

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Für Gesundheit statt Markt

Die Angestellten: Zeitschrift der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, DAG

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Für Gesundheit statt Markt, Die Angestellten: Zeitschrift der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, DAG, ISSN 0028-307x, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, DAG, Hamburg, Vol. 40, Iss. 397, pp. 23-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112140>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Dr. Rolf Rosenbrock

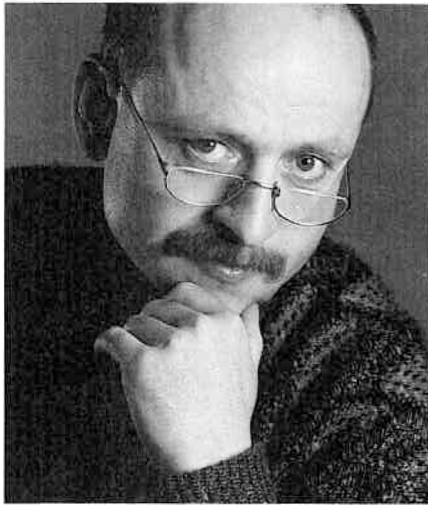
Für Gesundheit statt Markt

Wenn alles so weiterläuft, wie es bislang läuft, ist die Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung — und damit ein zentrales Vorhaben der alten und neuen Regierung — schon jetzt so gut wie gescheitert. Ihr Ziel müßte die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung zu einem angemessenen Preis bei gesundheitsgerechter Steuerung der Leistungen sein. Diskutiert wird statt dessen vor allem über mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und über direkte Zuzahlungen der Versicherten („Selbstbeteiligung“).

Davon ist weder zur Verhütung von Erkrankungen und vorzeitigem Tod noch zu einer bedarfsgerechten Steuerung von Gesundheitsleistungen ein positiver Beitrag zu erwarten. Statt dessen bringt der hastige Einbau von Marktmechanismen in das Gesundheitswesen eine Fülle höchst unerwünschter Wirkungen mit sich, was zu beweisen ist.

Die Gesetzlichen Krankenkassen haben bis heute keine gesundheitspolitische Antwort auf den Wandel des Krankheitspanoramas in den letzten fünf Jahrzehnten gefunden. Heute beherrschen sechs große Krankheiten — von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zum Rheuma — das Krankheitsgeschehen in der Bundesrepublik zu über 70 Prozent. Sie verlaufen durchweg chronisch und sind medizinisch nicht zu heilen (sondern nur zu lindern).

Wirkungsvoll können sie auf Dauer nur mit Prävention angegangen werden. Dazu müßten Staat und Sozialparteien den Kassen Anstöße und Aktionsmöglichkeiten geben. Die jetzt propagierten Formen des Wettbewerbs zwischen den Kassen bringen genau das Gegenteil: Konkurrieren sollen die Kassen mit unterschiedlichen Tarifen und Leistungen um unterschiedliche Versichertengruppen. Die Billigversorgung für Arme ist damit vorprogrammiert. In einer Gesellschaft, die sich fast ungebremst auf eine wachsende Anzahl unsteter Beschäftigungs- und



Versicherungsverhältnisse sowie auf Armut für jeden fünften hinbewegt, ist das sozialpolitisch und moralisch kein Pappentier.

Mehr Prävention durch Kassenkonkurrenz? Wohl kaum. Zunehmen werden bunte Werbeprospekte und imageförderliche Luftballons, zum Beispiel gegen Karies und Streß. Die wirksame Verhütung von Krankheiten läßt sich dagegen nicht vermarkten; dies wichtigste Thema der Gesundheitspolitik bleibt damit draußen vor der Tür.

Nahezu jede Anwendung des Instruments der sogenannten Selbstbeteiligung stellt den Versicherten vor die letztlich nach dem Geldbeutel zu treffende Entscheidung, ob er eine ärztlich empfohlene oder gar verordnete Maßnahme für seine Gesundheit auch ergreifen soll. Verstärkt wird dadurch vor allem die Konsumentenmentalität für Gesundheitsleistungen, die den Unterschied zwischen Schinkensorten im Feinkostgeschäft und dem Tablettenangebot in Apotheken zunehmend verwischt.

