

Gesundheit - keine Ware wie jede andere

Friedhelm Hengsbach S.J., Frankfurt am Main

15.06.2004

„In einer Marktwirtschaft gelten für Gesundheit dieselben Gesetzmäßigkeiten wie für Waren. Gesundheit wird nur gekauft, wenn ihr Wert für den „Patienten“ höher ist als ihr Preis. Ideologen sehen darin eine Entwürdigung des Menschen. Gesundheit so sagen sie, sei keine Ware; für die Gesundheit dürfe nicht gelten, was für Blumentöpfe, Apfelsinen oder Aluminiumschrott gilt. Gegen Naturgesetze gibt es solchen Widerspruch nicht. Wenn ein Mensch aus dem Fenster springt, dann fällt er mit einer Beschleunigung von 9,81 m/sec und damit genauso schnell wie ein Blumentopf - ohne dass die evangelische Soziallehre das je als entwürdigend angeprangert hätte.“

Dieser Text ist eine auf das Gut „Gesundheit“ übertragene Äußerung von Wolfram Engels aus dem Jahr 1986 über die unzulässige Sonderstellung der Ware „Arbeit“ in der sozialen Marktwirtschaft. Gegen diese ausschließlich ökonomische und darüber hinaus mikroökonomische Sichtweise der Gesundheitsgüter spricht jedoch die Erfahrung, dass die Feuerwehr nicht für einen Blumentopf, wohl aber für einen Menschen das Sprungtuch ausspannt, dass also ähnlich zwischen Nahrungsmitteln und Industriewaren einerseits und dem Gut Gesundheit andererseits zu unterscheiden ist. Unbeschadet einer zulässigen Rede über die Nachfrage und das Angebot auf Gesundheitsmärkten und deren Bestimmungsfaktoren sollen im folgenden die besonderen Merkmale des Gutes Gesundheit bei der Koordination individueller und kollektiver Erwartungen erläutert werden.

1 Die individuelle Koordination

Gesundheitsökonomien versuchen nachzuweisen, dass der moderne Patient mündig genug sei, selbst zu wissen, was ihm gut tut. Von außen könne niemand ihm einreden, welchen Teil seines verfügbaren Einkommens er für Gesundheitsgüter oder für Finanzdienstleistungen, Industriewaren oder Nahrungsmittel auszugeben habe. Er unterwerfe den Erhalt oder die Wiedergewinnung seiner Gesundheit seinem eigenen rationalen Kalkül. Gesund zu werden und gesund zu bleiben, sei ein Bedürfnis, das sich in eine Skala individueller Bedürfnisse einreihen lässt, und dessen Alternativkosten entsprechend dem Alter, den Charaktermerkmalen und den Vorlieben der Individuen aufgelistet werden können. Da die Erwartung, den Verlust der Gesundheit zu riskieren, sich unter Unsicherheit bilde, unterliege insbesondere die Abschätzung dieses Risikos einer subjektiven Bewertung, die

auf einem Vergleich von Nutzen und Kosten eines gesundheitsriskanten bzw. gesundheitsbewussten Verhaltens beruht. Diese Risikoabschätzung unterscheidet sich nicht wesentlich von der Abschätzung des Unfall- oder Brandrisikos und der Kosten, die der Abschluss einer Auto- oder Feuerversicherung mit sich bringt. Um das Kostenbewusstsein zu erhöhen und um die Steuerungsdefizite des Gesundheitswesens zu verringern, lege sich eine stärkere finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten der Therapie und der Arzneimittel nahe.

