

## Gesundheit als Ware

### Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen

#### 1. *Der Aufstieg der Gesundheitsökonomie*

Vor zehn Jahren hat Theo Thiemeyer in *Das Argument* angesichts der damals von der sozialliberalen Koalition kreierte Kostendämpfungs-gesetze die Erwartung geäußert, daß sich die bundesrepublikanischen Forschungsinstitute »im Großeinsatz auf die Gesundheitsökonomik stürzen« würden (Thiemeyer 1977, 35). Es hat freilich noch etliche Jahre gedauert, bis es so weit war. Die Lehrbuchökonomie hält ein nicht gerade bestechendes Instrumentarium zur Analyse des Gesundheitswesens parat (vgl. hierzu Reiners 1978), und man brauchte Zeit sowie vor allem eine veränderte politische Landschaft, um sich an diesen von einer komplizierten Gemengelage wirtschaftlicher Interessen, sozialpolitischer Vorstellungen und moralischer Aspekte gekennzeichneten Reproduktionsbereich heranzuwagen. Mittlerweile hat man aber alle Skrupel über Bord geworfen, und es melden sich Ökonomen und wirtschaftspolitische Instanzen in Sachen Gesundheitswesen zu Wort, die sich zuvor noch nicht einmal am Rande mit diesem Thema beschäftigt haben. Den Auftakt bildete eine von 39 Ökonomieprofessoren unterzeichnete Anzeige in der WELT und der FAZ vom 22.02.1984, in der das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der »Verschwendung knapper wirtschaftlicher Ressourcen« beschuldigt wurde. Blüm reagierte prompt und lud die Unterzeichner nebst einigen anderen Gesundheitsökonomien zu einer Tagung über »Ordnungspolitik im Gesundheitswesen« ein (vgl. Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984). Kurz darauf übte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) in Interdisziplinarität und bezog in seinem Jahresgutachten 1985/86 ausführlich zur Krise im Gesundheitswesen Stellung; desgleichen im Jahresgutachten 1986/87 (SVR 1985 und 1986). Sogar die Deutsche Bundesbank verließ ihr angestammtes Fachgebiet und äußerte sich zur finanziellen Schieflage der GKV (Deutsche Bundesbank 1985). Daß die Gesundheitsökonomie auch in akademischen Kreisen hoffähig geworden ist, machte der Verein für Sozialpolitik, der wohl wichtigste Zusammenschluß von Wirtschaftswissenschaft-

lern im deutschsprachigen Raum, deutlich, indem er seine Jahrestagung 1985 komplett diesem Thema widmete (vgl. Gäfgen 1986).

Im Zentrum dieser Kampagne steht eine Forderung, die der Kronberger Kreis, ein Zirkel marktradikaler Ökonomieprofessoren um den Wirtschaftswoche-Herausgeber Wolfram Engels und den FAZ-Kolumnisten Walter Hamm, auf den Punkt bringt: »Mehr Markt im Gesundheitswesen!« (Engels u.a. 1987). Mit welcher Gewißheit dieses Postulat formuliert wird, macht der Gesundheitsökonom Henke, Mitglied des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), deutlich, wenn er a priori behauptet: »Die Notwendigkeit einer Reform (des Gesundheitswesens; H.R.) ergibt sich aus einer ordnungspolitischen Neubesinnung auf die konstituierenden und regulierenden Prinzipien einer sozialen Marktwirtschaft und auf die in diesem System erforderliche finanzielle Absicherung des Krankheitsfalles« (1985, 40).<sup>1</sup> Es ist für die herrschende wirtschaftswissenschaftliche Lehre eine ausgemachte Sache, daß die soziale, über Umverteilung laufende Finanzierung des Gesundheitswesens für dessen wirtschaftliche Misere verantwortlich ist und allein das freie Spiel der Marktkräfte für eine rationale Verteilung der Ressourcen sorgen kann. Zweifelsohne gibt es unter den Ökonomen auch entschiedene Kritiker dieser marktideologischen Position (vgl. Sozialer Fortschritt Nr. 10/1986), jedoch handelt es sich dabei um eine Minderheit.

Auf die Frage, weshalb marktwirtschaftliche Reformkonzepte in letzter Zeit eine so große öffentliche Resonanz haben, will ich hier nicht näher eingehen. Zu nennen wären da zwei wirkungsmächtige Interessen. Zum einen »sind im Bereich des Assekuranzkapitals und der privatkapitalistischen Zurichtung des Medizinsystems (Krankenhausketten, Medizin-Holdings) noch große und interessante Anlagefelder unergeschlossen« (Rosenbrock 1985, 328). Zum zweiten stellen die GKV-Ausgaben für die Unternehmer Lohnnebenkosten dar, die bei einer unmittelbaren Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten sinken würden. Dieser Sachverhalt erklärt z.B. das massive Interesse des SVR an einer marktwirtschaftlichen Reform des Gesundheitswesens (vgl. hierzu Reiners 1986). Für den SVR sind bekanntlich die Lohnkosten ein entscheidender Faktor im internationalen Wettbewerb.

Wie gesagt, auf die hinter der Forderung nach einer »Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt« (SVR 1985, Tz.378) stehenden Interessen will ich hier nicht weiter eingehen. Vielmehr möchte ich mich um die theoretischen bzw. ideologischen Konstrukte kümmern, derer sich marktradikale Gesundheitsökonomien bedienen. Ferner geht es mir im folgenden um die wichtigsten Instrumente

in deren gesundheitspolitischem Werkzeugkasten: Zuzahlungen (Selbstbeteiligung) und Wettbewerb unter den Krankenkassen.

## 2. *Der Markt als die »natürliche« Wirtschaftsordnung*

Die Auffassung, die Probleme unseres Gesundheitswesens seien nur durch die konsequente Realisierung marktwirtschaftlicher Prinzipien lösbar, basiert auf einem recht einfachen Argumentationsschema. Budgetierung (Ausgabenbeschränkungen) und Staatseingriffe — wie z.B. die Kostendämpfungsgesetze — gelten als Irrwege. Sie orientierten sich nicht an den auf dem »freien« Markt geäußerten Bedürfnissen der Menschen, erzeugten ständig neuen Interventionsbedarf und seien nichts weiter als eine Politik des permanenten Durchwurstelns. Der Markt hingegen gewährleiste eine Verteilung der Güter nach dem Willen der Menschen und stelle daher die einzig rationale Allokationsform dar. Arnold, wie Henke Sachverständiger der KAiG, faßt dieses marktwirtschaftliche Credo bündig zusammen (Arnold 1986, 18):

»Der Bedarf an medizinischen Leistungen für das Kollektiv läßt sich nicht wie eine Naturkonstante bestimmen und auch nicht durch einen internationalen Vergleich, sondern er ergibt sich am eindeutigsten und überzeugendsten aus den Individualpräferenzen der Bevölkerung. Diese Präferenzen können sich aber bei der Finanzierung des Gesundheitswesens vorzugsweise durch die GKV nicht widerspiegeln. Bei dem bestehenden vollen Versicherungsschutz wird es für den einzelnen Patienten ökonomisch rational, möglichst viele Gegenleistungen für seinen Versicherungsbeitrag zu beanspruchen, und zwar unter Umständen auch über den seiner Präferenz entsprechenden Bedarf hinaus. Dieses individuell rationale Verhalten führt aber kollektiv zu immer höheren Kapazitäten und damit zu anhaltenden Kostensteigerungen bei gleichzeitigem Abbau des eigenverantwortlichen Schutzes der Gesundheit.«

In dieser Argumentationsfigur vereinigen sich zwei Lehrgebäude. Zum einen kommt die Doktrin der ordoliberalen Freiburger Schule um Walter Eucken zum tragen, wonach der Markt die quasi natürliche Wirtschaftsordnung ist. Hinzu gesellt sich die These der »Neuen Politischen Ökonomie«, daß über Umverteilung finanzierte Systeme prinzipiell mit der auf Maximierung des eigenen Vorteils konditionierten Psyche des Individuums kollidieren.

