

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen

Hans-Ulrich Deppe

1. Das ökonomische Prinzip des Wettbewerbs oder der Konkurrenz wurde in der Mitte des vorigen Jahrhunderts mit der Entstehung und Ausweitung des Arbeitsmarktes als das entscheidende soziale Strukturelement der bürgerlichen Gesellschaft gesehen. Es wurde als der vollkommenste Ausdruck eines „Krieges Aller gegen Alle ... im Notfall (sogar) ein Krieg auf Leben und Tod“¹ beschrieben, dem nur durch organisierte Solidarität Einhalt geboten werden könne. Es war die Geburtsstunde der Arbeiterbewegung. Ihr ist es nicht zuletzt zu verdanken, daß dann in den 80er Jahren systemprägende Sozialgesetze durchgesetzt wurden, die zwar die sozialen Risiken der neuen Gesellschaft nicht vermieden, aber gegen sie immerhin ein Stückweit absicherten. Und das wiederum war der Ausgang des auf der Solidarität der abhängig Beschäftigten basierenden modernen deutschen Sozialstaates. Der Sozialstaat ist also die politische Reaktion auf das wirtschaftliche Prinzip der Konkurrenz.

Nun, heute wissen wir, daß Konkurrenz - zwar nicht von selbst und auch nicht durch Verwaltung oder Wissenschaft, sondern nur durch Politik - auf einzelne Felder bzw. Parameter eingeschränkt und geregelt werden kann, ohne daß dadurch ihr anhaltender Druck versiegt. Seit knapp 20 Jahren ist das ökonomische Prinzip des Wettbewerbs mit seinem Bruder, dem Markt, wieder in den Vordergrund der öffentlichen Debatte gerückt. Die keynesianischen Instrumente der Krisenregulation sind in dem erbitterten Konkurrenzkampf zwischen den führenden Industrienationen bzw. Zentren um die Anpassung an die neuen Produktionsbedingungen, die vor allem durch die wissenschaftlich-technische Revolution mit ihrer mikroelektronischen Hochtechnologie vorgegeben wurden, stumpf geworden. Neoliberale Strategien haben diese ersetzt und befinden sich in einem konjunkturellen Aufschwung, dessen Ende zur Zeit nicht absehbar ist.

Ausgegangen ist diese Entwicklung von der Reagan-Administration in den USA und der Thatcher-Regierung in Großbritannien. Sie erhielt einen weiteren Schub durch den Zusammenbruch der sozialistischen Staaten in Osteuropa. Hier wurden Wettbewerb und Markt gleichsam zur Zauberformel für ihre Transformationsprozesse. Und sie hat inzwischen die meisten westeuropäischen Sozialstaaten erreicht, in denen heute kollektive Schutzrechte gegen soziale Risiken offen angegriffen und abgebaut werden. Weltweit sind Wettbewerb

1) Engels, F. (1962). Die Lage der arbeitenden Klasse in England. In: Marx/Engels Werke, Bd. 2, Berlin, S. 306.

und Markt auf dem Vormarsch. Sie durchdringen alle Poren der Gesellschaft, gelten als das non plus ultra und werden kaum noch kritisch hinterfragt. In diesem Prozeß zeichnen sich vor allem zwei Gefahren ab:

Erstens, ordnungspolitische Aufgaben und Vorstellungen geraten aus dem Blickfeld. Ja, sie werden sogar als überholt beiseite geschoben. Es darf dabei nicht vergessen werden, daß nur der Staat soziale Gerechtigkeit und „sozialen Frieden“ gewährleisten kann. Er wurde deshalb auch nicht zufällig mit einem Versorgungsauftrag ausgestattet.²

Zweitens, Denkmodelle des Wirtschaftens werden mechanistisch auf andere Bereiche gesellschaftlichen Lebens - und ich denke hierbei vor allem an die Krankenversorgung - übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Selbst wenn Gesundheitspolitik und Krankenversorgung immer auch von ökonomischen Determinanten geprägt werden, gilt es dabei doch genau darauf zu achten, wo die ökonomischen Grenzen anzusetzen sind und wo ethische bzw. politische Fragen gesellschaftsbestimmend werden.

