ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Die Kolonialisierung des Sozialstaats

Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Die Kolonialisierung des Sozialstaats, Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, ISSN 0490-1630, Bund-Verlag, Köln, Vol. 34, Iss. 11, pp. 324-330

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/122807

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

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.

Die Kolonialisierung des Sozialstaats*

Von Rolf Rosenbrock, Berlin

Zwischen Ende 1981 und Mitte 1985 wurden über zweihundertfünfzig sozial- und steuerpolitische Rechtsänderungen durch den Bundesgesetzgeber verabschiedet. Daraus ergibt sich für die Jahre 1982 bis 1985 eine Kürzung der Sozialeinkommen um mehr als 75 Milliarden DM. Es wäre allerdings verfehlt, diese Entwicklung lediglich als teilweise scharfen, im Grundmuster aber schlichten Abbau von materieller sozialstaatlicher Versorgung zu interpretieren. In Wirklichkeit findet etwas anderes und etwas Tiefergreifendes statt: betrieben wird die *Kolonialisierung des Sozialstaats.*

Strategien der Kolonialisierung hatten immer schon zwei Gesichter: der Kolonie wird – *von außen* – eine bestimmte Aufgabe im Rahmen imperialer Zielsetzung zugewiesen. Meist geht es dabei um Rohstoffbeschaffung. Der unterjochte Bereich wird dazu – *von innen* – nach der Logik der eindringenden Macht umgestaltet. Sie schafft sich dadurch „Menschen nach ihrem Bilde".

Die *äußere Kolonialisierung* der Sozialpolitik drückt sich in einem Wechsel der Perspektive aus: Klassischerweise, d. h. bei uns seit *Bismarck,* hat Sozialpolitik eine – jedenfalls auf der materiellen Ebene – einfach zu umschreibende Aufgabe: Leistungen für Ausbildung, bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und besonderen Notlagen sowie im Alter sollen einen kulturell akzeptablen Lebensstandard in allen Lebenslagen und in allen Lebensphasen sichern, eben auch in solchen, in denen dies durch eigene Arbeit nicht möglich ist. Die meist vom einzelnen nicht zu bewältigenden Wechselfälle des Lebens sollen wenigstens materiell kompensiert werden. Das System hat seine logische und finanzielle Mitte darin, daß jeder arbeitsfähige Mensch im arbeitsfähigen Alter auch im Arbeitsprozeß steht, die Definition von „Arbeitsfähigkeit" ist dabei Gegenstand kultureller und

* Einige zentrale Gedanken dieses Beitrags sind erschienen als Essay in DER SPIEGEL, Nr. 42 vom 14. 10. 1985.

politischer Entwicklung. Logik und Ressourcenfluß sind dabei auf Dauer nur dann aufrechtzuerhalten, wenn die praktische Wirtschaftspolitik auf die Schaffung von Erwerbsmöglichkeiten für alle Arbeitskräfte abzielt.

Um diese Voraussetzung der bisherigen Perspektive ist es derzeit aber schlecht bestellt: Veränderungen auf den nationalen und Welt-Märkten, Investitions-, Produktions- und Marketing-Entscheidungen von Einzelunternehmen laufen im Verein mit der derzeit betriebenen (keineswegs alternativlosen) Wirtschaftspolitik darauf hinaus, daß Massenarbeitslosigkeit in den nächsten Jahren wirtschafts- und sozialpolitisch *das* Schlüsselproblem bleiben wird. Die rasche und durchweg nicht sozial gesteuerte Diffusion neuer Technologien, Organisationsformen und Produktionskonzepte bewirkt, daß die Produktivität auch weiterhin schneller wächst als die absetzbare Produktion an Gütern und Dienstleistungen: die Schere öffnet sich. Zusammen mit der absehbaren Entwicklung der Nachfrage nach Konsum- und Investitionsgütern, des Angebots an Arbeitskräften und der Verteilung der bezahlten Arbeit führt dies dazu, daß der Arbeitsmarkt auf längere Sicht ein Käufermarkt bleiben wird. Auf dem Käufermarkt bestimmt der Käufer weitgehend die Konditionen des Kaufvertrages. Im Trend zeichnen sich damit für die große Mehrheit der Beschäftigten Verschlechterungen in Einkommen, Status und allgemein erhöhte Unsicherheit ab.

Der kollektivrechtlich gesicherte Arbeitsvertrag auf Vollzeitbasis stellt zwar noch auf lange Zeit den statistischen Normalfall dar. Aber dieser Vertragstypus und die durch ihn bestimmten Lebensgrundlagen beginnen hinsichtlich der materiellen, rechtlichen und sozialen Sicherung nach unten hin auszufransen. In den Betrieben zeichnen sich Verlaufsformen und Folgen dieser Entwicklungen heute erst in Umrissen ab, das arbeitspolitische Terrain ist in Bewegung. Ihre Auswirkungen auf Lebensläufe, Gesundheit und Qualifikation sind noch kaum erforscht, sie werden mit dem Wunderwort von der „Flexibilisierung" eher zugedeckt.