Irrationale Einstellung

Dem gegenüber wird einem weit verbreiteten Empfinden gemäß die Gesundheit als unerschätzbare Wert, als „unser höchstes Gut“, eingestuft. Die Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ mag diesem Empfinden Vorschub leisten. Zumindest kann gezeigt werden, dass die Menschen mehrheitlich eine irrationale Einstellung zu ihrer Gesundheit haben. Solange sie gesund sind, unterschätzen sie systematisch das Krankheitsrisiko; sobald sie krank sind, überschätzen sie ihre Gesundheit. Wie wenig der Patient ein souveräner Kunde von Gesundheitsleistungen ist, kommt in folgender Anekdote zum Ausdruck: Ein Arzt wird nach der erfolgreichen Behandlung eines lebensbedrohenden Insektenstichs von dem Patienten gefragt, was er ihm schulde. Er antwortet: Mir genügen 10% des Honorars, das Sie mir hätten geben wollen, als Sie noch in Lebensgefahr schwebten.

Gesundheit und Krankheit sind kein ausschließlich privates Gut. Es gibt eine schichtenspezifische Verteilung von Krankheiten sowie schichtenspezifische Krankheitsbilder. Der allgemeine Lebens- und Arbeitsstil, kollektive Konsum- und Freizeitgewohnheiten, regionale und nationale Eigenarten bestimmen das Panorama der Berufs- und Volkskrankheiten. Schwerwiegende Krankheitsbilder spiegeln gesellschaftliche Risiken, die sich nicht auf individuelles Fehlverhalten zurückführen lassen. Gesellschaftliche Risiken sind in der Frühphase der industriellen Revolution zunächst im Rahmen privater Initiativen, dann öffentlich-rechtlich im Rahmen gesetzlicher Regelungen und Verfassungsnormen durch die Steuerungsform der Solidarität abgedeckt worden. Diese unterscheidet sich von der Marktsteuerung dadurch, dass auf der Grundlage zwar gemeinsamer Interessen aber abweichender Risiken die Beiträge gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet werden, der Anspruch auf Hilfe jedoch gemäß dem Bedarf eingelöst wird. Da sich die bisherige Grundlage der Solidarität, nämlich die Erwerbsarbeit, als brüchig erweist, sollte an deren Stelle eine Solidarität treten, die alle diejenigen, die ihren Lebensmittelpunkt im Geltungsbereich der Verfassung haben, umfasst und durch Beiträge finanziert wird, die von allen Einkommen erhoben werden, die innerhalb des Geltungsbereichs der Verfassung erwirtschaftet worden sind.

Das „Andere“ der Gesundheit

Gesundheit ist etwas unmittelbar Persönliches, ein Gut, das sich nicht von dem, der das Gut nachfragt, abtrennen lässt. Die Gesundheit vermittelt Lebensqualität, die Fähig-

keit, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Sie umfasst drei Dimensionen, eine psychische, somatische und soziale Dimension, die jeweils vorwiegend dem persönlichen Befinden, der medizinischen Diagnose und der gesellschaftlichen Finanzierung zugeordnet wird.

Gesundheit ist den so genannten Vertrauensgütern zuzuordnen. Zwischen denen, die Gesundheitsgüter anbieten, und denen, die sie in Anspruch nehmen, besteht ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz. Da die Patienten die Qualität einer Therapie, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, nicht ganz und sofort durchschauen können, sind sie darauf angewiesen, denen zu vertrauen, die diese Dienste anbieten. Sie brauchen außerdem eine Verhandlungsposition, die sie der Marktmacht der Anbieter von Gesundheitsgütern nicht ausliefert. So gibt es bereits gute ökonomische Gründe dafür, Gesundheitsgüter öffentlich bereitzustellen.

Darüber hinaus wird der gleiche Zugang zu Gesundheitsgütern für alle Bürgerinnen und Bürger in demokratischen Gesellschaften als Grundrechtsanspruch anerkannt. Was medizinisch notwendig ist, soll allen Mitgliedern der Gesellschaft unabhängig von ihrer Kaufkraft und ihrem Leistungsvermögen zugänglich sein. Folglich ist der Staat berechtigt, einen Teil des Volkseinkommens zu beanspruchen und die Wirtschaftssubjekte nach ihrer Leistungsfähigkeit zu besteuern, um jene Ausgaben zu finanzieren, die für die Bereitstellung der notwendigen, nicht maximalen Gesundheitsgüter für alle erforderlich sind.

