Zeitschrift: Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur
Herausgeber: Gesellschaft Schweizer Monatshefte
Band: 65 (1985)
Heft: 11

Artikel: Mehr Markt im Gesundheitswesen
Autor: Wittman, Walter
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-164261

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Walter Wittmann

Mehr Markt im Gesundheitswesen

Dem Gesundheitswesen droht in den westlichen Ländern der finanzielle Zusammenbruch. Die Ausgaben wachsen seit Jahren progressiv zum Volkseinkommen, doch dafür gibt es Grenzen! Die bisherigen Versuche zur Kostendämpfung haben nicht den erhofften Erfolg gebracht, der Ausgabentrend ist langfristig nach oben gerichtet. Einigkeit besteht zwar darüber, dass Entscheidendes zu geschehen hat, um das Krankenwesen wieder gesund zu machen. Was aber konkret zu unternehmen ist, darüber gehen die Meinungen diametral auseinander. Die einen fordern noch «mehr Staat», die anderen «mehr Markt».

Einiges steht heute fest: Wir haben zuviel Staat im Gesundheitswesen. Seine Interventionen erfolgen in der Regel unter sozialen und politischen Aspekten, die Effizienz wird weitgehend vernachlässigt. Daraus ergibt sich ein Trend steigender Kosten bei sinkender Leistung! Je mehr der Staat gegen die Marktkräfte eingreift, desto mehr kommt es zu unerwünschten (Neben-)Wirkungen. Diese geben Anlass, erneut zu intervenieren. Der Staat und seine Institutionen sehen sich daher zunehmend mit selbstgeschaffenen Problemen konfrontiert. Sie haben eine Eigendynamik entwickelt, die Gefahr läuft, ausser Kontrolle zu geraten. Doch daran kann niemand ernsthaft interessiert sein. Der Ausweg aus dem aktuellen Teufelskreis kann nur in Richtung der Marktwirtschaft gehen. Dabei wird man aber nicht ohne «Planung» auskommen: Sie darf aber erst zum Zuge kommen, wenn marktwirtschaftliche Massnahmen nicht zum Ziel der bestmöglichen Versorgung im Gesundheitswesen führen.

Vor der Therapie kommt bekanntlich die Diagnose. Es ist wichtig zu wissen, welche Faktoren die Entwicklung des Gundheitswesens und seiner Ausgaben bestimmen. Anschliessend wird man sich überlegen müssen, ob und wie sie zielgerecht beeinflusst werden können. Nicht zuletzt geht es auch um die Proportionen: Anzusetzen ist vorrangig an den herausragenden Elementen des Gesundheitswesens, um fühlbare bis entscheidende Wirkungen zu erzielen. Die Zeit «kosmetischer Massnahmen» ist wohl vorbei, wir benötigen grundlegende Reformen.

Gründe der Expansion

Die Gründe der Expansion des Gesundheitswesens sind erforscht und ausgiebig diskutiert worden. Es ist aber trotzdem angebracht, sie nochmals in Erinnerung zu rufen. Ihre Systematisierung ist zudem Voraussetzung, um entsprechende Massnahmen abzuleiten. Dabei wird auch sichtbar, welche Faktoren innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens liegen. Die einen sind – mehr oder weniger – autonom, die anderen systembedingt. Zu unterscheiden ist auch zwischen allokations- und verteilungspolitisch motivierten Eingriffen. Und nicht zuletzt: Die Art der Finanzierung des Gesundheitswesens darf unter keinen Umständen vernachlässigt werden. Ohne Anspruch auf eine in die Details gehende Analyse zu erheben, sind folgende Bestimmungsgründe massgebend:

1. Die sozialen Kosten unserer Industrie- und Wohlstandsgesellschaft schlagen sich zu einem erheblichen Anteil im Gesundheitswesen nieder. Es handelt sich um die Folgen u. a. von Alkohol, Nikotin, einseitiger und übermässiger Ernährung, fehlender physischer Betätigung, Stress, verschlechterter Umweltbedingungen, Entwurzelung und Zukunftsangst. Es ist nicht durchwegs auszumachen, ob und in welchem Ausmasse Krankheit physisch oder psychisch bedingt ist. Verlässt man den «objektiven Bereich», so gibt es für Krankheit kaum noch Grenzen.

