legitimiert solche Entscheidungen zu treffen?
4. Sollen Rationierungen vorzugsweise an der Prävention, an der Diagnostik, an der Therapie oder an der Rehabilitation ansetzen?
5. Wie kann eine öffentlich-rechtliche Aufsicht über explizite Rationierungssysteme geführt werden?
6. Wie ist rechtlich mit impliziten Rationierungen bei prospektiven Finanzierungsformen umzugehen?
7. Soll Rationierung primär über den Mechanismus der Vereinbarung von Leistungsinhalten (Produktion rationierung) oder primär über eine Einschränkung der ärztlichen Autonomie (Indikationsrationierung) oder über sozialspezifisch wirkende Beschränkungen (soziale Rationierung) implementiert werden?

Die z.T. sehr emotionalen Debatten lassen oft außeracht, dass wegen des Ressourcenmangels für mindestens 90% der Erdbevölkerung die Rationierung medizinischer Versorgung auf niedrigem Niveau ohnehin die Regel ist. Folglich steht im Zentrum nationaler wie internationaler Bemühungen der Abbau, nicht die Schaffung von Versorgungsschranken. Soll sozialer Frieden gesichert bleiben, können Regeln für den Zugang zu Leistungen mit rationierender Wirkung Verteilungsgerechtigkeit eher befördern als behindern.

Beispiel:

Unter den Bedingungen des SGB V (siehe z.B. §12) ist die Begrenzung auf notwendige, erforderliche und wirtschaftliche medizinische Versorgungsleistungen die Rechtsnorm. Die gesetzliche Krankenversicherung ist also rechtlich explizit eine Leistungen rationierende Grundversicherung. Das trifft nicht nur für die präventivmedizinische und die Akutversorgung, sondern auch für die Rehabilitation zu.

Kommentar:

Der australische Philosoph und Ethiker P. A. David Singer (1946- *) schrieb hierzu im „New York Times Magazine“, Juli 2009: *“Health care is a scarce resource, and all scarce*

resources are rationed in one way or another. In the United States, most health care is privately financed, and so most rationing is by price: you get what you, or your employer, can afford to insure you for. But our current system of employer-financed health insurance exists only because the federal government encouraged it by making the premiums tax deductible. That is, in effect, a more than \$200 billion government subsidy for health care. In the public sector, primarily Medicare, Medicaid and hospital emergency rooms, health care is rationed by long waits, high patient copayment requirements, low payments to doctors that discourage some from serving public patients and limits on payments to hospitals." (Singer, P. (2009-07-15). "Why We Must Ration Health Care". New York Times Magazine. The New York Times. Last checked 17.12.2017.) D. Leonhardt, Kolumnist der New York Times, erläuterte 2009: "The choice isn't between rationing and not rationing. It's between rationing well and rationing badly. Given that the United States devotes far more of its economy to health care than other rich countries, and gets worse results by many measures, it's hard to argue that we are now rationing very rationally." (Healthcare Rationing Rhetoric Overlooks Reality. Last checked New York Times July 2009.)

Die Methoden der Rationierung sind überschaubar, jedoch nicht zwingend auch durchsetzbar:

- selektive Vertragsgestaltung zwischen Käufern und Leistungserbringern
- Preisgestaltung, Zuzahlungen und Selbstbehalte mit leistungsbegrenzender Wirkung
- die ausschließliche Akzeptanz von evidenzbasierten Therapiekonzepten durch Krankenversicherungen
- staatliche Rationierung nach Expertenempfehlungen, z.B. nach dem Oregonmodell (Perry, Ph., Hotze, T. (2011). "Oregon's Experiment with Prioritizing Public Health Care Services". *AMA Journal of Ethics*. 13 (4): 241–247: last checked 19.05. 2015)
- Effizienzentscheidungen mittels sog. Quality-Adjusted Life Years (QALY) (siehe Heft 3)
- Effektivitätsmessungen nach den Konzepten der evidenzbasierten Medizin
- Altersrationierung
- Approbations- und Zertifizierungsbeschränkungen für ausgewählte Leistungen
- räumliche Konzentration zugänglicher Leistungen
- Patientenselektion nach Merkmalen der Compliance, nach Staatsbürgerschaft, ethnischer Zugehörigkeit oder sozialer Schicht-, Gruppen- oder auch Kastenzugehörigkeit

5.4 Die Dienstleistungsverkäufer

Die Anbieter von Dienstleistungen der Krankenversorgung verkaufen ihre Angebote gegen Äquivalente.

In der Vergangenheit waren die Anbieter und Verkäufer medizinischer Dienstleistungen regelhaft selbständig arbeitende „Heilkundige“, später dann lizenzierte Ärzte, Hebammen, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Pharmazeuten, Physiotherapeuten etc. Solche Dienstleistungen der Krankenversorgung wurden und werden von einer großen Zahl voneinander im Wesentlichen unabhängig agierenden Verkäufern angeboten. Sie waren und sind weltweit vielfach weiterhin zugleich Fachkundige und Kleinunternehmer, die auf eigenes Wirtschaftsrisiko arbeiten.

Diese Grundsituation impliziert eine Reihe von Bedingungen und Konsequenzen:

1. Die Dienstleister sind zugleich leistungsausführende und abrechnende Akteure, die die gesamte Funktionspalette ihres Unternehmens verantworten.
2. Sie sind Konkurrenten aller vergleichbaren Anbieter einer Region und können kein Interesse an einer Zusammenarbeit oder „integrierten“ Versorgung haben, wenn diese nicht zur Optimierung der Einnahmen, möglichst bei Verschiebung von Kosten auf andere Partner und Nachauftragnehmer hat.
3. Regionale und anbieterprofilbezogene Zulassungsbeschränkungen und Konzepte einer familienärztlichen oder hausärztlichen Kundenbindung bestimmen ihre Handlungsinteressen.

Diese einfache Welt gerät ins Wanken, wenn Innovationen auf Spezialisierung drängen, die die Investitionserfordernisse und -risiken erheblich vergrößern und zu fachgruppenspezifisch ungleichen Wirtschaftsrisiken und Refinanzierungsbedingungen führen. Diese Komplikationen verschärfen sich, wenn – in welchem Setting auch immer – der selbständige Unternehmer sich dem angestellten Fachkundigen als Konkurrenten gegenübergestellt sieht. Strategien der Leistungsverknappung durch Angebotskonzentration, Ausstattungsdifferenzierungen, Spezialisierungen und Werbung sowie die interne Delegation von Dienstleistungen an andere Funktionsträger werden unvermeidlich.

Beispiel:

Auf diese Bedingungen haben die Krankenversorgungssysteme weltweit sehr unterschiedlich reagiert. Die Spannbreite reicht von unregulierten, teilweise regulierten bis zu bedarfsabhängigen Zulassungen zur Niederlassung sowie bis zum Verbot einer wirtschaftlich selbstständigen Zulassung und einer ausschließlich angebotenen Berufsausübungspraxis und -erlaubnis und nahezu jeder denkbaren Mischform zwischen freiem, reguliertem und untersagtem Anbieterwettbewerb. Neben Bedarfsplanungen, öffentlich-rechtlich und privatwirtschaftlich lizenzierten sowie zugleich staatlich subventionierten Systemen, gibt es auch solche, die gegenüber dem Staat eine selbstverwaltete regionalisierte Versorgungsgarantie übernehmen. Andere schließen spezialisierte Leistungsangebote außerhalb von Krankenhäusern aus, während wieder andere Systeme eine Unterscheidung der Versorgung als „ambulant“ oder „stationär“, als präventiv, akutmedizinisch, rehabilitativ oder pflegerisch vermeiden in dem sie die Fragmentierung der Kostenträgerschaften nicht zulassen.

