

## **Fehlsteuerungen und Fehlanreize im Gesundheitswesen durch Vorrang von Ökonomie, Markt und Wettbewerb**

### **1. Gesundheitswesen vs. Krankheitswesen**

Ziel des Gesundheitswesens sollte es sein, dass Menschen möglichst gar nicht erst krank werden. Wichtige Beiträge hierzu leistet die „*Verhältnisprävention*“, d.h. die Beseitigung gesellschaftlicher Umstände, die zu Krankheiten führen. Sie unterscheidet sich von der „*Verhaltensprävention*“, die Krankheiten durch individuelle Verhaltensänderung wie z.B. mehr Bewegung oder weniger Alkoholkonsum erreichen möchte.

Die Public-Health-Forschung hat festgestellt, dass Verbesserung von Gesundheit und Lebenserwartung zu etwa zwei Dritteln auf die Veränderung der Rahmenbedingungen wie Ernährung, sanitäre Einrichtungen oder weniger belastende Arbeit zurückzuführen sind, nur zu einem Drittel auf medizinische Fortschritte im engeren Sinne.

Das deutsche Gesundheitswesen hat die Verhältnisprävention lange Zeit vernachlässigt, obwohl erste Ansätze von Rudolf Virchow schon Mitte des 19. Jahrhunderts zur Bekämpfung einer Typhus-Epidemie in Oberschlesien entwickelt wurden, deren Ursachen er in Hunger und Lethargie der preußischen Behörden sah. Stattdessen hat es sich zu einem Krankheitswesen (Meyer-Abich, 2010, 563) entwickelt, dessen Schwerpunkt in der kurativen Medizin liegt. Meyer-Abich (2010, 258 ff.) verdeutlicht die Unterschiede zwischen einem Krankheits- und einem Gesundheitswesen durch zwei unterschiedliche Strategien zur Bekämpfung von Bluthochdruck: die „*high risk strategy*“ würde bei besonders gefährdeten Hochdruckpatienten ansetzen und sie zu individuellen Verhaltensänderungen bewegen und/oder medikamentös behandeln. Dem stellt er die „*population strategy*“ gegenüber, die versucht, die Blutdruckkurve der Bevölkerung, die einer Normalverteilung ähnelt, insgesamt nach links zu verschieben. Eine Verschiebung um nur 5% nach links würde eine 30%ige Verminderung der Gehirnschläge nach sich ziehen und wäre dadurch der Behandlung von Hochrisikogruppen weit überlegen.

Als Lösung im Sinne der „*population strategy*“ schlägt er in einem Gedankenexperiment vor, zur Förderung von Bewegung das Autofahren z.B. um die Hälfte zu reduzieren und die dadurch frei werdenden finanziellen Mittel in den Ausbau eines öffentlichen Verkehrswesens und die Förderung gesunder Ernährung zu stecken. Eine solche Veränderung würde Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesamten Politik begreifen und nicht nur als Aufgabe des Gesundheitsministeriums. Dies wäre wirkungsvoller als der Appell zur individuellen Veränderung des Lebensstils, weil letzterer sozial konditioniert ist und nicht dauerhaft ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen zu verändern ist.

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich nicht (primär) infolge des neoliberalen Siegeszuges zu einem Krankheitswesen entwickelt – die Ursprünge liegen viel weiter zurück. Neoliberale Ideologie und Praxis verhindern jedoch ein Umsteuern: die ideologische Überbetonung von „*Eigenverantwortung*“ verstellt systematisch den Blick für die *Rahmenbedingungen* und reduziert Prävention so auf Verhaltensprävention. Demokratieabbau, Deregulierung und „*Verschlinkung*“ des Staates zugunsten des Marktes, der alles regeln soll, verhindern bzw. erschweren zusätzlich ein Umsteuern auf gesellschaftlicher Ebene.

