

Kapitel I.3

Finanzielle Steuerung/Marktsteuerung

Bereits 1990 sprach sich der neoliberale Thinktank des Gesundheitsministeriums, der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (heute »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) in seinem Jahresgutachten für die Einführung eines Preissystems aus: »Bei einem Preissystem werden für bestimmte Leistungen im Voraus vereinbarte Entgelte oder Preise gezahlt. Die Differenz zwischen den Kosten der Leistungserstellung und der Vergütung verbleibt im Krankenhaus als Gewinn oder als Verlust. Bei einem für alle Anbieter einheitlichen Preis entstehen Gewinne, die für denjenigen Anbieter am größten sind, der die Leistungen am wirtschaftlichsten erbringt.« (S. 146)

- ▶ **»Preissteuerung« / »Marktsteuerung« / »finanzielle Steuerung« sind Synonyme für die zunehmende Ökonomisierung und Kommerzialisierung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge.**

Die neoliberale Wirtschafts- und Gesellschaftstheorie bekennt sich offen zu dieser Entwicklung. Die meisten Menschen in dieser Gesellschaft haben aber weiterhin Probleme mit der »Gesundheit als Ware«. Sie wollen die Einrichtungen der Daseinsvorsorge und die erkämpften Solidarsysteme erhalten. Ihnen wird eingeredet, dass mehr Markt und Wettbewerb gerade deshalb notwendig seien, um die Solidarsysteme zukunftsfähig zu machen und um sie langfristig zu sichern. Sicherung der Solidarität durch mehr Konkurrenz? Das geht schon logisch nicht zusammen. Es lässt sich aber auch sachlich (und praktisch) nachweisen, dass Markt und Wettbewerb die Sargnägel unserer Solidarsysteme sind.

Ökonomisierung ist »die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren« (Wikipedia).

Ökonomisierung ist etwas anderes als Wirtschaftlichkeit. Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar mit dem Patientenwohl und mit Solidarsystemen. Wirtschaftlichkeit verstanden als:

- Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- sparsame Mittelverwendung (keine Verschwendung)

► **Drei Charakteristika von Solidarsystemen**

Einrichtungen der Daseinsvorsorge (z.B. die Gesundheitsversorgung) sind wichtige Bestandteile der Solidarsysteme. Diese haben drei markante Charakteristika:

- Jeder bekommt nach seinem Bedarf, auch wenn er nicht über die notwendigen Geldmittel verfügt.
- Jeder gibt (zahlt ein) nach seinen finanziellen Ressourcen, auch wenn er dafür keine Gegenleistung bekommt.
- Solidarsysteme dienen besonders dem Schutz der sozial und ökonomisch Benachteiligten und bauen auf Inklusion (Einschluss), nicht auf Exklusion (Ausgrenzung).

Wenn diese Charakteristika Solidarsysteme auszeichnen, wäre vordringlichste Aufgabe jeder Politik, den jeweiligen Bedarf zu erfassen, die zu erbringenden Leistungen an diesen Bedarf anzupassen und dafür zu sorgen, dass alle entsprechend ihrem Bedarf die notwendigen Leistungen erhalten und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der bedarfsgerecht erbrachten Leistungen beteiligt werden.

In der politischen Diskussion wird jedoch unisono von Arbeitgeber*innen, Regierung und allen anderen neoliberalen Gralshütern des Wettbewerbs behauptet, dass dies am besten durch die »unsichtbare Hand des Marktes« gewährleistet werde. Wettbewerbs- und Marktorientierung sollen quasi automatisch dazu führen, dass sowohl die Leistungen als auch die Gelder bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden (hohe Nachfrage – hohes Angebot; niedrige Preise durch Konkurrenz um Kunden usw.).

