Privatisierung und Kommerzialisierung im deutschen Gesundheitssystem - Ein Überblick

20. März 2014 | Erstellt von Manfred Fiedler

Privatisierung und Kommerzialisierung des Krankheitsrisikos ist das Leitmotiv nicht nur der deutschen Gesundheitspolitik. Die Absicherung des Krankheitsrisikos wird als private Angelegenheit betrachtet, ebenso wird das Leistungsgeschehen zunehmend von einer sozialen Infrastrukturaufgabe in ein kommerzielles Angebot umdefiniert. In der praktischen Politik findet sie sich in allen Ebenen und soll im Folgenden an drei Beispielen verdeutlicht werden

Die Pflegeversicherung ist als „Teilkaskoversicherung“ konzipiert und kann nur dem Anspruch einer Grundsicherung gerecht werden. Gleichzeitig ist, trotz der besonderen Bedeutung der Langzeitpflege das Angebot für Pflegeeinrichtung angesichts der geringen Regulierungstiefe durch private Anbieter dominiert und seit 15 Jahren das ausgabendynamischste Segment unter allen Gesundheitsausgaben. Die Krankenhausversorgung wird durch die Einführung eines allgemeinen Preissystems zu Lasten der Patienten und entgegen des Selbstverständnisses vieler Gesundheitsprofis zu einem erwerbswirtschaftlichen Markt weiter entwickelt. Der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung verwandelt Versicherte in Versicherungsrisiken. Komplexe Regelungen, wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) versuchen zwar die dem Marktwettbewerb eigenen Selektionsmechanismen zu begrenzen, können ihn aber weder theoretisch noch praktisch einschränken.

Das Versprechen, dadurch die medizinisch-pflegerischen und volkswirtschaftlichen Herausforderungen zu bewältigen, erweist sich einmal mehr als Eigenerfindung einschlägig qualifizierter Ökonomen.

Einführung

Die deutsche Gesundheitspolitik praktizierte in der Zeit von 1980 bis 1990 als gesundheitspolitische Strategie die sog. „Kostendämpfungspolitik". Die Instrumente dieser Politik folgten überwiegend der Idee, das Verhalten der Kranken dadurch zu beeinflussen, dass man Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei Krankheit einführte.

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben wurde in dieser Zeit gebremst, der Anteil am BIP pendelte sich bei etwa 8 % ein. Dies war jedoch kein Effekt der Kostendämpfungspolitik. In der Regel konnte ein Effekt nur eine sehr kurze Zeit nach dem Gesetzgebungsverfahren festgestellt werden, die Effekte wurden nach ein oder zwei Jahren bereits egalisiert. Diese

Erfahrungen belegen die bekannte Tatsache, dass eine Beteiligung der Patienten an den Gesundheitsausgaben solange, wie die Zuzahlungen nicht so hoch sind, dass sie die Nachfrage der Patienten nach Gesundheitsleistungen per se verhindern, nur für einen kurzen Zeitraum wirken. Patienten können in der Regel ihre Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen nur für eine kurze Zeit zurückhalten, unter der Voraussetzung, dass sie finanziell überhaupt in der Lage sind, die Leistung zu bezahlen oder ökonomisch ausgedrückt, es ihnen ermöglicht wird, ihre Nachfrage zu realisieren.

Nach der Vereinigung von DDR und BRD stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP sehr schnell. Dies war im wesentlichen dadurch verursacht, dass die Gesundheitsleistungen in Ostdeutschland auf dem gleichen Niveau angeboten wurden, wie in Westdeutschland, während die ökonomische Leistungsfähigkeit in Ostdeutschland, als Basis für die Finanzierung der Leistungen bei Krankheit, sich insbesondere in den ersten fünf Jahren nach der Vereinigung deutlich verschlechterte. Während das Niveau der Ausgaben in Westdeutschland im Wesentlichen konstant blieb, stieg der gesamtdeutsche Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP daher deutlich auf über 10 %.

