

Georg Marckmann
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Wie viel Markt verträgt das Gesundheitssystem? Von Hippokrates zur Private Equity

IQWiG-Herbstsymposium „Kommerzialisierung im
Gesundheitswesen – Zeit für Kosten-Nutzen-Bewertungen?“

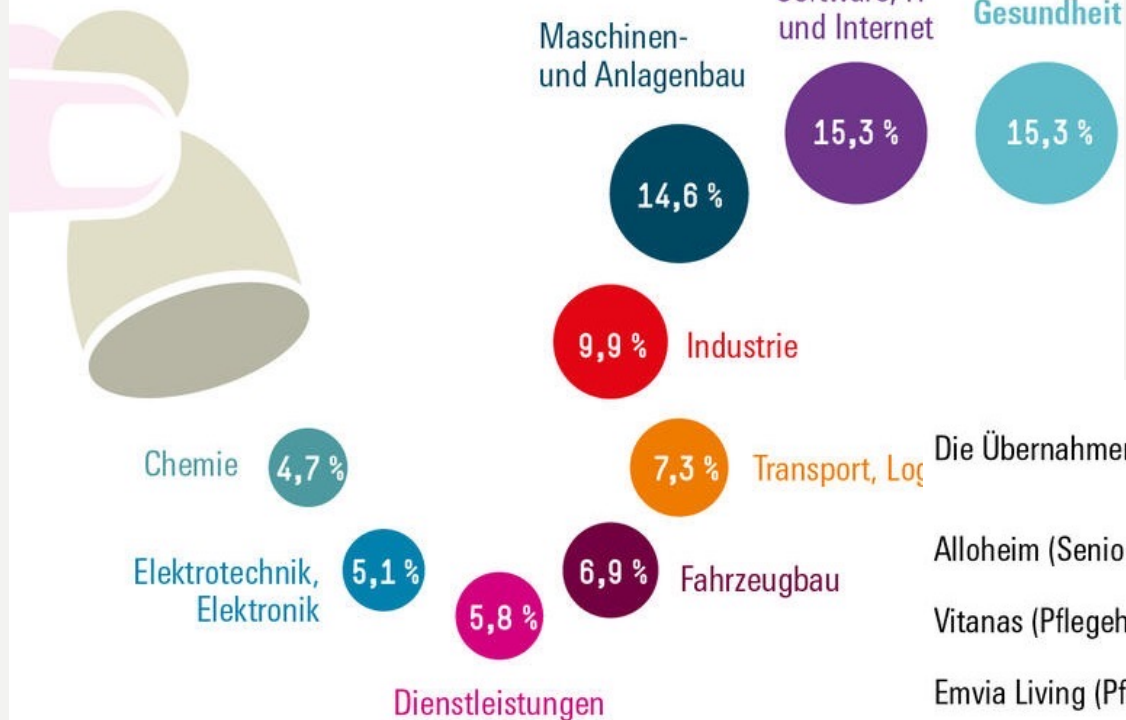
Köln, 26. November 2021



- Gesundheitssystem in D: Mix aus marktlichen und regulativen Elementen
 - Markt: Leistungserbringer, Pharmazeutische Industrie, etc.
 - Regulierung: SGB V & weitere Verordnungen, v.a. Finanzierung, zudem Anbieterregulierung, Preisregulierung, etc.
- Zunehmende Privatisierung im Krankenhaussektor (37,8% in 2008)
- Trend: zunehmende Investitionen durch private Kapitalgeber
- ⇒ **Private Equity** – privates Beteiligungskapital außerhalb regulierter Kapitalmärkte ⇒ **Private-Equity-Gesellschaften, PEG** (rechtlicher Sitz oft in Offshore-Finanzzentren)
- ⇒ Ziel der Anlage-Strategie: hohe Rendite ⇒ Unternehmen mit stabilem Cashflow, Buyouts (3-5 Jahre)
- ⇒ Zunehmendes Interesse am Gesundheitssektor: v.a. Pflegeheime/-dienste, (ambulante) Facharztversorgung/MVZ (u.a. Zahnmedizin, Augenheilkunde, Radiologie) (Scheuplein et al. 2019)
 - Bain & Cinven: 4 Mrd. \$ für Mehrheit an Stada, Nordic Capital 1,5 Mrd. \$ bei Alloheim Senioren Residenzen
- ⇒ **Wie sind diese *marktorientierten* Entwicklungen *ethisch* zu bewerten?**



Sie kauften Unternehmen aus den Branchen ...