Kommentar:

Die Bedingungen für medizinische Dienstleistungsangebote änderten sich sukzessive grundlegend als das „Krankenhaus“ (kostenseitig) die vorrangige Versorgungsträgerschaft übernahm und die fachliche Spezialisierung zu einem der wesentlichen Treiber der Systemgestaltung wurde. Sie änderten sich erneut als im Gefolge des New Public Management sich die Bedeutung und Bereitschaft zu einer öffentlich-rechtlich garantierten Zugänglichkeit der Krankenversorgung politisch reorganisierte. Krankenversorgung wurde/wird zu einem Dienstleistungsangebot, dessen Investitions- und Angebotsrisiko von privaten Eigentümern der Versorgungsunternehmen getragen wird, die nicht mehr zugleich auch die Leistungserbringer sind. Die Investitionen in die Infrastrukturen der Krankenversorgung mussten nicht mehr vor der Öffentlichkeit, sondern vor kreditgebenden Banken, die verbindlich an das Profitabilitätsgebot gebunden sind (Basel III), gerechtfertigt werden. Soweit dieser so erzeugte neue Unternehmertyp auch noch selbst fachkundig ist, übt er dennoch die Dienstleistung nicht mehr selbst aus, sondern überträgt sie angestellten Mitarbeitern. Es vollzieht sich so eine Trennung von Berufsausübung, wirtschaftlicher Risikoträgerschaft und dem im Eigentümerauftrag arbeitenden Management.

Dies ist die Folge mehrerer wirkender Ursachen:

1. Eine Vielzahl von Versorgungsangeboten übersteigt die Investitions- und Organisationskraft einzelner Leistungsanbieter, nicht mehr nur in der stationären akutmedizinischen und rehabilitativen, sondern auch in der sog. ambulanten Versorgung.
2. Im Gefolge innovativer Prozesse ist medizinische Versorgung zunehmend eine arbeitsteilige Versorgung, die dann zwingend auch einer professionalisierten Arbeitsorganisation bedarf.

3. Die Investitionsbedarfe und -risiken sind von den typischen Anbietern der Vergangenheit in der Regel nicht mehr zu beherrschen und verlangen integrierte Angebots- und Dienstleistungsstrukturen.
4. Diese Veränderungen sind nur zu beherrschen, solange die Marktmacht – vor allem die Macht der Mengen- und Leistungsproduktausweitung beim Investor liegt und dieser von Zwängen zur Sicherung der sozialen Effektivität und wissenschaftlich begründbaren Rationalitäten befreit ist, bzw. die Kundenzufriedenheit zum maßgeblichen Erfolgsmaßstab wird.

Die weltweiten Krankenversorgungssysteme reagieren hierauf mit unterschiedlichen Strategien der Sozialisierung der Anbieter Risiken, ihrer Privatisierung oder mit Mischformen, die dann eine Trennung von profitablen und nicht profitablen Dienstleistungen ermöglichen und diese entsprechend privatisieren, subventionieren oder sozialisieren. Allen gemeinsam ist der Druck auf die Mengenausweitung, eine Strategie, die am ehesten erfolgreich ist, wenn sie sich vom Evaluationsdruck befreit. Die Medikalisierung präventiver Interventionsstrategien, medizinisch nicht relevante Zusatzleistungen und Angebote, die unter „Augmentation“ zusammengefasst werden können, spielen hier eine prominente Rolle.

Soweit privatwirtschaftliche Akteure die Träger der Krankenversorgungsangebote sind, stehen sie unvermeidlich unter dem Zwang, der strukturellen und der quantitativen Optimierung ihrer Angebote. Die weltweit zu beobachtenden Reaktionen hierauf sind:

- Die Leistungsangebote jenseits evidenzbasierter Interventionskonzepte werden massiv ausgeweitet und als innovativ massiv beworben. Im Besonderen prädiaktive Angebote jenseits evidenzbasierter Leistungskataloge werden erheblich ausgeweitet.
- Die Anbieter übernehmen die Profilierung der regionalen Versorgungsangebote nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Attraktivität, nicht nach den indizierten Bedarfen. Bei massiver Konzentration der Dienstleistungsanbieter entstehen vielfältige Modelle zur Abdeckung regionaler Absatzmärkte durch Nachauftragnehmer, Leistungsdelegation und -substitution sowie durch technisch-organisatorisch basierte Zugangssteuerungen.
- Die Nachfragesteuerung durch Marketing, Bonus-Malus-Programme, Zusatzleistungen, soziodemografisch profilierte Sonderprogramme etc. wird zu einem Kernmechanismus der Nachfragesteuerung.
- Die Differenzierung der Arbeitsentgelte durch Boni, Gewinnbeteiligungen oder durch die Ausgliederung von essenziellen Leistungen in Subunternehmen wird zu einer regelhaften Arbeitsweise.
- Krankenhausanbieter werden zu großen dezentralisierten und zentralisierten nichtstationären Leistungen, um wirtschaftlich kalkulierbare Fallmengen für die Krankenhausversorgung zu sichern und Wettbewerb zu vermeiden

- Analoge Integrationen vollziehen sich bezüglich der akutmedizinischen und der rehabilitativen Versorgung.
- Unternehmensspezifische Steuerungen der Versorgungsprozesse bewirken eine erhebliche mikroökonomische Effizienz durch Angebots- und Risikoselektion.

Dieser Wandel ändert die Rahmenbedingungen der Berufsausübungen fundamental: Nicht die Indikation, sondern der Mengen- Wirtschaftlichkeitsdruck bestimmen deren Funktionslogik. Die Akquisition von Kunden und der Verkauf von Leistungen wird zum Tagesproblem.

Eine Mengenausweitung von Leistungsverträgen ist folglich aus anderen als demografischen oder epidemiologischen Gründen nur möglich, wenn diese in eine wachsende Vielzahl von Teilverträgen gesplittet wird, z.B. durch Zusatzversicherungen, durch Leistungsabgrenzungen oder, wenn medizinisch nicht notwendige Leistungen die Marketingstrategien bestimmen.

Für die Entgeltung der unmittelbaren medizinischen Dienstleistungen haben sich unterschiedliche Methoden mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen etabliert.