### *Die duale Ordnungstheorie des Ordoliberalismus*

Wenn bei uns die Diskussion über Strukturreformen im Gesundheitswesen unter der Überschrift »Ordnungspolitik« läuft (vgl. Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984), dann drückt sich darin eine Besonderheit der deutschen Wirtschaftswissenschaft aus. Es handelt sich um einen Begriff,

der — ähnlich wie Blitzkrieg, Berufsverbot oder Waldsterben — kaum übersetzbar ist und in der internationalen Fachliteratur im Original verwendet wird (vgl. Schefold 1981, 690). Derartige sprachliche Auffälligkeiten markieren in der Wissenschaft in aller Regel weniger die Eigentümlichkeiten des Wortschatzes einer Sprache, als vielmehr Unterschiede in der grundsätzlichen Orientierung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Hierzulande besteht, wie Gäfgen — im übrigen alles andere als ein Gegner der Marktwirtschaft — kritisiert, die Tendenz zu einer »aprioristischen Ordnungspolitik«, die »ideale Gesamtordnungen entwirft oder doch Einzelmaßnahmen einzig nach ihrer Konformität mit solchen Ordnungen zu beurteilen versucht« (Gäfgen 1984, 19).<sup>2</sup>

Eine Durchsicht der nach 1945 erschienenen Lehr- und Handbücher sowie Lexika der Wirtschaftswissenschaft zeigt, daß als theoretischer Bezugsrahmen von Ordnungspolitik durchweg das von Walter Eucken geprägte Begriffspaar »Verkehrswirtschaft — Zentralverwaltungswirtschaft« verwendet wird (vgl. Herder-Dorneich 1981, 671f.). Das Euckensche »Denken in Ordnungen« ist jedoch nicht so zu verstehen, daß mit den genannten Begriffen zwei Grundformen beschrieben werden, die die Pole auf einer Skala von Ordnungstypen bilden. Vorstellungen wie die des Schweden Akermann, der bereits vor Eucken das Verhältnis von Markt- und Planwirtschaft untersucht hatte und in beiden Elementen gleichsam die Endpunkte einer Spannungsreihe sah, in der beliebig viele Mischverhältnisse auftreten können (Akermann 1938), lehnen Eucken und seine ordoliberalen Mitstreiter ab. Für sie gibt es »nur die Wahl zwischen zentralverwaltungswirtschaftlicher Lenkung wesentlicher Teile des Wirtschaftsprozesses und der Wettbewerbsordnung« (Eucken 1959, 154). Alle anderen »Lösungen des Ordnungsproblems« können seiner Auffassung nach nur »vorübergehend Bestand haben« (ebd.). Für die Ordoliberalen gilt klipp und klar: »Es gibt nur zwei Formen der gesellschaftlichen Organisation — Märkte und Bürokratien« (Engels 1976, 10).

Hat man die gesellschaftlichen Strukturen erst einmal auf eine solche Polarisierung verkürzt, dann fallen auch die gewünschten Assoziationen leicht. Markt bedeutet Freiheit, Plan und Bürokratie hingegen Zwang und Bevormundung: Der »Wille zur Wettbewerbsordnung (ist) mit dem Willen zur Freiheit eng verbunden« (Eucken 1959, 156). Jede Abweichung von marktwirtschaftlichen Prinzipien erscheint so als ein Verlust an Freiheit, als ein erster Schritt zu einem Zwangssystem. Die von Eucken entwickelte Morphologie von Wirtschaftssystemen stellt die verschiedenen Systeme nicht — wie das Akermannsche System — quasi wertneutral nebeneinander, sondern bildet eine vertikale Skala

mit einem »guten« und einem »bösen« Ende. Die ordoliberalen Wirtschaftstheorie hat dementsprechend — wie englische Kritiker vermerken — durchaus Züge einer Kreuzzugsideologie (vgl. Riese 1974, 294).

Eucken selbst hätte den Vorwurf, er sei ein Ideologe, weit von sich gewiesen. Ihm ging es mit seiner Theorie darum, der auf vollkommenen Wettbewerb ausgerichteten Marktwirtschaft einen quasi naturrechtlichen Status zu verleihen (vgl. ebd., 302ff.). Er hatte es sich zur Aufgabe gemacht, diejenige Ordnung zu suchen, »welche der Vernunft oder der Natur des Menschen und der Dinge entspricht« (Eucken 1959a, 239), und das ist für ihn der Markt.<sup>3</sup> Allerdings unterscheidet sich der Ordoliberalismus vom traditionellen Manchester-Liberalismus insoweit, als er davon ausgeht, daß sich diese »natürliche« Ordnung des Marktes nicht von selbst durchsetzt und behauptet. Erforderlich sei eine »Wirtschaftsverfassungspolitik ..., die darauf abzielt, die Marktform der vollständigen Konkurrenz zur Entwicklung zu bringen und so das Grundprinzip zu erfüllen« (Eucken 1959, 160). Die Wirtschaftspolitik des »Laissez faire« mit ihrer Überzeugung, daß der freie Wettbewerb ein sich selbst beständig reproduzierendes System darstellt, kritisierte Eucken aufs heftigste. Der Marktwirtschaft sei ein universeller »Hang zur Monopolbildung« immanent, jeder Marktteilnehmer »erspäh die Möglichkeit, um Monopolist zu werden« (ebd., 37f.). Man könne sie daher nicht sich selbst überlassen, da sie sonst ihre eigene Grundlage — den freien Wettbewerb — zerstören würde.

Die ordoliberalen Wirtschaftstheorie macht es zur zentralen Aufgabe des Staates, die marktwirtschaftliche Ordnung durchzusetzen und abzusichern. Staatliches Handeln »solle auf die Gestaltung der Ordnungsformen der Wirtschaft gerichtet sein, nicht auf die Lenkung der Wirtschaft« (ebd., 189). Staatliche Eingriffe in den Ablauf des Wirtschaftsgeschehens sind höchst unerwünscht, auch die Sozialpolitik hat »in erster Linie Wirtschaftsordnungspolitik zu sein« (ebd., 179).

Die Gewißheit der Ordoliberalen, mit der die Marktwirtschaft zur menschlichen Ordnung schlechthin erhoben wird, und die aus dieser Gewißheit abgeleitete staatliche Pflicht zur Bewahrung dieser Ordnung kommt bei Kirsch (1981) unmißverständlich zum Tragen. Das seiner Meinung nach bei uns weitgehend akzeptierte Gesellschaftsverständnis bestehe darin, daß »jeder für sich verantwortlich sein und seine Wohlfahrt nur durch den durch Tausch vermittelten Dienst am anderen erhöhen können (soll)« (ebd., 257). Ordnungspolitik muß daher gegen »leistungsunabhängige Verteilungsvorteile« vorgehen. Im Prinzip läßt Kirsch nur zwei Verteilungsmechanismen gelten: den Tausch und den Raub (260). Sozialpolitische Umverteilung ist eine »Aushöhlung der

Ordnung« (274), ein schwerer Verstoß gegen den »staatsbegründenden Entscheid Erhards für die marktwirtschaftliche Ordnung« (273). Die Anarchie droht: »Der Staat wird, indem er aus der Rolle des Ordnungshüters in diejenige des Verteilers von Wohlfahrtsleistungen hinüberwechselt, schwerfällig. Die Nichtregierbarkeit des Staates wächst nach Maßgabe seiner interventionistischen Entartung« (274). Hoffnung auf eine Wende bestehe nur dann, wenn der Staat so ohnmächtig wird, daß die allgemeine Unsicherheit wächst und »die Einsicht in die Notwendigkeit einer allgemeingültigen Ordnung« (274) Platz greift. Aus der »Unordnung« des Wohlfahrtsstaates wächst das Verlangen nach einer neuen Ordnung: »Es zeichnet sich damit die theoretische Möglichkeit eines Zyklus ab: »... Die gesellschaftliche Unordnung schafft jene Unsicherheit, die eine Voraussetzung für die Thematisierung der Ordnungspolitik in der politischen Auseinandersetzung ist. Die gesellschaftliche Unordnung wäre so die notwendige Voraussetzung der Ordnungspolitik.« (275)

Der Ruf nach dem »wohlwollenden Diktator« — das ist die von Kirsch formulierte Konsequenz ordoliberalen Politikverständnisses, von der Kirsch hofft, sie möge falsch sein (vgl. 274). Die Ordnungsidee, die angetreten war, wirtschaftliche Machtbildung zu verhindern und den »freien« Markt zu garantieren, läuft Gefahr, »der Tyrannei Tür und Tor zu öffnen, da jede noch so rigide Politik im Namen der Rettung der Ordnung legitimierbar wird« (Riese 1974, 310).

