

Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT

Nr. 8

Steuerung über Preise erfordert Stewardship

von

Leonhard Hajen

April 2004

ISSN 1613-7000

Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE



Die Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT/ Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE' werden in unregelmäßiger Folge vom Lehrstuhl ‚Finanzwissenschaften‘ an der HWP – HAMBURGER UNIVERSITÄT FÜR WIRTSCHAFT UND POLITIK ausschließlich in elektronischer Form herausgegeben:

Prof. Dr. Arne Heise
HWP
Von-Melle-Park 9

20146 Hamburg

Tel.: -49 40 42838 2209

e-mail: HeiseA@hwp-hamburg.de

Verzeichnis aller Arbeitspapiere und anderer Veröffentlichungen/ List of all working papers and other publications:

www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/heise-downlds.htm

Steuerung über Preise erfordert Stewardship¹

In der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland haben Formen von Preissteuerung bei den Reformen der letzten zwei Jahre in drei Feldern eine stärkere Rolle erhalten, nämlich durch die flächendeckende Fallpauschalenfinanzierung, die in den Krankenhäusern der Akutversorgung beginnend ab 2004 und endgültig 2007 eingeführt wird, durch erweiterte Zuzahlungsverpflichtungen in der Gesundheitsreform 2003 und durch Persönliche Budgets, die in der Sozialhilfe und Rehabilitation zunehmend ermöglicht werden sollen. Damit verbinden sich die Erwartungen einer höheren Effektivität und Effizienz sowie einer Entlastung der staatlichen Haushalte und die der Sozialversicherungsträger, aber es entsteht auch ein Konflikt zu sozial- und gesundheitspolitischen Zielen, die im Folgenden diskutiert werden sollen. Elemente von Marktsteuerung machen staatliche Steuerung nicht überflüssig, sondern erfordern andere Instrumente, wofür das Konzept der Weltgesundheitsorganisation zu „Stewardship“ einen Bezugsrahmen bilden kann.²

1. Bedingungen erfolgreicher Marktsteuerung

In allen entwickelten Industriestaaten wird diskutiert, ob das bestehende Niveau und die Instrumente wohlfahrtsstaatlicher Sicherung angesichts des internationalen Wettbewerbs und demographischer Veränderungen wie höhere Abhängigenquote und Auflösung der traditionellen Familienstrukturen aufrechtzuerhalten ist. Die wohlfahrtsstaatlichen Regime sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich und Reformen sind in starkem Maße pfadabhängig, folgen also nationalen Traditionen.³ Aber über alle Unterschiede zwischen den Sozialsystemen hinweg lässt sich feststellen, dass nach neuen Steuerungsformen gesucht wird, die über mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung zu besseren Ergebnissen kommen wollen. Die Privatisierung von bisher kollektiv getragenen Risiken oder die Überführung von öffentlichen Einrichtungen in privates Eigentum ist dabei nur ein Extrempunkt einer ganzen Palette von Möglichkeiten, die bisher staatlich oder in Verhandlungen zwischen Verbänden getroffenen Entscheidungen durch Formen eines Marktwettbewerbs zu ersetzen, in dem Preise an die Stelle von politischen Allokations- und Verteilungsmechanismen treten.

Die Steuerungsfunktion von Preisen zur Herstellung eines Marktgleichgewichtes ist an die sehr restriktiven Bedingungen eines vollkommenen Wettbewerbsmarktes gebunden. Die wichtigsten Prämissen sind:

- Anbieter und Nachfrager entscheiden unabhängig voneinander und das freie Spiel der Preise nach oben und unten entscheidet darüber, was, wann, wo und womit produziert und nachgefragt wird.
- Alle Kosten und Erträge spiegeln sich in den Marktpreisen, deshalb sind die Preise richtige Knappheitssignale.
- Anbieter und Nachfrager können im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten frei entscheiden und unterliegen keinen Zwängen wie Marktzugangsbeschränkungen oder Marktmacht.
- Anbieter und Nachfrager verfügen über vollständige Informationen über das gesamte Marktgeschehen.

¹ Der Aufsatz ist die überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem 6. Arbeits- und Sozialrechtlichen Colloquium der Hans-Böckler-Stiftung am 12./13. Februar 2004 in Erfurt

² vgl. World Health Organisation, The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000, S. 119ff

³ vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Varianten des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt, 2003, S. 12ff

- Die Transaktionskosten sind Null oder unerheblich, d.h. die Anbahnung eines Geschäftes, sein Abschluss und die Kontrolle der vereinbarten Verträge verursachen keine Kosten.⁴

Wenn die Bedingungen eines optimalen Marktes erfüllt sind, so die Argumentation der ökonomischen Theorie, wird der Preis die volkswirtschaftlichen Ressourcen in die effizienteste Verwendung lenken, weil die Anbieter mit den geringsten Kosten die Nachfrage auf sich ziehen. Zusätzliche Gewinnmöglichkeiten ziehen andere Anbieter an, so dass die „dynamische Funktion des Wettbewerbs“ (Joseph Schumpeter) darin besteht, Kapital und Arbeit von der bisherigen Verwendung in neue Bereiche mit höherer Produktivität umzuschichten.

