

Rosenbrock, Rolf

**Article — Digitized Version**

## Mehr Markt gleich weniger Gesundheit

Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1987) : Mehr Markt gleich weniger Gesundheit, Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, ISSN 0173-430X, Mabuse-Verlag, Frankfurt, M, Vol. 12, Iss. 50, pp. 28-29

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122357>

**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](mailto: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](mailto: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>.

# Mehr Markt = Weniger Gesundheit

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 über mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, Honorardeckelung bei den Ärzten, Privatisierung von bisher öffentlichen Leistungen und über direkte Zuzahlungen der Versicherten («Selbstbeteiligung»).

Diese vier Strategien der Politik leisten zur Verhütung von Erkrankungen und vorzeitigem Tod und zu einer bedarfsgerechten Steuerung von medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsleistungen kaum einen positiven Beitrag. Statt dessen bringen sie durch den hastigen Einbau von Marktmechanismen in das Gesundheitswesen eine Fülle höchst unerwünschter Wirkungen mit sich. Die Folgen haben bei aller Verschiedenheit eins miteinander gemeinsam: Sie sind insgesamt für unsere Gesundheit eher schädlich als nützlich.

Es fällt deshalb schwer, die derzeit diskutierten Maßnahmen eine »Gesundheits«-Politik zu nennen. Treffender wäre es wohl, sie als Versuche der privatwirtschaftlich motivierten Erschließung eines ökonomisch noch lange nicht ausgereiften Marktes für »Gesundheit« etwa in der Größenordnung des Marktes für »Auto« zu betrachten. Nur daß man Gesundheit eben nicht so kaufen kann wie ein Auto. Was — hier nur grob skizziert — zu benennen ist.

## Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind sicherlich ein ziemlich träger Apparat, der bis heute keine gesundheitspolitische Antwort auf den Wandel des Krankheitspanoramas in den letzten fünf Jahrzehnten gefunden hat.

Heute beherrschen sechs große Krankheiten — von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zum Rheuma — das Krankheitsgeschehen in der Bundesrepublik zu über 70 %. Sie verlaufen durchweg chronisch und sind medizinisch nicht zu heilen (sondern nur zu lindern). Wirkungsvoll können sie auf Dauer nur mit Prävention angegangen werden. Die — ohne Freiheitseinschränkungen und ohne „gläserne Menschen“ machbare — Durchsetzung gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeit, Umwelt und Konsum setzt politische Handlungsfähigkeit und langfristiges Denken voraus. 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. Damit würde es unweigerlich zu Unterschie-

den im Leistungsniveau zwischen verschiedenen Versichertengruppen kommen. Die Billigversorgung für Arme ist damit vorprogrammiert. In einer Gesellschaft, die sich fast ungebremst auf eine wachsende Anzahl unsteter Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnisse auf Armut für mindestens jeden Fünften hinbewegt, ist das sozialpolitisch und ethisch kein Pappenstein.

Kein Zweifel also, daß sich die Kassen durch mehr Wettbewerb bewegen lassen. Die Richtung weist dann allerdings auf eine schrittweise Aushöhlung und Auflösung des Solidar- und Sachleistungsprinzips, die zusammengenommen bedeuten, daß sich der einzelne im Erkrankungsfall um die wirtschaftliche Seite seines Leidens nicht zu kümmern braucht. Das ist eine zivilisatorische Errungenschaft, um die uns das Ausland vielfach beneidet. Die Richtung läuft statt dessen auf die Zunahme gewinnwirtschaftlich kalkulierter Individualversicherungen hinaus. Dadurch vergrößert sich nicht nur die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Vielmehr befördert es auch die gesundheitswidrige Vorstellung, Gesundheit sei ein käufliches Gut, von dem sich durch individuell möglichst luxuriöse Versicherung immer mehr erwerben lasse. Vorwiegend auf Technikanwendung orientierte Ärzte sowie Hersteller und Verkäufer überteuerter Arzneimittel freuen sich über diese Vorstellung, mit Gesundheit hat sie nichts zu tun

Ist die gesetzliche Krankenversicherung auf diesem Weg erst einmal brüchig geworden, warten allein in der Bundesrepublik viele hundert Milliarden Mark Anlage suchendes Geldkapital auf die Gelegenheit, diesen Markt für Gesundheit von Grund auf nach den Maximen privater Unternehmensstrategien zu reformieren.

Die durch mehr Wettbewerb in Gang zu setzende Entwicklung weist dagegen nicht auf mehr Prävention: Zunehmen werden bunte Werbeprospekte und imagerächtige Luftballons z. B. gegen Karies. Die wirksame Verhütung von Krankheiten läßt sich dagegen nicht vermarkten; dies wichtigste Thema der Gesundheitspolitik bleibt damit draußen vor der Tür.