Die in diesem Prozeß absehbaren tiefgreifenden Veränderungen im Umgang mit der Arbeitskraft erscheinen nur dann als durchsetzbar, wenn bei den Betroffenen die Fähigkeit zur Interessendurchsetzung sinkt.

Unter diesem Gesichtswinkel ist die vielbeschworene „Krise des Sozialstaats" keine Krise, sondern zweckmäßig: Wenn die sozialpolitisch gesicherten Auffang- und zeitweiligen Alternativrollen für Erwerbsarbeit materiell bis zur Armutsgrenze und ideologisch bis zur Diffamierung abgewertet werden, wird die Gefahr, aus dem regulären Arbeitsleben gekippt zu werden, (wieder) zu einer existenziellen Bedrohung, die Hinnahmebereitschaft steigt.

Der innere Zusammenhang zwischen Produktions- und Sozialpolitik wird also keineswegs aufgelöst, es verschiebt sich lediglich die Perspektive: Gesellschaftliche Bezugsgröße für sozialstaatliche Leistungen ist nicht mehr primär die Sicherung eines angemessenen Reproduktionsniveaus, sondern die Verfügbarkeit der Arbeitskraft auch zu verschlechterten Konditionen des Arbeitsvertrages.

Das Drohpotential ist beachtlich: Am unteren Rand und unterhalb der Erwerbsarbeit bildet sich schon jetzt eine in Quantität und Qualität brisante sozialpolitische Gemengelage: Sie besteht neben der offenen Arbeitslosigkeit aus Teilzeitbeschäftigung in vielfältiger Form, Heimarbeit, Gelegenheitsjobs, temporärer Beschäftigung in öffentlich subventionierten „zweiten" Arbeitsmärkten, Teilnahme an arbeitsmarktpolitisch induzierten Bildungsmaßnahmen („Warteschleifen"), den politisch fungibel gewordenen Leistungen der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe, Erwerbsversuchen in der Schattenwirtschaft oder sich alternativ verstehenden Betrieben bis hin zum breiter werdenden Sektor materieller Armut. Absehbar kann sich ein Viertel der heute Erwerbstätigen in diesen Bereichen wiederfinden, aber betroffen von der Druck- und Drohwirkung sind fast alle Beschäftigten.

Durch das Ausmaß und die absehbare Dynamik dieser Entwicklung müßten sich die staatliche Sozialpolitik und die beteiligten Wissenschaftsdisziplinen aufs Äußerste herausgefordert fühlen. Davon aber ist wenig zu spüren: Die Probleme werden ganz überwiegend verniedlicht oder gänzlich verdrängt. Ein Gesamtkonzept ist nicht erkennbar. Für diese fatale Abstinenz gibt es, wenn man nicht auf ein Wunder hofft, nur zwei mögliche Erklärungen: Entweder Staat, Wissenschaft und Gesellschaft verhalten sich zur größten sozialpolitischen Herausforderung der Bundesrepublik wie noch Anfang der siebziger Jahre zur Umweltgefährdung: sie stecken den Kopf in den (mittlerweile verschmutzten) Sand. Oder es gibt einen weitgehend stillschweigenden Konsens darüber, daß diese Entwicklung ein zwar möglicherweise trauriger, aber eben ein zu zahlender Preis der Funktionalisierung der Sozialpolitik für wirtschaftspolitische Zwecke ist.

Sozialpolitik würde dann die koloniale Funktion eines Rohstofflieferanten für die Produktionspolitik erfüllen. Der Rohstoff heißt Hinnahmebereitschaft, die Schürfmethode ist die Stachelung von Angst.

Aber selbst dann wäre eine wissenschaftliche und politische Diskussion über die gesellschaftlichen Auswirkungen und Folgen dieser Politik unvermeidlich. Schließlich ist ja nicht einmal ausgemacht, ob sie die unterstellten Ziele überhaupt erreichen kann.

Festzuhalten ist auch, daß eine Sozialpolitik, die systematisch Angst verbreitet, schon deshalb keine gute Gesundheitspolitik sein kann, weil Angst krank macht.

Natürlich ist die in Gang gesetzte Abwärtsspirale auch im gegebenen Wirtschaftssystem nicht unendlich, und natürlich gibt es auch Strategieentwürfe, Alternativen und Ansätze erfolgreicher Gegenwehr. In Frage aber steht, ob Konfliktformen kolonialen Zuschnitts vermieden werden können, wenn Produktions- und Sozialpolitik von einem Menschenbild geleitet werden, nach dem jeder einzelne seines Glückes Schmied und also auch verantwortlich für die Ketten seines Unglücks ist. Fraglich ist auch, ob die demokratischen Grundstrukturen

unseres Gemeinwesens solche Auseinandersetzungen aushalten würden.

Diese Frage gewinnt an Schärfe dadurch, daß die Marktökonomie und damit das Leitbild der Individualisierung von Erfolg und der Schuldzuweisung an den Verlierer nicht nur zunehmend die Maßstäbe für den Umgang mit der gesellschaftlichen Arbeitskraft abgibt. Vielmehr dringt dieses Leitbild ebenfalls im Gewande der Marktökonomie auch zunehmend in den Bereich der sozialen Sicherung selbst ein. Die alte marktradikale Formel, daß nicht nur Ziele, sondern auch die Instrumente der Sozialpolitik „marktkonform" zu sein haben, befindet sich nach 30 Jahren ungefähren Gleichgewichts derzeit in der Offensive. Dahinter steht nichts Geringeres als die alte Kampfansage des Marktes an die (noch) nicht dieser Logik unterworfenen Gesellschafts- und Lebensbereiche; dahinter steht die Forderung nach der *inneren Kolonialisierung* des Sozialstaats.

Dies soll im folgenden mit einigen Gedanken zur gegenwärtigen Gesundheitspolitik illustriert werden. Andere Bereiche (Bildung, Wohnung, Rente etc.) würden andere Beispiele, kaum aber andere Tendenzen erkennen lassen.

Unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten ist es natürlich eine Provokation, wenn z. B. der jährlich über 200 Milliarden DM „schwere" Gesundheitsbereich, statt durchgängig nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage zu funktionieren, eine Steuerungslogik aufweist, die – jedenfalls für die Versicherten – aus marktwirtschaftlich seltsamen Elementen besteht:

- solidarische Finanzierung,
- Zuteilung nach Bedarfsprinzip,
- Verteilung ohne Geldverkehr nach dem Sachleistungsprinzip,
- rechtlich verbindliche Anspruchsgrundlagen,
- öffentlich-rechtliche Verfassung mit Selbstverwaltung,
- staatliche Kontrolle und Steuerung.

Die materielle und ideologische Entwertung dieser Prinzipien als mögliche Vorstufe zu ihrer Eliminierung ist das Ziel zahlreicher Vorstöße und „Reformvorschläge" aus Politik und Wissenschaft. Dabei tauchen drei Begründungen immer wieder auf, die allerdings die tatsächlichen Gründe für die Angriffe eher im dunkeln lassen:

Erstens: Die Bürokratisierung habe zu einem Verlust an menschlicher Wärme und Geborgenheit geführt, dem „Unbehagen am Sozialstaat" sei durch Entstaatlichung beizukommen. Die in ihrer Berechtigung empirisch vielfach belegten Klagen über entwürdigende sozialstaatliche Prozeduren (Stichworte: Arbeitsamt, Sozialamt, vertrauensärztlicher Dienst), über bürokratisch-juristische Grausamkeiten im Sozialstaat (Stichworte: Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, Psychiatrie) und über professionelle Zerstückelung sozialer Problemlagen (Stichworte: Medizin als physiologische Organverwaltung, Rehabilitationsverfahren) haben für die faktische politische Bearbeitung allerdings kaum Konsequenzen. Sie dienen v. a. als atmosphärischer Klangteppich für das, was allein läuft: Erschwerung von Leistungsvoraussetzungen, Kürzung und Fortfall von Sozialleistungen. Ähnlich ergeht es den vor allem in den siebziger Jahren spontan als Antwort auf die Unzulänglichkeiten des Versorgungssystems entstandenen Ansätze von informeller und autonomer Selbsthilfe: Sie werden als „menschliche Alternative" zum „bürokratischen Sozialstaat" hochgejubelt, obgleich tatsächlich kein Mensch ein Konzept hat, wie solche Ansätze unter Wahrung ihrer gesundheitsfördernden und humanen Substanz zu einer halbwegs flächendeckenden Wahrnehmung sozialpolitischer Aufgaben weiterentwickelt werden können.

Zweitens: Da die große Mehrzahl der Bürger über hinreichende Mittel für eine weitergehende Selbstvorsorge verfüge, könne das sozialstaatliche Versorgungsniveau um zahlreiche Leistungsarten vermindert und auf eine Grundsicherung abgesenkt werden.

Diese Voraussetzung trifft evidenterweise für die nicht gerade schmalen und sicher derzeit auch nicht abnehmenden ärmeren Bevölkerungsschichten (s. o.) nicht zu. Deshalb sind solche Vorschläge meist mit Härteklauseln versehen und gelten dadurch als sozial abgefedert. Vergessen wird zumeist, daß solche Regelungen eine ganz erhebliche Ausweitung staatlicher Einzelfallprüfungen auf Bedürftigkeit, d. h. eine weitere Durchlöcherung des durchweg kollektivrechtlich geregelten Bedarfsprinzips zur Folge hätten. Solche entwürdigenden Prozeduren laufen dem ausgewiesenen Ziel der Entwicklung von Selbstbewußtsein und Aufstiegswillen des Klienten allerdings diametral entgegen. Sie sind auch sicherlich nicht mit weniger, sondern nur mit mehr Bürokratie zu haben. Zudem finden gerade die Bedürftigsten den Zugang zu solchen Regelungen oft nicht. Die Sozialhilfe wird z. B. nur von der Hälfte der Berechtigten in Anspruch genommen. Die (untere) Hälfte der Armut wird dadurch doppelt ausgegrenzt.

Drittens: Aber, so heißt es weiter, der derzeitige Modus der Verteilung von Gesundheitsgütern verführe ja gerade zum Mißbrauch. Einer der bedeutendsten deutschen Gesundheitsökonomen verwendet hierfür seit Jahren die Metapher vom Betriebsausflug, bei dem das Bier nicht glasweise, sondern per Umlage bezahlt wird, so daß – logisch! – hinterher alle betrunken sind. Empirische Belege für seine These hat der Autor noch nie vorgebracht, weder für Betriebsausflüge noch für das Gesundheitswesen. Es würde wohl auch schwerfallen: Die wenigen Untersuchungen über patienteninduzierte Über-Inanspruchnahme von Leistungen des Medizinsystems deuten auf ein derart geringes Mißbrauchspotential hin, daß sich jeder Fachmann für Einkommensteuern und Subventionen die Finger danach lecken und über „hohe" Moral jubeln würde. Der Grund dafür liegt weniger darin, daß der Mensch an sich oder speziell der Versicherte gut ist. Der Unterschied ist vielmehr auf den simplen Umstand zurückzuführen, daß der Arztbesuch, die Tabletteneinnahme oder der Krankenhausaufenthalt durchweg nicht als erstrebenswertes Gut wie

die Urlaubsreise oder das 7b-finanzierte Eigenheim angesehen werden. Wo sich die Versicherten bei der Inanspruchnahme tatsächlich nicht funktional zum Ziel Gesundheit verhalten, liegen entweder ernstzunehmende soziale Probleme vor (Arztbesuch als Palliativ gegen Vereinsamung, Tablettenmißbrauch), oder es handelt sich um Reflexe auf vom Medizinsystem selbst produzierte (und auch von dort aus zu korrigierende) irreale Vorstellungen und Hoffnungen auf Heilung und Wirksamkeit. Die immer wieder in den Vordergrund geschobene Mißbrauchsdebatte zielt daher weniger auf eine zentrale Schwachstelle des Gesundheitswesens; vielmehr kann mit ihr exzellent von dem Umstand abgelenkt werden, daß über drei Viertel aller Kostensteigerungen im Medizinsystem auf Entwicklungen und Entscheidungen über Preise und Angebotsmengen zurückzuführen sind, auf die der Versicherte selbst bei vollster Entfaltung seines Anspruchsdenkens überhaupt keinen Einfluß nehmen kann.

Die öffentlich gehandelten Begründungen für die Angriffe auf den Modus der Verteilung von Gesundheitsgütern sind also wenig stichhaltig, die aus ihnen gefolgerten Vorschläge deshalb fragwürdig. Das liegt vor allem daran, daß der scharfe Blick der Analysen fast ausschließlich auf dem Versicherten bzw. Patienten ruht, der dabei nicht anders als der Verbraucher im Supermarkt angesehen wird. Aber ist diese Analogie tragfähig genug, um Annahmen und Theorien über Nachfrageverhalten bei Leberwurst auf den Bereich der Gesundheitsgüter zu übertragen?

Welche Sachverhalte lösen tatsächlich Bedarf nach Gesundheitsleistungen aus? Diese einfach erscheinende Frage ist nicht einmal für die selbstverständlich erscheinenden Kernbereiche wie Infektionskrankheiten, Chirurgie oder Betreuung chronisch Kranker leicht zu beantworten. Man weiß aber aus einer Fülle von Untersuchungen, daß Gesundheitsrisiken wie auch die Chancen ihrer Vermeidung nach sozialen Schichten, Lebenslagen und Belastungskonstellationen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt höchst ungleich verteilt sind. In diesen Sphären der Krankheitsverursachung können Gesundheitsleistungen kaum in Anspruch genommen werden, weil es sie dort faktisch nicht gibt. Man weiß, daß der individuelle Umgang mit gesundheitlichen Problemen in Abhängigkeit von sozialer Schicht und Lebenslage in einzelnen Bereichen um mehrere hundert Prozent variiert. Dem liegen – überwiegend sozial zu erklärende – Faktoren wie unterschiedliche Symptomtoleranz, individuelle Bewältigungsmöglichkeiten und Bedeutungszuschreibungen für das „Gut Gesundheit" zugrunde. Je nach Lebenslage werden auch andere, soziale oder individuelle Probleme als Gesundheitsprobleme definiert. Die Bearbeitung erfolgt in Alltagsbezügen, nicht-professionellen Zusammenschlüssen und im Medizinsystem. In das letztere gelangt nur ein relativ kleiner Teil der Probleme – die international übliche Schätzgröße für den Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt bei 20 %, die klinische Spitze des Eisbergs.

Die Inanspruchnahme ist jedoch selbst wiederum schichtenspezifisch unterschiedlich ausgeprägt. Die (Selbst- und Fremd-)Selektion der in das Medizinsystem gelangenden Gesundheitsprobleme entspricht dabei in weiten Bereichen kaum irgendwelchen rational gesundheitsbezogenen Anforderungen: Ein Großteil der Probleme, die im Medizinsystem (wenn schon nicht im Sinne von Heilung, so doch wenigstens als Symptomlinderung) bearbeitet werden könnte, gelangt nicht zu ihm. Dem liegen komplexe, politisch, soziologisch und sozialpsychologisch zu erklärende, überwiegend verdeckt ablaufende und sensible Bereiche berührende Regulierungen zugrunde.

In der wissenschaftlichen und politischen Aufarbeitung dieses Problemszenarios liegt die Zukunft jeder Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdienen will.

Derzeit im Vormarsch ist dagegen eine Betrachtungsweise, in der all diese komplexen Zusammenhänge über den kurzen Kamm dessen geschoren werden sollen, was das mikroökonomische Marktmodell sich unter Bedarf und seiner Umsetzung in kaufkräftige Nachfrage vorstellt. In diesem Modell haben die Nachfrager jederzeit vollständige Informationen über ihre eigenen Bedürfnisse sowie über die Preise und Qualitäten der zu ihrer Befriedigung angebotenen Güter und Dienstleistungen. Entsprechend entscheiden sie durchweg bedürfnisgerecht und rational. Dies soll nun für Schrankwände, Joghurtsorten, Kinokarten und Automarken genauso gelten wie für Ärzte, Therapien, Pillen und Hospitäler.

Die marktradikalen Gesundheitsökonomen malen diese Vorstellungen teilweise emphatisch aus: der Patient beschafft sich (woher?) Informationen darüber, welcher Arzt oder welche Klinik für ihn und sein Leiden am preisgünstigsten ist. Arme Leute zum billigen Arzt, wer sich was Gutes leisten kann, geht zum Modearzt. Natürlich müssen Wettbewerbsverbote für Ärzte und Kliniken fallen: glänzende Zeiten für medienwirksame Scharlatane. Der Arzt stellt ein Rezept aus, auf Wunsch billigere Medikamente für arme Leute, teure Präparate für die Anspruchsvollen. Mit dem Rezept irrt unser Patient nun durch die Stadt und sucht die billigste der im Preisniveau untereinander sowie mit den Kaufhäusern konkurrierenden Apotheken. Da auch die Rezeptpflicht als Behinderung des ökonomischen Wettbewerbs weitgehend fallen soll, wird der Patient vom Medikamentenverkäufer mit möglicherweise auch zu seinem Krankheitsbild passenden Medikamenten aus den allfälligen Sonderangeboten traktiert. Hebammen, Krankenpfleger und Masseure werben mit allen Mitteln und in allen Medien um die Gunst der Kundschaft. Und natürlich würden auch die Krankenhäuser ihr Preis- und Leistungsangebot derart differenzieren können, daß sich die alte Drei-Klassen-Regelung dagegen wie kommunistischer Egalitarismus ausnehmen könnte.

Diese Vorstellungen sind nicht nur einfach bizarr. Ihre Realisierung hätte notwendigerweise eine breitere Öffnung der Schere sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod zur Folge. Sie sind – was das Wichtigste ist – generell dysfunktional: denn der marktwirtschaftlich kalkulierte Preis ist kein gesundheitsgerechter Maßstab für „Konsumentenentscheidung". Er nützt vielmehr die Ängste und Unwissenheit der Patienten aus. Die per-

verse Wirkung des Preissignals für Kaufentscheidungen nicht nur, aber besonders stark bei Gesundheitsgütern ist plausibel und vielfach belegt: Wenn ihm kein rationaler Maßstab für die Beurteilung des Nutzens zur Verfügung steht, geht der Patient davon aus, daß das teuerste Angebot auch das beste ist. Die Verbreitung der Vorstellung, daß der Preis z. B. eines Medikaments eine Funktion seiner Wirksamkeit und seiner Qualität ist, liegt sicher im Interesse der pharmazeutischen Industrie. Mit einer rationalen Therapie haben die daraus zu ziehenden Schlüsse aber soviel zu tun wie rote Rüben mit Musik.

Es stellt sich natürlich die Frage, wieso die offensichtlich fehlerhafte Übertragung eines auch in anderen Bereichen nicht mehr so recht ernstgenommenen Ökonomie-Modells auf die Gesundheitspolitik eine derart lautstarke Rolle in der akademischen Gesundheitsökonomie spielen kann. Der Umstand, daß die Koryphäen der Marktökonomie damit vor allem einen neuen Markt für sich selbst erschlossen haben, kann auch nur eine Teilerklärung liefern. Weiter hilft die Beobachtung, daß akademische Moden meist nur dann eine gewisse Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen vermögen, wenn sich wirkungsmächtige Kräfte mit ihnen verbinden. Und da kommen drei in Frage, eines Komplotts zwischen ihnen bedarf es nicht:

Erstens: Die Ausweitung des Erstreckungsbereichs der Marktlogik ist in der Sichtweite der derzeit dominanten Wirtschaftspolitik und Nationalökonomie ein Wert an sich. Ihr Gesellschafts- und Menschenbild scheint nur in dem Maße aufzugehen, wie sich die Werte und das Verhalten der Menschen auf die Logik der nur in den Köpfen professionell deformierter Ökonomen herumspukenden Kunstfigur des homo oeconomicus reduzieren lassen. Gesundheitspolitik scheint sich immer mehr auf die Exekution von Leitlinien zu reduzieren, die – sachfremd – von den Wirtschaftsressorts vorgegeben werden.

Zweitens: Allein in der Bundesrepublik gibt es viele hundert Milliarden DM anlagesuchendes Geldkapital. Ein Verwertungsfeld wie die Gesundheits- und Sozialpolitik, in der insgesamt fast ein Drittel des Bruttosozialprodukts nach Nicht-Marktkriterien umgesetzt wird, muß da fast zwangsläufig ins Visier weitblickender Strategen rücken. Nicht, daß dieser Sektor heute frei von Profit- und Einkommenslogik funktioniert: die Anbieter von Gesundheitsleistungen arbeiten relativ strikt und erfolgreich nach diesen Prinzipien. Doch sind im Bereich des Assekuranzkapitals und der privatkapitalistischen Zurichtungen des Medizinsystems (Krankenhaus-Ketten, Medizin-Holdings) noch große und interessante Anlagefelder unerschlossen. Von den Möglichkeiten der Integration höchst vielversprechender Nebenmärkte wie Biokost, Fitneß und Pflegeleistungen aller Art in diesen, von staatlichen Fesseln befreiten Gesundheitsmarkt ganz zu schweigen. Unter Kennern gilt der Markt für Gesundheit mit derzeit knapp 10 % des Bruttosozialprodukts als bei weitem noch nicht ausgereizt.

Drittens: Alle bekanntgewordenen Modelle zur Ausdehnung der Marktlogik im Gesundheitsbereich sind mit direkten (Zu-)Zahlungen der Patienten verbunden. Damit gerät das Portemonnaie der Versicherten in den Zugriffsbereich der Marktanbieter, der insgesamt zu verteilende Kuchen wächst über den Bereich der Krankenversicherung hinaus und wird fungibler. An einer solchen Entwicklung sind infolgedessen auch fast alle Anbietergruppen interessiert. Teils, weil sie immer hungrig sind, wie z. B. die pharmazeutische Industrie, teils, weil sie Probleme mit Überkapazitäten in den eigenen Reihen haben (Ärzte, Apotheker).

Nun sind allerdings marktradikale Lösungen bislang überwiegend akademisches Papier, die Entwicklungen vor allem in den USA und Großbritannien zeigen aber doch deutlich die mögliche Richtung dieser Reise. In der Bundesrepublik wird dagegen derzeit mit Vorformen operiert. Am häufigsten sind dies Modelle und Maßnahmen der direkten Zuzahlung im Einzelfall. Solche Einstiege in die Marktökonomie werden meist als „Selbstbeteiligung" bezeichnet. Geflissentlich wird bei dieser Wortwahl übersehen, daß sich die Krankenkassenausgaben ohnehin aus zeitgleich einbehaltenen Lohnbestandteilen speisen. Das ausgewiesene Ziel solcher Maßnahmen ist nicht etwa ein Beitrag zur Lösung der zentralen Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens („das richtige Problem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige System"), sondern die „Senkung der Inanspruchnahme". Was da von wem und aus welchen Gründen und mit welcher (Langzeit-)Wirkung in Anspruch genommen wird, ist meist gar nicht erst Gegenstand der Betrachtung.

Die direkte Zuzahlung von zwei DM für jedes verordnete Arzneimittel ist ein Beispiel für diese Strategie der marktökonomischen Brückenkopfbildung ohne gesundheitspolitischen Wert. Denn daß der sicherlich erheblich zu hohe Medikamentenverbrauch in der Bundesrepublik rational, d. h. gesundheitsdienlich darüber gesteuert werden kann, daß wirklich arme Versicherte vor die ökonomisch zu treffende Entscheidung gestellt werden, eine ärztliche Verordnung in der Apotheke auch tatsächlich einzulösen, ist kaum einsichtig. Als ob davon eine Unterscheidung zwischen sinnvollen und unnützen Medikamenten zu erwarten wäre. Als ob die armen Versicherten wirklich die großen Verschwender wären.

Die direkte Zuzahlung von fünf DM für jeden der jeweils ersten vierzehn Tage eines Krankenhausaufenthaltes ist ein etwas anders gelagertes Beispiel für die gleiche Strategie. Die Beträge liegen im Portokassenbereich der Krankenhausumsätze. Fast ein Drittel der Einnahmen versickert für das Eintreiben dieser Summen, vor allem wohl bei solchen Patienten, für die maximal siebzig DM tatsächlich ein ökonomisches Problem darstellen. Was diese Regelung so bestechend macht, ist ihre absolute gesundheitspolitische Sinnlosigkeit: Wessen Begehrlichkeit hier mit welchem Ergebnis gezügelt werden soll, welches der zahlreichen Probleme der Krankenversicherung oder des Medizinsystems hier irgendeiner Lösung nähergebracht werden soll – man wird vergeblich danach suchen. So bleibt eigentlich nur die Er-

klärung, daß hier, an einem wenig beachteten Ort, ein marktökonomischer Fuß in die Tür gestellt werden sollte, und zwar aus Prinzip.

Die direkten Zuzahlungen – über weitere Maßnahmen wird bereits lebhaft nachgedacht – sollen als Vorformen der Marktökonomie in den Köpfen der Versicherten eine monetär gesteuerte Logik verankern. Nur: Welche Logik des Gesundheitsverhaltens wird gefördert, wenn vor dem Gang zum Arzt, bei der Einlösung eines Rezepts in der Apotheke, bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme sozialer Dienste (wo sie überhaupt existieren) und zur stationären Behandlung finanzielle Erwägungen zu treffen sind? Welcher gesundheitliche und gesundheitspolitische Vorteil steht ins Haus, wenn der Versicherte die Inanspruchname nicht nur von der eigenen Befindlichkeit und der Beratung des Arztes, sondern auch von Kostenüberlegungen abhängig macht? Antworten auf diese Frage, die nicht aus einer mythisch überhöhten Marktphilosophie stammen, sondern sich konkret auf das Ziel Gesundheit und Wohlbefinden beziehen, wird man vergeblich suchen. Die Empirie spricht eine andere Sprache: Materielle Barrieren vor dem Arztbesuch z. B. wirken vor allem in den niedrigen Einkommens- und Bildungsschichten im Sinne des beabsichtigten Effekts der Senkung der Inanspruchnahme. Gerade diese Schichten nehmen aber bereits heute z. B. das ambulante System unterproportional in Anspruch und sind vielleicht auch deshalb häufiger in den Krankenhäusern anzutreffen.

Solche Befunde machen vielleicht verständlich, mit welcher Delikatesse und Vorsicht sich Teile der wissenschaftlichen und praktischen Gesundheitsökonomie der Öffnung des Gesundheitsbereichs für die Marktökonomie nähern. Der Frage nach der beabsichtigten und der tatsächlichen gesundheitspolitischen Steuerungswirkung werden sie aber auf Dauer nicht ausweichen können. Auch dann nicht, wenn statt Brückenköpfen trojanische Pferde zum Einsatz kommen. Das derzeit jüngste trägt den Namen „Kostentransparenz": Im Rahmen solcher Ansätze soll dem einzelnen Versicherten fall- oder quartalsweise mitgeteilt werden, welche Kosten seine Behandlung verursacht hat. Die Meinungen sind geteilt: Emsige Verfechter der „Mißbrauchsthese" befürchten, daß der tückisch seinen Eigennutz maximierende Versicherte erst recht mehr Leistungen „konsumieren" wird, wenn er sieht, daß seine Beiträge höher liegen als die verursachten Kosten. Andere Gesundheitsökonomien sehen dagegen im Transparenzmodell eine schonende und zunächst kostenfreie Einstimmung der Patienten, bevor sie dann echt zur Kasse gebeten werden.

Der wichtigere Einwand liegt aber auch hier auf der grundsätzlichen Ebene: Den Versicherten, der die Wiederherstellung seiner Gesundheit oder die Linderung seines Leidens sucht, geht es nichts an und *soll* es nichts angehen, was die dazu erforderlichen Leistungen kosten. Andere mit Kostentransparenz verfolgte Ziele, wie die Herstellung größerer therapeutischer Rationalität und die Entlarvung betrügerischer Ärzte, könnten über sinnvolle Honorierungsregelungen und eine EDV-gestützte Kostenkontrolle der Kassen wesentlich effektiver und effizienter erreicht werden. Übrigens auch ohne Verletzung des allseits geschätzten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Trotzdem: Kostentransparenz klingt gut und hat derzeit hohe Konjunktur. Der Bundesarbeitsminister verwendet derzeit 70 % seiner Ressortmittel für Gesundheitsforschung auf die Förderung von Projekten aus diesem Bereich. Forschungen zu schichten-spezifischen Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen konnten deshalb nicht weiter finanziert werden. Obgleich alle darauf angesetzten Forscherteams die Existenz solcher Probleme und die Unfähigkeit des Medizinsystems, mit ihnen umzugehen, belegt hatten.

Hinter allen Überlegungen, Vorbereitungen und praktischen Maßnahmen zur Einführung der Marktökonomie in die gesundheitliche Versorgung steht eine einfache, aber abenteuerliche Annahme: daß die nach eigenem Anspruch lediglich im *wirtschaftlichen* Verkehr der Menschen „heilsamen Kräfte des Marktes" in irgendeiner positiven Art und Weise mit den zur Heilung von Krankheiten notwendigen Prozessen in Verbindung stehen. Diese heroische Analogie zwingt ihre Verfechter dann zu der logischen Konsequenz: wer mehr Gesundheit will, soll dafür dann auch mehr bezahlen.

Die Folge ist u. a. eine akademische Gesundheitsökonomie, für die sich der Spielraum gesundheitspolitischer Rationalität weithin auf die Erörterung verschiedener Teilkasko-Modelle, irgendwo zwischen „beschränkt proportionaler oder Selbstbeteiligung nach dem Indemnitätsmodell" reduziert. Ober z. B. darauf, das mikroökonomische Marktmodell auf den gesundheitspolitischen Problembereich der Arzneimittelversorgung herunterzudeklinieren, ohne auch nur einen Gedanken an die pharmakologischen und sozialen Eigenschaften von Arzneimitteln und die bestehenden ökonomischen Strukturen der Arzneimittelherstellung und -verteilung zu verschwenden.

Wenn Wissenschaft zur Voraussetzung hat, daß sie ihren Gegenstand zur Kenntnis nimmt, dann können weite Teile der derzeitigen Gesundheits-Ökonomie allenfalls hinsichtlich ihres zweiten Namensbestandteils den Anspruch einer Wissenschaft anmelden.

Setzt sich die derzeitige Entwicklung fort, so zeichnen sich zwei bedrohliche Konsequenzen ab:

A. Die Entwicklung einer zielbezogenen Gesundheitspolitik wird weiterhin unterbleiben. Angesichts des ungebrochenen Vormarschs der chronisch degenerativen Krankheiten wären aber dringend Steuerungsformen zu entwickeln und anzuwenden, die den bestehenden Defiziten in Prävention, Kuration, Betreuung, Rehabilitation und Pflege tatsächlich entsprechen. Erforderlich sind wissenschaftlich fundierte Programme, die sich auf die Verhütung der wenigen großen Volkskrankheiten in den Sphären ihrer Verursachung in Arbeits- und Lebenswelt richten. Neue und alte Strukturen des Gesundheitssystems müssen auf diese Aufgaben hin ausgerichtet werden. Zahlreiche erfolgversprechende Ansätze aus

dem In- und Ausland könnten hier weiterverfolgt werden.

B. Sowohl bei den Produzenten von Gesundheitsleistungen als auch bei den Versicherten/Patienten wird über die Entfaltung des Marktes eine Mentalität geschaffen und stabilisiert, die der Erhaltung und Wiedererlangung von Gesundheit letztlich feindlich gegenübersteht. Dies gilt nota bene nicht nur für die ärmeren Schichten der Bevölkerung.

Es geht hier nicht um das romantische Unterfangen, Inseln der Menschlichkeit in einer harten Welt unter dem kalten Stern der Knappheit zu retten. In Rede steht vielmehr die Zweckmäßigkeit von Strukturen und Verfahren in bezug auf das Ziel Gesundheit. Diesem Ziel aber laufen solche Ansätze zuwider, die auf der Seite der Versicherten das Verhältnis zum und das Verhalten im Gesundheitswesen der Logik der Käuflichkeit unterwerfen. Jedenfalls solange, wie Krankheit mit Angst und Schmerz verbunden ist, solange es also um Leiden geht. Und solange Medizin nicht organisiert werden kann wie eine Autowerkstatt, solange es also um menschliche Gesundheit geht.

Gesundheit ist keine Ware und wird auch nie eine werden können. Die Gestaltung des Medizinsystems so, als wenn sie eine wäre, führt auf breiter Front zu ökonomisch begründeter Inhumanisierung.

Auch die alten Kolonisatoren trafen nicht auf eine formlose und deshalb beliebig formbare Masse von Primitiven, sondern auf kulturell durchweg hochstehende Völker. Ebensowenig trifft Gesundheitspolitik auf Menschen, die sich den Primitivismen mikroökonomischer Modellvorstellungen fügen. Hier wie dort können die Kolonisatoren nicht ihr Ziel erreichen, den Menschen nach ihrem Bilde zu formen. Hier wie dort könnte es ihnen aber gelingen, die vorgefundene Kultur irreversibel zu zerstören.

Denn die überaus groben Instrumente marktwirtschaftlicher Gesundheitspolitik treffen nicht auf die Kunstfigur des homo oeconomicus, sondern auf wirkliche Menschen mit ihren vielfältigen Motiven und ihrer eigenen Kultur. Und natürlich trifft der Hammer der Geld- und Preissteuerung am härtesten jene Motive, die bislang nicht dem ökonomischen Kalkül unterworfen sind. Werden sie aber diesem Kalkül unterworfen, kann der Marktökonom sogar im Wege der selffulfilling prophecy Recht behalten, der Gesundheitspolitiker aber wird in jedem Falle verlieren.

Es ist dies auch ein Kampf um die Köpfe, von einer Bedeutung, die weit über den Gesundheitsbereich hinausweist: Wenn es gelingen sollte, die Versicherten davon zu überzeugen, daß sie als Einzelne und als Kollektiv nicht fähig sind, mit solidarischer und nicht-marktvermittelnder Verteilung erfolgreich umzugehen, sind diese Prinzipien, die ja auch auf andere Gesellschaftsbereiche übertragen werden könnten, insgesamt diskreditiert: Eine erfolgreiche Kolonialisierung – so das banale Ergebnis – vermindert die Möglichkeiten antikolonialistischer Strategien.

Politik und Wissenschaft, die den Zugang für die Marktökonomie in die Sozialpolitik verbreitern helfen, können alles mögliche wollen, die Gesundheit der Bevölkerung kann kaum allzu hoch in ihrer Agenda stehen. Zwangloser fügt sich eine solche Politik in das Interpretationsraster der Kolonialisierung des Sozialstaats – gleichzeitig betrieben von außen und von innen.