Honorierungssystem	Wirkungen
Einzeleistungsvergütung	es wird alles getan was möglich ist Patient kann die Notwendigkeit der Maßnahmen nicht beurteilen und akzeptiert ihre Maximierung eher als einen positiven und werbenden Effekt Stärkung der aktiven Patientennachfrage bei ausgewählten Leistungen mit der möglichen Folge von Überversorgung vom Anbieterinteresse bestimmtes Indikations- und Leistungsverhalten Anreize zur Über- und Fehlversorgung Unterversorgung bei unzureichend honorierten Einzeleistungen "Produktion" falsch-positiver Befunde durch die Maximierung der diagnostischen Maßnahmen Benachteiligung von Patienten aus anderen Abrechnungssystemen
gehaltsanaloge Entgeltung trotz Arbeit in eigener Niederlassung	Trennung von fachlicher und wirtschaftlicher Risikoentscheidung von finanziellen Interessen freie Orientierung am Behandlungsproblem

	medizinische Rationalität steht im Vordergrund Patient sieht sich ggf. nicht als „Kunde“ umworben hohe Beeinflussbarkeit von Interessen Dritter, z.B. pharmazeutische Industrie eher Interesse an Mengenbegrenzung
Gehaltszahlung im Angestelltenverhältnis	keine eigenen Wirtschaftsrisiken kein Risikoselektionsinteresse Interesse an Kooperation und fachspezifischer Arbeitsteilung wird gefördert ggf. Abhängigkeit des Arztes von den Arbeitgeberinteressen
prospektive Kopfpauschalen	Kalkulationssicherheit im Rahmen der Pauschale und der prospektiv vertraglich gebunden Versicherten Ersatz fachlicher Entscheidungen durch wirtschaftliche Kalküle weitgehende Verlagerung der versicherungswirtschaftlichen Risiken auf die Leistungsanbieter massiver Anreiz zur betriebswirtschaftlichen Optimierung und Effizienzsteigerung von Versorgungsprozessen vermeidet Überversorgung, stimuliert Unterversorgung fördert Leistungen der medizinischen Prävention und der simple medicine ggf. Zwang zur umfassenden vertraglichen Bindung von Nachauftragnehmern Absenkung der Effektivität und der Qualität Vermeidung notwendiger und aufwändiger Leistungen (defensive medicine) erhebliche Zunahme der Verwaltungsaufwendungen Risikoselektion und implizite Rationierungen
Fallpauschalen	Optimierung fallbezogener Handlungsrouniten die Definitionen der Fallpauschale werden zur medizinischen Leitlinie Qualitätsoptimierung (und Begrenzung) in Bezug auf die vorgegebenen Kriterien der Faldefinition Selektion aufwandsgünstiger „Fälle“ bzw. Patienten

	Gefahr der systematischen Fallselektion nach den Merkmalen Menge, Erlös und Versorgungsaufwand Depersonalisierung der Versorgung erhebliche Kontroll- und Dokumentationszwänge fallbezogene Profilierung von Versorgungsangeboten bei ggf. systematischer Ausblendung unattraktiver Fälle
--	--

Tab. 4: Wirkungen unterschiedlicher Honorierungssysteme auf die Versorgung

Kommentar:

Diese Positionierung eines unternehmerischen Zwanges/Interesses zur Gewinnerwirtschaftung geht zulasten von Grundversorgungskonzepten, etwa nach dem der WHO von 1978 (Alma Ata). Sie wirkt damit gegen einen angemessenen Versorgungszugang für große Teile der globalen Bevölkerungen und verhindert so eine Verbesserung der Grundversorgung.

Beispiel:

Das schnell wachsende chinesische Krankenversorgungssystem zeigt eindrucksvoll den Zusammenhang der Vernachlässigung der Grundversorgung und des Zwanges zur Gewinnoptimierung. Im Ergebnis der sog. Öffnungspolitik wurden in den 1980er Jahren alle staatlich finanzierten Gesundheitsdienstleistungen (Public Health und Krankenversorgung) eingestellt und privatisiert. In der Folge hatten weniger als 8 % Bevölkerung Zugang zu medizinischer Versorgung. Dies führte de facto zur Totalvernichtung des ohnehin unterentwickelten Krankenversorgungssystems und ihrer fachlichen Träger jenseits der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). Ende der 1990er Jahre entstanden für die städtischen Regionen verpflichtende Krankenversicherungen und für die ländlichen Regionen freiwillige Versicherungen, die Versorgungskosten anteilig übernehmen (etwa 40-60 % der Versorgungskosten in den Städten und etwa 20% in den ländlichen Regionen, in denen allerdings zu dieser Zeit noch der größte Teil der Gesamtbevölkerung lebte). Fehlendes Personal und geringe Qualifikation hatten und haben sowohl dramatische Unter- wie auch Überversorgungen, aber auch erhebliche Fehlversorgungen zur Folge. Dies ändert sich nur zögerlich, u.a., weil es eine erhebliche investive Präferenz für die Krankenhäuser der Maximalversorgung mit zwangsläufig resultierendem wachsenden Refinanzierungsdruck gibt. Die Folgen für die drei derzeit wichtigsten und 95 % der Bevölkerung abdeckenden Krankenversicherungen, das „Urban Employee Basic Medical Insurance Scheme“, das „Urban Resident Basic Medical Insurance Scheme“ und das „New Rural Cooperative Scheme“ sind erheblich. Die Wirkprinzipien entsprechen denen einer Umlageversicherung mit Arbeitgeberbeteiligung im Verhältnis 1 zu 3 und allen Versicherungsformen, die keinen Arbeitgeber kennen, bedürfen einer z.T. erheblichen ergänzenden staatlichen Beteiligung. Die Kosten werden von den Patienten direkt getragen und von den Versicherungen anteilig kompensiert. Es ist das Ziel, die Selbstbeteiligung auf

weniger als 40%, möglichst auf 20% zu begrenzen. Mit der Etablierung eines Krankenversorgungssystems, das investiv massiv staatlich subventioniert wird und für seinen Ausbau Kredite aufnimmt, ist seither eine von den Provinzen verwaltete öffentlich und privat finanzierte Infrastruktur entstanden. Sie kennt eine dezentrale Grundversorgung eher rudimentär, verfügt aber über riesige hochmoderne, hochintegrierte und hochzentralisierte Krankenhausmonopolisten, die zugleich über ebenso riesige Polykliniken verfügen und häufig nach dem Konzept von Profitcenters organisiert sind. Gewinnmaximierung ist ein prioritäres Ziel und wegen der kreditierten Investitionen auch ein Zwang.

Kommentar:

Analoge Entwicklungen vollziehen sich praktisch in ganz Südostasien und in Indien. Anders als bisher in China, kommen die Investoren zu einem hohen Anteil nicht aus diesen Ländern, sondern sind global aktive Investoren und Vermögensverwalter. Die Frage nach dem Stellenwert der Grundversorgung (Primary Health Care – PHC) ist weltweit ein Kriterium für die Bewertung der Systemeigenschaften. Ihre Etablierung überlassen einige Staaten den „Märkten“ andere regeln die Position der Grundversorgung verbindlich oder geben zumindest Empfehlungen. Tabelle 4 illustriert das für die Europäische Union.

EU member states	Mandatory enrollment with a PHC facility			Mandatory referral to access further levels of care		
	no	yes	encouraged	no	yes	encouraged
Belgium			x			x
Bulgaria		x			x	
Czech	x			x		
Denmark		x			x	
Germany			x			x
Estonia		x			x	
Irland	x					x
Greece	x			x		
Spain		x			x	
France			x			x
Italy		x			x	
Cyprus	x			x		
Latvia	x			x		
Lithuania		x				x
Luxembourg	x			x		
Hungary			x		x	
Malta	x				x	
The Netherlands		x			x	
Austria	x			x		

Poland	x				x	
Portugal		x			x	
Romania		x			x	
Slovenia		x			x	
Slovakia		x			x	
Finland		x			x	
Sweden	x			x		
UK			x		x	
sum	10	12	5	7	15	5

Tab. 5: PHC in the European Union. Modifiziert zitiert nach Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010): *Health Systems Institutional Characteristics. A survey of the 29 OECD Countries. OECD Working Paper, ISSN 1815-2015 (online) European Commission*

In der Regel wird kritisch diskutiert, dass die doppelte Entscheidungsmacht der Leistungserbringer, nämlich die der Bedarfsentscheidung und -befriedigung in einer Hand (Roemer's Law oder supplier induced demand) marktanaloge Beziehungen verhindert.