Ordoliberale sehen in dieser Dichotomie von freiem Wettbewerb und autoritärem Staat keinen Widerspruch. Sie waren schon immer der Auffassung, daß sich ihre Politik nur mit einem »starken« Staat realisieren läßt (vgl. Eucken 1959, 197ff.). Allenfalls gibt es, wie Rüstow einräumt, Erklärungsschwierigkeiten: »Wir befinden uns da in einer paradoxen Lage. Wir sind ja Gegner der Planwirtschaft und treten für Wirtschaftsfreiheit ein. Aber das tun wir innerhalb des Marktbereichs. Der Markt hat jedoch einen überwirtschaftlichen Rahmen, und innerhalb dieses Rahmens kann die Sache gar nicht planmäßig genug hergehen. Was der Staat tut, das muß er planmäßig tun.« (Rüstow 1971, 26) Die Freiheitsideale der bürgerlichen Revolution werden komplett mit der Marktwirtschaft identifiziert — »Sire, geben Sie Gewerbefreiheit!« — und zur Erhaltung dieses Systems dürfen andere Freiheiten auch schon mal außer Kraft gesetzt werden. Daß es auch andere demokratisch legitimierbare Steuerungen als den Markt gibt, ist für den doktrinären Ordoliberalen ein fremder Gedanke. Er geht umstandslos davon aus, daß das Glück der Menschheit in der Marktwirtschaft liegt, und wenn die Leute das nicht begreifen, muß man sie mitunter zu ihrem eigenen Glück zwingen.

## 2.2 Eine ökonomische Theorie des sozialen Handelns: die »Rationalitätenfalle«

Der ordnungspolitische Dualismus der ordoliberalen Wirtschaftstheorie bildet gleichsam das ideologische Rückgrat der Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen. Mittlerweile konstatieren aber auch Anhänger dieser Schule einen gewissen Mangel, der darin liege, daß man staatliches Handeln durch die Marktfixiertheit und die Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf die Überwachung wettbewerblicher Prinzipien zu wenig problematisiert habe. Herder-Dorneich, einer der wenigen Ökonomen, die sich bereits seit den 60er Jahren mit dem Gesundheitssystem auseinandergesetzt haben, fordert einen »Paradigmawechsel in der Ordnungstheorie« (Herder-Dorneich 1981), da sich die sozialen Systeme und auch die Marktwirtschaft seit den Zeiten Walter Euckens weiterentwickelt hätten. Die ordoliberale Orthodoxie sei in den Gründerjahren unserer Republik, als es um die Festlegung der wirtschaftlichen Grundordnung ging, die angemessene Lehre gewesen. Mittlerweile aber seien neue Bedürfnisse und Probleme entstanden, die eine Weiterentwicklung dieser Theorie verlangten. Angesichts der Tatsache, daß fast 50 % des Sozialprodukts über den Staat bzw. parafiskalische Systeme verteilt würden, müsse man nolens volens eine ökonomische Theorie staatlichen Handelns entwickeln.

Dieses Defizit versucht die Lehrbuchökonomie seit den frühen 70er Jahren durch eine »Neue Politische Ökonomie« zu decken (vgl. hierzu Frey 1970 und 1974, Elsner 1975/76), deren theoretische Basis allerdings alles andere als neu war (und ist). Wie so oft wurde eine in den USA längst gelaufene akademische Diskussion importiert. Grundlage dieser Lehre ist die von Schumpeter (1972) und Downs (1965) entwickelte »Theorie der Demokratie«, die dem Problem nachgeht, wie ein politisches System in einer Gesellschaft von Individuen funktioniert, die sich grundsätzlich als subjektive Nutzenmaximierer verhalten. Diese Frage drängt sich auf, wenn man nicht von einem mystischen, irgendwie a priori existierenden Gemeinwohl ausgehen will, das als selbstverständliches Handlungsziel der Politik gilt. Die Vorstellung der traditionellen Wohlfahrtökonomie, »daß es ein Gemeinwohl als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, das stets einfach zu definieren ist und das jedem Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht werden kann« (Schumpeter 1972, 397), verspottet Schumpeter als Vision aus der Welt eines Eisenwarenhändlers des 18. Jahrhunderts. Downs konstatiert, daß die Annahme, die Politiker seien stets bestrebt, die soziale Wohlfahrt zu maximieren, auch mit der Grundannahme der (neo-

klassischen) Wirtschaftstheorie nicht vereinbar sei: dem Eigennutzaxiom. Dabei sei dieser Widerspruch ganz einfach und im Sinne der Neoklassik zu lösen, indem man auch in der Politik von dieser Figur des »homo oeconomicus« ausginge. Dementsprechend geht es dem Politiker in dem Schumpeter-Downschen Modell nur darum, seine persönlichen Ziele zu verwirklichen, die auf die Erringung von Macht, Prestige oder Reichtum ausgerichtet sind. Auch den Wahlbürger interessiert nur der eigene Vorteil, den er sich von einer bestimmten Politik verspricht. Beide Parteien des »Wahlstimmenmarktes« (Max Weber) verhalten sich gemäß der bereits bei Adam Smith, dem Stammvater der Nationalökonomie, anzutreffenden Mentalität des Warenbesitzers.<sup>4</sup> Konkurrenzverhalten und Nutzenmaximierung werden zum quasi anthropologischen Grundzug erklärt: »Jeder ... ist um sein eigenes Glück mehr besorgt, als um die Sicherheit und das Glück anderer; und wo diese in Gegensatz treten, ist er bereit, die Interessen anderer seinen eigenen zu opfern« (Downs 1965, 26).

Olson hat diesen Grundgedanken, der in nichts anderem als einer in die Politik transponierten Marktanalogue besteht, in die These umgesetzt, kollektive Politikziele und individuelles Verhalten seien nicht deckungsgleich, sondern entwickelten sich auch bei Interessenidentität auseinander: »Aus der Tatsache, daß es für alle Mitglieder einer Gruppe vorteilhaft wäre, wenn das Gruppenziel erreicht würde, folgt *nicht*, daß die ihr Handeln auf die Erreichung des Gruppenziels richten werden, selbst wenn sie völlig rational im Eigeninteresse handeln« (Olson 1968, 2). Angesichts des allgemein menschlichen Strebens, seinem eigenen Vorteil mehr oder weniger rücksichtslos nachzugehen, sind laut Olson nur zwei Formen der Organisierung kollektiver Interessen möglich:

- Die Gruppen bzw. Verbände müßten Mitgliedern Vorteile bieten, die sie ohne Mitgliedschaft nicht erhalten würden. Biete ein Verband — z.B. eine Gewerkschaft — Kollektivgüter an, also z.B. Tarifverträge für den Betrieb oder Wirtschaftszweig, dann trete der »Trittbrettfahreffekt« ein. Dann lohne es sich nämlich für das rational denkende Individuum nicht, zahlendes Mitglied dieser Organisation zu werden, da sich ohne jeden Aufwand für ihn der gleiche Erfolg erzielen ließe.
- Daraus folge, daß eine Organisation, die Kollektivgüter anbietet, nur bei Zwangsmitgliedschaft bestehen könne. Jeder, der von der Arbeit des Verbandes profitiere, müsse sich an der Finanzierung beteiligen. Das aber wiederum provoziere eine Überinanspruchnahme der von dem Verband bereitgestellten Güter, da jeder versuche, so viel wie möglich für das eingezahlte Geld herauszuholen, und zwar ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Bedarf.