► **Marktmechanismen sind ungeeignet zur Steuerung von Solidarsystemen**

Betrachtet man die bisherigen Erfahrungen mit einer Wettbewerbsordnung für Solidarsysteme, sind zumindest Zweifel angebracht, ob der Markt es wirklich »richten«

wird. Gegen Markt und Wettbewerb als Steuerungsinstrumente sprechen zumindest folgende grundsätzliche Überlegungen:

- Marktsteuerung richtet sich primär nicht am Bedarf, sondern an der zahlungsfähigen Nachfrage aus.
- Eine Übereinstimmung zwischen Bedarf und zahlungsfähiger Nachfrage gibt es, wenn überhaupt, nur zufällig.
- Im Normalfall klaffen der Bedarf und die zahlungsfähige Nachfrage zumindest in Bezug auf Gesundheit und Sozialleistungen deutlich auseinander.
- Markt bedeutet auch einen ständigen Zwang zum Wachstum, um aus dem kapitalistischen Wettbewerb als Gewinner hervorzugehen, obwohl das für die Daseinsvorsorge weder notwendig noch sinnvoll ist.
- Marktsteuerung ist das Gegenteil von demokratischer Planung und Organisation, die eigentlich für Einrichtungen der Daseinsvorsorge zwingend notwendig ist.

Marktsteuerung führt in der Konsequenz also im einen Fall zu einer deutlichen Unterversorgung in all den Bereichen und für all die Menschen, die nicht die notwendigen finanziellen Mittel, aber einen hohen Bedarf an Gesundheitsversorgung haben – also zur Patient*innenselektion, zu Exklusion. Hier wirkt das doppelte Paradox, dass diejenigen, die sozial schlechter gestellt sind, also weniger Geld haben, um sich Gesundheit kaufen zu können, eigentlich in wesentlich höherem Maß Gesundheitsleistungen benötigen, weil sie kränker sind als die Reichen. Alle wesentlichen Volkskrankheiten treten sozial ungleich verteilt auf. Menschen, die sozial schlechter gestellt, schlechter ausgebildet, ärmer sind und schlechtere Arbeitsbedingungen haben, sind deutlich kränker und sterben früher als Bessergestellte.

Auf der anderen Seite führt Marktsteuerung zu Überversorgung und Verschwendung überall, wo Geld zu machen ist und wo eine zahlungsfähige Nachfrage besteht. Dies gilt auch in all den Fällen, in denen schon im jetzigen System finanzielle Steuermittel eingesetzt werden und deswegen mit der Behandlung von Patient*innen (ob nötig oder unnötig) Geld verdient werden kann. Dies trifft in Krankenhäusern etwa bei der Abrechnung von Kniegelenksoperationen, Kaiserschnitten oder Herzkathetern zu, weil diese äußerst lukrativ sind – allerdings ist Überversorgung für die betroffenen Patient*innen kein Luxus, sondern Körperverletzung und damit ein Gesundheitsrisiko.

Dies trifft aber auch für die Einzelleistungsvergütung bei den niedergelassenen Ärzt*innen zu, bei der es sich lohnt, dem einzelnen Patienten möglichst viele Leis-

tungen angedeihen zu lassen.⁶ Dies ist besonders ausgeprägt bei den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).⁷

Verschwendung ist aber auch der aberwitzige Aufwand, der inzwischen getrieben werden muss, um die Preise für die jeweilige Behandlung zu ermitteln, zu begründen, zu überwachen, in Rechnung zu stellen, von Seiten der Krankenkassen nochmal zu überprüfen, Einsprüche der Kassen zurückzuweisen usw. Einerseits nimmt die Arbeitsbelastung der Ärzt*innen und Pflegekräfte durch Dokumentation und Verwaltungsaufgaben massiv zu und sie haben noch weniger Zeit für die Patient*innen, andererseits müssen Legionen von Medizinischen Dokumentationsassistenten, Medizincontroller*innen, normalen Controller*innen, ein Medizinischer Dienst der Krankenkassen, ein ganzes Bundesinstitut zur Berechnung der Preise finanziert werden – menschliche Ressourcen und Gelder, die alle von der Patientenversorgung abgehen, ohne im Ergebnis die Versorgung bedarfsgerecht zu steuern oder zu verbessern.

► **Unterversorgung und Verschwendung – notwendige Konsequenz von Markt und Wettbewerb**

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat diese Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2000 mit den Begriffen Über-, Unter- und Fehlversorgung charakterisiert. Er hat dies jedoch nicht auf das bereits vorhandene Wirken von Wettbewerbsmechanismen zurückgeführt, sondern als Begründung dafür benutzt, noch mehr Wettbewerbsmechanismen zur Heilung dieser Fehlentwicklungen zu fordern.