Finanzierung			vorrangige Kostenkompensation		Zugänglichkeit	
vorrangig Sozialversicherung	Mischung Umlage und Steuermittel	vorrangig Steuermittel	Sachleistungen	Kostenerstattung	gesamte Bevölkerung	Teile der Bevölkerung
Belgien	Estland	Großbritannien	Bulgarien	Belgien,	Bulgarien,	Belgien,
Bulgarien	Griechenland	Irland	Dänemark	Frankreich,	Dänemark	Griechenland,
Deutschland	Italien	Dänemark	Deutschland	Irland,	Estland,	Spanien,
Luxemburg	Litauen	Lettland	Estland	Luxemburg,	Irland,	Frankreich,
Frankreich	Polen	Malta	Griechenland	Malta	Italien	Luxemburg,
Niederlande	Slowakei	Schweden	Litauen		Litauen,	Österreich,
Österreich	Spanien	Finnland	Spanien		Malta,	Rumänien,
Rumänien	Ungarn	Portugal	Irland		Niederlande,	Ungarn
Slowenien			Italien		Portugal,	
Tschechien			Niederlande		Finnland,	
Zypern			Portugal		Schweden,	
			Finnland		Großbritannien,	
			Lettland		Deutschland,	
			Österreich		Lettland,	
			Polen,		Polen,	
			Rumänien		Slowakei,	
			Slowakei		Slowenien,	
			Slowenien		Tschechien,	
			Schweden		Zypern,	
			Tschechien			
			Ungarn,			
			Zypern			

Tab. 6: Gesundheitssysteme in der Europäischen Union um 2006

Beispiel:

Das kanadische Krankenversicherungsmodell gehört zu den Sozialversicherungsmodellen. Nach dem „Canada Health Act“ übernimmt die Sozialversicherung den Risikoschutz aller Bürger nach fünf Prinzipien: (1) öffentliche und regionalisierte Verwaltung, (2) Versicherung notwendiger Leistungen (Grundversicherung), (3) die Gleichheit der Rechtsansprüche aller Bürger, (4) die Übertragbarkeit der Rechte im Falle von Binnenmigration und (5) die Zugänglichkeit aller Hilfen, die als angemessen klassifiziert sind. Die Krankenversicherung ist föderal unter der Rechtsaufsicht des Staates organisiert. Allgemein zugänglich sind präventivmedizinische Leistungen, Leistungen der Grundversorgung (primary care) und der Zugang zur Krankenhausversorgung sowie zahnmedizinische chirurgische Leistungen. Leistungen, die durch die Sozialversicherung nicht getragen werden, dürfen privat versichert werden. Etwa 65 % der Kanadier verfügen über Zusatzversicherungen, die oft von den Arbeitgebern bezahlt werden, allerdings dann auch nur für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses wirksam sind.

6 Produktklassifikationen medizinischer Dienstleistungen

Klassifikationen medizinischer Leistungsprodukte verändern die Absicherung von Krankheitsrisiken und die medizinischen Hilfeleistungen grundlegend.

Die Schaffung von medizinischen Dienstleistungsprodukten ist für die Krankenhausversorgung am weitesten vorangeschritten. Sie gehen grundsätzlich von der Auffassung aus, dass eine differenzielle Klassifizierung von Krankenhausleistungen hinreichend gut möglich ist, wenn die Anlässe der Hilfenachfragen von realen Personen als invariante „Fallgruppen“ zusammengefasst werden und dann als in jeder Klasse „gleiche“ Fälle hinsichtlich ihres Ressourcenverbrauchs und der zurechenbaren Kosten letztlich in absoluten oder relativen Preisen standardisiert werden. Medizinische Dienstleistungen werden auf diese Weise gleichsam depersonalisiert.

Beispiel:

In Deutschland geschieht das mittels der sog. G-DRGs und des „Pauschalierten Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“, die beide zur produktspezifischen Preisbildung genutzt werden. Solche Produktklassifikationen bleiben weltweit nicht auf die Krankenhausversorgung beschränkt. Für andere Versorgungsstrukturen können die Diagnostic Cost Groups, die Diagnostic Treatment Combinations, die Ambulatory Cost Groups, das Disability Payment System oder das Resident Assessment Instrument als Fall- oder Produktklassifikationen genannt werden.

Kommentar:

Die Produktklassifikation hat aus der Perspektive der Akteure, der Versicherten, der Patienten, der Käufer und der Verkäufer jeweils spezifische Vor- und Nachteile. Diese zu verstehen verlangt sich immer zu vergegenwärtigen, dass es sich dabei um medizinische Fallklassifikationen handelt. Deren Funktionalität wird von der Varianz der Fälle innerhalb der jeweiligen Klassen bestimmt. Je geringer die Varianz ist, desto homogener sind die Klassen, desto kleiner wird die Fallzahl je Klasse und desto größer wird die Anzahl der Fallklassen sein. Hieraus folgt der Zwang zur Abwägung, wie groß die Menge der Klassen mit geringen Fallzahlen und bis zu welchem Grad der Weg in eine quasi Einzelleistungsvergütung hingenommen werden soll. Es ist offensichtlich, dass Fallklassifikationen sowohl den Spezialisierungs- wie auch den Mengenausweitungsdruck mit ihren Folgen für Kosten und Leistungszentralisierungen erheblich erhöhen.

Die grundsätzliche Bedeutung liegt in der Entscheidung, dass das Kranksein der Person A mit hinreichender Präzision auf die Fallklasse y reduziert werden kann. Die jeweiligen Fallkonstruktionen entscheiden aber auch darüber, inwieweit solche Klassen- oder Produktkonstruktionen neben ihren betriebswirtschaftlichen Funktionen auch das ärztliche Entscheidungsverhalten steuern. Dies wäre der Fall, wenn die jeweilige Produktdefinition die zulässigen, bzw. entgeltfähigen Leistungen festlegt. Dies stünde dann im Konflikt zu den Ansprüchen einer evidenzbasierten Medizin. Die praktische Relevanz folgt mindestens sieben Funktionalitäten:

1. Je invarianten die Fälle einer Produktklasse, desto eher verfügen sie über ein prädiktives Potential zur Voraussage der Behandlungsergebnisse und der Behandlungsfolgen.
2. Die Invarianz einer Klasse wird größer, wenn die Zahl der Klassifikationsachsen erhöht wird.
3. Die vermuteten Perspektiven einer individualisierten Medizin verlangen letztlich die Zusammenführung von Fall- und Personenmerkmalen, da Individualität oder auch Personalität über Fallklassifikationen nicht abgebildet werden kann.
4. Produktklassifikationen ermöglichen eine produktespezifische Spezialisierung von Versorgungsanbietern. Dies macht nur Sinn, wenn eine wirtschaftlich sinnvolle Mengenbesetzung der Klassen gesichert werden kann.
5. Mit einer Versorgungskonzeption, die sich produktespezialisiert anbietet, verstärken sich der professionelle Spezialisierungsdruck und die Marktmacht der Anbieter.
6. Produktklassifizierte Versorgungskonzeptionen eröffnen in Verbindung mit Konzeptionen zur Vorhersage individueller Gesundheitsbiografien den Weg in individuelle und selektive Versicherungsprodukte.
7. Produktklassifikationen übertragen die traditionelle Anbietermacht auf den Käufer, belassen jedoch die individuelle Indikationsentscheidung beim Anbieter, der so die Mengenmacht behält.