Quelle: Hans-Böckler-Stiftung

<https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-gesundheitsbranche-im-visier-4450.htm>

Die Übernahmen mit den meisten betroffenen Arbeitnehmern waren ...





- **Markt:** Zusammentreffen von *Angebot* und *Nachfrage* ⇒ Tauschbeziehungen (Tauschmittel: i.d.R. Geld)
- ⇒ **Preis**(bildung) spielt zentrale Rolle: u.a. Knappheitsindikator, Lenkung von Angebot und Nachfrage
- *Freier* Markt: Marktpartner sind frei, insbesondere hinsichtlich Preisgestaltung
- Häufig: *Regulierter* Markt: Behördliche Eingriffe, u.a. Preisgestaltung, Marktzutritt, Kartellbildung etc.
- Markt ist ein attraktiver Verteilungsmechanismus bei **funktionierendem Wettbewerb** (Preis & Qualität)
 - ⇒ Effiziente Produktion der Güter
 - ⇒ Verteilung nach den Präferenzen der Konsumenten
 - (Ohne aufwändigen Allokationsalgorithmus!)
- Ökonomische & ethische Argumente sprechen gegen eine rein marktliche Verteilung von Gesundheitsressourcen



- Markt für **Krankenversicherungen**
 - Asymmetrische Information über Krankheitsrisiken → adverse Selektion
 - Trittbrettfahrerverhalten
 - Risikoselektion durch Versicherungen
 - Markt für **Gesundheitsleistungen**
 - Eingeschränkte Konsumentensouveränität (Informationsdefizit, existentielle Notlage)
 - Unvollkommene Markttransparenz (keine ausreichende Information über Preise und Qualität)
 - Uno-actu-Prinzip: Erstellung und Konsum der Güter fallen zusammen
 - Positive externe Effekte (Impfungen, Bekämpfung ansteckender Erkrankungen)
- ⇒ Können z.T. durch Regulierung kompensiert werden



- Was unterscheidet Gesundheit von anderen Gütern?
- Gesundheit = menschliches Grundgut \Rightarrow **transzendentes** Gut
- Norman Daniels (Just health, 2008)
 - Allgemeiner, gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung +
 - gerechte Verteilung knapper Gesundheitsgüter +
 - Nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit (z.B. sozioökonomischer Status)
 - \rightarrow Voraussetzung für **Chancengleichheit** (Theorie der Gerechtigkeit v. J. Rawls)
- \Rightarrow Jeder/jede sollte – unabhängig vom Einkommen – einen Zugang zur Gesundheitsversorgung + Gewährleistung nichtmedizin. Voraussetzungen für Gesundheit
- \Rightarrow Argument für eine **solidarisch finanzierte, allgemeine medizinische (Grund-)Versorgung** + Ausgleich sozioökonomische bedingter Ungleichheiten der Gesundheitschancen
- \Rightarrow vgl. die Erfahrungen in den USA: (stärker) marktorientiertes Gesundheitssystem \Rightarrow hohe Anzahl nicht bzw. unterversicherter Menschen



- Gesundheitssektor konkurriert mit anderen öffentlich finanzierten Bereichen um begrenzte Finanzmittel
- Finanzielle Herausforderungen durch Innovationen und demographischen Wandel \Rightarrow Ausgaben \uparrow , Einnahmen \downarrow
 - \Rightarrow Begrenzung der Gesundheitsausgaben ethisch geboten
 - \Rightarrow Markt kennt keine Ausgaben-Obergrenzen
 - \Rightarrow vgl. USA: mit über 17% BIP höchste Gesundheitsausgaben weltweit
- Leitbild: Regional abgestimmte, bedarfsorientierte patientenzentrierte Versorgung
 - \Rightarrow durch einen freien Markt von Leistungserbringen & Versicherern realisierbar?
 - \Rightarrow Private Anbieter investieren vor allem in finanziell lukrativen Bereichen („cherry picking“) \Rightarrow eher unwahrscheinlich!



