

men, so weit sie nicht medizinisch erforderlich sind) könnte an breiter angelegte Versicherungslösungen gedacht werden. Damit entsprechende Finanzierungswege nicht nur auf einen kleinen Kreis von sehr einkommensstarken Menschen beschränkt bleiben, sollten neue Wege beschränkt werden, um auch Durchschnittsverdiener zu Investitionen in mehr Lebensqualität zu aktivieren. Ansätze könnten in betriebs- oder branchenbezogenen Versicherungslösungen liegen. Denkbar sind Versicherungen, die parallel zu Mietverträgen abgeschlossen werden können, um dann im Falle von Krankheit oder altersbedingten Beeinträchtigungen Unterstützungsdienste zu finanzieren. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen den medizinisch notwendigen Leistungen, die von den obligatorischen Krankenversicherungen garantiert werden, und sonstigen gesundheitsbezogenen Angeboten ist wichtig, um zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren. **Verbraucherschutz:** Das steigende Interesse an der Gesundheitswirtschaft und an bil-

dungsbezogenen Dienstleistungen fordert den Verbraucherschutz heraus. Bislang ist das Gesundheitswesen im Hinblick auf die Produkt- und Angebotspalette sehr stark politisch geführt, d.h. die überwältigende Mehrheit der zur Verfügung stehenden Angebote muss zugelassen werden und ist bei der Anwendung auf die Aktivität von professionell Qualifizierten beschränkt. Im Bildungsbereich sind dagegen Unterricht oder Wissensvermittlung nicht notwendigerweise an eine professionelle (didaktisch-methodische) Qualifikation gekoppelt. Starke politische Regulierung und professionelle Dominanz werden auch in Zukunft die Kernbereiche des Gesundheits- und Bildungswesens (vor allem allgemeinbildende und berufliche Schulen) auszeichnen. In den Rand- und Überlappungsbereichen jedoch werden eher Markt, Wettbewerb und Kundenakzeptanz ausschlaggebend sein. Ein Optimum an Verbraucherschutz ist hier nur auf neuen Wegen zu erreichen.

spw 3/2002

Literatur

- Bartens, W., 2001: Körper auf Messers Schneide. In: DIE ZEIT, Nr. 1/2002, 27.12.2001, 28.
- DIW (Hg.) 2001: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Endbericht. DIW Berlin/ IGES Berlin.
- Fels, G. / Heinze, R. G. / Pfarr, H. / Schmid, G. / Streeck, W., 2001: Gute Praxis in der betrieblichen Weiterbildung. Bericht der Benchmarking-Gruppe des Bündnisses für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FG) / Institut Arbeit und Technik (IAT) / Medizinische Hochschule Hannover (MHH) 2001: Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Studie für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW.
- Kamberovic, R. / Schwarze, B., 1999: Deutsche Fitness Wirtschaft, Hamburg.
- Statistisches Bundesamt (Hg.), 2001: Leben und Arbeiten in Deutschland. Mikrozensus 2000, Wiesbaden (www.statistik-bund.de).
- Statistisches Bundesamt (Hg.), 2000: Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahre 2050.
- Wasem, J., 1999: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Neuss.

Ökonomisierung der Gesundheit

Über die Rolle der Gesundheitsökonomie

Von Holger Paetow

■ Gesundheitspolitik scheint mittlerweile ein Teil der Wirtschaftswissenschaften geworden zu sein. Äußeres Anzeichen ist die Flut an Gutachten, Berichten und Programmen zu gesundheitspolitischen Grundsatz- und Detailfragen, die von Unternehmensberatungen, Instituten und Fachökonomien in jüngster Zeit in die Debatte gebracht worden sind. Auch die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sind vorwiegend ökonomischen Inhalts; „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ der Titel der letzten Ausgabe.

Gesundheit und Krankheitsbehandlung sind seit jeher untrennbar mit ökonomischen Fragen verbunden, wie der Honorierung medizinischer Professionals, der Führung eines freiberuflichen Gewerbebetriebes Arztpraxis oder der effizienten Produktion und Verwendung medizinischer Sachgüter. Ob und in welchem Sinn kann überhaupt von einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens als einem relevanten aktuellen Trend gesprochen werden? Welche Folgerungen sind daraus für die Disziplin der Gesundheitsökonomie zu ziehen? Es lassen sich mindestens

drei Trends zeigen, die das Verhältnis von Ökonomie und Medizin in jüngster Zeit nachhaltig zu verändern begonnen haben. Konkret handelt es sich um

- die steigende makroökonomische Relevanz, also die Bedeutung des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung für Wachstum und Beschäftigung der Wirtschaft im allgemeinen,
- die forcierte Marktorientierung, d.h. die stärkere Steuerung des Leistungsgeschehens durch Marktkräfte, also durch autonome individuelle Entscheidungen von Nachfragern, also Patienten und Versicherten einerseits und Leistungsanbietern bzw. Versicherern andererseits
- die zunehmende ökonomische Professionalisierung der Medizin, d.h. die wachsende Anwendung betriebs- und volkswirtschaftlicher Analyse- und Entscheidungsverfahren und -kriterien auf die Produktion gesundheitsbezogener Güter und Dienstleistungen.

