

DGSMP-Jahrestagung  
Essen, 12. September 2012

**Hartmut Reiners**

**Reizwort „Ökonomisierung“**

# Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Was ist das Problem?

- Das Gesundheitswesen ist ein großer Wirtschaftszweig (11,6 % des BIP, ca. 4,5 Mio. Jobs).
- Krankenhäuser und Arztpraxen sind keine Wohlfahrtseinrichtungen, sondern Wirtschaftsbetriebe, die sich rechnen müssen.
- Das Gesundheitswesen ist kein Wirtschaftszweig wie jeder andere. Es wird aus guten Gründen über die Politik gesteuert.
- Überlagerung durch ökonomische und politische Interessen.
- Mythos von explodierenden Gesundheitsausgaben durch medizinischen Fortschritt und demografische Entwicklung.
- „Rationierung der Medizin“: Schüren von Ängsten.
- „Priorisierung der Medizin“: Werfen von Nebelkerzen.

# Irrwege der Lehrbuchökonomie

- „Die Ökonomie ist die einzige Wissenschaft, in der sich zwei Menschen den Nobelpreis teilen können, weil ihre Theorien sich gegenseitig widerlegen.“ (Joseph Stiglitz)
- Ziel-Mittel-Denken des Homo oeconomicus – eine auf jede Lebenslage anwendbare Leerformel.
- „Modellplatonismus“ (Hans Albert): Normative Modelle vom Marktgleichgewicht ohne Realitätsbezug.
- Durcheinander von normativen Modellen und analytischen Theorien.
- Subjektive Wertlehre: Marktbeziehungen von Warenbesitzern ohne Bezug zur Produktion der getauschten Güter.
- Immunisierung der Ökonomie als selbstreferenzielles System.
- Zwei Arten ökonomischen Denkens: Theorie der rationalen Auswahl und Politische Ökonomie.

# Warum brauchen wir eine öffentliche Gesundheitsversorgung?

- Soziale Gerechtigkeit: Allgemeiner Zugang zur medizinischen Versorgung ist Standard moderner Gesellschaften (EU-Sozialcharta).
- Öffentlich finanzierter Anteil der Gesundheitsausgaben in v. H.: NL: 85,7 / UK: 83,2 / J: 80,5 / F: 77,0 / D: 76,8 / CH: 65,5 / USA: 48,2.
- Umfassende medizinische Versorgung ist unverzichtbar für die Infrastruktur moderner Volkswirtschaften.
- Private Absicherung von Krankheitsrisiken ist nur von einer Minderheit finanzierbar.
- Marktversagen: Überhöhte Gesundheitsausgaben durch Privatisierung gesundheitlicher Risiken.
- Gegenthese „Moral Hazard“: Soziale Krankenversicherung führt zu systematischer Überinanspruchnahme.

# Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens

- Wettbewerbliches GKV-System mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich (sonst nur in den Niederlanden, Israel und der Schweiz).
- Selbstverwaltung mit Körperschaften des öffentlichen Rechts (GKV, KV, Ärztekammern). Regierungsapparat hat nur Rechtsaufsicht (internationales Unikat).
- Ausgeprägte Verrechtlichung mit eigener (Sozial-) Gerichtsbarkeit (internationales Unikat).
- Föderalismus mit konkurrierender Gesetzgebung (sonst nur in der Schweiz und in den USA).

# Ökonomische Fragen der Gesundheitspolitik

- Struktur und Finanzierung der GKV.
- Art und Qualität der von der GKV finanzierten Leistungen.
- Segmentierte Versorgungsstrukturen.
- Vergütung der Kassenärzte: EBM-System.
- Krankenhausfinanzierung (duales System, DRGs).
- Arzneimittelmarkt (Negativ- und Positivliste, Festbeträge, Rabatte, Zulassung).
- Sachleistungsprinzip, Zuzahlungen und Selbstbehalte.

# Arztberuf und ökonomische Interessen

- Lebenslüge von Standesvertretern: Der Arzt als freier Beruf.
- EBM-System basiert auf einem fiktiven durchschnittlichen Arztlohn von 107.000 Euro p. a. brutto bei 50 Wochenstunden (= Gehalt eines Oberarztes im Krankenhaus nach 5 Jahren) nach Abzug der Praxiskosten (ohne Privatpatienten).
- Intransparentes Geflecht aus Gesamtvergütung, extrabudgetären und selektivvertraglichen Vergütungen. KBV-Chef Andreas Köhler: „Dieses System ist irre.“
- Ungerechte Einkommensverteilung unter den Arztgruppen zu Lasten von Hausärzten, regionale Ungleichgewichte.
- Aktuelle Streitpunkte zwischen Krankenkassen und Kassenärzten.

# Medizin und Ökonomie – zwei verschiedene Welten?

- Im Medizinsystem wird viel Geld verdient. Schon deshalb müssen sich seine Akteure Fragen nach der Effektivität und dem Nutzen ihrer Arbeit gefallen lassen.
- Bei medizinischen Innovationen stellt sich immer die legitime Frage, ob damit auch ein wirtschaftlicher Nutzenzuwachs verbunden ist.
- Zuwachs an Lebensjahren ein nur sehr bedingt brauchbarer Indikator für Kosten-Nutzen-Analysen in der Medizin.
- Kommunikationsproblem: Ökonomen denken in Modellen („top down“), Ärzte denken in Fällen („bottom up“).