

Amerikanisierung des Gesundheitswesens

Verkürztes ökonomisch dominiertes Denken

Von Christian Jordi

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

Bisher waren der Schweregrad einer Krankheit und das medizinisch Notwendige die unbestrittenen Kriterien für ärztliches Handeln. Dass die Behandlungschancen im Krankheitsfall nicht von der Kraufkraft abhängig sein sollen, war integraler Bestandteil des "Contrat social" der westlichen Industriegesellschaften. Inzwischen ist jedoch ein Paradigma-Wechsel im Gang, fachlich-medizinische und ethische Entscheidungen zuerst und vor allem ökonomistisch zu begründen.

Finanzierung zum Voraus oder im Nachhinein?

In der Tendenz führt die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zur Übertragung des wirtschaftlichen Risikos von den Versicherern auf die Leistungserbringer (Spitäler, Arztpraxen). Medizinische Leistungen sollen nicht mehr im Nachhinein (retrospektive Finanzierung) vergütet werden. Die Vergütung soll vielmehr durch Budgets oder Kopf- und Fallpauschalen im Voraus festgelegt werden (prospektive Finanzierung). Dadurch wird der Anreiz zu Mengenausdehnung und Überversorgung durch einen Anreiz zur Unterversorgung und Rationierung ersetzt. Auch der neue Arzttarif ‚TarMed‘ enthält ein Element der prospektiven Finanzierung, weil der Wert des Taxpunkts variabel ist. Er soll angepasst werden, wenn sich ‚TarMed‘ nicht als kostenneutral erweist. Immer wieder wird betont, dadurch bleibe die Gesamtsumme der Arzteinkommen gleich. Kaum wahrgenommen wird jedoch, dass sich bei einem Anstieg der Fallzahlen die Versorgungsqualität verschlechtern könnte.

Im stationären Bereich setzen Fallpauschalen den Anreiz, Kosten durch vorzeitige Entlassung auf den ambulanten Bereich zu verschieben. Budgets im ambulanten Bereich - dies zeigen Erfahrungen in Deutschland - führen dazu, dass die Akteure, sobald das Budget eng wird, die Menge begrenzen. In der Folge werden vor allem den wenig durchsetzungsfähigen - sprich soziale schwachen - und den polymorbiden - sprich chronischkranken - PatientInnen medizinische Leistungen vorenthalten. Diese Rationierung kann auch

schleichend stattfinden. So wird zum Beispiel ein Patient schon gar nicht über eine effektive Therapie informiert, weil diese "zu teuer" wäre. Die prospektive Finanzierung birgt also die Gefahr in sich, dass den PatientInnen weniger als das medizinisch Notwendige zukommt, und dass die Qualität der medizinischen Versorgung leidet.

Die "unsichtbare Hand des Marktes"

Liberale GesundheitsökonomInnen verweisen angesichts dieser unbestreitbaren Gefahren für die Qualität auf die "ordnende Kraft des Marktes". Die Vorstellung eines autonomen Konsumenten, der Gesundheitsleistungen wie irgendwelche Wahlgüter auf dem Markt einkauft, ist jedoch eine Illusion. Denn Gesundheit bzw. Krankheit kann aus folgenden Gründen nicht den Charakter einer "marktfähigen Handelsware" (1) haben:

-bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges Gut. Es ist ein öffentliches Gut, ähnlich wie Bildung, Atemluft, Trinkwasser und Rechtssicherheit.

-auf Gesundheit kann nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden. Gesundheit ist ein konditionales Gut zur Erreichung der Lebensziele. Krankheit kann vom einzelnen nur sehr bedingt gesteuert werden.

-der Patient befindet sich durch seine Krankheit in einer Position der Unsicherheit, Schwäche und Hilfsbedürftigkeit.