Makroökonomische Relevanz

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender ökonomischer Wachstums-, Beschäftigungs-, Export- und Standortfaktor. Der Anteil der

Erwerbstätigen im Gesundheitswesen an den Erwerbstätigen insgesamt ist von rd. 3,9% (1,03 Mio.) im Jahre 1970 auf 7,4% (2,1 Mio.) im Jahre 1999 gestiegen. Zählt man die Beschäftigten anderer Branchen hinzu, die indirekt für das Gesundheitswesen arbeiten, bringt der Sektor ca. 4,5 Mio. Menschen in Lohn und Brot. Der Anteil des Gesundheitssektors am Bruttoinlandsprodukt liegt mit knapp zehn Prozent (250 Mrd. € Umsatz) deutlich über dem der Kraftfahrzeugindustrie. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist zudem ausgesprochen stetig, so dass sie zur Stabilität der Wirtschaft beiträgt. Arzneimittel- und Medizinprodukt-Hersteller exportieren mehr als die Hälfte ihrer Produktion. Zunehmende Globalisierung und Europäisierung finden sich auch in anderen Versorgungsbereichen. Zwar sind die meisten Gesundheitsmärkte überwiegend lokal, aber die Grenzen werden auch außerhalb des sog. kleinen Grenzverkehrs durchlässiger, z.B. für telemedizinische diagnostische Leistungen, für Rehabilitationsmaßnahmen und zunehmend für Versicherungen. Großbritannien „importiert“ Krankenhausleistungen aus Deutschland, indem es, um Wartelisten zu verkürzen, Patienten in Deutschland versorgen lässt. Die Europäische Kommission drängt auf eine Vereinheitlichung und europaweite Marktöffnung auch für Krankenversicherungen.

Auf der anderen Seite ist die medizinische Versorgung ein bedeutender Kostenfaktor für die Wirtschaft, d.h. für die Arbeitgeber, die annähernd hälftig an der Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge beteiligt sind.

Diese doppelte Rolle des Gesundheitswesens als Wachstums- und als Kostenfaktor definiert das eigentliche Dilemma der aktuellen Gesundheitspolitik: Eine Entlastung der Lohnnebenkosten durch Dämpfung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würde immer zugleich die Wachstums- und Einkommenschancen in diesem personal- und innovationsintensiven Gesundheitssektor beeinträchtigen. Lösbar scheint dieses Dilemma auf den ersten Blick nur durch Umfinanzierung der GKV-Ausgaben zu Lasten der Versicherten und der Patienten zu sein. Ein Großteil der gesundheitspolitischen Diskussionen dreht sich um nichts anderes. Aufteilung des GKV-Leistungsspektrums in Grund- und Wahlleistungen, Selbstbeteiligungen und Kostenerstattungsverfahren oder die Einbeziehung von Miet- und Zinseinkommen bei der Beitragsbemessung sollen letztlich keinem anderen Ziel dienen als der Entlastung der Arbeitgeber.

Dabei ist deren paritätische Beteiligung an der Krankheitskosten nicht allein ein Gebot der Solidarität und Gerechtigkeit. Vielmehr ist die Arbeitswelt selbst eine wesentliche Determinante gesundheitlicher Belastungen. Insofern ist es konsequent, das Interesse der Arbeitgeber an einer Minderung der Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz über eine Beteiligung an den Kosten der Krankenversicherung wach zu halten.

Es ist auch gar nicht die Ausgabenentwicklung, welche die permanenten Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung verursacht. Seit etwa 1980 ist in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben bzw.

der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben – wie übrigens in den meisten OECD-Staaten auch. Die vielbeschworene Kostenexplosion hat es nie gegeben. Vielmehr ist der fühlbare Anstieg der Beitragssätze in der GKV darauf zurückzuführen, dass deren Finanzierungsbasis, die Einkommen der abhängig Beschäftigten, wegen der hohen Arbeitslosigkeit und der zurückhaltenden Lohnpolitik der Tarifparteien stagnierte bzw. relativ zum Bruttoinlandsprodukt sank.

