

# Ökonomie erklärt den Frust der Ärzte

Was ist der optimale Vertrag unter verschiedenen realen Bedingungen? Für ihre Forschung zur „Contract Theory“ sind Oliver Hart und Bengt Holmström jetzt mit dem Wirtschafts-Nobelpreis ausgezeichnet worden. Ihre Arbeiten haben unmittelbare Relevanz für Ärzte, die Medizin und die Gesundheitsversorgung.

VON HELMUT LASCHET

**STOCKHOLM.** Medizin und Ökonomie – das verhält sich wie Feuer und Wasser. Viele Ärzte glauben das – und haben dabei nicht ganz Unrecht. In gewisser Weise bekommen sie Unterstützung von zwei Wirtschaftswissenschaftlern, dem gebürtigen Engländer Oliver Hart, der an der Harvard University lehrt und forscht, und dem gebürtigen Finnen Bengt Holmström, der am Massachusetts Institute of Technology arbeitet.

Schwerpunkt ihrer Forschung ist die Kontrakttheorie, die Ausgestaltung von Verträgen unter verschiedenen realen Bedingungen, Kontrollmöglichkeiten und Unsicherheit.

## Das Problem des „Moral Hazard“

Verträge begleiten uns durch unser ganzes Leben. Bestes Beispiel dafür ist die Krankenversicherung. Vor allem die private Krankenversicherung, die mit einer Fülle verschiedener Tarife aufwartet. Ähnlich wie bei der Autoversicherung arbeiten die PKV-Tarife mit den unterschiedlichsten Leistungsbeschränkungen und Selbstbeteiligungen, obgleich es aus Sicht des Versicherten ideal wäre, in jedem Krankheitsfall vollen Versicherungsschutz zu haben. Ein Grund ist „Moral Hazard“, die Ausnutzung des Systems durch Unvorsichtigkeit, Eigennutz und Mangel an Eigenverantwortung. Der zweite Grund ist: Das Verhalten des Versicherten ist für den Versicherer unsichtbar – es kann nicht kontrolliert werden, denn niemand möchte eine Gesundheitspolizei.

Eine ähnliche Überlegung gilt für die Ausgestaltung von Arbeitsverträgen. Zunächst einmal dürfte es in den meisten Fällen so sein, dass es für den Arbeitgeber leichter als für den Arbeitnehmer ist, Risiken zu übernehmen. Wenn dann der Beschäftigte im Interesse beider Seiten seinen Dienst versieht, bedarf es keiner weiteren In-

centives. Ein Fixgehalt ist in diesem Fall die beste Lösung. Ein Interessenkonflikt kann aber dann entstehen, wenn der Arbeitgeber die Arbeitsleistung seines Mitarbeiters nicht hinreichend beobachten kann.

## Fixgehalt oder Einzelleistung?

Das lässt sich übertragen auf die Honorarverträge zwischen Kassen und Ärzten. Würden die Kassen den Ärzten monatliche Fixgehälter bezahlen, ohne dass sie denen in die Praxen schauen könnten (was in der Tat nicht möglich ist), würden sich wahrscheinlich lange Warteschlangen vor den Praxen bilden. So sehen die Gebührenordnungen grundsätzlich die Honorierung von Einzelleistungen vor. Ein Anreiz für die Ärzte, möglichst viel Input zu leisten. Zumindest in der gesetzlichen Krankenversicherung hat dies eine Korrekturbewegung des Gesetzgebers ausgelöst, nicht zuletzt deshalb, weil Ärzte mit ihrer Diagnostik und ihren Ermessensspielräumen auch ihr Leistungsvolumen (und damit ihr Honorar) beeinflussen können. Aus diesem Grund sind aktuell große Teile des Honorars in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gedeckelt, nur ein kleinerer Teil wird extrabudgetär nach Einzelleistung ausbezahlt. Teile ärztlicher Verrichtungen werden nur pauschal und nicht entsprechend dem tatsächlichen Arbeitsaufwand vergütet.

Das ist natürlich nicht befriedigend – nicht für Ärzte, auch nicht unbedingt für Patienten, denen daran gelegen ist, wieder gesund zu werden. Also ist es schon der ersten Überlegung Wert, ob die Bemühungen von Ärzten nicht allein nach dem Arbeitsinput, sondern auch nach dem Ergebnis honoriert werden sollten – und damit beginnt die Debatte um Pay for Performance. Ein Dauerthema auf gesundheitspolitischen Symposien.

Dass Pay for Performance in der Medizin (noch) nicht Realität ist und auch brandgefährlich sein kann, dafür liefern die Forschungsarbeiten von Holmström gute Argumente.