Ein solches Vorgehen bedeutet aber, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben: Markt und Wettbewerb führen nicht zu einer Reduzierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, sondern zu einer Verschärfung dieser Problematik. Marktsteuerung verursacht also eine massive Fehlallokation von Leistungen und Geldmitteln und sie verursacht in der Konsequenz auch eine Ausgrenzung all derer, die die Solidarsysteme besonders nötig haben.

6 Die Möglichkeiten »in die Menge zu gehen«, um über die Einzelleistungsvergütung sein Einkommen zu steigern, wurden im niedergelassenen Bereich für »Kassenpatient*innen« zunehmend über Budgets und Abzüge bei Überschreitung des Budgets eingeschränkt. Dennoch bleibt der ökonomische Anreiz bestehen, zumindest bei »Privatpatient*innen« bzw. bis zur Budgetgrenze – oberhalb der Grenze wird dann gespart und ggf. unterversorgt.

7 »Individuelle Gesundheitsleistungen« (»IGeL«) sind Leistungen, die die gesetzlichen Kassen nicht bezahlen, die aber von einem geschäftstüchtigen Arzt allen Patient*innen aufgeschwatzt und dann natürlich auch bei ihnen abgerechnet werden können.

Die Notwendigkeit für einen Übergang zu Marktsystemen wird meist auch damit begründet, dass jede Art von (»sozialistischer«) Planwirtschaft und Bürokratie verhindert bzw. abgebaut werden müsse, um die Solidarsysteme flexibler zu machen. Der Vorstellung, dass Deregulierung, Abbau von (Bedarfs-)Planung und von gesetzlichen Regelungen zu einer Verbesserung für diejenigen führen würde, für die Solidarsysteme vorrangig geschaffen wurden, hat bereits Jean Jaques Rousseau das Notwendige entgegengesetzt: *»Zwischen dem Starken und dem Schwachen ist es das Gesetz, das befreit, und die Freiheit, die unterdrückt«.*

► Hindernisse auf dem Weg zum boomenden Gesundheitsmarkt

Allenthalben wird seit Jahren konstatiert, dass das Gesundheitssystem eigentlich ein boomender Wirtschaftssektor sein könnte, der zwingend von Verkrustungen und bürokratischen Regelungen befreit werden müsse, um seine vollen Potenzen – und damit auch seine Möglichkeit, Arbeitsplätze und Wirtschaftswachstum zu schaffen – entfalten zu können.

Zunächst muss hierzu festgestellt werden, dass es gesellschaftlich gesehen eigentlich überhaupt nicht wünschenswert ist, dass der Gesundheitssektor sich zunehmend ausdehnt und schwunghaft wächst, weil das – die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen einmal unterstellt – ja nur bedeuten kann, dass mehr Menschen kränker werden.

Vermutlich ist die Vorstellung vom boomenden Wirtschaftssektor aber nur ein heimliches Eingeständnis, dass der tatsächliche Bedarf bzw. die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsleistungen in den Vorstellungen der Neoliberalen bezüglich eines »modernen« Gesundheitswesens keine wesentliche Rolle mehr spielen.

Ganz abgesehen aber vom gesellschaftlichen Widersinn gibt es ein erhebliches Hindernis, das diesen Blühträumen vom boomenden Wirtschaftssektor entgegensteht: die paritätische Finanzierung, also die ursprünglich hälftige Finanzierung der Gesundheitskosten durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die Masse der Arbeitgeber*innen hat definitiv kein Interesse daran, dass ein kleiner Teil von ihnen (nämlich diejenigen im Gesundheitssektor) auf Kosten aller Profit macht. Solange die paritätische Finanzierung besteht, gibt es zumindest ein gewisses Interesse der Arbeitgeberseite an Reduzierung und Beschränkung der Kosten für Gesundheitsversorgung, weil diese sich auf ihre Lohnkosten auswirken.