Die "Konsumentensouveränität" der Kranken ist also eine Illusion. Der Ökonom Joseph 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"(2). Marktwirtschaftliche Steuerung wird immer an der kaufkräftigen Nachfrage und nicht an der medizinischen Notwendigkeit ansetzen. Um alte, chronisch kranke Menschen mit wenig Kaufkraft findet kein Wettbewerb statt. F.A. Hayek, der Vordenker des gegenwärtigen neoliberalen Mainstreams, bringt dies 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."(3)

Im Gegensatz zu Hayeks Marktfundamentalismus sind in allen westlichen Industriegesellschaften "Schutz zonen" (öffentliches Gesundheitswesen, soziale Krankenversicherung) zur gesundheitlichen Versorgung gewachsen. Wie sich das Kräfteverhältnis zwischen diesen Schutz zonen und dem Bereich des Marktes gestaltet, ist ein Strukturmerkmal der jeweiligen Gesundheitssysteme. Zurzeit ist eine Offensive im Gang, dieses Kräfteverhältnis durch Deregulierung

zugunsten des Marktes zu verschieben, während der öffentliche Sektor durch Verknappung der finanziellen Mittel zurück gebunden wird.

In allen Industriestaaten mit Ausnahme der USA sind die Gesundheitsausgaben immer noch zum überwiegenden Teil öffentlich finanziert. Es gibt keine Evidenz dafür, dass Marktorientierung und Wettbewerb zu einem günstigen Kosten-Effizienz-Verhältnis führen. Das am meisten deregulierte Gesundheitssystem der USA beansprucht mit knapp 14% des Bruttoinlandprodukts (BIP) mit Abstand die meisten Mittel - bei gleichzeitig schlechterer Versorgungsqualität (messbar an den sozialmedizinischen Indizes wie Säuglingssterblichkeit, durchschnittliche Lebenserwartung, Teenager pregnancy u.a.m.).

Explodieren die Gesundheitskosten?

Die behauptete "Kostenexplosion" ist seit den neunziger Jahren das beliebteste Argument, um das öffentliche Gesundheitswesen unter Druck zu setzen und abzubauen. Wie steht es mit der Evidenz dieser Behauptung? Im Jahr 2001 beliefen sich die Gesundheitskosten auf 46,1 Milliarden Franken, im Jahr 2002 auf 48 Milliarden Franken. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) nahm somit von 10,9 auf 11,2 % zu. Dieser Zuwachs entspricht etwa dem Mittel des Zuwachses in den letzten 5 Jahren. Zu beachten ist, dass die 48 Milliarden Franken die gesamten Kosten im Gesundheitswesen ausmachen. Die Kosten der Grundversicherung betragen im Jahre 2003 lediglich 18,063 Milliarden Franken, was einer Zunahme von 4,6 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dieser Anstieg kann keinesfalls als explosiv eingestuft werden, sondern erfolgt im Rahmen einer relativen Konstanz in Relation zum BIP (sinkt das BIP, so nehmen die relativ stabil bleibenden Gesundheitskosten prozentual zu und umgekehrt) und entspricht dem Trend aller entwickelten Industriegesellschaften, mit wachsendem Reichtum mehr für Gesundheit auszugeben.

Wenn man gleichzeitig bedenkt, dass jeder zehnte Erwerbstätige im Gesundheitssektor Arbeit findet, wird das Gerede von der Kostenexplosion vollends unsinnig. Die Privathaushalte tragen etwa 2/3 aller Gesundheitsausgaben in Form von Prämien, Steuern und Direktzahlungen (4). Dabei ist die individuelle Kostenbeteiligung seit dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 weit stärker gestiegen als die Leistungsausgaben der Krankenversicherer (5). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die öffentliche Hand seit Beginn der siebziger Jahre kontinuierlich aus der Finanzierung des Gesundheitswesens zurückgezogen hat (1960: 31,4 %/2001: 16,9 %), wird klar, dass das Gesundheitswesen in erster Linie ein Finanzierungsproblem hat.