Aber was im „Prinzip richtig“ ist, kann im „historischen Moment“ (Walter Eucken) einer Epoche oder eines speziellen Marktes falsch sein.⁵ Zur Verdeutlichung einen Blick auf das Beispiel des Gesundheitsmarktes:

- Angebot und Nachfrage sind nicht unabhängig voneinander. Das ist schon bei privaten Gütern eine „heroische“ Annahme, weil der Konsument kein „homo oeconomicus“ ist, der seine Präferenzen kennt, über alle Marktinformationen verfügt und rational entscheidet. Für über zehn Prozent unseres Sozialproduktes, nämlich den Ausgaben für Gesundheit, ist die Fragwürdigkeit der Annahme offensichtlich, denn der Patient entscheidet in der Regel nur darüber, bei einer Befindlichkeitsstörung den Arzt aufzusuchen, also den ersten Schritt zu tun, der Leistungen auslöst. Welche Leistungen des Arztes oder des Medizinsektors dann schließlich nachgefragt werden, wird durch ärztliche Verordnung festgelegt. Der Patient soll als mündiger Patient zwar beteiligt werden und muss in die Behandlung einwilligen, aber ihm fehlen in der Regel alle Voraussetzungen für eine Entscheidung auf der Basis von Kenntnissen über Folgen und Alternativen. Die Anbieter bestimmen die Nachfrage und damit gleichzeitig über ihr Einkommen. Diese Form einer angebotsinduzierten Nachfrage ist fundamental unvereinbar mit den Annahmen der Markttheorie.
- Wenn die Leistung auch noch vollständig oder teilweise versichert ist, und zwar gleichgültig, ob im Rahmen gesetzlichen Zwanges oder eines privaten Versicherungsvertrages, tritt auch das Problem von Moral Hazard auf, also einer höheren Nachfrage als unter Bedingungen eines Preises, der für die einzelne Leistung aus dem eigenen Einkommen zu zahlen ist, deshalb kann Marktsteuerung nicht funktionieren.
- Die Kosten und Nutzen der individuellen Gesundheitsversorgung widerspiegeln auch nicht die gesamtwirtschaftlichen Kosten und Nutzen. Die unbehandelte, ansteckende Krankheit eines Kranken bedroht auch den Nachbarn. Krankenhäuser müssen Kapazitäten vorhalten, um auch für Katastrophenfälle gewappnet zu sein. Dennoch besteht bei einem rationalen Nutzenkalkül keine individuelle Zahlungsbereitschaft für öffentliche Gesundheitsversorgung, obwohl jeder eine Klinik in Anspruch nehmen möchte, wenn der Krankheitsfall es erfordert.
- Wer weiß schon, dass die Hälfte aller Gesundheitsausgaben eines Menschen in dem Jahr vor seinem Tod anfallen und trifft dafür rechtzeitig eine freiwillige Vorsorge? Der Preismechanismus versagt, weil die Ausgaben aus der Sicht des Individuums weit in der Zukunft liegen und unterschätzt werden und weil Gesundheitsgüter alle

⁴ vgl. Leonhard Hajen, Holger Paetow, Harald Schumacher, Gesundheitsökonomie, Stuttgart, 2000, S. 37ff

⁵ vgl. Walter Eucken, Grundsätze der Wirtschaftspolitik, hrsg. von Edith Eucken und K. Paul Hensel, 6. Aufl. Tübingen, 1990, S. 250ff

Eigenschaften von öffentlichen Gütern haben, die vom Marktmechanismus nicht oder in nicht ausreichender Menge bereitgestellt werden.

- Weder Versicherte noch Patienten oder ihre Ärzte haben vollständige Informationen, sondern die Informationen sind asymmetrisch verteilt und es ist mit erheblichen Kosten verbunden, sich eine Marktübersicht zu verschaffen, oder auch nur ein Urteil darüber zu gewinnen, welche Therapie die größte Aussicht auf Erfolg bietet.
- Der Motor des Marktwettbewerbs ist das Streben nach Gewinn, was in der Regel verlangt, so viel wie möglich von einer Ware zu verkaufen. Das kann aber vernünftigerweise nicht das Ziel bei Gesundheitsdienstleistungen sein, im Gegenteil, eine Gesellschaft ist effizienter, wenn sie einen definierten Gesundheitsstatus der Bevölkerung mit geringeren Ausgaben verwirklicht.⁶

Der Markt als ein Regulierungsmechanismus, um damit Einkommen und Einkaufsmacht zu verteilen und daraus abgeleitet die Produktion von Gütern und Dienstleistungen zu steuern, ist immer dann ein hocheffizientes Verfahren, wenn es sich um Marktgüter handelt. Lapidar gesagt: Wenn nicht, dann eben nicht. Sozialpolitik findet gerade deshalb statt, weil die Ergebnisse des Marktes gesellschaftlich nicht akzeptiert werden. Thomas H. Marshall definiert deshalb die Umverteilung von Einkommen und Macht als den Inhalt jeglicher Sozialpolitik. Aber wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass Wissenschaftler und Politiker „mehr Markt“ fordern und damit eine Lösung für die unbestreitbaren Probleme des Sozialstaates suggerieren, ohne im Zweifelsfall zu überprüfen, ob die eingeforderten Regeln zur Lösung des Problems taugen, oder lediglich dazu dienen sollen, den Abbau von Leistungen zu rechtfertigen und als in der Sache alternativlos dazustellen. Das ist dann ein Missbrauch ökonomischer Theorie zur Legitimation eigener Ziele, die die von der ökonomischen Theorie diskutierten Grenzen ihrer Fähigkeit, soziales und wirtschaftliches Handeln zu erklären und normative Vorgaben zu machen, bewusst ausblendet. Das „TINA-Syndrom“ (There Is No Alternative) ersetzt aber keine Analyse, sondern es erinnert eher an das Regenmacher-Phänomen. Bei nüchterner Analyse wird der Tanz des Zauberers die Regenwahrscheinlichkeit nicht erhöhen, aber die Kohäsion des Stammes wird dadurch gestärkt, weil man etwas tut, von dem man glaubt, dass es nützlich ist.⁷

Der Markt als ein erfolgreicher Allokations- und Verteilungsmechanismus kann nicht auf die Lösung sozialpolitischer Probleme übertragen werden, eben weil die Funktionsbedingungen des Marktes nicht gegeben sind. Sie sind nur unter Verzicht auf sozialpolitische Ziele herstellbar. Ökonomische Theorie wird häufig zur Legitimation von sozialpolitischen Einschnitten missbraucht. Die Marktanalgie wird in der Weise hergestellt, dass Preise eine größere wenn nicht ausschließliche Rolle bei der Bereitstellung und Inanspruchnahme von sozialen Leistungen haben sollen. Die Empfänger sozialer Leistungen, sei es in der Form von Gesundheitsdienstleistungen oder Geldtransfers, sollen nicht mehr nur indirekt als Bürger über Wahlen an der Entscheidung über Sozialleistungen beteiligt werden, sondern die Empfänger sollen zumindest zum Teil Preise für die beanspruchten Güter aus ihrem individuellen Einkommen zahlen und damit je nach ihren Präferenzen unter Abwägung zu anderen Formen der Einkommensverwendung eine Auswahl treffen. Darüber sollen sie Marktmacht ausüben und wie Konsumenten auf dem Gütermarkt sollen so die individuellen Präferenzen das Leistungsangebot steuern, um Effizienz und Effektivität zu garantieren.