	mögliche Vorteile	mögliche Nachteile
Versicherte	Gleichheit der berechtigten Ansprüche	Kostensteigerung
Patienten	standardisierte Versorgungsprodukte und -prozesse	Depersonalisierung, vorzeitige Beendigung der Therapien, quasi-industrialisierte Versorgungsprozesse, Über- und Unterversorgung, Fallsplitting, überregionale Zentralisierung von Versorgungsangeboten
Käufer	selektive Käufermacht, prospektive Mengenplanung, Preisverhandlungen Benchmarking	Mengen- und Prozedurenausweitung, Kostensteigerung

Verkäufer	Mengenausweitung, standardisierte Versorgungprodukte und -prozesse Förderung der Monopolbildung, Portfolioselektion, prospektive Mengen und Kostenkalkulation, Einzelleistungsvergütung, interne Prozesssteuerung	Anbietertransparenz, wachsende Regulierungsdichte, ggf. Entstehung von Überkapazitäten, simple und defensive Medicine
------------------	--	---

Tab. 7: Vor- und Nachteile einer Produktemedizin

Beispiel:

Die dreiachsige DRG-Fallklassifikation erlaubt bei hinreichend entwickelten Standards des Datenschutzes den kostentragenden Parteien nur bei seltenen Fallkonstellationen eine Zuordnung von Fällen zu Personen. Wollte eine Partei diese Zuordnung ermöglichen, wären personenspezifische biologische und sozialer Merkmale zwingend einzubeziehen. Solche Datenzusammenführung sind in einigen Staaten untersagt, gehören in anderen jedoch längst zur Alltagsroutine.

Kommentar:

Die bisherigen Konzepte der Produktemedizin klassifizieren vor allem über das Angebot: Einem Fall (Krankheitsbezeichnung und Schwere der Krankheit) wird eine Leistung zugeordnet (Fallklassifikationen). Es kann vermutet werden, dass künftige Klassifikationen zusätzlich oder auch primär, prospektiv die personalen Eigenschaften von Versicherten und Patienten klassifizieren (Personenklassifikationen). Klassifikatoren könnten dann z.B. neben Geschlecht und Alter, auch Prognosen, personenbezogene Behandlungsrisiken, die Compliance, Beruf, soziale Lage etc. sein. Es gibt Gründe, dies ethisch bedenklich zu finden, jedoch keine Gründe zu vermuten, diese könnten solche Entwicklungen verhindern.

Fallklassifikationen sind vorgeblich nicht in der Lage, den Fällen konkrete Personen zuzuordnen, bzw. sie mit Personenklassifikationen zu verknüpfen. Der Anreiz dies dennoch zu tun ist allerdings groß. Wenn Krankenversorgungssysteme mit Konzepten des sog. „prospective capitation“ arbeiten, also einzelnen Personenklassen prospektiv die wahrscheinlichen Fallklassenstrukturen und die zeitliche Ordnung ihrer Inzidenz zuordnen, müssen sie zwingen Fall- und Personenklassifikationen miteinander verknüpfen. Das diese Anreize nicht als eine Perspektive anzunehmen sind, folgt der bereits aktiven Managed Care Logik, die zwingend auf die Verknüpfung von Fall- und Personenklassifikationen angewiesen ist. Nicht nur als eine Perspektive, sondern längst als eine praktizierte Realität ist dies die Handlungslogik des „utilization managements“, die weltweit Anbieter der Krankenversorgung angeboten wird, so z.B. durch die Milliman Incorporation (<https://www.milliman-benefits.com/>). Da dies nur möglich ist, wenn auf Fall- und Personendaten zugegriffen werden kann, ist zwingend zu folgern, dass auf diese Weise zumindest die informationelle Integration der Leistungsverkäufern und Leistungskäufern längst eine Realität ist.

Beispiel:

Die sog. *Clinical Risk Groups* verfolgen das Ziel, die künftige Konsumption von Ressourcen der Krankenversorgung vorherzusagen. Diese auf der Datengrundlage von Stichproben aus US Medicare- und Medicaid- und an Privatversicherten gewonnenen Klassifikation führte anhand von soziodemografischen und biografischen Daten in 269 Risikogruppen und nach einer weiteren Differenzierung nach Angaben zur Krankheitsschwere zu 1075 Risikogruppen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass ihr Konzept in der Lage ist, prospektive Finanzierungskonzepte und prospektive Versorgungsmanagementkonzepte zu begründen. (Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, Gay JC: *Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management*. *Med Care*. 2004 Jan;42(1):81-90.) Die Weiterentwicklung solcher Konzepte wird vermutlich primär nicht durch einen Datenmangel zur Fall- und Personenklassifikation begrenzt, sondern durch mögliche Schwierigkeiten bei der Verknüpfung beider Klassifikationen im globalen Maßstab.

Kommentar:

Auch vor dem Hintergrund der Diskussionen um eine individualisierte Medizin sind solche Zusammenführungen vorauszusetzen. Damit können Entscheidungen zur Versicherungsfähigkeit, zur individuellen Bedarfsprädiktion und zu den wirtschaftlichen Behandlungsergebnissen unschwer und mit statistisch abschätzbarer Genauigkeit getroffen werden. Für das traditionelle berufliche Selbstverständnis ist dies eine neue Erfahrung, weil sie nicht mehr notwendig eine medizinisch professionelle Entscheidung ist, sondern ggf. und auch qualifizierter anderen Experten übertragen werden kann.

Beispiel:

Die Vorhersage, Person A gehöre zu einem Risikocluster, das mit der Wahrscheinlichkeit von 0,51 im Alter von 49 Jahren eine schwer-wiegende Krankheit erleiden werde, wird in der Regel keine ärztlich zu qualifizierende Einschätzung sein. Sie wird, mit welcher Konfidenz immer, anderen Expertenurteilen folgen, die tiefgreifende biografische wie auch versicherungsvertragliche Folgen haben können. Analog wäre möglicherweise das Interesse gering, diese Person unter dem Wirkrahmen prospektiver Budgetierungen in einem Managed Care Portfolio zu akzeptieren oder unter einem Vertragsstandard zu behandeln, der verpflichtende Therapieergebnisse (value based healthcare) vereinbart (siehe hierzu Porter, ME, Teisberg, IO (2006): *Redefining Healthcare*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts).