2. Das Gesundheitswesen ist eine Dienstleistungsbranche. In diesem – tertiären – Sektor ist die (Arbeits-)Produktivität unterdurchschnittlich: Der Rationalisierung und Automatisierung sind (relativ) enge Grenzen gezogen. Daher steigen die Kosten langfristig – strukturell bedingt – entsprechend an. Die fortschreitende Überalterung der Bevölkerung ist ein anderer – zumindest weitgehend – autonomer Faktor. Dazu kommt der technische Fortschritt, der sogar zu Sprüngen ansetzen dürfte. Auch bei den pharmazeutischen Produkten ist mit fundamentalen Veränderungen zu rechnen.

3. Von den Kosten her gesehen stehen die Krankenhäuser und ihre Auslastung im Mittelpunkt. Die Bereitschaftskosten sind hier extrem hoch, Überkapazitäten entsprechend nachteilig. Sie sind das Ergebnis der staatlichen Fehlplanung. Es wurde in Verkennung des langfristigen Bedarfs bei Vernachlässigung der Folgekosten und früher reichlichen Finanzmitteln einfach gebaut. Überkapazitäten, an denen wir nun schwer zu tragen haben, waren so vorprogrammiert.

4. Der Personalbestand ist im wesentlichen eine Funktion der Kapazitäten der Krankenhäuser. Inzwischen stehen dem Abbau beschäftigungspolitische Hindernisse im Wege. Faktisch unflexibel ist die Besoldungspolitik. Der Staat verhindert als grösster Arbeitgeber, substantielle Ab-

striche vorzunehmen. Die Personalausgaben sind aber der dominierende Kostenfaktor im Krankenhauswesen. Er darf daher nicht als unantastbar angesehen werden.

5. Die Zahl der Ärzte ist die direkte Folge der staatlichen Bildungspolitik. Dieser Sektor entbehrt sozusagen jeglicher marktwirtschaftlicher Steuerung. Er ist die Folge jener Bildungspolitik, die in den sechziger Jahren begann und auch dann fortgesetzt wurde, als es sich für jedermann erkennbar abzeichnete, was sie angerichtet hatte.

6. Das Gesundheitswesen lebt seit langem von massiven Subventionen: Was verbilligt wird, hat eine entsprechend höhere Nachfrage. Die potentiellen und tatsächlichen Nutzniesser des Gesundheitswesens haben sich daran gewöhnt, sie betrachten ihre Vergünstigungen als ein wohlerworbenes Recht. Die Verlustabdeckung der Krankenhäuser durch den Staat hat sie vom Druck und der Notwendigkeit, effizient zu arbeiten, befreit. Dies wirkt kostentreibend. Es kommt hinzu: Das Management von Krankenhäusern lässt (mehr als) zu wünschen übrig. Hier ist (zu)viel Politik im Spiel.

7. Die Versicherungen sind – mit Moral Hazard – massgeblich an der Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen beteiligt. Aus der Sicht des einzelnen ist es folgerichtig, aus den Beiträgen an die Versicherungen möglichst grossen Nutzen zu ziehen. Je mehr Menschen so denken und handeln, desto eher kommt es zu einer Überforderung des Gesundheitswesens. Die Nachfrage entfernt sich immer mehr vom tatsächlichen Bedarf. Zweifelsfrei sind Versicherungen notwendig, entscheidend ist jedoch ihre Ausgestaltung.