⁶ vgl. Hajen, Paetow, Schumacher, a.a.O., S. 49ff

⁷ vgl. Stefan Kühl, Das Regenmacher-Phänomen, Frankfurt, New York, 2000, S. 13

2. Neues Paradigma in der Sozialpolitik und Stewardship

Ökonomischen Theorie analysiert, unter welchen Bedingungen eine Steuerung über Preise zu optimalen Ergebnissen führt und wann Märkte versagen. In drei aktuellen Feldern sozialpolitischer Reformen, nämlich der

- Krankenhausfinanzierung,
- den erweiterten Zuzahlungsregeln in der Gesetzlichen Krankenversicherung und
- dem Instrument des Persönlichen Budgets

soll gezeigt werden, dass Preissteuerung im Rahmen von sozial- und gesundheitspolitischen Reformen eingeführt wurde, die aber durch neue Formen der politischen Regulierung ergänzt werden müssen, wenn die neben der fiskalischen Entlastung angestrebten Ziele erreicht werden sollen.

In allen drei Fällen wird von einem neuer Paradigma in der Sozialpolitik gesprochen, das zu „mehr Markt“ und Selbstverantwortung führen soll. Bei den Persönlichen Budgets, die in der Sozialhilfe (Eingliederungshilfen für Behinderte nach dem am 30. 12. 2003 verkündeten § 57 SGB XII, das das bisherige Bundessozialhilfegesetz ersetzt) und Rehabilitation (§17 SGB IX) bereits gesetzlich eingeführt sind und in der Pflegeversicherung als Modell praktiziert werden können (§8,3 SGB XI), wird das Argumentationsmuster am deutlichsten, die bisherigen Sachleistungen durch Geldleistungen zu ersetzen, über deren Verwendung die betroffenen Empfänger entsprechend ihrer individuellen Präferenzen entscheiden sollen, um damit unmittelbaren Einfluss auf das Angebot zu nehmen. Das kann durchaus Effektivität und Effizienz erhöhen, aber meine These ist, dass es keine Marktkonkurrenz sein kann und wird, auch wenn das Vorbild des souveränen Konsumenten und der Marktsteuerung bemüht wird, sondern ein Wettbewerb um bessere Lösungen, bei denen der Staat in der Verantwortung bleibt, die Ergebnisse und Wirkungen der gewählten sozialpolitischen Instrumente im Hinblick auf die angestrebten Ziele zu bewerten und bei Zielabweichungen zu intervenieren.

Der Staat muss die Leistungen weder selber herstellen noch im Detail regulieren, aber er muss die Funktion des „Stewardship“ wahrnehmen, also Steuerungsverantwortung dafür, dass die sozial- und gesundheitspolitischen Ziele erreicht werden. Die Weltgesundheitsorganisation sieht in „Stewardship“ die wichtigste Aufgabe des Staates, um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu garantieren. Es ist eine Querschnittsfunktion, die alle Bereiche der Politik umfasst. Dazu muss der Staat eigene Ziele („vision“) entwickeln, Informationen sammeln und bewerten („intelligence“) und aktiv intervenieren („influence“), wenn die formulierten Ziele nicht erreicht werden: „It (stewardship, L.H.) requires vision, intelligence and influence, primarily by the health ministry, which must oversee and guide the working and development of the nations’s health actions on the government’s behalf.”⁸ Das Konzept des Stewardship ist von dem engeren Bereich der Gesundheitspolitik auf alle sozialpolitischen Aktivitäten übertragbar. Bei Stewardship muss der Staat wie die Servicekräfte im Flugzeug dafür sorgen, dass alles im Interesse der Passagiere gut klappt und ihre Wünsche im Rahmen des Möglichen erfüllt werden. Stewardship muss das Zusammenwirken der einzelnen Maßnahmen, für die selbständige Akteure jeweils zuständig sind, sicherstellen, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Wenn aber eine kritische Situation für die Sicherheit der Passagiere eintritt, dann ist Schluss mit Snacks und Drinks, dann haben die Passagiere das zu tun, was der Steward ihnen sagt. Das klingt sicher sehr altmodisch nach hierarchischer Steuerung. Soll es auch, weil es darauf ankommt, den Blick für die jeweils passende Regulierungsform in der Sozialpolitik zu schärfen. In der Sozial- und Gesundheitspolitik gibt es eine Vielzahl staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteure, die von parafiskalischen

⁸ World Health Organisation, a.a.O., S. 119

Organisationen wie Sozialversicherungen und Ärztenbänden, reine Interessenverbände, ehrenamtlich Tätige bis zur Familie und Nachbarschaft reichen. Ihr Handeln ist durch ganz unterschiedliche Motive wie Geld und Macht, aber auch Solidarität und Altruismus geprägt. Es ist ganz ausgeschlossen, dass ein einziges Verfahren, zum Beispiel der Wettbewerb auf Märkten, zu den gewünschten Zielen führt, sondern nur das Zusammenwirken der unterschiedlich motivierten Akteure. Gerade dieses zielgerichtete Zusammenwirken zu ermöglichen und zu kontrollieren ist die Aufgabe des Staates in seiner Funktion als „Steward“.