Es ist wohl auch künftig keine dramatische Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu erwarten. Alle Argumente hierfür lassen sich relativieren. Der demographische Effekt, d.h. die Alterung der Bevölkerung, wird die Kosten nur unwesentlich steigern, da medizinischer Fortschritt und gesündere Lebensweise nicht nur Ursachen für eine höhere Lebenserwartung

sind, sondern auch dafür, dass Krankheiten später einsetzen. Zudem fällt der weitaus größte Teil der Kosten für medizinische Behandlung statistisch ohnehin in den letzten Lebensjahren an, unabhängig davon, in welchem Lebensalter der Tod eintritt.

Der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung ist uneindeutig. Dass neue Therapien und Diagnoseverfahren oftmals wesentlich teurer sind als ältere ist kein Naturgesetz. Zum einen folgen die höheren Ausgaben meist nicht aus höherem Produktions- oder Forschungsaufwand, sondern aus der Marktmacht, die sich die Anbieter – patentgeschützter – Innovationen zunutze machen

können und sind insofern eher die Folge mangelhafter Wettbewerbs- und Regulierungspolitik. Zum anderen bestehen im Gesundheitswesen bislang noch kaum Anreize für Rationalisierungsinnovationen, mit denen Kosten gesenkt werden könnten.

Schließlich kann auch die angebliche Anspruchsinflation der Versicherten nicht als Begründung für künftige Kostenexplosionen herhalten. Die Vorstellung, die Patienten würden die Inanspruchnahme versicherungsfinanzierter medizinischer Leistungen infolge einer Null-Kosten-Mentalität über das notwendige Maß ausdehnen, ist für die

meisten Versorgungsbereiche geradezu habebüchchen, wenn man bedenkt, dass diese Leistungen in aller Regel neben den monetären auch immaterielle Kosten in Form diverser physischer und psychischer Belastungen verursachen. Die Schmerzgrenze für die Inanspruchnahme eines zahnärztlichen

Die doppelte Rolle des Gesundheitswesens als Wachstums- und als Kostenfaktor definiert das eigentliche Dilemma der aktuellen Gesundheitspolitik.

Bohrgeräts dürfte durch das Ausmaß der eigenen finanziellen Beteiligung auch nicht im geringsten verschoben werden.

Von einer bedrohlichen Kostenexplosion kann also keine Rede sein, von einem überhöhten Kostenniveau schon. Nach wie vor leistet sich Deutschland ein gemessen am Versorgungsniveau zu teures Gesundheitssystem, wie mehrere internationale Vergleichsstudien belegt haben. Die Versorgung ist nicht effizient, es bestehen Wirtschaftlichkeitsreserven, deren Umfang auf mindestens 20 Mrd. € allein für die GKV geschätzt wird. Ein erheblicher Teil der diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist schlichtweg ineffizient oder überflüssig. Die Gesundheitsökonomie hat in den letzten zwanzig Jahren beachtliche Fortschritte gemacht, Analyseinstrumente zu entwickeln, mit denen man die Spreu vom Weizen trennen kann. Anders als etwa Großbritannien hinkt Deutschland aber beim Einsatz solcher Instrumente weit hinterher.

Sofern es gelingt, diese Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, ist gegen einen mäßigen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt nichts einzuwenden, da dieser eine bessere und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung repräsentiert. Da der Gesundheitssektor überdurchschnittlich personalintensiv ist, würde überdies jede Mark, die für Gesundheitsgüter statt für andere Waren ausgegeben wird, die Beschäftigung eher steigern (Sachverständigenrat 1996, 242), und zwar selbst wenn man unterstellt, dass die damit verbundene Steigerung der Lohnnebenkosten hier dämpfend wirkt. Verbleibt das Finanzierungsproblem: Die



Foto: Christian Kiel (Berlin)

Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung bedeutet nämlich auch, dass die Erwerbsbevölkerung und damit das Einkommensvolumen, aus dem die Kassenbeiträge finanziert werden, relativ schrumpft und daher die Beitragssätze steigen. Diese zusätzlichen Lasten sind jedoch demographisch unvermeidlich und können durch andere Finanzierungsformen lediglich anders verteilt werden. Eine stärkere Einbeziehung einkommensstärkerer Bevölkerungskreise durch Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze und die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten, eine Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von Leistungen z.B. der Familienpolitik, die eigentlich aus den Steuerhaushalten zu finanzieren sind und vor allem eine deutliche Rückführung der Arbeitslosigkeit würden das Finanzierungsproblems entschärfen.

