

Ralf Reintjes, Ralf Reiche und Antoinette Wenk-Lang

## Das Gesundheitssystem: Der Markt und/oder staatliche Steuerung

### 1. *Einleitung*

Sowohl in Nordamerika als auch in Europa wird Ineffizienz als das führende Problem der Gesundheitssysteme angesehen. Es scheint nicht zu gelingen, bei begrenzten Ressourcen die Gesundheitsgewinne zu maximieren oder deren Kosten zu minimieren. Die Überwindung dieser Problematik ist das primäre Ziel vieler Gesundheitsreformen. Es wird (vor allem von Politikern) oft behauptet, daß ein intensiver Einsatz marktwirtschaftlicher Strukturen im Gesundheitssystem automatisch zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung führe. Entsprechend nehmen gesundheitsökonomische Analysen in immer größer werdendem Maße Einfluß auf politische Entscheidungsprozesse. Mainstreamökonomien ignorieren dabei häufig fundamentale Beiträge ihrer Kritiker (siehe z.B. Hirsch 1977).

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über Prinzipien der Steuerung von Gesundheitssystemen durch den Markt und durch den Staat. Er stellt die Lehrmeinung der Mainstreamökonomie dar und hinterfragt die Anwendung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf den Gesundheitsbereich.

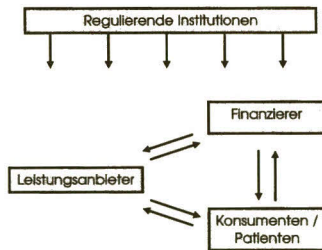
### 2. *Ein kurzer Umriß verschiedener Gesundheitssysteme*

Die Systeme der USA, überwiegend marktwirtschaftlich gesteuert, des britischen National Health Service (NHS), Paradebeispiel für ein staatliches System, und der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland enthalten allesamt sowohl staatliche als auch private (marktwirtschaftliche) Anteile. Zwischen Leistungsanbietern (Ärzten, Krankenhäusern etc.), Nachfragern (Patienten, Versicherten) und Finanzierern (privaten oder gesetzlichen Versicherungen) existieren monetäre und nichtmonetäre Beziehungen. Übergeordnete Institutionen (Staat) üben regulierende Einflüsse aus (Abbildung 1).

## Kennzeichen exemplarischer Gesundheitssysteme:

- A. Das U.S. amerikanische System – alle Macht der Privatwirtschaft?
- überwiegend marktwirtschaftliche Steuerung;
  - sehr hohe Leistungsfähigkeit in Teilbereichen;
  - sehr hohes Kostenniveau;
  - etwa ein Drittel der Bevölkerung ist nicht bzw. unterversichert.
- B. Das englische System (der NHS) – alle Macht dem Staat ?
- Staatssteuerung, Finanzierung aus Steuermitteln;
  - alle Bürger sind über den NHS abgedeckt, aber großer Zusatzversicherungsmarkt (momentan ca. 13 %), Wartezeiten, Leistungsausschlüsse;
  - niedriges Kostenniveau;
  - durch Reform seit 1991 gestiegener Verhandlungsspielraum und mehr Markt (Dixon 1994).
- C. Das deutsche System – alle Macht den Verbänden ?
- verbandliche Steuerung über öffentlich-rechtliche Institutionen, Beitragsfinanzierung;
  - für 90% der Bürger ist das Risiko über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt;
  - mittleres Kostenniveau;
  - durch Reformen GRG (1988) und GSG (1992) mehr Markt (Kassenwahlrecht), aber auch mehr staatliche Eingriffe (Budgets).

Abbildung 1  
Aufbau eines beliebigen  
Gesundheitssystems



Obwohl die Amerikaner weit mehr für die Krankenversorgung ausgeben als die Europäer, bleibt ein Großteil der amerikanischen Bevölkerung unversichert. Zwischen quantitativem Leistungsumfang und Qualität der Versorgungssysteme gibt es kein festes Verhältnis.

