

# Weniger Staat – mehr Markt?

„Gesundheit – ein Marktprodukt?“ lautete der Titel einer Tagung Mitte April der Evangelischen Akademie in Tutzing in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsforum der „Süddeutschen Zeitung“, auf der es im Wesentlichen darum ging, Problemzusammenhänge im Spannungsfeld von Gesundheit und Markt zu erörtern. Dazu waren über 80 Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Tätige im Gesundheitswesen sowie Patientinnen und Patienten und Medienleute an die Ufer des Starnberger Sees gekommen.

## Zuwendung oder -teilung

„Mehr Markt!“ heißt eine zentrale Forderung vieler. Tatsächlich wurden unter dem Vorzeichen Wettbewerb in den vergangenen Jahren immer mehr Marktelemente in das Gesundheitssystem eingeführt, wie Professor Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), in seinem Eingangsstatement aufzeigte. Seit 1975 sei ein Kostendämpfungs-Gesetz dem nächsten gefolgt und schließlich 1993 ein regelrechter „Politikwechsel“ mit der Einführung von Krankenkassen-Wettbewerb, Budgets, Risikostrukturausgleich und Niederlassungseinschränkung eingeleitet worden. Der Staat hätte sich zunehmend von seiner Aufgabe der Daseinsvorsorge verabschiedet und sich auf seine Rahmengesetzgebung zurückgezogen. Wiederholt zitierte Hoppe das Wirtschaftlichkeitsgebot aus dem 5. Sozialgesetzbuch (§ 12, SGB V), wonach „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen. Doch was bedeutet das konkret für Ärzte und Patienten? Eindeutig sei in der Ausrichtung der Gesundheitspolitik ein Wandel zu verzeichnen: Was heute zähle sei der „kollektive Blick auf die Versorgungsstrukturen“. Der „individualistische Aspekt“ würde mehr und mehr aus dem Blickfeld rücken. Elemente aus den staatlichen Gesundheitssystemen der skandinavischen Länder sowie marktwirtschaftliche aus den USA hätten Einzug auch in „unser freiheitlich organisiertes System“ gehalten. Statt von Zuwendungsmedizin müsse man heute von Zuteilungsmedizin sprechen, von einem System, in dem der Patient „nicht mehr der kranke Mensch ist, sondern der Diagnoseträger, der einen Anspruch auf Leistungen eines gewissen ‚Warenkorbes‘ hat und in dem Empathie Zeitverschwendung bedeutet“, so der BÄK-Präsident. Der Umbau unseres Gesundheitswesens sei wohl noch lange nicht abgeschlossen, prognostizierte Hoppe abschließend.

Referierten in der Evangelischen Akademie in Tutzing über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und ihre Folgen: Professor Dr. phil. Paul U. Unschuld und Professor Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe (v. li.).



## Staat auf dem Rückzug

Professor Dr. phil. Paul U. Unschuld, Direktor des Horst-Görtz-Stiftungsinstituts, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité Universitätsmedizin in Berlin, wagte einen „makroökonomischen und -soziologischen Blick“ und näherte sich den Veränderungen des Gesundheitssystems. Unschuld zeigte am Begriff der Volksgesundheit auf, wie sich die Rolle des Staates seit der Zeit des Merkantilismus bis heute verändert hat. „Mittel – Zweck – Selbstzweck“ überschrieb der Historiker seine Ausführungen, in denen er wiederholt den Begriff des Epochenwechsels gebrauchte. Die zentrale Stellung des Arztes im Gesundheitssystem leitete er von der Bedeutung der Volksgesundheit ab, die zumindest bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein eine wichtige Rolle spielte. Ein Erklärungsansatz für die heutige „Halbgötter-Dämmerung“? „Der politische Druck auf den Staat, für Gesundheit zu sorgen ist gesunken“ und „Der Kranke ist für den Staat keine Belastung, sondern als eine ökonomische Größe zu sehen“ lauteten Unschulds Thesen, mit denen er sein Auditorium in Tutzing konfrontierte. Einerseits verlagere der Staat die Verantwortung für Gesundheit mehr und mehr auf den Einzelnen – Stichwort Eigenverantwortung – und ziehe sich selbst mehr und mehr aus der Pflicht. Andererseits würden die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu „Renditegebern“ – denke man nur an private Klinikbetreiber oder die „Jobmaschine Gesundheitswesen“ – und der Primat des Ökonomischen scheinbar unaufhaltsam. Beide Aspekte bedingten die Deprofessionalisierung

des Arztes, seinen Bedeutungsverlust im System und die „neue Rolle der medizinischen Standesberufe im ökonomischen Gesundheitswesen“. Demnach sei die „Ärzteschaft nicht mehr Anwaltschaft aller, sondern Partner des Einzelnen“, schloss Unschuld ab.