Forcierte Marktorientierung

Mit dem Kassenwahlrecht für die gesetzlichen Krankenversicherungen, der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Preise (Fallpauschalen), der Festbetragsregelung für Arzneimittel und zahlreichen weiteren Gesetzesänderungen, darunter die Lockerung von Werbebeschränkungen für Ärzte, Apotheker, Arzneimittel und andere Gesundheitsbranchen wurden in den letzten 25 Jahren die Spielräume für eine Steuerung des Leistungsgeschehens durch Marktkräfte deutlich erweitert. Weitere Liberalisierungen, auch aufgrund europäischen Entwicklungen, stehen an oder werden von Interessengruppen vernehmlich gefordert. Zum Teil mit absurder Konsequenz: 1996 forderte der Sachverständigenrat für die allgemeine Wirtschaftsentwicklung, die Marktzulassung von Arzneimitteln nicht mehr von einer behördlichen Überprüfung von Unbedenklichkeit und Wirksamkeit abhängig zu machen, sondern dem Markt, d.h. den Erfahrungen, den die Ärzte mit den Medikamenten machen, zu überlassen.

Als Grund wird meist auf die überlegene Steuerungseffizienz von Märkten verwiesen, auf denen zum einen Angebot und Nachfrage im Ergebnis die vorhandenen Ressourcen in diejenigen Verwendungen lenken, die den Menschen den höchsten Nutzen bringen und auf denen zum anderen die Jagd nach individuellen Vorteilen zu Innovationen, d.h. neuen und besseren Produkten und effizienteren Produktionstechniken führt.

Allerdings sind diese Segnungen der Marktwirtschaft nicht voraussetzungslos zu haben. Gerade im Gesundheitswesen fehlen im allgemeinen wenigstens zwei dieser Voraussetzungen, nämlich die hinreichende Verfügbarkeit von Informationen und die Abwesenheit von Marktmacht. Informationen sind vor allem asymmetrisch verteilt, d.h. dem Kunden, „Patient“ fehlen Kenntnisse, mit denen er die Leistungsfähigkeit des Angebots etwa von Ärzten und Arzneimittelher-

stellern angemessen beurteilen kann. Die Ratsuche beim Arzt ist geradezu Ausdruck von Informationsmängeln gegenüber dem vorhandenen Angebot an verfügbaren Therapien, beseitigt diese Mängel aber nicht, sondern verlagert sie nur auf die Unsicherheit über die Qualität der ärztlichen Beratung.

Diese Informationsasymmetrien schwächen die Position des Patienten als Nachfrager, indem sie den Anbietern erlauben, ihre eigenen Einkommensinteressen durchzusetzen. Schon aus diesem Grund können Gesundheitsmärkte nur unvollkommen funktionieren.

Hinzu kommt, dass z.B. in bestimmten Teilmärkten der Arzneimittelversorgung, in Regionen mit geringer Angebotsdichte und allgemein durch das Wirken monopolistisch organisierter Leistungsanbieterverbände in zahlreichen Sektoren ausgeprägte Marktmacht vorliegt, die die Möglichkeit für die Patienten, zwischen verschiedenen Alternativen frei zu wählen, deutlich einschränkt. Nicht selten setzen sich beispielsweise allein aus Gründen des Marketing und der Marktmacht neue Medikamente auch dann durch, wenn sie weniger wirksam sind als die vorhandenen.

Der Markt rationiert schließlich, indem er Leistungen nur für diejenigen bereit stellt, deren Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit ausreicht. In manchen Entwicklungsländern stirbt an banalen Infektionen, wer sich keine Antibiotika kaufen kann. Die Versorgung mit AIDS-Medikamenten zu bezahlbaren Preisen konnte jüngst in der Republik Südafrika nur durch die staatliche Dro-

hung durchgesetzt werden, die patentgeschützten Medikamente unter Missachtung internationaler Patentschutzabkommen von nationalen Nachahmern produzieren zu lassen. Auf der anderen Seite gehört es zu den fundamentalen Normen fast jeder Gesellschaft, die Krankenbehandlung solidarisch zu finanzieren, um gerade Rationierung so weit wie möglich auszuschließen. Eine konsequente Marktorientierung des Gesundheitswesens würde diesem Solidaritätsprinzip entgegenlaufen.

Die Gesundheitsökonomie hat viel dazu beigetragen, eine naive Sicht von der Steuerungseffizienz von Marktprozessen und die Illusion einer problemlosen Übertragbarkeit von Marktprinzipien aus das Gesundheitswesen zu verbreiten. Es kommt aber darauf an, die Grenzen der Marktsteuerung im Gesundheitswesen herauszuarbeiten und erst vor diesem Hintergrund nach Möglichkeiten zu suchen, Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen als Mittel zum Zweck einzu-

setzen, nämlich zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und zu einer besseren Berücksichtigung der persönlichen Ansprüche von Patienten.

Die ökonomische Professionalisierung der Medizin

In dem Maß, in dem die Akteure des Gesundheitswesens den Marktkräften ausgesetzt werden, sind sie gezwungen, sich professionellen ökonomischen Sachverstandes zu bedienen. Folgerichtig weiten etwa die Ärzteverbände ihr betriebswirtschaftliches Beratungsangebot aus, Krankenkassen und vor allem Krankenhäuser verstärken ihre kaufmännischen Abteilungen, kaum eine große Unternehmensberatungsfirma verzichtet auf den Aufbau gesundheitspolitischer Schwerpunkte. Selbsthilfegruppen werden als Marketingfaktor instrumentalisiert, die Patientenberatung über Call-Center und Internet ist fest in den Händen spezialisierter Portalbetreiber. Selbst in der Politikberatung formulieren Unternehmensberater zunehmend die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens.