Reformen

Reformen im Gesundheitswesen haben sich nach bestimmten Prinzipien zu richten, wenn sie erfolgreich sein wollen. So gilt es, «soviel Markt wie möglich und soviel Planung wie nötig» in die Tat umzusetzen. Es muss klar gesehen werden, dass wir es schwergewichtig mit einem Mengenproblem zu tun haben: Zum einen verursachen Überkapazitäten hohe – unnötige – Kosten. Zum anderen regen Dämpfungsmassnahmen bei Tarifen und Preisen die Mengen an und haben so höhere Kosten zur Folge. Je mehr die «Preisdämpfung» fortgesetzt und der Mengenexpansion der Riegel geschoben wird, desto sicherer ist es: Die Qualität der Leistungen lässt nach, die Menschen werden schlechter versorgt. Auf diesem Wege ist das Gesundheitswesen weit fortgeschritten, es bewegt sich auf die Funktionsunfähigkeit und Verstaatlichung zu.

Der Entscheidungsspielraum und die Verantwortung des Bürgers müssen gründlich erweitert werden: Grundsätzlich ist das Gesundheitswesen von der Nachfrage her zu steuern. Und nicht zuletzt: Die Versorgung mit seinen Leistungen ist von den Zielen der Umverteilung konsequent zu trennen. Anders ausgedrückt: Im Gesundheitswesen wird soviel Markt wie nur möglich verwirklicht, ohne eine Vielzahl von sozialen Konzessionen zu machen. Den finanziell untragbaren Auswirkungen kann man durch bedarfsgerechte Einkommenstransfers an private Haushalte Rechnung tragen. In diesem Fall dürfen die zahlreichen und kaum noch überschau- und beherrschbaren Massnahmen mit sozialem Charakter abgeschafft werden. Die Regel lautet: Hier Markt, dort einkommensorientierte Sozialtransfers direkt an jene, die darauf tatsächlich angewiesen sind. Das Gesundheitswesen wird so vom sozialen Ballast befreit, der entscheidend zu seinen aktuellen Problemen beigetragen hat.

Zu «Mehr Markt im Gesundheitswesen» gehören eine Reihe von Massnahmen, die baldmöglichst zu realisieren sind. Sie gelten als Schritte in die richtige Richtung, auf die wir nicht verzichten dürfen, wenn wir den Kollaps des Gesundheitswesens vermeiden wollen. Daran müsste jeder interessiert sein, doch bisher fehlt offenbar die – politische – Einsicht. Ohne ein Umdenken bei den Verantwortlichen wird es aber nicht zu jener marktwirtschaftlichen Umlenkung kommen, ohne die das Gesundheitswesen keine Zukunft hat. Im Vordergrund stehen auf der Angebots- und Nachfrageseite folgende Massnahmen:

1. Zwischen privaten und öffentlichen Krankenhäusern ist Wettbewerbsneutralität herzustellen und dauerhaft zu gewährleisten. Die so erzielte Belebung der Konkurrenz wirkt sich auf jene staatlichen Krankenhäuser günstig aus, die kaum nach betriebs- und privatwirtschaftlichen Kriterien geführt werden. Sie werden (mehr) gefordert und müssen rationalisieren und redimensionieren.

2. In die Hochschulen sind marktwirtschaftliche Steuerungselemente einzubringen. Die Studenten bezahlen kostendeckende Gebühren an die Universitäten, die finanziell zu verselbständigen sind. Jeder Student erhält ein Darlehen, das zu verzinsen und zurückzubezahlen ist. Es muss auf eine realistische Ausbildungsdauer beschränkt werden. Wer länger studieren möchte, kann dies ohne Darlehen und auf eigene Rechnung tun. So wird der Student zu einem Unternehmer, der in seine eigene Zukunft investiert. Das finanzielle und berufliche Risiko trägt er vollumfänglich selbst.

Nun wird man einwenden, das Medizinstudium sei kostspieliger, was dazu führen könnte, dass zu wenig Studenten sich für den Arztberuf entscheiden. Trifft dies zu, so kann der Staat gezielt nachhelfen. Er bezahlt Subventionen direkt an Medizinstudenten, um so einen Anreiz zu geben.