## Klinik- und Praxisalltag

Erfahrungen aus dem Klinik- und Praxisalltag brachten Privatdozent Dr. Uwe Hasbargen, Stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Universität München – Großhadern, Dr. Maria Hussain, niedergelassene Hausärztin aus München, Günter Milla, Leiter des Pflege- und Servicemanagements, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing, Gisela Bürckmayr, Sozialpädagogin, Leiterin des Sozialdienstes, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, sowie Dr. Klaus Zellmann, ehemaliger Ärztlicher Direktor, Schlossbergklinik Oberstaufen, in die Tagung ein. Mehr Markt, mehr Ökonomie einerseits, doch andererseits komme unser Gesundheitssystem nicht ohne dirigistische Steuerungsmechanismen wie Budgets, Festpreise, Normzahlen und andere eher plan- als marktwirtschaftliche Vorgaben aus. Insgesamt nähme die Zahl der lenkenden Eingriffe zu. Kompromisse zwischen markt- und planwirtschaftlich orientierten Grundkonzepten wirkten dabei häufig problemverschärfend. Die Diskussionsrunde zeigte, dass dies für die meisten Beteiligten und Betroffenen eine zunehmend unbefriedigende Entwicklung ist, wohl nicht zuletzt dadurch



Professor Dr. Dr. h. c. Klaus Peter und Dr. Axel Munte diskutieren über die Zukunft des Gesundheitsmarktes (v. li.).

mit verursacht, dass dem Gesundheitswesen für eine konsequent marktwirtschaftliche Organisation eine der Grundvoraussetzungen fehle: Das freie Spiel der Kräfte zwischen Angebot und Nachfrage. Die Hauptnachfrager, die Patienten, seien in ihrer „Kaufentscheidung“ nicht frei. Häufig von Schmerzen, belastenden Symptomen gequält oder sogar vom Tode bedroht, seien sie auf Hilfe angewiesen. Das heißt: ein „Kaufverzicht“ scheidet in vielen Fällen aus und ein „Kaufaufschub“ sei nur begrenzt möglich. Darüber hinaus werde die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen „Produkten“ durch die Wissens- und Informationssymmetrie praktisch aufgehoben und die Nachfrage so am Ende weitgehend durch die Anbieter bestimmt. Schließlich führe eine verstärkt marktförmige Organisation des Gesundheitswesens zu einer Konzentration auf Angebote, die „sich rechnen“. Zwischenmenschliche Zuwendung, für das Gelingen von Therapie und Pflege unabdingbar, gerate ins Hintertreffen, waren sich die Akteure einig.

## Anforderungen aus Sicht von Klinikträgern

Der Gesundheitsmarkt aus Sicht der Klinik- und Kostenträger stand am zweiten Veranstaltungstag auf dem Programm. Aus Sicht von Professor Dr. Dr. h. c. Klaus Peter, dem ehemaligen Ärztlichen Direktor des Münchner Klinikums Großhadern, ist das deutsche Gesundheitssystem eines der besten weltweit. Deshalb sei es wichtig, es vorsichtig zu öffnen und zu wandeln, um es auch in Zukunft finanzierbar zu machen. Dies gelte besonders für die Universitätskliniken, deren finanzielle Situation äußerst angespannt sei. Schuld daran seien die Mehrwertsteuererhöhung und die Arzneimittelverteuerung ebenso wie Mindereinnahmen auf Grund der nächsten Stufe der DRG-Konvergenzphase.

