

Das Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig: Thesen

1. Unser Gesundheitswesen ist ein wachsender Wirtschaftszweig, in dem 5,4 Mio. Beschäftigte 11,3 % des BIP erwirtschaften (2016). Die Kritik an seiner Ökonomisierung geht an der Sache vorbei, wenn sie Ökonomie mit Marktwirtschaft gleichsetzt. Wikipedia: „Der Begriff der Ökonomisierung bezeichnet die Ausbreitung des Marktes samt seinen Prinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in den ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren.“
2. Der Sozialökonom Friedhelm Hengsbach unterscheidet zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung. Ökonomisierung sei „vernunftgemäßes Handeln“ bei der Allokation knapper Ressourcen, Kommerzialisierung hingegen sei „durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb (Makro-Kommerzialisierung) und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Mikro-Kommerzialisierung) charakterisiert.“ Damit werden mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Die Grenze zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben ist fließend. Ressourcenverteilung bedeutet stets Konkurrenz. Auch Non-Profit-Betriebe müssen ihre Kosten kalkulieren und legitimieren.
3. Das Gesundheitswesen wird zu fast 80 % öffentlich finanziert und über Politik und Recht gesteuert. Aus zwei Gründen herrscht Marktversagen: a) Der Zugang aller Bürger zu einer umfassenden medizinischen Versorgung kann über den Markt nicht gewährleistet werden. b) Es gibt Anbieterdominanz und keine Konsumentensouveränität.
4. Drei Realtypen des Gesundheitswesens: Staatliche Versorgungssysteme (Skandinavien, UK, Süd- und Osteuropa), soziale Krankenversicherungssysteme (West- und Mitteleuropa, Asien) und private Systeme mit staatlichen Programmen für Rentner und Arme (USA).
5. Arztpraxen und Krankenhäuser werden über administrierte Preise vergütet, die sie auf gesetzlicher Basis mit den Krankenkassen auf Verbandsebene vereinbaren (Korporatismus). Kassenärzte werden aus einer Gesamtvergütung honoriert, die nach einem Bewertungsmaßstab der Leistungen (EBM) von der KV auf die Praxen verteilt wird. Krankenhäuser erhalten Fallpauschalen (DRG) und Investitionszuschüsse von den Ländern. Für Privatpatienten gelten in Arztpraxen staatliche Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ) mit Hebesätzen und Analogbewertungen, in Krankenhäusern DRGs mit Wahlтарifen für Chefarztbehandlung gemäß GOÄ.
6. Die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen orientieren sich an Durchschnittskosten definierter Leistungen, die von öffentlichen Instituten berechnet werden (InEK, InBA). Problem: Auch bei gleicher Diagnosestellung kann der Behandlungsaufwand je nach Einzelfall mal über, mal unter den gezahlten Vergütungen liegen. Daraus ergeben sich Anreize, über dem Kostendurchschnitt liegende Fälle möglichst zu vermeiden bzw. die Fallzahlen zu erhöhen, um so die Fixkosten besser verteilen und unter den Durchschnittskosten bleiben zu können. Diese Dialektik von Mengen, Kosten und Preisen lässt sich mit keiner Vergütungsreform aus der Welt schaffen.
7. Die GKV wird solidarisch durch lohnbezogene Beiträge finanziert. Ihre Gliederung mit freier Kassenwahl bedeutet Wettbewerb, der einen Risikostrukturausgleich unter den Kassen erfordert. Es gilt ein allgemeiner Beitragssatz, der in den Gesundheitsfonds geht, aus dem die Kassen pro versicherte Person einen nach deren Krankheitsrisiko gewichteten Betrag erhalten. Kommen die Kassen damit nicht aus, müssen sie einen Zusatzbeitrag erheben. Problem: Die Kosten sind regional unterschiedlich.
8. Es gibt vier Reformbaustellen: Einheitliches Krankenversicherungssystem, Neuordnung der ärztlichen Vergütung, Schleifen der Mauern zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Ausbildung und Kooperation der Gesundheitsberufe.