

Wirtschaftswissenschaften abseits des »marktwirtschaftlichen Mainstreams«

Neue Lösungsansätze für das Gesundheitswesen?

Bernhard J. Güntert

Abstract

Kosten- und Nachfragesteigerung sowie die medizinisch-technologische Entwicklung im weitesten Sinne, mit dem damit verbundenen Investitionsbedarf einerseits und die eingeschränkten finanziellen Mittel des Staates, verbunden mit der lange Jahre eher stagnierenden Wirtschaft andererseits, haben zu einer Zunahme der Bedeutung der ökonomischen Rationalität geführt.

Entsprechend dem seit Jahren in anderen Bereichen anhaltenden Trend folgen die ökonomischen Lösungsansätze auch im Gesundheitswesen dem neo-klassischen bzw. neo-liberalen Muster. So finden wir in vielen Ländern zunehmend vermehrt Marktmechanismen, einen freieren Zugang zu den Märkten für die Leistungsanbieter und mehr Wahlmöglichkeiten. Obwohl inzwischen auch einige Studien darauf hinweisen, dass Märkte im Gesundheitswesen nicht zu einer Kostenreduktion führen, wird das Marktkonzept nicht weiter hinterfragt.

Die hier geäußerte Kritik an der Marktökonomik im Gesundheitswesen geht davon aus, dass sie einerseits wichtige Aspekte des menschlichen Lebens in Zusammenhang mit Gesundheit ausblendet, andererseits aber auch der konkreten Situation der Marktpartner nicht gerecht wird.

Die wachsende Bedeutung der ökonomischen Rationalität im Gesundheits- und Sozialwesen

Die Bedeutung der Ökonomik¹ und der Managementlehre im Gesundheits- und Sozialwesen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die wesentlichsten sind jedoch einerseits die fast unendliche Nachfrage nach Gesundheits- und Sozialleistungen sowie andererseits die bereits über mehrere Jahre eher stagnierende Wirtschaft und damit verbunden, die knapp gewordenen Mittel des Staates als wichtigster Träger von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beispielsweise hat trotz vielfältiger Versuche der Nachfragesteuerung ständig zugenommen. Ursachen dafür waren:

- Ein ständiges, wenn auch nur noch leichtes Bevölkerungswachstum von rund 5,5% in den vergangenen 15 Jahren, d. h. von 7,754 Mio. (1991) auf 8,233 Mio. (2004) (http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab1.shtml).
- Die laufende demografische Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung führt erwiesenermaßen auch zu einer Mehrnachfrage nach Gesundheits-

- und Sozialleistungen. Da die Bevölkerung heute nachweislich gesünder alt wird (vgl. u. a. Busse et al. 2002), verschiebt sich die zunehmende Leistungsnachfrage im Zeitablauf, da jedoch in Zukunft noch mehr Menschen älter werden, führt die Alterung insgesamt doch auch zu einer Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen.
- Das gestiegene Anspruchsniveau der Bevölkerung. Nicht nur an den Komfort bei der Leistungserbringung, sondern auch an die Qualität der Leistungen werden heute höhere Ansprüche gestellt. Dieser Trend wird durch die verbesserten Informationsmöglichkeiten (Qualitätsberichte, Benchmark, Gesundheitsportale im Internet usw.) noch verstärkt.
 - Der verbesserte Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die gestiegene Ärztedichte (1980: 1,6 Ärzte pro 1000 Bevölkerung; 2004: 3,5; vgl. Hofmarcher/Rack 2006, S. 159), der weitgehende Verzicht auf Zugangsbeschränkungen (kaum Zuzahlungen, keine Gatekeeper-Funktion usw.) und die weitgehend freien Wahlmöglichkeiten der PatientInnen führen ebenfalls zu einer Mehrnachfrage.
 - Verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten durch Spezialisierung und medizin-technologischen Fortschritt. Diagnostische Verfahren sind heute weniger invasiv und sicherer und werden daher vermehrt angewendet. Krankheiten können so früher diagnostiziert und Therapien früher – damit auch mit besseren Erfolgsaussichten – eingeleitet werden.
 - Die – teilweise altersbedingte – zunehmende Vereinzelung der Gesellschaft, das Auseinanderbrechen traditioneller familiärer Strukturen und die zunehmende Individualisierung erfordern heute häufig professionelle Hilfe und Betreuung. Damit aber werden die Folgen gesellschaftlicher Entwicklungen auf den Gesundheits- und Sozialbereich überwältigt.

Alle diese Entwicklungen führten in den vergangenen Jahren zu einer Zunahme der erbrachten medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen und damit auch der Kosten. Weitere Gründe für die Kostensteigerungen liegen allerdings auch im System selbst, wie etwa:

- Die dynamische medizin-technologische Entwicklung sowie die Spezialisierungen innerhalb der Medizin, zunehmend aber auch der anderen Gesundheitsberufe.
- Die medizinisch-technischen, pflegerischen und therapeutischen Fortschritte. Diese erfordern nicht nur laufend Investitionen in neue Technologien und bauliche Voraussetzungen, sondern auch kostspielige Anpassungen der Ausbildungssysteme und permanente Weiterbildungen der Health Professionals.
- Notwendige Veränderungsprozesse in den Organisationen der verschiedenen Leistungsanbieter und der Versorgungsstrukturen insgesamt. Solche sind notwendig, um der zunehmenden Komplexität der neuen Versorgungsprozesse gerecht zu werden. Gefordert werden vor allem bessere Vernetzungen und Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungsanbietern. Der Ruf nach integrierten Versorgungssystemen, Informationsaustausch, Prozessorientierung an der Patientenkarriere statt an einzelnen Patientenepisoden usw. wird immer lauter, die praktische Umsetzung hingegen lässt noch zu wünschen übrig.
- Fehlende Integration im Versorgungssystem aufgrund der aktuellen Finanzierungsmechanismen (LKF-System im Krankenhausbereich, bzw. DRG in Deutschland), welche falsche Rahmenbedingungen setzen und – zumindest im Moment noch – die Sektorisierung der Leistungsangebote fördern und damit veraltete Systemstrukturen zementieren.

