

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

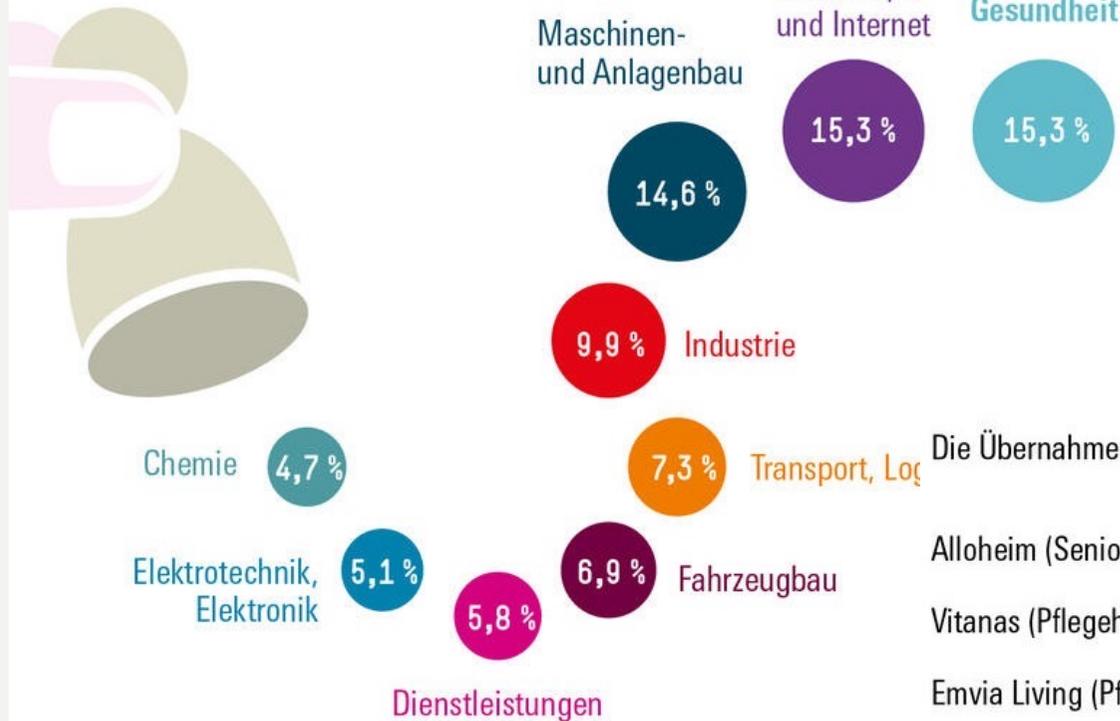




- Gesundheitssystem in D: Mix aus marktlichen und regulativen Elementen
  - Markt: Leistungserbringer, Pharmazeutische Industrie, etc.
  - Regulierung: SGB V & weitere Verordnungen, v.a. Finanzierung, zudem Anbieterregulierung, Preisregulierung, etc.
- Zunehmende Privatisierung im Krankenhaussektor (37,8% 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?**



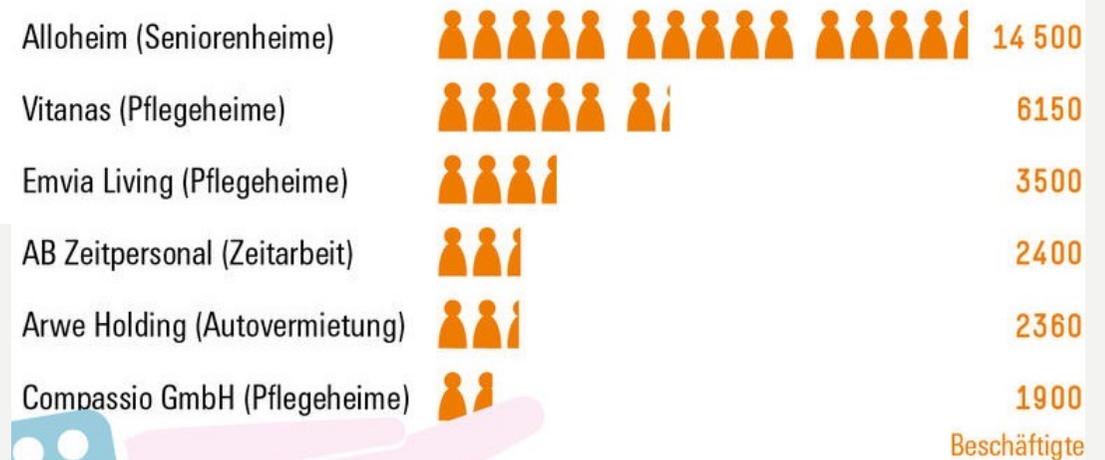
Sie kauften Unternehmen aus den Branchen ...



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 ⇒ **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)
    - Voraussetzung für **Chancengleichheit** (Theorie der Gerechtigkeit v. J. Rawls)
- ⇒ Jeder/jede sollte – unabhängig vom Einkommen – einen Zugang zur Gesundheitsversorgung + Gewährleistung nichtmedizin. Voraussetzungen für Gesundheit
- ⇒ Argument für eine **solidarisch finanzierte, allgemeine medizinische (Grund-)Versorgung** + Ausgleich sozioökonomische bedingter Ungleichheiten der Gesundheitschancen
- ⇒ vgl. die Erfahrungen in den USA: (stärker) marktorientiertes Gesundheitssystem ⇒ 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 ⇒ begrenzt verfügbare Finanzmittel in der GKV
- (2) Freie Preisbildung bei Produktionsfaktoren (Löhne, Arzneimittel, Energiekosten, ...) ⇔ Regulierte Abgabepreise der KH, Budgetierung (ökonomisches Prinzip des Kosten-Preis-Zusammenhangs eliminiert!)
- (3) Duale Finanzierung: unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ⇒ schränkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der KH ein, KH müssen Investitionen aus DRG
- (4) Überkapazitäten (Landeskrankenhauspolitik)
- (5) Bekannte Fehlanreize der DRGs werden nicht korrigiert!  
⇒ **Primäre Ursache: Politikversagen, nicht Dominanz ökonomischer Rationalität!**  
⇒ 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](mailto:marckmann@lmu.de)