### 3. *Was ist der Markt und warum erscheint er so wunderbar?*

Wettbewerb ist unter marktwirtschaftlichen Bedingungen der (stets einzelwirtschaftliche, »private«) Versuch, Kapital, das in Sachanlagen, Arbeitskräften, Wissen usw. gebunden ist, in Geld zu verwandeln, um die in der Produktion angeeignete Arbeit als Gewinn zu realisieren. Anbieter versuchen, durch verbesserte Qualität ihrer Leistungen und durch kostengünstigere Produktionsweisen ihre Absatzchancen zu verbessern. Neue Wettbewerber drängen solange in ein Marktsegment, bis hier keine größeren Gewinne mehr erzielbar sind als auf anderen Märkten. Durch Selektionsprozesse scheiden leistungsschwache Anbieter aus. Der Wettbewerb steuert im theoretischen Modell diese Prozesse so, daß daraus eine bestmögliche Versorgung mit Dienstleistungen bzw. Gütern resultiert. Er führt zugleich zur Erschließung von vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven. Entsprechend dem Konstrukt des »homo oeconomicus«, einem stets nach einzelwirtschaftlich rationalen Motiven handelnden Individuum, sollen Menschen grundsätzlich egoistisch und nicht altruistisch handeln. Der Markt bietet dabei ein adäquates Anreizsystem für alle Beteiligten. Bei Nichtanpassung drohen Sanktionen. Die Individuen sollen dabei über maximale Entscheidungsfreiheit und Handlungsspielräume verfügen. Da sich das Wissen der Individuen nicht zentralisieren läßt und der Einzelne seine Bedürfnisse am besten kennt, soll der Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren der geeignetste Mechanismus zur Bedürfnisbefriedigung darstellen. Eine effiziente Güterverteilung ergibt sich hiernach also zwangsläufig daraus, daß alle auf dem Markt ihre jeweiligen Interessen verfolgen. Diese Verteilung gilt dann als perfekt oder »Pareto-optimal«, wenn sich niemand verbessern kann, ohne daß die Situation für einen anderen verschlechtert wird (McGuire et al. 1994).

In einem »perfekten Markt« soll sich dieses Optimum von selbst einstellen. Der Markt erscheint somit als ein einfacher, perfekter Weg zur Verteilung von Ressourcen. Von seiten der Ökonomen wird behauptet, daß eine wettbewerbliche Marktorganisation bei richtig gesetzten staatlichen Rahmenbedingungen alle Beteiligten zu sparsamem Umgang mit knappen Gütern zwingt, für Preisdruck sorgt und vor dem Mißbrauch wirtschaftlicher Macht schützt. Sie führe zu Effizienzsteigerungen, durch die alle beteiligten Parteien gewinnen könnten. Es gibt jedoch eine Anzahl von teilweise nur sehr schwer vereinbaren Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, damit die »unsichtbare Hand« des Marktes (Smith 1776) arbeiten kann. Die wichtigsten Voraussetzungen für einen »perfekten Markt« sind:

1. Perfekte Information bzw. vollkommene Markttransparenz, d.h. umfassendes Wissen über Preise, Produkte und Einflußfaktoren auf den Konsum oder Nicht-Konsum eines Produktes.
2. Perfekter Wettbewerb mit freiem Zutritt zum Markt für Produzenten und Verbraucher, so daß keine Monopolkräfte entstehen können. Das heißt, daß keine Barrieren wie zum Beispiel lange Ausbildungs- oder Qualifikationszeiten sowie hohe Investitionen für Anbieter bestehen dürfen.
3. Homogenität der Güter ohne räumliche, sachliche oder zeitliche Spezialisierung der Produzenten, keine »zusätzlichen« persönlichen Präferenzen oder Bedürfnisse der Verbraucher.
4. Die Abwesenheit von Externalitäten oder öffentlichen Gütern, d.h. es bestehen keine Kosten oder Gewinne, für die im Markt nicht bezahlt oder kompensiert wird.