Seine Mittel kann er einkommensorientiert gewähren und mit Auflagen verbinden. So z. B. wie lange der Arztberuf ausgeübt werden muss. Die Auflagen haben sich an einer marktwirtschaftlichen Konzeption für das ganze Gesundheitswesen zu orientieren.

Die Ärzteschwemme ist die Folge einer marktwidrigen Hochschulpolitik: Wird der Markt ausgeschaltet, so hat das auf die Dauer Kontingente und damit den Numerus clausus zur Folge. In dem Masse, in dem man den Markt hier nicht zum Zuge kommen lässt, ist als zweitbeste Lösung eine drastische Verschärfung der Zulassung zum Medizinstudium angezeigt. Doch das wirkt sich bestenfalls mittelfristig aus.

3. Eine strategische Position nimmt die ambulante Versorgung ein. Sie ist weitgehend Anlaufstelle und Drehscheibe des Gesundheitswesens zugleich. Ihre Vorteile sind nicht zu übersehen. Der Arzt kennt seine Patienten persönlich, er kann am besten auf sie – in jeder Beziehung – eingehen. Der Kranke verbleibt in der gewohnten Umgebung, er wohnt zu Hause und nicht in einem anonymen Krankenhaus. Es kommt hinzu: Die Kosten des (reinen) Spitalaufenthalts entfallen, das ergibt massive Kostenersparnisse. Wir haben daher allen Grund, die ambulante Versorgung tatkräftig zu fördern.

4. Im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen die Krankenhäuser; dort ist anzusetzen, um bedeutende Spareffekte zu erzielen. Wird die ambulante Versorgung ausgebaut, so darf eine Anpassung der Kapazitäten in den Krankenhäusern nicht ausbleiben. Geht die Nachfrage dort nämlich zurück, so kommt es zur bekannten Reaktion: Die Aufenthaltsdauer wird verlängert. Deshalb ist es unumgänglich: Die überschüssigen Kapazitäten der Krankenhäuser müssen rasch und systematisch abgebaut werden. Doch damit ist die zentrale Frage nach dem Bedarf gestellt.

Je weniger die Kosten des Gesundheitswesens an die Versicherten und Nutzniesser herangetragen werden, desto grösser ist die Nachfrage. Je mehr sie sich dem Nulltarif nähert, desto rascher wird das Gesundheitswesen ein – finanzielles – Fass ohne Boden. Es darf daher nicht von der Nachfrage auf den Bedarf geschlossen werden. Auch politisch kann er nicht bestimmt werden: die Verbilligung des Gesundheitswesens verfälscht nämlich die individuellen Präferenzen der Versicherten. Je weniger sie ihre Entscheidungen finanziell mittragen müssen, desto mehr befürworten sie Leistungen des Gesundheitswesens. Die vorhandenen Überkapazitäten verdanken wir der Fehlsteuerung von Beiträgen an die Investitionskosten, die Übernahme von (Betriebs-)Defiziten durch den Fiskus und die nicht kostendeckenden Krankenhaustarife.

Aus marktwirtschaftlicher Sicht sind eine Reihe von Reformen überfällig: Ist es nicht möglich, die Krankenhäuser zu (re-)privatisieren, so sind

sie (wenigstens) organisatorisch und finanziell zu verselbständigen. So werden sie gezwungen, kostendeckende Tarife anzuwenden und die Krankenhäuser nach modernen Methoden zu führen. Dazu sind entsprechend ausgebildete Spitalmanager erforderlich, die jene ersetzen, die nach politischen Kriterien dazu auserkoren wurden, Spitäler zu verwalten. Auf eine repräsentative Kostenrechnung darf nicht verzichtet werden: Sie ist auch unentbehrlich, um eine interne Subventionierung zu vermeiden. Es geht nämlich nicht an, den finanziellen Ausgleich über gewinnbringende und nicht kostendeckende Tarife anzustreben. Vielmehr müssen sämtliche Aktivitäten für sich kostendeckend gestaltet werden, nur so ist die volle Kostentransparenz gewährleistet.