So ist innerhalb der Ökonomie sehr wohl zwischen einer betriebswirtschaftlichen und einer gesamtwirtschaftlichen Rationalität zu unterscheiden. Denn was für den Betrieb von Interesse ist, muß für die Gesamtwirtschaft noch lange nicht zweckmäßig und sinnvoll sein. Nicht selten widerspricht sich sogar die Wirtschaftlichkeit dieser beiden Dimensionen (z.B. Umwelt). Darüber hinaus haben ethische und politische Fragen generellen Charakter und sind immer am Gemeinwesen orientiert. Sie sollten es zumindest sein. Politische Entscheidungen dürfen deshalb auch nicht Unternehmern überlassen werden, da diese - insbesondere in der Marktwirtschaft - primär ihr Unternehmen und nur bedingt das Gemeinwesen im Auge haben. Der Gedanke, daß der erfolgreiche Unternehmer auch der Chef der Gesellschaft sein sollte, ist keineswegs abwegig. In Italien hat sich diese Vorstellung sogar in der praktischen Politik niedergeschlagen und ist als „Berlusconi-Syndrom“ bekannt geworden. Allerdings haben die Italiener schnell erkannt, daß das nicht funktioniert.

2. Eines der Hauptargumente für die Renaissance von Wettbewerb und Markt ist die sich ausweitende Weltmarktkonkurrenz und die damit verbundene Debatte um den Wirtschaftsstandort Deutschland. Das exportorientierte deutsche Kapital - ausgerichtet auf die Eroberung internationaler Marktanteile - sieht seine Position als „Exportweltmeister“ bedroht und fordert deshalb Ruhe und Bescheidenheit an der Heimatfront. Und das betrifft nicht nur die Löhne und Gehälter insgesamt, sondern konzentriert sich in den letzten Jahren zunehmend auf die sogenannten Lohnnebenkosten, zu denen auch die Ausgaben für die Krankenversorgung zählen. Von letzteren wird seit nahezu 20 Jahren behauptet, daß sie „explodieren“, daß die Bundesbürger über ihre Verhältnisse lebten oder sie gar mißbrauchten und damit

2) Deppe, H.-U. (1996). Thesen zur Transformation und zum Sinn des internationalen Vergleichs von Gesundheitssystemen. In: Behrens, J., Braun, B., Stone, D., Marone, J. (Hrsg.): Gesundheits-systementwicklung in den USA und Deutschland, Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Baden-Baden.

selbst ihre Arbeitsplätze gefährdeten. Was liegt auf diesem Hintergrund deshalb näher als zu fordern, daß genau diese Kosten und Ausgaben und insbesondere diejenigen, die in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, gesenkt werden müssen. Und es wird davon ausgegangen und erwartet, daß die Effizienz der Krankenversorgung erhöht werden könne, ohne ihre Qualität zu beeinträchtigen.³ Nun schauen wir einmal etwas genauer hin:

- Wissenschaftlich völlig überholt ist inzwischen das Argument der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Ich meine damit die Entwicklung des prozentualen Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt - und zwar insgesamt und des Anteils, der von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht wird. Beide Raten sind seit 1980 fast konstant geblieben. Das wird inzwischen auch von den gesundheitspolitisch relevanten Entscheidungszentralen nicht mehr ernsthaft bestritten, obwohl es in der gesundheitspolitischen Debatte immer wieder benutzt wird. Nur wird es dadurch keineswegs richtig.

- Und schauen wir unter dem Gesichtspunkt der Weltmarktkonkurrenz auf den internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben, so ist festzustellen, daß ausgerechnet die USA mit ihren wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen mit 14,3% (1994)⁴ die höchsten Ausgabenanteile am Sozialprodukt (BIP) haben und überdies die höchsten Verwaltungskosten in der Krankenversicherung (17%) verzeichnen. Interessant ist auch, daß der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Großbritannien mit seinem kostengünstigen nationalen Gesundheitsdienst genau mit dem Jahr (1991) einsetzt, in dem die neu eingeführten „Internen Märkte“ oder „Quasi-Märkte“, die den Wettbewerb stimulieren sollen, wirksam zu werden beginnen.⁵