#### *4. Der Gesundheitsmarkt*

Grundsätzlich muß festgestellt werden, daß diese idealtypischen Voraussetzungen für keinen Markt erfüllt sind. Für den Gesundheitsbereich gelten zudem noch einige Besonderheiten. Beschreibungen grundlegender Marktfehler in der Gesundheitsversorgung haben viele Ökonomen über Jahrzehnte daran zweifeln lassen, ob ein Wettbewerb im Gesundheitssystem überhaupt funktionieren kann. Beispiele hierfür werden im Folgenden dargestellt:

##### *4.1 Informationsprobleme*

(a) Patienten wollen Gesundheit, wissen jedoch aus Mangel an medizinischem Wissen nicht, wonach sie konkret verlangen sollen (mangelnde Konsumentensouveränität). Sie können die Qualität nicht überprüfen und werden sich nicht nach Preis und Qualität vergleichend umschauen. Es kommt nicht zu einem normalen Wettbewerb. Der Arzt agiert als Ratgeber und Verkäufer zugleich. Es ist daher nicht in jedem Fall sicher, ob er ein perfekter Ratgeber ist. Seine Vorlieben und Interessen können einwirken und einen von ihm als Produzenten induzierten Bedarf (supplier induced demand) erzeugen (Donaldson/Gerard 1993). Der Arzt strebt u.U. danach, die Nachfrage nach Leistungen auszudehnen, womit ein höheres Einkommen verbunden sein kann. Vom Arzt wird eine doppelte Loyalität, sowohl dem Patienten als auch den Kassen gegenüber, erwartet. Das kann zu ineffizientem Gebrauch von Gesundheitsleistungen, zu Über- bzw. Unterversorgung und Kostensteigerung beitragen.



(b) Unsicherheiten, Risiken und Informationsungleichgewichte sind ein großes Problem im Gesundheitssystem. Zeitpunkt und Umfang des Auftretens von Kosten sind ungewiß. Krankenversicherungen müssen zumindest ihre Kosten decken. Um dieses zu erreichen, werden Prämien für Versicherte entsprechend bestimmter Charakteristika der Versicherungsnehmer sowie der zu erwartenden Behandlungskosten festgelegt. Eine Krankenkasse, die Risikopersonen aus ihrem Klientel fernhalten kann, verbessert ihre Chancen am Markt mehr als durch eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten. Ein solches »Rosinenpicken« muß nicht explizit sein, führt in einem hauptsächlich marktwirtschaftlich organisierten System ohne Solidarität aber gleichwohl dazu, daß Hochrisikopersonen nicht versichert werden (Angell/Kassirer 1996).

In einer komplexen Welt der Arbeitsteilung herrschen Ungewißheit und Unsicherheit. Ein Teil des Informationsproblems ist die Unsicherheit der Nachfrage. Unter diesen Bedingungen erwarten Ökonomen, daß ein asymmetrischer Markt entsteht. Eine Asymmetrie von Informationen kann zu Selektion und zu lückenhafter Versorgung der Bevölkerung führen (adverse selection) (Scheffler 1989). Ein weiteres Problem sehen Markttheoretiker im sogenannten »moral hazard«. Knapp gesagt ist damit gemeint: Individuen neigen zu übermäßiger Nachfrage von Gesundheitsleistungen, wenn sie im Krankheitsfall nicht mit individuellen Kosten belastet werden und sie stattdessen auf eine volle Abdeckung ihrer individuellen Nachfrage durch die umlagefinanzierte Versicherung (die »Allgemeinheit,«) vertrauen können (LeGrand/Bartlett 1993). Es wird unterschieden zwischen moral hazard ex ante (gesundheitsschädliches Verhalten) und moral hazard ex post (erhöhte Leistungsanspruchnahme). Ökonomen gehen davon aus, daß der Einzelne hierbei immer »rational«, d.h. egoistisch, handelt (Andersen 1992). Im Falle des Gesundheitswesens führt dies aber zu einer Schädigung des Gesamtsystems durch steigende Prämien.

