



Hartmut Reiners  
Privat oder Kasse?

*Hartmut Reiners* ist Ökonom und Publizist. Er war zwischen 1992 und 2009 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg.

Hartmut Reiners

# **Privat oder Kasse?**

Politische Ökonomie des Gesundheitswesens

VSA: Verlag Hamburg

[www.vsa-verlag.de](http://www.vsa-verlag.de)

© VSA: Verlag 2017, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg  
Alle Rechte vorbehalten  
Umschlaggrafik erstellt aus: lbrandify – Freepik.com  
Druck- und Buchbindearbeiten: Beltz Bad Langensalza GmbH  
ISBN 978-3-89965-760-9

# Inhalt

<b>Einleitung: Das Gesundheitswesen – ein besonderer Wirtschaftszweig</b> .....	7
<b>Kapitel 1: Marktversagen als Prinzip</b> .....	10
Ungleiche Gesundheitschancen .....	12
Anbietermacht im Gesundheitswesen .....	13
Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich .....	16
Irrwege neoliberaler Ökonomen .....	17
Moral-Hazard-Theorie: Vollkaskotalität der Versicherten .....	20
Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen .....	23
<b>Kapitel 2: Mythos Kostenexplosion: Wird die GKV unbezahlbar?</b> .....	30
Wird der medizinische Fortschritt für alle Bürger unbezahlbar? .....	32
Überfordert die demografische Entwicklung die GKV? .....	35
Das Mantra von den zu hohen Lohnnebenkosten .....	38
<b>Kapitel 3: Die duale Krankenversicherung – ein Unikat in Europa</b> .....	44
Bismarck und die Folgen: Die berufsständisch gegliederte GKV .....	46
Die wettbewerbliche GKV mit freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich .....	48
Der Gesundheitsfonds – ein bürokratisches Monster? .....	50
Aushöhlung der paritätischen Finanzierung .....	52
Das Geschäftsmodell der PKV .....	54
<b>Kapitel 4: Leistungen der Krankenkassen</b> .....	60
Welche Leistungen bietet die GKV? .....	60
Leistungsumfang: Sachleistungen, Zuzahlungen und Kostenerstattung .....	65
Leistungsqualität: Wirtschaftlichkeitsgebot und evidenzbasierte Medizin .....	69
IGeL-Angebote: Sinnvolle Ergänzung zu Kassenleistungen? .....	72

**Kapitel 5: Versorgungsstrukturen:**

**Über-, Unter- und Fehlversorgung** ..... 76  
Ambulante Versorgung: Überfluss und Lücken ..... 77  
Stationäre Versorgung: Strukturdefizite ..... 85  
Ansätze zur integrierten Versorgung ..... 88

**Kapitel 6: Der Streit ums Geld:**

**Vergütungssystem für Ärzte und Krankenhäuser** ..... 91  
Ungleiche Vergütungen in der ambulanten  
ärztlichen Versorgung ..... 93  
Das EBM-System in der kassenärztlichen Versorgung ..... 94  
Unterschiede zwischen EBM und GOÄ ..... 98  
Vergütung von Zahnärzten ..... 101  
Duale Finanzierung der Krankenhäuser ..... 102  
Fallpauschalen – Wurzel des Übels? ..... 104

**Kapitel 7: Arzneimittelversorgung:**

**Der Kampf mit der Pharmaindustrie** ..... 108  
Allgemeiner Rahmen des Arzneimittelmarktes ..... 108  
Festbeträge für Arzneimittel ..... 110  
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG):  
Nutzenbewertung von Arzneimitteln ..... 113

**Kapitel 8: Die Pflegeversicherung:**

**Neue Aufgaben der Gesundheits- und Sozialpolitik** ..... 117  
Wie die Pflegeversicherung entstand ..... 119  
Die »neue« Pflegeversicherung ..... 122

**Kapitel 9: Reformbaustellen einer**

**solidarischen Gesundheitspolitik** ..... 127  
Das Einfache, das so schwer zu machen ist:  
Die Bürgerversicherung ..... 128  
Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung ..... 135  
Neuordnung der Rechtsaufsicht ..... 139

# Einleitung: Das Gesundheitswesen – ein besonderer Wirtschaftszweig

Das Gesundheitswesen hat sich in allen modernen Staaten zu einem großen Wirtschaftszweig entwickelt. In Deutschland ist es die Erwerbsgrundlage für 5,2 Millionen Menschen, die über 11% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaften. Die Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Menschen ist schon lange keine karitative Aufgabe mehr, sondern Sache von professionellen Einrichtungen mit einem Zuwachs von über einer Mio. Arbeitsplätzen in den vergangenen 15 Jahren. Die Deutsche Industrie- und Handelskammer spricht zu Recht von der »Jobmaschine Gesundheitswirtschaft«. Es ist daher nicht nur legitim, sondern notwendig, Leistungen, Strukturen und Institutionen des Gesundheitswesens unter ökonomischen Aspekten zu betrachten.

Mutter Teresa und Albert Schweitzer sind keine geeigneten Leitbilder für Pflegekräfte und Ärzte, die mit ihrer hohen Qualifikation gutes Geld verdienen wollen und sollen. Daher geht die verbreitete Kritik an einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens oft an der Sache vorbei. Allerdings ist das Gesundheitswesen kein Wirtschaftszweig wie jeder andere. Seine Leistungen haben buchstäblich existenzielle Bedeutung. Kranke Menschen sind hilfebedürftige Personen und keine Kunden, die zwischen den angebotenen Produkten je nach Bedarf, Geschmack und Geldbeutel wählen können. Sie sind keine souveränen Marktteilnehmer, die als Konsumenten in den Modellen der Lehrbuchökonomie dargestellt werden.

Unser Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes System, das aus guten Gründen nicht über den Marktmechanismus von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage gesteuert wird, sondern über Politik, Rechtsnormen und kollektive Vertragssysteme. Marktpreise gibt es dort nur in wenigen, eher unbedeutenden Segmenten. Sogar die Vergütung für die Behandlung von Privatpatienten wird durch eine staatliche Gebührenordnung geregelt. Durch diese administrative Steuerung sind Fragen der Ressourcenverteilung und der politischen Macht noch mehr miteinander verwoben, als dies in der regulierten Marktwirtschaft ohnehin schon geschieht. Gesundheitspolitik ist ein schwer zu durchschauendes Geflecht von allgemeiner Daseinsvorsorge, wirtschaftlichen Inte-



ressen, politischer Macht, gesellschaftspolitischer Programmatik und ethischen Aspekten.

Den Medien bieten die Wirrnisse der Gesundheitspolitik stets gute Gelegenheiten, die verantwortlichen Politiker als naive Opfer oder gar Partner von Lobbyisten darzustellen. Talkshow-Moderatoren können sicher sein, mit entsprechenden Themen gute Quoten zu erzielen. Dort verkünden als Experten präsentierte Leute, das deutsche Gesundheitswesen sei marode, wo die Politiker doch für Ordnung sorgen könnten, wenn sie nur auf den Rat dieser Fachleute hören würden. Dass hinter deren scheinbaren Sachargumenten handfeste wirtschaftliche Interessen stehen, bleibt den meisten Zuschauern verborgen. Wer weiß schon, dass Professoren, die als Anwälte der Generationengerechtigkeit auftreten und die Umlagefinanzierung der GKV schrittweise durch ein Kapitaldeckungsverfahren ersetzen wollen, Institute leiten, die von Aufträgen der von einem solchen Ansparsystem profitierenden Finanzwirtschaft leben? Oder dass Pharma- und Medizingerätefirmen als Patientenverbände firmierende Organisationen sponsern, um ihre Produkte in den Leistungskatalog der Krankenkassen zu lancieren?