Olsons »Theorie des kollektiven Handelns« hat sich im Laufe der Jahre zu *der* theoretischen Grundlage von Deregulierungskonzepten in der Sozialpolitik entwickelt. Der amerikanische Gesundheitsökonom Pauly leitete daraus seine These vom durch den Sozialstaat im Gesundheitswesen verursachten »moral hazard« (sinngemäß: moralische Verführung) ab (Pauly 1968, 1971). Die Menschen würden durch eine soziale Krankenversicherung dazu verleitet, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da es für das einzelne Mitglied einer Krankenversicherung nicht möglich sei, die Gegenleistung für seine Beitragszahlungen abzuschätzen, und seine Beiträge in ihrer Höhe von der Leistungsanspruchnahme unabhängig seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie irgend möglich in Anspruch zu nehmen. Das sei ein ökonomisch rationales Verhalten, da ihm jede zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine Zusatzkosten verursache. Er müsse sogar bei bescheidener Inanspruchnahme befürchten, benachteiligt zu werden. Verhalten sich nun alle Versicherten so — und davon gehen alle Verfechter des »Moral-Hazard-Theorems« aus —, dann ist eine übermäßige medizinisch nicht zu rechtfertigende Ausweitung der Gesundheitsausgaben unausweichlich. Die »Rationalitätenfalle« (Herder-Dorneich 1982) ist entstanden: das für den einzelnen rationale Verhalten — die übermäßige Inanspruchnahme — führt zu einem für das Kollektiv irrationalen Ergebnis, der Beitragssteigerung.

Der empirische Beleg für die Relevanz der Rationalitätenfalle im Gesundheitswesen steht freilich noch aus, auch wenn die Behauptung, die GKV verführe quasi zum Versicherungsbetrug, bei uns auf ein ehrwürdiges Alter zurückblicken kann.<sup>5</sup> Nicht von ungefähr weichen Anhänger dieses Theorems auf so exotische Gleichnisse aus, wie sie uns Herder-Dorneich präsentiert. Er illustriert die Rationalitätenfalle anhand eines promilleträchtigen Betriebsausfluges. Werde ein solches Vergnügen von den Teilnehmern per Umlage finanziert, sei es für niemanden lohnend, auf ein Bier zu verzichten. Im Gegenteil, vernünftig erscheine es dem einzelnen, das Doppelte wie alle anderen zu trinken, um hinterher nicht derjenige zu sein, der mit seiner Einlage den Rausch der anderen finanziert hat. Herder-Dorneich konstatiert daher: »Bei Umlagen wird Zurückhaltung im Konsum irrational« (1982, 50). Andere Autoren bevorzugen das Beispiel eines mißratenen Gefängnisausbruchs, das aus der Spieltheorie bekannte »Gefangenendilemma« (vgl. zusammenfassend Schaper 1978, 96ff.). Was fehlt sind Fakten aus dem Gesundheitswesen, die ein solches Verhalten belegen. Statt dessen wird in eine unwissenschaftliche Bildersprache verfallen (»Wo es Freibier gibt, da wird gesoffen!«). Aber selbst auf dieser Ebene des Appells an platte Alltags-

erfahrungen macht das alles wenig Sinn. Folgt man dem Gedanken des »moral hazards«, dann ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Genuß, von dem man — wie der Trinker vom Bier — gar nicht genug bekommen kann. Demnach müßte jeder Krankenhausaufenthalt wie eine Sommerfrische sein, der Zahnarztbesuch unter die Vergünstigungssteuer fallen und der Durchschnittsbürger einen Hang zu Drogen haben wie die Comic-Hippies »Freak Brothers«. Das Konstrukt der Rationalitätenfalle ist noch nicht einmal als Arbeitshypothese geeignet, da es von einem Verhalten ausgeht, das bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen absurd erscheint. Kein Zweifel, es gibt im Medizinsystem massive Fehlanspruchnahme. Aber wenn alte Menschen die Wartezimmer füllen, wo doch ein Sozialarbeiter oder von mir aus auch ein Pastor ihnen eher helfen könnte als ein Arzt, dann hat das mit der bei uns verbreiteten Medikalisation sozialer Probleme sehr viel, mit einer Angst vor Übervorteilung à la »moral hazard« hingegen überhaupt nichts zu tun.

### 3. *Das Arsenal der Marktwirtschaftler*

Die Theorie von der Rationalitätenfalle beinhaltet ausdrücklich keinen moralischen Vorwurf an die Versicherten. Pauly wendet sich entschieden gegen eine sittliche Verurteilung ihres (unterstellten) Verhaltens, das in seinen Augen nur konsequent ist (Pauly 1968). Kollektive Rationalität könne nicht im Gegensatz zur individuellen stehen, vielmehr müsse sie dieser entsprechen. Die Verschwendung von Ressourcen wird nicht dem Individuum angelastet, sondern dem Krankenversicherungssystem, das nach Ansicht marktradikaler Ökonomen mit seiner sozialen Finanzierung und dem Sachleistungsprinzip falsche Anreize gibt.

Wenn der GKV ein derartiger systematischer Webfehler unterstellt wird, dann liegt der Ausweg aus der Rationalitätenfalle auf der Hand. Der Sachverständigenrat (SVR) bringt die Lösung auf die Formel »Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt« (SVR 1985, Tz.378). Man sollte die GKV mit versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen infizieren: »gegen die Umlagementalität bzw. 'Null-Tarif-Mentalität' sind zwar auch Privatversicherungen nicht völlig gefeit, es gibt dort aber Techniken, die die Tendenz zur Übernachfrage begrenzen. Zu ihnen gehört die unmittelbare Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten. Man kann bestimmte Leistungen aus der Erstattungspflicht herausnehmen, also beispielsweise nur 'Großrisiken' in der Zwangsversicherung belassen und die Mitglieder im übrigen auf freiwillige private Sicherungen verweisen« (ebd., Tz.367).

Außerdem müßten »Chancen für eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsträgern eröffnet werden« (ebd., Tz. 369). Alles in allem räumen zwar auch marktradikale Ökonomen ein, »daß eine rein marktwirtschaftliche Lenkung der Allokation im Gesundheitswesen nur schwer möglich erscheint« (Metze 1981, 69). Jedoch könne bei der Reform der GKV »die Analogie zur marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein« (SVR 1985, Tz.366), und es sei »denkbar, die für eine marktwirtschaftliche Allokation erforderliche Voraussetzung so weit wie möglich herzustellen« (Metze 1981, 69). Die Hauptinstrumente für diese »marktökonomische Brückenkopfbildung« (Rosenbrock 1985, 328) sind schnell genannt: Selbstbeteiligung und Wettbewerb in der GKV.