#### *4.2 Wettbewerbsverzerrung*

In einigen Bereichen des Gesundheitssystems bestehen monopolistische Kräfte. Diese kommen vor allem dann vor, wenn Barrieren zum Eintritt in der Markt bestehen (z.B. Krankenhauspläne, KV-Zulassungen § 102 SGB V, Numerus clausus). Monopolistische Kräfte können zu verminderter Qualität und zu hohen Preisen führen. Die Idee eines Wettbewerbsmarktes fordert nicht unbedingt viele Anbieter, jedoch potentiellen Wettbewerb durch einfachen Eintritt in den Markt (z.B. Praxiseröffnung) und Austritt aus ihm (z.B. Krankenhausschließung).

Eine Marktvorherrschaft wird im Gesundheitsbereich häufig erleichtert, vor allem wenn Leistungserbringer regional begrenzt sind (z.B. Krankenhäuser).

#### 4.3 Heterogenität von Gesundheitsleistungen

Gesundheitsversorgung besteht aus heterogenen Gütern und setzt sich aus vielen unterschiedlichen Dienstleistungen zusammen. Es herrschen räumliche, zeitliche und sachliche Differenzierungen bzw. Spezialisierungen vor (z.B. verschiedene Facharztdisziplinen), die freien Wettbewerb verhindern. Patienten haben zudem »außerökonomische« persönliche Präferenzen.

#### 4.4 Externalitäten

Ein Beispiel für positive Externalitäten bieten infektiöse Krankheiten. Dem Individuum entsteht ein persönlicher Nutzen durch Impfungen. Durch ein verringertes Übertragungsrisiko profitiert auch die gesamte Gesellschaft (Steigerung der Herdimmunität). Positive Externalitäten werden von Individuen häufig zu wenig konsumiert (siehe Impfmüdigkeit der Bevölkerung). Negative Externalitäten kann z.B. die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus nach sich ziehen, wenn die verminderten betrieblichen Kosten woanders wieder, etwa in Form erhöhten Pflegeaufwandes in der Familie des Patienten, auftauchen.

Es ist noch auf zwei essentielle Nachteile reiner Marktsysteme hinzuweisen. Im Markt entscheidet die Fähigkeit bzw. der Wunsch zu bezahlen darüber, wer Gesundheitsversorgung erhält. Jedoch ist die Fähigkeit zu bezahlen nicht notwendigerweise mit Bedarf verbunden. Oft haben Angehörige niedriger sozialer Schichten einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen. Daher ist eine dem Markt folgende Verteilung nicht als gerecht anzusehen. Weiterhin hat Gesundheit zum Teil den Charakter eines öffentlichen Gutes. Für solche sind aber auf Märkten keine Preise zu erzielen. Beispielsweise wird kein Anbieter freiwillig Grundlagenforschung betreiben oder gratis Notfalldienste anbieten.

Ein entscheidender Fehler der Markttheorien ist der, daß sie sich lediglich auf die Tausch- und Verteilungssphären beschränken. Solange über Markt gesprochen wird, sind alle Teilnehmer gleich, in der Arbeit bestehen jedoch große Unterschiede zwischen Eigentümern, staatlichen Leitern, abhängig Ausführenden oder – bei personenbezogenen Dienstleistungen – »Arbeitsgegenständen« (Patienten). Kranke können weder kritische Kunden noch gleiche Geschäftspartner sein. Am Markt müssen

sie jedoch ›gleich‹ sein (Angell/Kassirer 1996). Aus all diesen Anmerkungen wird erkennbar, daß rein marktwirtschaftliche Systeme im Bereich der Gesundheitsversorgung schon unter Modellbedingungen scheitern werden. Es ist daher ein dritter Akteur gefragt: der Staat.