Um das gegenwärtig über 200 Mrd. Euro umfassende Budget der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) streiten sich niedergelassene Ärzte und andere Gesundheitsberufe, Kliniken und Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) finanzieren staatlich regulierte Leistungen, schon weil fast die Hälfte ihrer Mitglieder beihilfeberechtigte Beamte sind. Kein anderer Wirtschaftszweig, mit Ausnahme der über die EU gelenkten Landwirtschaft, unterliegt einer derart detaillierten politischen Steuerung, auf die natürlich alle Berufe und Unternehmen, die dort ihr Geld verdienen, Einfluss nehmen wollen. Jeder fünfte der beim Bundestag offiziell registrierten Lobbyisten kümmert sich ausschließlich um den Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Sie vertreten unterschiedliche Berufsgruppen, Versorgungsunternehmen, Krankenversicherungen und Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Alle versuchen, ein möglichst großes Stück vom Kuchen abzubekommen. Dieser Verteilungskampf wird überlagert von wirtschaftspolitischen Dogmen und parteipolitischen Scharmützeln, die aus der Gesundheitspolitik einen ideologischen Grabenkampf machen können. Der frühere Sozialminister Norbert Blüm hat all das einmal bündig zusammengefasst: »Gesundheitspolitik ist Wasserballett im Haifischbecken.«

Ich will in neun Kapiteln einen Überblick in die Mechanismen und ordnungspolitischen Strukturen dieses sehr besonderen sozialökonomischen Systems geben:

1. Weshalb ist das Gesundheitswesen von Marktversagen geprägt? Warum bieten die Modelle der Lehrbuchökonomie kaum geeignete Rezepte zur Steuerung dieses Wirtschaftszweiges?
2. Machen die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt die soziale Krankenversicherung für alle Bürger unbezahlbar? Droht uns eine Rationierung von medizinischen Leistungen?
3. Wie wird das deutsche Gesundheitswesen finanziert? Worin unterscheiden sich die gesetzliche und private Krankenversicherung?
4. Welche Leistungen bietet die GKV? Wer legt sie fest und kontrolliert ihre Qualität?
5. Wie ist die medizinische Versorgung strukturiert? Welche Aufgaben haben Arztpraxen und Krankenhäuser? Wer ist für deren Bedarfsplanung und Sicherstellung verantwortlich?
6. Wie werden die Arztpraxen und Krankenhäuser honoriert? Wer legt wie deren Vergütungen fest?
7. Wie funktioniert der Arzneimittelmarkt? Welche Rolle spielt die Pharmaindustrie?
8. Welche Aufgaben hat die Pflegeversicherung? Was unterscheidet sie von der Krankenversicherung?
9. Welche Reformen müssen von der Gesundheitspolitik vorrangig angegangen werden?

Am Ende eines jeden Kapitels werden Hinweise auf wichtige Literatur und Webseiten gegeben.

# Kapitel 1

## Marktversagen als Prinzip

### Sozioökonomische Parameter des Gesundheitswesens

Die Absicherung von Krankheitsrisiken für alle Bürger gehört zu den Standards der modernen Zivilgesellschaft. Kein ernst zu nehmender Politiker oder Wissenschaftler wird das bestreiten. Selbst der Ökonom und Sozialphilosoph F.A. Hayek, eine Ikone des Neoliberalismus und bekennender Feind des Sozialstaates, hielt in seiner 1971 erschienenen programmatischen Schrift »Die Verfassung der Freiheit« eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für legitim, weil sonst viele Menschen »der Allgemeinheit zur Last fielen« (S. 377). Er hat sich nicht näher über die Ausgestaltung eines solchen Systems geäußert. Er dachte vermutlich an eine private Pflichtversicherung, wie sie etwa für die Kfz-Haftpflicht gilt. Das schlagen jedenfalls seine deutschen Anhänger im »Bayreuther Manifest« vor (siehe S. 17f.).

Diese Forderung hat sowohl aus der sozialen als auch aus der ökonomischen Perspektive keine Substanz. In Deutschland werden knapp drei Viertel der Gesundheitsausgaben von den Sozialversicherungsträgern und dem Staat getragen (siehe Tabelle 1). Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben ist zwar Anfang der 2000er Jahre durch die Agenda 2010 (Praxisgebühr, höhere Eigenleistungen bei Zahnersatz) leicht gestiegen, dennoch wird die medizinische Versorgung nicht nur in Deutschland zum weit überwiegenden Teil öffentlich finanziert und gesteuert. In der EU bewegt sich der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben zwischen 66% (Griechenland) und 85% (Niederlande). Dafür gibt es handfeste Gründe.

Ohne eine öffentliche Absicherung der Krankheitsrisiken ist der u.a. in den Lissabon-Verträgen der EU enthaltene Grundsatz nicht zu erfüllen, allen Bürgern den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung zu gewähren. Die meisten Bürger könnten sich eine private Krankenversicherung gar nicht leisten, weil deren Beiträge nach den gesundheitlichen Risiken der Versicherten kalkuliert werden. Das würde vor allem ältere und chronisch kranke Menschen mit hohem Behandlungsbedarf, Familien und einkommensschwache Gruppen treffen. Letztere haben überdurchschnittlich hohe Gesundheitsrisiken und müssten dem-

**Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland**

Gesundheitsausgaben	1995	2000	2005	2010	2015
Insgesamt in Mio. Euro	186.922	213.804	241.532	290.252	344.153
v. H. des BIP	9,8	10,1	10,5	11,2	11,3
je Einwohner in Euro	2.289	2.601	2.934	3.550	4.213
<i>Ausgabenträger in v. H.:</i>					
Öffentliche Haushalte	10,7	6,4	5,6	4,9	4,5
Gesetzl. Krankenversicherung	60,2	58,0	56,2	57,1	58,1
Soziale Pflegeversicherung	2,8	7,8	7,4	7,4	8,3
Gesetzl. Rentenversicherung	2,4	1,7	1,5	1,4	1,3
Gesetzl. Unfallversicherung	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6
Öffentliche Träger insgesamt	77,9	75,6	72,4	72,5	73,6
Private Krankenversicherung*	7,6	8,2	9,1	9,2	8,8
Arbeitgeber	4,2	4,1	4,2	4,2	4,2
Private Haushalte	10,3	12,1	14,3	14,1	13,4

\* Inkl. Pflegeversicherung

Quelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), eigene Zusammenstellung

entsprechend in einer privaten Krankenversicherung hohe Beiträge zahlen, die sich schon Normalverdiener nicht leisten könnten.

Auch aus einem anderen Grund versagt der Marktmechanismus von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage im Gesundheitswesen. Konsumentensoeveränität, eine entscheidende Voraussetzung für funktionierende Märkte, gibt es dort nur in wenigen Bereichen mit einer zudem geringen ökonomischen Bedeutung. Der Umfang der erbrachten Leistungen wird wesentlich von den Anbietern, d. h. den Arztpraxen und Krankenhäusern bestimmt. Für die öffentliche Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens sprechen also zwei Sachverhalte: die ungleichen Gesundheitschancen der Bürger und die wirtschaftliche Macht der Anbieter von medizinischen Leistungen.