Diese Entwicklung ist die Begründung dafür gewesen, den nächsten Schritt für eine sogenannte „Gesundheitsreform" zu gehen, der eine neue Dimension der Ökonomisierung bedeutete. Die neue Strategie beinhaltet die Einführung von Elementen marktlichen Wettbewerbs in das deutsche Gesundheitssystem. Dabei stechen besonders heraus: der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die Eliminierung des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhausbereich sowie die Schaffung einer Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung.

Pflegeversicherung

Die Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung hat zu dem Ergebnis geführt, dass sich für Menschen mit niedrigem oder mittlerem Einkommen die finanzielle Situation kaum verbesserte. Die legale Definition für den individuellen Anspruch auf Pflege hingegen wurde deutlich als zuvor, als die finanzielle Unterstützung noch Aufgabe der Kommunen auf der Basis des Bundessozialhilfegesetzes gewesen ist. Dennoch führten die neuen Regeln für die Versorgung von Pflegebedürftigen zu einem enormen Wachstum der Zahl gerade privater Anbieter von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten

Dies fand statt, ohne dass ein öffentlich institutionalisiertes Steuerungssystem oder auch nur ein Mindestmaß an Transparenz über die Gesamtleistungen der regionalen Versorgung mit Pflegeleistungen geschaffen wurde. Im Ergebnis stiegen die Ausgaben für Pflegeheime und vor allem ambulante Pflegedienste in den Jahren bis 2011 doppelt so stark wie die Gesamtausgaben für die soziale Pflegeversicherung, und mit Abstand am meisten unter allen Gesundheitsausgaben.

Prävention und Rehabilitation sollen entsprechend des gesetzlichen Auftrags Priorität

besitzen, aber in der Realität liegt der Fokus auf den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Es scheint so zu sein, dass weder die Träger der Pflegeleistungen noch die Versicherungen ein besonderes Interesse daran besitzen, die allgemeine Pflegebedürftigkeit zu verringern.

Krankenhausfinanzierung

Im Jahr 1992 wurde das „Gesundheitsstrukturgesetz" (GSG) verabschiedet. Das Selbstkostendeckungsprinzip in deutschen Krankenhäusern als Grundsatz der Finanzierung wurde damit abgeschafft und die Einführung von Fallpauschalen als ein allgemeines Instrument der Krankenhausvergütung angekündigt. Im GSG wurde allerdings auch eine relativ unscheinbare Regelung aufgenommen, die es Krankenhäusern auch dann ermöglichte, an der öffentlich finanzierten stationären Versorgung teilzunehmen, wenn ihre Investitionen nicht vollständig aus staatlichen Mitteln gefördert wurden. Dadurch wurde ein breites privates Engagement bei der Krankenhausfinanzierung ermöglicht. Der Anteil an der Zahl der Krankenhausfälle, die durch private Krankenhäuser erbracht worden sind, stieg von 5,2 % in 1995 auf 9,1 % in 2003. 2010 waren es bereits 16,1 %

In 2004 wurde das sogenannte DRG-System (DRG = Diagnosis-Related-Groups) als umfassendes Vergütungssystem für Krankenhausleistungen eingeführt. Das DRG-System wurde sehr intensiv seitens der privaten Krankenhausbetreiber protegiert, da es die „Beschränkungen“ des alten Systems aufhob. Das DRG-System hat zwei besondere Aspekte: Erstens ist es ein allgemeines Preissystem, dass Krankenhäusern mit einer besseren Kostenleistungsstruktur wenigstens mittelfristig einen Extraprofit sichert. Zum anderen beendete es die krankenhausbezogene Definition von Leistungspreisen. Dieses ermöglicht die Beibehaltung von Gewinnen, während in der krankenhausindividuellen Definition des Krankenhausbudgets auf der Basis der Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses Überschüsse in den Budgetverhandlung von den Kostenträgern kurzfristig abgeschöpft wurden. Die endgültige Abschaffung der Selbstkosten als Budgetgrundlage und die Einführung eines allgemeinen Preissystems zusammen mit dem Anreiz zur Überschreitung des vereinbarten Leistungsbudgets erst ermöglichen ein funktionierendes profitorientierten Privatkrankenhaussystem, das auf Wachstum und auf strukturellen Kostenvorteilen gegenüber dem System durch wesentlich durch öffentlich-rechtliche Körperschaften (Kirche, Land, Kommunen) getragenen Krankenhäuser basiert.