### 5. *Regulierung des Gesundheitsmarktes*

Staatliche Regulierungen können versuchen, die nötigen Voraussetzungen für ein Funktionieren des Marktes zu schaffen und gleichzeitig seine unerwünschten Effekte zu limitieren. Dieses sollte jedoch mit Vorsicht geschehen, da auch hierbei Fehler entstehen (Staatsversagen). Als Beispiel sei auf die staatlichen Regulierungen hingewiesen, die zu Eintrittsbarrieren in den Markt führen, vorhandene Leistungsanbieter schützen und somit monopolistische Strukturen schaffen (z.B. Niederlassungssperre). Krankenhäuser sind häufig sehr bürokratisch, bieten den Konsumenten wenig Wahl. Ein Markt von im Wettbewerb stehenden Gesundheitsversorgern muß gesteuert werden, da ohne gewissenhaft gestaltete Regeln und ohne aktives gemeinsames Management auf der Nachfrageseite die Anbieter zu Wettbewerbsstrategien greifen könnten, die die primären Ziele einer gerechten Verteilung und Effizienz zerstören würden. Die Gefahr steckt latent in der Privatisierung von Teilen des Systems, die ohne staatliche Einflußnahme zur Rosinenpickerei und ohne kontrollierte Finanzierungsmodalitäten ebenfalls zu enormer Bürokratisierung führt. Leistungserbringer müssen unter diesen Bedingungen nicht unbedingt effizienter werden. Effizienzsteigerung kann der schwierigste und am wenigsten profitable und deshalb vermiedene Weg sein, auf Wettbewerb zu reagieren. Wettbewerb hat für die Solidargemeinschaft nur dann einen Sinn, wenn er die Effektivität erhöht und den dazu notwendigen Ressourceneinsatz senkt (z.B. durch Reorganisation) (Light 1995). Es sind jedoch einfachere, profitablere Handlungsweisen wahrscheinlicher:

- Vermeiden von Wettbewerb durch Ausweichen in Marktnischen;
- Schaffung und Definition von zusätzlichem Bedarf durch medizinische Innovation;
- Konzentration auf profitable Dienstleistungen;
- Konzentration auf gesündere Patienten oder solche mit akut behandelbaren Beschwerden;
- Überweisung oder Vermeidung der Behandlung kostenintensiver und schwieriger Patienten.

Die Anbieter neigen auf den eigenen Absatzmärkten gerne zu Wettbewerbsbeschränkungen, wohingegen sie auf den Beschaffungsmärkten



lebhaften Wettbewerb begrüßen. Da aber andererseits bei nicht gewährleistetem vollständigem Wettbewerb Marktversagen droht, müssen sich die staatlichen Eingriffe auf das Notwendigste beschränken, um nicht Marktversagen gegen Staatsversagen einzutauschen. Das Ziel staatlichen Handelns sollte darin liegen, ein Netz ökonomischer Konkurrenzbeziehungen zu knüpfen, das einen Anreiz zu wirtschaftlicherem Angebot von und zu sparsamerer Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen und Waren schaffen soll. Das Arzt-Patienten-Verhältnis sollte dahingehend verändert werden, daß die Position der Patienten gestärkt wird. Informationsprobleme, monopolistische Marktstrukturen, Externalitäten und Gerechtigkeitsbedenken sind die Hauptgründe und Rechtfertigungen für staatliches Eingreifen in vorhandene Marktmechanismen. Jedoch sowohl Markt als auch Staat machen Fehler. Die Frage kann also nicht sein, welches der beiden Extreme zu bevorzugen ist, sondern vielmehr, wie eine gute Mischung erreicht werden kann. Durch eine Kombination beider Steuerungskomponenten kann versucht werden, das Ausmaß der Nachteile zu minimieren.

#### 6. *Instrumente staatlicher Steuerungspolitik*

Die staatlichen Regulationsmöglichkeiten lassen sich nach ihrem Niveau oder nach Art und Wirkungsebene der Steuerungsinstrumente unterscheiden. Bei der Einteilung nach verschiedenen Niveaus können die Eingriffsmöglichkeiten hierarchisch von leichten Eingriffen bis zur vollen staatlichen Einflußnahme gegliedert werden:

1. Regulierung: Um Qualität zu garantieren, kann der Staat medizinische Qualifikationen und Lizenzen regulieren. Ebenso können Monopole beobachtet und reguliert werden.
2. Subventionen und Steuern: Um das Gerechtigkeits- und Externalitätenproblem zu lösen, können Steuern und Subventionen eingeführt werden.
3. Leistungserbringung/Versorgung: Zur Beseitigung von Über- und Unterversorgung, ineffizienter Nutzung und Ungerechtigkeit kann der Staat selber Gesundheitsleistungen erbringen oder bestimmte Organisationsstrukturen vorschreiben.