In diesem Zusammenhang werden immer wieder Argumente vorgetragen, daß vor allem sozialmedizinische Entwicklungen und technologische Neuerungen - also Altersentwicklung und medizinischer Fortschritt - kostentreibend wirken. Freilich muß an solche Entwicklungen gedacht werden, weil hier tatsächlich relevante langfristige Veränderungen stattfinden. Aber ihr Stellenwert als kurzfristiger Hauptverursacher der Kosten- und Ausgabenentwicklung werden inzwischen selbst vom Sachverständigenrat mit Recht in den Bereich der Mythologie verwiesen. So heißt es bereits in dessen Sondergutachten von 1991: „Für den medizinisch-technischen Fortschritt kann ähnlich wie bei der Altersentwicklung von Jahr zu Jahr nur ein marginaler Einfluß auf die Ausgabenentwicklung unterstellt werden.“⁶ Und

3) Stegmüller, K. (1996). Wettbewerb im Gesundheitswesen - Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M.

4) OECD Health Data, Comparative analysis of health systems 1995.

5) Glennester, H., Le Grand, J. (1995). The development of quasi-markets in welfare provision in the U.K.. In: International Journal of Health Services 25(2), pp. 208f.

6) SVR für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Stabilität ohne Stagnation? Sondergutachten 1991, Ziff. 23; siehe auch: SVR, Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1994, S. 106f.

für Kanada wird an anderer Stelle der empirische Ausgabeneffekt der demographischen Veränderungen auf ein Prozent pro Kopf und Jahr geschätzt.⁷

- Aber: Wo Rauch ist, da ist auch Feuer. Was in regelmäßigen Abständen angestiegen ist, sind die Beitragssätze der GKV. Und das drückt tatsächlich - wenn auch eine andere - krisenhafte Entwicklung aus.
- Der Anstieg der Beitragssätze ist wesentlich bedingt durch den Rückgang der Lohnquote am Volkseinkommen, die 1982 noch 76,9 % betrug und 1993 auf 72,1% abgesackt ist. Darin spiegeln sich das Phänomen der ansteigenden unfreiwilligen Massenarbeitslosigkeit durch Personalabbau und die Ergebnisse der Tarifauseinandersetzungen wider. Die Finanzierungsbasis der GKV ist geschrumpft. Ihr Einnahmepotential ist zurückgegangen und diejenigen, die noch Einkommen aus Erwerbsarbeit erzielen, haben diese Ausfälle zu kompensieren. Sie müssen mehr bezahlen. Also steigen die Beitragssätze.
- Hagen Kühn hat in seinem Artikel „Zwanzig Jahre ‚Kostenexplosion‘“ diesen Sachverhalt einleuchtend dargestellt und empirisch belegt. Zusammenfassend schreibt er: „Während der GKV-Anteil am BSP seit 1975/80 unverändert ist, ist der Anteil der Löhne und Gehälter gesunken. Wären also in den achtziger Jahren bis heute die Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: wäre bei der gegebenen empirischen Ausgangslage (also gegebener „Kostenexplosion“) der Lohnanteil am Sozialprodukt gestiegen, dann wäre der Beitragssatz sogar gefallen“.⁸ Ergänzt wird diese Entwicklung durch den Verschiebebahnhof innerhalb der Sozialversicherung, der der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche finanzielle Lasten aus der Arbeitslosen- und Rentenversicherung aufbürdet. Die Dynamik der Beitragssatzentwicklung geht also eindeutig von der Einnahmeseite aus. Das Argument, daß die Einführung von mehr Wettbewerb und Märkten die „Lohnnebenkosten“, die von der gesetzlichen Krankenversicherung verausgabt werden, wesentlich senkt, ist also äußerst fragwürdig, zumal - wie gezeigt wurde - die Hauptursachen des Anstiegs der Beitragssätze in Deutschland damit nicht in Verbindung stehen. Diese Erkenntnis ist keineswegs neu und kann in den einschlägigen Publikationen nachgelesen werden. Gleichwohl hält der Druck nach mehr Wettbewerb an - ja scheint sogar noch anzusteigen. Die losgetretene Lawine ist kaum noch zu bremsen. Welche Auswirkungen das auf die Krankenversorgung haben kann, soll im folgenden ausgeführt werden.