Diese Entwicklung ist ambivalent zu beurteilen. Einerseits besteht angesichts der schon erwähnten erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen ein Nachholbedarf bei der Umsetzung des sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots. Die

Zulassung oder die Kassenerstattung etwa von Arzneimitteln von überlegenen Kosten-Wirksamkeits-Relation abhängig zu machen ist in vielen OECD-Staaten längst gängige Praxis. Hier zu Lande gibt es z.Zt. lediglich entsprechende Vorschlä-

Die Kostenexplosion hat es nie gegeben. Die Beitragssätze sind gestiegen, weil die Einkommen der abhängig Beschäftigten relativ sanken.

ge, die allerdings erfreulicherweise von der derzeitigen Gesundheitsministerin unterstützt werden. Die Gesundheitsökonomie kann hier noch manches zur Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven beitragen.

Auf der anderen Seite droht die Gefahr, dass die Betriebswirtschaftslehre die Medizin auch bei der Bestimmung des therapeutischen Bedarfs dominiert. Dass diese Gefahr real ist, zeigt die Situation an den in den USA weit verbreiteten integrierten Gesundheitsversicherungs- und -versorgungsunternehmen, den Health Maintenance Organizations (HMO). HMOs müssen sich auf dem Kapitalmarkt bewähren, wie andere Unternehmen auch. Folglich werden deren Behandlungsleitlinien zunehmend von vom Management oder von spezialisierten externen Unternehmensberatungen erarbeitet und enthalten nicht selten auch Regeln, mit denen Ärzten etwa untersagt wird, den Patienten allzu aufwendige Therapiekonzepte auch nur vorzuschlagen.

Die Entwicklung des medizinischen Wissens ist längst nicht mehr medizin- oder wissenschaftsimmanent determiniert, sondern zu wesentlichen Teilen Ergebnis von Marketingstrategien der Leistungsanbieter und der Versicherungen. Die Festlegung von Grenzwerten, die über die Behandlungsbedürftigkeit entscheiden, von Prioritäten der Forschung oder von Behandlungsleitlinien werden vielfach durch die Medizinindustrie, durch Versicherungskonzerne und deren Kapitalgeber bestimmt. Am Beispiel der Prävention koronarer Erkrankungen durch Senkung des Serumcholesterins wird deutlich, wie die medizinischen Handlungsfelder so selbst auf die Behandlung gesunder, symptomfreier Menschen ausgeweitet werden können: Würde man die ursprünglich v.a. von der Industrie in zahllosen Artikeln, Konferenzen, Studien und Schulungen verbreiteten Eingriffsschwellen für überhöhte Cholesterinspiegel zugrundelegen, wäre etwa die Hälfte der Bevölkerung medikamentös behandlungsbedürftig. (Kühn 1993, 6 ff)

Die ökonomische Professionalisierung der Medizin verändert die Rolle der PatientIn: Aus einem Objekt eines paternalistischen Medizinbetriebes wird ein Objekt professioneller Marketingstrategen. Aus dem Gesundheitsziel einer effizienten Befriedigung des tatsächlichen Bedarfs wird das einer gewinnoptimalen Vermarktung von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen.

Das Beispiel Krankenkassenwettbewerb

Alle drei Ebenen der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens prägen auch den Krankenkassenwettbewerb, der im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 durch die sukzessive Zulassung der Kassenwahlfreiheit für die Versicherten ab 1996 in Gang gesetzt wurde. Ziel dieser Reform war es, die Kassen über das Wahlverhalten der Versicherten zur effizienten, d.h. vor allem beitragsatzdämpfenden Versorgung ihrer Klientel zu zwingen. Die Verantwortung wurde gewissermaßen von der Politik an die Kassen, bzw. an den Marktmechanismus delegiert – mit im wesentlichen voraussehbaren gefährlichen Folgen für die Stabilität der GKV.