Die Zahl der Krankenhausfälle hat seit 2005 deutlich zugenommen, nachdem sie in den Jahren davor zurückgegangen waren (+8,6% in 2005 bis 2010, -2,9% in 200-2005). Fast 70 % des Fallanstiegs fiel auf die privaten Krankenhäuser. Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung stiegen in diesem Zeitraum schneller als die Gesundheitsausgaben, nachdem sie in den Jahren 1995 bis 2005 noch unterhalb des Anstiegs aller Gesundheitsausgaben blieben.

Die Fallkosten nahmen in dieser Zeit doppelt so stark zu wie in den Jahren zuvor. Die Entwicklung unterscheidet sich dabei in den privaten Krankenhäusern nicht von denen

anderer Krankenhausträger. In den Jahren 2006-2010 haben sie in den privaten Krankenhäusern sogar stärker zugenommen als in den öffentlichen und den freigemeinnützigen (+ 19,3% pr.; 17,0% fg.; 17,7% ö.). Dies privaten Krankenhäuser konnten allerdings ihre formale Fallschwere (CMI=Case-Mix-Index) nach Aussagen des RWI (Augrzky etal 2012) gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern doppelt so starke steigern. Da die Fallschwere neben der Fallzahlsteigerung ein wesentlicher Aspekt ist, die Gesamterlöse Krankenhauses zu steigern, wurden dadurch die Effekte der Fallkostensteigerung mehr als wett gemacht.

Das neue Vergütungssystem für Krankenhausleistungen wird also dazu führen, dass der Anteil privater Krankenhäuser deutlich ansteigt. Liberale Ökonomen (z.B. das Rheinisch-Westfälische-Wirtschaftsforschungsinstitut) rechnen damit, dass am Ende der Marktanteil etwa zwei Drittel der gesamten Krankenhausversorgung betragen wird. Es ist offensichtlich, dass die deutsche Krankenhausversorgung dann auf Dauer von einigen wenigen sehr großen Konzernen beherrscht wird, aus heutiger Sicht Helios/Fresenius, Sana und Asklepios, welche schon jetzt zusammen mit dem Rhönklinikum einen Marktanteil im Segment der privaten Krankenhäusern von mehr als 80 % haben. Diese Form der wirtschaftlichen Optimierung führt aber auch nicht zu einem besseren volkswirtschaftlichen Ergebnis, da private Großkonzerne Wachstumsstrategien verfolgen, die mit Ausgabendämpfung nicht kompatibel sind.

Desweiteren beobachten wir Leistungsselektion. Die Zunahme der Krankenhausfälle in solchen Fächern wie Kardiologie, Herzchirurgie und Orthopädie zeigt, dass ökonomische Überlegungen medizinische Erwägungen beherrschen oder wenigstens deutlich beeinflussen.

Die Antwort der deutschen Gesundheitspolitik ist angesichts dessen jedoch nicht, dieses offensichtlich ungeeignete Preissystem abzuschaffen, sondern, der falschen Sichtweise der traditionellen Ökonomie und offensichtlich den Interessen privater Krankenhausbesitzer folgend, das Preissystem durch das Instrument des sogenannten ‚Payment by Result' (PbR) zu ergänzen. Dies bedeutet, dass extern definierte Qualitätsmerkmale zusätzlich zu Fallzahl und Fallschwere ein Element der Finanzierung werden sollen. Neuere Studien haben bereits gezeigt, dass PbR die Probleme des DRG-basierten Preissystems nicht lösen wird, sondern zusätzlich noch vertieft, insbesondere aber massive Auswirkungen auf das praktische Verhalten der Gesundheitsprofessionellen hat. Es verwandelt die professionellen Einstellungen unmittelbar in ein ökonomisch bestimmtes Verhalten und damit in eine extern vorgegebene technische Leistung.