- Bei *vollkommenem* Wettbewerb ist der Markt ein attraktiver Verteilungsmechanismus
 - Im Gesundheitswesen sprechen ökonomische (Marktversagen) und ethische (transzendentes Gut Gesundheit) Argumente gegen eine rein marktorientierte Organisation der Gesundheitsversorgung
 - Leitfrage: Wo kann durch Regulierung ein *funktionierender Preis- und Qualitäts-Wettbewerb* realisiert werden? 🤔
- ⇒ Dort verträgt das Gesundheitssystem Markt(elemente)!

- Qualitäts-Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im GKV-System schwer zu realisieren
 - Leistungsumfang: regulierter Leistungskatalog der GKV
 - KK können die Qualität der Leistungserbringung nur eingeschränkt gestalten
- Wettbewerb beim Verkauf von Medikamenten zwischen Pharmazeutischen Unternehmen fehlt weitgehend
 - Staatlich garantiertes Monopol durch Patentschutz
 - ⇒ Keine Konkurrenz ⇒ kein Wettbewerb
 - ⇒ Preiskontrolle/-verhandlungen unverzichtbar (sonst Monopolpreise!)
 - ⇒ **Kosten-Nutzen-Bewertung** als hilfreiche Grundlage: Macht die Opportunitätskosten transparent
 - ⇒ Voraussetzung für gut begründete Allokation begrenzter Gesundheitsressourcen!
- Wettbewerb zwischen Krankenhäusern eingeschränkt möglich
 - Unvollständige Transparenz der Qualität
 - Quasi Monopolstrukturen in ländlichen Gebieten
 - Stark eingeschränkte Konsumentensouveränität

Mögliche *positive* Effekte

- Entwicklungspotenziale durch das externe Kapital: Innovationen, neue Technologien
- Effizienzgewinne durch Kostensenkungen
 - Zentralisierung von Einkauf, Verpflegung, Reinigung, Outsourcing
- Professionelleres Management?

Mögliche *negative* Effekte

- Finanzinvestoren haben kurzfristige finanzielle Interessen (⇒ Profitmaximierung), nicht nachhaltige Entwicklung der Unternehmen
- ⇒ Verlust der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen?
- Die Gewinne werden nicht reinvestiert, sondern dem Gesundheitssektor entzogen (⇒ Cayman Inseln.... 😏)
- ⇒ Vertretbare Verwendung der solidarisch aufgebrauchten Beiträge??
- Negative Auswirkungen auf das Personal: z.B. Personalreduktion, keine Bindung an Tarifverträge
- Konzentration, verringerter Wettbewerb (Scheffler et al. 2021)

- Versorgungsqualität
 - US N/H: schlechtere Qualität, v.a. durch Personalreduktion, bei höheren Kosten! (Braun et al. 2021, Gupta et al. 2021)
 - Andere Anbieter (Facharztzentren, KH): keine systematische Evidenz (Scheffler et al. 2021)
 - Private KH-Träger: Europäisches Review von Kruse et al. 2017: Evidenz zu divers für Schlussfolgerung
- Effizienz – private KH-Träger
 - Europ. Review Kruse et al. 2017: öffentliche KH mind. so effizient wie private KH
 - Tiemann & Schreyögg 2012: vorübergehender 2,9-4,9% Effizienzanstieg in den ersten drei Jahren, v.a. durch (nichtärztliche) Personalreduktion
 - Tiemann & Schreyögg 2009: Öffentliche KHs waren effizienter, Wettbewerbsdruck reduziert Effizienz!
- Beitrag zu bedarfsorientierter, regionaler Versorgung?
 - Eher unwahrscheinlich: PEGs investieren in profitablen Bereichen
 - Kein inhaltliches Interesse an guter Patientenversorgung!
 - „Konzeptioneller Mismatch“ – ethisch nicht akzeptabel!