In direktem Zusammenhang mit neoliberaler Umstrukturierung von Wirtschaft und Gesellschaft stehen andere pathogene Rahmenbedingungen:

- Armut führt zu einer erheblichen Reduktion der Lebenserwartung. In England und Wales betrug der Unterschied zwischen der führenden, best ausgebildeten Gesellschaftsschicht und den ungelerten Arbeitern in der ersten Hälfte der 70iger Jahre fünfeinhalb Jahre, zwanzig Jahre später – nach dem „Reformen“ von Thatcher schon neuneinhalb Jahre (Meyer-Abich, 2010, 278). Noch krasser sind die Unterschiede in Washington D.C. Dort liegen arme und wohlhabende Wohngebiete in der Lebenserwartung ca. 20 Jahre auseinander.
- (Hohe) Einkommensungleichheit ist nach Wilkinson und Pickett (2010) für zahlreiche soziale und gesundheitliche Probleme wie Verkürzung der Lebenserwartung, Fettleibigkeit oder schlechtere Bildung verantwortlich. Dies gilt nicht nur für Arme, sondern auch für Reiche.
- Gesundheitliche Belastungen durch die Arbeitswelt haben sich in den letzten 30 Jahren ebenfalls erheblich verschlimmert. Dass (drohende) Arbeitslosigkeit gesundheitliche Probleme hervorruft, ist seit langem bekannt. Eine englische Studie hat den Beweis erbracht, dass die neue Wirtschaftspolitik in diesem Lande zu einer Erhöhung der Mortalität der von Arbeitslosigkeit Betroffenen um 20% geführt hat (Moser u.a. 1984, zit. n. Meyer-Abich, 2010, 295). Andere Belastungen im Arbeitsleben, die in den letzten Jahrzehnten ebenfalls erheblich zugenommen haben wie fehlende Anerkennung, geringere Möglichkeiten der Selbstverwirklichung in unteren Hierarchiestufen und verschärfter Wettbewerb seien hier nur als Beispiele erwähnt.

Notwendig wäre eine Umsteuerung des Krankheitswesens zu einem Gesundheitswesen, das diesen Namen verdient. „Die Verhältnisprävention ist eine Stärkung des gesellschaftlichen Immunsystems“ (Meyer-Abich, 2010, 264). Die Voraussetzungen hierfür sind jedoch in einem zunehmend auf Gewinnmaximierung ausgerichteten System nicht gegeben.

## **2. Schwerpunktverlagerung von der Medizin zur Ökonomie**

Auch innerhalb des Gesundheitssystems i.e.S. ist eine Fehlsteuerung durch Überbetonung ökonomischer Aspekte zu verzeichnen. Hintergrund ist die mit der neoliberalen Umgestaltung der Wirtschaft verbundene einseitige Orientierung der Unternehmenspolitik am Gewinn er Anteilseigner (shareholder value), nicht an den Interessen der „stakeholder“ (Arbeitnehmer und Kunden). Simon (2001, 24, zit. n. Binswanger, 2010, 180) hat die Schwerpunktverlagerung auf den Punkt gebracht:

„Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wird Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen“.

Wenn Gewinnmaximierung im Mittelpunkt steht, wird z.B. in der Pharmaindustrie die Entwicklung solcher Medikamente vernachlässigt, die nur wenig Gewinn einbringen, weil die möglichen Nutzer arm sind. Stattdessen konzentriert man sich auf „Blockbuster“ (patentgeschützte Medikamente mit einem jährlichen Umsatz von einer Milliarde US-Dollar und mehr).

Darüber hinaus führt diese Schwerpunktverlagerung auch zu Organisations- und Bewusstseinsveränderungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung.

Organisatorisch macht sich die Schwerpunktverlagerung von der Medizin zur Ökonomie in einer neuen Bürokratie bemerkbar, die wesentliche Anteile der Arbeit des medizinischen Personals beansprucht und außerdem zum Ausbau von Stellen für Controller und anderen mit Ökonomie befassten Angestellten geführt hat. „Vor allem an größeren Krankenhäusern entstehen immer gigantischere Controllingabteilungen, welche den gesamten Datenfluss organisieren, überprüfen, evaluieren und ‚optimieren‘ und so die Ärzte administrativ auf Trab halten“ (Binswanger, 2010, 212).

In den USA ist der Anteil der Beschäftigten im Verwaltungsbereich des Gesundheitswesens von 18,2 % im Jahre 1969 auf 27,3 % im Jahre 1999 angestiegen (Woolhandler et al. 2003, zit. n. Binswanger, 2010, 212). Deutsche Ärzte verwenden durchschnittlich 3,2 Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben wie Dokumentationstätigkeit. Mit medizinischer Arbeit verbringen sie 4,3 Stunden, mit Patienten- und Angehörigengesprächen 1,4 Stunden (Klinke und Müller, 2008, zit. n. Binswanger, 2010, 213).