Aufgrund der prekären Finanzlage bei Staat und Krankenkassen können die aus Sicht der Health Professionals notwendigen Investitionen nur teilweise getätigt werden. In Deutschland beispielsweise schätzt der Marburgerbund einen Investitionsrückstau von 25–40 Milliarden € im Gesundheitswesen (<http://www.solidaritaet.com/neue-sol/2003/22/col2.htm>). In Österreich werden aber auch schon die reinen Betriebskosten der Krankenhäuser mit den Krankenkassentarifen immer weniger gedeckt und die Abgangszahlungen durch die Länder im Krankenhausbereich wachsen tendenziell an. Die finanziellen Perspektiven auf die nächsten Jahre sind insgesamt wenig erfreulich. Trotz steigenden Krankenkassenbeiträgen wird für die nahe Zukunft wieder mit größeren Defiziten in den Sozialversicherungen gerechnet. Dadurch wächst der Druck auf weitere Kostenreduktionen und die ökonomische Rationalität gewinnt an Bedeutung.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER ÖKONOMIK

Gegenstand der Wirtschaftswissenschaften

Die Wirtschaftswissenschaften gehören zur Gruppe der Sozialwissenschaften, wie etwa auch die Rechtswissenschaft, Soziologie, Psychologie oder Pädagogik. Alle Sozialwissenschaften beschäftigen sich mit Phänomenen des Zusammenlebens von Menschen, allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven. Im Fokus der Wirtschaftswissenschaften liegt der Einfluss ökonomischer Rahmenbedingungen und Anreize auf das menschliche Zusammenleben. Dabei werden zwei unterschiedliche Ausprägungen der Wirtschaftswissenschaften unterschieden, die Volkswirtschaftslehre oder Ökonomik einerseits sowie die Betriebswirtschafts- oder Managementlehre andererseits.

Unter Ökonomik kann man sehr abstrakt und wertneutral die »Lehre über die Wirtschaft« (vgl. u. a. Hoppe 2002) bzw. die »Lehre vom Umgang mit knappen Gütern« (Dubs 1998) verstehen. Andere Definitionen gehen weiter und beschreiben Ökonomik etwa als »Methode zur Untersuchung von marginalen Verhaltensänderungen bei veränderten Rahmenbedingungen mittels Vorgehen nach dem »methodologischen Individualismus« unter Annahme von »ökonomisch rationalem Verhalten« (Geigant et al. 1994). Wieder andere Definitionen beinhalten Wertungen. So versteht etwa Dubs (1998) unter »Wirtschaften im volkswirtschaftlichen Sinne, dass vorhandene Ressourcen so einzusetzen sind, dass sie möglichst vielen Menschen zur Bedürfnisbefriedigung dienen und möglichst wenigen Menschen schaden«.

Die Ökonomik muss sich dabei mit zwei Phänomenen des gesellschaftlichen Lebens auseinandersetzen, mit der Individualisierung einerseits und der Institutionalisierung andererseits (Suchanek 2001). Während in früheren Gesellschaften der einzelne Mensch durch vielfältige normative soziale Kontexte wie Familie, Stand, Klasse, Kirche usw. fest in der Gesellschaft integriert und seine Handlungsfreiheit eingeschränkt war, sind Menschen heute aus diesen tradierten Wertbindungen weitgehend herausgelöst und können ihre Eigeninteressen verfolgen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Menschen heute ohne soziale Bindungen wären. Vielmehr bestehen auch in der heutigen modernen Gesellschaft vielfältigste Bindungsmöglichkeiten, die jedoch im Gegensatz zu früheren Zeiten in viel stärkerem Maße Wahlmöglichkeiten darstellen und auch leicht wieder gelöst werden können. Menschen haben

somit einen viel größeren individuellen Handlungsspielraum und werden ihre eingegangenen Bindungen nach Eigeninteressen zu optimieren suchen. Die (oft religiös fundierte) Wertintegration der traditionellen Gesellschaft ist in der Moderne einem Pluralismus von Meinungen und Auffassungen gewichen. Dies schafft jedoch Abstimmungsprobleme zwischen den Individuen und diese führen zum zweiten gesellschaftlichen Phänomen, zur Institutionalisierung.

Die Integration der Individuen erfolgt in der modernen Gesellschaft somit weniger durch Werte, als vielmehr durch Regeln in verschiedensten Institutionen. Diese funktionale Institutionalisierung begrenzt die Individualisierung und ermöglicht erst ein gesellschaftliches Zusammenleben. In den Institutionen werden im Hinblick auf die Erreichung gesellschaftlicher bzw. gruppenbezogener Ziele immer Spielregeln sowie – mehr oder weniger ausgeprägt – Sanktionsmöglichkeiten definiert, welche die Mitglieder der Institutionen zu einem gewissen Verhalten verpflichten, oder aber das Verlassen der Institution nahe legen. Anstelle traditioneller, wertbasierter Institutionen wie z. B. Kirche oder Familie, treten heute andere Organisationen (wie z. B. Unternehmen, Vereine, Clubs), deren Zugehörigkeit von Individuen gewählt oder verweigert werden kann (Suchanek 2001). Eine wichtige Bedeutung kommt dabei Unternehmungen zu, einerseits über die Zugehörigkeit am Arbeitsplatz, andererseits aber auch durch Zugehörigkeit über Kundenbeziehungen. In beiden Fällen können die Individuen als TeilnehmerInnen der Marktökonomie unter Abwägung von Kosten und Nutzen über die Zugehörigkeit entscheiden. Dabei sind sie allerdings nicht völlig frei, sondern müssen zu ihrem Unterhalt ein bestimmtes Minimum an Regeln bzw. Institutionen akzeptieren.

Mikro-, Meso- und Makroökonomik

Typisch für die Ökonomik ist, dass sie das Ineinandergreifen der Einzelwirtschaften (Betriebe, Unternehmen und Haushalte) aus einer überbetrieblichen Perspektive betrachtet (Dubs 1998). Es geht dabei darum, Allokationsansätze zu finden, um Ressourcen so zu verteilen, dass sie den größten Nutzen stiften, wie und aus welcher Perspektive dieser auch immer definiert wird.