## Ungleiche Gesundheitschancen

Die Chancen, gesund zu bleiben und Krankheiten zu bewältigen, hängen von den genetischen Anlagen und den sozialen Chancen ab, also von Faktoren, die vom Individuum gar nicht oder nur in geringem Maße zu beeinflussen sind. Bevölkerungsgruppen mit gehobenem Bildungs- bzw. Einkommensniveau haben in allen Lebensphasen einen deutlich besseren Gesundheitszustand und eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung als Schichten mit einem niedrigeren Sozialstatus. Dafür gibt es solide Belege.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat auf Basis repräsentativer Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) den Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung der Deutschen untersucht und kommt zu einem eindeutigen Ergebnis (Kroh et al. 2012). Zwar ist die allgemeine Lebenserwartung der Deutschen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegen, aber es gibt immer noch erhebliche soziale Unterschiede. Männer aus armutsgefährdeten Haushalten haben im Alter von 65 Jahren eine durchschnittlich fünf Jahre niedrigere weitere Lebenszeit als Männer aus besser gestellten Haushalten. Diese Differenz sinkt mit der Einkommenshöhe. In den mittleren Einkommensgruppen (80% bis 100% des Durchschnittseinkommens) liegt sie bei viereinhalb Jahren, in den leicht über dem Durchschnitt liegenden Einkommensgruppen (100% bis 150%) beträgt sie gut drei Jahre. Bei den Frauen sind diese Unterschiede etwas weniger ausgeprägt, was unter anderem auf ihre (noch) geringere Erwerbstätigkeit zurückgeführt wird. Auch der Gesundheitszustand der Menschen ist ein Reflex ihrer sozioökonomischen Stellung. Das Robert-Koch-Institut (RKI), eine dem Bundesgesundheitsministerium zuarbeitende Forschungseinrichtung, hat bei Personen mit einem niedrigeren bis mittleren Einkommens- und Bildungsniveau einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand und höhere gesundheitliche Risikofaktoren wie Übergewicht und Bluthochdruck festgestellt als bei Angehörigen höherer Einkommens- und Bildungsschichten (Lempert et al. 2013). Sie leiden weit häufiger an Diabetes und Depressionen. Auch der Gesundheitszustand von Kindern ist in den unteren sozialen Schichten erheblich schlechter als in den höheren.

## Anbietermacht im Gesundheitswesen

Die Modelle der Lehrbuchökonomie basieren auf der Annahme, dass Angebot und Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen unabhängig voneinander bestimmt werden. Die Konsumenten und die Produzenten haben jeweils eigene, von anderen Einflüssen weitgehend unabhängige Kosten-Nutzen-Vorstellungen, die sich auf dem Markt treffen. Wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt, steigen die Preise, im umgekehrten Fall sinken sie. Einen solchen Gleichgewichtsmechanismus von Angebot und Nachfrage gibt es im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht. Das bestreitet kaum ein in Fragen des Gesundheitswesens sachkundiger Ökonom. Eine Befragung von 300 Gesundheitsökonomern in Kanada und den USA ergab, dass 81% von ihnen der Ansicht waren, dass Ärzte eine Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen erzeugten (Rice 2004, S. 156f.). Das Gesundheitswesen ist ein von den Anbietern dominierter Wirtschaftszweig.

Für dieses Phänomen gibt es in der Gesundheitsökonomie zwei theoretische Begründungen. Zum einen wird es aus dem *Uno-Actu-Prinzip* abgeleitet, wonach die Produktion und Konsumtion von Leistungen zeitlich und räumlich zusammenfallen. Das trifft aber auch für andere Dienstleistungsberufe zu, etwa Friseure oder Kellner, ohne dass sich daraus eine systematische Anbieterdominanz ableiten ließe. Erheblich plausibler für die Anbieterdominanz im Gesundheitswesen ist die These, sie hänge mit dem großen *Informationsgefälle* zwischen Arzt und Patient zusammen. Seit über 40 Jahren bestätigen zahlreiche medizinsoziologische Untersuchungen, dass das Wissensgefälle zwischen den medizinischen Experten und den Laien sowie Ohnmachtsgefühle der kranken Personen den Ärzten zu einer dominierenden Stellung verhelfen. Nun sind Konsumenten immer schlechter informiert als Verkäufer oder Produzenten. Das gilt für den Gebrauchtwagenhandel ebenso wie für das Geschäft mit Gütern des täglichen Bedarfs. Von diesem ungleichen Informationsstand von Laien und Experten lebt eine ganze Industrie von Verbraucherberatern und Warentestern. Im Gesundheitswesen hat dieses Phänomen jedoch angesichts der die menschliche Existenz unmittelbar betreffenden Produkte und Leistungen eine ganz andere Dimension. Ein unter Hustenreiz leidender Patient kann z.B. nicht wissen, ob sein Leiden eher harmlos ist oder auf ein Bronchialkarzinom verweist. Bei immer weiter verfeinerten Diagnosetechniken fällt es den Ärzten leicht,

der Symptomschilderung der Patienten eine steigende Zahl von Untersuchungsvorgängen und Tests folgen zu lassen, um angeblich jedes Risiko einer Fehldiagnose auszuschließen. Ob das alles sachgerecht ist, können Patienten in der Regel nicht beurteilen.

Der entscheidende Punkt ist, dass Ärztinnen und Ärzte das gesellschaftliche Mandat haben, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren. Welche Berufsgruppe sonst sollte diese unverzichtbare Aufgabe wahrnehmen als diejenige, die dafür ausgebildet wurde? Aus dieser Funktion erwächst die Möglichkeit, die Nachfrage nach den eigenen Leistungen zu bestimmen. Es wäre naiv anzunehmen, dass davon nicht auch im eigenen wirtschaftlichen Interesse Gebrauch gemacht wird. Zahlreiche Untersuchungen belegen seit den 1970er Jahren, dass Ärztinnen und Ärzte die Arbeitsweise im Gesundheitswesen in einer Weise beherrschen, wie kein anderer Beruf in einem anderen Erwerbszweig. Hier eine Auswahl von empirischen Belegen:

- Die Versorgungsdichte mit Arztpraxen und Krankenhäusern beeinflusst die Nachfrage nach bzw. die erbrachte Menge an medizinischen Leistungen. Die Krankenkassen verzeichnen unabhängig von der sozialen und demografischen Struktur ihrer Versicherten in Großstädten höhere Pro-Kopf-Ausgaben als in ländlichen Räumen. Das hängt nicht nur damit zusammen, dass die regionalen Zentren auch für ihre Umgebung die medizinische Versorgung vor allem mit hoch spezialisierten Leistungen sicherstellen, sondern auch mit einer höheren (Fach-)Arztdichte, einer größeren Zahl von Physiotherapeuten und anderen Gesundheitsfachberufen.
- In den USA ist bei Patienten von Medicare, der staatlichen Krankenversicherung für Rentner, gut belegt, dass Ärztinnen und Ärzte auf Begrenzungen der von Medicare gezahlten Grundhonorare mit einem Anstieg der Menge bzw. Intensität von chirurgischen Eingriffen, vermehrtem Einsatz radiologischer Geräte und aufwändiger diagnostischer Verfahren reagierten.
- In Kanada hatten Provinzen mit einer eher mäßigen Honorarentwicklung den höchsten Zuwachs an Leistungsmengen. Ähnliche Mengeneffekte gab es bis in die 2000er Jahre in der deutschen kassenärztlichen Versorgung. Die Budgetierung der ärztlichen Vergütungen provozierte den »Hamsterradefekt« von steigenden Leistungsmengen bei zugleich sinkenden Einzelleistungsvergütungen. Bei sinkenden oder stagnierenden Einnahmen pro Fall oder Leistung wird die

Zahl der Leistungen erhöht, um das erwartete Einkommen zu erzielen. Diese Mengenausweitung bewirkt in einem budgetierten Vergütungssystem sinkende Preise.

