

Fallbeispiel: Die Ökonomisierung des Gesundheitssektors – Qualitätssicherung und –kontrolle

Prof. Dr. Tanja Klenk



Die Steuerung des deutschen Gesundheitssektors hat in den vergangenen Jahren eine Neuausrichtung erfahren, die sich mit dem Begriff der Ökonomisierung beschreiben lässt. Ökonomisierung bedeutet in diesem Fall allerdings keinen Rückzug des Staates. Vielmehr wurde parallel zur Ökonomisierung die staatliche Steuerung verstärkt und eine Reihe von Mechanismen und Instrumente eingeführt, wie z.B. verpflichtendes Qualitätsmanagement, die eine gute Leistungserbringung im Sinne von ‚good governance‘ gewährleisten sollen. Der Beitrag diskutiert den Governance-Wandel im Gesundheitssektor und nimmt dabei am Beispiel des Qualitätsmanagements auch die nicht intendierten Nebenwirkungen und weitere Entwicklungsbedarfe der ‚good governance‘ Instrumente in den Blick.

Governance-Reformen und Good Governance – Das Beispiel Gesundheitssektor

Der Begriff Governance steht für ‚Steuerung‘. Im Kontext der Diskussion um die Erbringung öffentlicher Leistungen, wie z.B. Gesundheitsleistungen, wird der Begriff ‚governance‘ bewusst von ‚government‘ abgegrenzt. Während das Verständnis ‚government‘ sehr eng gefasst ist und nur das Regierungshandeln im eigentlichen Sinn umfasst, ist der Begriff ‚governance‘ breit angelegt und berücksichtigt auch Beiträge von Seiten der Bürger und der Wirtschaft für die öffentliche Daseinsvorsorge. Anders formuliert: bei governance geht es um das Zusammenspiel von Staat, Markt und Zivilgesellschaft.

Der Begriff ‚governance‘ drückt keine Präferenz für eine bestimmte Steuerungsform aus. Damit aus ‚governance‘ ‚good governance‘ wird, sind Steuerungsstrukturen so zu gestalten, dass sie Kriterien wie z.B. Partizipation, Transparenz, Responsivität, Effektivität und Effizienz gewährleisten.

Das deutsche Gesundheitssystem hat in den vergangenen Jahren einen grundlegenden Wandel der Steuerung durchlaufen, der sich als ein Wechsel von professionell-bürokratischer Steuerung hin zu einem System, das sehr stark auf markt- und wettbewerbliche Mechanismen setzt, beschreiben lässt. Ganz im Sinne von good governance wurden hierbei auch Strukturen geschaffen, die – trotz der Ökonomisierung der Leistungserbringung – eine ‚gute Steuerung‘ ermöglichen sollen.

Der folgende Beitrag beschreibt zunächst die Problemlagen des Gesundheitswesens und die durchgeführten Reformen und diskutiert dann die intendierten und nicht-intendierten Folgewirkungen der Ökonomisierung.

Komplexe Problemlagen im Gesundheitswesen

Komplexe Herausforderungen im Gesundheitswesen (Demokratie, Bedarf an Leistungen, neue Behandlungsmethoden) vollziehen sich nun allerdings in einer Zeit, in der sich die Aufmerksamkeit der Politik vor

allem auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens richtet. Damit ist ein weiterer Trend angesprochen: die Kostendämpfung, die zum übergeordneten Ziel der Gesundheitspolitik geworden ist. Für das erwerbszentrierte Krankenversicherungssystem in Deutschland, bei dem die Finanzierung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall über bruttolohnbezogene Beiträge erfolgt, stellt der demographische Wandel eine große Herausforderung dar, da immer weniger aktive Beitragszahler für die steigenden Bedarfe von immer mehr Leistungsnutzern aufkommen müssen. Die strukturelle Krise des Arbeitsmarktes, die sich in einer hohen Sockelarbeitslosigkeit und in einer gestiegenen Zahl von atypischen (= von Sozialversicherungsbeiträgen befreiten) Beschäftigungsverhältnissen manifestiert, trägt darüber hinaus zu einer Verschärfung der Finanzsituation der Krankenversicherung bei (Gerlinger, 2010; Rosenbrock & Gerlinger, 2014).

Ökonomisierung des Gesundheitswesens als Königsweg?

Um ein Auseinanderklaffen zwischen neuen Bedarfen und steigender Nachfragen einerseits und dem finanziell ‚Machbarem‘ andererseits zu bewältigen, wurde das Tempo in Deutschland und zahlreichen Staaten Europas der gesundheitspolitischen Reforminitiativen deutlich erhöht. So unterschiedlich die Reformen im Detail auch sind (für einen Überblick: Gerlinger), so lassen sich doch allesamt unter einen gemeinsamen Nenner subsummieren: sie stehen für eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Ökonomisierung bedeutet das „Bemühen, individuelles und kollektives Handeln stärker (zweck-)rational zu gestalten und am ökonomischen Prinzip respektive an Effizienzüberlegungen zu orientieren“ (Mühlkamp, 2003, S. 70). Nun war die Krankenversorgung aufgrund ihrer Finanzierung über ein Versicherungssystem freilich immer schon mit ökonomischen Kalkülen durchsetzt. Aus einer governance-Sicht sind Krankenhäuser per se hybride Organisationen, in denen wirtschaftliche und medizinische Logiken aufeinandertreffen. Was ist also neu, was hat sich in den vergangenen Jahren verändert?