Kommentar:

DRGs sind demgegenüber nur vergleichsweise bedeutungsarme Produktklassifikationen, mit vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten

Land	Nutzungsart im 2010
Österreich	Budgetierung, Planung
England	Einzelfallvergütung
Estland	Einzelfallvergütung
Finnland	Budgetierung, Planung
Frankreich	Einzelfallvergütung
Deutschland	Einzelfallvergütung
Irland	Budgetierung
Niederlande	Einzelfallvergütung
Polen	Einzelfallvergütung
Portugal	Einzelfallvergütung
Katalonien	Einzelfallvergütung, Benchmark
Schweden	Benchmark

Tab. 8: Einsatzzweck von DRGs in Ländern der Europäischen Union (modifiziert zitiert nach A. Geissler, DRG-Systeme in Europa https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.06.04.ag_ZVEI_DRG.pdf Zu-griff, 09.02.2019

Kommentar:

Ein spezieller Aspekt verbindet sich mit der Erwartung, mit solchen Klassifikationen, das Wettbewerbsversagen im Falle medizinischer Dienstleistungen aufzulösen. Sie schaffen die technische Möglichkeit, eine Dienstleistung von ihrer realen Existenz zu trennen und als virtuelles Produkt zum Verkaufs- bzw. Kaufobjekt zu machen, es also auch unabhängig von der realen Ausführung nach Kriterien der Menge und der Beschaffenheit (Qualität) selektiv zu vermarkten. Das ist aber zugleich auch der Grund, weshalb der Weg in die marktanaloge Produktklassifikation Qualitätssicherungskonzepte unvermeidlich macht.

Die Begründungen für das Versagen von Markt- und Wettbewerbsstrategien im Falle der Krankenversorgung stützen sich bislang u.a. auf die begrenzten Möglichkeiten, Leistungen der Krankenversorgung als eigenständige, gegeneinander abgrenzbare, lagerfähige und bei gleich bezeichneten Krankheiten an Hand ihrer Beschaffenheiten gegeneinander prospektiv als unterscheidbare Produkte zu definieren. Dies begrenzte auch die Möglichkeiten, sie nach der Kaufkraft oder nach dem Kundenwunsch zu variieren. Unter dem Wirken des sog. Pareto Prinzips wird zudem auch die „Lebensdauer“ des Produktes ein potenziell interessantes Entscheidungskriterium.

Die bisherigen Argumentationen unterstellen, Produkte seien Güter oder Dienstleistungen, die nur als physische Identitäten existieren würden. Diese Annahme rechtfertigte zugleich Auffassungen, Krankenversorgung sei eine weitgehend nicht standardisierbare und nie auf gleiche Weise wiederholbare Leistung (ärztliche Kunst). In diesem Sinne wäre dann jede medizinische Hilfeleistung einmalig und mit anderen Leistungen unvergleichbar. Jede fallbezogene diagnostische und jede therapeutische Leistung wäre also ihr eigenes Produkt.

Es steht außer Zweifel, dass die „Individualisierung“ einer therapeutischen Strategie ein maßgebender Aspekt des Selbstverständnisses einer wissenschaftsgegründeten Medizin ist. Auch Versuche, „Individualität“ typologisch auf genetische Varianzen zurückzuführen und solche Zuordnungen handlungsrelevant zu machen, sind nicht neu. Überraschend ist die Reflexionsarmut der zugehörigen Diskussion. „Individualisierung“ akzeptierte bislang immer die biosoziale „Ähnlichkeit“ von Menschen als gruppierendes oder klassifizierendes Kriterium einer personalisierten Medizin. Die aktuelle Diskussion geht einen entscheidenden Schritt weiter: Individualität gründet im Genotyp. Folglich verlange die Vielfalt des Menschseins eine an den Genotyp adaptierte Medizin. Allerdings hat das Bekenntnis zu einer solchen molekular-genetisch orientierten Therapie mindestens eine Folge: Sie wird eine Medizin für soziale Eliten und Minderheiten sein und keine, die wesentliche soziale Probleme der Versorgung Kranker lösen kann. Vor allem aber ist ihr Kernkonzept kein therapeutisches, sondern ein diagnostisches und hier liegt auch ihr eigentliches Geschäftsfeld. Die wirtschaftlichen Möglichkeiten eines „supplier induced demand“ liegen schon heute nicht in der Therapie. Sie liegen in der Diagnostik.

Es wird dann auch nur ein kleiner Schritt sein, die „personalisierte“ Medizin zu einem Aktionsfeld der Schaffung virtueller und selektiver Versicherungs- und Leistungsprodukte zu machen. Die problematisierende Auseinandersetzung bezieht sich auf

- die Nutzungsart (Standardisierung von Strukturen, Prozessen, Aufwendungen, Planungen, Entgeltung, prospektive Selektion von Versicherungsprodukten, Marktinteressen, Selektion von Anbietern)
- die Steuerung der Angebote und der Nachfragen
- den prospektiven Verkauf von virtuellen Produkten
- die zugelassene Produktvarianz innerhalb einer Produktklasse (Ausgestaltung von Produktionsstrukturen und -prozessen sowie Qualifikations-, Zeit- und Technologieinsatz)
- die Steuerung der Leistungserbringung durch Unternehmensinteressen
- die Interessenorientierung (Steuerungsinteressen gegenüber Patienten, Anbietern und Produzenten, Leistungsausweitung oder -begrenzung)

- die Abgrenzung von Individual- und Massenproduktion (individualisierte Medizin, evidenzbasierte Medizin, Basis- oder Primärversorgung, spezialisierte Versorgung)
- die Marketing- und Vertriebsfähigkeit von Versorgungsprodukten
- die Standardisierung der Produktbeschaffenheit aus Sicht der jeweiligen Akteure und der hierbei vereinbarungsfähigen Kriterien

Beispiel:

Auch das beste Produkt „Schuh“ kann nicht passen. Wieviel Aufwand muss, kann und darf folglich betrieben werden, um ein standardisiertes Produkt zusätzlich individuell anzupassen?

Kommentar:

Für die Zukunft der Krankenversorgung ist letztlich nicht die „Produktemedizin“ bestimmend, sondern deren Nutzung. Sie öffnet die Wege in eine vom Käufer definierte marktwirtschaftlich bestimmte Krankenversorgung und den Weg in die Trennung der Verkäufer von der Praktizierung der Krankenversorgung.

Die Wirkungen auf die klassischen sozialen Funktionen der Krankenversorgung (z.B. soziale Kohärenzsicherung, undiskriminierte Zugänglichkeit zu Hilfen, die Respektierung der Privatheit personenbezogener Bedarfe, der zeitweilige oder dauerhafte Schutz vor sozialem Normendruck durch die soziale Konstruktion eines Patienten) sind als erheblich zu unterstellen.

Diese Annahme bedarf des globalen Kontextes, weil dieser die Möglichkeit gibt, staaten-spezifisch einschränkende Regelungen zur Nutzung solcher Produktklassifikationen zu umgehen. Die wachsende Bedeutung der „Produktemedizin“ folgt zwar primär wirtschaftlichen Interessen, verändert aber auch massiv die soziale Funktion der Krankenversorgung. Ein erster wichtiger Schritt ist die Machtverschiebung vom Verkäufer der Krankenversorgung zu ihrem Käufer. Der zweite und entscheidendere Schritt ist der vom kollektiven zum individuellen Käufer.

Spiegelbildlich hierzu vollzieht sich eine Auflösung vom kollektiven Anbieter (öffentlich-rechtlich, gemeinnützig etc.) zum privatwirtschaftlichen und globalisierten Gesundheitskonzern.

7 Globalisierung und Medizintourismus

Die Bewältigung des globalen Menschheitsproblems der Unterversorgung von Menschen im Krankheitsfall ist ohne globale Lösungen nicht möglich.