Insofern ist es logisch, dass die Forderungen zur Aufhebung bzw. Einschränkung der Parität parallel zu den Forderungen der wettbewerblichen Umorientierung der

Gesundheitsversorgung erhoben werden. Diese Forderungen werden in unterschiedlicher Form (Ausgliederungen bestimmter Gesundheitsleistungen aus dem, was die Krankenkassen zahlen müssen – mit Zwang zur individuellen Absicherung, Einfrieren des Arbeitgeber-Anteils, volle Übernahme der Gesundheitskosten durch die Versicherten, evtl. mit Auszahlung des jetzigen AG-Anteils als Lohn, Steuerfinanzierung, Selbstbehalte, Zuzahlungen) vorgetragen, haben aber letztlich alle den gleichen Kern: die Parität wird immer mehr eingeschränkt und die Arbeitnehmer*innen zahlen immer mehr selbst.

Erst wenn die wesentlichen Kostenanteile der Gesundheitsversorgung durch die Arbeitnehmer*innen und die Patient*innen selbst bezahlt werden, lassen sich ungehemmt Marktmechanismen und Geldmacherei in diesem Bereich entfalten.

► **Ökonomische Gesetzmäßigkeiten – gegen Patient*innen und Beschäftigte**

Zunächst ist festzuhalten, dass Geldsteuerung blind gegenüber der Qualität ist. Reduziert man die zur Verfügung gestellten Gelder und verteilt sie nach marktwirtschaftlichen Kriterien, wirkt sich das gleich auf notwendige wie auf überflüssige Leistungen aus. Noch schlimmer: Überflüssige Leistungen lassen sich in der Regel billiger erbringen als notwendige, weil die Komplikationsrate geringer ist. Unter- und Überversorgung bleiben also bestehen bzw. werden verschärft.

Wenn ein Krankenhaus für die Behandlung einer bestimmten Krankheit eine bestimmte Summe Geld bekommt, ist es ökonomisch rational

- die Behandlungskosten des jeweiligen Falles möglichst zu minimieren. Dazu gehört auch eine möglichst starke Absenkung der Verweildauer (ein klarer ökonomischer Anreiz zur Unterversorgung und zur Arbeitsüberlastung). Dann ist der Gewinn am höchsten;
- in all den Fällen, in denen ein Gewinn zu erwarten ist, möglichst viele Behandlungen durchzuführen (also Überversorgung und Verschwendung zu betreiben und so wieder Arbeitsüberlastung zu forcieren);
- die Patient*innen zu selektieren, bei denen anzunehmen ist, dass man keinen Gewinn macht, bzw. um die zu werben, bei denen Gewinn möglich ist (Selektion bzw. Rosinenpicken);
- da die Vergütungshöhe der DRG zunehmend durch die bessere Vergütung von Einzelleistungen geprägt ist, lohnt es sich auch, immer mehr (und mehr als notwendig) Prozeduren am einzelnen Patienten durchzuführen.

Dabei ist nicht unterstellt, dass jeder, der im Krankenhaus an verantwortlicher Stelle arbeitet, bewusst so handelt – das erledigt schon die Schere im Kopf, angetrieben durch den dauernden ökonomischen Druck. Letztlich setzen sich ökonomische Zwangsgesetze unabhängig vom Willen der Beteiligten durch.

Die Folgen treffen Patient*innen und Beschäftigte:

- schlechtere Versorgung auf der einen Seite und Arbeitshetze und Lohndumping auf der anderen;
- unnötige Behandlungen und ständige Mengensteigerungen bedeuten unnötiges Leid für die Patient*innen und wieder Überlastung und Demotivation für die Beschäftigten.
- Die Selektion diskriminiert alle Patient*innen, die betriebswirtschaftlich unattraktive Erkrankungen haben oder deren Behandlung aufgrund vieler komplikationsträchtiger Zusatzerkrankungen keinen ausreichenden Gewinn abwirft. Für die Beschäftigten, die mit einem ganz anderen Anspruch ihren Beruf gewählt haben, ist dies schier unerträglich. (Kapitel I.8 und I.9)

Die Fallpauschalen (DRG) als zentrales Instrument zur Einführung von mehr Markt im Krankenhaus haben weitere gravierende Folgen. Sie fördern die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und um »Kunden« und sie führen zu einem Verdrängungs- und Dumpingwettbewerb bis hin zur Schließung von Häusern. Wir erleben dieses Rattenrennen seit Jahren.