All diese Steuerungsmechanismen werden in unterschiedlichem Ausmaß in allen Gesundheitssystemen verwendet, wobei im britischen NHS die Instrumente 2 und 3 stärker genutzt werden, als im US-amerikanischen Gesundheitssystem der Fall ist. Die Steuerungsinstrumente können



weiterhin nach zwei Gesichtspunkten differenziert werden: zum einen nach der Art der Steuerung (Mengensteuerung, Preissteuerung, Steuerung durch Informationen, globale Maßnahmen), zum anderen nach ihrer Wirkungsebene (Angebotsseite, Nachfrageseite). Je nach Kombination von Instrumenten und Wirkungsebenen bestehen somit eine Vielzahl von Steuerungsmöglichkeiten.

Zum Teil wird jedoch auch die Meinung vertreten, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patient in keinem Fall eine Marktbeziehung sein sollte, unter anderem weil in zivilisierten Gesellschaften zumindest Akutkranken ein besonderes Schutzbedürfnis zugestanden wird, das unverträglich sei mit der Zumutung, ausgerechnet im Krankheitsfall als »kritischer Kunde« die Arbeit eines Marktteilnehmers verrichten zu müssen (Kühn 1996).

## 7. *Resümee*

In der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion wird von verschiedenen Seiten häufig behauptet, die Gesundheitspolitik habe sich der Standortpolitik unterzuordnen. Die gesamte Wettbewerbsdiskussion wird unter dem »Damoklesschwert« restriktiver ökonomischer Vorgaben geführt, die mit dem Hinweis auf die vermeintliche Gefährdung des »Wirtschaftsstandortes Deutschland« legitimiert werden. Dabei avanciert die Orientierungsgröße »Beitragssatzstabilität« zum entscheidenden Erfolgskriterium gesundheitspolitischer Reformanstrengungen. In Europa sind vor allem die folgenden drei Entwicklungen zu beobachten: Eine Zunahme von Zuzahlungen durch Patienten, mehr Wettbewerb und steigende Anteile von Privatisierung. Ein Aufsplittern in Basis- und Zusatzleistungen, wie es aktuell diskutiert wird, wird letztendlich zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen, ein Ergebnis, das sicherlich nicht erstrebenswert ist und das das Solidarprinzip als tragenden Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu unterminieren droht. Wo letztlich die Schmerzgrenze des Einzelnen liegt, der als höchstes Gut stets seine Gesundheit angibt, kann nicht beantwortet werden. Eine Analyse der tatsächlichen Ausgabenentwicklung in der GKV zeigt, daß das Finanzierungsproblem (das in erster Linie ein Einnahmenproblem ist) grob verzerrend dargestellt wird und mit dem Begriff »Kostenexplosion« unzureichend bis irreführend bezeichnet ist (Stegmüller 1996). Unter dem gleichwohl relevanten Gesichtspunkt vermeidbarer Ausgaben sind insbesondere die unzureichende präventive Orientierung in der Arbeits-, Lebens- und Umwelt, das Übermaß an Medikalisierung, Spezialisierung und Technisierung sowie die Vernachlässigung