Globalisierung meint hier die Wahrnehmung und Überwindung der gesundheitlichen Ungleichheiten und der diese verursachenden wie der ihnen folgenden sozialen Benachteiligungen. Sie meint auch den undiskriminierten Zugang zu Bildung und Hilferessourcen. Globalisierung ist dann mehr und anderes als die Absenkung der Arbeitskosten, die bildungsselektive Arbeitsmigration, die Nutzung wenig entwickelter Regionen als Rohstoffquellen, als Lagerhalden von Abfällen und als Konsumenten überschüssiger Warenmengen. Globalisierung ist die aktive Unterstützung diversifizierter Lebensweisen und der Schutz historisch gewachsener kultureller Identität. Die Deutung von „Globalisierung“ als die weltweite Verflechtung der Menschheit wirft u.a. die Frage nach ihrer gegenseitigen Abhängigkeit bei der Begrenzung von global wirksamen Lebens- und Gesundheitsgefährdungen und nach der Verantwortung für die ungleichen Entwicklungen auf (siehe Heft 8). Soziale Prävention ist auch Klima- und Ressourcenschutz sowie Kriegsprävention. Im Interesse globaler Zukunftssicherung können diese Aufgaben nur global bewältigt werden.

Die Globalisierung ist eine zwingende Notwendigkeit der Zukunftssicherung. Die Akteure der Neuordnungen der globalen Machtverteilungen und der Wirtschaftsliberalisierung nutzen diese auch für ihre Zwecke, darunter auch für die wirtschaftlichen Interessen des sog. Medizintourismus. Globalisierung und Medizintourismus stehen so zwar im Zusammenhang, sind aber dennoch Verschiedenes.

Zumindest für Leistungen, die der Wellnessindustrie zuzurechnen sind, ist der Medizintourismus nichts Neues und spielt etwa seit dem 19. Jahrhundert eine wachsende Rolle. Es handelte sich hierbei vor allem um eine soziale Attitüde von sozialen Eliten, für die das Gesundheitsmotiv andere Reisemotive ergänzte. Unter der seit Hippokrates wirkmächtigen These von der Bedeutung der Miasmen, galten Sonne und frische Luft, sowie mineralhaltige Quellen als gesundheitsfördernd schlechthin. Zusätzlich galten Angebote von Luftkurorten an Oberschichten, zur „Heilung“ der Tuberkulose, zur Regulation der Ernährung und zur Entlastung von den Anstrengungen des „Gesellschaftslebens“ als gute Gründe für Kuraufenthalte.

Diese Anlässe spielen in enger Verbindung mit sog. alternativen und komplementären Angeboten weiterhin eine erhebliche Rolle. Das Institute of Medicine (heute Academy of Medicine) der USA beschreibt diese Angebote wie folgt: *“Complementary and Alternative Medicine (CAM) is a broad domain of resources that encompasses health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the dominant health system of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes such resources perceived by their users as associated with positive health outcomes. Boundaries within CAM and between the CAM domain*

and the domain of the dominant system are not always sharp or fixed." (Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public (2005): *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington (DC); ISBN-10: 0-309-09270-1). In der Praxis umfassen die Angebote vor allem die Neuropathie, die Chiropraktik, Kräutertherapien, die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) Unani, Ayurveda, Meditation, Yoga, Biofeedback, Hypnose, Homöopathie, Akupunktur, Fasten, Ozontherapie, Schröpfen u.v.a.m.

Die Cochrane Collaboration formuliert ihre Position wie folgt: *"What are considered complementary or alternative practices in one country may be considered conventional medical practices in another. Therefore, our definition is broad and general: complementary medicine includes all such practices and ideas which are outside the domain of conventional medicine in several countries and defined by its users as preventing or treating illness, or promoting health and well-being. These practices complement mainstream medicine by 1) contributing to a common whole, 2) satisfying a demand not met by conventional practices, and 3) diversifying the conceptual framework of medicine."* (Manheimer, E, B Berman (2007), *Cochrane Complementary Medicine Field: Scope and Topics*. The Cochrane Library. John Wiley & Sons. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clabout/articles/CE000052/frame.html>, last checked 03.09.2014)

In den Ursprungsländern dieser Angebote sind sie oft sehr stark an kulturelle Identitätsmuster gebunden, sind aber auch oft der einzige Zugang zu Therapien für Personen mit begrenzten monetären Ressourcen. Mit dem sozialen Aufstieg werden sie nicht unbedingt aufgegeben, aber zumeist durch die Inanspruchnahme einer wissenschaftsgeleiteten Medizin ergänzt.

Von einem „Medizintourismus“ dessen Ziel die Nutzung einer durch Wissenschaft gerechtfertigten diagnostischen und therapeutischen Interventionspraxis ist, kann erst gesprochen werden, seit sich die Medizin selbst zu einer angewandten Wissenschaft fortentwickelte.

Die Motivationen dieses neuen „Medizintourismus“ schließen alle aus der Vergangenheit bekannten Gründe ein. Sie sind jedoch auch grundsätzlich weiter zu fassen. Es ist praktisch auszuschließen, dass jedes Land das gesamte Spektrum einer auf Wissenschaft gegründeten Expertise vorhalten kann. Es ist deshalb unvermeidlich, medizinische Versorgung in eine globale Arbeitsteilung einzuschließen. Dies verlangt dann aber auch die Schaffung von Regelwerken für die Finanzierung, die Akkreditierung, die Zugänglichkeit medizinischer Versorgungsbedarfe, die Sicherung professioneller Hilfen zur Rekonvaleszenz und zur grenzüberschreitenden Kontinuität der Versorgung, die Schaffung allgemeiner Normgebungen zur Zulassung von Prozeduren, haftungsrechtliche Grundlagen etc. Davon ist der Medizintourismus weit entfernt und der politische Wille dieses Problem zu lösen ist auch kaum zu unterstellen.

Beispiel:

Für den Geltungsbereich der Europäischen Union wirkt die Richtlinie 2011/24/EU. Sie wird auch als „Patientenmobilitätsrichtlinie“ bezeichnet. Danach werden die Kosten für eine Behandlung im EU-Ausland vom Heimatland bis zu einer Höhe übernommen, die diese Leistung dort kosten würde. Ausgeschlossen sind öffentlich-rechtlich zu tragende Leistungen, Transplantationen und Langzeitpflegen. Wegen der tatsächlich sehr unterschiedlichen Kosten sind die Anreize erheblich asymmetrisch.

Kommentar:

Der Medizintourismus ist ein zunehmend heterogenes Feld medizinischer Hilfeleistungen, die im globalen Maßstab das Potential haben, die bisherigen Grenzen nationaler Krankenversorgungspolitik zu sprengen.

Die globale Varianz der Krankenversorgungssysteme und ihrer Finanzierungsweisen nimmt tendenziell ab.

Dies ist die Folge mehrerer Vorgänge: Ein erster ist die systemformende Wirkung der medizinischen Wissenschaften, bzw. ihrer Innovationsbedingungen. Ein zweiter ist die fallselektive Profitabilität und ein dritter Vorgang sind die epidemiologischen und demografischen Ursachen folgenden Ungleichverteilungen der fallbezogenen Prävalenzen und die global ungleichen Erfahrungen und rechtlichen Regulationen, z.B. für experimentelle Therapien. Zunehmend bedeutsamer wird aber auch die Durchsetzungskraft der Interessen der Finanz- und Versicherungsindustrie sowie global agierender Onlinehändler, die ihre Katalogangebote um die Angebote einer fall- und preis-klassifizierten Produktmedizin erweitern.