Die Reichweite des Politikwandels wird deutlich, wenn Ökonomisierung nicht als eine binäre ‚ja/nein‘ Eigenschaft, sondern als ein Kontinuum gedacht wird (Schimank & Volkmann, 2008). An einem Ende des Kontinuums spielt Kostenbewusstsein gar keine Rolle. In unserem Fall bedeutet dies beispielsweise, dass Ärzte und Pflegekräfte weder über Verlustminimierung noch Gewinnmaximierung nachdenken müssen - es wird ausschließlich getan, was aus medizinischer bzw. pflegerischer Sicht geboten ist. Werden Ärzte aufgefordert, sich bei medizinisch gleichwertigen Behandlungsformen für die kostengünstigere zu entscheiden, so stellt dies eine erste, allerdings noch sehr weiche, Form der Ökonomisierung dar. Kostenbewusstsein wird jedoch zum ‚Muss-Faktor‘, wenn die Akteure des Gesundheitswesens mit festen Budgets konfrontiert werden und zwischen Patienten bzw. Behandlungsmethoden priorisieren (oder anders formuliert: rationieren) müssen. Wenn Ärzte aufgefordert sind, die Prioritäten zwischen verschiedenen Patienten und Behandlungswegen so zu gestalten, dass sie einen positiven Saldo erzielen, so ist bereits die *Gewinnerzielung* zur Sollerwartung geworden. Höchste Stufe der Ökonomisierung ist schlussendlich erreicht, wenn ökonomische Kriterien zur alleinigen Entscheidungsmaxime geworden sind und andere Überlegungen - medizinische Bedarfe, Patientenwünsche - hinter das Ziel der Gewinnmaximierung zurücktreten.

Mehr Wettbewerb....

Nimmt man einen solch differenzierten Ökonomisierungsbegriff als Messlatte, so zeigt sich, dass die Gesundheitspolitik in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel durchlaufen hat. Sie hat sich von einer Politik, die einen vom Markt abgetrennten Bereich schafft, der die Menschen vor den sozialen Risiken einer marktlich organisierten Gesellschaften schützt, hin zu einer Politik entwickelt, die selbst mit marktlichen Mitteln arbeitet. Aus der Politik ‚*against the market*‘ ist eine Gesundheitspolitik ‚*with markets*‘ geworden (Klenk & Nullmeier, 2010).

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens vollzieht sich in einem schleichenden und inkrementellen Prozess. Bereits seit den Ölpreisschock bedingten Krisenjahren 1974/75 wird mit unterschiedlichen Varianten von Budgets experimentiert, die das Kostenbewusstsein bei Ärzten schärfen sollen. Der Übergang zur

vollen Ökonomisierung, bei der Gewinnerzielung zur Sollerwartung wird, vollzieht sich jedoch erst in den 2000er Jahren und wird gegenwärtig vor allem im Krankenhaussektor deutlich.

...und mehr Staat

Interessanterweise geht die Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht mit einem Rückzug des Staates von öffentlichen Aufgaben einher. Vielmehr verändern sich die Aufgaben des Staates: anstatt Leistungen selbst zu erbringen, versteht der Staat sich als Regulator des wettbewerblich gesteuerten Gesundheitssystems. Deutlich wird dies beispielsweise beim Thema Qualitätssicherung. Bis in die frühen 1990er Jahre gab es keinerlei gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen; Qualitätssicherung war ausschließlich Aufgabe des einzelnen Arztes. Erst mit der zunehmenden Bedeutung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wuchs die Erkenntnis, dass Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht kritisch sind. In der Folge wurde das Thema Qualitätskontrolle auf die politische Agenda gesetzt und eine immer größere Zahl von Vorschriften zu Qualitätsberichten, Fortbildungspflichten, Mindestmengen und externen Kontrollen verabschiedet. Das mittlerweile sehr engmaschige Netz an Qualitätssicherungsmaßnahmen soll vor allem auch verhindern, dass Krankenhäuser und Ärzte den gestiegenen Kostendruck einseitig durch eine Senkung der Qualitätsstandards lösen (Klenk & Reiter, 2015).

Ökonomisierung – noch Mittel? Oder schon Zweck?