der psychosozialen Aspekte des Krankseins zu bedenken. Eine wirkungsvolle Bearbeitung dieser Defizite könnte nicht nur zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, sondern auch zur Beseitigung bestehender kostentreibender Unwirtschaftlichkeiten beitragen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß eine alleinige Ausrichtung auf den Markt im Gesundheitsbereich fehlschlagen muß. Staatliche Eingriffe sind gefordert. Das andere Extrem, eine rein staatliche Steuerung des Gesundheitssystems, würde ebenfalls fehlschlagen. Eine mögliche Lösung ist in einer Kombination beider Steuerungsmechanismen zu vermuten. Dies spiegelt sich wider in der gegenwärtigen Entwicklung unterschiedlichster Gesundheitssysteme in Richtung auf ein gesteuertes marktwirtschaftliches Wettbewerbsmodell (Enthoven 1980, 1988) bzw. auf »managed competition« und »Quasi-Märkte« (Preise sind nicht das Ergebnis von Individualverträgen, sondern von Kollektivverhandlungen) (LeGrand/Bartlett 1993). Im deutschen System besteht das Spezifikum in der Steuerung auf der Ebene der Verbände, der gemeinsamen Selbstverwaltung. Korporatistische Steuerung hält stets am status quo fest (»Verwalten des Bestehenden«) und besitzt durch kollektive Vereinbarungen nur wenig Anpassungspotentiale. Es bestehen teilweise widersprüchliche Tendenzen: einerseits die KVen aufzulösen, um mehr Wettbewerb zu ermöglichen, andererseits aber auch die Bestrebung, Krankenhausgesellschaften zu »verkörperschaftlichen« und damit ein neues Monopol zu schaffen. Es ist nicht einfach, die richtige Mischung aus Markt und Steuerung zu finden. Durch eine ausgewogene Kombination kann jedoch neben einer Kostensenkung und Effektivitätssteigerung auch eine Qualitätsverbesserung und eine patientengerechtere Medizin erreicht werden.

Bei der allgemeinen Diskussion um Markt oder Staat darf nicht vergessen werden, daß es primär um eine adäquate Versorgung, um die Gestaltung von Strukturen, um Integration und Kooperation zur Sicherung der Behandlungskontinuität, um Angebote zur positiven Diskriminierung Benachteiligter und vieles mehr geht. Für das ganze Feld des eigentlichen Versorgungsgeschehens ist in der gängigen Markttheorie jedoch kein Platz vorgesehen. Es sind dies die ›Privatangelegenheiten‹ autonomer Marktsubjekte. Steuerungsmedien wie Partizipation, Demokratie oder Regionalisierung werden nicht berücksichtigt. Ob wir das wollen, ist eine moralische Entscheidung, deren soziale Abstimmung nicht dem Markt, sondern der demokratischen Politik überlassen werden sollte. Es ist an der Zeit, gesundheitspolitische Entscheidungen zu hinterfragen und sich nicht einseitig von der Wettbewerbsideologie leiten zu lassen.

Korrespondenzadresse

Dr. Ralf Reintjes

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Antonie van Leeuwenhoeklaan

NL 2720 Bilthoven

*Literaturverzeichnis*

- Andersen, H. (1992): Basiswissen Gesundheitsökonomie. Berlin: edition sigma
- Angell, M.; Kassirer, J.P. (1996): Quality and the medical marketplace – following elephants. *N Engl J Med* 335: 885-887
- Dixon, J. (1994): A guide to the NHS reforms. *Student BMJ* 2: 273-275
- Donaldson, C.; Gerard, K. (1993): Economics of health care financing: the visible hand. Houndsmills: MacMillan
- Enthoven, A.C. (1980): Health plan. Addison Wesley
- Enthoven, A.C. (1988): Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam: North-Holland
- Hirsch, F. (1977): Social limits to growth. London: Routledge
- Kühn, H. (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin, P 96-207
- LeGrand, J.; Bartlett, W. (1993): Quasi-markets and social policy. Houndsmills: MacMillan
- Light, D.W. (1995): Homo economicus: escaping the traps of managed competition. *Eur J Public Health* 5:145-154
- McGuire, A.; Henderson, J.; Mooney, G. (1994): The economics of health care – an introductory text. London: Routledge
- Scheffler, R. (1989): Adverse selection: the achilles heel of the NHS reforms. *Lancet* 1989: 1950-1952
- Smith, A. (1776): An inquiry into the nature and causes of wealth of nations. London
- Stegmüller, K. (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur »dritten Reformstufe« der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt/M.: VAS