Stewardship ist nicht nur auf die Effektivität und Effizienz der eingesetzten Ressourcen ausgerichtet, sondern auf die Wirkungen einer Maßnahme. Das entspricht dem Ziel des Neuen Steuerungsmodells der öffentlichen Verwaltung: Nicht Input in Form der eingesetzten Faktoren oder Output definiert als Leistungen, sondern Outcome, also die Wirkungen auf die angestrebten Ziele sollen gesteuert und kontrolliert werden. Ein richtiges Ziel, aber schwer zu realisieren, weil in der realen Welt so viele Faktoren auf die Wirkung einer Maßnahme Einfluss nehmen, dass sie nur schwer zurechenbar und kontrollierbar sind. Aber nur über die Wirkungen kann beurteilt werden, ob neue Anreizsysteme, die mehr Wettbewerb beinhalten, auch zu den gewünschten Ergebnissen führen, was an den drei genannten Beispiele der Krankenhausfinanzierung, Zuzahlungen im Gesundheitswesen und der Persönlichen Budgets erläutert werden soll.

2.1 Krankenhausentgelte

In 2003 wurde auf der Grundlage des 1999 geänderten § 17b KHG⁹ zunächst auf freiwilliger Basis, in 2004 für alle Kliniken verbindlich, ein neues Finanzierungssystem für die laufenden Kosten der Krankenhäuser eingeführt, das seine volle ökonomische Wirkung erst in 2007 entfaltet, weil die Krankenhausbudgets in drei Stufen auf das neue Entgeltsystem umgestellt werden.¹⁰ Die Fallpauschalen sind eine Form von Preis, der landeseinheitlich zwischen Kassen und Krankenhäusern verhandelt wird, was eine radikale Veränderung des finanziellen Anreizsystems bedeutet. Bisher werden die Krankenhäuser auf der Basis von prospektiven Budgets, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern „gemeinschaftlich und einheitlich“ verhandelt werden, zu etwa 25% über Fallpauschalen finanziert und zu 75% über differenzierte, aber tagesgleiche Pflegesätze. Darin liegt ein Anreiz, Patienten länger zu behandeln, als es medizinisch notwendig ist und so die Kosten nach oben zu treiben. Ab 2007 werden die Krankenhäuser von den Krankenkassen flächendeckend auf der Basis von diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRGs) bezahlt werden.

Das Ziel ist, nicht die Institution Krankenhaus zu finanzieren, sondern die erbrachte Leistung, und zwar differenziert nach der Fallschwere und dem durchschnittlichen diagnostischen und therapeutischen Ressourcenaufwand. Das Geld soll der Leistung folgen und durch die DRG-Finanzierung soll ein Wettbewerb um eine effiziente Leistungserstellung ausgelöst werden. Bis 2007 sind DRGs keine wirklichen Marktpreise, die zwischen einzelnen Kassen und Leistungsanbietern in Analogie zum Markt individuell vereinbart werden, sondern sie sind ein Maßstab, der das Krankenhausbudget eines Landes, das unverändert dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität entsprechen muss, leistungsgerecht auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt. Die pauschalierte Zahlung eines Durchschnittswertes für einen Fall hat den

⁹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) i. d. F. vom 25.11.2003 (BGBl I S. 2304)

¹⁰ vgl. Wolfram Fischer, DRG-Entwicklungsperspektiven, in: Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra, Henner Schellschmidt, Hrsg., Krankenhausreport 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart, New York 2004, 5ff

ökonomischen Steuerungseffekt, dass Krankenhäuser, die mit ihren Kosten unter dem durchschnittlichen Erlös liegen, Überschüsse erwirtschaften. Krankenhäuser, die darüber liegen, werden ihre Kosten anpassen müssen oder sie müssen schließen, wenn der Krankenhausträger die Defizite aus dem laufenden Betrieb nicht tragen will oder kann.

Die Effizienz des einzelnen Krankenhauses wird durch das neue, wettbewerbsorientierte Entgeltsystem absehbar gesteigert, aber es gibt keinen impliziten Mechanismus, der dafür sorgt, dass die Versorgungsstruktur, die aus der betriebswirtschaftlichen Optimierung des einzelnen Krankenhauses resultiert, auch den medizinischen Versorgungsbedarf einer Region abdeckt. Es kann zu einzelwirtschaftlich hocheffizienten Lösungen kommen, aber die allokativen Effizienz auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene, die bei Marktgütern der Marktmechanismus automatisch herstellt wird, wird nicht erreicht. Ein übertriebenes Beispiel, um den Zusammenhang zu verdeutlichen: Alle Krankenhäuser könnten Herzchirurgie auf höchstem Niveau zu günstigen Kosten anbieten, weil sie hier Überschüsse erwirtschaften, aber neurochirurgische Fälle blieben unversorgt, weil die Kosten über den Erlösen liegen und die Krankenhäuser die betroffenen Abteilungen schließen. Der Auslesemechanismus des Wettbewerbs zur Herstellung der technischen Effizienz funktioniert, aber das Ergebnis im Sinne eines angestrebten allokativen Optimums, das die Versorgung sichert, wird nicht erreicht und erfordert staatliche Tätigkeit im Sinne von Stewardship.

Juristisch ist das Problem eindeutig geregelt. Die Länder haben nach § 6 KHG unverändert einen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung, den sie bisher durch das Instrument der Krankenhausplanung und die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ausgefüllt haben. Aber wie soll dieser Auftrag künftig wahrgenommen werden? Das alte Instrumentarium einer nach Standorten und Fachdisziplinen differenzierten Kapazitätsplanung kann nicht mehr funktionieren, wenn der Wettbewerb zugelassen werden soll. Ich plädiere nicht dafür, die Vorteile des neuen Entgeltsystems nicht zu nutzen, sondern die Rolle des Staates im Sinne des Stewardship neu zu füllen. Es wird künftig die Aufgabe sein, die Versorgungsbedarfe der Region abzuschätzen und die zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossenen Verträge daraufhin zu bewerten, ob sie den Bedarf decken.¹¹ Das wirft mehr methodische Fragen auf, als zur Zeit beantwortet werden können, es zeigt aber deutlich, dass die Forderung nach mehr Wettbewerb nicht die Lösung des Problems ist, sondern andere Formen der Regulierung nach sich ziehen, eben weil die Dienstleistungen eines Krankenhauses nicht nach den Kriterien von Wettbewerbsmärkten funktionieren.