Unter unregulierten Marktbedingungen würde der Wettbewerb sofort – wie in der privaten Krankenversicherung – zu risikoäquivalenten Beitragsätzen führen, d.h. von gesundheitlich Belasteten würde ein höherer Beitragsatz gefordert. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beiträge hingegen nach dem Einkommen gestaffelt. Die einzelnen Versicherten stellen daher aus Sicht der Kasse gute oder schlech-

te Risiken dar, je nachdem, ob ihr individueller Beitrag das jeweilige gesundheitliche Risiko ausreichend deckt. Die finanzielle Lage einer Kasse ist dadurch umso besser, je mehr gesunde und zahlungskräftige Mitglieder sie hat und dies führt unter Wettbewerb dazu, dass die Kassen ständig darum bemüht sein müssen, die „guten Risiken“, d.h. die Zahlungskräftigen und die Gesunden, an sich zu binden bzw. von anderen Kassen abzuwerben. Der rechtliche Rahmen verbietet eine solche Risikoselektion eigentlich, gleichwohl lassen sich zahlreiche subtile Methoden hierfür im Marketing von einzelnen Kassen nachweisen. Andererseits ist eine solche aktive Risikoselektion gar nicht notwendig. Denn es sind überwiegend die gesunden, gut gebildeten Versicherten, die eine hohe Wechselbereitschaft zeigen und von den teureren zu den billigeren Kassen abwandern.

Damit setzen sie aber einen Teufelskreis in Gang: Je mehr gesunde Versicherte abwandern, desto schlechter wird die finanzielle Lage der abgehenden Kassen und desto besser die der aufnehmenden. Folglich werden die ersteren die Beiträge erhöhen müssen und die letzteren können sie senken, was wiederum die Abwanderung beschleunigt. Am Ende dieses Prozesses bleiben teure Kassen für die Kranken und Armen und billige für die Gesunden und Reichen übrig. Das Solidaritätsprinzip, demzufolge die Gesunden für die Kranken, die Reichen für die Armen und die Jungen für die Alten einzustehen haben, würde außer Kraft gesetzt.

Einen schlagenden Beweis für diesen Mechanismus bietet die Entwicklung auf dem Arzneimittelmarkt in 2001. Während etwa die Ausgabensteigerungen pro Versicherten für Arzneimittel im Durchschnitt 10% betragen, lagen sie bei den Betriebskrankenkassen bei ca. ±0,

bei den großen Ersatzkassen hingegen bei nahezu 20%. Die Ursache für diese Unterschiede liegt auf der Hand. Zwar steigen auch für die Betriebskrankenkassen die Arzneimittelkosten absolut. Da aber im großen Stil gesunde Versicherte zu ihnen abwandern, die keine Arzneimittel brauchen, bleiben die Ausgaben pro Kopf in etwa konstant. Die Ersatzkassen verlieren im Gegensatz dazu gesunde Versicherte, daher steigt neben den absoluten Arzneimittelkosten relativ auch die Anzahl derer, die Arzneimittel brauchen. Folglich steigen die Arzneimittelausgaben dort überproportional. Dies hat nun alles nichts mit effizienter oder weniger effizienter Versorgung der Patienten zu tun. Die geringeren Kosten der Betriebskrankenkassen sind allein darauf zurück zu führen, dass sich bei ihnen die gesünderen Versi-

cherten und bei den anderen Kassen die gesundheitlich belasteten Versicherten sammeln.

Nicht zuletzt versuchen Arbeitgeber ganz massiv, ihre Beschäftigten zum Wechsel in die Billigkassen zu drängen. So wurden die Beschäftigten von McDonalds in einer Mitarbeiterinformation aufgefordert, zur BKK Mann+Hummel zu wechseln. Hinzu kamen Tipps wie: „Sollten Sie jedoch chronisch krank sein (Asthma, Rückenleiden, Krebs etc.), wechseln Sie bitte auf keinen Fall die Krankenkasse (...) Wechseln Sie auch auf keinen Fall, wenn kranke Familienmitglieder bei Ihnen mitversichert sind (...) Sollten sie bereits 45 Jahre alt sein – würde ich an Ihrer Stelle auch nicht mehr wechseln).

Zwar ist bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 der Kassenwettbewerb mit einem Finanzausgleich (Risikostrukturausgleich) ausgestattet. Dieser Ausgleich kann die beschriebenen Mechanismen nur mildern, aber nicht beseitigen, da als Merkmale der Risikostruktur nur Alter und Einkommen der Versicherten berücksichtigt werden, nicht aber die Morbidität, d.h. der Anteil an versorgungsbedürftigen Patienten unter den Versicherten.

Daher bleibt die Anwerbung gesunder Versicherter das erfolgversprechendste Wettbewerbsinstrument für die Kassen, medizinisch sinnvolle Versorgungsansätze hingegen sind eher kontraproduktiv, weil sie Kosten verursachen und möglicherweise teure Patienten an die Kasse binden.