7) Evans, R. G. (1990). Tension, compression, and shear: directions, stresses, and outcomes of health cost control. In: Journal of Health Politics, Policy and Law 15(1), pp. 101-128.

8) Kühn, H. (1995). Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“. In: Jb. für kritische Medizin, Bd. 24. Hamburg, S. 156f.

3. „Wettbewerb ist in der Marktwirtschaft das Wettstreben der einzelnen am Wirtschaftsprozess beteiligten Subjekte mit dem Ziel des größten Gewinns. Einen ‚solidarischen Wettbewerb‘ wird es nicht geben“, sagte Rolf Rosenbrock auf dem letzten IKK-Forum 1994.⁹ Bei Strafe des Untergangs ist also das einzelne Wirtschaftssubjekt auf dem glatten Parkett des Wettbewerbs dazu gezwungen, den Eigennutz zur handlungsleitenden Maxime zu machen - bis hin zum sozialdarwinistischen Prinzip des „Survival of the fittest“. Wettbewerb ist synonym für die Metapher vom „Rosinen picken“. Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb deshalb sozial selektiv und polarisierend und ist damit gegen Solidarität gerichtet. Unter einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive wirkt er vertuernd und ist folglich unwirtschaftlich. Nun - das sind herbe Wort in einer Zeit, in der Wettbewerb als Lösungsstrategie für strukturelle Probleme propagiert gelegentlich sogar verherrlicht wird. Kaum jemand wagt sich noch, das in Frage zu stellen und zu kritisieren, aus Angst vor dem Abseits - vor dem Ausklinken aus dem Mainstream der herrschenden Gesundheitspolitik.

Voraussetzung für die Ausübung von Wettbewerb ist die Existenz eines Marktes, auf dem Waren angeboten und nachgefragt werden. Erst dann kann um das günstigste Angebot gehandelt werden. Märkte sind allerdings sehr unterschiedlich. Zu denken ist dabei beispielsweise an einen qualitäts- und preistransparenten Gemüsemarkt, auf dem der Wechsel von Händler zu Händler sich problemlos gestaltet, den industriellen Markt mit wenigen Anbietern, streng vertraulichen Preisabsprachen und längerfristigen Kooperationen oder gar einen Waffenmarkt mit seinen konspirativen Regeln. Solche Märkte haben ihre eigenen unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und werden von dem Charakter der jeweiligen Waren geprägt. Weltweit gibt es kein Gesundheitswesen, das rein marktwirtschaftlich organisiert ist. Es geht hier allenfalls um ein Mehr oder Weniger. Der Staat, das politische Gemeinwesen, hat überall bei der Gestaltung und Organisation des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit letztlich die Verantwortung, selbst bei der Entscheidung darüber, welche Teile des Gesundheitswesens dem Markt preisgegeben werden. Warum? Es hat sich offensichtlich herausgestellt, daß Gesundheit oder Krankheit als Ganzes keinen Warencharakter annehmen kann und das hängt u. a. mit folgenden Besonderheiten zusammen:

- Bei Gesundheit handelt sich um ein lebensnotwendiges, nicht käufliches Gut. Es ist ein kollektives und meritorisches Gut, ähnlich wie Luft, Wasser oder Bildung.
- Auf Krankheit kann nicht wie auf andere Konsumgüter verzichtet werden.
- Der Patient hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein von den

9) Rosenbrock, R. (Mai 1994). Leistungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung, Probleme und Optionen. In: IKK-Bundesverband (Hrsg.): 3. IKK-Forum, Soziale Krankenversicherung: Erfolgs- oder Auslaufmodell? Bergisch Gladbach, S. 47.

Individuen kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Es fehlt daher im Gesundheitswesen die „Konsumentensouveränität“.¹⁰

- Das Arzt-Patient-Verhältnis ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragern. Es besteht „Anbieterdominanz“.
- Die Nachfrage des Patienten als Konsument erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten spezifiziert und definiert.
- Der Patient ist nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig beurteilen oder kontrollieren zu können, was durch seinen emotionalen Zustand vor allem bei ernsthafteren Erkrankungen noch verstärkt wird. Auch ist umgekehrt der rationale Zugang zum Patienten nicht immer gewährleistet.
- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist nicht preiselastisch, d.h. daß sie mit sinkenden Preisen steigt bzw. mit steigenden Preisen sinkt.