Im Gegensatz zur Betriebswirtschafts- und Managementlehre, welche sich nicht nur mit dem Marktverhalten einzelner Unternehmen, sondern auch mit den internen Strukturen und Regeln sowie den Kooperationsbeziehungen beschäftigen, fokussiert die Ökonomik die Probleme der Gesamtwirtschaft, wobei zwischen mehreren System- bzw. Aggregationsebenen unterschieden wird (Biesecker/ Kesting 2003, S. 18ff, Dubs 1998, S. 28):

- Bei der Makroökonomik geht es um die Gesamtwirtschaft, d. h. es werden aggregierte Größen wie Konsum, Investitionen, Volkseinkommen usw. betrachtet und damit Fragen der (wirtschaftlichen) Stabilität von Volkswirtschaften, des Wachstums, der Einkommens- und Kapitalverteilung, der Geldmengen und Geldwertentwicklungen sowie außenwirtschaftlicher Beziehungen usw. bearbeitet.
- Die Mikroökonomik hingegen befasst sich mit ökonomisch handelnden Einzelwirtschaften (Unternehmen, Haushalten, Individuen) im Markt. Im Fokus stehen Handlungsmotive, -ziele und -möglichkeiten einzelner Marktpartner, andererseits aber auch das individuelle Handeln auf Veränderungen von Preisen, Produktionsmengen und Marktstrukturen.

Die Trennung zwischen Makro- und Mikroökonomik hat sich arbeitstechnisch durchaus bewährt und entspricht auch dem Spannungsfeld von Institutionalisierung und Individualisierung. Sie ist jedoch wissenschaftlich mehr und mehr umstritten. Zwischen diese beiden Ebenen schiebt sich in jüngerer Zeit eine weitere, wie im Folgenden noch gezeigt wird, wichtige Ebene:

- Die Mesoökonomik geht davon aus, dass Menschen nicht völlig autonom sind, sondern immer als Teil von sozialen Gemeinschaften (z. B. Familien, Unternehmungen, Märkte usw.) handeln. Damit sind sie durch Normen und Regeln geprägt, in vielfache institutionalisierte Handlungszusammenhänge eingebunden und können somit nicht autonom als Individuen und nach ökonomischer Rationalität entscheiden (Biesecker/Kesting 2003; Richter/Furubotn 2003).

Die Bedeutung der Mesoökonomik hat zugenommen, da gerade die Frage, weshalb Individuen bestimmte Institutionen akzeptieren bzw. bewusst wählen und sich damit – zumindest teilweise freiwillig – entsprechenden Regeln unterwerfen, von großem Interesse ist. Klassische Erklärungsansätze der Mikro- und der Makroökonomik können diese Phänomene nur unzureichend erklären. Die Antwort darauf wird u. a. in der Institutionenökonomik bzw. der Neuen Institutionenökonomik gesucht (vgl. u. a. Richter/Furubotn 2003).

Obwohl die Einführung der Mesoökonomik einen Erkenntnisgewinn gebracht hat, ist diese Gliederung auf die drei Ebenen auch schon wieder umstritten. In der Realität verschwimmen die Grenzen der drei Ebenen zunehmend, wie etwa die Zusammenhänge zwischen Preisbildung und Inflation oder zwischen den Auswirkungen der Europäischen Union bzw. der Globalisierung und dem Verhalten von Unternehmungen und Individuen zeigen (Stiglitz 2004; Biesecker/Kesting 2003).

Marktökonomik und Märkte im Gesundheitswesen

Bei der Erklärung von Phänomenen gehen die Wirtschaftswissenschaften von ökonomischen Rationalitäten aus. Die entsprechenden Modellvorstellungen bzw. die Gegenstandsbereiche ökonomischer Modelle haben sich im Laufe der Zeit stark verändert.

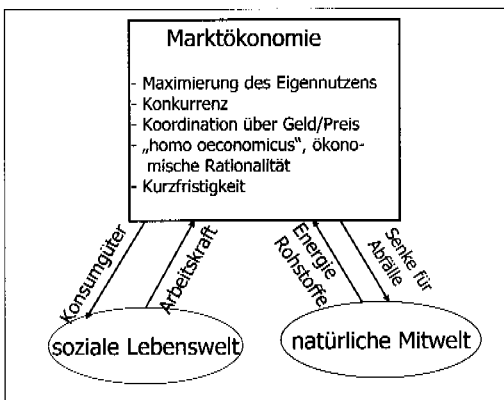
Adam Smith, von vielen als Begründer der Ökonomik als einzelwissenschaftlicher Theorie gesehen, ging davon aus, dass sich Menschen in vernünftiger Weise von ihren Eigeninteressen leiten lassen (Suchanek 2001; Fischermann 2000). Dieses Eigeninteresse sah er durchaus auch im Dienste der gesellschaftlichen Zusammenarbeit und er unterstellte, dass eine Allokation der Güter über die unsichtbare Hand der Märkte die beste Koordination der verschiedenen Beteiligten sei und den Wohlstand aller am ehesten fördern könne. Der Gegenstandsbereich umfasste bei Smith jedoch nicht nur die Marktökonomie, sondern immer auch die Gesellschaft. Allerdings trennte Smith die Marktökonomie von der Nicht-Ökonomie, namentlich von Familie und Staat. Damit spaltete er den Marktbereich von den reproduktiven, lebenserhaltenden Tätigkeiten ab und vernachlässigte auch die Natur weitestgehend (Biesecker/Kesting 2003). Diese Abspaltung radikalisierte sich in der späteren Theorieentwicklung. Heute dominieren in der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion weitgehend prägenden neoklassischen Ökonomik Vorstellungen des methodologischen Individualismus (Neumann 2002), d. h. Modelle mit recht eingeschränktem Gegenstandsbereich (vgl. u. a. Dopfer 2002). Ökonomik ist heute weitgehend (neoklassische bzw. neoliberale) Marktökonomik (Starbatty 2002; von Werlhof 2007).

Im Zentrum dieser Marktökonomik stehen Marktmechanismen. Dabei geht man davon aus, dass die Märkte nach den Regeln des Preis- oder Marktmechanismus funktionieren. Kern sind die ökonomischen Prinzipien der Konkurrenz, der Handlungskoordination über Preise sowie eine eher kurzfristige Sichtweise der Beteiligten (Biesecker/ Kesting 2003). Unterstellt wird somit ein ökonomisch rationales Verhalten der Menschen (und der von ihnen geschaffenen Organisationen). D.h., dass sie auf Anreizbedingungen in unterschiedlichen Situationen reagieren, indem sie den Eigennutzen maximieren (homo oeconomicus, vgl. u. a. Suchanek 2001; Fehr 2002).