Bewusstseinsveränderungen werden vor allem durch Wettbewerbe und materielle Anreizsysteme hervorgerufen. Die Inhalte der Tätigkeit werden so vom Zweck zum Mittel zur Erzielung materieller Vorteile. Dies führt zu Gleichgültigkeit gegenüber den Inhalten und zur Verlagerung der Motivation von einer sachbezogenen „*intrinsischen*“ zu einer sachfremden „*extrinsischen*“, deren Ziel die Erlangung von Geld oder das Ausstechen von Konkurrenten ist. Qualitativ hochwertige Leistungen lassen sich jedoch nur bei intrinsischer Motivation erreichen. Dies gilt für die wissenschaftliche Forschung ebenso wie für die Erbringung medizinischer Leistungen. Vermutlich ist die Verschlechterung von Pflegeleistungen in amerikanischen Altenheimen nach dem Einstieg von Finanzinvestoren mit hohen Gewinnerwartungen auch auf die hierdurch hervorgerufene Motivationsänderung bei den Beschäftigten zurückzuführen (Flintrop & Korzilius, 2008, 3).

Bewusstseinsänderungen lassen sich auch an anderen Indikatoren festmachen. So hat eine Studie des WZB (Klinke, 2008, 40) ergeben, dass nach Einführung der Fallpauschalen in Krankenhäusern solche Patienten, die länger als die in der Pauschale vorgesehene Zeit behandelt werden müssen, von Assistenzärzten als „Draufleger“ bezeichnet werden. Auch die seit Neuestem mögliche direkte Abrechnung von Patienten der GKV mit Ärzten soll explizit ökonomisches Denken bei Patienten fördern.

In letzter Zeit wird auch in Deutschland über eine „*Priorisierung*“ bei der Gewährung von medizinischen Leistungen wie der Vergabe von Medikamenten diskutiert. Neu entwickelte Krebsmedikamente sind beispielsweise sehr teuer, weil die Pharmakonzerne für sie Phantasiepreise verlangen dürfen. Insbesondere, wenn ihr Nutzen umstritten ist, wird die Frage gestellt, wie viel eine Lebensverlängerung um wenige Wochen oder Monate der Solidargemeinschaft der Versicherten „wert“ sein soll. In England hat man entschieden, dass ein zusätzlich in guter Gesundheit verbrachtes Lebensjahr rund 35.000 Pfund (30.00 Euro) kosten darf. Das entspricht der Summe, die ein Brite durchschnittlich pro Jahr erarbeitet (Keller, 2011, 14). In Deutschland werden solche Überlegungen und Abwägungen bisher aus ethischen Gründen abgelehnt. Die Frage ist jedoch, wie lange sich diese Variante der Ökonomisierung noch aufhalten lässt, wenn man die wirksamste Lösung: Preiskontrolle von Medikamenten aus Angst vor der Pharmedia ablehnt.

### 3. Wettbewerb und Wettkampf

Die durch den Neoliberalismus induzierten neuen Ideale unserer Gesellschaft: Effizienz, Exzellenz, Leistung, Markt, Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Wachstum haben nach Binswanger (2010, 15) dazu geführt, dass in Europa ein neues Gespenst umgeht: das Gespenst des künstlichen Wettbewerbs. Es handelt sich dabei um einen Wettbewerb ohne Markt. Ein funktionierender Markt sorgt dafür, dass die Produktion optimal auf die Bedürfnisse der Nachfrager ausgerichtet ist. Nur ein solches System sorgt für Effizienz. Künstlich induzierte Wettbewerbe führen nicht zu Effizienz, sondern setzen häufig perverse Anreize, die dann folgerichtig auch zu perversen Resultaten führen. Als Beispiel für Letzteres führt er die Bezahlung von Parkwächern in England an, die nach der von der Regierung Blair ausgelösten Privatisierungsmanie von den Stadtverwaltungen ausgesourct wurden. Ihre Bezahlung wurde durch die Leitung der neuen Firmen von der Anzahl der ausgestellten Strafzettel abhängig gemacht. Als Boni erhielten die fleißigsten Parkwächter zusätzlich Fernseher oder sogar Autos. Dieses Anreizsystem führte dazu, dass Strafzettel schon verteilt wurden, bevor die Autofahrer überhaupt Gelegenheit hatten, ihre Parkscheine zu erwerben. Proteste der Betroffenen führten nicht dazu, dass dieses System wieder aufgegeben wurde. Stattdessen wurde in neuer Verhaltenskodex für Parkwächter aufgestellt, der den Wettbewerb „fairer“ gestalten sollte (Binswanger, 2010, 49 f.)