Ebenso kann die Qualität der Behandlung nicht vollständig dem Wettbewerb überlassen bleiben, denn die Fallpauschale wird gezahlt, auch wenn dem Patienten im Einzelfall medizinisch indizierte Leistungen vorenthalten werden. Das kann er in der Regel aber nicht selber beurteilen, weil die Lernprozesse des „Trial and Error“ bei Gesundheitsgütern nicht funktionieren. Auch nach dem vierten Herzinfarkt ist man nicht so klug wie nach dem vierten Autokauf. Also wie es notwendig sein, über Form und Umfang der Qualitätssicherung politisch zu entscheiden und den Wettbewerbsmechanismus zu ergänzen.

Bis 2007 ist die DRG-Finanzierung kein Preissystem, sondern das stationäre Budget wird nach der Fallschwere verteilt, was den Wettbewerb erheblich verstärkt und auch in der Konsequenz dem Marktmechanismus vergleichbar das Ende von nicht wettbewerbsfähigen Krankenhäusern bedeutet, was durchaus im Konflikt zum regionalen Versorgungsbedarf stehen kann. Für die Zeit nach 2007 muss der Gesetzgeber die ordnungspolitische Entscheidung treffen, ob er noch einen Schritt weiter gehen will und statt des bisherigen landesweit

¹¹ vgl. Heinz Stapf-Finé, Günther Polei, Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung, in: Das Krankenhaus, 94. Jg. (2002), Heft 2, S. 96ff

einheitlichen Basisfallwert, aus dem sich das Entgelt für den einzelnen Fall errechnet, ein Preissystem auf der Basis von DRGs einführt. Dann würden die einzelnen Krankenkassen (oder ihre Verbände) mit den einzelnen Krankenhäusern Preise für die einzelnen Fälle oder den Basisfallwert vereinbaren, was den Wettbewerb verstärkt und die Kosten absehbar senken würde, aber auch den Konflikt mit den Versorgungszielen verschärfen könnte. Stewardship durch die Länder wird dann noch wichtiger.

2.2 Zuzahlungen in der GKV

Die Gesundheitsreform 2003 ist auch mit dem Ziel betrieben worden, die Selbstverantwortung der Versicherten und ihre Wahlmöglichkeiten zu erhöhen. Gegen Selbstverantwortung ist nichts einzuwenden, im Gegenteil, sie muss im Hinblick darauf, dass die großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten der Atemorgane oder Altersdiabetes durch ein gesundheitsbewusstes Verhalten reduziert werden können, dringend gestärkt werden. Gesundheitsförderung und Prävention sind auf eine Gesetzesvorlage in 2004 verschoben worden, weil eine Verständigung über die Finanzierung eines Präventionsfonds zwischen den Fraktionen des Bundestages nicht erreichbar war, so dass in der Gesundheitsreform 2003 mehr Selbstverantwortung eindimensional mit größerer finanzieller Selbstbeteiligung der Versicherten übersetzt werden kann.¹² Die Formen der Zuzahlungen sind dabei unterschiedlich und reichen von der sehr umstrittenen Praxisgebühr von 10 € pro Quartal über prozentuale Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln mit Ober- und Untergrenzen, festen Tagessätzen wie beim Klinikaufenthalt bis hin zu einer 100% Selbstbeteiligung für Leistungen, die aus dem GKV-Katalog gestrichen wurden (z. B. das Sterbegeld, oder nicht-verschreibungs-pflichtige Medikamente). Eine soziale Abfederung der Zusatzbelastung erfolgt durch eine Überforderungsklausel in Höhe von 1% (für Chroniker) bzw. 2%.¹³ Zur Begründung werden zwei Argumente genannt:

- Erstens bekommen die Krankenkassen damit zusätzliche Einnahmen oder sie werden von Ausgaben entlastet. Von den 10 Milliarden Entlastung in 2004 werden die Versicherten mindestens 8,5 Milliarden Euro aus ihrem Einkommen zusätzlich finanzieren müssen, also eine reine Umverteilung zu Lasten der Versicherten, die keine Effekte auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung hat, aber die vorhandenen und absehbaren Defizite der Krankenkassen abbaut und ihnen einen Spielraum für Beitragssenkungen verschafft, wenn es nicht weitere Einbrüche auf der Einnahmenseite gibt. Angesichts bestehender struktureller Defizite in Höhe von 2-3 Milliarden Euro im Jahr und einer unverändert schlechten Entwicklung der Grundlohnsumme aufgrund der wirtschaftlichen Rahmendaten, wäre schon die Stabilität der Beitragssätze in 2004 als ein Erfolg der Gesundheitsreform 2003 zu verbuchen

Beitragssatzsenkungen oder zumindest -stabilisierung waren denn auch das Hauptmotiv der Reform. Sozialpolitisch im doppelten Sinne fragwürdig, denn im SGB V bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine angemessene Versorgung nach dem Stand der Medizin, die sicher auch den Kriterien der Wirtschaftlichkeit genügen soll, aber bedarfsdeckend sein muss. Die Beitragssatzstabilität wird zum obersten Ziel erklärt, weil ein enger Zusammenhang zwischen dem Beitrag als Teil der Lohnnebenkosten und der Beschäftigungshöhe behauptet wird. Dafür gibt es

¹² Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 19.11.2003, BGBl I S.2190

¹³ vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsbedingungen in der GKV, <http://www.die-gesundheitsreform.de/reform/zuzahlung/zuzahlungstabelle.html> (5.4.2004)

empirische keinen Beleg. International gibt es Länder mit sehr hoher Abgabenquote und sehr hoher Erwerbsquote (Beispiel skandinavische Länder), aber auch niedrige Abgaben und hohe Erwerbsquote (Beispiel USA).¹⁴ Auch wenn die Wirkung auf die Beschäftigung mehr als fragwürdig ist, bleibt der fiskalische Effekt der Entlastung der Haushalte der Krankenkassen und verteilungspolitisch die Umverteilung zu Lasten der Versicherten und der Entlastung der Arbeitgeber durch einen weiteren Abbau der paritätischen Finanzierung.