Diese Eingrenzung des Gegenstandsbereiches auf die Marktökonomie und die Fokussierung des menschlichen Handelns auf die ökonomische Rationalität bringen eine starke Vereinfachung des Modells mit sich. In der Praxis zeigte sich, dass dieses Modell nur eine eingeschränkte Erklärungskraft hat. Viele andere Merkmale der Menschen und des menschlichen Zusammenlebens werden ausgeblendet und nur jene Aspekte hervorgehoben, die aus der (markt-)ökonomischen Perspektive und den ökonomischen Problemstellungen direkt relevant sind (Suchanek 2001, 145)². Ausgeblendet werden die soziale und die natürliche Lebenswelt. Die Bedeutung der sozialen Lebenswelt wird darin gesehen, dass sich die Marktökonomie von dort Arbeitskräfte holt bzw. Güter und Dienstleistungen dorthin absetzt. Die natürliche Mitwelt gilt vorwiegend als Senke für Abfälle bzw. als Quelle für Ressourcen (vgl. Abb. 1). Vernachlässigt werden hingegen Fragen der Reproduktion der Arbeitskraft und der Natur, der Versorgungsökonomie und der (regulierenden und moderierenden) Politik (vgl. u. a. Biesecker/ Kesting 2003, 104f).

Abbildung 1: Gegenstandsbereiche der neoklassischen Marktökonomik

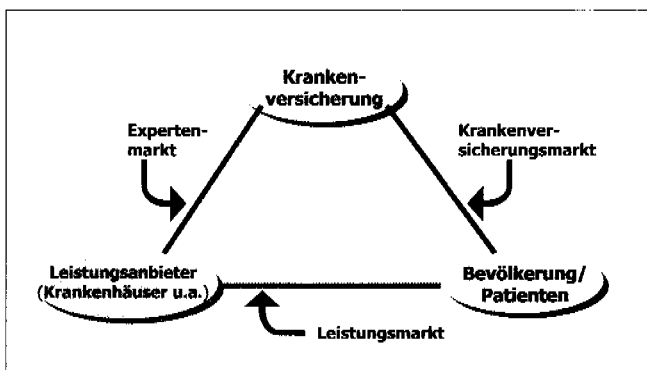
(nach Biesecker/ Kesting 2003, S. 12)



Die Frage stellt sich nun, ob die so definierte ökonomische Theorie geeignet ist, auch die Probleme des Gesundheits- und Sozialwesens sinnvoll abzubilden. Immer wieder wird nämlich kritisiert, dass PatientInnen keine Marktpartner im Sinne des idealen, neoklassischen Marktes sein können. Die mikroökonomische Analyse des Gesundheitswesens zeigt denn auch, dass von einem Markt im üblichen Sinne kaum gesprochen werden kann. Einerseits verfügen die PatientInnen nur in wenigen Fällen über die notwendigen Informationen, um selbständig entscheiden zu können. Ausnah-

men sind etwa PatientInnen mit ausgewählten chronischen Erkrankungen oder bei einem hohem Organisationsgrad der Betroffenen (z. B. Aids). Da die PatientInnen in ihrer Entscheidung stark von den behandelnden Health Professionals abhängig sind, spricht man von Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen (vgl. u. a. Rice 2004; Hajen/Paetow/Schumacher 2004) und von einer angebotsinduzierten Nachfrage. Andererseits sind PatientInnen oft gar nicht in der Lage, auf den Konsum von Gesundheitsleistungen zu verzichten, da sie in vitalen Lebensfunktionen bedroht oder diese eingeschränkt sind. Die Nachfrage wird jedoch auch sonst kaum vom Preis beeinflusst, da der Leistungskonsum oft äußerst unangenehm ist (Wer unterzieht sich freiwillig etwa chirurgischen Eingriffen? Ausnahme etwa: Schönheitschirurgie). Ein Mehrkonsum von Gesundheitsleistungen ist wohl häufig mit einer (temporären) Verbesserung, insgesamt jedoch meist mit einem schlechten Gesundheitszustand korreliert. Auf der anderen Seite bestehen vielfältige Marktzutrittsbarrieren für die Anbieter. Von einer (idealen) Marktsituation kann demnach nicht gesprochen werden. Hinzu kommt, dass die Marktbeziehung zwischen Anbieter und Nachfrager (Leistungsmarkt) um die Leistungsfinanzierer (Krankenversicherer, Staat) erweitert werden muss (vgl. u. a. Rice 2004, Hajen/Paetow/Schumacher 2004; Abb. 2). Diese Dreiecksbeziehung führt zu zwei neuen möglichen Märkten, dem Krankenversicherungsmarkt zwischen Bevölkerung/ PatientInnen und den Krankenkassen und dem Expertenmarkt zwischen Finanzierer und Leistungsanbieter.

Abbildung 2: Märkte und Akteure im Gesundheitswesen



Trotz dieser Kritik lösen seit einigen Jahren zunehmend neoklassische Modellvorstellungen auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems mehr und mehr die nicht immer sehr effizienten und effektiven bisherigen politischen Ressourcensteuerungs- und Finanzierungssysteme ab. In verschiedenen angelsächsischen Ländern oder auch in der Schweiz und teilweise in Deutschland und Österreich wurden im Rahmen allgemeiner Verwaltungsreformen (New Public Management) marktähnliche Steuerungsmechanismen eingeführt. In einer ersten Phase wurden für verschiedene staatliche Einrichtungen neue Rechtsformen gesucht, welche es erlaubten, neben der Sachverantwortung auch die Finanzverantwortung zu delegieren und damit die Bedeutung der ökonomischen Rationalität in den Einrichtungen zu stärken (vgl. Oberender 2005). Heute wird die ökonomische Rationalität noch stärker

in den Vordergrund gerückt, da im Gesundheitswesen vermehrt eine Privatisierung oder Teilprivatisierung (z. B. Public Private Partnership) bisheriger öffentlicher Einrichtungen angestrebt wird (vgl. Reich 2002). Damit werden nicht nur die traditionelle staatliche Ressourcensteuerung, sondern auch die Systemsteuerung durch Verbände (Selbstverwaltung) durch Marktmechanismen mit einem Leistungs- und Preiswettbewerb verdrängt. Derartige Entwicklungen sind heute in breiten Kreisen erwünscht und man erhofft sich durch mehr Wettbewerb und (ökonomische) Privatinitiative nicht nur eine höhere Effizienz und Effektivität.