## Pay for Performance – Vorsicht!

Explizit untersucht hat er das bei der Incentivierung von Lehrern: Wird das Gehalt eines Lehrers beispielsweise abhängig gemacht von den Noten seiner Schüler – was leicht zu messen ist –, dann wird der Lehrer wahrscheinlich zu wenig Zeit auf die Entwicklung solcher Fähigkeiten seiner Schüler verwenden, die relativ schwer zu messen sind, wie zum Beispiel Kreativität und unabhängiges Denken.

Übertragen auf die Medizin: Bevorzugt würden Fächer, in denen Ergebnisqualität sich leichter messen las-

## Bengt Holmström

- **Geboren 1949** in Helsinki
- **Studium** der Wirtschaftswissenschaften; er schrieb seine Doktorarbeit 1978 an der Stanford Universität
- **Paul A. Samuelson Professor** of Economics and Management am Massachusetts Institute of Technology in Cambridge



© HEIKKI SAUROKAMAA / DPA

## Oliver Hart

- **Geboren 1948** in London
- **Studium** der Wirtschaftswissenschaften; er schrieb seine Doktorarbeit 1974 an der Princeton University
- **Andrew E. Furer Professor** of Economics an der Harvard University in Cambridge



© EPACJ GUNTHER / DPA

sen, beispielsweise in der Chirurgie; benachteiligt wären Fächer wie Psychiatrie, Psychotherapie oder Geriatrie. Vor allem könnte das auch eine Patientenselektion provozieren, zum Beispiel in solche mit guter und schlechter Compliance. Für die Versorgung von Typ-2-Diabetikern wäre dies eine Katastrophe. Auch ältere multimorbide Patienten wären in einem Pay-for-Performance-System ein schlechtes Risiko.

Nach der Theorie von Holmström war also der Gesetzgeber gut beraten, bei der Krankenhausstrukturreform im vergangenen Jahr sehr behutsam und modellhaft für wenige Indikationen in eine Pay-for-Performance-Vergütung für die Krankenhäuser einzusteigen. Zum einen deshalb, weil die

Leistungs- und Qualitätstransparenz ausgesprochen unbefriedigend ist, zum zweiten, weil vermieden werden muss, dass es zu einer Risikoselektion zu Lasten von Patienten kommt. Bevor eine derartige Vergütungsmethode eingeführt wird, bedarf es zunächst zuverlässiger Instrumente der Risikoadjustierung.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Beschäftigte in Unternehmen, aber auch Ärzte, nicht als Einzelkämpfer arbeiten. Der Erfolg eines Arztes hängt auch von seinem Team ab, erst recht, wenn er in einer Gemeinschaftspraxis, in einem MVZ oder im Krankenhaus arbeitet. Die Arbeitsergebnisse hängen ab von einer Gruppe von Individuen, von denen manche versucht sein könnten, sich auf Kosten der Kollegen vor der Arbeit zu drücken. Werden in diesem Team Incentives gleichmäßig auf alle verteilt, dann werden die Anstrengungen insgesamt niedrig sein. Das spricht für eine Differenzierung der Incentives, erfordert aber Kontrolle.

## Die Folgen der Privatisierung

Holmströms Kollege, der aus London stammende Oliver Hart, ist außerdem der Frage nachgegangen, welche Risiken mit der Privatisierung öffentlicher Einrichtungen – Schulen, Gefängnisse oder Krankenhäuser – einhergehen können. Er unterstellt, dass das Management einer privatisierten Wohlfahrtseinrichtung zwei Handlungsmöglichkeiten hat: einerseits die Stärkung der Qualität, andererseits die Senkung der Kosten zu Lasten der Qualität.

Empirisch konnte Hart nachweisen, dass die Incentivierung zur Kostensenkung meist sehr stark ausgeprägt war – zu Lasten der Qualität. Ein Grund liegt darin, dass Kostensenkungen ebenso wie -erhöhungen unmittelbar messbar sind und sich als Ergebnis niederschlagen – Qualitätsveränderungen mehr Zeit brauchen und schwierig zu messen sind.

Selbst in dem privatwirtschaftsgläubigen Amerika hat man daraus Schlussfolgerungen gezogen: Das Justizministerium hat seine Politik der Privatisierung von Gefängnissen revidiert.

Was lehrt uns die Kontrakttheorie für die Gesundheitspolitik: Eine einzige richtige Lösung gibt es nicht. Verträge sind auf die Zukunft gerichtet und müssen Unsicherheiten berücksichtigen. Die Zeiten und die Umstände ändern sich, Marktgewichte verschieben sich. Incentives können nützlich sein, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen haben. Das Honorarsystem, das die Ärzte glücklich macht, wird es nicht geben.