Wo diese Hebel tatsächlich greifen, schaden sie der Gesundheit: durch Leistungsausschluß für sozial Schwache, durch die Förderung eines schädlichen Konsumdenkens für Gesundheitsleistungen und nicht zuletzt durch die Sogkraft, die dieses Denken auf die Entwicklung und Vermarktung fragwürdiger Arzneimittel, nutzloser Super-Technik usw. auslöst.

Davon ist in der öffentlichen Diskussion kaum die Rede. Statt dessen werden der „Selbstbeteiligung“ Wunderwirkungen auf Finanzen und Effektivität der ganzen Krankenversorgung zugeschrieben. Dies beruht auf zwei Annahmen, die beide ebenso schlicht wie falsch sind:

Erstens: Die Versicherten seien begierlich nach medizinischen Leistungen. Wahrer als diese Annahme ist freilich ihr Gegenteil: Verglichen zum Beispiel mit Steuerzahlung, Bilanzgestaltung und Straßenverkehr ist der Mißbrauch im Gesundheitswesen geradezu verschwindend gering, jedenfalls, was die Versicherten anbelangt, vor allem wohl deshalb, weil Arztbesuch und Krankenhaus regelmäßig nicht zu den erstrebenswertesten Ereignissen und Zuständen im menschlichen Leben gehören.

Sicherlich: Wer im ärztlichen Wartezimmer herumsitzt, weil er alt und einsam ist, wer zu viele Tabletten schluckt, der „mißbraucht“ das System. Aber er tut es, weil er irrealen Vorstellungen von Heilung und Hilfe hat. Die aber werden vom Medizinsystem selbst in die Welt gesetzt und wären von dort aus zu korrigieren.

Zu korrigieren wäre von dort aus viel: Über drei Viertel aller Kostensteigerungen im Medizinsystem erklären sich aus Entscheidungen von Ärzten, Pharmaunternehmen usw., auf die der Patient selbst bei voll erblühtem Anspruchsdenken keinen Einfluß hat oder nehmen könnte. Dies hat gerade auch wieder der über jeden Subversionsverdacht erhabene Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen bestätigt.

Zweitens: Eine kostenbewußte Inanspruchnahme sei eine rationale Inanspruchnahme, ist die zweite Annahme der Selbstbeteiligungsphilosophie. Bedenkt man die soziale und psychologische Vielschichtigkeit und Unterschiedlichkeit der Gründe, zum Beispiel zum Arzt zu gehen oder auch nicht, so wird deutlich: Diese Entscheidungen können mit (vorerst noch geringen) Geldstrafen nicht vernünftiger gemacht werden. Die rechtlichen und wirtschaftlichen Steuerungsmöglichkeiten liegen auch hier auf der Anbieterseite, bei Ärzten, Krankenhäusern, Pharma- und Technikherstellern.

Fazit: Mit Krankenkassen- und Patientenverhalten sind in der gegenwärtigen Debatte strategisch wichtige Bereiche angesprochen. Nur: Es werden fast nur noch Lösungen diskutiert, die auf „mehr Markt“ hinauslaufen — auch und gerade dort, wo „weniger Markt“ in Verbindung mit lokaler Steuerung und einer Vermehrung der öffentlichen Mitbestimmung aus gesundheitlichen und damit gesundheitspolitischen Gründen geboten wäre!

Dr. Rolf Rosenbrock, Jahrgang 1945, studierte Betriebs- und Volkswirtschaftslehre sowie Soziologie in Berlin. Seine Doktorarbeit (1976) behandelt Strukturen und Konkurrenzformen der deutschen Pharma-Industrie. Seit 1977 ist er wissenschaftlicher Angestellter am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und seit 1984 dort Vertreter des Direktors in wissenschaftlichen Angelegenheiten im Schwerpunkt Arbeitspolitik.