Medizintourismus bezeichnet die Nutzung medizinischer Versorgungsangebote außerhalb des eigenen Landes.

Es wird geschätzt, dass um 2015 etwa 50-60 Länder versuchten, ihre medizintouristischen Angebote massiv auszubauen. Damit entstehen Notwendigkeiten

- der Lizenzierung der Angebote
- der Klärung haftungsrechtlicher Bedingungen
- der Datensicherheit
- der Anbietertransparenz

Diese Entwicklungen sind folglich sehr komplex und beziehen sich auf den globalen Tausch von Informationen und Bildung, auf den Handel mit medizinischen Gütern und auf den Austausch von Experten. Sie beziehen sich aber auch auf globale Finanzierungsregeln (Basel III), auf die Globalisierung der Inanspruchnahme von Leistungen und auf die globalen Angebote karitativer Hilfen. Wichtige Aspekte sind ebenso grenzüberschreitende Standardisierungen wissenschaftlicher Grundlagen und medizinischer Prozeduren.

Globalisierung ist der wichtigste Weg zur Überwindung/Verringerung der globalen Disparitäten in der Versorgung Kranker, ebenso wie in der Prävention (*Alansari, W., Breinlinger-O'Reilly J, Niehoff, J.-U (2011) International Healthcare Management. Das Gesundheitswesen 2011: 73:121-123*). Die Globalisierung der medizinischen Versorgung ist historisch keine neue Erscheinung. Es erweitern sich jedoch ihre Ziele und damit die Komplexität des Phänomens.

Vier Aspekte seien hier herausgestellt:

1. Die Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe ist eine der Eigenschaften von homo sapiens, sie war und ist eine der Bedingungen seiner sozialen Evolution und gehört zu den allgemein geteilten kulturellen Werten. Sie ist allerdings auch Teil von identitätsbildenden Abwehrstrategien gegenüber allem was fremd ist und ängstigt. Die Hilfe für andere ist soweit zivilisatorischer Fortschritt, unterstützt aber auch die Integration von Gruppen gegen äußere Einwirkungen.
2. Der globale Austausch von Gütern, Erfahrungen und Wissen hat immer auch die Krankenversorgung betroffen. Das betraf z.B. die arabische, die chinesisch-mongolische, die indische, die ägyptische, die griechische und die römische Medizin, die der afrikanischen und der amerikanischen Ureinwohner, und sie betrifft heute den globalen Austausch mit der sog. westlichen Medizin. Das Verständnis von Kranksein und dessen Therapie gehört zweifelsfrei zu den globalen Menschheitsgütern.
3. Krankenversorgung gründet heute zunehmend auf quantitativen Grundlagen. Wissen ist global verfügbar. Während in der Vergangenheit Patienten und Ärzte sich „bewegten“, um einander zu begegnen, übernehmen die Kontaktvermittlung in wachsendem Maße technische Lösungen. Ihr Abstand zueinander wird künftig weniger in Kilometern als in bytes und Übertragungsgeschwindigkeiten gemessen werden. Zudem ist nicht auszuschließen, dass Technologien personales Handeln und Entscheiden ersetzen werden.
4. Die Barbarei von Kriegen und die Unterwerfung unter den Willen der einen durch die anderen, der Raub von Menschen, Waren und Rohstoffen könnte in der Zukunft überwindbar werden. Krankenversorgung hat auf diesem steinigen Weg immer als ein Nucleus von Humanität und zivilisatorischer Kultur gewirkt.

Nicht zuletzt die Existenz der WHO bestätigt die Globalisierung medizinischer Hilfeleistungen. Unübersehbar stehen dem jedoch auch Kräfte entgegen, deren Antrieb nicht Hilfe, sondern die Hoffnung ist, aus den Bedarfen Kranker Profite zu ziehen.

Die vorrangigen Gründe des Medizintourismus sind

1. die Suche nach spezialisierter Versorgung, die im eigenen Land nicht verfügbar ist
die Suche nach niedrigpreisigen Leistungen, ggf. die vertragliche Verpflichtung durch eine Versicherung nur solche in Anspruch zu nehmen
3. die Suche nach Leistungen, die im Heimatland nicht zugelassen sind, bzw. der Versuch, nationale ethische Grenzen zu umgehen (häufig als Leistungen der experimentellen Medizin deklariert)
4. die Suche nach Angeboten der komplementären und der alternativen Medizin
5. die Suche nach zusätzlichen touristischen Erfahrungen
6. die Suche nach Angeboten des 2. Gesundheitsmarktes

(Siehe hierzu z.B. Legido-Quiley, McKee, M., Nolte, E., Glinos, I.A. *Assuring the Quality of Healthcare in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies 12, 2008.*)

Einer der wichtigen neuen Gründe des Tourismus sind das Fehlen einer Krankenversicherung und die Unterversicherung: „US-Bürger reisen immer häufiger zur medizinischen Behandlung ins Ausland. Die Behandlung findet in modernen, vorwiegend asiatischen Krankenhäusern statt, Qualität und verwendete Technologie entsprechen den neuesten Standards. Die meisten US-Patienten, die sich zu einem solchen Schritt entschließen, sind in der Regel nicht krankenversichert oder unterversichert.“ Bey, T.: *Globalisierung medizinischer Leistungen: Risiken und Nebenwirkungen des Medizintourismus. Dtsch Arztebl 2007; 104(4): A-176 / B-156 / C-152; Zugriff 31.01.2019.*

	USA	Jordanien	Thailand	Polen	Türkei
Bypass/Herz	123.000	14.000	15.000	14.000	13.900
Hüftersatz	40.364	8.000	17.000	5.500	13.900
Knieersatz	35.000	9.500	14.000	8.200	10.400
Zahnimplantate	2.500	900	1.720	925	1.100
Brustimplantate	6.400	4.000	3.500	3.900	5.500
Gesichtsstraffung	11.000	3.950	3.950	4000	6.700
Katarakt -Op	3.500	4.900	1.800	750	1.600
Laserkorrektur Hornhaut	4.000	2.400	2.310	1.850	1.700

Tab. 9: Ausgewählte Produktpreise in USD in ausgewählten Staaten. Verkürzt zitiert nach <https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>; Zugriff 30.01.2019

Kommentar:

Ein besonderer Aspekt der Globalisierung der Krankenversorgung ist neben der Patientenmigration die Fachkräftemigration.

Beispiel:

Braindrain (interessanterweise auch als „Talentabwanderung“ übersetzt) ist eine der bedeutsamsten Aspekte der Globalisierung der Krankenversorgung. Die Gewinner dieser Drainage sind vor allem die Staaten der arabischen Halbinsel, die USA, Großbritannien, Australien und in wachsendem Maße auch Deutschland. Die Verlierer sind vor allem die Bevölkerungen der Philippinen, Südafrikas, Südamerikas und Osteuropas. Die Verluste, respektive die Gewinne betreffen nicht nur die medizinischen Fachkräfte, sondern auch die Bildungsinvestitionen. Ein analoger Prozess vollzieht sich innerhalb der Staaten, in denen sich privatwirtschaftliche Akteure allein um die Versorgung einer zahlungskräftigen in- und ausländischen Kundschaft bemühen, weil die Versorgung der nicht zahlungsfähigen Bevölkerungsmehrheit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht gesichert ist und aus öffentlichen Mitteln nicht finanziert werden kann.