Verschiedene Argumente sprechen *gegen* PEGs im Gesundheitssektor

- PEGs: ausschließlich gewinnorientiert \Rightarrow kein Interesse an bedarfsorientierter, nachhaltiger Weiterentwicklung der Versorgung
- PEGs entziehen dem Gesundheitssektor solidarisch aufgebrauchte Finanzmittel \Rightarrow keine Reinvestition der Gewinne
- Versorgungsqualität: Verschlechterung in Pflegeeinrichtungen, kaum systematische Evidenz für andere Bereiche
- Effizienzgewinne: empirisch nicht belegt, möglicherweise nur vorübergehend
 - Negative Auswirkungen auf die Beschäftigten durch Personalreduktion & fehlende Tarifverträge?

„**Sensitivitätsanalyse**“: Änderung der ethischen Bewertung bei nachgewiesenen Vorteilen für Qualität & Effizienz der Versorgung?

- Nur wenn: vergleichbare Qualität & Effizienz von öffentlichen & privaten, nicht gewinnorientierten Trägern *nicht* erreichbar ist, *und*
- die Effizienzvorteile die abgezogenen Gewinne mindestens kompensieren

Ökonomisierung diesseits von Private Equity?

„Längst hat vor allem in den Kliniken ein Denken eingesetzt, das stärker vom Managementdenken als vom medizinischen Denken geprägt ist.“ [A804]

GESUNDHEITSWESEN

Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?

Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin

Giovanni Maio

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 16 | 20. April 2012

Kostendruck ist nicht Folge frei wirkender ökonomischer Kräfte, sondern *politischer* Vorgaben!

- (1) Politischer Grundsatz der Beitragssatzstabilität \Rightarrow begrenzt verfügbare Finanzmittel in der GKV
- (2) Freie Preisbildung bei Produktionsfaktoren (Löhne, Arzneimittel, Energiekosten, ...) \Leftrightarrow Regulierte Abgabepreise der KH, Budgetierung (ökonomisches Prinzip des Kosten-Preis-Zusammenhangs eliminiert!)
- (3) Duale Finanzierung: unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder \Rightarrow schränkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der KH ein, KH müssen Investitionen aus DRG
- (4) Überkapazitäten (Landeskrankenhauspolitik)
- (5) Bekannte Fehlanreize der DRGs werden nicht korrigiert!
 \Rightarrow **Primäre Ursache: Politikversagen, nicht Dominanz ökonomischer Rationalität!**
 \Rightarrow Resultat: problematische Dominanz *betriebswirtschaftlicher* Überlegungen in den Einrichtungen!

- Markt mit *funktionierendem Wettbewerb* ⇒ attraktiver Verteilungsmechanismus
- Grenzen des Marktes im Gesundheitswesen:
 - Ökonomisch: Marktversagen
 - Ethisch: Gesundheit als Voraussetzung für Chancengleichheit
 - ⇒ Regulierung erforderlich!
 - ⇒ Leitbild: *bedarfsorientierte, regional abgestimmte, patientenzentrierte Versorgung*
- Private Equity Gesellschaften (PEG) & Private, profitorientierte Träger
 - Konzeptionell: Rendite, nicht bedarfsorientierte Versorgung der Patienten
 - ⇒ „konzeptioneller Mismatch“
 - Keine nachgewiesenen Vorteile für Qualität und Effizienz der Versorgung, Nachteile in Pflegeeinrichtungen (USA)!
 - Keine Re-Investition von Gewinnen ⇒ Verlust solidarisch aufgebracht Mittel
 - ⇒ *Ethisch nicht vertretbar!*
 - (Bei Vorteilen: Management & Organisation öffentlicher Träger verbessern!)
- Cave: Es gibt nicht nur Marktversagen, sondern auch Politikversagen!



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Kontakt:

marckmann@lmu.de