Dr. Francesco De Meo, Geschäftsführer und Konzernarbeitsdirektor der Berliner HELIOS Kliniken, bestätigte: „In Deutschland hat eine Marktberreinigung stattgefunden. Denn 1991 gab es noch 300 Krankenhäuser mehr als heute.“ Die aktuelle Herausforderung im Klinikmarkt sei es, nicht nur nach der Preisattraktivität, sondern vor allem nach der Behandlungs- und Betreuungsqualität zu selektieren. De Meo forderte eine größere Transparenz hinsichtlich der Ergebnisqualität. So gerieten Klinikmitarbeiter in einen positiven Wettbewerb.

## Chancen und Grenzen aus Sicht der Selbstverwaltung und Kostenträger

Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), stellte fest, dass in der ambulanten Versorgung die sozialstaatlichen Eingriffe wie Bürokratisierung und Budgetierung zunehmen. Die Diagnostik- und Therapiefreiheit sei damit eingeschränkt und von einem freien Markt wenig zu sehen.

Munte zeigte sich überzeugt davon, „dass im Gesundheitswesen ausschließlich Qualität den Markt bestimmen kann“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden den Wettbewerb qualitativ durch eine Steuerung des Leistungsangebots steigern. Aus diesem Grund setze die KVB seit 2001 Qualitätssicherungsprogramme in der ambulanten Versorgung um, an denen nur Ärzte teilnehmen, die sich in besonderem Maße weitergebildet haben und mit den neuesten Untersuchungsgeräten arbeiten.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) habe die Qualitätsprogramme ab dem 1. Januar 2009 nicht mehr zugelassen. „Deshalb haben wir den Paragraphen 136 Absatz 4 SGB V initiiert, und Bundestag und Bundesrat haben diesem mittlerweile zugestimmt“. Der

Paragraph bewirke, dass künftig regionale Qualitätskonzepte flächendeckend im Kollektivvertrag geregelt werden können – und dass das Geld der Qualität folge.

Professor Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, bezeichnete das GKV-WSG als „intellektuelle Entgleisung“. Da die Kassen sich in den Leistungen nicht unterschieden, würden sie ausschließlich auf der Basis ihres wirtschaftlichen Handelns bewertet. Der Gesetzgeber zwingt so zu Preisdumping statt zu Qualität. „Dabei zeigt die aktuelle Bankenkrise, was passiert, wenn falsche Anreize gesetzt werden und der Blick auf die Qualität außer Acht gelassen wird“. Rebscher machte deutlich, dass sich der Preiswettbewerb der GKV an die 80 Prozent der Versicherten richte, die nur 20 Prozent der Leistungen benötigen, also keinen relevanten Versorgungsbedarf haben.

## Systemwandel vorsichtig vollziehen

Am Nachmittag stand die Veranstaltung im Zeichen des Gesundheitsmarktes und seiner Zukunftsaufgaben. Professoren und Ärzte berichteten aus ihrer Arbeit und richteten ihre politischen Forderungen an Dr. Klaus Theo Schröder, seines Zeichens Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

„Gesundheit ist kein Marktprodukt“, sagte Schröder. Das deutsche Gesundheitswesen sei vor allem, was die Qualität angeht, eines der besten der Welt. An der Dreiteilung des Systems werde die Politik festhalten: Der Staat gibt den Rahmen vor, aber keine Details. Die Vertreter der Ärzte und Krankenkassen haben viel Gestaltungsfreiheit und treffen Entscheidungen, die gesetzliche Auswirkungen haben. Der Wettbewerb, so Schröder, findet zwischen Leistungs- und Kostenträgern statt und muss das Gesundheitssystem kostengünstiger machen. Wenn das BMG sehe, dass ein Gesetz seine Aufgabe nicht erfülle, würde es dieses wieder aufheben. „Der Wandel ist aber eine Operation am lebendigen Körper des Gesundheitswesens und muss daher sehr vorsichtig vollzogen werden.“

Sicherlich ein gutes Fazit der Veranstaltung. Eine Veränderung im Gesundheitssystem ist erforderlich. Dabei muss aber der Qualitätsaspekt im Vordergrund stehen und nicht der Kampf um den billigsten Preis.

Dagmar Nedbal (BLÄK),  
Susanne Weckmann (KVB)