Krankenkassen

Eine weitere wichtige Veränderung im Deutschen Gesundheitssystem ist die Einführung des Marktwettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, der erstmalig durch das GSG eingeführt worden ist. Seit 1995 haben alle Sozialversicherten die freie Wahl

zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen. Üblicherweise liegt einer der wesentlichen Aspekte des Wettbewerbs auf dem Wettbewerbspreis, innerhalb der sozialen Gesundheitsversicherung in Deutschland ist dies der Beitragssatz als Prozentsatz auf das Einkommen eines Beschäftigten. Um die Bedingungen anzugleichen, unter denen die Krankenkassen in den Wettbewerb zu gehen hatten, wurde ein komplexes neues Instrument eingeführt, der Risikostrukturausgleich (RSA). Dies bedeutet, dass von den Krankenkassen mit einer besseren Versichertenstruktur Geld transferiert wird zu Krankenkassen mit einer schlechteren Risikostruktur. Zwischenzeitlich wurde der RSA weiter entwickelt in den sogenannten Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Dadurch wurden nicht nur solche grundsätzlichen Risikomerkmale wie Alter, Geschlecht, Einkommen, Zahl der Mitversicherten in den Ausgleich einbezogen, sondern auch Krankheitsrisiken, welche zu nachweislich höheren Krankheitsausgaben führen.

Mit der letzten großen Reform 2008 haben die gesetzlichen Krankenkassen ihren Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften verloren, so dass sie insolvent werden können. Die zweite wichtige Neuregelung wird Gesundheitsfond genannt. Jede Krankenkasse hat nun von ihren Versicherten den gleichen Beitragssatz zu erheben. Die Risikostruktur der unterschiedlichen Krankenkassen wird durch den Mechanismus des Morbi-RSA korrigiert bzw. ausgeglichen, so dass im Endeffekt jede Krankenkasse die prinzipiell gleiche Summe pro Versicherten aus dem Gesundheitsfond erhält, um ihre Ausgaben zu begleichen. Um etwaige real höhere Ausgaben auszugleichen, kann die Krankenkasse noch einen Zusatzbeitrag erheben, welcher allerdings in Hinsicht auf seine Höhe limitiert ist. Zwischenzeitlich haben dann auch einzelne Krankenkassen schließen müssen, nachdem sie insolvent geworden sind.

Der Effekt des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen hat einen fundamentalen Wandel in der Beziehung zwischen den Versicherten und Versicherungen bewirkt. So ist jede versicherte Person zunächst ein Risiko, ein schlechtes insbesondere dann, wenn die individuellen Ausgaben für eine bestimmte versicherte Person auf Dauer höher sind als die durchschnittlichen Ausgaben, die die Versicherung aus dem Gesundheitsfond für diese Versichertengruppe erhält. Wir können tatsächlich beobachten, dass einzelne Krankenkassen versuchen, Versicherte mit schlechten Risiken entweder zu motivieren, die Krankenkasse zu wechseln, bzw. versuchen, solche Versicherten mit grenzwertig legalen Mitteln aus der Krankenkasse hinaus zu drängen, selbst wenn das im Einzelfall damit verbunden ist, dass die betroffene Person zeitweise ohne Versicherung bleibt.

Ein anderes Wettbewerbsinstrument ist die Kombination der Pflichtversicherung mit einer Zusatzversicherung, die zumeist von einer kooperierenden privaten Krankenversicherung angeboten wird. Die Absicht dahinter ist es, bestimmte Versicherte an die jeweilige Krankenkasse zu binden. Der wichtigere Aspekt daran ist, dass wir es hier mit einer besonderen Durchmischung von sozialen und privaten Versicherungsprinzipien zu tun bekommen.