► **Finanzielle Steuerung – Innenwirkung**

Die Übertragung marktwirtschaftlicher Mechanismen auf das Gesundheitswesen hat aber nicht nur Auswirkungen auf die Leistungserbringung, sondern auch auf das Verhältnis der Beschäftigten untereinander. Sie werden zunehmend in Konkurrenz zueinander gesetzt und sollen dazu beitragen, sich selbst zu rationalisieren und sich gegenseitig ihre Arbeitsplätze streitig zu machen.

Durch die Tatsache, dass jede Abteilung und jeder Bereich budgetiert wird und alle Kosten gegeneinander verrechnet werden (Profitcenter), entsteht ein Mechanismus der Konkurrenz. Beschäftigte sollen nicht mehr solidarisch handeln, sich nicht als Kollegen, sondern als gegenseitige Kunden sehen. Jede Leistung wird dem anderen in Rechnung gestellt. Unterstützung oder Hilfe ist nicht mehr angesagt, außer man kann sie in Minuten abrechnen. Auch hier wird versucht, menschliche Beziehungen in Warenbeziehungen umzuwandeln.

Über die systematische Verknappung der Mittel soll ein Anreiz entstehen, sich selbst und andere zu rationalisieren. Hierzu ein reales Beispiel: In einem »Qualitätszirkel«, dem in solchen Fällen die Aufgabe zufällt, die vom Management gesetzten und angeblich unveränderbaren Rahmenbedingungen mit und gegenüber den Beschäftigten umzusetzen, schlagen die Ärzte vor, eine der Pflegekräfte, die Instrumente anreicht, einzusparen. Die Pflegekräfte revanchieren sich damit, dass man auf den dritten Arzt verzichten könne und die restlichen Ärzte die Haken, mit denen die Wunde aufgehalten wird, in ihre Gürtel einhängen. Die Manager lauschen gebannt und setzen am Schluss womöglich beide Vorschläge um. Ein perfides System, das nur zu durchbrechen ist, wenn man sich nicht auf diese Profitlogik einlässt, und solidarisch gegen die vom Management gesetzten Rahmenbedingungen vorgeht.

Über die Zuordnung aller Kosten zu bestimmten Beschäftigtengruppen (Kostenstellen) wird es auch möglich, sogenannte Kennzahlenvergleiche (Benchmarking) durchzuführen. Solche Vergleiche beziehen sich z.B. auf den Medikamentenverbrauch pro Station, die Arztkosten pro Fall, Putzkosten pro Quadratmeter usw. Dies geschieht sowohl innerhalb eines Betriebes als auch bundesweit zwischen den Krankenhäusern. Es werden sich logischerweise Kostenunterschiede feststellen lassen, die aber nichts darüber aussagen, ob im einen Fall verschwendet oder im anderen Fall zu wenig getan wird, oder beides, oder ob die Bedingungen überhaupt vergleichbar sind. Das interessiert das Management aber gar nicht. Worauf es ihnen ankommt, ist, die Differenz zu nutzen, um die Spirale nach unten in Gang zu setzen.

Wenn die Beschäftigten innerhalb dieses Systems verhindern wollen, dass ihre Tätigkeit anderweitig vergeben wird, entsteht der perverse Druck, in Konkurrenz zu anderen Arbeitnehmer*innen die billigere Leistung zu erbringen. Da aber auch diese neuen »Preise« wieder verglichen werden, schadet man nicht nur sich selbst, sondern auch den anderen, die jetzt noch mehr unter Druck geraten usw. usf. Auch diese Spirale hat kein Ende, wenn wir ihr keins setzen.

► Fazit

Solidarsysteme – ähnlich wie andere soziale Systeme (persönliche Beziehungen, Freundschaft, Liebe usw.) – eignen sich nicht für eine Geld- oder Wettbewerbssteuerung. Im Gegenteil: Werden Elemente einer solchen finanziellen Steuerung in diese Systeme eingebaut, geht die Solidarität zu Grunde, die Sozialsysteme werden quasi feindlich übernommen und degenerieren ebenfalls zu einem Marktsystem mit den entsprechenden Konsequenzen.