Voraussetzung dafür ist, dass einerseits die Leistungen quantitativ und qualitativ definiert und die Leistungserstellungsprozesse transparent sind, andererseits, dass die Akteure auf dem Markt für Gesundheits- und Sozialleistungen Wahlmöglichkeiten haben und diese auch wahrnehmen können.

Die erste Voraussetzung, definierte Leistungen und transparente Prozesse, wurde mit der Einführung des Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF-System) in Österreich bzw. des Diagnosis-Related-Groups Systems (DRG) in Deutschland und den daran anschließenden Festlegungen von Behandlungsstandards zumindest im stationären Bereich sichergestellt. Durch die prospektive Preisfestsetzung und die periodische Nachkalkulation und Preisanpassungen sind die Leistungsanbieter gezwungen, ihre Leistungserstellungsprozesse zu optimieren, d. h. erst Teilleistungen und Prozesse zu definieren und zu dokumentieren, Prozessmanagement zu machen und – wo immer möglich – Rationalisierungspotentiale auszuschöpfen. Damit diese Optimierungsprozesse nicht zu Lasten der Leistungsqualität und damit der PatientInnen gehen, definieren die Health Professionals selbst Behandlungs- und Betreuungsstandards (z. B. »good medical practice«) und der Gesetzgeber verlangt systematische Leistungsdokumentation und Qualitätsmanagement.

Auch wird in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitssystem, um negative Folgen für PatientInnen und Gesellschaft zu vermeiden, eine neue Organisationsethik und Unternehmenskultur gefordert (Konrad Adenauer-Stiftung 2006, 22). D. h. die bisherige Medizinethik soll zu einer Organisationsethik erweitert werden. Allerdings dürfte eine neue Organisationsethik alleine nicht ausreichen, um in Marktsituationen zumindest den Grundbedarf der Bevölkerung im gesellschaftlich erwünschten Ausmaß sicherzustellen. Dazu bedarf es wohl vielmehr einer Ausweitung der Vorstellungen der Marktökonomik, um sinnvolle Rahmenbedingungen für die Leistungsanbieter zu erhalten.

Alternative Ökonomik als Gestaltungsgrundlage für Gesundheitssysteme von morgen

Über Markt- und Marktversagen wird in der Gesundheitsökonomik viel diskutiert. Selbst neo-klassische bzw. neo-liberale GesundheitsökonomInnen stellen fest, dass die Marktsituation im Gesundheitswesen von den Vorstellungen idealer Märkte weit weg ist (vgl. u. a. Oberender 2005; Schöffski/ von Schulenburg 2007). Als Einschränkungen der Marktsituation werden dabei, neben der bereits erwähnten Informationsasymmetrie, vor allem die Sicherung des Grundbedarfes an medizinischen und pflegerischen Leistungen, das Dreiecksverhältnis zwischen PatientIn, Leistungserbringer und Krankenversicherung sowie das große gesellschaftliche Interesse und die politischen Konsequenzen genannt.

Die neo-klassische Ökonomik bietet selbst auch Modellerweiterungen an, um den erwähnten Einschränkungen der Theorie entgegenwirken zu können. Zu nennen sind hier insbesondere das Prinzipal-Agent-Modell, die Spieltheorie und die Neue Institutionenökonomie.

Im *Prinzipal-Agent-Modell* wird der Informationsasymmetrie dadurch begegnet, dass dem/der PatientIn (Prinzipal) ein(e) Gesundheits(wesen)spezialistIn zur Unterstützung beigeordnet wäre (Agent). Zwischen den beiden besteht ein Vertragsverhältnis, dessen Inhalt darin besteht, dass der Agent im Interesse des Prinzipals tätig sein und entscheiden soll (Biesecker/Kesting 2003, 294; Langer 2002, 17). Gegenwärtig ist im Gesundheitswesen jedoch unklar, wer die Agentenrolle für die PatientInnen übernehmen soll. Traditionellerweise war es der Hausarzt. Die Tatsache aber, dass er gleichzeitig Nachfrager und Leistungsanbieter ist, lässt ihn in dieser Rolle immer mehr in die Kritik rücken. Versuche, diese Rolle der Pflege zu übertragen (z. B. nurse prescribers, vgl. u. a. Courtenay/Maynard 2006), dürften aus demselben Grund scheitern. In jüngster Zeit sind auch im deutschsprachigen Raum neue Berufe wie Care oder Case ManagerIn entstanden. Da sie häufig von Krankenkassen eingesetzt werden ist ihre Rolle jedoch auch umstritten. Unabhängige Care oder Case ManagerInnen konnten sich erst in wenigen Spezialgebieten etablieren und dürften sonst auch kaum zu finanzieren sein. Auch die *Spieltheorie* geht von der individuellen Nutzenmaximierung der MarktteilnehmerInnen aus, stellt diese jedoch in einen sozialen Zusammenhang. Der Erfolg des Handelns des einen Marktpartners hängt dabei vom Handeln des anderen Marktpartners ab, d. h. neben das rationale Verhalten tritt Unsicherheit und erfordert somit auch ein vorsichtiges Abwägen möglicher Handlungsweisen des Marktpartners und ein entsprechendes strategisches Handeln (Biesecker/Kesting 2003, 133). In der Arzt-PatientInnen-Beziehung ist dieses Modell jedoch wenig aussagekräftig. PatientInnen müssen davon ausgehen, dass ihnen die Health Professionals helfen, können aufgrund der Informationsasymmetrie die Handlungsalternativen der Health Professionals jedoch kaum einschätzen. Die Zunahme professioneller Standards (Leitlinien, Disease Management Programme usw.) schränken die Handlungsmöglichkeiten der Health Professionals jedoch zunehmend ein. Damit werden sie zumindest für die Leistungsfinanzierer auf dem Expertenmarkt leichter abschätzbar.