- In der Literatur findet man zahlreiche Studien über große regionale und internationale Differenzen in der Häufigkeit bestimmter Eingriffe und diagnostischer Maßnahmen. So zeigt eine 2014 erschienene Studie der Bertelsmann Stiftung und der OECD in Deutschland große regionale Mengenunterschiede bei verschiedenen medizinischen Eingriffen. So finden z.B. in Bayern drei Mal so häufig Kniegelenktransplantationen wie im Bundesdurchschnitt statt. Solche auch bei anderen medizinischen Leistungen anzutreffenden Phänomene haben selten mit der Alters- oder Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zu tun, sondern können meist nur auf unterschiedliches ärztliches Handeln bzw. Anreizsysteme und Arbeitskulturen im Medizinsystem zurückgeführt werden.
- Der Zuwachs bei den Leistungsausgaben war in der PKV in den vergangenen 20 Jahren um über 50% höher als in der GKV, obwohl die Privatversicherten eine günstigere Alters- und Morbiditätsstruktur haben und die Punktwerte der Vergütungen für Privatpatienten so gut wie konstant geblieben sind. Die PKV verfügt im Unterschied zur GKV über keine Instrumente zur Eingrenzung der Anbieterdominanz und hat daher höhere Kostensteigerungen (Näheres in den Kapiteln 3 und 6).
- Es ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, die Möglichkeiten der angebotsinduzierten Nachfrage im Sinne einer effektiven und wirtschaftlichen Verwendung von Ressourcen zu begrenzen und entsprechende Steuerungssysteme zu etablieren. Die unter Ökonomen gängige Vorstellung, man könne diese Aufgaben mit zielgerichteten Vergütungssystemen und einem wettbewerblichen Ordnungsrahmen des Gesundheitswesens angemessen bewältigen, geht an der Realität dieses komplizierten Wirtschaftszweiges vorbei. So wichtig finanzielle Anreize sind, berufliches Prestige, Versorgungsstrukturen und die im Lauf der Zeit wechselnden Vorstellungen über angemessene Behandlungsmethoden spielen bei der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen eine mindestens ebenso große Rolle.



## Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen unterscheiden zwischen drei Realtypen:

- *Staatliche Gesundheitssysteme* werden von Regierungen und Behörden gelenkt und aus Steuern finanziert. Sie gelten als Beveridge-Modelle, benannt nach einem von Sir William Beveridge geleiteten Komitee, das 1942 in einem Bericht über die britische Sozialversicherung das Konzept eines staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service) entwickelte. Man findet es in Großbritannien sowie in skandinavischen und südeuropäischen Ländern.
- *Soziale Krankenversicherungen* sind öffentliche Pflichtversicherungen und erheben meist einkommensbezogene Beiträge, die anteilig von den Versicherten und den Arbeitgebern bezahlt werden. Dieses Modell wird mit dem früheren Reichskanzler Otto von Bismarck verbunden, der 1883 in Deutschland eine gesetzliche Versicherungspflicht für Arbeiter und gering verdienende Angestellte einführte. Solche Systeme gibt es in West- und Mitteleuropa sowie in Japan und Korea.
- *Private Krankenversicherungen* sind in den USA vorherrschend. Dort haben etwa die Hälfte der Bürger einen von ihren Arbeitgebern mit privaten oder Non-Profit-Versicherungsunternehmen vereinbarten »Health Plan«. Nur Rentner und besonders bedürftige Personen haben eine staatliche medizinische Versorgung (Medicare bzw. Medicaid), ebenso Soldaten und ihre Angehörigen. Auf die Leistungen und die Finanzierung der Health Plans hat die öffentliche Verwaltung einen nur begrenzten Einfluss. Ihre Mindeststandards sind von Staat zu Staat unterschiedlich und haben meist einen unter dem Niveau europäischer Systeme liegenden Leistungskatalog.

Die USA sind ein Beleg dafür, dass die Steuerung des Gesundheitswesens ohne politische Eingriffe nicht effizient funktioniert. Das US-Gesundheitswesen ist das mit Abstand teuerste der Welt. Sein Anteil am Bruttoinlandsprodukt lag 2013 bei 16,4% (Deutschland: 11%), die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit waren 50% höher als in Deutschland (7.290 bzw. 4.819 US-\$, kaufkraftbereinigt). Zwar werden knapp 50% der Gesundheitsausgaben von den genannten staatlichen Institutionen finanziert. Rechnet man die Steuervergünstigungen für die betrieblichen bzw. privaten Krankenversicherungen hinzu, kommt man sogar auf 60%. Aber etwa ein Viertel der Gesundheitsausgaben entfallen auf die nicht

direkt in der medizinischen Versorgung ankommenden Overheadkosten (Verwaltung, Vertrieb usw.). In den weitgehend öffentlich regulierten europäischen Gesundheitssystemen liegt dieser Anteil bei etwa zehn Prozent. Außerdem sind immer noch viele US-Amerikaner ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Zwar hat Präsident Obama mit seinem 2010 durchgesetzten »Patient Protection and Affordable Care Act«, auch »Obamacare« genannt, die Zahl der nicht krankenversicherten Personen in den USA mehr als halbieren können. Auch wurde ein verbesserter Versicherungsschutz erreicht, etwa das Verbot, Personen wegen Vorerkrankungen einen Versicherungsschutz zu verweigern. Aber noch immer sind 15% der US-Amerikaner entweder ohne Krankenversicherung oder in riskanter Weise unterversichert. Der überwiegende Teil der Privatinsolvenzen hängt in den USA mit unbezahlten Arzt- bzw. Krankenhausrechnungen zusammen.

Die öffentlichen Gesundheitssysteme sorgen mit ihrer Angebotssteuerung für eine wirtschaftlichere Ressourcenverteilung mit niedrigeren Verwaltungskosten und Behandlungsausgaben als private Systeme. Das zeigt sich auch in Deutschland beim Vergleich der privaten mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, PKV) (siehe Kapitel 3). Davon abgesehen haben beide Typen der öffentlichen Gesundheitssysteme spezifische Vor- und Nachteile. Staatliche Modelle haben eine breitere Finanzierungsbasis als die sozialen Krankenversicherungen, neigen aber eher zu Budgetbeschränkungen als Folge von Auseinandersetzungen um die Staats- bzw. Kommunalhaushalte. Internationale Vergleiche zeigen, dass vom Staatshaushalt unabhängige Krankenversicherungen weniger anfällig für kurzfristige Leistungskürzungen sind. Deshalb ist auch ein staatliches Gesundheitswesen in Deutschland keine attraktive politische Perspektive.

### **Irrwege neoliberaler Ökonomen**

Wie eingangs erwähnt, stellen auch marktliberale Ökonomen eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger nicht grundsätzlich infrage. Sie treten aber für eine Umwandlung der GKV in eine private Pflichtversicherung mit individueller Risikokalkulation nach dem Vorbild der Kfz-Haftpflicht ein. Sie bestreiten nicht, dass ihr Modell staatliche Zuschüsse für niedrige Einkommensgruppen benötigt. Das Solidaritätsprinzip müsse

jedoch »in einem veränderten Umfeld« (Oberender et al. 2006: S.23) als der bestehenden GKV praktiziert werden, so das »Bayreuther Manifest« marktliberaler Ökonomen. Der Sozialausgleich sei Sache des Staates und der Krankenversicherung grundsätzlich fremd. Die Umsetzung dieses ordnungspolitischen Credos in die Praxis stellt man sich so vor, dass die Bürger eine ihren Krankheitsrisiken entsprechende Versicherungsprämie zahlen und der Staat mit Zuschüssen dafür sorgt, dass kein Bürger mehr als einen gesetzlich festgelegten Anteil seines Einkommens für die Krankenversicherung leisten muss. Denkbar ist für diese Ökonomen auch ein »Voucher«-System, d.h. alle Bürger bekämen vom Staat einen Gutschein als Bezuschussung ihrer Krankenversicherung.