Der demografische Faktor (Altersentwicklung) als Ursache für die Kostenentwicklung wird allgemein überschätzt. Nicht das Alter an sich, sondern die Nähe zum Tod determinieren die Gesundheitsausgaben. Mit sinkender Mortalität wird die Morbidität zeitlich auf spätere Lebensjahre verschoben, und durch den medizinisch-technischen Fortschritt verkürzt sich die Krankheitsphase vor dem Tod, d.h. es findet eine "Kompression der Morbidität" (6) statt. Nach dieser Hypothese sind die gewonnenen Lebensjahre, die in Gesundheit verbracht werden können, nur von untergeordneter gesundheitsökonomischer Relevanz.

Der medizinisch-technische Fortschritt kann einerseits die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben, andererseits enthält er ein erhebliches Kostensenkungspotenzial (z.B. mikroinvasive Chirurgie). Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) schätzt, dass durch den technischen Fortschritt in der Medizin ein Anstieg der Gesundheitsausgaben von nur 1 % pro Jahr entsteht, was längerfristig etwa dem Wachstum des BIP entspricht (7).

Ärzte-Netzwerke

Es ist unbestritten, dass unnötige Kosten im Gesundheitswesen durch Rationalisierung vermieden werden können und müssen. Ärzte-Netzwerke sind sicher dazu geeignet, indem durch eine horizontale Integration der Behandlungskette mehr Effizienz erreicht werden kann. Die Krankenversicherer und der gesundheitspolitische ‚main stream‘ erwarten jedoch vor allem eines: über Rationalisierungseffekte hinaus soll die ambulante Versorgung "billiger" werden. Dazu sollen der Kontrahierungszwang aufgehoben und die Ärzte in die Budgetverantwortung eingebunden werden. Erst dann werden Ärzte-Netzwerke für die Krankenversicherer interessant.

Die bisher geringe Verbreitung der Hausarztmodelle (bloss 10 % der Versicherten) ist nämlich durchwegs dem mangelnden Interesse der Krankenkassen selber zuzuschreiben. Die Krankenkasse ‚Helsana‘ beispielsweise kündigte vor zwei Jahren mehr als 70'000 Versicherten das Hausarztmodell mit der Begründung, die Einsparungen seien hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Da sich vor allem gute Risiken, stimuliert durch die Prämiennachlässe, für solche Versicherungsmodelle entscheiden (Effekt der Selbstselektion), blieben für den Versicherer unter dem Strich nur die geringeren Beitragseinnahmen. Zwar könnten gerade bei polymorbiden und chronisch kranken Patienten durch eine effiziente Behandlungskette Rationalisierungseffekte erzielt werden, doch würden die Krankenkassen durch solche innovativen Modelle schlechte Risiken von anderen Kassen anlocken. Da etwa 30 % aller Leistungsausgaben auf das teuerste eine Prozent der Versicherten und etwa 80 % aller Leistungsausgaben auf 10 % der Versicherten entfallen (6), ist das Anwerben guter Risiken immer noch der wirksamste

Kostenvorteil im Krankenkassenwettbewerb. Ein Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt denn auch zum Schluss, dass neue Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung in Deutschland "oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht werden, um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern und Kostenträger zu sichern" (8). Aus demselben Wettbewerbsgründen sind übrigens die Anreize für präventivmedizinische Angebote generell schwach, riskiert doch die einzelne Kasse, dass bei einem Kassenwechsel die möglichen positiven Auswirkungen der Konkurrenz zugute kommen (9).