Ob der vielfach verherrlichte Kassenwettbewerb dagegen sein selbstgestecktes Ziel der Kostendämpfung über die Leistungsausgrenzung für Arme und Schlechtversicherte hinaus erreichen kann, ist zudem höchst fraglich. Dies sei am Beispiel der Ärzteneinkommen kurz erläutert.

## Einkommensbremse bei den Ärzten



So unangemessen hoch, weil nicht leistungsentsprechend, viele Ärzte- und Zahnärzte-einkommen auch sein mögen: Sie sind nicht das eigentliche Problem. Der jährliche Schaukampf zwischen Ärzteverbänden, Kassen und Arbeitsminister um den Zuwachs der Ärzteneinkommen ist vielmehr das Ergebnis einer tieferliegenden Fehlsteuerung: Solange jeder Arzt und jede Apotheke und auch immer mehr Krankenhäuser auf Umsatz, Einkommen und Gewinn geschaltet sind, ist durch Kassenverhandlungen immer nur gerade das kostenmäßig Schlimmste zu verhüten.

Wenn, wie jetzt, nur über unterschiedliche Entlohnung von „technischen“ und „persönlichen“ Leistungen gestritten wird, bleibt die Quelle der dauernden Expansion der Gesundheitsausgaben einschließlich der zahllosen gesundheitlich überflüssigen Leistungen unverstopft: Die wirtschaftlich gestützte Orientierung des Arztes auf möglichst viele einzeln abrechenbare Leistungen in möglichst kurzer Zeit. Statt über Honorardeckelung wäre deshalb über Formen der ärztli-

chen Vergütung und Berufsgestaltung zu verhandeln und zu streiten, die auf Leistungseffektivität der Ärzte und Gesundheit der Versicherten abzielen. Das ist ohne Formen der Pauschalhonorierung nicht zu haben und würde zumindest eine partielle Abkehr von der derzeitigen ärztlichen Markt- und Einkommenslogik beinhalten. Für die Arzneimittel hieße dies analog schärfere Wirksamkeits- und Bedürfnisprüfungen vor der staatlichen Zulassung, für die Krankenhäuser bieten sich Formen der Verzahnung mit der ambulanten Versorgung sowie der kommunalen Budget-Steuerung an. Aber auch dies liegt quer zum Marktmechanismus und wird deshalb von den gesundheitspolitischen Marktstrategen gar nicht erst in Betracht gezogen.

### Privatisierung öffentlicher Gesundheitsleistungen

Das öffentliche Gesundheitswesen ist in der Bundesrepublik nach seinem Mißbrauch durch die Nazis und einem jahrzehntelang staatlich geförderten Verfall heute finanziell und personell kaum noch in der Lage, die sinnvollerweise staatlich und dezentral zu organisierenden Gesundheitsleistungen (öffentliche Hygiene, Umwelt, Prophylaxe etc.) zu erbringen. Nach dem Verfahren der Verhöhnung der Opfer wird ihm diese Schwäche von denselben Politikern vorgehalten, die zuvor die notwendigen Gelder weggenommen haben. Vor diesem Hintergrund wird dann laut darüber nachgedacht, ob nicht weitere Aufgaben, wie z. B. die Jugendzahn-pflege und die Gesundheitserziehung, besser in die Hände der am Ort niedergelassenen Ärzte zur Mehrung ihres Einkommens gelegt werden sollen.

Nach allen Erfahrungen mit dem Medizinsystem ist es nicht nur eine auf Dauer teurere, sondern vor allem auch ineffektivere Lösung. Oder haben die Zahnärzte in der Geschichte ihres Berufsstandes jemals effektive Prophylaxe durchgesetzt? Oder bringt es irgendeinen Nutzen, wenn schon den lieben Kleinen in der Schule beigebracht wird, daß für Fragen der Gesundheit und der Krankheit zunächst der Onkel Doktor zuständig ist? Die gegenläufige Steuerung — mehr öffentliche und dezentral organisierte Prävention, die Betonung von Gesundheit als Lebensqualität, die in erster Linie durch gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Arbeitswelt verteidigt bzw. erkämpft werden muß — wären in beiden Fällen auf Dauer sowohl billiger als auch effektiver. Sie wären aber nicht so marktgerecht. Und deshalb haben sie derzeit kaum Chancen.