Werden Krankenhäuser so geführt und finanziert, übt dies einen permanenten Druck zur Rationalisierung und Anpassung der Kapazitäten aus. Ist dieser nicht ausreichend, so kann nur noch Zuflucht zu reglementierten Aufenthaltsdauern spezifischer Krankheitsfälle genommen werden. Spätestens in diesem Fall bleibt nichts anderes übrig, als die Kapazitäten abzubauen oder ganze Krankenhäuser zu schliessen.

Ein heikles Problem ist der technische Fortschritt in der Medizin im allgemeinen und in den Krankenhäusern im besonderen. Hier muss sich eine Arbeitsteilung zwischen Allgemein- und Spezialkliniken durchsetzen, um Doppel- und Mehrfachspurigkeiten und (krasse) Unterauslastung zu vermeiden. Inwieweit dem technologischen Fortschritt gefolgt werden soll, ist zumindest da, wo es um menschliches Leben geht, letztlich eine politische Entscheidung. Aber auch hier wird man nicht unbeschränkt Kosten in Kauf nehmen können. Je mehr die Krankenhäuser marktwirtschaftlichen Regeln ausgesetzt werden, desto eher werden sie selbst die erforderliche Zurückhaltung ausüben. Die Anschaffungen werden durch die Kosten und die Möglichkeit ihrer Überwälzung gesteuert.

Wem bekannt ist, wie personalintensiv das Gesundheitswesen im allgemeinen und die Krankenhäuser im speziellen sind, für den kann die Besoldung des Personals nicht tabu sein. Hier ist der Staat der Schrittmacher. Er muss dazu übergehen, vermehrt leistungsorientiert zu entlöhnen. Das setzt entsprechende Bewertungen von Arbeitsplätzen voraus. Zudem ist es wesentlich, die Lohnpolitik möglichst zu entpolitisieren. Sie ist auch lokal und regional zu differenzieren. Letztlich hat sie den finanziellen Möglichkeiten der Krankenhäuser gerecht zu werden. Je mehr diese defizitär sind, desto eher sind Lohnverzichte angebracht. Dann verhält sich das Personal mit ihrem defizitären Arbeitgeber und mit den Patienten solidarisch.

5. Mehr Markt ist auch im Pharmasektor erforderlich. Je mehr die Preise durch den Staat administriert werden, desto weniger bleibt für die

Erträge übrig. Es fehlen die erforderlichen Finanzmittel für die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente. Dies hat negative Auswirkungen auf die Versorgung des Gesundheitswesens. Es ist daher Sorge zu tragen, dass die forschende Pharma-Industrie innovativ bleiben kann. Um ein mögliches Missverständnis auszuräumen: Sie kann nicht gewährleisten, dass Medikamente bedarfsgerecht verschrieben werden. Das ist die Aufgabe des Arztes, und damit liegt die Verantwortung letztlich bei ihm.

6. Ein zentrales Problem sind die Krankenkassen und ihre Ausgestaltung. Aus der Sicht der Sozialen Marktwirtschaft ist folgendes zu beachten: Ein Obligatorium kommt nur für eine Grossrisiko-Versicherung in Frage. Sie schützt jedermann von individuell untragbaren Kosten von Krankheit. Wäre sie nicht obligatorisch, so müsste der Staat ohnehin bei einer finanziellen Überforderung einspringen. Daher das Obligatorium.

Nun ist es offensichtlich: Die erforderlichen Beiträge an eine solche Krankenkasse sind nicht für alle Einkommensschichten tragbar. In diesem Fall ist eine direkte Subventionierung angezeigt. Sie kann entweder an die Versicherten oder an seine Krankenkasse in Anrechnung auf die geschuldeten Beiträge erfolgen. Damit ist sichergestellt, dass nur jene unterstützt werden, die darauf wirklich angewiesen sind. Darüber hinaus liegt es im Ermessen eines jeden, ob und wie er sich zusätzlich gegen die finanziellen Folgen von Krankheit versichern will oder nicht. Die finanziellen Konsequenzen muss er aber unter allen Umständen selbst tragen.