Dieses Modell einer Pflicht-PKV scheitert an der ökonomischen und politischen Realität. Die Verlagerung des Sozialausgleichs aus der GKV in den Bundeshaushalt würde diesen mit mindestens 40 Mrd. Euro belasten, ohne dass damit eine effizientere Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen verbunden wäre. Es wäre bestenfalls ein volkswirtschaftliches Nullsummenspiel aus Verschiebungen von Rechnungsposten vom Sozialversicherungsbudget in den Bundeshaushalt, mit der möglichen Folge von Steuererhöhungen. Politiker hätten gute Aussichten, von den Wählern abgestraft zu werden, falls sie ein solches Modell propagierten. Die damalige Kanzlerkandidatin Angela Merkel musste diese Erfahrung im Bundestagswahlkampf 2003 machen, als ihr Vorschlag eines Pauschalbeitrags zur GKV mit steuerfinanziertem Sozialausgleich dazu beitrug, dass Bundeskanzler Schröder im Amt blieb.

Aber diese aus ihrer Sicht rein fiskalischen Probleme interessieren die Protagonisten einer Pflicht-PKV nicht wirklich. Nach ihrer Überzeugung kommt es im GKV-System zu gravierenden Fehlsteuerungen, weil dort die Präferenzen der Versicherten bzw. Patienten sich nicht direkt am Markt durch die individuelle Nachfrage offenbaren können, sondern durch einen festen Leistungskatalog mit vorgegebenen Preisen staatlich reglementiert werden. Daher fordert Heike Göbel, Chefin der FAZ-Wirtschaftsredaktion, »dass die Steuerung der Gesundheitsleistungen möglichst über Preise erfolgt. Das beginnt mit dem mündigen Patienten. Er wägt ab, welche Kasse ihm für seine Prämie am meisten bietet. Er zahlt seinen Beitrag wie die Arztrechnung selbst und reicht diese dann der Kasse ein. Das schafft Anreiz, Angebote zu vergleichen und macht Kosten sichtbar. Beides elementare Voraussetzungen für eine bessere Ausgabenkontrolle – und für ein Gesundheitssystem, das den Versicherten

als Kunden sieht.« (FAZ vom 8.10.2009) Dieses Postulat läuft darauf hinaus, dass Kranke, bevor sie zum Arzt gehen, eine Google-Abfrage über ihr Leiden und seine Behandlungsmöglichkeiten machen, deren Ergebnisse sie womöglich eher verwirren als aufklären. Dann müssen sie sich noch über die Arzthonorare, Pflegesätze und Arzneimittelpreise informieren, um zu entscheiden, welche Therapie sie sich leisten können oder wollen. Wenn sie diese zeitraubenden Recherchen abgeschlossen haben und noch nicht wegen akuter Beschwerden die Notfallambulanz aufsuchen mussten, machen sie sich auf die Suche nach einem Arzt oder Krankenhaus, die sie nach ihren Preisvorstellungen behandeln. Leben sie in ländlichen Regionen, erledigt sich das allerdings, weil man froh sein kann, überhaupt einen (Fach-)Arzt oder ein Krankenhaus in erreichbarer Nähe zu haben.

Diese Fantasiewelt von Gesundheitssupermärkten, in denen die Patienten die erwünschten Behandlungen möglichst preisgünstig einkaufen können, hat zwei große Haken. Zum einen sind Patienten und Versicherte mit der Rolle des Controllers von Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen hoffnungslos überfordert. Wenn schon Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausträger für diese komplexe Aufgabe ganze Abteilungen mit hoch qualifizierten Spezialisten beschäftigen, denen nur rudimentäre Instrumente zur Messung der Effektivität und Wirtschaftlichkeit von Behandlungen zur Verfügung stehen, wie soll sie dann von Patienten wahrgenommen werden, die keine Kompetenz zur Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses medizinischer Interventionen haben? Zum anderen sind Arztpraxen und Krankenhäuser keine Marktplätze, auf denen man Preise, wenn schon nicht verhandeln, so doch vergleichen kann. Knochenbrüche, Herzattacken und Nierensteine kündigen sich leider nicht so rechtzeitig an, dass wir vor der Behandlung erst das Preis-Leistungs-Verhältnis der infrage kommenden Ärzte und Krankenhäuser checken können.

Eine international akzeptierte Faustregel besagt, dass 80% der Ausgaben für medizinische Behandlung auf 20% der Patienten entfallen, allesamt schwer oder chronisch kranke Menschen, die komplexen Behandlungsabläufen unterliegen. Diese sollten zweifelsohne auf einem Dialog zwischen Ärzten und Patienten beruhen. Aber daraus lässt sich kein Marktgleichgewicht zwischen Anbietern und Nachfragern mit entsprechenden Aushandlungsprozessen über die zu erbringenden Leistungen ableiten. Die Vorstellung, die Patienten sollten selbst über die Quali-

tät medizinischer Diagnosen und Therapien entscheiden und entsprechende Preisvergleiche anstellen, bevor sie sich auf den OP-Tisch legen, ist bizarr. Es wird so getan, als beschränke sich die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auf den routinemäßigen Gang zum Hausarzt, den man auch schon mal verschieben kann. Ebenso gut könnte man den Wochenmarkt zum Prototypen moderner Volkswirtschaften erklären. In der GKV gilt aus guten Gründen bei der Steuerung der Nachfrage das Bedarfsprinzip und nicht, wie in der Marktwirtschaft, die Zahlungsfähigkeit. Kranken Menschen steht eine medizinische Behandlung nach Maßgabe ihres Leidens und nicht des Geldbeutels zu.

### **Moral-Hazard-Theorie: Vollkasko-Mentalität der Versicherten**

Aus diesem Sachverhalt wird in der Lehrbuchökonomie die These abgeleitet, soziale Krankenversicherungen und staatliche Versorgungssysteme führten zu einer Überinanspruchnahme von Leistungen. Seit jeher wird der GKV unterstellt, sie verleite mit ihrem Sachleistungsprinzip und der Kostenübernahme von medizinischen Leistungen zur Verschwendung von Ressourcen. In den 1960er Jahren behauptete die von der damaligen Bundesregierung eingesetzte Sozialenquete-Kommission, das GKV-System verführe zu riskantem Gesundheitsverhalten: »Es erzieht seine Schützlinge zur Unmündigkeit und lässt ihre Bereitschaft zur Selbstverantwortung verkümmern, indem es sie daran gewöhnt, die Sorge um die eigene Gesundheit und die ihrer Angehörigen nicht primär als die Ihrige zu verstehen, sondern sie auf anonyme Vormünder – letztlich auf einen Versorgungsstaat – abzuwälzen.« Heute ist die Rede von einer »Vollkasko-Mentalität« der Versicherten, denen jedes Kostenbewusstsein abhandengekommen sei. Der Leistungskatalog der GKV werde bedenkenlos ausgeschöpft, ohne dass dafür eine medizinische Notwendigkeit bestehe.