Bisher liegen keine Untersuchungen vor, die für Hausarztmodelle morbiditätsbereinigt, d.h. unter Einbezug aller Diagnosegruppen, Effizienzgewinne belegen. Da sich schlechte Risiken von den Hausarztmodellen eher fern halten, ist man auf spekulative Schätzungen angewiesen. S. Felder und A. Werblow (10) legen eine solche vor und postulieren, dass Hausarztmodelle morbiditätsbereinigt Nettoersparnisse von 13 % erbringen könnten. Da die ambulanten Behandlungskosten 29,8 % der gesamten Ausgaben betragen und rund die Hälfte davon in den Arztpraxen generiert werden, könnten nach dieser Schätzung 2% der Gesamtkosten gespart werden. Der Verzicht auf die freie Arztwahl wird dabei vorausgesetzt und geht sozusagen als Konkursmasse in diese spekulative Rechnung ein. Gerade in jenen Bereichen der Versorgung, welche als "Beziehungsmedizin" gekennzeichnet werden, ist die freie Arztwahl jedoch mehr als eine ökonomische Grösse. Für mich als Grundversorger gehört es zu einem förderlichen "Arbeitsklima", dass die Patienten, die zu mir "passen" –oder ich zu ihnen -, sich an mich wenden können, und dass die anderen frei, sind Alternativen zu suchen.

Bei Psychotherapien ist die spezifische Beziehungsgestaltung der wichtigste Wirkfaktor überhaupt (11). Die freie Wahl des Therapeuten ist somit unverzichtbar. Die entscheidende unbekannt Grösse in dieser spekulativen Gleichung sind jedoch die polymorbiden chronisch kranken Patienten, die erfahrungsgemäss die freie Arztwahl höher gewichten als Gesunde und somit von einem qualitativen oder quantitativen Leistungsabbau am meisten betroffen wären.

Solange der Prämiennachlass und nicht eine allfällige Qualitätsverbesserung in den Vordergrund gestellt wird, werden diese Patienten jedoch zu Recht bei ihrer Zurückhaltung gegenüber Hausarztmodellen bleiben. Dies umso mehr, als die Krankenkassen klar signalisieren, dass sie durch die Einbindung der AertzInnen in die Budgetverantwortung von den ärztlichen Netzwerken Kostenersparnisse erwarten, die über Rationalisierungseffekte hinausgehen. Das würde einen eigentlichen Paradigma-Wechsel bedeuten, indem das im Art. 32 KVG vorgeschriebene Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und

Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen relativiert wird, sobald der Budgetrahmen eng wird.

Behandlungsrichtlinien nach betriebswirtschaftlichen Kriterien

Im US-amerikanischen Gesundheitssystem ist dies schon seit langem der Fall. In den dortigen Managed-Care-Organisationen werden die medizinischen Behandlungsprozesse von der Finanzierungsseite her nach betriebswirtschaftlichen Kriterien gesteuert. Durch 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 AertztInnen entscheidet, was unweigerlich zu ethischen Konflikten führt (12). Denn ärztliche Entscheidungen, ob diagnostisch oder therapeutisch, sollten nicht einkommenswirksam sein.

Weil in diesen Managed-Care-Organisationen bei allen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen Geld auf dem Spiel steht, wird die medizinische Arbeit in Schematas und so genannten ‚Guidelines‘ standardisiert. Durch die Verknüpfung mit den betriebswirtschaftlichen Daten entstehen die Kriterien zur Steuerung der ärztlichen Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Ueberweisung, Spitalentlassung usw. Die medizinischen Dienstleistungen werden dadurch zunehmend formalisiert und bürokratisiert. Mit einem Anteil von 24% der gesamten Gesundheitsausgaben weist das us-amerikanische Gesundheitswesen die höchsten Verwaltungskosten auf (13). Die patientenbezogenen Tätigkeiten nehmen zugunsten von Management und Verwaltung ab. Dadurch werden medizinische Dienstleistungen transparent, kalkulier- und steuerbar und für grosse Kapitalanlagen interessant, die Anbieter und Versicherungsfunktion insgesamt übernehmen und als "For-Profits-HMO's" das amerikanische Gesundheitswesen durchdringen. Die börsenkotierten "For-Profit-HMO's" sind derzeit einer der am stärksten wachsenden Bereiche der amerikanischen Wirtschaft.

