

Im Medizinbetrieb werden immer wieder Fälle von Bestechlichkeit bekannt. Zuletzt ging es um Fangprämien, die Krankenhäuser an einweisende Praxisärzte zahlen. Ein Dauerbrenner ist das Verhältnis von Ärzten und Pharmakonzernen. Betrugsfälle schrecken die Öffentlichkeit auf. Sie sind aber als justitiable Tatbestände klar abzugrenzen und zuzuordnen. Bedenklicher sind Fälle von unethischem Verhalten, die nicht wirklich zu ahnden sind, vor allem, wenn es um Vertrauensmissbrauch geht. Erst kürzlich haben Bankkunden gelernt, dass ihre Berater in Wirklichkeit Verkäufer sind. Sollte den Patienten allmählich aufgehen, dass Ärzte ihnen Gesundheitsleistungen verkaufen und dabei im eigenen ökonomischen Interesse handeln?

Für das Fehlverhalten ihrer Kollegen machen auch die Ärzte eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens verantwortlich. Tatsächlich waren die verschiedenen Gesundheitsreformen der letzten 30 Jahre von dem Bestreben nach „Wettbewerb“ und „Effizienz“ geprägt. In diesem Sinne wurden u.a. Fallpauschalen für den Krankenhausaufenthalt eingeführt, der Krankenkassenwettbewerb gestärkt und die Zahlungsregelung für Patienten verschärft. Die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik wurden von theoretischen Überlegungen der Gesundheitsökonomie begleitet. Die Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten, Pharmakonzernen, Versicherungsanbietern untereinander und zu Patienten bzw. Beitragszahlern lassen sich allerdings nicht mit einem einfachen Angebot/Nachfrage-Schema beschreiben. Hier wimmelt es vielmehr von Informationsasymmetrien, Machtasymmetrien und Vertrauensgütern. Das macht die Analyse und entsprechend die Ratschläge für die Politik kompliziert.



Susanne Erbe

Ökonomische Interessen im Medizinbetrieb

In der täglichen politischen Praxis bleibt die Darstellung aber – häufig munitioniert durch Lobbyinteressen – im Simplen stecken. So wurde lange darüber nachgedacht, wie man eine Übernachfrage der Patienten, die durch einen Moral-Hazard-Effekt entsteht, beschränken könnte: Da das Gut Gesundheitsleistung – auf den ersten Blick – umsonst zu haben sei, bevölkerten Patienten zu zahlreich die Praxen und befeuerten beispielsweise die Nachfrage nach Herzkatheter-Behandlungen, die in Deutschland signifikant häufiger durchgeführt werden als in anderen Ländern. Eine solche Sichtweise ist wohl etwas weltfremd. Schließlich ist nicht davon auszugehen, dass irgendwelche Patienten sich ohne Not einer solch angstbesetzten Prozedur aussetzen. Hier spielt vielmehr eine Rolle, dass der Arzt, der die Menge seiner angebotenen Leistungen relativ frei bestimmen kann, auf die Auslastung seiner Geräte achtet.

Einerseits werden Wettbewerbs-elemente zunehmend in den Markt eingebracht, auf der anderen Seite bleiben die politischen Bemühungen um mehr marktliches Verhalten auf halber Strecke stehen. Krankenkassen beispielsweise unterscheiden sich ja nicht wirklich durch ihre Leistungsangebote. Dies ist auch

nicht wünschenswert, da sie eine politisch zu definierende Grundversorgung gewährleisten müssen. Mehr Wettbewerb könnte entstehen, wenn die Versicherung als Agent ihrer Beitragszahler auftritt, die aus ihrer Sicht qualitativ beste Arztwahl trifft und Einzelverträge mit den Ärzten abschließt. Dann müsste der Kollektivvertrag aller Kassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung aufgehoben werden, woran die niedergelassenen Ärzte aber in der Regel kein Interesse haben. Ein anderes Beispiel für Lobbyverhalten ist die erfolgreiche Abwehrschlacht der Apotheker gegen die Aufhebung des Filialverbotes. Das Bemühen um mehr Wettbewerb bleibt also Stückwerk, wenn Lobbyinteressen betroffen sind.

Ist nun tatsächlich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu beklagen? Diejenigen, die dies tun, haben das romantische Bild des Landarztes vor Augen, der seinem Berufsethos vor kaufmännischen Interessen den Vorzug gibt. Solch eine Haltung lässt sich aber durch Anreize, die die Gesundheitspolitik setzt, nicht erzwingen. Man könnte es sich leicht machen und eine weitgehende Verstaatlichung fordern: Festpreise für Arzneimittel, Abschaffung von Kassenwettbewerb, privaten Kliniken und freien Arztpraxen. Dann wäre Schluss mit der Ökonomisierung. Die Erfahrungen beispielsweise in Großbritannien haben aber gezeigt, dass dies nicht der richtige Weg sein kann. Anreize müssen im Gesundheitssystem eine Rolle spielen. Wie diese Anreize zu setzen sind, darf aber nicht von den Gruppen bestimmt werden, die am lautesten schreien. Die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung muss hier standhaft bleiben und es wagen, an den Stellen Wettbewerb einzufordern, wo in großem Umfang Produzentenrenten entstehen.

Susanne Erbe
Redaktion Wirtschaftsdienst
s.erbe@zbw.eu