Für die theoretische Begründung dieser Parolen sorgt in der Gesundheitsökonomie das Paradigma des »Moral Hazard«, auf Deutsch etwa »moralisches Risiko«. Dieser Begriff stammt aus der Feuerversicherung in den USA und bezieht sich auf absichtliche Brandstiftung oder fahrlässiges Verhalten der Versicherten. Daraus entwickelten in den 1960er Jahren die US-Ökonomen Kenneth Arrow und Mark Pauly für das Gesundheitswesen eine ökonomische Theorie, die der deutsche Sozialökonom

Herder-Dorneich »Rationalitätenfalle« nennt und die breiten Raum in den Lehrbüchern zur Gesundheitsökonomie einnimmt. Sie behauptet, dass soziale Krankenversicherungen bzw. staatliche Gesundheitssysteme zu einer Überinanspruchnahme von Leistungen verleiten. Da die Versicherten bzw. Bürger ihre Beiträge bzw. Steuern unabhängig von der Leistungsanspruchnahme zahlen müssten, seien zwar nicht alle, aber doch die meisten von ihnen bestrebt, so viele Leistungen wie möglich zu erhalten. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational, da den Nachfragern für jede zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine zusätzlichen Kosten entstünden. Eine ökonomisch rationale Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sei nur mit einer finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten zu erreichen. Dann würden sie die Folgen ihres Verhaltens spüren und sich genau überlegen, ob sie medizinische Leistungen wirklich benötigen.

Eine Untersuchung des Max-Planck-Instituts für Sozialwissenschaft ergab, dass die meisten Menschen das »Moral Hazard«-Verhalten im Gesundheitswesen bei anderen Personen für wahrscheinlich hielten, für sich aber ausschlossen (Ulrich 1995). Das weist darauf hin, dass diese Theorie an allgemeine Vorurteile appelliert, aber nicht mit empirischen Fakten unterlegt ist. Dabei ist sie schon auf Grundlage von Alltagserfahrungen wenig plausibel. Sie unterstellt nämlich, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein erstrebenswerter Genuss ist, von dem die Menschen gar nicht genug bekommen können. Diese Annahme kann man schon mit dem Hinweis auf schmerzhaftes Zahnbehandlungen, die lästige 24-Stunden-Blutdruckmessung oder den herben Genuss einer Bypassoperation oder Chemotherapie als unrealistisch verwerfen.

Bislang hat noch keine empirische Studie das »Moral Hazard«-Verhalten der Patienten als ein wirklich relevantes Phänomen darstellen können. Es gibt auch keine Belege dafür, dass Zuzahlungen zu einer effektiveren Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens führen. Kaum ein anderes gesundheitspolitisches Paradigma ist so weit von der Wirklichkeit entfernt wie die Behauptung, finanzielle Anreize und Sanktionen für die Patienten seien der Schlüssel für eine effektive Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. Diese These ist vor allem an zwei Bedingungen gebunden:

- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen muss preiselastisch sein, d.h. mit der Anhebung der Selbstbeteiligungen sinkt die Inanspruchnahme spürbar. Auch dürfen keine Kostenverlagerungen hin

zu anderen Kostenträgern, etwa den privaten Haushaltskassen, stattfinden.

- Die Zuzahlungen haben in allen sozialen Schichten in etwa die gleiche Wirkung und sind nicht mit Gesundheitsgefährdungen und sozialen Nachteilen verbunden.

Es gibt nicht eine empirische Studie zur Wirkung von Selbstbeteiligungen, die diese Kriterien erfüllt. Der Arzt und Ökonom Jens Holst zeigt in seiner umfangreichen Bestandsaufnahme der internationalen Literatur zur Kostenbeteiligung der Patienten, dass die Untersuchungen, die in diesem Instrument unterm Strich einen Wohlfahrtsgewinn für alle Bürger sehen, durchgängig auf falschen Annahmen und unzulässigen Vereinfachungen beruhen. Zuzahlungen haben sich in der Praxis stets als wirkungslos in Bezug auf eine effiziente Steuerung medizinischer Leistungen erwiesen.

Das hat z.B. die ab 2004 in der GKV eingeführte Praxisgebühr von zehn Euro gezeigt, die pro Quartal für die Inanspruchnahme von Vertragsärzten und ärztlichen Notdiensten fällig wurde. Damit sollte die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf das medizinisch notwendige Maß reduziert werden. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung (Reiners/Schnee 2007) untersuchte einige Jahre später mögliche Verhaltensänderungen durch die Praxisgebühr. Demnach sank die Zahl der Arztkontakte bei den Allgemeinärzten im ersten Jahr von 5,54 auf 4,76. Die Versicherten verhielten sich also scheinbar so, wie es der Gesetzgeber erwartet hatte. Zwar blieb der Anteil der Personen, die in den jeweils letzten 12 Monaten keinen Arzt aufgesucht hatten, konstant bei 2-3% der Befragten. Aber die Zahl der Arztkontakte ging ebenso zurück wie die Zahl der Facharztbesuche ohne Überweisung durch einen anderen Arzt. Während im Frühjahr 2003 noch gut 44% der Befragten angaben, ohne Überweisung einen Facharzt aufgesucht zu haben, halbierte sich diese Quote bis 2007 auf knapp 20%. Auf den ersten Blick schien also die Praxisgebühr im Sinne ihrer Erfinder zu funktionieren.

Aber das war ein Trugbild. Schaut man sich die erhobenen Daten näher an, wird die Moral-Hazard-Theorie nicht bestätigt, sondern widerlegt. Die Zahl der Arztkontakte sank nämlich vor allem bei Personen mit mehr als zehn Arztbesuchen pro Jahr. Gingen 2003 die Mitglieder dieser Gruppe der »Hochfrequentierer« noch durchschnittlich 28,3-mal zum Arzt, sank diese Frequenz bis 2006 auf 23,2. Zugleich stieg die Zahl der Arztbesuche bei der Gruppe mit einem bis vier Kontakten um

etwa zehn Prozent. Gerade den »Hochfrequentierern« bietet die Praxisgebühr aber überhaupt keinen Grund, weniger oft zum Arzt zu gehen. Ob sie dies einmal im Quartal oder jeden zweiten Tag machen, ist für sie in finanzieller Hinsicht egal. Sie zahlen stets die gleiche Praxisgebühr. Dagegen müssten die »Geringfrequentierer«, die maximal viermal pro Jahr zum Arzt gehen, den Anreiz haben, auf einen Arztbesuch zu verzichten, weil sie dann die Praxisgebühr einsparen. Aber genau in dieser Gruppe stieg die Zahl der Arztbesuche im Beobachtungszeitraum sogar um zehn Prozent. Die Praxisgebühr hatte also keinen nachhaltigen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen und die Ressourcenverteilung in der ambulanten Versorgung, sondern war nichts weiter als eine Kostenverlagerung von den Krankenkassen zu den privaten Haushaltskassen. Sie wurde 2013 wegen ihrer Unpopularität und den bevorstehenden Bundestagswahlen von der schwarz-gelben Koalition wieder abgeschafft.

Selbstbeteiligungen der Patienten dienen nachweislich nicht einer effizienten Steuerung medizinischer Leistungen, sondern sind ein zu lasten der Kranken gehendes Finanzierungsinstrument. Die empirische Forschung zu deren Wirkung belegt die bereits 1980 von Ulrich Geißler, dem damaligen Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), gemachte Feststellung:

1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen – außer dem statistischen Entlastungseffekt für die GKV – keine nennenswerten Effekte auf.
2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen – zumindest kurzfristigen – Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen.
3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obwohl die Kostenexpansion primär von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluss der Patienten nur begrenzt zugänglich sind.

