

Sparen ohne Einsparungen

Pierre Gobet, Fachhochschule West-Schweiz/Lausanne

Bern, 4. Mai 2012

Jede gesundheitspolitische Position, jeder Vorstoss und jeder Entscheid nimmt Bezug auf die Kostenentwicklung. Somit wird die Gesundheitspolitik in erster Linie als eine Sparpolitik wahrgenommen. Historisch gesehen ist eine Kostenzunahme jedoch nicht an sich ein Problem. In der von der Lehre Keynes geprägten Nachkriegszeit wurden den staatlichen Ausgaben, auch im Sozial- und Gesundheitsbereich, eine wirtschaftlich fördernde Wirkung zugesprochen. Indem die Wirtschaft durch staatliche Aufträge gestützt wurde oder Kranke und Verunfallte rascher in den Produktionsprozess wiedereingegliedert werden konnten – was besonders wichtig war in einer Zeit der Vollbeschäftigung – wurde dem Gesundheitswesen eine indirekte wirtschaftliche Bedeutung zugeschrieben. Problematisch wurde der stetige Kostenzuwachs erst mit der neoklassischen Wende Ende der 1970er Jahre. In diesem Rahmen wurde eine Normalisierung des Gesundheitswesens gefordert: Es solle, wie die anderen wirtschaftlichen Sektoren, den gleichen ökonomischen Rahmenbedingungen unterstellt werden. Neu wird vom Gesundheitssektor nicht mehr eine indirekte, sondern eine direkte Mehrwerterzeugung erwartet: Er soll an sich profitabel sein. Rentabilität wird zum Mass der Übereinstimmung zwischen dem Angebot und der Nachfrage an Gesundheitsgütern. Die Versorgung durch ein Gesundheitssystem das nicht profitabel ist, sei immer mangelhaft. Daher ist Sparen angesagt überall wo die Rentabilität gefährdet ist oder optimiert werden kann.

Nun wird im Gesundheitswesen seit über 30 Jahren intensiv gespart. Während der gleichen Periode stiegen aber die Kosten fortwährend. Das ist irritierend. Wie kann dies erklärt werden? Sind die Sparmassnahmen uneffizient? In der Regel wird angenommen, dass ohne die getroffenen Massnahmen der Kostenzuwachs noch höher wäre. Die Massnahmen greifen – es wird tatsächlich gespart – aber nicht im gewünschten Mass. Es muss folglich weiter gespart werden. Diese Erklärung scheint zwar auf der Hand zu liegen, sie hat jedoch den Nachteil nicht falsifizierbar zu sein. Der andere Erklärungsansatz beruht auf der Annahme, dass die Aufforderung zum Sparen gar nicht auf eine Minderung der Gesundheitsausgaben abzielt, sondern die diskursive Rechtfertigung für eine Reformpolitik liefert, die offensichtlich andere Ziele verfolgt. Ich möchte nun auf diese zweite Auslegung der Aufforderung zum Sparen anhand von zwei tragenden Reformgegenständen, das *managed care* einerseits und die *Priorisierung* andererseits, näher eingehen.

Das *managed care* kann als ein planerisches Instrument angesehen werden, in dem nicht die Ressourcen, sondern die Konkurrenz selbst Gegenstand der Planung ist. Es bedingt u.a. die Einführung eines *gatekeeping*, was für die PatientInnen einen obligatorischen Besuch bei der Hausärztin oder beim Hausarzt vor jedem Leistungsbezug bedeutet. Es verlangt ausserdem die Aufstellung eines Referenzwertes, auch *benchmark* genannt, dessen Unterschreitung mit finanziellen Nachteilen für den Leistungserbringer verbunden ist. Beide Vorgänge, *gatekeeping* und *benchmarking*, sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden und machen engmaschige Kontrollen erforderlich.

Die *Priorisierung* besteht darin, die Leistungen der Grundversicherung auf Grund ihres therapeutischen Wirksamkeit und/oder ihres Kosten/Nutzen-Verhältnisses einzuordnen. Der medizinische und ökonomische Mehrwert jeder Leistung wird mittels eines Verfahrens überprüft, das sich unterschiedlichen Methoden bedient: das *health technology assessment* (HTA). Das 2010 gegründete Swiss Medical Board führt solche Analysen durch. Durch Priorisierung werden Rationierungsentscheide vorbereitet.

Der Spareffekt beider Reformen ist gering. Es ist mittlerweile unbestritten, dass das *gatekeeping* als Sparmassnahme ungeeignet ist. Mit dem *managed care* wird eine Kostensenkung um rund 20 % erwartet – jedoch ohne wirklich ersichtlichen Gründen. Die

Priorisierung bzw. Rationierung ist nicht viel effizienter: Im Staat Oregon, wo auf Grund einer Prioritätenliste aus dem Leistungskatalog von Medicaid (Versicherung für wenig Bemittelte) rund eine auf vier Behandlungen ausgeschieden wurde, konnten die Kosten um ca. 10 % reduziert werden. Der Sinn der Reformen wird erst klar, wenn man sich vor Augen führt, dass das *managed care* eine Bürokratisierung der Grundversorgung mit sich zieht und die Priorisierung mit einem Umbau des Grundversicherungsangebots nach dem utilitaristischen Prinzip der kollektiven Gesundheitsmaximierung einhergeht. Mit der Bürokratisierung des Zugangs zu Leistungen und der utilitaristischen Umgestaltung des Leistungsangebots wird die Grundversicherung nach zwei Prinzipien umgebaut. Mit dem Ersten wird das individuelle Selbstbestimmungsvermögen eingegrenzt während das Zweite die Zufriedenstellung individueller Bedürfnisse einem abstrakten Maximierungskalkül unterstellt. Stellt sich nun die Frage, wofür diese Entwicklung gut sein sollte.

Einerseits ist dadurch eine Entzauberung der Grundversicherung und damit aller Sozialversicherungen möglich: Die Solidarität ist eher ein Problem als eine Lösung, denn die kollektiven und die individuellen Interessen decken sich nicht. Zudem kann einmal mehr gezeigt werden, dass überall wo der Staat interveniert, die individuellen Freiheiten beschnitten werden. A contrario erscheint das private Versicherungsangebot als eine echte Alternative. Andererseits kann die Grundversicherung als unverzichtbares Instrument der Finanzierung pharmakologischer und medizin-technischer Innovation erhalten bleiben werden, denn aufgrund einer Priorisierung können marktfähige Erzeugungen aus dem Katalog ausgeschieden werden, was neue Mittel für Produkte, deren Innovationsgehalt noch amortisiert werden soll, freisetzt.

Die Reform weist allerdings auch darauf hin, dass die Innovation einen Preis hat, so schwierig und umstritten seine Bestimmung sein kann. Innovationsarbeit ist Arbeit. Damit wird die Frage aufgestellt, wann eine Tätigkeit zur Arbeit – und folglich bezahlt – wird und wann nicht. Diese Frage ist im Bezug auf die institutionalisierte Care-Tätigkeit von zentraler Bedeutung, denn der Kampf um Lohngleichstellung ist auch ein Kampf um die Anerkennung der Care-Tätigkeit als Arbeit.