Es spricht also viel dafür, daß die Versorgung von Krankheit sich nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen läßt. Das Gesundheitswesen gilt deshalb auch als ein Beispiel für die Theorie des Marktversagens. Die Ergebnisse, die die Verteilungskräfte des Marktes hier hervorbringen, sind insuffizient. Richtungsweisende Entscheidungen müssen deshalb politisch gefällt werden. Gleichwohl kennen wir Gesundheitssysteme, in denen Märkte - Teilmärkte und Quasi-Märkte - existieren, die die Grundlage für Wettbewerb bilden. Schauen wir uns deshalb einmal an, wie sich Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die Art der Krankenversorgung bis in die intimen Beziehungen zwischen Arzt und Patient hinein auswirkt.

- Wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen um den Versicherten (aus der Sicht der Krankenkassen) und den Patienten (aus der Sicht der Leistungsanbieter) ist keine abstrakte Konkurrenz, sondern ist immer konkreter Wettbewerb um den rentablen Versicherten oder Patienten. Und das, was rentabel ist, bemißt sich zuerst an dem einzelwirtschaftlichen Interesse der jeweiligen Institution:

So sind die Leistungsanbieter an der Zahlungsfähigkeit der Patienten interessiert, also dem Umfang seines Versicherungsschutzes, weiter an der Art (Pauschale, Einzelleistung etc.) und Höhe ihrer Honorierung und nicht zuletzt auch daran, wie stark die von ihnen erbrachten Leistungen fachlich kontrolliert werden.

Die Krankenversicherungen sind unter dem Gesichtspunkt der Rentabilität daran interessiert, Erwerbstätige mit hohem Einkommen und einem möglichst geringen Krankheitsrisiko zu versichern.

10) Reiners, H. (1987). Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, WIDO-Materialien, Bd. 30. Bonn, S. 91.

Resultat: Der ideale Versicherte bzw. Patient ist also derjenige, der die höchste Rentabilität verspricht, das geringste Krankheitsrisiko mit sich bringt und die großzügigste Versicherung hat. Trotz des Versuchs, solche Zielorientierungen in der deutschen Gesundheitspolitik abzuschwächen, wird es aber auf jeden Fall keinen Wettbewerb um alte und chronisch kranke Patienten aus den unteren Sozialschichten geben - also gerade um jene große Gruppe, die medizinischer Hilfe am dringendsten bedarf. Und das wiederum ist nicht eine Frage des „bösen Willens“ oder fehlender moralischer Grundsätze, sondern Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbs.

- Wettbewerb bestimmt die Qualität der Medizin. Mit der Konkurrenz um das wirtschaftlich günstigste Leistungsangebot ist notwendig das Problem der Einhaltung von verbindlichen Qualitätsstandards verknüpft. Unter dem Druck der Preiskonkurrenz wächst nämlich die Neigung, den Preis von Leistungen gegebenenfalls auf Kosten der Qualität zu senken.¹¹ Da nun Patienten vielfach nicht in der Lage sind, Notwendigkeit und Qualität medizinischer Leistungen einschätzen zu können, vertrauen sie sich dem fachlichen Urteil von Ärzten an, die allerdings selbst wiederum Interessenten sind. Ein wettbewerbsbedingter Qualitätsverlust läßt sich deshalb nur durch den Ausbau bürokratischer Kontrollmechanismen verhindern. Diese erfordern indessen erhebliche Kosten. Die These, daß Wettbewerb die Kosten senkt und gleichzeitig die Qualität erhöhen kann, läßt sich also nicht halten. In Anlehnung an us-amerikanische Erfahrungen wird sogar davon ausgegangen, daß die Forcierung des Wettbewerbs bestehende Fehlentwicklungen in der Leistungsstruktur und der Qualität der Medizin noch verstärkt wie: zuviel Technik und Medikamente bei zuwenig Kommunikation und zuwenig zeitaufwendiger psychosozialer Betreuung, zuviel Diagnose aber zuwenig bzw. schlechte Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. zu schlechte Pflege.¹²