## **Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen**

Im Milieu von Politik und Medien dominiert eine ökonomistische Ideologie, die auch für das Gesundheitswesen marktanalogue Modelle mit Preisanreizen und Wettbewerb propagiert ohne Rücksicht auf die Besonderheiten dieses die Existenz und das Wohlbefinden der Menschen unmittelbar berührenden Wirtschaftszweiges. Dieser Vulgärökonomie



sitzen auch viele kritische Wissenschaftler und Akteure im Gesundheitswesen auf, indem sie ökonomisches Denken und Handeln mit den Ordnungsprinzipien der Marktwirtschaft gleichsetzen. Typisch dafür ist die Definition von »Ökonomisierung« bei Wikipedia: »Der Begriff der Ökonomisierung bezeichnet die Ausbreitung des Marktes samt seinen Prinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren.« Das ist eine irreführende Begriffsbestimmung, die den Markt implizit zu *der* Wirtschaftsordnung schlechthin erhöht. In Deutschland beanspruchen die öffentlichen Ausgaben knapp die Hälfte des BIP. Niemand wird ernsthaft behaupten wollen, dass es sich dabei um eine ökonomiefreie Zone handelt. Es mangelt an einer sozialökonomischen Sichtweise, die zwar nicht leugnet, dass das Gesundheitswesen ein Wirtschaftszweig ist, aber dessen Ressourcenverteilung als politischen Gestaltungsprozess sieht und nicht als simulierte Marktwirtschaft.

Diese Begriffsverwirrung basiert auf der unreflektierten Verwendung der Denkfigur des Homo oeconomicus. Dieses die Ökonomie-Lehrbücher bestimmende Paradigma des stets seinen individuellen Nutzen optimierenden Akteurs fasste der britische Ökonom L. C. Robbins in seiner klassischen Definition so zusammen: »Die Ökonomie ist die Wissenschaft, welche das Verhalten der Menschen als Beziehung von Zielen und knappen Mitteln mit verschiedenem Nutzen untersucht.« Die Ökonomie beschäftigt sich demnach mit der Frage, wie man ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Aufwand bzw. mit gegebenen Ressourcen ein optimales Ergebnis erreicht. Als Robbins diese in den allgemeinen Sprachgebrauch eingegangene Definition vom ökonomischen Denken und Handeln im Jahr 1932 formulierte, hatte sie schon lange die Hegemonie unter den akademischen Ökonomen erlangt. Sie vollzogen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mehrheitlich einen grundlegenden Wandel ihres Selbstverständnisses, den der Ökonom Marc Blaug als »marginal revolution« beschreibt.

Deren Basis ist das Erste Gossen'sche Gesetz vom abnehmenden Grenznutzen.<sup>1</sup> Dieser tritt ein, wenn für jede zusätzlich ausgegebene

---

<sup>1</sup> »Die Größe eines und desselben Genusses nimmt, wenn wir mit Bereitung des Genusses ununterbrochen fortfahren, fortwährend ab, bis zuletzt Sättigung eintritt.« (Gossen 1854: 4f.)

Geldeinheit für ein bestimmtes Gut der damit erworbene Zusatznutzen geringer wird. Die Aufgabe der Ökonomie wird darin gesehen, den optimalen Punkt zu bestimmen, wo Zusatzaufwand und Zusatznutzen im Einklang stehen. Diese später »neoklassisch« genannte Ökonomie setzt der klassischen Politischen Ökonomie von Quesnay über Adam Smith und David Ricardo bis hin zu Karl Marx, für die Arbeit und Natur die Wertschöpfungsquellen waren, ihre subjektive Wertlehre entgegen. Diese sieht im Marktgeschehen den Ausdruck der individuellen Präferenzen der Warenbesitzer und fragt nicht weiter, mit welchem Aufwand an Arbeit und Verbrauch von Rohstoffen die angebotenen Waren erstellt werden. Der Zusammenhang von gesellschaftlicher Arbeit und Wertschöpfung wird ausgeblendet, wirtschaftliches Handeln wird auf Tauschbeziehungen von Warenbesitzern reduziert. Der in der Produktion erwirtschaftete Profit wird genauso zum Zins wie die Erträge aus Spareinlagen oder Hedgefonds. Die neoklassische Theorie vom Marktgleichgewicht wurde im 20. Jahrhundert mit komplizierten mathematischen Modellen immer weiter ausdifferenziert, deren Bezug zur Wirklichkeit des Wirtschaftslebens aber eher abnahm. Dieser empirieresistente »Modellplatonismus« (Hans Albert) wird immer wieder wegen seiner Realitätsferne kritisiert, was aber seine die ökonomischen Fakultäten dominierenden Protagonisten kaum anfäh. Die wissenschaftstheoretische Legitimation ihrer Modelle interessiert sie nicht. Es gilt das Motto »Ökonomie ist das, was Ökonomen machen!«

Das Narrativ des in Zweck-Mittel-Relationen denkenden Homo oeconomicus führt ein Doppelleben als formale Entscheidungstheorie und als Erklärungsmuster für wirtschaftliche Beziehungen. Als Erklärungsmuster besagt es, dass Menschen stets versuchen, aus jeder Lage so gut es geht das Beste zu machen. Mit den damit zusammenhängenden Fragen und Dilemmata beschäftigen sich Spieltheoretiker wie die Ökonomenobelpreisträger Reinhard Selten und Amartya Sen. Mit ökonomischen Prozessen im Sinne der Erstellung und Verteilung von Gütern und Dienstleistungen hat das eigentlich nichts zu tun, es geht um allgemeine Entscheidungsprozesse, die natürlich auch im Wirtschaftsleben vorkommen. Zur Ideologie wird die Denkfigur des Homo oeconomicus, wenn sie die Marktlogik der Gewinnmaximierung zur allgemeinen menschlichen Charaktereigenschaft macht. Auch damit kann man, wie das Beispiel Gary Becker zeigt, den Nobelpreis für Ökonomie gewinnen. Er überträgt in seinen Arbeiten das Modell des Homo oeconomici-

cus auf Liebesbeziehungen und familiäre Bindungen, die er als das Streben nach individuellen ökonomischen Vorteilen beschreibt. So wird aus der ökonomischen Theorie eine ökonomistische Ideologie des menschlichen Verhaltens. Der Sozialökonom Kenneth Boulding kritisierte dieses Denken als »Imperialismus der Ökonomen«.

Über die Folgen dieser Doppeldeutigkeit in der vorherrschenden Definition ihrer Disziplin machen sich die meisten Ökonomen kaum Gedanken. Es stört sie nicht im Geringsten, dass ihre Theoriegebäude formale Optimierungsmodelle sind ohne inhaltlichen Bezug zur Frage, wie und von wem wirtschaftlicher Reichtum erarbeitet und verteilt wird. Der Ökonom und Soziologe Werner Hofmann brachte es 1968 (S. 137) auf den Punkt: »Man kann sich schwerlich eine Theorie der Mechanik ohne das Hebelgesetz, eine Astronomie ohne die Lehre von der Gravitation, eine Biologie ohne Einsicht in die Vorgänge der Zellvermehrung denken. In der Ökonomie aber gedeiht eine Produktionstheorie ohne Konzept von dem Prozess der Wertschöpfung, und sie befindet sich wohl dabei.« An dieser schmerzfreien Selbstzufriedenheit in den ökonomischen Fakultäten hat sich seither nichts geändert. Stattdessen wundern sich ihre Protagonisten darüber, dass der Begriff der Ökonomisierung negativ belegt ist, weil er mit Profitmaximierung und Beziehungen von Warenbesitzern gleichgesetzt wird. Die Übertragung dieses Paradigmas auf das Gesundheitswesen hat fatale Konsequenzen, weil so getan wird, als handle es sich um eine Branche wie jede andere. Dass Ärztinnen und Ärzte sehr besondere Leistungen erbringen und Patienten keine Kunden, sondern hilfebedürftige Personen sind, wird ausgeklammert. Diese Eigenarten passen nicht in die Indifferenzkurvenmodelle der Lehrbuchökonomie, in denen Produzenten und Konsumenten stets autonom handelnde Personen sind.