### 3.1 *Direktzahlungen mit Selbstbeteiligung der Versicherten*

Mit dem Vorschlag, die GKV durch Zuzahlungen der Versicherten zu sanieren, wird »eine zu Recht schon vor 20 Jahren begrabene Idee exhumiert, eine konservative Utopie wieder politisch gepflegt« (Scharf 1980, 165). Sowohl die Vorschläge zur Form der Selbstbeteiligung als auch die inhaltliche Substanz der Begründung derartiger Regelungen<sup>6</sup> haben eine lange Tradition (vgl. Griesewell 1977). Dementsprechend sind auch die Gegenargumente weitgehend standardisiert<sup>7</sup>, wobei diese den Vorteil haben, sich auf empirische Forschung stützen zu können. Geißler faßte schon vor Jahren die Erfahrungen mit Selbstbeteiligungsregelungen wie folgt zusammen:

»1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen — außer dem statistischen Entlastungseffekt für die GKV — keine nennenswerten Effekte auf. 2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen — zumindest kurzfristigen — Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen. 3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obgleich die Kostenexpansion gegenwärtig von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind.« (Geißler 1980, 55)

Die Erfahrungen mit den Kostendämpfungsgesetzen haben diese Erkenntnis noch einmal deutlich bestätigt. Obwohl sich die Zuzahlungen der Versicherten seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz verdreifacht haben (vgl. Paffrath/Reiners 1987, 371), sind die GKV-Ausgaben weiter gestiegen. Da, wo Selbstbeteiligung eingeführt bzw. ausgedehnt wurde, hat »sie lediglich den Druck von den Einkommensquellen der Anbieter genommen« (Berg 1986, 79).

Nun mögen diese Effekte ja mit den Halbherzigkeiten der »K-Gesetze« zusammenhängen. Der SVR fordert denn auch, »daß die Belastung

spürbar sein muß, damit das Interesse an einer sorgfältigen Kosten-Nutzen-Abwägung geweckt wird« (SVR 1985, Tz.368). Damit aber läuft man Gefahr, gerade sozial Benachteiligte zu treffen, was angeblich niemand will. Die Frage stellt sich also, ob es eine sozial verträgliche Selbstbeteiligung gibt, die zugleich ausgabenmindernd wirkt. Folgt man Geißlers Ausführungen (s.o.), dann gleicht das einer Quadratur des Kreises. Seit zwei Jahren liegt nun eine Studie von Schneider (1985) vor, die zu dem Ergebnis kommt, »daß die Ausgabenunterschiede und Kostenentwicklung im internationalen Vergleich die kostendämpfende Wirkung von Selbstbeteiligung stützen« (9). Außerdem wird behauptet, dies sei in sozial verträglicher Form möglich (ebd., 121ff.). Den Nachweis der Steuerungswirkungen versucht Schneider anhand der von Maxwell (1981) erstellten internationalen Vergleichszahlen und des Rand-Experimentes von Newhouse et al. (1981).

In seiner Auswertung der Maxwell-Daten unterläuft ihm allerdings ein schwerer methodologischer Schnitzer, wie Reichelt (1985) zeigen konnte.<sup>8</sup> Bezeichnenderweise geht Schneider in seiner Replik auf diese, seine ursprünglichen Aussagen vernichtende Kritik überhaupt nicht ein (vgl. Schneider 1986, 29ff.). Allerdings formuliert er dort seinen Anspruch schon erheblich bescheidener. Er will nicht mehr belegen, daß Selbstbeteiligung kostendämpfend wirkt, sondern nur noch zeigen, »daß es bisher keine empirischen Anhaltspunkte dafür gibt, daß die Selbstbeteiligung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und deren Kosten nicht dämpft« (ebd., 29).

Damit geht Schneider der eigentlichen Streitfrage aus dem Weg. Kaum ein Gegner der Selbstbeteiligung bestreitet, daß diese bei entsprechender Höhe ausgabensenkend wirken kann (vgl. Geißler 1980). Der Nachweis — den Schneider ja schon wegen seiner methodischen Fehler nicht bringen kann —, daß die Nachfrage nach medizinischen Leistungen preiselastisch ist und daher bei durch Selbstbeteiligung verursachten Kostensteigerungen die individuelle Inanspruchnahme sinkt, wäre für Kritiker der Selbstbeteiligung also keine Widerlegung ihrer These. Ihnen geht es um die Behauptung, Selbstbeteiligung könne »sozial tragbar« gestaltet werden und zugleich kostendämpfend wirken. Aber gerade die Untersuchung, auf die sich Schneider glaubt stützen zu können — das Rand-Experiment von Newhouse et al. (1981) —, zeigt, daß die Elastizität der Nachfrage um so höher ist, je niedriger das Einkommen (vgl. Pfaff 1985, 273). Die Wirkung der Selbstbeteiligung ist also von der sozialen Lage abhängig, was wohl nicht weiter erstaunlich ist. Einkommensschwache Personengruppen müßten, wenn man den Anspruch der Sozialverträglichkeit erfüllen will, von der Selbstbe-

teiligung ausgenommen werden. Dann aber kann man dieses Instrument in der GKV vergessen, da die Ausgaben der GKV ausschließlich im Bereich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) überproportional steigen (vgl. Bauer/Steffens 1987), d.h. bei einer nicht gerade vom Wohlstand verwöhnten Personengruppe. Hinzu kommt noch ein Aspekt, der bei der Diskussion über Wirksamkeit und Tragbarkeit der Selbstbeteiligung gern vergessen wird: Die wirklich kostenträchtige Inanspruchnahme von Leistungen betrifft nur einen Bruchteil der Versicherten. Nach Berechnungen von Berg verursachen jeweils 1 % aller Versicherten 39 % der Zahnersatzkosten, 38 % der Krankenhausausgaben, 27 % der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und 12 % der Arzneimittelkosten (vgl. Berg 1986, 80). Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß 7 % der Versicherten knapp 50 % der Ausgaben der Krankenkassen beanspruchen, wobei es sich um Langzeitkranke (Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen) handelt (vgl. Gut u.a. 1983). Alles in allem würde also eine ausgabensenkende Selbstbeteiligung Personengruppen treffen müssen, die eigentlich besonders schutzbedürftig sind: Alte und Schwerkranke. Kurzum, die »sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung« (Schneider 1986) ist eine Schimäre.

### 3.2 *Wettbewerb in der GKV*

Der Wettbewerb ist die zentrale Kategorie marktwirtschaftlicher Ordnungspolitik (s.o.), der dementsprechend auch in der gegenwärtigen Reformdebatte eine zentrale Rolle spielt. Dabei sind zwei verschiedene Ebenen zu unterscheiden, einmal der Wettbewerb unter den Leistungserbringern, zum zweiten die Konkurrenz der Krankenkassen. Münnich, einer der marktwirtschaftlichen Vordenker, fordert darüber hinaus zwar noch einen »geordneten Wettbewerb zwischen Versicherten und Leistungserbringern« (1984, 9), jedoch dürfte dieses Postulat wohl eher unter die Kategorie »Begriffsverwirrung« fallen, da es einen Wettbewerb zwischen Anbietern und Nachfragern ex definitione nicht geben kann. Die Fragen des Wettbewerbs unter Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaherstellern usw. sind zu komplex, um in der hier gebotenen Kürze abgehandelt zu werden. Ich beschränke mich auf den Wettbewerb in der GKV, der ohnehin »Dreh- und Angelpunkt der gegenwärtigen Reformdebatte (ist)« (Cassel 1984, 31).

Das gegliederte System der GKV kennt nur einen stark eingeschränkten Wettbewerb um Mitglieder, da nur 50 % der Versicherten die rechtliche Möglichkeit haben, eine Krankenkasse frei zu wählen (vgl. Smiگیski 1982, 236f.). Arbeiter müssen prinzipiell der AOK angehören,

sofern ihr Betrieb keine Betriebskrankenkasse (BKK) hat oder — bei Handwerkern — ihre Innung keiner Innungskrankenkasse (IKK) angehört. Lediglich einige Berufsgruppen — z.B. Feinmechaniker — haben die Möglichkeit, in eine Arbeiter-Ersatzkasse zu gehen. Angestellte hingegen genießen die volle Wahlfreiheit zwischen der für ihren Arbeitgeber zuständigen RVO-Kasse (AOK, BKK, IKK) und einer Angestellten-Ersatzkasse. Die unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten haben — zusammen mit dem regionalen Wirtschaftsgefälle — zu schweren Verwerfungen in der Risikostruktur und damit der Beitragshöhe der verschiedenen Kassenarten geführt (vgl. hierzu Brunkhorst 1987, Paquet 1987).<sup>9</sup> Das Solidarprinzip wird systematisch verletzt, da der fatale Mechanismus wirkt, daß Krankenkassen mit einer sozial schwachen Mitgliederstruktur (niedrige Grundlohnsumme, viele mitversicherte Familienangehörige, hoher Altersdurchschnitt) besonders hohe Beitragssätze verlangen müssen, um die medizinische Versorgung ihrer Versicherten finanzieren zu können.

