

Forum Gesundheitspolitik

Die unsichtbare Hand des Marktes und andere Illusionen

Liebe Leserin, lieber Leser

Unser Gesundheitssystem ist ein politischer Brennpunkt. Fast täglich tauchen in den Medien Begriffe wie Kostensteigerung, Rationierung oder Zwei-Klassenmedizin auf. Die Gesundheitspolitik betrifft jeden Menschen in unserer Gesellschaft. Neu ist, dass Gesundheitspolitik heute immer stärker von einer ökonomischen Debatte geprägt wird. Viel zu reden gab beispielsweise die Einführung des Tarmed oder die Arzneimittel-dispensierung. Auffällig ist vielleicht, wie emotional die Debatten im Gesundheitsbereich geführt werden. Wir möchten in der neuen Rubrik «Forum Gesundheitspolitik» politisch engagierten Ärzten oder interessierten LeserInnen die Möglichkeit geben, einen Kommentar für das «Forum Gesundheitspolitik» zu schreiben. Die Redaktion des TMJ möchte damit dem immens wichtigen Thema der Gesundheitspolitik Raum geben. Heute wird erstmals ein Kommentar von Dr. med. Christian Jordi aus Zürich erscheinen. Wir hoffen, von nun an in jeder Ausgabe des «TMJ» einen Kommentar publizieren zu können. Repliken sind erwünscht, über zahlreiche Leserbriefe freuen wir uns selbstverständlich.

Annegret Czernotta

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist von hoch stehender Qualität und seine Leistungen stehen grundsätzlich allen Kranken, unabhängig von deren Kaufkraft, zur Verfügung. Diese Errungenschaft könnte schon sehr bald der Vergangenheit angehören, denn im gesundheitspolitischen Diskurs setzt sich immer mehr die Tendenz durch, fachlich- medizinische und ethische Entscheidungen zuerst und vor allem ökonomistisch zu begründen.

Ökonomistisches Denken kümmert sich nicht um die gesamtgesellschaftlichen Kosten und ist deshalb weder wirtschaftlich noch rational. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich liefert zur Zeit reichlich Anschauungsmaterial dafür. Durch die Schliessung einer psychiatrischen Klinik soll das Budget entlastet werden – das Phänomen der Kostenverschiebung in andere Bereiche der Versorgungskette oder gar zur IV ist aus der ökonomistisch verkürzten Sicht uninteressant.

Ökonomistisches Denken versucht notabene, das im KVG Art.32 vorgeschriebene Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu relativieren, indem die Rentabilität auf der Ebene der einzelnen Kostenträger zur primären Richtschnur für ärztliches Handeln werden soll.

Nach dieser Logik versuchen die Kostenträger immer mehr, das wirtschaftliche Risiko der medizinischen Versorgung auf die Leistungserbringer (Spitäler, Arztpraxen) zu überwälzen. Das Instrument dazu ist die prospektive Finanzierung durch Globalbudgets, Kopf- und Fallpauschalen. Auch der Tarmed enthält durch die Variabilität des Taxpunktwertes ein Element der prospektiven Finanzierung. Für die Krankenkassen sind ärztliche Netzwerke nur dann interessant, wenn sie prospektiv finanziert werden, das heisst durch die Einbindung der ÄrztInnen in die Budgetverantwortung. In den USA wird dies schon lange praktiziert. In den dortigen Managed-Care-Organisationen werden die medizinischen Behandlungsprozesse direkt von der Finanzierungsseite her nach betriebswirtschaftlichen Kriterien gesteuert. Durch



Christian Jordi

die Verknüpfung von medizinischen und betriebswirtschaftlichen Daten werden Standards entwickelt, nach denen sich die ärztlichen Entscheidungen orientieren müssen – und deren Einhaltung über das Einkommen der ÄrztInnen entscheidet. Dies führt zu ethischen Konflikten, denn ärztliche Entscheidungen, ob diagnostisch oder therapeutisch, sollten nicht einkommenswirksam sein. Die patientenbezogenen Tätigkeiten nehmen zugunsten von Management und Verwaltung ab. Die medizinischen Dienstleistungen werden dadurch kalkulier- und steuerbar und für grosse Kapitalanlagen interessant, welche Anbieter- und Versicherungsfunktion in sich vereinen: die börsenkotierten «For-Profit-HMOs» sind einer der am schnellsten wachsenden Bereiche der amerikanischen Wirtschaft.

Austreibung des Teufels mit dem Beelzebub?

Während die retrospektive Finanzierung Anreize zur Mengenausdehnung und Überversorgung setzte, führt die prospektive Finanzierung tendenziell zu Unterversorgung, Rationierung und Qualitätseinbusse. Soll der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben werden?

Als Rezept gegen die Qualitätseinbusse höre ich schon das Argument, die «ordnende Kraft des

Marktes» werde die notwendigen Korrekturen schon anbringen. Die Vorstellung eines autonomen Konsumenten, der Gesundheitsleistungen wie irgendwelche Wahlgüter auf dem Markt einkauft, ist jedoch eine Illusion. Schon weil Krankheit vom einzelnen nur sehr bedingt gesteuert werden kann und zu einer Position der Unsicherheit, Schwäche und Hilfsbedürftigkeit führt. Der Ökonomie Josef Stiglitz (Nobelpreisträger 2001) schreibt schon hinsichtlich «gesunder» Marktteilnehmer: «Märkte sind nicht effizient, wenn Information unvollständig ist, also eigentlich immer. Die unsichtbare Hand des Marktes ist vor allem deswegen unsichtbar, weil es sie nicht gibt.» Gegen Marktorientierung und Wettbewerb als Wunderrezepte spricht schon die Tatsache, dass das am meisten deregulierte Gesundheitssystem der USA mit knapp 14 Prozent des BIP mit Abstand das teuerste ist – bei gleichzeitig schlechter Versorgungsqualität (messbar an den sozialmedizinischen Indizes wie Säuglingssterblichkeit, durchschnittliche Lebenserwartung, Teenager pregnancy u.a.).

Um alte, chronisch kranke Menschen mit wenig Kaufkraft findet kein Wettbewerb statt.

F.A. Hayek, der Vordenker des neoliberalen Mainstreams bringt es auf den Punkt: «Es mag hart klingen, aber es ist wahrscheinlich im Interesse aller, dass in einem freiheitlichen System die voll Erwerbstätigen oft schnell von einer vorübergehenden und nicht gefährlichen Krankheit geheilt werden um den Preis einer gewissen Vernachlässigung der Alten und Sterbenskranken.»

Spätestens hier wird klar, wie unvereinbar ökonomistisches Denken mit ärztlicher Ethik werden kann. ■

Dr. med. Christian Jordi
Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und für
Psychiatrie/Psychotherapie
Mitglied der Vereinigung Unabhängiger
ÄrztInnen (VUA)