Die Krankenkassen müssen kostendeckende Tarife verlangen. Eine interne Subventionierung ist nicht zulässig. Dies bedingt differenzierte Tarife, die sich u. a. am Alter, Geschlecht und Krankheiten orientieren. Das hat nichts mit Diskriminierung, sondern lediglich mit Kostentransparenz und Steuerung etwas zu tun. Sind bestimmte Gruppen von Versicherten finanziell überfordert, so wird ihnen ja unter die Arme gegriffen.

Entscheidend sind wirksame Anreize für zwei Verhalten: Zum einen soll die Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitswesens gedämpft werden. Dies kann durch die Selbstfinanzierung der Bagatellfälle erfolgen. Noch wirksamer ist es, wenn solche Behandlungen nicht versichert werden (können). Sie machen einen grossen Teil der Krankheitsfälle aus und sind mit einem extrem hohen Aufwand verbunden. Hier könnten die Krankenkassen – administrativ – erheblich entlastet werden. Zum anderen sind jene zu belohnen, die in bestimmtem Umfang auf die Leistungen des Gesundheitswesens verzichtet haben. Sie erhalten einen erheblichen Prozentsatz der bezahlten Beiträge zurück. Je höher hier gegangen wird, desto mehr sieht der einzelne ein, dass es sich für ihn lohnt, auf seine Gesundheit zu achten.

Auf jeden Fall ist aber ein Selbstbehalt mit Ausnahme der Grossrisiko-

Versicherung einzuführen. Dazu wurden zahlreiche Varianten diskutiert, eines steht fest: Eine fühlbare dämpfende Wirkung auf die Nachfrage konnte nachgewiesen werden. Auch hier gilt: Je mehr jemand mit den finanziellen Folgen seines – freiwilligen und erzwungenen – Verhaltens konfrontiert wird, desto mehr hält er sich zurück. Der Selbstbehalt stärkt die Eigenverantwortung.

In der Marktwirtschaft ist strikte zwischen dem Privat- und dem Berufsleben zu trennen. Der Arbeitgeber kommt für jene Kosten auf, die dem Gesundheitswesen aus der Arbeitswelt erwachsen. Darüber hinaus darf er in keiner Art und Weise in die Finanzierung des Gesundheitswesens involviert werden. Für das, was ausserhalb des Unternehmens, im Privatbereich, geschieht, ist allein der private Haushalt zuständig. Es gilt das Verursacher- und Nutzniesserprinzip.

Zu eher politisch motivierten Diskussionen geben die Einkommen der Ärzte Anlass. Je mehr Markt im Gesundheitswesen verwirklicht wird, desto weniger dürfen diese Einkommen irgendeiner Kontrolle und Einschränkung unterworfen werden. Sie sind u. a. eine Abgeltung für ein langes Studium, für einen risikoreichen Beruf, der immer mehr in den Sog der Haftung gerät und, nicht zu vergessen: Diese Einkommen sind mit entsprechend hohen Steuern belastet. Der Steuerstaat ist der herausragende Nutzniesser dieser Einkommen.

Eine marktwirtschaftliche Wende ist auch im Gesundheitswesen überfällig. Wir müssen sie unbedingt schaffen. Sonst gehen die marktwidrigen Interventionen des Staats weiter und höhlen die Leistungsfähigkeit des Systems zunehmend aus. Auf dem Wege dorthin ertönt der Ruf nach der Verstaatlichung. Wird ihm Folge geleistet, so ist auch das Gesundheitswesen bald einmal am Ende. Daran kann niemand ernsthaft interessiert sein. Die Wende können aber nur Politiker vollziehen: Sie tragen letztlich die Verantwortung für das Gesundheitswesen.