Vor diesem Hintergrund verstärken die Krankenkassen ihre betriebswirtschaftliche Kompetenz. Marketing- und Controllingabteilungen werden aufgewertet, die Organisationen werden von Unternehmensberatungen durchleuchtet, der Mitgliederservice konsequent einem selektiven Vertrieb, d.h. der Akquisition von solchen Versicherten untergeordnet, die positive Deckungsbeiträge erbringen, also mehr an Beiträgen zahlen als sie an Ausgaben verursachen. Die Krankenkassen wandeln sich von behäbigen sozialpolitisch motivierten Versorgungsinstitutionen zu windschnittigen erfolgsorientierten Unternehmen mit Marktpositionierung, Corporate Identity, emotionalisierender Werbung und allem was dazu gehört.

Die jüngste Reformrunde des Finanzausgleichs hat wenig Entlastung gebracht. Zwar werden künftig Kassen, die für ihre chronisch Kranken sog. Disease Management Programme (DMP), effiziente integrierte Versorgungsformen, auflegen durch Extrazulassungen aus dem Risikostrukturausgleich belohnt. Die Erfolgsaussichten für diese Programme müssen aber zurückhaltend beurteilt werden, schon deswegen, weil zuviel auf einmal damit gewollt wird und damit zu viele Fronten zugleich mit zu vielen Gegnern eröffnet werden. Diese Programme sollen mit Hilfe einer strafferen Patientenführung deren medizinische Versorgung verbessern. Sie

Ein erheblicher Teil der diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist schlichtweg ineffizient oder überflüssig.

sollen weiter Finanzierungsströme im RSA umlenken, wodurch sich wiederum eine andere Front durch die Kassenlandschaft ziehen würde, denn je nach Konkretisierung der DMP-Regelung profitieren jeweils andere Kassenarten von zusätzlichen Finanzmitteln. Schließlich sind die DMPe ein Einstieg in integrierte, d.h. Leistungssektoren übergreifende, aber von den Krankenkassen gemanagte Versorgungsformen, die geeignet sind den monopolistischen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzuweichen. So würde es nicht verwundern, wenn die Umsetzung der DMP-Regelung am Zank zwischen allen Beteiligten scheitert.

Im Ergebnis zeigt sich das Konzept der Wettbewerbsöffnung des Krankenkassen „marktes“ als gescheitert und wohl nicht mehr reparierbar. Mit gescheitert ist damit der Versuch, Solidaritätsprinzip und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu versöhnen oder wenigstens kompatibel zu machen. An eine Rückkehr zum ständisch organisierten „gegliederten Kassensystem“ mit kaum durchlässiger Mitgliederzuweisung ist aber auch nicht zu denken. Da drängt sich der Gedanke an die Einführung einer Einheitsversicherung für alle Versicherungspflichtigen oder auch für alle Arbeitnehmer auf. Staaten mit Einheitsversicherungen oder – damit vergleichbar – steuerfinanzierten Gesundheitssystemen stehen im internationalen Vergleich nicht schlechter, sondern besser da als wettbewerbsorientierte. Einen Wettbewerb um bessere Versorgungskonzepte – wenn er denn sein soll – ließe sich auch regional auf der Leistungserbringerebene organisieren, wie das Beispiel UK zeigt.

Wer den Krankenkassenwettbewerb aber gewissermaßen sich selbst überlässt, also darauf verzichtet, einen nicht nur fairen, sondern einen auch im Sinn des Solidaritätsprinzips funktionsfähigen Wettbewerb durch einen klaren rechtlichen Rahmen abzusichern, folgt einem naiven Wettbewerbsverständnis. Weicht man der schwierigen Aufgabe aus, einen für sozialpolitische Zwecke instrumentalisierten Wettbewerb zu installieren, so hat man nur die Wahl, ob man auf den Wettbewerb oder auf das Solidaritätsprinzip verzichtet, genauer: Der Markt wird sich dann gegen das Solidaritätsprinzip entscheiden.

Das Beispiel Akupunktur

Die Dominanz der Ökonomik über die Medizin zeigte sich auch beim Streit um die Aufnahme der Akupunkturbehandlung in den Regelleistungskatalog der Gesetzlichen

Krankenversicherung in dem für Definition von Kassenleistungen zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Scheinbar paradoxerweise plädierten die Ärztevertreter einerseits gegen die Aufnahme der Akupunktur in den GKV-Leistungskatalog mit dem Hinweis auf Hunderte von Studien, teilweise auf höchstem Evidenzniveau, die keinen Beleg für eine Wirksamkeit der Akupunktur (vgl. Hausteil, et. alt., 1998; 95: A-800-805 Heft 14.) über einen reinen Placebo-Effekt haben liefern können. Andererseits wird diese Therapie aber von Tausenden von Ärzten praktiziert – nicht selten gegen deren eigene fachliche Überzeugung.