Seit 1990 hat sich die Zahl der Krankenkassen in Deutschland um etwa 90 % verringert (von

1815 auf 146 in 2012). Dabei spielten vor allem Fusionen innerhalb der Kassensysteme eine Rolle, lokale Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen, kleine Betriebskrankenkassen fusionierten und stellten sich dem Wettbewerb auf überregionaler Ebene. Hinzu kamen Fusionen bei den Ersatzkassen, die letzte Arbeiterersatzkasse Gmünder EK fusionierte 2010 mit der Barmer EK. Der Verband der Arbeitersatzkassen löste sich bereits einige Jahre vorher auf.

Die Fähigkeit zu regionalen Gesundheitsaktivitäten ha t sich dadurch deutlich verringert. Insbesondere arbeitsplatzbezogene Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention, die sich auf die sozialen, familiären und umweltbezogenen Bedingungen und Ursachen für Gesundheit und Krankheit bezieht, hat ihre ehedem nur begrenzte Bedeutung vollständig verloren.

Die Selbstdefinition der sozialen Krankenkassen ist zunehmend wettbewerblich geprägt, zunehmend in Richtung privater Absicherung, denn als soziale Absicherung des Krankheitsrisikos. Einzelne Krankenkassenmanager innerhalb der sozialen Krankenversicherung befürworten bereits die Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in private Krankenversicherungen. Sie überlassen die Ziele des sozialen Ausgleichs als quasi naturgegebene und einzigartige Aufgabe den öffentlichen Gebietskörperschaften bzw. dem Staat als Subjektförderung (Ausgleich hoher Beiträge durch Einkommenstransfers nach Bedarf).

Der Ausblick bleibt schlussendlich finster. Auch wenn es keinen Nachweis dafür gibt, dass Wettbewerb zwischen sozialen Krankenversicherungen dazu führt, die Herausforderungen der Vergangenheit und der Gegenwart gelöst zu haben und in der Zukunft lösen zu können, ganz im Gegenteil, ist er dennoch das bevorzugte Modell zur Gestaltung der Zukunft des sozialen Krankenversicherung. Die politische Diskussion führt von der noch ernsthaften Diskussion zu Verbesserungen des Morbi-RSA über die Erörterung der Ausweitung des Wettbewerbs bzw. von Wettbewerbsinstrumenten, insbesondere Einzel- oder Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern, speziell Krankenhäusern, bis zu der Diskussion eines sogenannten „einheitlichen Versicherungsmarktes" von privaten und sozialen Krankenversicherungen, also öffentlichen Krankenkassen. Dieses letzte Modell folgte der Entwicklung des Krankenversicherungssystems in den Niederlanden, wo der Unterschied zwischen privaten und sozialen Versicherungen aufgehoben worden ist. Es bleibt dabei zu erwähnen, dass das niederländische Gesundheitssystem sich seit der Einführung dieses neuen Versicherungssystems von einem im internationalen Vergleich mittlerem Rang der Anteile für Gesundheitsausgaben am BIP zum zweitteuersten Gesundheitssystem der Welt entwickelt hat, direkt hinter den USA (OECD 2012)

Ökonomisierung und Privatsierung im Gesundheitswesen sind also in jeder Hinsicht schädlich, medizinisch-pflegerisch und auch volkswirtschaftlich.

Literatur:

Augurzky, B.; Beivers, A.; Gülker, A.; Die Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft; RWI-Materialien Heft 72; Essen 2012

Fiedler, Manfred; Rettet die Krankenhäuser - Perspektiven für eine am Gemeinwohl orientierte regionale Gesundheitspolitik; Castrop-Rauxel 2014, http://neuegesundheit2020.de/langtexte.html

www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/krankenkassen/Grafik_Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2012_600_2012-01-04.jpg

www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/89/

OECD Health Data 2012, Frequently Requested Data, Update October 2012