Ähnliches gilt aber auch aus der Perspektive der Health Professionals. Die Handlungsalternativen der Krankenversicherer und Finanzierer werden über Tarifsysteme eingeschränkt und abschätzbar. Unsicherheit besteht vor allem bei Neuerungen. Die Forderung nach sozioökonomischer Evaluation und HTA bringen wohl rationale Entscheidungsgrundlagen, denen bei der Festlegung der Leistungskataloge und -finanzierung jedoch erfahrungsgemäß nicht immer gefolgt wird. Schwieriger einzuschätzen sind aus Sicht der Health Professionals die PatientInnen. Deren Rolle im Behandlungs- und Heilungsprozess wird heute neu interpretiert. Sie sind nicht mehr reine Leistungsempfänger, abhängig von Health Professionals, sondern tragen als »Co-ProduzentInnen« der Gesundheit (vgl. u. a. Badura 2002) entscheidend zum Erfolg der Behandlung bei. Die Leistungserbringung erfolgt i. d. R. in einem gemeinsamen Prozess und erfordert das Mitwirken beider Marktpartner. Von Health Professionals ist es jedoch schwierig einzuschätzen, ob sie von den PatientInnen die notwendigen Informationen erhalten und ob sie im notwendigen Maße am Behandlungsprozess mitwirken (Compliance). Damit wird deutlich, dass die Unsicherheit

über Handlungsweisen auf dem Leistungsmarkt ungleich höher ist als auf dem Experten- oder Versicherungsmarkt (vgl. Abb. 1), es aber auf diesem Markt gleichzeitig viel schwieriger ist Regeln aufzustellen, um das Marktverhalten von Health Professional und Patienten zu beeinflussen.

Das Finden und Erklären von dauerhaften Handlungsregeln, die trotz individueller Informations- und sozialer Kooperationsdefizite zu individueller Nutzenmaximierung und gesellschaftlicher Wohlfahrtsoptimierung führt, ist Ziel der *Neuen Institutionenökonomie* (Biesecker/ Kesting 2003, 139; Richter/ Furubotn 2003). Die Regeln sollen die handelnden Individuen darin unterstützen, den individuellen und gesellschaftlichen Vorteil durch Kooperation zu vermehren. Diese Regeln werden »Institutionen« genannt und stabilisieren das Handeln aller MarktteilnehmerInnen. In den vergangenen Jahren konnte eine deutliche Zunahme solcher Regeln beobachtet werden. Verschiedene dieser Regeln sehen vor, die Position der PatientInnen als Marktpartner zu stärken, beispielsweise indem Health Professionals zu Aufklärung und Aufzeigen von Behandlungsalternativen verpflichtet werden. Oder Krankenversicherer versuchen über »Second Opinion-Programme« die Informationslage der PatientInnen zu verbessern und damit deren Handlungsspielraum als Marktpartner zu stärken.

Die philosophischen Grundannahmen dieser Erweiterungen der neoklassischen Ökonomik bleiben jedoch der Utilitarismus und der methodische Individualismus. Aus dem »homo oeconomicus« der traditionellen Neoklassik wird in der Spieltheorie der »homo oeconomicus neumannensis« bzw. der »homo oeconomicus institutionalis« in der neuen Institutionenökonomie (Biesecker/ Kesting 2003, 141). Damit kommt man jedoch wieder zu den Grundproblemen theoretischer Modellbildung, nämlich dass Modelle vereinfachen. Damit können durchaus einige Aspekte erklärt werden, andere jedoch – weil sie nicht ins Modell passen – werden ignoriert (vgl. u. a. Suchanek 2001, 145ff; Biesecker/ Kesting 2003, 141ff; Hoppe 2002, 55ff).

In der Ökonomik werden seit einigen Jahren verschiedene Modellerweiterungen diskutiert, so. u. a. Ansätze der »Humanistic Economics« mit unterschiedlichen Bedürfnisklassen (»dual self«, vgl. Lutz/ Lux 1988), der »Sozio-Ökonomik« (vgl. Etzioni 1988, 1994) oder etwa dem »vorsorgenden Wirtschaftens« (Biesecker/ Mathes/Schön/ Scurell 2000; Thiele 2004). Letzterer Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass Versorgungsökonomie, der »weibliche Zwilling« der Marktökonomie ist, im neo-klassischen Ansatz jedoch ausgespart bleibt (vgl. Abb. 2). Die Versorgungsökonomie bildet jedoch die eigentliche Grundlage für die Marktökonomie, die sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wie auch das Angebot entscheidend beeinflusst. So müssen heute beispielsweise immer wieder aufgrund der zunehmenden Vereinzelung in der Gesellschaft (weniger Ressourcen in der Versorgungsökonomie und in der sozialen Lebenswelt, vgl. Abb. 3) häufig PatientInnen hospitalisiert werden, obwohl dies medizinisch nicht notwendig wäre.

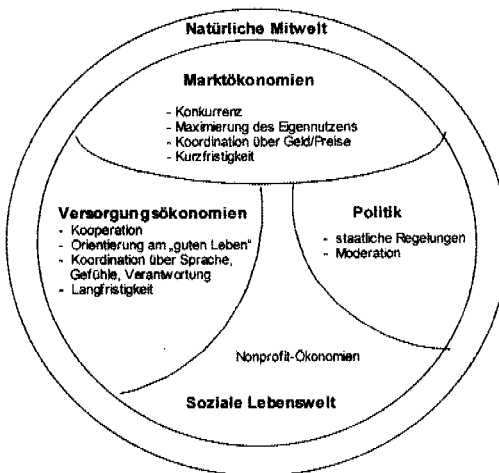
Im Zentrum des »Vorsorgenden Wirtschaftens« steht das »Sorgen« für andere, für künftige Generationen, für die Umwelt und für sich selbst. Ausgangspunkt für das (wirtschaftliche) Handeln sind die Bedürfnisse der anderen in einem konkreten Zusammenhang. Damit verschwindet der rational handelnde »homo oeconomicus« aus der ökonomischen Theorie bzw. er wird relativiert, da der ökonomisch rationale Handlungstyp durch die Sorge/ Vorsorge ergänzt wird. Dies ist gerade im Gesundheitswesen von größter Bedeutung, da die Bereitstellung von Leistungen für kranke

und pflegebedürftige Menschen eine klassische Sorgesituation darstellt und sehr oft unabhängig von der Marktökonomie geschieht (z. B. häusliche Pflege und Betreuung in der Familie). Zudem bestehen häufig existentielle Abhängigkeiten, da PatientInnen und Pflegeabhängige in ihren Handlungsfähigkeiten und Entscheidungen eingeschränkt und die Informationen zwischen sorgender und umsorgter Person asymmetrisch verteilt sind (Jochimsen 2003, 40; Thiele 2004, 222).