Die beschriebenen Entwicklungen werden in Deutschland sehr kontrovers diskutiert: Während die einen Ökonomisierung als ein Mittel für ‚good governance‘ sehen, das es ermöglicht, Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssektor zu erschließen, Innovationsprozesse anzustoßen und ein größeres Maß an Kundenorientierung auf Seiten der Leistungserbringer zu garantieren, stehen andere dieser Entwicklung sehr kritisch gegenüber. In der Tat zeichnen sich eine Reihe von negativen Folgewirkungen ab. So ist zum Beispiel sehr deutlich, dass der Ökonomisierungsprozess sich zu Lasten der Beschäftigten vollzieht, d.h. Effizienz wird in erster Linie durch Arbeitsverdichtung und durch Einsparungen bei Gehalt und Qualifizierung erzielt. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die Ökonomisierung mit einem steigenden Maß an sozialer Ungleichheit auf Seiten der Patienten einhergeht, weil diese sich beispielsweise zuzahlungspflichtige Behandlungsformen nicht leisten können und aufgrund ihrer Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit auch nicht als ‚souveräner‘ Kunde agieren können. Befürchtet wird schlussendlich, dass das Eindringen einer Marktlogik in den Gesundheitssektor Ärzte und das Pflegepersonal zunehmend vor moralische Konflikte stellt, wenn Abwägungen zwischen dem ökonomisch-rationalen und dem medizinisch oder pflegerisch Gebotenen getroffen werden müssen.

Um an dieser Stelle keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: der Status quo ante soll nicht romantisiert werden. Das Krankenhaus in der vor-ökonomisierten Phase war geprägt von bürokratisch verkrusteten Strukturen und einer Dominanz der Chefärzte (die ehemaligen „Fürsten“ des Krankenhauses, Wilkesmann, 2016). Der internationale Vergleich zeigt zudem, dass Deutschland viel mehr Geld in das Gesundheitssystem investierte als vergleichbare OECD-Länder – aber trotzdem war die Qualität der Gesundheitsversorgung allenfalls mittelmäßig (Vogd, 2016, S. 281).

Ohne Zweifel gab es im Krankenhauswesen Wirtschaftlichkeitsreserven, die zu heben auch im öffentlichen Interesse war. Die Frage ist allerdings, was das richtige Maß an Ökonomisierung ist und wer von der Ökonomisierung profitiert: werden individuelle oder volkswirtschaftliche Gewinne erzielt? Manches deutet darauf hin, dass die Ökonomisierung des Krankenhauses längst nicht mehr nur Mittel für mehr Innovationen und Patientenorientierung ist, sondern zum Zweck an sich geworden ist. Die Grenze des gesunden ‚Unter-Stress-setzen‘ (Bode & Vogd, 2016) ist überschritten. Good governance im Gesundheitssektor würde bedeuten, die drei Ziele Wirtschaftlichkeit, medizinische Qualität und Patientenorientierung wieder in ein vernünftiges Maß zu bringen.

Literatur

Bode, I., & Märker, M. (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 395–405. <http://doi.org/10.1108/IJPSM-06-2012-0068>

Bode, I., & Vogd, W. (Hrsg.). (2016). *Mutationen des Krankenhauses*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen von <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-11853-2>

Gerlinger, T. (2010). Health Care Reform in Germany. *German Policy Studies*, 6(1), 107–142

Klenk, T., & Nullmeier, F. (2010). Welfare industries: enterprises as providers of public goods. *Zeitschrift Für Vergleichende Politikwissenschaft*, 4(1), 29–52. <http://doi.org/10.1007/s12286-010-0076-8>

Klenk, T., & Reiter, R. (2015). The governance of hospital markets. *Journal for European Policy Analysis*, 1(1), 108–126.

Mühlenkamp, H. (2003). Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors. In J. Harms & C. Reichard (Hrsg.), *Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends* (1. Aufl., S. 47–73). Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Schimank, U., & Volkmann, U. (2008). Ökonomisierung der Gesellschaft. In A. Maurer (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie* (1. Aufl., S. 382–393). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Simon, M. (2016). Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren. In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses* (S. 29–45). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen von http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-11853-2_2

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2014). *Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2014*. Wiesbaden.

Vogd, W. (2016). Das Missverstehen des Ökonomischen. In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses* (S. 281–307). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen von http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-11853-2_14

Wilkesmann, M. (2016). Von Fürsten zu Knechten? In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses* (S. 207–228). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Abgerufen von http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-11853-2_11

Links

<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/gesundheit-datensammlung.html>

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/>

Prof. Dr. Tanja Klenk

Prof. Dr. Tanja Klenk lehrt seit Oktober 2015 als Professorin für Theorie und Empirie des Gesundheitswesens an der Universität Kassel.

© Europäische Akademie Berlin e.V., August 2016
Der Artikel gibt die Auffassung des Autors wieder.

Kontakt

Europäische Akademie Berlin e.V.
Bismarckallee 46/48
14193 Berlin
+49 30 8959510
eab@eab-berlin.eu
www.eab-berlin.eu