- Zweitens werden Zuzahlungen damit begründet, dass sie ein Instrument sind, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu begrenzen, weil das Problem des Moral Hazard zumindest begrenzt wird, wenn eine Barzahlung aus der eigenen Tasche bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung erfolgt. Hier wird die Analogie des Marktes unmittelbar bemüht, um größere Effizienz zu erreichen und medizinisch nicht indizierte Leistungen zu verhindern. Theoretisch und empirisch ist diese Politik nur schwer zu begründen, weil die Nachfrage in hohem Maße anbieterinduziert ist, oder die Krankheit ist chronisch bzw. so schwerwiegend, dass es keine Wahlmöglichkeit gibt. Wer wird sich schon einer Herzoperation unterziehen, weil er nicht zuzahlen muss? Eine verhaltenslenkende Wirkung von Zuzahlungen mit relevanten Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenkassen ist nicht zu erwarten, weil ca. 80% aller Kosten der Kassen von 20% der Versicherten verursacht werden, bei den sog. Versorgerkassen mit hoher Morbidität ist das Verhältnis noch schlechter. Auch die in der öffentlichen Diskussion am heftigsten umstrittene Zuzahlungen für den Besuch einer Arztpraxis werden daran wenig ändern, zumal sie in der jetzigen Ausgestaltung auf eine gezielte Lenkungswirkung in Richtung einer hausarztzentrierten Versorgung verzichten. Die Analogie der Wahlentscheidung auf Märkten taugt nicht, weil das Individuum nicht über die für rationale Entscheidungen notwendigen Informationen verfügt. Wählen kann nur, wer Alternativen kennt und die Freiheit hat, sich für unterschiedliche Möglichkeiten zu entscheiden.

Die Erfahrungen in den USA und anderen europäischen Ländern zeigen zudem, dass Zuzahlungen nur dann das Verhalten beeinflussen, wenn sie ökonomisch spürbar sind, also als eine nicht tragbare Belastung empfunden werden und der Arztbesuch deshalb unterlassen wird. Damit trifft die Zuzahlung vor allem Einkommensarme, für die sie einen Ausschluss von der Krankenversorgung bedeuten können und zwar auch dann, wenn eine Behandlung medizinisch indiziert ist und die Verschleppung der Therapie höhere Folgekosten bewirkt.¹⁵ Der Markt ist ein Instrument der Rationierung entsprechend der Kaufkraft, Marktmechanismen im Gesundheitssektor können dazu führen, dass sowohl Effizienz- und Effektivitätsziele, als auch das Gerechtigkeitsziel der Zugangs zur Versorgung nach dem medizinischen Bedarf verletzt werden, so dass die Entscheidung für mehr Preissteuerung nicht an die Stelle von Stewardship treten darf.

2.3 Persönliche Budgets

Besonders schwierig ist die Bewertung von Persönlichen Budgets als neues Instrument der Sozialpolitik, weil hier die berechtigte Forderung von Leistungsbeziehern auf Selbstbestimmung häufig der Rhetorik der Überlegenheit von Marktmechanismen sehr nahe

¹⁴ vgl. Fritz W. Scharpf, Employment and the Welfare State: A Continental Dilemma, in: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Working Paper 97/7, Köln, 1997, S. 2ff, www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap/wp97-7.html (29.3.04)

¹⁵ vgl. Jens Holst, Ulrich Laaser, Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv, in: Deutsche Ärztezeitung, Jg. 100 (2003), Heft 51-52, S. A 3358ff

kommt. Das Sachleistungsprinzip wird als Bevormundung und überholte Fürsorge kritisiert, das Kostenerstattungsprinzip als das überlegene Verfahren, um individuellen Wünschen zu entsprechen.

Die Chance von Persönlichen Budgets, eine höheres Maß an Souveränität zu gewinnen und Entmündigung zu vermeiden, liegt sehr nahe an dem Risiko, dass die Höhe des Persönlichen Budgets nicht bedarfsdeckend festgelegt wird, sondern nach der Finanzlage der leistungspflichtigen Institutionen. Zumindest kann man aus den Erfahrungen mit öffentlichen Haushalten lernen, dass die Absenkung von Globalbudgets in der Regel konfliktfreier verläuft als die Kürzung oder Streichung von Einzeltiteln, bei denen der Protest leichter zu mobilisieren ist, weil die Wirkungen schon im Entscheidungsverfahren konkreter absehbar sind. Gleichzeitig sind wir aber in der Situation, dass die öffentlichen Haushalte ebenso wie die Sozialhaushalte gekürzt werden. Das Wissen, wo dies am sozialverträglichsten geschehen kann, ist aber eher dezentral vorhanden, deshalb macht die Logik eines Persönlichen Budgets gerade unter dem Druck von Sparhaushalten Sinn.