- Wettbewerb bestimmt nicht nur die Qualität einzelner medizinischer Leistungen, sondern auch den Charakter der Medizin. Als wesentliches Strukturmerkmal der Medizin gilt, ob und wie weit sie präventiv und/oder kurativ ausgerichtet ist. Wie weit z.B. Prophylaxe und Gesundheitsförderung in die Gesellschaft eindringen. Da Wettbewerb zunächst und vor allem auf den kurzfristigen Vorteil abzielt, denn investierte Ausgaben stehen unter dem Druck der schnellen Amortisierung, müssen Leistungen, die sich erst langfristig rentieren, aber gleichwohl gesundheitlich notwendig sind, aufgeschoben oder gar vernachlässigt werden. Besonders davon betroffen ist das mit viel Mühe in den 80er Jahren in die

11) Gerlinger, T., Stegmüller, K. (1995). „Ideenwettbewerb“ um Wettbewerbsideen - Die Diskussion um die „dritte Stufe“ der Gesundheitsreform. In: chmitthener, H. (Hrsg.): Der „schlanke Staat“. Zukunft des Sozialstaates - Sozialstaat der Zukunft. Hamburg, S. 170f.

12) Kühn, H. (1995). Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der Reformdebatte. In: Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.): Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen. Frankfurt a. M., S. 31.

gesundheitspolitische Debatte gebrachte Paradigma der Prävention und Gesundheitsförderung, dessen Erfolge sich freilich nur langfristig realisieren lassen. Hinzu kommt, daß gerade die unteren Sozialschichten, also die Einkommensschwachen, einer gezielten Gesundheitsförderung bedürfen. Hartmut *Reiners* formulierte dazu für den Wettbewerb der Krankenkassen treffend:

- a) Die gegliederte Krankenversicherung bedeutet automatisch Wettbewerb. „Prävention und Gesundheitsförderung werden dadurch zu Wettbewerbsinstrumenten; es besteht kein Anreiz zu gemeinschaftlichem Handeln.
- b) Krankenkassen haben kein ökonomisches Interesse an der Prävention im Sinne von Einsparen bei Leistungsausgaben; vielmehr sind die entsprechenden Aktivitäten auf Mitgliedergewinnung ausgerichtet.
- c) Krankenkassen sind strukturell nur bedingt in der Lage, in der Verhältnisprävention Verantwortung zu übernehmen; ihre Domäne liegt in der individuellen Gesundheitsförderung. Ohne staatliche Initiative und Koordinierung sind die Erfolge der Krankenkassen in der Prävention auf vergleichsweise nachgeordnete, zumeist nach sozialer Schichtung stark eingegrenzte Gebiete der Verhaltensprävention beschränkt.“¹³ Unter Bedingungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs gerinnt also Gesundheitsförderung zum reinen Marketing für exklusive Versichertenkreise, verkommt zur Formel vom individuellen Fehlverhalten und vertut die Chance, zur Veränderung des Charakters der Medizin paradigmatisch beizutragen.

4. Kommen wir nun im engeren Sinne zum Arzt-Patient-Verhältnis. Es handelt sich dabei um spezifische soziale Beziehungen, die Menschen miteinander eingehen, welche nicht in der Öffentlichkeit der bürgerlichen Gesellschaft liegen. Sie befinden sich vielmehr in der Intimsphäre, die als abgeschirmter Kern des Privaten beschrieben wird. Wir können feststellen, daß sich die traditionellen Zuordnungen zu den einzelnen Sphären der Gesellschaft seit Anfang der 70er Jahre verändern. Das Intime ist stärker öffentlich geworden. Ich denke dabei vor allem an den Umgang mit sexuellen Fragen, psychischen Problemen und der persönlichen Betroffenheit durch Krankheit. Man spricht darüber - auch öffentlich. Die Selbsthilfebewegung hat dabei eine nicht unbedeutende Rolle gespielt. Parallel zu dieser Entwicklung kommt es auch zu einer Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Seiner Herkunft nach ist es paternalistisch und autoritär strukturiert. Hier gilt der Arzt als Anwalt eines unmündigen Patienten. Die Veränderung dieses Verhältnisses geht zwar langsam aber offensichtlich in eine Richtung, die mehr partnerschaftlich orientiert ist. Dabei bekommen Mitbestimmung und Mitverantwortung, aber auch Kontrolle zunehmend Bedeutung. Es findet sozusagen eine Modernisierung und Anpassung an den Zeitgeist, in dem der