Der Sozialökonom Friedhelm Hengsbach (2015) schlägt vor, zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen zu unterscheiden. Ökonomisierung sei vernunftgemäßes Handeln im Rahmen der Allokation knapper Ressourcen, Kommerzialisierung dagegen sei durch marktwirtschaftlichen Wettbewerb und betriebswirtschaftliche Kalkulation charakterisiert. Diese Gegenüberstellung wirft nach einigem Nachdenken mehr Fragen auf, als sie beantwortet. Lassen sich Krankenhäuser und Arztpraxen überhaupt ohne betriebswirtschaftliche Kalkulation betreiben? Sind es etwa keine Wirtschaftsbetriebe, mit denen Geld verdient wird? Haben die Krankenkassen nicht nur das Recht,

sondern sogar die Pflicht, Rechenschaft über die Verwendung der von ihnen bzw. ihren Mitgliedern finanzierten Ressourcen zu verlangen? Wo verlaufen die Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben? Sind in Arztpraxen und öffentlichen Krankenhäusern erwirtschaftete Erträge vertretbar, Gewinne der Pharmaindustrie und privater Krankenhauskonzerne hingegen nicht?

Diese Fragen sind nicht einfach zu beantworten, aber eine Steuerung des Gesundheitswesens, die sich auf die Gestaltung von Preissystemen, Wettbewerbsordnungen und Bedarfsplanungsrichtlinien beschränkt, führt in die Irre. Von den Grundsätzen der »evidenzbasierten Medizin« hat der Homo oeconomicus keine Ahnung. Die Debatte im Medizinsystem darüber, was »gute« Medizin ist, hat auf die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen einen mindestens so großen Einfluss wie die Vergütungssysteme, die selbst eher Ausdruck als Ursache dieses Selbstverständnisses sind (siehe Kapitel 6). Wenn Mediziner die Ökonomisierung ihrer Disziplin als Ursache allen Übels im Gesundheitswesen betrachten, lügen sie sich in die eigene Tasche und laufen Gefahr, in Heuchelei abzugleiten. Das wurde auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2014 einmal mehr deutlich. Dort bekam der Medizinethiker Giovanni Maio stehende Ovationen für seine These von einer Überformung der Medizin durch die Ökonomie. Anschließend wurde das gesundheitspolitische Programm der Ärzteschaft verabschiedet mit der Forderung nach einem Ausbau des dualen Systems von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die damit verbundene Bevorzugung von Privat- gegenüber Kassenpatienten hat rein finanzielle Gründe und ist ethisch äußerst fragwürdig. Das gilt auch für die Angebote des IGeL-Katalogs, deren medizinischer Nutzen gegen null geht (siehe S. 72ff.). Man kann nicht behaupten, dass man diese Geldquelle dem Ärztestand aufgezwungen hat.

Es geht sicher auch um die Erwartungen, die die Gesellschaft an die Medizin richtet, aber diese werden von den Medizinern maßgeblich beeinflusst. Sie müssen ihre Disziplin in ihrem praktischen Alltag selbst hinterfragen, wenn es um die zutiefst ökonomische Frage eines angemessenen Ressourcenverbrauchs im Gesundheitswesen geht. Der Medizinhistoriker Roy Porter gibt am Ende seines Buchs »Die Kunst des Heilens« die Zielrichtung dieses Diskurses vor (S. 717): »Die Medizin hat zu übersteigerten Erwartungen geführt, welche die Öffentlichkeit gern übernahm. Da aber diese Erwartungen ins unermessliche steigen, werden sie unerfüllbar. Die Medizin wird ihre Grenzen neu definieren müs-

sen, auch wenn ihre Möglichkeiten immer größer werden.« Wenn man ökonomisches Denken und Handeln nicht als Blaupause von Marktmechanismen versteht, sondern an einer effizienten Ressourcensteuerung ausgerichtet, muss in dieser Frage der Hebel angesetzt werden. Politisch verordnen kann man einen solchen Paradigmenwechsel freilich nicht, aber sehr wohl flankieren, etwa durch eine Reform der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.

### Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2014): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh, <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/regionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
- Göbel, H. (2009): Operation Fonds. FAZ, 8.10.2009, [www.faz.net/aktuell/wirtschaft/gesundheitspolitik-operation-fonds-1872242.html](http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/gesundheitspolitik-operation-fonds-1872242.html)
- Geißler, U. (1980): Erfahrungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart: Gustav Thieme
- Gossen, H.H. (1854): Entwicklung der Gesetze des menschlichen Verkehrs, und der daraus fließenden Regeln für menschliches Handeln. Braunschweig
- Hayek, F.A. (2005): Die Verfassung der Freiheit. 4. durchgesehene Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck
- Hengsbach, F. (2015): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit? [http://frankfurterforum-diskurse.de/wp-content/uploads/2015/11/Heft\\_12\\_Vortrag\\_1.pdf](http://frankfurterforum-diskurse.de/wp-content/uploads/2015/11/Heft_12_Vortrag_1.pdf)
- Hofmann, W. (1968): Das Elend der Nationalökonomie. In: Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenschaftssoziologie. S. 177-140 (zuletzt abgerufen am 26.2.2017)
- Holst, J. (2008): Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz. Berlin (WZB-Diskussionspaper SP I-2008-305) <http://www.jens-holst.de/article/10.kostenbeteiligungen-fuer-patienten-8211-reformansatz-ohne-evidenz.html>
- Klemperer, D. (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften, 3. überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe
- Kroh, M. et al. (2012): Menschen mit hohem Einkommen leben länger. DIW-Wochenbericht 38/2012 [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.408359.de/12-38.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.408359.de/12-38.pdf)
- Lempert, T. et al. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt 56. Jg., S. 814-821. <http://edoc.rki.de/oa/articles/reLuDm5P-VIZY/PDF/26HkqtdFJnlbw.pdf>
- Oberender, P. et al. (2006): Bayreuther Versichertenmodell: Bayreuther Manifest; der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: P.C.O.
- Porter, R. (1999): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg-Berlin: Spektrum
- Reiners, H. (2015): Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz? Ge-

sundheits- und Sozialpolitik Nr. 6/2015, S. 52-56

Reiners, H./Schnee, M. (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung?; in: Böcken, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 133-154

Rice, T. (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn (KomPart)

Ulrich, C. (1995): Moral Hazard und gesetzliche Krankenversicherung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 47. Jg. Heft 4, S. 681-705

Wikipedia: Ökonomisierung. <https://de.wikipedia.org/wiki/%C3%96konomisierung>

### Websites

Gesundheitsberichterstattung: [www.gbe-bund.de/](http://www.gbe-bund.de/) und [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring_node.html)

Internationaler Vergleich: [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm) und [www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits)