

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Gesundheit - mehr Markt?

Der Spiegel

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Gesundheit - mehr Markt?, Der Spiegel, Spiegel-Verlag, Hamburg, Vol. 39, Iss. 42, pp. 288-289

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122990>

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>.

Gesundheit – mehr Markt?

von Rolf Rosenbrock

Dr. Rolf Rosenbrock, 40, arbeitet seit 1977 am Schwerpunkt Arbeitspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin.

Den Versicherten geht es an den Krängen. Die Beiträge steigen, von „Pleite“ ist die Rede: das ganze System der Krankenversicherung müsse grundsätzlich geändert werden.

Das Skalpell – wenn nötig auch: die Axt – wird an einen hundert Jahre alten Baum gelegt, Bismarck hat ihn gepflanzt, nun paßt er nicht mehr in die Landschaft. Der gesetzliche Krankenversicherungsschutz soll ordentlich gestützt werden. Den Versicherten zuliebe? Im Dienste der Gesundheit?

In Wahrheit geht es ums Prinzip und um das Geldverdienens.

Aus der Sicht der „Reformer“ paßt die Steuerung überhaupt nicht mehr in unsere Zeit: Das System wird solidarisch finanziert, die Verteilung erfolgt nach Bedarf und ohne Geldverkehr. Die Anspruchsgrundlagen sind gesetzlich festgeschrieben, eine gewählte Selbstverwaltung lenkt den Riesenladen, gemeinsam mit dem Staat. Wo bleibt denn da die Marktwirtschaft? Draußen vor der Tür.

Das dürfe nicht so bleiben, argumentieren die Neuerer aus Politik und Wissenschaft. Vor allem drei Begründungen tauchen dabei immer wieder auf: Erstens habe die Bürokratisierung zu einem Verlust an menschlicher Wärme und Geborgenheit geführt. Dem „Unbehagen am Sozialstaat“ sei nur durch Entstaatlichung beizukommen.

Gar keine Frage: Die Klagen über entwürdigende Prozeduren, etwa beim vertrauensärztlichen Dienst, sind ebenso berechtigt wie die über bürokratisch-juristische Grausamkeiten. Man denke nur an die Frühinvaliditätsrenten und den dunklen Alltag der Psychiatrie.

Politische Konsequenzen werden daraus nicht gezogen. Das Lamento dient vor allem als atmosphärischer Klangteppich für das, was seit fünf Jahren allein läuft: Erschwerung von Leistungsvoraussetzungen, Kürzung und Fortfall von Sozialleistungen.

Auch das zweite Argument der Reformer erweist sich als gezinkt. Es lautet: Der Bürger verfüge über hinreichende Mittel für weitgehende Selbstvorsorge, die sozialstaatliche Versorgung könne deshalb auf eine Grundsicherung abgesenkt werden. Für die ärmeren Bevölkerungs-

schichten sind solche Vorschläge meist mit Härteklauseln versehen und gelten dadurch als sozial abgedefert.

Nicht erwähnt wird, daß dies eine ganz erhebliche Ausweitung staatlicher Bedürftigkeitsprüfungen zur Folge hätte. Solche Kontrollen laufen dem Ziel, den Klienten wieder zu Selbstbewußtsein und Aufstiegswillen zu verhelfen, diametral entgegen. Sie sind übrigens nicht mit weniger, sondern nur mit noch mehr Bürokratie zu haben. Zudem finden gerade die Bedürftigsten den Zugang zu solchen Regelungen oft nicht. Die Sozialhilfe wird zum Beispiel nur von der Hälfte der Berechtigten in Anspruch genommen. Die (untere) Hälfte der Armut wird dadurch doppelt ausgegrenzt.

Die prächtigsten Blüten treibt die dritte Einrede: Der derzeitige Modus der Verteilung von Gesundheitsgütern verführe ja geradezu zum Mißbrauch. Einer der bedeutendsten deutschen Gesundheitsökonomien verwendet hierfür 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 ihm wohl auch schwerfallen: Einschlägige Untersuchungen deuten auf ein recht geringes Mißbrauchspotential hin. Kein Vergleich mit Einkommenssteuern oder Subventionen. Statt dessen: „hohe Moral“.

Der Grund dafür liegt weniger darin, daß der Mensch an sich oder speziell der Versicherte gut wäre. Der Unterschied ist vielmehr auf den simplen Umstand zurückzuführen, daß Arztbesuch, Tabletteneinnahme oder Krankenhausbehandlung durchweg nicht als so erstrebenswerte Güter gelten wie die Urlaubsreise oder das 7b-finanzierte Eigenheim.

Wer in ärztlichen Wartezimmern 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 werden vom Medizinsystem selbst in die Welt gesetzt und wären von dort aus auch zu korrigieren.

Die Mißbrauchsdebatte zielt daher weniger auf eine zentrale Schwachstelle des Gesundheitswesens. Vielmehr kann mit ihr exzellent von dem Umstand abgelenkt werden, daß sich über drei Viertel aller Kostensteigerungen im Medizinsystem aus Entwicklungen bei Preisen und Angebotsmengen erklären, auf die der Versicherte selbst bei vollster Entfaltung seines Anspruchsdenkens überhaupt keinen Einfluß nehmen kann.

Welche Sachverhalte aber lösen tatsächlich den Bedarf aus? Gesundheitsrisiken sind nach sozialen Schichten, nach Lebenslagen und Belastungen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt höchst ungleich verteilt. Steinbrucharbeiter

sterben zwanzig Jahre vor den Professoren. In der Sphären der Krankheitsverursachung können Leistungen kaum in Anspruch genommen werden, weil es sie dort faktisch nicht gibt.

Der individuelle Umgang mit gesundheitlichen Problemen variiert in Abhängigkeit von sozialer Schicht, Charakter und Lebenslage ganz erheblich, in einzelnen Bereichen um mehrere hundert Prozent. Das Gut Gesundheit hat nicht in jeder Lage den gleichen Wert. Auch geht nicht jeder gleich zum Arzt. Im Medizinsystem jedenfalls tauchen am Ende nur rund 20 Prozent aller Gesundheitsstörungen auf – die klinische Spitze eines Eisbergs.

Die Zukunft einer Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdienen will, liegt folglich in zwei Bereichen: Krankheiten am Ort ihrer Entstehung zu verhüten und Gesundheitsstörungen zum richtigen Zeitpunkt in das richtige System zu bringen. Das ist schwierig genug.

Das alles soll nun jedoch über den kurzen Kamm des mikroökonomischen Marktmodells geschoren werden. Die Nachfrager treffen danach auf der Basis vollständer Informationen ihre Kaufentscheidungen durchweg bedürfnisgerecht und rational. Dies soll nun für Kinokarten, Joghurtsorten und Automarken genauso gelten wie für Ärzte, Therapien, Pillen und Hospitäler.

Die Gesundheitsökonomien der Wendezeit machen ihre Vorstellungen begeistert aus: Der Patient beschafft sich (woher?) Informationen darüber, welcher Arzt für ihn und sein Leiden am preisgünstigsten ist. Mit seinem Rezept sucht der Patient die billigste der auch mit den Kaufhäusern konkurrierenden Apotheken. Die Anbieter werben in allen Medien um die Gunst der Kundschaft. Natürlich könnten auch die Kliniken ihr Preis- und Leistungsangebot derart differenzieren, daß sich das alte Drei-Klassen-Krankenhaus dagegen wie richtiger Kommunismus ausnehme.

Diese Vorstellungen sind nicht einfach nur bizarr. Ihre Realisierung hätte notwendigerweise eine breitere Öffnung der Schere sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod zur Folge.

Der marktwirtschaftlich kalkulierte Preis ist kein gesundheitsgerechter Maßstab für „Konsumentenentscheidungen“. Er nützt vielmehr die Ängste und die Unwissenheit des Patienten aus. Denn das Preissignal hat in der Medizin eine perverse Wirkung: Mangels anderer Maßstäbe wird das teuerste Angebot auch für das beste gehalten. Die Verbreitung der Vorstellung, daß der Preis zum Beispiel eines Medikaments eine Funktion seiner Wirksamkeit und seiner Qualität sei, liegt sicher im Interesse der Pharma-Industrie. Mit einer rationalen Therapie hat sie aber nichts zu tun.

Wie kommt es, daß solch schlichtes Denken in der deutschen Gesundheits-

politik eine so große Rolle spielt? Der Umstand, daß die Koryphäen der Marktökonomie damit vor allem einen neuen Markt für sich selbst erschlossen haben, kann 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. Da kommen drei in Frage, eines Komplotts zwischen ihnen bedarf es nicht:

▷ Allein in der Bundesrepublik gibt es viele hundert Milliarden Mark anlagendes Geldkapital. Ein Verwertungsfeld wie die Gesundheitspolitik, in der fast zehn Prozent des Bruttosozialprodukts nach marktfremden Regeln umgesetzt werden, muß da fast zwangsläufig ins Visier weitblickender Strategen rücken.

Zwar funktioniert die Angebotsseite dieses Sektors auch heute schon nach den Regeln der Gewinnmaximierung. Doch liegen noch große Anlagfelder brach für private Versicherungen und Krankenkassenketten auf vielversprechenden Nebenmärkten wie Biokost, Fitness und Pflegeleistungen aller Art. Unter Kennern gilt der Markt für Gesundheit als bei weitem noch nicht ausgereizt.

▷ Die Ausdehnung der Marktlogik im Gesundheitsbereich ist stets mit direkten (Zu-)Zahlungen der Patienten verbunden. Damit wächst der zu verteilende Kuchen über den Bereich der Krankenversicherung hinaus.

An einer solchen Entwicklung sind viele interessiert. Teils, weil sie immer hungrig sind, wie zum Beispiel die pharmazeutische Industrie, teils, weil sie Überkapazitäten in den eigenen Reihen haben (Ärzte, Apotheker).

▷ Schließlich gilt, in der Sichtweise der Wirtschaftspolitik, Marktlogik derzeit als ein Wert an sich. So degeneriert Gesundheitspolitik zur Exekution von Leitlinien, die Ökonomen vorgeben.

Nun sind marktradikale Lösungen bislang überwiegend akademisches Papier. Ein Blick auf die USA und Großbritannien zeigt aber deutlich die mögliche Richtung der Reise. Die Einstiege werden gern „Selbstbeteiligung“ genannt – ein höhnisches Wort angesichts der monatlich zu zahlenden Versicherungsbeiträge.

Als Ziel der „Selbstbeteiligung“ gilt die „Senkung der Inanspruchnahme“. Was da von wem 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 Mark für jedes verordnete Arzneimittel ist ein Beispiel für marktökonomische Brückenkopfbildung. Welche Senkung des ohne Zweifel zu hohen Arzneimittelverbrauchs wird denn erzielt, wenn die wirklich armen Versicherten vor die öko-

nomisch zu treffende Entscheidung gestellt werden, das ärztliche Rezept auch tatsächlich in der Apotheke einzulösen?

Davon ist keine Unterscheidung zwischen sinnvollen und unnützen Medikamenten zu erwarten. Die Versicherten mit dem kleinen Einkommen sind nicht die großen Verschwender.

Mit der direkten Zuzahlung von fünf Mark für jeden der jeweils ersten vierzehn Tage im Krankenhaus werden Beträge im Portokassenbereich der Krankenhausumsätze erhoben. Fast ein Drittel davon versickert für das Eintreiben, vor allem wohl bei solchen Patienten, für die maximal siebzig Mark tatsächlich ein ökonomisches Problem darstellen.

Was diese Regelung so bestechend macht, ist ihre absolute gesundheitspolitische Sinnlosigkeit: Wessen Begehrlichkeit hier gezügelt werden soll, welches der zahlreichen Probleme des Krankenhauses oder der Krankenversicherung hier irgendeiner Lösung nähergebracht werden soll – man wird vergebens danach suchen.

So bleibt eigentlich nur die Erklärung: Hier sollte ein marktökonomischer Fuß in die Tür gestellt werden, und zwar aus Prinzip.

Neben Brückenköpfen kommen auch Trojanische Pferde zum Einsatz. Das jüngste trägt den Namen „Kostentransparenz“. Dabei soll dem Patienten jeweils mitgeteilt werden, welche Kosten seine Behandlung verursacht hat. Die Meinungen sind geteilt: Emsige Verfechter der Mißbrauchstheorie 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 eine schonende und zunächst kostenfreie Einstimmung des Patienten, bevor er später dann richtig zur Kasse gebeten wird.

Der wichtige Einwand liegt aber auch hier auf der grundsätzlichen Ebene: Welche Logik des Gesundheitsverhaltens soll eigentlich gefördert werden, wenn vor dem Gang zum Arzt finanzielle Erwägungen stehen? Den Versicherten geht es nichts an und soll es nichts angehen, was die notwendigen Leistungen kosten.

Hinter all diesen Überlegungen und Maßnahmen 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 auf die Heilung von Krankheiten wirken könnten.

Die Konsequenz dieser heroischen Analogie: Wer mehr Gesundheit will, soll dafür dann auch mehr bezahlen.

Setzt sich die gegenwärtige Entwicklung fort, so zeichnen sich drei bedrohliche Konsequenzen ab.

Erstens: Politik, Märkte, Technik und Organisation stützen derzeit die Arbeitswelt um, das arbeitspolitische Terrain ist in Bewegung. Für die Beschäftigten fallen dabei zahlreiche neue – auch gesundheitliche – Zumutungen an, zudem fransen die sozialen Sicherungen des Arbeitsvertrages aus. Hinnahmefähigkeit ist deshalb ein gefragtes Gut und wird durch die lähmende Furcht um den Arbeitsplatz gefördert. Als Druck- und Drohpotential wirkt neben der offenen Massenarbeitslosigkeit eine auch sozialpolitisch brisante Gemengelage un-steter und unsicherer Beschäftigungen am unteren Rande der Erwerbsarbeit; der Sektor offener Armut verbreitert sich.

In dieser Situation mag die ökonomische Kolonialisierung des Gesundheitswesens politisch durchsetzbar erscheinen. Es kann aber kein Zweifel daran bestehen, daß die gesundheitsschädigenden Auswirkungen dieser Entwicklungen miteinander kumulieren. Angst macht krank, zuviel Streß tut es auch.

Zweitens: Die Entwicklung einer vernünftigen Gesundheitspolitik wird weiterhin unterbleiben. Vernünftig, das hieß angesichts der ungebrochenen Vorherrschaft der chronisch-degenerativen Krankheiten die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Programme, die sich auf die (wenigen) großen Volkskrankheiten richten und ihre Entstehung verhüten. Neue und alte Strukturen des Gesundheitssystems müßten auf diese Aufgabe hin ausgerichtet werden.

Drittens: Sowohl im Medizinsystem 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 notabene 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 für das Ziel Gesundheit.

Gesundheit ist keine Ware und wird auch nie eine werden können. Wer das Medizinsystem so umgestaltet, daß am Ende das Geld über die Gesundheit herrscht, der schlägt der Inhumanität eine breite Schneise.

SPIEGEL Essay