2 Die kollektiv-vertragliche Koordination

Mehr Markt und Wettbewerb auf der Seite der Anbieter und der Nachfragenden werden als Heilmittel einer mangelhaften kollektiven Koordination vorgeschlagen.

Die Anbieter

Den Anbietern wird vorgeworfen, sie seien für die Defizite der Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patienten verantwortlich, die sich beispielsweise am Übergewicht der kurativen Medizin, an der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Dauer von Krankenhausaufenthalten, an der ausufernden Diagnostik, an der mangelhaften Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und an der Abwertung der Psychotherapie belegen lässt.

Die Ärzte gelten als Schlüsselfiguren bei der Zuteilung von Gesundheitsgütern. Aber sie sind auch die Ursache zahlreicher Rationalitätenfallen: Beispielsweise ist das Verhältnis von Kosten und Leistungen nicht transparent genug. Was für den einzelnen Arzt vorteilhaft ist, kann dem System Schaden zufügen, oder umgekehrt: was für alle vorteilhaft ist, kann dem einzelnen Arzt Nachteile bringen. Ein stärkerer Wettbewerb zwischen den Ärzten, indem die Kassen mit einzelnen Ärzten und Ärztegemeinschaften Vereinbarungen treffen können, soll mehr Transparenz herstellen, die Widersprüche der Koordination beseitigen und die bisherige Übermacht der Anbieterseite zurückdrängen.

Mehr Wettbewerb unter den Apothekern soll durch Konzentration, Fusion und Zulassung des Versandhandels angeregt werden. Dadurch verspricht man sich merkliche

Preissenkungen auf den Märkten für Arzneimittel.

Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern soll nach außen durch die Werbung mit unverwechselbaren Profilen, durch die Erschließung zusätzlicher Märkte, auf denen sich Kunden mit hoher Kaufkraft bewegen, sowie durch die Gewinnung privater Spender belebt werden. Nach innen sollen betriebswirtschaftliche Steuerungsformen angewendet werden. Die Therapieschritte sollen auf präzise definierte Behandlungsziele ausgerichtet, die entstehenden Kostenelemente sollen den Leistungseinheiten direkt zugeordnet werden. Eine Standardisierung von Diagnose und Therapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung soll die Entscheidungsprozesse des verantwortlichen Personals erleichtern und beschleunigen, ohne dass die Besonderheiten des Einzelfalls übersehen werden. An die Stelle bürokratischer Administration soll ein unternehmerischer Führungsstil treten, Verwaltungsbeamte sollen ihre Sessel für dynamische Konzernmanager räumen.

Wird durch die stärkere Vermarktung, und zwar durch die Anreicherung der kollektiven Koordination von Anbietern und Nachfragenden mit Elementen marktwirtschaftlichen Wettbewerbs und betriebswirtschaftlicher Steuerung der besondere Charakter des Vertrauensgutes Gesundheit und des Grundrechts auf ein gesundes Leben beeinträchtigt? Zuerst muss abgewartet werden, ob dem zauberhaften Glanz der virtuell propagierten Marktsteuerung tatsächliche Veränderungen entsprechen. Danach muss allerdings geprüft werden, ob die Veränderungen dem Eigenanspruch wirtschaftlicher Rationalität entsprechen, ob sie die entstehenden Lasten und Gewinne unter den Beteiligten fair verteilen, und ob sie das Grundrecht auf ein gesundes Leben im Kern nicht antasten.