Von Wettbewerb kann unter diesen Bedingungen natürlich nicht die Rede sein, was auch einhellig kritisiert wird. Marktwirtschaftler monieren, die im GKV-System enthaltenen Barrieren und Privilegien ließen keinen geordneten Wettbewerb zu (vgl. u.a. Henke 1985, SVR 1985, Oberender 1986). Vor allem von gewerkschaftlicher Seite wird der Sachverhalt beklagt, daß die AOK und die Arbeiter systematisch benachteiligt werden (vgl. Kirch 1987). Mittlerweile liegen auch diverse Vorschläge zur Reform des Mitgliedsrechts und damit der Gliederung der GKV vor. Jedoch will ich darauf nicht näher eingehen und verweise auf eine andere Veröffentlichung (Reiners 1987, 120ff.). Ich gehe statt dessen der eher prinzipiellen Frage nach den Möglichkeiten nach, die GKV nach Wettbewerbsprinzipien zu organisieren. Was bedeutet eine »Freigabe der Wettbewerbsparameter« (Cassel 1984, 33) in der GKV, wie sie in allen marktwirtschaftlichen Reformkonzepten gefordert wird?

Als Aktionsparameter, mit denen Krankenkassen im Wettbewerb Mitglieder gewinnen können, sind in Anlehnung an Begriffe aus der Betriebswirtschaftslehre die Produkt- und Sortimentspolitik, die Preisgestaltung, die Distributionsstrategie sowie die Werbung zu nennen (vgl. Smigielski 1982, 237). Zur Beurteilung der Funktion des Wettbewerbes in der GKV genügt es, sich auf die Betrachtung der Wirkung von Produktpolitik und Preisgestaltung zu beschränken, da hier der Charakter der GKV als einer sozialen Krankenversicherung tangiert wird und die beiden anderen Parameter eh nur nachgeordnete Bedeutung haben.

Wettbewerb kann es eigentlich nur dann sinnvollerweise geben, wenn unterschiedliche Produkte und Leistungen angeboten werden. Für den Krankenversicherungsmarkt hieße dies: der Versicherte kann zwischen mehreren Leistungspaketen und Versicherungstarifen wählen. Eine solche Produkt- und Preisdifferenzierung enthält z.B. der wiederholt gemachte Vorschlag, die Leistungen der GKV in Grund- und Zusatzleistungen aufzuteilen (vgl. u.a. Münnich 1980, SVR 1985, Oberender 1986). Die Grundleistungen, die sich auf das »medizinisch Notwendige« beschränken sollen, sollen allen Bürgern gleichermaßen zustehen. Wer über diesen Basistarif hinaus Leistungen beanspruchen möchte, kann dies mit einer Zusatzversicherung tun, die unterschiedlichen Umfang haben kann. Den einzelnen Versicherungen bliebe es überlassen, verschiedene Versicherungspakete anzubieten. Oberender äußert allen Ernstes die Erwartung, daß sich die Basisleistungen mit einem Beitragsatz von 1 % (!) finanzieren lassen, mithin über 90 % der jetzigen GKV-Ausgaben über eine private Versicherung laufen würden.

Pfaff hat in einer empirischen Analyse die Auswirkungen eines solchen auf alternativen Tarifen beruhenden Krankenversicherungssystems auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen untersucht. Dabei nahm er den Anspruch von Oberender & Co. beim Wort, ein solches System auch nach sozialen Kriterien zu gestalten. Pfaffs Analyse kam zu folgendem Ergebnis (vgl. Pfaff 1986, 115ff.):

Für den relevanten Teil der Versicherten bietet sich die Wahl eines reduzierten Tarifs gar nicht an, sofern man davon ausgeht, daß der Normaltarif als fixer Prozentsatz des Bruttolohns bzw. der Rente erhoben wird:

- Bestimmte Personengruppen (z.B. Arbeitslose) zahlen keine Versicherungsbeiträge. Sie können daher auch keine Beitragszahlungen einsparen, indem sie bestimmte Risiken selbst übernehmen.
- Andere Personengruppen scheiden aus, weil entweder die Beiträge für sie zu niedrig (Studenten) oder die Risiken zu hoch sind (ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Personen), da man mit Sicherheit davon ausgehen kann, daß ihre eigenen Kosten höher sind als die Selbstbeteiligung bzw. die Kosten des Leistungsausschlusses.
- Kinder sollten im Hinblick auf ihre besondere Schutzwürdigkeit für Tarife mit geringer Deckung nicht in Betracht kommen.

Auf diese Weise kommen von den 65,4 Mio. GKV-Versicherten des Jahres 1984 30 Mio. Versicherte für eine Wahl von Zusatztarifen nicht mehr in Frage. Von den verbleibenden 26,4 Mio. Versicherten sind 15,4 Mio. Pflichtversicherte, 3,1 Mio. freiwillig Versicherte und 7,9 Mio. mit-versicherte Familienangehörige. Aber auch bei dieser einen knappen

Hälfte der Versicherten, die überhaupt in Betracht kommen, wirft der Wahltarif Probleme auf. Untere Einkommensgruppen werden kaum in der Lage sein, sich die Zusatztarife zu leisten. Dies ist in sozialpolitischer Hinsicht um so fragwürdiger, als diese Personengruppe in der Regel höhere gesundheitliche Risiken aufweist, für sie also die Beschränkung auf den Normaltarif ein Zusatzrisiko darstellen würde. Vor allem aber kommt auf die unteren Einkommensgruppen noch eine zusätzliche finanzielle Belastung hinzu. Die »guten Risiken«, d.h. die Besserverdienenden und/oder Gruppen mit geringerer Inanspruchnahme, werden sich wohl eher im Wahltarif ansammeln, wodurch automatisch eine Konzentration von »schlechten Risiken« im Normaltarif erfolgt, der dadurch um so teurer werden muß. Ein solcher Prozeß der doppelten Benachteiligung — hohe Risiken bei niedrigem Einkommen — läßt sich ja bereits heute in der GKV beobachten.

Von diesem sozialen Problem einmal abgesehen wird es auch wohl sehr schwierig sein, die mit dem Normaltarif verbundenen medizinischen Leistungen so zu definieren, daß darin keine medizinisch problematischen Beschränkungen liegen. Ist eine bestimmte Leistung aus medizinischen Gründen erforderlich, dann gehört sie in den Normaltarif. Ist sie nicht erforderlich, dann ist angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebots der RVO auch nicht einzusehen, weshalb sie in den Leistungskatalog der GKV gehören soll. Anders ausgedrückt: Es dürfte schwerfallen, einen Unterschied zwischen Normalleistungen einer nach Wahlтарifen organisierten GKV und dem herrschenden Leistungskatalog medizinisch zu begründen. Der Eid des Hippokrates kennt meines Wissens keinen Wahlтарif. Jedes Krankenversicherungsmodell, das einen Wettbewerb über Wahlтарife kennt, macht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen von der Zahlungsfähigkeit der Individuen abhängig. Die zwangsläufige Folge ist ein Medizinsystem, das an den Bedürfnissen einer zahlungskräftigen Minderheit ausgerichtet ist — siehe USA.