Persönliche Budgets sind als Teil einer neuen Politik für Menschen mit Behinderungen in die Diskussion gekommen. Statt Sachleistungen sollen die Budgetempfänger einen Geldbetrag (oder auch Gutscheine) bekommen, mit dem sie die Assistenz, die sie aufgrund ihrer Behinderung benötigen, selber einkaufen. Das kann ein Einkaufsmodell sein, indem z.B. ein Pflegedienst beauftragt wird, oder aber die Betroffenen treten selber als Arbeitgeber auf und stellen Pflegende nach ihren Bedürfnissen ein. Ihnen obliegen dann aber auch alle Kosten der Organisation und die Pflichten eines Arbeitgebers. Aus der Sicht behinderter Menschen befreit sie das eigene Budget aus der Objektkontrolle und macht sie zu „Managern ihres eigenen Lebens“. Sie müssen sich nicht mehr nach den Arbeitsabläufen der Sozialdienste richten, sondern sie wählen die Assistenz nach ihren Lebensbedürfnissen. Aus der Sicht der Kostenträger ist das auch finanziell lohnend, wenn eine stationäre Versorgung, die teurer ist, vermieden wird. Der Grundsatz ambulant vor stationär ist nicht nur unter Kostengesichtspunkten richtig, sondern er ist auch der bessere Weg, Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen ein Leben zu ermöglichen, das die Behinderungen so weit wie möglich ausgleicht.

Rechtsgrundlage für die Persönlichen Budgets sind die Eingliederungshilfen nach dem BSHG und nach dem SGB IX. In dem 2003 novellierten SGB IX wurden die Persönlichen Budgets ausdrücklich als ein Instrument auch der trägerübergreifenden Hilfe eingeführt. Das neue SGB XII, das das BSHG ab Juli 2004 ersetzt, sieht in §57 Persönliche Budgets, auch trägerübergreifend, ausdrücklich vor.

Stewardship des Staates ist bei Persönlichen Budgets schwer umzusetzen, weil die Leistungen in der besonders geschützten Sphäre des privaten Haushaltes erbracht werden und zwischen Pflegenden und Gepflegten in der Regel eine enge emotionale Beziehung besteht, die alles andere als der Anonymität des Marktes entspricht. Aber auch in diesem sehr sensiblen Bereich kann man nicht auf Qualitätsstandards verzichten, weil sie die Betroffenen schützen.

Da die Kommunen auch in Zukunft unter starkem Spardruck stehen werden, ist verständlich, dass die Persönlichen Budgets von den Betroffenen und ihren Verbänden kritisch betrachtet werden, ob sie die persönliche Autonomie tatsächlich erhöhen. Das hängt im Wesentlichen von der Höhe des Budgets ab und davon, ob die notwendigen Leistungen auf dem Arbeitsmarkt im Rahmen des Budgets zu beschaffen sind.

Die Feststellung des Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen wird in Deutschland von den Kostenträgern unter Einbeziehung des Antragstellers oder seines Betreuers vorgenommen. In Großbritannien hat sich bewährt, dass an diesen Einstufungsentscheidungen auch Vertreter von Behindertenorganisationen als Peers beteiligt werden. Gerade wenn es Misstrauen gibt, dass Persönliche Budgets als Kostensenkungsinstrument missbraucht werden, sind Verfahren der Partizipation besonders wichtig. Peers als Unterstützer sind zwingend erforderlich, wenn nicht der Mensch mit Behinderung sein Budget selber verwaltet, sondern Eltern oder gesetzliche Betreuer, weil dann die Grundidee des Persönlichen Budgets, dass der Betroffene entscheidet, nicht eingelöst werden kann. Stewardship heißt in diesem Fall, dass der Staat oder die Sozialversicherungsträger nicht im Detail kontrollieren, sondern dass ein Verfahren etabliert wird, um zu kontrollieren, ob das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht wird.

In Deutschland gibt es bisher in drei Ländern (Rheinland-Pfalz, Hamburg und Baden-Württemberg) Modellversuche zu Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen. Über Modellversuche nach dem Rehabilitationsgesetz SGB IX ist noch nicht berichtet worden, ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales hat im letzten Jahr von einem mehr als zähen Anlauf gesprochen. Die Teilnehmerzahl in den Modellversuchen nach dem BSHG ist relativ gering. In Rheinland-Pfalz waren vier Kreise bzw. Kommunen die Pioniere. Zwischen 1998 und 2000 wurden von 365 Anträgen 119 bewilligt. Die Teilnehmer sind mit dem Persönlichen Budget zufrieden. Baden-Württemberg hat im Oktober 2002 ein Modellprojekt in drei Landkreisen gestartet und strebt 250 Teilnehmer an.^{16 17} Hamburg hat im Januar 2003 begonnen und hatte bis Ende 2003 lediglich fünfzehn Interessenten für den Modellversuch und nur vier bewilligte Anträge.¹⁸

Die Ursache für die geringe Teilnahme dürfte darin zu suchen sein, dass die Anforderungen an die Managementfähigkeiten der Budgetempfänger hoch sind. Die erhoffte Unabhängigkeit vom Prinzip der Sachleistungen setzt voraus, dass die gewünschte Assistenz auch zu finden und zu bezahlen ist, was umso schwieriger sein dürfte, je begrenzter der regionale Arbeitsmarkt ist. Die Betroffenen wägen den Aufwand und die Risiken eines Persönlichen Budgets gegen die erfahrene Qualität beim traditionellen Sachleistungsprinzip ab und entscheiden sich für Sachleistungen, bei denen insbesondere unter den Bedingungen eines städtischen Ballungsraumes ein Wettbewerb unter den Leistungsanbietern stattfindet, der den Empfängern Wahlmöglichkeiten gibt. Sonst bietet die traditionelle Sachleistung die größere Sicherheit einer angemessenen Versorgung. Die Freiheit der eigenen Entscheidungen in Analogie zur Freiheit des Marktes ist für die Betroffenen angesichts des erheblichen Organisationsaufwandes vergleichsweise weniger wichtig.

Die Herausforderung der Sozialpolitik ist in diesem Zusammenhang, die Möglichkeit auszuwählen und eine größtmögliche Autonomie zu realisieren, nicht auf die Verfügung über ein Budget zu beschränken. Wahlmöglichkeiten für Betroffene bei Sachleistungen sind auch ein Element von Wettbewerb und innerhalb eines Sachleistungssystems sowohl bei der stationären als auch der ambulanten Versorgung zu realisieren.