Die Absurditäten, die dieser Wettbewerb produziert, kommen häufig dadurch zustande, dass versucht wird, qualitative Merkmale wie z.B. Kreativität in quantitativ messbare Kennzahlen zu transformieren, die dann perverse Resultate zeitigen. Als Beispiele für den Gesundheitsbereich seien hier Fallpauschalen in der stationären Versorgung und P4P (Pay for Performance) im ambulanten Bereich angeführt.

Fallpauschalen für DRGs haben das Ziel, einen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um die kostengünstigste Versorgung zu induzieren. Erfahrungen in den USA, wo dieses System schon in den 80iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingeführt wurde, haben nach Jackson (2005, 26, zit. n. Binswanger, 188) zu folgendem Ergebnis geführt: „Das System führte zu einer deutlich kürzeren durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den Spitälern. Aber die Gesamtkosten wurden dadurch nicht reduziert. Die außerhalb des Spitals entstehenden Behandlungskosten stiegen an und es kam zu höheren Wiedereintrittsraten von bereits entlassenen Patienten. Statt der Kosten sank die Qualität“. Man hatte zum Schluss also statt „gleiche Qualität zu niedrigeren Kosten“ „geringere Qualität zu höheren Kosten“ – nicht gerade das, was man sich unter einer Optimierung vorstellt.

Die hierzu benutzten Methoden sind vorzeitige Entlassung bei häufig folgender Wiederaufnahme mit leicht veränderter Diagnose und Verlagerung von Problemen auf andere Einrichtungen. Am Beispiel älterer Patienten mit der Diagnose „Lungenentzündung“ wurde dies von Metersky et al. 2000, zit. n. Binswanger, 2010, 188 f.) untersucht. „Von 1992 bis 1997 sank die durchschnittliche Verweildauer im Spital von 11,9 auf 7,7 Tage und die durchschnittlichen stationären Kosten verringerten sich von 9228 Dollar auf 6897 Dollar. Gleichzeitig starben auch weniger Patienten im Spital und die krankenhausinterne Mortalitätsrate sank von 14,1 auf 12 Prozent. Für die Spitäler also eine großartige Entwicklung. Schaut man hingegen die Auswirkungen außerhalb der Krankenhäuser an, dann zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil der Patienten, der 30 Tage nach Entlassung außerhalb des Spitals verstarb, stieg von 6,9 auf 9,3 Prozent. Die Wiederaufnahmen aufgrund von Rückfällen erhöhten sich von 3 auf 3,7 Prozent und die Verlegungen in Pflegeeinrichtungen

stiegen von 30,3 auf 43,1 Prozent. Kosten und Todesfälle wurden erfolgreich ‚outgesourct‘, was die Gesamtbilanz von Kosten und Qualität bei der Behandlung von Lungenentzündungen keineswegs verbesserte“.

Ähnliche Auswirkungen zeigt das System P4P (Pay for Performance), das in Deutschland bisher nur in Modellvorhaben erprobt wird, in England aber schon längere Zeit durchgeführt wird. In diesem System wird die Bezahlung von Ärzten nach Qualitätsindikatoren wie „Ergebnis und Wirkung einer Behandlung“, „Prozessindikatoren in der Durchführung“ und „Strukturindikatoren wie eingesetzte Technik und Patientenzufriedenheit“ vorgenommen. In England wurde die so gemessene Qualität über 146 Einzelindikatoren ermittelt. Auch diese exzessive Ausdifferenzierung kann nicht verhindern, dass solche Ärzte belohnt werden, die sich auf relativ gesunde Patienten mit einfachen Diagnosen beschränken (Binswanger, 2010, 195 ff.).

Fehlsteuerungen und Fehlanreize gibt es auch deswegen, weil der Wettbewerb *Marketing* fördert. So entstehen im Gesundheitsbereich Werbungskosten durch den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte, die sich Beitragszahler mit besonders günstigen Risiken abjagen und z.B. durch Wellnessangebote neue Mitglieder werben. All diese Werbemaßnahmen führen zu einer Erhöhung der „overheads“, d.h. der Kosten, die nicht bei den Patienten ankommen. Diese „overheads“ sind in den USA sechsmal so hoch wie im staatlichen Versorgungssystem in Kanada. Sie werden in den USA auf mehr als ein Drittel der Gesamteinnahmen geschätzt (Reiners, 2006, 15).