So ganz nebenbei wäre auch noch zu berücksichtigen, daß der mit einem solchen System verbundene Wettbewerb um Mitglieder nicht unbedingt billig ist. Die hohen Ausgaben der privaten Krankenversicherungen (PKV) für die Akquisition (Gehälter und Provisionen des Außendienstes), die 1985 8,4 % der Ausgaben der PKV ausmachten (vgl. BPI 1987, Tab. 9-4.1), sind ein Hinweis auf die Kosten, die bei wettbewerblicher Ausrichtung der GKV unvermeidlich sind. Die Versicherten hätten per saldo nur dann einen Vorteil von diesen Ausgaben, wenn sich dadurch die Risikostruktur der eigenen Kasse verbessert und die Beiträge gesenkt werden. Da — Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten vorausgesetzt — alle Kassen verstärkt in den Außendienst investieren

müßten, würde der Wettbewerb in der GKV »eine Eigendynamik bekommen, die alle Krankenversicherungen unterschiedslos zwänge, die Wettbewerbsparameter um der attraktiven Risiken und der Bestandssicherung willen bedingungslos einzusetzen. Zweifellos bliebe dabei das Solidarprinzip und mit ihm das gewachsene System der sozialen Krankenversicherung auf der Strecke« (Cassel 1985, 35).

#### 4. *Fazit*

Die hier dargestellten und vertretenen Argumente können keineswegs den Anspruch erheben, in irgendeiner Weise neu oder originell zu sein. Die Auseinandersetzungen über marktwirtschaftlich orientierte Reformen im Gesundheitswesen sind seit Jahr und Tag inhaltlich gleich geblieben. Was sich ändert, ist allenfalls die Intensität, mit der die Diskussion geführt wird, was wiederum mit politischen Konjunkturen zusammenhängt. Um diese chronisch auftauchenden Debatten zu rationalisieren, wäre es aus meiner sehr persönlichen Sicht äußerst nützlich, wenn man die Argumente einmal in Modulform zusammenstellen würde. Jeder Beteiligte hätte dann auf jedes Argument der Gegenseite sofort die entsprechende, natürlich rhetorisch geschickt aufbereitete Antwort parat. Man würde eine Menge Zeit sparen.

Was aber insgesamt nottut, ist eine Verlagerung der Diskussion auf eine wirklich gesundheitspolitische Ebene. Die Frage, ob denn der Markt nun die Krankenversorgung besser organisieren kann als eine soziale Krankenversicherung, muß sicherlich schon deshalb diskutiert werden, weil sie von politisch nun einmal relevanter Stelle ins Gespräch gebracht wurde. Aber diese Auseinandersetzung nur auf der Ebene »Kampf dem Sozialabbau« zu führen und sich dabei auf die Geißelung der Marktwirtschaft zu beschränken, hieße, eine sehr kurzatmige Politik zu praktizieren. Gerade das Gebiet der Gesundheitspolitik öffnet der politischen Linken eine Chance, ein ganzes Politikfeld zu besetzen, zumal sie hier einen wirklichen Diskussionsvorsprung hat. Vielleicht gelingt es ja, die oft noch sehr akademisch geführte Debatte über den Gesundheitsbegriff und die daraus abgeleiteten Konzepte einer »gemeindenahen Gesundheitsversorgung« in verständliche Politikentwürfe umzusetzen. Angesichts der Diskussionen, die zur Zeit von gewerkschaftlichen Gesundheitspolitikern angeregt werden (vgl. Schmidt u.a. 1987), und der von den Grünen und der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) präsentierten Vorschläge ist in dieser Hinsicht Pessimismus nicht angebracht.

## Anmerkungen

- 1 Ins gleiche Horn stößt Oberender, ein von der FDP vorgeschlagener Sachverständiger der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Für ihn geht es bei der Reform des Gesundheitswesens »vor allem auch um die Wiederherstellung und Erhaltung der freiheitlichen Grundordnung in der Bundesrepublik« (Oberender 1986, 186).
- 2 Gäfen übernimmt hier einen Ausdruck von Tinbergen (vgl. Tinbergen 1966, 384).
- 3 Damit setzt Eucken in gewisser Hinsicht eine Familientradition fort, wie Schefold bemerkt (Schefold 1981, 671f.). Euckens Vater, der Philosoph Rudolf Eucken, war prominenter Vertreter der ontologischen Naturphilosophie des 19. Jahrhunderts, die das Erkenntnisziel hatte, die ewigen Werte des Lebens und Seins aufzudecken. Postuliert wird ein verborgener Strukturplan der Welt, eine Wesensordnung, die der Natur des Menschen entspricht. Walter Eucken hat diese ontologische Phänomenologie auf die Nationalökonomie übertragen.
- 4 »Nicht vom Wohlwollen des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsre Mahlzeit, sondern von ihrer Bedachtnahme auf ihr eigenes Interesse. Wir wenden uns nicht an ihre Humanität, sondern an ihre Eigenliebe, und sprechen ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen.« (Smith 1923, 18f.)
- 5 Der Ärztefunktionär Gustav Hartz schrieb 1928, als die Krankenkassen von den Ärzteverbänden heftig beföhdet wurden: »Geht man nicht bedenkenlos ein dutzendmal zum Arzt, wenn einmal genügte — nur weil es die Kasse bezahlt?« (zitiert nach Höhn 1986, 23)
- 6 Pro Selbstbeteiligung vgl. u.a. Sozialenquete 1966, 217-220; Münnich 1980; Nord 1980; Metzke 1981.
- 7 Contra Selbstbeteiligung vgl. u.a. Griesewell 1977; Schaper 1978, 213-297; Geißler 1980; Felsberg 1984.
- 8 Die von Schneider angewandte regressionsanalytische zweistufige Methode der »kleinsten Quadrate« ist für den von ihm gedachten Zweck nicht anwendbar, da sie — infolge einer unzulässigen Übertragung der Logik der Zusammensetzung des Volkseinkommens — zu systematisch unterschätzten Regressionskoeffizienten kommt und damit die reduzierende Wirkung der Selbstbeteiligung überschätzt.
- 9 Der durchschnittliche Beitragssatz der AOK liegt bei 13,1 %, der der Angestellten-Ersatzkassen bei 12,1 % und der der Betriebskrankenkassen bei 11,1 % (Stand: 1.1.1987). 23 % der AOK-Mitglieder zahlen einen Beitragssatz von 14 % und mehr (vgl. Statistik der AOK, Reihe 1.2, 1.6.1987).

## Literaturverzeichnis

- Akermann, J., 1938: Das Problem der sozialökonomischen Synthese. Lund
- Arnold, M., 1986: Medizin zwischen Kostendämpfung und Fortschritt. Stuttgart
- Bauer, G., Steffens, J., 1987: Perspektiven für die Rentnerkrankenversicherung. In: Die Ortskrankenkasse Nr. 6/1987, 169-172
- Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik 1977-1984. St. Augustin
- BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie) (Hrsg.), 1987: Basisdaten des Gesundheitswesens 1986/87. Frankfurt/M.
- Brunkhorst, J., 1987: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung. West-Berlin
- Cassel, D., 1984: Wettbewerb in der Krankenversicherung — Möglichkeiten und Grenzen: In: Bundesarbeitsblatt Nr. 12/84, 31-33
- ders., 1985: Wettbewerbselemente im gegenwärtigen System der sozialen Krankenversicherung. Referat auf dem Symposium Marktorientiertes Handeln der AOK vom 7.-9.11.1985 in Bochum. Tagungsbericht, 30-35