### Direkte Zuzahlung bei jeder Inanspruchnahme („Selbstbeteiligung“)

Dies ist nach wie vor das meistgenannte Thema der „Strukturreform“. Bei Arzneimitteln, Krankenhäusern sowie Heil- und Hilfsmitteln sind die Ansätze der direkten Zuzahlung schon weithin üblich. Nahezu jede Anwendung dieses Instruments stellt den Versicherten vor die Entscheidung, ob er eine ärztlich empfohlene oder gar verordnete Maßnahme für seine Gesundheit auch ergreifen soll.

Die Entscheidung ist dabei in letzter Instanz jedesmal „Gesundheit oder Geld“, ähnlich wie „Auto oder Geld“. Verstärkt wird dadurch vor allem die Konsumentenmentalität für Gesundheitsleistungen. Diese Mentalität aber, die den Unterschied zwischen Schinkensorten im Feinkostgeschäft und dem Tablettenangebot in Apotheken zunehmend verwischt, steigert gewiß nicht den rationalen Umgang z. B. mit Tabletten. Durch materielle Hebel wird das Verhalten des einzelnen Versicherten auf „mehr Markt“ orientiert. Wo diese Hebel tatsächlich greifen, schadet es der Gesundheit: Durch partiellen Leistungsausschluß für sozial Schwache, durch die Forderung eines gesundheitlich schädlichen Konsumdenkens für Gesundheitsleistungen und nicht zuletzt durch die Sogkraft, die dieses Denken auf die Entwicklung und Verbreitung fragwürdiger Arzneimittel, nutzloser Super-Technik etc. auslöst.

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

— Die Versicherten sind begehrlisch nach medizinischen Leistungen. Sie nehmen mehr davon in Anspruch als „eigentlich“ nötig wäre und mißbrauchen damit das System.

Wahrer als diese Annahme ist freilich ihr Gegenteil: Verglichen z. B. 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. Die Versicherten verhalten sich also weitgehend treu und bieder genauso, wie das Marktsystem es ihnen vorgibt. Sicherlich: Wer im ärztlichen Wartezimmer herumsitzt, weil er alt und einsam ist, wer zuviel Tabletten schluckt, der „mißbraucht“ das System. Aber er tut es, weil er irrealer Vorstellungen von Heilung und Hilfe

hat. Die aber werden vom Medizinsystem selbst in die Welt gesetzt und wären von dort aus auch zu korrigieren.

Zu korrigieren wäre von dort aus viel: Über drei Viertel aller Kostensteigerungen im Medizinsystem erklären sich aus Entscheidungen von Ärzten, Pharmaunternehmen etc., 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. Gelernt wird daraus wahrscheinlich nicht viel. Denn das Lernen müßte auch hier in Richtung auf Bändigung der Angebotsseite hinauslaufen, und damit auf den Eingriff in Marktmechanismen. Das aber scheint derzeit auch dort verpönt, wo der Nutzen unmittelbar auf der Hand liegt.

— Eine kostenbewußte Inanspruchnahme ist eine rationale Inanspruchnahme, so läßt sich die zweite Annahme der Selbstbeteiligungsphilosophie zusammenfassen.

Auch hier wieder die Vorstellung einer gleichermaßen möglichen und gesundheitlich sinnvollen „Konsumentensouveränität“ bei der Wahl der Boutique und der Wahl des Arztes.

Bedenkt man die soziale und psychologische Vielschichtigkeit der Entscheidung, z. B. zum Arzt zu gehen, so wird deutlich: Sicherlich werden auf diesem Gebiet täglich Hundertausende von Fehlentscheidungen getroffen, Entscheidungen für zuviel Medizinsystem sowie Entscheidungen gegen ausreichende Inanspruchnahme. Diese nach sozialer Umgebung und Lebenslage sehr unterschiedlichen Entscheidungen können mit vorerst geringen Geldsanktionen nicht rationaler werden. Die — auch ökonomischen — Steuerungsmöglichkeiten liegen auch hier bei den Anbietern, den Ärzten, Krankenhäusern und Technikherstellern (s. oben).

So entpuppen sich auch Praxis und weitere Pläne der „Selbstbeteiligung“ als wenig gesundheitsgerecht und als tiefe Verbeugung vor der unregulierten Marktwirtschaft: Den Anbietern ihren Markt, den Konsumenten ihr Konsumbewußtsein. Für Freunde des Horrors ist es eine reizvolle Aufgabe, sich das einmal zu Ende durchzudenken.

*Fazit:* Mit Kassenwettbewerb, Ärzteeinkommen, dem öffentlich-rechtlichen Teil des Gesundheitswesens und mit dem Patientenverhalten sind in der Debatte über die Strukturreform strategisch wichtige Bereiche angesprochen. Nur: Es werden fast nur noch Lösungen diskutiert, die überall 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 auch gesundheitspolitischen Gründen geboten wäre.

Rolf Rosenbrock, Berlin