Die Kassenvertreter wiederum stimmten für die Akupunktur als Kassenleistung und damit für zusätzliche Ausgaben, weil sie die hohe Verbreitung und Akzeptanz dieser Behandlungsform unter den Versicherten (vgl. Kahrs, et. alt., 2000, 20-30) als hinreichenden Grund nehmen. Sie haben sie in der Vergangenheit meist auch bezahlt – am

Rande der Legalität und zum Teil auch noch, nachdem das Bundesversicherungssamt die Erstattung ausdrücklich verboten hatte. Das Rätsel löst sich, wenn man die Interessenlagen der Beteiligten betrachtet:

- Die Ärzte müssen Akupunktur wegen der großen Nachfrage anbieten, um angesichts der wegen Überkapazitäten scharfen Konkurrenz ein Abwandern der Patienten zu anderen Ärzten, aber insbesondere auch zu Heilpraktikern zu verhindern. Eine Aufnahme der Akupunktur in den Leistungskatalog würde jedoch bedeuten, dass sie nicht mehr neben, sondern innerhalb des gedeckelten Honorarvolumen für die Vertragsärzte abgerechnet werden müsste, so dass wichtige Nebenerlöse verloren gingen. Außerdem wären die Gebührensätze dann niedriger als bei Privatabrechnung.

- Die Krankenkassen müssen ebenfalls auf die hohe Akzeptanz der Akupunktur reagieren, weil deren Erstattung – zusammen mit der anderer unkonventioneller Heilmethoden – ein wichtiges Motiv für die Kassenwahl der Versicherten ist. Mehr noch: Es werden damit vor allem junge, gebildete, gesundheitsbewusste Menschen, mithin „gute Risiken“ angesprochen, so dass die Erstattung von Akupunkturbehandlung ein wichtiges Instrument des Marketing und der Risikoselektion ist. Hinzu kommt, dass sich die Kassen Kosteneinsparungen davon versprechen könnten, dass Patienten sich mit diesem ungesicherten Heilverfahren zufrieden geben und damit die Kosten für eine wissenschaftlich gesicherte, teurere Behandlung

entfallen. Schließlich würde eine Legalisierung der Erstattungen auch den Kopf der Kassengeschäftsführer retten, die sonst mit ihrem eigenen Vermögen für illegale Erstattungsleistungen haften müssten.

Im Ergebnis wurde ein Kompromiss gefunden, demzufolge die Krankenkassen Akupunktur als befristetes Modellvorhaben zur Erprobung neuer Leistungen unter wissenschaftlicher Begleitung anbieten dürfen.

Ohne an dieser Stelle eine Entscheidung über den Nutzen der Akupunktur treffen zu wollen, scheinen in dem geschilderten Fall Marketingaspekte und Einkommensansprüche als Determinanten des Kassenleistungsspektrums medizinisch-wissenschaftliche Kriterien dominiert zu haben.

Gesundheitsökonomie zwischen Effizienz und Rendite

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens bietet also beides, die Chance einer effizienteren Deckung des Bedarfs an therapeutischen und diagnostischen Leistungen oder die Gefahr der Reduktion der Versorgung auf das nicht medizinisch sondern ökonomisch Erwünschte, wobei letzteres aus dem Gebot der Lohnnebenkostenreduzierung und dem Erfolg von Marketingstrategien ergibt. Geht man von dem Ziel aus, den Menschen den Zugang zu einer solidarisch finanzierte, effizienten medizinischen Versorgung auf dem jeweiligen Stand der medizinischen Kunst zu sichern, definieren sich vor diesem Hintergrund die Aufgaben einer sinnvollen Gesundheitsökonomie, nämlich

- Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven u.a. anhand geeigneter Kosten-Wirksamkeits-Analysen, effizienterer Organisationsstrukturen und Verfahren der Qualitätssicherung,
- Entwicklung von Rahmenbedingungen und Regulierungsformen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen, die den unzureichenden Wettbewerbsvoraussetzungen auf Gesundheitsmärkten Rechnung tragen
- Anpassung der Finanzierung der GKV an künftige demographische Bedingungen, an Veränderungen der Einkommensstrukturen und an eine vernünftige Aufgabenverteilung zwischen Staat und Versicherungen.

spw 3/2002

Literatur

- Hausteil, K.-O., Höffler, D., Lasek, R., Müller-Oerlinghausen, B., Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie, in: Dt Ärztetbl 1998; 95: A-800-805 Heft 14.
- Kahrs, M., Marstedt, G., Niedermeier, R., Schulz, T. (2000), „Alternative Medizin“. Paradigma für veränderte Ansprüche von Patienten. in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2000, 20-30
- Kühn, H. (Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient, in: Arzt-Konsumenten-Verhältnisse, Jahrbuch für Kritische Medizin 21, 1993, 6 ff
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band 1, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden, 242

Sinnvolle Versorgung ist im Kassenwettbewerb heute eher kontraproduktiv, weil sie möglicherweise teure Patienten an die Kasse bindet.