Wettbewerb fördert darüber hinaus die Bildung von Kartellen und Korruption. Bekannteste Beispiele im Gesundheitsbereich sind die Bestechung von Ärzten für die Verschreibung bestimmter Medikamente mit der Bezahlung für wissenschaftlich wertlose „Anwendungsbeobachtungen“, der Einkauf von Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie und die Zahlung von Prämien an niedergelassene Ärzte für die Einweisung von Patienten durch die Krankenhäuser (vergl. dazu u.a. Grill, 2007).

Wettbewerb führt auch zu einer Spreizung von Angeboten. Wenn Krankenkassen miteinander konkurrieren, müssen sie neue Angebote entwickeln, um neue Versicherte zu gewinnen. In Chile z.B. können die Menschen zwischen mehreren hundert Policen wählen. Eine sinnvolle Wahl setzt Beratung voraus und führt zur Etablierung eines neuen Berufstandes: des Versicherungsberaters. Die Kosten für diese Beratung wären in einer Verbesserung der medizinischen Versorgung sicher besser investiert. Spreizung bedeutet aber auch eine Staffelung nach Preisklassen: von besonders billig bis zu sehr hochwertig. Billigangebote der Krankenversicherungen schränken die Leistungen für die Patienten ein – zum Nachteil derjenigen, die sich teure Policen nicht leisten können.

Wettbewerb der Kassen führt schließlich zu einer Selektion von Versicherten mit geringen Kostenrisiken: Bevorzugt werden junge Versicherte mit geringem Krankheitsrisiko oder solche, die im Risikostrukturausgleich höhere Ausgleichszahlungen erbringen. In den USA haben Versicherungen die Versorgungsqualität für Hoch-Risiko-Patienten gezielt verschlechtert, um sie abzuschrecken (Smith, 2009, 58).

#### **4. Fazit und Alternativen**

Der Wandel vom Krankheits- zum Gesundheitswesen lässt sich auf gesellschaftlich-politischer Ebene nur durch die Rückgewinnung politischer Handlungsmöglichkeiten erreichen. Auch hier muss die Dominanz von Ökonomie und Markt gebrochen werden. Ein Arbeitsschwerpunkt für Attac könnte auf diesem Sektor in der Aufklärungsarbeit über pathogene gesellschaftliche und ökonomische Strukturen wie Armut, Einkommensungleichheit, Leistungsdruck in der Arbeitswelt und die Profiteure des jetzigen Systems liegen, zu denen insbesondere die Pharmaindustrie mit steigenden Marktanteilen zählt.

Statt unsinniger, kräftezehrender und teurer Wettbewerbe sollten vielmehr Kooperationen auf allen Ebenen gefördert werden:

- Der kostenträchtige Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte durch eine Einheitsversicherung für alle abgelöst werden.
- Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern könnten Doppeluntersuchungen verhindern und Milliarden einsparen.
- Kooperationen in der Forschung könnten bei Medikamenten und Impfstoffen zu schnelleren Resultaten führen als die gegenseitige Abschottung der Forscherteams.

## Literatur

Binswanger, Mathias: Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg, Herder, 2010

Flintrop, Jens & Korzilius, Heike (2008): Medizinische Versorgungszentren: Einfallstor für Fremdkapital. Dt. Ärzteblatt 2008; 105 (39).

Grill, Markus: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Reinbek, Rowohlt, 2007

Keller, Martina: Der Preis des Lebens. Die Zeit, 20. 1. 2011, 13 - 15

Klinke, Sebastian: „Dafür bin ich nicht angetreten“. Wie sich Gesundheitsreformen auf das Verhalten von Krankenhausärzten auswirken. WZB Mitteilungen 121, 2008, 40 - 42

Meyer-Abich, Klaus Michael: Was es bedeutet, gesund zu sein. Philosophie der Medizin. München, Hanser, 2010

Reiners, Hartmut: Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen. Berlin 2006, WZB Veröffentlichungsreihe

Smith, Peter C.: Market Mechanisms in the Use of Health Care Resources. In: OECD Health Policy Studies: Achieving Better Value for Money in Health Care. OECD, 2009, 53-77