- Deutsche Bundesbank, 1985: Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Monatsberichte der Deutschen Bundesbank Nr. 1/85, 29-39
- Downs, A., 1965: *Ökonomische Theorie der Demokratie*. Tübingen
- Elsner, W., 1975/1976: Die »neue politische Ökonomie« und Ansätze politisch-ökonomischer Neubesinnung in den Wirtschaftswissenschaften. In: *Blätter für Deutsche und internationale Politik* Nr. 11/1975, 1233-1247, und Nr. 1/1976, 71-88
- Engels, W., 1976: *Mehr Markt. Soziale Marktwirtschaft als Politische Ökonomie*. Stuttgart
- Engels, W., u.a. (Kronberger Kreis) (Hrsg.), 1987: *Mehr Markt im Gesundheitswesen. Schriften des Frankfurter Instituts für wirtschaftspolitische Forschung* Bd. 13. Bad Homburg
- Eucken, W., 1959a: *Grundlagen der Nationalökonomie*. 7. Auflage. Berlin, Göttingen, Heidelberg
- ders., 1959: *Grundsätze der Wirtschaftspolitik*. Reinbek
- Felsberg, U., 1984: Die »Selbstbeteiligung« in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Argument-Sonderband* 113. West-Berlin, 79-95
- Frey, B.S., 1970: Die ökonomische Theorie der Politik oder die neue politische Ökonomie. In: *Zeitschrift für die gesamte Staatswirtschaft*. Bd. 126, 1-23
- ders., 1974: Entwicklung und Stand der Neuen Politischen Ökonomie. In: *Widmaier*, 30-63
- Gägen, G., 1984: Sparen durch Gestalten. In: *Bundesarbeitsblatt* Nr. 12/84, 19-22
- ders., (Hrsg.), 1986: *Ökonomie des Gesundheitswesens. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Neue Folge* Bd. 159. West-Berlin
- Geißler, U., 1980: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Internationale Gesellschaft* 1980, 37-57
- Grieswell, G., 1977: Strategien der Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung. In: *Sozialer Fortschritt* Nr. 4/77, 84-89 und Nr. 5/77, 110-112
- Gut, P., u.a., 1983: Ausgaben für medizinische Behandlung und Lohnfortzahlung. In: *Volkholz, V., u.a. (Hrsg.): Kosten der Arbeitsunfähigkeit*. Dortmund, 116-138
- Henke, K.-D., o.J.: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in einer sozialen Krankenversicherung. Referat auf dem Symposium *Marktorientiertes Handeln der AOK*. Tagungsbericht, 36-43
- Herder-Dorneich, Ph., 1981: Die Entwicklungsphasen der Sozialen Marktwirtschaft und der Paradigmenwechsel in der Ordnungstheorie. In: *Issing (Hrsg.)* 1981, 671-687
- Höhn, W., 1986: Selbstbeteiligung — nicht nur ein gesundheitsökonomisches, sondern auch ein gesundheitspolitisches Thema. In: *Mensch. Medizin. Gesellschaft*. 11. Jg. (1986), 23-29
- Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.), 1980: *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen*. Stuttgart
- Issing, O. (Hrsg.), 1981: *Zukunftsprobleme der Marktwirtschaft. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Neue Folge* Bd. 116. West-Berlin
- Kirch, P., 1987: Ungeachtet der Strukturreform im Gesundheitswesen müssen die Strukturprobleme der GKV jetzt gelöst werden. In: *Soziale Sicherheit* Nr. 6/87, 161-163
- Kirsch, G., 1981: Ordnungspolitik als Gegenstand der politischen Auseinandersetzung. In: *Issing (Hrsg.)* 1981, 255-275
- Maxwell, R.J., 1981: *Health and Wealth: An International Study of Health-care Spending*. Lexington-Toronto
- Metze, I., 1981: Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie. In: *Herder-Dorneich, Ph., Sieben, G., Thiemeyer, Th. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Bd.1. Wege zur Gesundheitsökonomie I*. Gerlingen, 63-90
- Münnich, F.E., 1980: Zur Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung. In: *Pharmazeutische Zeitung*, 125 Jg./ Nr. 24, 1143-1152
- ders., 1984: *Mehr Markt*. In: *Bundesarbeitsblatt* Nr. 12/1984
- Newhouse, J.P., et al., 1981: Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance. In: *New England Journal of Medicine*. Vol 305 (January '81), 1501-1507

- Nord, D., 1980: Verhaltenssteuerung durch Direktbeteiligung. Gedanken um ein Kasko-Modell der Direktbeteiligung in der GKV. In: Internationale Gesellschaft, 106-114
- Paffrath, D., Reiners, H., 1987: 10 Jahre Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Eine empirische Bilanz. In: Die Ortskrankenkasse Nr. 13/87, 369-372
- Paquet, R., 1987: Umverteilung und Wettbewerb in der GKV. Schriftenreihe Strukturfor- schung im Gesundheitswesen, Bd. 19. West-Berlin
- Pauly, V.M., 1968: The Economics of Moral Hazard. In: American Economic Review, Vol. 58, 531-537
- ders., 1971: Medical Care at Public Expense. A Study in Applied Welfare Economics. New York, Washington, London
- Pfaff, M., 1985: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und kostendämp- fend sein? In: Sozialer Fortschritt Nr. 12/1985, 272-276
- ders., 1986: Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: Sozialer Fort- schritt Nr. 5-6/1986
- Reichelt, H., 1985: Sozial tragbare Selbstbeteiligung oder statistische Artefakte? In: Sozia- ler Fortschritt Nr. 12/85, 265-271
- Reiners, H., 1978: Die Ökonomen und das Gesundheitswesen. In: Eggeling, F. (Hrsg.): Ökonomie und Strategien der gesundheitlichen Versorgung. Schriftenreihe Struktur- forschung im Gesundheitswesen. Bd. 8. West-Berlin, 16-32
- ders., 1986: Die Grenzen des Sachverständes. Anmerkungen zum Jahresgutachten 1985/86 des SVR. In: Soziale Sicherheit 2/1986, 49-52
- ders., 1987: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. WIdO-Materialien Bd. 30. Bonn
- Riese, H., 1974: Ordnungsidee und Ordnungspolitik. Kritik einer wirtschaftspolitischen Konzeption. In: Widmaier (Hrsg.), 294-312
- Rosenbrock, R., 1985: die Kolonialisierung des Sozialstaates. In: Soziale Sicherheit 11/85, 324-330
- Rüstow, A., 1971: Sozialpolitik diesseits und jenseits des Klassenkampfes. In: Külp, B., u. W. Schreiber (Hrsg.): Soziale Sicherheit. Köln, West-Berlin, 17-26
- Schaper, K., 1978: Kollektivgutproblematik einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme me- dizinischer Leistungen. Frankfurt/M.
- Scharf, B., 1980: Durch Selbstbeteiligung zur Kostendämpfung und Selbstverantwortung? Gedanken zur Unsterblichkeit einer konservativen Utopie. In: Soziale Sicherheit 6/80, 164-169
- Schefold, B., 1981: Die Relevanz der Cambridge-Theorie für die ordnungspolitische Dis- kussion. In: Issing (Hrsg.), 689-715
- Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B., (Hrsg.), 1987: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. WSI-Studie Nr. 60. Köln
- Schneider, M., 1985: Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversiche- rung. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart
- ders., 1986: Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung. In: Sozialer Fort- schritt 1/1986, 29-34
- Schumpeter, J.A., 1972: Kapitalismus. Sozialismus. Demokratie. München
- Smigielski, E., 1982: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt 10/82, 234-243
- Smith, A., 1923: Untersuchungen über den Wesen und den Reichtum der Nationen, Bd. I. Jena
- Sozialenquete, 1966: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, West-Berlin, Köln, Mainz
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), 1985: Jahresgutachten 1985/86. Bonn ders., 1986: Jahresgutachten 1986/87. Bonn
- Thiemeyer, Th., 1977: Irrwege der Gesundheitsökonomik. In: Jahrbuch für kritische Me- dizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17. West-Berlin, 35-46
- Tinbergen, J., 1966: Über die Theorie der Wirtschaftspolitik. In: Gäfgen, G. (Hrsg.): Grundlagen der Wirtschaftspolitik. Köln, 383-396
- Widmaier, H.P. (Hrsg.), 1974: Politische Ökonomie des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt/M.