13) Reiners, H. (1994). Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B. M.: Präventionspolitik. Berlin, S. 105f.

partnerschaftliche Umgang mit dem Zwang zur individuellen Verantwortung verbunden wird, statt. Gleichwohl gilt die Arzt-Patient-Beziehung in der Medizinsoziologie als eine strukturell asymmetrische. Unterschiedliche Wissensverteilung und instrumentelle Fähigkeiten, einseitige fachliche und soziale Kompetenzen bis zur Verordnung von Sanktionen statten die soziale Position des Arztes mit der Macht des Experten aus. Nur - ob der Arzt diese professionelle Macht auch einsetzt und ausspielt, hängt wesentlich von der Struktur der Machtverteilung im Gesundheitswesen¹⁴ sowie von externen Einflüssen ab. In der ambulanten Versorgung ist die Konkurrenz z.B. ein nicht zu unterschätzender externer Faktor. Es ist bekannt, daß die „Klientenzentrierung“ der Ärzte steigt, je stärker die Konkurrenz um Patienten einkommenswirksam wird. Die Anpassungsbereitschaft der Kassenärzte ist dabei nahezu grenzenlos, ob es sich um die Standortwahl ihrer Praxis, Sprechzeiten, die Anzahl der behandelten Patienten, Arzneimittelverordnungen, Verschreibungen bis hin zu therapeutischen Anwendungen handelt, von denen bekannt ist, daß sie unwirksam - ja gelegentlich sogar schädlich - sind.

Die Ausweitung der Gesetzmäßigkeiten von Markt und Wettbewerb auf das Arzt-Patient-Verhältnis wird dieses tiefgreifend verändern. Das freilich auch schon heute nicht unproblematische Vertrauensverhältnis, in dem der Patient gutgläubig darauf vertraut, daß sein Arzt das „Beste“ für ihn loyal tut, wird sich in ein Vertragsverhältnis verwandeln, in dem der Arzt eine spezielle, meßbare Leistung zu einem festgesetzten Preis erbringt. Diese Leistung wird in zunehmendem Maße als Ware angesehen, die nach Maßgabe der kaufkräftigen Nachfrage produziert und verteilt wird. Entsprechend verwandelt sich der Patient mehr und mehr in einen Kunden bzw. Klienten. Damit verlagert sich das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Intimsphäre in die Privatsphäre, die Ebene des wirtschaftlichen Handelns. Je mehr Wettbewerb zunimmt, desto mehr wird der Teil der Subjektivität des Patienten angesprochen, der seinen Warencharakter definiert. Es werden mehr Leistungen gefördert, die Patienten wünschen gegenüber jenen, die sie brauchen. Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich immer mehr auf die Zufriedenheit von Patienten - und zwar vor allem der Patientengruppe, um die konkurriert wird. Die Rentabilität und kommerzielles Eigeninteresse, die genuinen Begleiterscheinungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs, werden sich deutlicher in den Vordergrund drängen. Und auf Seiten der Patienten werden Leistungen stärker unter dem Gesichtspunkt der Einklagbarkeit (Kunstfehler-Prozesse) und der Kontrolle (second opinion) gesehen. Das Kostenbewußtsein der Patienten wird steigen, insbesondere wenn daran die Höhe ihrer Versicherungsbeiträge geknüpft ist. Umgekehrt wird sich aus Furcht vor Haftungsansprüchen die „Absicherungsmedizin“ ausweiten, d.h. es werden immer mehr diagnostische Maßnahmen durchgeführt, auch wenn sich daraus keine therapeutischen Konsequenzen ergeben. Darüber hinaus wird sich die Entscheidungsstruktur

14) Wanek, V. (1994). Machtverteilung im Gesundheitswesen - Struktur und Auswirkungen. Frankfurt a. M., S. 91ff.

im Arzt-Patient-Verhältnis verändern: Während früher als Entscheidungsziel die wissenschaftlich optimale Versorgung und die Schwere einer Krankheit als handlungsweisend galten, werden es unter den Bedingungen des Wettbewerbs immer stärker ökonomische Kriterien. Sie werden gleichsam zum Maßstab von Triage. Und da der Wettbewerb darauf abzielt, kostengünstige und kostenungünstige Leistungen möglichst scharf aufzutrennen, werden mit seinem immer tieferen Eindringen, Mischkalkulationen, die früher teure Leistungen auffingen, zunehmend an den Rand gedrängt.

In seinen Grundzügen ist auch das alles keineswegs neu und seit längerem absehbar. Die erwerbswirtschaftlich entfremdete Medizin wird seit Jahrzehnten kritisiert. Ich erinnere hier nur an den Aufsehen erregenden Artikel von Erich Wulff aus dem Jahre 1971 mit dem Titel „Der Arzt und das Geld“.¹⁵ Neu ist allerdings, daß sich heute diese Entwicklung in einem gesellschaftlichen Klima vollzieht, das von Individualismus, Eigennutz, Geld und nicht zuletzt von Wettbewerb als Ersatz für fehlende gesellschaftliche Utopien geprägt wird. Wir brauchen aber konkrete Utopien, denn wenn die utopischen Oasen austrocknen, breitet sich eine Wüste von Banalitäten und Ratlosigkeit aus.¹⁶ Wem das überzogen und zu abgehoben erscheint, dem sei allerdings empfohlen, sich einmal etwas näher in den USA umzuschauen.¹⁷ In diesem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem können wir bereits heute als Realität erkennen, was für uns vielleicht noch Zukunftsmusik ist.

5. Abschließend möchte ich deshalb den Blick, der über unsere geographischen und nationalen Grenzen hinausreicht, noch ein Stück weit ergänzen. Immerhin werden heute zahlreiche und wichtige politische - und gerade sozialpolitische - Entscheidungen mit der europäischen Integration begründet. In Frankreich lähmten im Dezember des vergangenen Jahres Massenstreiks das Land. Sie waren gerichtet gegen den Sozialabbau und Kürzungen in der sozialen Krankenversorgung. Die neue französische Regierung riskierte mit ihrem brüskten Wendemanöver, denn kurz zuvor hatte sie im Wahlkampf noch genau das Gegenteil versprochen, den „sozialen Frieden“. Es kam zu einer spontanen Politisierung der sozialen Lage. Dies demonstriert, daß der gesellschaftliche Umgang mit Krankheit im Bewußtsein der Bevölkerung nach wie vor einen hohen Stellenwert hat und daß Gesundheit als ein hohes soziales Gut angesehen wird. Der politische Umgang mit beiden erfordert deshalb soziale Verantwortung. Und ich meine, wenn wir heute über „Globalsteuerung“ sprechen, dann darf diese - sicher sehr allgemeine - Dimension nicht ausgeblendet werden.

15) Wulff, E. (1971). Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. In: Das Argument 13(11/12), S. 955-970.

16) Habermas, J. (1985). Die Neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt a. M., S. 161.

17) Deppe, H.-U. (1993). Gesundheitspolitik in Europa und den USA. In: Arbeit und Sozialpolitik 47(7/8), S. 41-46; Kühn, H. (1993). Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin.

Wir haben zur Kenntnis zu nehmen, daß immer weiter vorangetriebener wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen den Gesellschaftsvertrag zwischen Staat, Kapital und Arbeit über das Recht auf Gesundheit bzw. die körperliche Unversehrtheit in einem sozialen und demokratischen Rechtsstaat verändert und erodiert. Es kommt zu einer Ökonomisierung von Dimensionen des menschlichen Zusammenlebens, die dessen humanen und sozialen Charakter zerstört. Menschenrechte lassen sich nämlich nicht vermarkten, ohne daß sie daran zerbrechen.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe
Johann Wolfgang v. Goethe-Universität
Zentrum der psychosozialen Grundlagen der Medizin
Abteilung für Medizinische Soziologie
60054 Frankfurt



Foto: Ingelore Molter