Wirtschaftliches Handeln ist ein Kennzeichen vernünftigen Handelns, wenn knappe Mittel so eingesetzt werden, dass das definierte Ziel optimal erreicht wird, oder wenn für ein präzise definiertes Ziel die vorhandenen Mittel möglichst sparsam eingesetzt werden. Insofern ist es vernünftig und wünschenswert, abgegrenzte Behandlungsschritte besser auf eindeutige Behandlungsziele auszurichten. Nur selten ist der zu behandelnde Fall derart unaussprechlich einmalig, dass kein standardisiertes Wissen abgerufen werden kann. Also ist eine Orientierung individueller Therapien an diagnosebezogenen Behandlungsprogrammen sinnvoll.

Die mikroökonomische und betriebswirtschaftliche Rationalität ersetzt jedoch nicht die gesellschaftliche Definition regionaler oder sektorspezifischer Gesundheitsziele. Die Interpretation des medizinisch Notwendigen, worauf alle einen grundrechtlichen Anspruch haben, darf nicht dem Rationierungsentscheid einzelner Einrichtungen oder einzelner Chefärzte überlassen sein. Der Kampf gegen die gesellschaftlichen Risiken der Volkskrankheiten, die sich im Vergleich mit anderen reifen Industrieländern in Deutschland weiter ausbreiten, wird nicht durch mehr Markt und Wettbewerb entschieden. Der Versuch, Leistung und Gegenleistung, Kosten und Erträge präzise zu definieren und unmittelbar zuzurechnen, kann in einen buchhalterischen Verschiebebahnhof münden. Die Anpassung der Gesundheitsleistungen an Kundenwünsche kann dazu führen, dass die therapeutische Kompetenz entwertet wird und Folgekosten auf unbeteiligte Dritte abgewälzt werden. Kosten senken heißt nur allzu oft: Kosten abwälzen. Der Imperativ einer lückenlosen Dokumentation kann dem Interesse des Personals am unmittelbaren Kontakt mit den Patienten zuwider laufen. Deren Effizienz kann bestritten werden, wenn die

Arbeitszeit, die für die Bedienung der Meta-Ebene erforderlich ist, die unmittelbare medizinische, pflegerische und therapeutische Zuwendung zum Patienten beeinträchtigt. Ein wucherndes Dokumentationsfieber, das im Interesse einer höheren Effizienz verteidigt wird, kann gerade die therapeutische Effizienz torpedieren. Oft wird ja die Leistungsfähigkeit einer betriebswirtschaftlichen Buchhaltung daran gemessen, dass möglichst viele Kosten und Folgekosten der Leistungserstellung auf die Allgemeinheit abgewälzt werden. In der Euphorie über die Qualitätssicherung und deren Dokumentation kann es dazu kommen, dass die in der Industrie bewährten, bei den personennahen Diensten jedoch untauglichen Produktivitätskennziffern übernommen werden.

Die Nachfragenden

Den Einrichtungen der Selbstverwaltung der Krankenkassen wurde von den politisch Verantwortlichen und den öffentlichen Meinungsführern vorgeworfen, sie seien bürokratisch verkrustet, hätten die Patienten und Versicherten entmündigt und würden die vorhandenen Effizienzreserven betriebswirtschaftlicher Steuerungsmodelle nicht ausschöpfen. So kam die Entscheidung des Gesetzgebers zustande, die freie Kassenwahl einzuführen und einen Wettbewerb zu eröffnen, der alle Kassenarten übergreift, sich jedoch nur auf die Verwaltungskosten, nicht auf das Leistungsangebot erstreckt. Diesem Beschluss lag die Erwartung zugrunde, dass mehr Markt und Wettbewerb zahlreiche Steuerungsdefizite auf der Nachfrageseite beseitigen könnten. „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ wurde eine reformpolitische Verheißung.