Marketing und Werbung

Was hindert den grössten Privatklinikkonzern der Schweiz, die Hirslanden-Gruppe, und ihre britische Besitzerin ‚BC Partners‘, daran, Aertzenetzwerke für die ambulante Grundversorgung anzubieten – mit speziell tiefen Prämien, wenn gleichzeitig Zusatzversicherungen für das stationäre Versorgungsangebot verkauft werden können? Die Integration grosser Teile der Versorgungskette durch ein börsenkotiertes Unternehmen wird dem ärztlichen Handeln rentabilitätsorientierte Richtlinien setzen, die unter Umständen im Widerspruch zur medizinischen Notwendigkeit stehen. Während die Aertzeschaft bisher die freie ärztliche Tätigkeit vor allem durch staatliche Eingriffe in Frage gestellt sah, zeichnet sich hier ein ganz anderes Bedrohungsszenario ab.

Auch wenn Gesundheit keine marktfähige Ware ist, kann sie sehr wohl kommerzialisiert werden. Das aus den USA importierte "Direct to Consumer Advertising" (DTCA) ritzt immer mehr am sinnvollen Verbot der direkten Heilmittelwerbung. Dem Publikum wird suggeriert, es brauche zum Wohlbefinden noch dieses oder jenes Heilmittel. Der Arzt/die Aerztin als erste Anlaufstelle wird dabei gezielt ausgeschaltet, bzw. nachträglich unter Druck gesetzt. Die DTCA setzt dabei auf eine Pathologisierung gesunder Menschen, die sich dann medikalisieren lassen möchten.

Die Schweizer Aerzteschaft hat bisher gut daran getan, der Werbung Grenzen aufzuerlegen. Dies könnte sich sehr bald ändern. Bereits gibt es HMO's, die ihr medizinisches Versorgungsangebot als "Markenartikel" darstellen (14) Bereits erscheinen - inspiriert aus Übersee - die ersten Bücher über erfolgreiches Marketing in der Medizin (15). Der Patient wird zu einem Konsumenten oder Klienten, der Arzt zu einem Marketingspezialisten. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird zu einem merkantilen Vertragsverhältnis.

„Ärztliche Entscheidungen, ob diagnostisch oder therapeutisch, sollten nicht einkommenswirksam sein.“

Literatur

- (1) Hans-Ulrich Deppe: Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik. VSA 2002
- (2) Financial Times Deutschland, 13.5.02
- (3) F.A. von Hayek: Die Verfassung der Freiheit, Tübingen 1971/83
- (4) Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Ausgabe 2003. Pharma Information
- (5) BSV -Bundesamt für Sozialversicherung: Statistik über die Krankenversicherung 2001. 57 ff, Berechnungen nach
T. Gerlinger: Gesundheitsreform in der Schweiz - ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?
Jahrbuch für Kritische Medizin 38, Argument Verlag Hamburg 2003
- (6) Hans-Ulrich Deppe: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, VAS Frankfurt 2002
- (7) Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, DIW Berlin, 2001

- (8) Thomas Gerlinger: Rot-Grüne Gesundheitspolitik 1998-2003, PROKLA 132, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 3/03
- (9) R. Rosenbrock, T.Gerlinger: Präventionspolitik, in: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Hans Huber Bern, 2004
- (10) NZZ 2.3.04
- (11) M.Fäh, G. Fischer (Hg.): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung, Psychosozial Verlag, Giessen, 1998
- (12) Hagen Kühn: Medizinische Versorgung im Wandel - Entwicklungstendenzen in medizinischen Versorgungssystemen westlicher Industrieländer. Berliner Medizinethische Schriften Heft 26/27 1998
- (13) D. Himmelstein, S. Woolhandler: Costs without Benefit, New England Journal of Medicine, 314, 1986, S.441-445
- (14) F.Huber, Primary Health Care 39/2003
- (15) Frank Elste: Marketing und Werbung in der Medizin. Erfolgreiche Strategien für Praxis, Klinik und Krankenhaus. Springer-Verlag Wien 2004