Noch einen Schritt weiter geht das Modell der *Mikroökonomik aus sozial-ökologischer Perspektive* (MiSÖP, Biesecker/ Kesting 2003, 175ff). »Vorsorgendes Handeln« behält in diesem Modell die Grundorientierung des Sorgens, wird jedoch auf den Raum der ganzen Ökonomie ausgedehnt. Dazu ist es notwendig, das klassische Modell der Marktökonomie (vgl. Abb. 1) zu erweitern. Die Markt- oder Erwerbsökonomie muss dabei als ein Teil der Gesellschaft gesehen werden, eingebettet in eine natürliche Umwelt und gleichberechtigt mit der sozialen Lebenswelt der Menschen, der Versorgungsökonomie und der Politik (vgl. Abb. 3). Das gemeinsame (ökonomische) Handeln von Menschen basiert dann nicht mehr auf der »strategischen Kooperation« der Spieltheorie mit der Handlungskoordination, dem Preis oder über Verträge bzw. der »verständigen Kooperation« mit der Handlungskoordination über Diskursregeln (vgl. Biesecker/ Kesting 2003, 180f), sondern auf einer »vorsorgend-verantwortlichen Kooperation«. Unterstellt wird dabei, dass es Unterschiede zwischen den handelnden und den abhängigen bzw. den sprachfähigen und den sprachlosen Menschen gibt. Die Koordination basiert allerdings nicht auf Verträgen und Sprache, sondern auch auf Sorge und Verantwortung, basierend auf den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der anderen, wobei die anderen auch nicht-sprachfähige Menschen, künftige Generationen oder die Natur sein können.

Abbildung 3: Die eingebettete Ökonomie

(nach Biesecker/ Kesting 2003, S. 12)



Gerade im Gesundheitswesen ist die Forderung nach einer derartigen Ausweitung des ökonomischen Bezugsrahmens von größter Bedeutung. Die Vorstellung von MiSÖP, dass Unternehmen wie Individuen oder Haushalte keine isolierten

Akteure am Markt sind und dass große Unterschiede zwischen Health Professionals bzw. Betreuenden und PatientInnen bestehen, sind klar und wurden bereits oben diskutiert. Die Handlungsweisen der Beteiligten lassen sich jedoch nur teilweise ökonomisch begründen. Gerade im wenig erforschten Bereich der privaten und häuslichen Pflege reicht die Marktökonomik und ihre Erweiterungen nicht zur Erklärung (Weshalb pflegt jemand die Eltern, auch ohne finanzielle Anreize oder unter Einschränkung der eigenen Erwerbstätigkeit?). Hier kann nur die Versorgungs- und die Non-Profit-Ökonomik befriedigende Erklärungen liefern. Ähnliches gilt auf einer höheren Aggregationsstufe für Unternehmens-Netzwerke und Unternehmens-Kooperationen. Nach der neo-klassischen Logik wäre eine integrierte Versorgung kaum möglich. Akteure auf einem freien Markt haben die Tendenz sich zu »kannibalisieren«, d. h. es besteht ein Verdrängungswettbewerb. Auch »Strategische Kooperationen« (Neo-Klassik, Spieltheorie) dienen häufig nur dazu, Marktanteile zu vergrößern, den Zugang zu neuen Märkten zu verbessern oder auch nationale Vorschriften zu überwinden und damit die eigene Marktmacht zu stärken. Ähnliches kann man der »verständigen Kooperation« (Institutionenökonomie, kommunikatives Handeln) unterstellen. Durch Kommunikation mit verschiedenen Gruppen (z. B. Kunden-Foren), soll etwa die Leistungsqualität oder die Beziehung zu Anspruchsgruppen (z. B. Umwelt-Dialog, Risiko-Dialog) verbessert werden, aber auch mit dem Ziel einer stärkeren Marktposition. Gerade bei dem im Gesundheitswesen beobachteten Informationsgefälle und den eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten der PatientInnen kann dies jedoch leicht zu negativen Folgen führen. Die Bedarfe und Bedürfnisse der (schwachen) Marktpartner PatientInnen müssen in dieser Situation keine Berücksichtigung finden. Eine stärkere Position hätten die Akteure auf dem Expertenmarkt. Allerdings verfolgen die Finanzierer auch ihre eigenen Interessen, die nicht mit jenen der PatientInnen übereinstimmen müssen.

Die vorsorgend-verantwortliche Kooperation sucht hingegen nach ökologischen und sozialen Verbesserungen der Leistungen entlang der Produktlinien und nach Kooperationen in einzelnen Bedürfnisfeldern oder Unternehmenszusammenschlüssen im Rahmen von Regionen, um die gesellschaftliche Belastung zu minimieren und den Nutzen zu vergrößern. Derartige Vorstellungen decken sich nicht nur mit der Informationsasymmetrie und den verschiedenen Abhängigkeiten im Gesundheitswesen, sondern auch mit der Forderung, die Patientenkariere als Ganzes ins Zentrum des Handelns zu rücken und nicht bloß einzelne, ambulante oder stationäre Patientenepisoden.