¹⁶ vgl. Susanne Kaas, Persönliche Budgets für Menschen mit Behinderungen, Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz, für Rheinland-Pfalz, Baden-Baden, 2002, S. 52ff

¹⁷ vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Das Persönliche Budget – Probleme und Chancen, BfA-Werkstattgespräch am 22.5.2003 in Berlin, www.bfa.de/ger/ger-aktuelles.9/ger.91/ger-91-werkstatt.pdf (19.1.04)

¹⁸ Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 17. Wahlperiode, Große Anfrage der Abgeordneten Schinnenburg, Schira, Rutter u. a., Persönliche Budgets für Menschen mit Behinderungen, Drucksache 17/3483 (11.11.03)

Das Persönliche Budget ist auch eine Antwort auf die falschen Anreize, die aus der funktionalen und territorialen Zuständigkeit der Sozialpolitik beruhen. So sind in den Flächenländern die Kommunen für die ambulanten Eingliederungshilfen zuständig, die überörtlichen Gebietskörperschaften hingegen für die stationäre Versorgung. Wird ein Mensch mit Behinderungen in eine Heimunterbringung gebracht, ist die Kommune von den Kosten entlastet. Das ist gesamtwirtschaftlicher Unsinn, weil teurer, und für den Betroffenen Menschen ist es in der Regel die schlechtere Alternative im Vergleich zu einem Leben in eigener oder betreuter Wohnung. Rheinland-Pfalz hat eine Lösung gewählt, dass sich überörtlicher Träger und Kommune die Kosten des Persönlichen Budgets teilen. Auch wegen der vielfach gegliederten Sozialversicherung, die für eine Person Leistungsansprüche an unterschiedliche Träger begründen können, kann es zu dem Versuch der Kostenverschiebung zwischen den Trägern kommen, was leicht zu Lasten der Antragsteller geht. Die mit dem SGB XII geschaffene Möglichkeit von kombinierten Persönlichen Budgets, die von unterschiedlichen Trägern gemeinsam finanziert werden, kann zu einem effizienteren Mitteleinsatz führen und die Bürokratiekosten senken. Durch das Persönliche Budget können Nachteile der institutionellen Zersplitterung ausgeglichen werden, aber gerade wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten muss es ein Stewardship geben, ob die eigentlichen sozialpolitischen Ziele erreicht werden. Der gegenwärtige Zustand unzureichend koordinierter staatlicher und kommunaler Gebietskörperschaften und verschiedener Träger der Sozialversicherung ist ein Beispiel für schlechtes Stewardship.

3. Fazit

Die großen sozialpolitischen Herausforderungen der Zukunft, nämlich eine höhere Erwerbsquote zu erreichen und die Sozialsysteme an die geänderte Alters- und Familienstruktur anzupassen, werden nicht mit der schlanken Formel nach mehr Selbstverantwortung und mehr Markt zu lösen sein. Die sozialen Dienstleistungen taugen nicht für den Marktmechanismus, was andere Formen des Wettbewerbs um effektive und effiziente Lösungen wichtiger macht. Die Antwort wird auch nicht sein können, dass der Staat überall dort tätig wird, wo der Markt versagt, weil es ihn finanziell und inhaltlich überfordert. Die Lösung wird wohl darin zu suchen sein, dass unterschiedliche Formen der Steuerung im Bereich der Sozialpolitik zum Tragen kommen. Die Verbindung von professioneller Arbeit, insbesondere in der Pflege, mit der familiären und nachbarschaftlichen Arbeit wird die schwierigste Aufgabe sein, weil der Betreuungsbedarf wegen der veränderten Alterstruktur größer wird, die viel beschworenen „kleinen Netze“ aber immer weniger gebildet werden, insbesondere bei den Einkommensarmen. Stewardship muss eine zentrale Aufgabe staatlicher Sozialpolitik sein, um dafür zu sorgen, dass niemand dauerhaft aus der Gesellschaft ausgeschlossen wird und staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure dabei zusammenarbeiten..

Jede Generation wird untereinander aushandeln müssen, was darunter zu verstehen ist und wie es finanziert wird. Deshalb ist es so wichtig, sich immer neu der politischen Basis von Sozialpolitik zu vergewissern, nämlich das Prinzip des Marktes durch das Prinzip der Solidarität nicht zu ersetzen, aber zu ergänzen. Ökonomie ist eine Wissenschaft, deshalb benennt sie auch die Grenzen des Marktes. Es besteht Anlass zu Misstrauen, wenn der Abbau sozialpolitischer Regulierung als eine unausweichliche Folge der Gesetze der Ökonomie rechtfertigt wird. Anreize durch Wettbewerb und Eigenverantwortung sind nötig, aber das ist nicht das Gleiche wie Marktsteuerung.

Bisher erschienene Arbeitspapiere

Nr. 1 Arne Heise: EMU, Coordinanted Macroeconomic Policies and a Boost to Employment in the European Union, September 2002

Nr. 2 Arne Heise: Makroökonomisches Economic Governance: Makro-Dialoge auf nationaler und EU-Ebene, Februar 2002

Nr. 3 Arne Heise: Das Ende der Sozialdemokratie? Konstruktiv-kritische Anmerkungen zu einer dramatischen Entwicklung, Mai 2003

Nr. 4 Arne Heise: Optimale Verschuldung, Konsolidierungstrajektorien und Makroeffekte, Oktober 2003

Nr. 5 Arne Heise: Polit-ökonomische Betrachtung zur Sozialdemokratie. Die Wirtschaftspolitik der ‚Neuen Mitte‘ im Lichte von Public Choice- und Agenda-Theorie, November 2003

Nr. 6 Arvid Kaiser: Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung, Dezember 2003

Nr. 7 Arne Heise: Deutsche Finanzpolitik zwischen Wachstum und Konsolidierung, März 2004