Inzwischen hat sich herausgestellt, dass weder die Kassen in homogene Warenanbieter noch die Patienten und Versicherten in austauschbare Kunden mit gleichen Risikomerkmale sortiert werden konnten. Folglich wurde mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs versucht, die unterschiedliche Risikoverteilung des Alters und Geschlechts, der familiären Haushaltsform und der Einkommenslage unter den Krankenkassen auszugleichen. Als jedoch bemerkt wurde, dass sich die Kassen weiterhin auf einen Wettbewerb der Risikoauswahl verlegen konnten, solange die Risiken einer spezifischen Krankheitsstruktur unberücksichtigt blieben, mussten die Komponenten des Risikostrukturausgleichs nachgebessert werden. Die erste Erweiterung wird nicht die letzte bleiben, parallel zur auflebenden Kritik wird man den Ausgleich fortwährend justieren müssen. Die Zauberformel des „solidarischen Wettbewerbs“ soll bekräftigen, dass die Selbstheilungskräfte des Marktes nur begrenzt für das Gut Gesundheit taugen, und dass der wirtschaftsliberale Aberglaube nicht ungebremst auf die solidarischen Sicherungssysteme übergreifen soll.

Dennoch hat sich, indem die Machtverhältnisse von den Anbietern zu den Nachfragenden umgeschichtet wurden, der Trend verstärkt, gesundheitsfremde Ziele und insbesondere ökonomische Variable zu Entscheidungsregeln im Gesundheitswesen zu machen. Von den Unternehmen wird die „Senkung der Lohnnebenkosten“ gefordert. Die Politiker übersetzten diese Forderung in die Formel der „Stabilität der Beitragssätze“. Aber wie beide Postulate zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit beitragen, die Folgen der demographischen Veränderungen abfedern und die Qualität der Gesundheitsleistungen steigern sollen, bleibt ziemlich unklar.

Weder die bloße Verschiebung der Machtverhältnisse, nämlich die Ablösung der An-

bietermacht der Ärzte, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser und Pharmakonzerne durch eine stärkere Position der Kassen und Versicherungen, noch eine intensive Ökonomisierung und Kommerzialisierung unter Einschluss des Risikos, dass an die Stelle einer fahrlässigen Ressourcenverschwendung eine willkürliche Rationierung tritt, bieten eine Gewähr dafür, dass die kollektiven Steuerungsdefizite der Nachfrage beseitigt werden. Reformen, die diesen Namen verdienen, sind umso unwahrscheinlicher, je mehr der Gesetzgeber eine qualitative Sicherung der Gesundheitsversorgung konfrontativ oder unter Ausschaltung der medizinischen und therapeutischen Fachkompetenz von Ärzten sowie ihrer Interessenvertretungen durchzieht. Damit droht die Gefahr, dass mit der Rationierung und Leistungskürzung die Nachteile des bisherigen Überangebots gegen die Nachteile einer Unterversorgung ausgewechselt werden.

Dass die Vertreter der Krankenkassen seit langem die Forderung erheben, unter den Ärzten und Ärztegruppen solle mehr Wettbewerb herrschen, entspringt ihrem berechtigten Interesse, die Verhandlungsposition der kassenärztlichen Vereinigungen und der übrigen Anbieter zu zähmen. Wenn nun zahlreiche Experten mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen einklagen, sollte diese Forderung nicht weniger kritisch geprüft werden wie die nach mehr Konkurrenz unter den Ärzten. Denn das Gesundheitssystem wird erstrangig durch den Grundsatz der Solidarität und durch die Praxis von Verhandlungen gesteuert, erst nachrangig sind Markt- und Wettbewerbsspiele eingeschleust worden. Folglich bleiben die kollektiven Verhandlungen zwischen den Vertretern des Angebots und der Nachfrage als eine der Tarifautonomie vergleichbare Form friedlicher Konfliktregelung über Leistungsentgelte und Leistungsformen auf Märkten, die das Angebot und die Nachfrage von „Vertrauensgütern“ und „öffentlichen Gütern“ regeln, plausibel. Der Grund, weshalb die angeblichen Gesundheitsmärkte fast ausschließlich gesellschaftlich, politisch und gesetzlich gelenkt sind, liegt darin begründet, dass das Gut Gesundheit unmittelbar mit dem Menschen verbunden und keine Ware ist wie jede andere.