Literatur

- Badura Bernhard (2002) Verantwortung und Finanzierung im Gesundheitswesen, in: Meggeneder Oskar, Noack Horst (Hrsg.) Integration in der Versorgung und Pflege, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik – Johannes-Kepler-Universität Linz
- Biesecker Adelheid/ Mathes Maite/ Schön Susanne/ Scurell Babette (Hrsg.) (2000) Vorsorgendes Wirtschaften – Auf dem Weg zu eine Ökonomie des Guten Lebens, Kleine, Bielefeld
- Biesecker Adelheid/Kesting Stefan (2003) Mikroökonomik, Oldenbourg Verlag, München-Wien
- Busse Reinhard/ Krauth Christian/ Schwartz Wilhelm (2002) Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: Results for a seven year cohort study in Germany, in: Journal of Epidemiology and Community Health, 56, S. 289-293

- Courtenay Molly/ Maynard Alan (2006) Debate: Nurse prescribing, in: EuroHealth Vol. 12, No. 1, S. 4-7
- Dopfer Kurt (2002) Die Rückkehr des verlorenen Menschen – Wege zum Homo sapiens oeconomicus, in: Fehr E./ Schwarz G. (Hrsg.) Psychologische Grundlagen der Ökonomie, Neue Zürcher Zeitung, Zürich, S. 99-106
- Dubs Rolf (1998) Volkswirtschaftslehre. Eine Wirtschaftsbürgerkunde für höhere Schulen, Paul Haupt Verlag, Bern
- Etzioni Amitai (1988) The moral dimension – towards a new economy, McMillan, London
- Etzioni Amitai (1994) Jenseits des Egoismus-Prinzips – ein neues Bild von Wirtschaftspolitik und Gesellschaft, Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- Fehr Ernst (2002) Über Vernunft, Wille und Eigennutz hinaus – Ansätze zu einer neuen Synthese von Psychologie und Ökonomie, in: Fehr E./ Schwarz G. (Hrsg.) Psychologische Grundlagen der Ökonomie, Neue Zürcher Zeitung, Zürich, S. 11-18
- Fischermann T (2000) Die Bibel der Liberalen – Der Wohlstand der Nationen von Adam Smith, in: Herz W. (Hrsg.) Zeit-Bibliothek der Ökonomie – Die Hauptwerke der wichtigsten Ökonomen, Die Zeit/ Schäffer Poeschl, Stuttgart, S. 1-6
- Geigant Friedrich/ Haslinger Franz/ Sobotka Dieter/ Westphal Horst M. (1994) Rationalverhalten, Lexikon der Volkswirtschaft, S. 764-765
- Hajen Leonhard/ Paetow Holger/ Schumacher Harald (2004) Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, Kohlhammer, Stuttgart
- Hofmarcher Maria/ Rack Herta (2006) Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, European Oservatory/ Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Hoppe Hella (2002) Feministische Ökonomik. Gender in Wirtschaftstheorien und ihren Methoden, Edition Sigma, Berlin
- Jochimsen Maren (2003) Die Gestaltungskraft des Asymmetrischen – Kennzeichen klassischer Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, S. 38-51
- Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.) (2006) Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen – mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb, in: Zukunftsforum Politik, Nr. 76
- Langer Andreas (2002) Doppelte Prinzipal-Agent-Beziehungen in Handlungsstrukturen organisierter sozialer Arbeit. Das Organisationsproblem und die Analyse professionellen Handelns, Diskussionsbeiträge »Kriterien der Gerechtigkeit in Ökonomie, Sozialpolitik und Sozialethik«, Ruhr-Universität Bochum, 1. Jg., Heft 1
- Lutz Mark/ Lux Kenneth (1988) Humanistic economics – the new challenge, Bootstrap Press, New York
- Neumann Manfred (2002) Neoklassik, in: Issing O. (Hrsg.) Geschichte der Nationalökonomie, Vahlen, München (4. Auflage), S. 271-288
- Oberender Peter (2005) Medizin und Ökonomie: kein Widerspruch!, PCO, Bayreuth
- Reich Michael (2002) Public Private Partnerships for Public Health, Harvard, Cambridge
- Rice Thomas (2004) Stichwort: Gesundheitsökonomie – eine kritische Auseinandersetzung, KomPart VerlagsgmbH&CoKG, Bonn/ Frankfurt/ Main
- Richter Rudolf/ Furubotn Eirik G. (2003) Neue Institutionenökonomik, Mohr Siebeck, Tübingen
- Schöffski Oliver/ von Schulenburg Johann-Matthias (2007) Gesundheitsökonomische Evaluationen, Springer Verlag, Berlin
- Starbatty Joachim (2002) Ordoliberalismus, in: Issing O. (Hrsg.) Geschichte der Nationalökonomie, Vahlen, München (4. Auflage), S. 251-270
- Stiglitz Joseph (2004) Die Schatten der Globalisierung, Goldmann, München (3. Auflage)
- Suchanek Andreas (2001) Ökonomische Ethik, UTB/ Mohr Siebeck, Tübingen
- Thiele Günter (2004) Ökonomik des Pflegesystems, Economica Verlag, Heidelberg
- Von Werlhof Claudia (2007) Alternativen zur neoliberalen Globalisierung oder Die Globalisierung des Neoliberalismus und seine Folgen, Picus, Wien
- http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab1.shtml
- <http://www.solidaritaet.com/neuesol/2003/22/col2.htm>

Anmerkungen

- 1 Unter Ökonomik wird im Folgenden die Lehre der Wirtschaft verstanden, unter Ökonomie die Wirtschaft selbst. (Vgl. auch Hoppe 2002; Biesecker/ Kesting 2003)
- 2 Suchanek (2001) vergleicht dies mit reduzierten Erklärungsmodellen in anderen Bereichen, wie etwa in der Medizin. Das Modell des Blutkreislaufes vernachlässigt viele Aspekte, ist aber dennoch für die Diagnostik und die Therapieentwicklung bei Kreislaufproblemen geeignet (pragmatische Reduktion).

Ich bin dabei...
 ...weil wir gemeinsam
**mehr erreichen
 können.**

Die Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier (GPA-DJP) verhandelt jährlich Löhne und Gehälter in mehr als 150 Branchen und bietet ihren Mitgliedern einen umfangreichen arbeitsrechtlichen Schutz.

Es gibt vieles, für das es sich lohnt,
organisiert zu sein.

GPA-DJP-Mitglieder haben's besser. Überzeugen Sie sich selbst:
www.gpa-djp.at

GPA djp
 GEWERKSCHAFT DER PRIVATANGESTELLTEN
 DRUCK - JOURNALISMUS - PAPIER