

„Mehr Markt“ macht nicht gesund

Gesellschaftsethische Überlegungen zur Reform des Gesundheitswesens

Von Friedhelm Hengsbach SJ und Matthias Möhring-Hesse, Frankfurt am Main

Das Gesundheitsreformgesetz, das seit Anfang 1989 in Kraft ist, sollte eine solidarische Erneuerung des bundesdeutschen Gesundheitswesens einleiten und zugleich die Beiträge der sozialen Krankenversicherungen stabilisieren, langfristig gar senken¹. Nachdem sich die Kassen zunächst auch von dem dramatischen Kostenanstieg in der Ankündigungsphase des Gesetzes, vom sogenannten „Blüm-Bauch“ erholen konnten, sind aber bereits 1990 deren Ausgaben wieder schneller als deren Einnahmen gestiegen: Für 1991 rechnet man mit einem Defizit der gesetzlichen Krankenversicherungen von 5 Mrd. DM. Die den Krankenkassen gesetzlich abverlangte „Beitragsstabilität“ ist bereits nach zwei „Reform“-Jahren überholt, und der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen urteilt in seinem Sondergutachten 1991: „Die Gewährleistung der medizinischen Versorgung auf heutigem Niveau, und zwar — das ist entscheidend — dem an Art und Menge der gegenwärtig erbrachten Leistungen gemessenen Niveau, kann unter den Bedingungen der Beitragssatzstabilität . . . nicht erreicht werden.“²

Der erneute Kostenanstieg hat eine gesundheitspolitische Debatte provoziert, die sich — wie seit den 70er Jahren — vor allem an einer als dramatisch beschworenen Kostenexplosion im Gesundheitswesen entzündet, die bestehenden Mängel in der Gesundheitsversorgung aber übergeht. Dabei ist — ähnlich wie in allen anderen OECD-Ländern auch — der relative Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt („Gesundheitsquote“) allein 1970 bis 1975 stärker gestiegen, während er sich seit Beginn der 80er Jahre bei 9,5 % eingependelt hat. Übermäßig gestiegen sind seit 1970 allein die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen, d. h. der prozentuale Anteil ihrer Aufwendungen an den Gesundheitsausgaben. „Kostenexplosion“ heißt also tatsächlich nicht ein übermäßiger Anstieg der Gesundheitskosten, sondern nur deren Verschiebung zu Lasten der Sozialversicherten und deren Einrichtungen: Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind wegen ihrer lohnbezogenen Beiträge finanziell vom Stand der gesellschaftlichen Produktion abhängig und reagier(t)en deshalb sensibel auf ökonomische Krisen. Sie such(t)en die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben, die sich auf Grund von Massenarbeitslosigkeit und Realeinkommensverlusten geöffnet hat, durch Beitragserhöhungen zu schließen. Aber auch die politischen Entscheidungsträger haben die Expansion der Kassenausgaben verursacht, nicht nur, indem sie in den siebziger Jahren deren Leistungskatalog und Versichertenkreis erweiterten, sondern auch noch später — im Kontext der „Kostendämpfungspolitik“ — finanzielle Lasten in erheblichem Umfang von der Rentenversicherung und den öffentlichen Haushalten auf die Krankenversicherungen umlegten.

Die dramatisierenden Hinweise auf den erneuten Ausgabenanstieg bei den Krankenkassen verschleiern indessen die fortwährenden Defizite der Gesundheitsversorgung.³ Trotz teurer Medizintechnik und aufwendiger Medikation reagiert das Gesundheitssystem bisher nur unbefriedigend auf die Verschiebung des Krankheitsspektrums in Richtung chronisch-degenerativer Krankheiten. Diagnose und Therapie einer wachsenden Zahl von chronischen Kranken sind zwar kostenintensiv, helfen den Betroffenen jedoch nicht, ihre Krankheiten zu bewältigen und ihr Leben sinnvoll zu gestalten. Genauso wenig werden aber auch die Belange psychisch Kranker berücksichtigt: In der ambulanten Versorgung werden oft nur deren körperlich manifesten Symptome behandelt oder Psychopharmaka verschrieben. Denjenigen psychisch Kranken, die auf therapeutische Hilfe bestehen, bleibt dagegen nur ein Irrweg durch unkoordinierte und knappe Institutionen der psychosozialen Versorgung — oftmals „auf eigene Kosten“. Auch verläßt sich das Gesundheitswesen weitgehend auf die häusliche Pflege, die noch heute unter großen, oft unzumutbaren persönlichen Opfern und Einschränkungen häufig über lange Zeiträume im häuslichen Bereich vor allem durch Frauen besorgt wird. Auf die wachsende Bedeutung professioneller Pflege ist das Gesundheitssystem bisher nicht

vorbereitet. Statt dessen soll mit dem Hinweis auf die ungebremste Ausgabenexpansion bei den Sozialen Krankenversicherungen die Einführung einer Pflegeversicherung unter dem Dach der Sozialversicherungen blockiert werden, obgleich der Kostenanstieg der Krankenkassen wesentlich aus dem steigenden Bedarf nach professioneller Pflege resultiert. Nicht zuletzt weil adäquate Einrichtungen der Altenpflege und der Nachsorge fehlen und diese Dienste daher oftmals den Krankenhäusern zufallen, weisen diese eine im internationalen Vergleich hohe Akutbettenzahl und lange stationäre Verweildauer auf. Aber auch der ambulante, vor allem der primärärztliche Bereich der medizinischen Versorgung ist trotz der diagnostizierten „Ärztenschwemme“ unterversorgt: Die Ärzte suchen die alltägliche „Patientenschwemme“ in den Wartezimmern zu bewältigen, indem sie die Behandlungszeiten verringern, die Diagnostik technisieren und in erheblichem Umfang Arzneimittel verschreiben. Und während die Ausgaben für die kurative Medizin ständig steigen, wird die Prävention vernachlässigt. Die bisherigen Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung haben den niedergelassenen Ärzten zwar weitere Verdienstmöglichkeiten eröffnet, den Gesundheitsstand der Bevölkerung aber kaum verbessert.

Dabei sind nicht nur die Gesundheitsrisiken, sondern auch die bestehenden Versorgungsdefizite asymmetrisch verteilt; sie bündeln sich nämlich nach wie vor bei den (vor allem einkommensschwachen) Arbeitnehmerinnen und den Menschen ohne festes Erwerbseinkommen, die insbesondere im Betrieb sowie im Wohn- und Freizeitbereich pathogenen Arbeits- und Umweltrisiken ausgesetzt sind. Entsprechend sind erhöhte Sterblichkeit, Frühinvalidität und Arbeitsunfähigkeit nur die Spitzen einer schichtenspezifischen Krankheitsverteilung. Das Gesundheitswesen verschärft diese schichtenbezogenen Gesundheitsrisiken noch durch ungleiche Behandlungschancen, indem etwa das spezifische Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Arbeiterinnen und Arbeitern nicht berücksichtigt oder aber der rechtzeitige Zugang abhängig Beschäftigter zur professionellen Hilfe erschwert wird.

Offenkundig sind aber Versorgungsmängel und „Kostenexplosion“ nur die zwei Seiten der einen Medaille und signalisieren Reformbedarf der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung. Ohne daß sich dies in den aktuellen Debatten zur Gesundheitspolitik niederschlagen würde, verschärfen dabei Probleme der sozialen Einigung Deutschlands diese gesundheitspolitische Herausforderung: Die katastrophale Versorgungslage in den neuen Bundesländern muß bewältigt und dabei zugleich ein einheitliches Gesundheitssystem errichtet werden. Ohne jedoch die Versorgungsdefizite des westdeutschen Gesundheitssystems zu thematisieren, werden deren Institutionen und Strukturen mitsamt ihren Versorgungsmängeln exportiert und mit der Überlegenheit des marktwirtschaftlichen Systems gerechtfertigt.⁴ Der weitere Betrieb von Polikliniken und Ambulatorien wird erschwert, die Niederlassung privater Ärzte forciert, die Vernetzung der ambulanten Versorgung sowie die Verzahnung der ambulanten mit der stationären Versorgung liquidiert. Durch vorschnelle Anpassung werden damit auch jene Institutionen beseitigt, deren Vorteile gerade angesichts westdeutscher Versorgungsmängel

¹ Vgl. etwa Blüm, N.: Solidarische Erneuerung. Zur Kritik am Reformkonzept, in: Bundesarbeitsblatt 1/1988, 5-20, ebd. 5; vgl. jedoch noch die „Erfolgsbilanz“ in ders.: Wieder auf solider Basis, in: Bundesarbeitsblatt 3/1991, 5-10.

² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1991, 39.

³ Vgl. zum Folgenden etwa Schmidt, A./Jahn, E./Scharf, B. (Hrsg.): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe, Arbeitnehmer- und Patientenorientierung statt Anbieterdominanz, Bd. 1: Grundmängel, Grundanforderungen, Reformperspektiven, Köln 1987.

⁴ Vgl. Hofmann, K.: Systemwechsel im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit 40 Jg. (1991), 37-42.

offensichtlich sind. Zugleich wird ein immenser Investitions-sog geschaffen, der entweder von den öffentlichen Haushalten oder den Sozialen Krankenversicherungen getragen werden muß, ohne daß zuvor Fragen der medizinischen Effektivität erörtert würden.

Gesundheitspolitischen Reformbedarf sieht die konservativ-liberale Koalition nur in Richtung „Kostendämpfung“. Wie nicht anders zu erwarten und aus dem leitenden sozio-ökonomischen Paradigma abzuleiten war, propagiert sie, allen voran Wirtschaftsminister Möllemann, eine vertraute Diagnose: „Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland fehlen vor allem wichtige marktwirtschaftliche Steuerungselemente.“ Entsprechend eindeutig ist die Therapie: Mehr Marktkräfte im Gesundheitswesen könnten „das Kostenbewußtsein von Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen sowie das wirtschaftliche Eigeninteresse der Beitragszahler stärker zum Tragen bringen“.⁵ In dieser Weise dem Gesundheitssystem ein Mehr an Markt zu verordnen, scheint gegenwärtig aus zwei aktuellen Gründen plausibel zu werden: Nachdem der real existierende Sozialismus und seine Kommandowirtschaft zusammengebrochen sind, geraten öffentliche Steuerungskomponenten auch in der Gesundheitsversorgung unter massiven Rechtfertigungsdruck. Undifferenziert werden so etwa alle Mängel des Gesundheitssystems der ehemaligen DDR der staatlichen Leistungserstellung zugeschrieben, obwohl sie doch eher durch gescheiterte politische und ökonomische Gesamtstrukturen verursacht wurden. „Mehr Markt im Gesundheitssystem“ klingt außerdem unmittelbar vor der geplanten Vollendung des Europäischen Binnenmarkts attraktiv, wenn die Grenzkontrollen abgebaut, die technischen Normen und Vorschriften angeglichen, die Steuern harmonisiert und öffentliche Aufträge europaweit ausgeschrieben sowie die vier Freiheiten der Güter und Dienste, der Menschen und des Kapitals verwirklicht sind. Auch wenn der Sozialraum vorerst lediglich eine Absichtserklärung ist, und die Vielfalt der Sozialversicherungssysteme unmittelbar nicht zur Disposition steht, wird das westdeutsche Gesundheitssystem etwa über einen gemeinsamen Arzneimittelmarkt und über die Freizügigkeit der abhängig Beschäftigten mit einem Sozialraum Europa konfrontiert, in dem marktwirtschaftlicher Wettbewerb eine dominante Rolle spielt.

Wir wollen uns im folgenden mit dem Therapievorschlag „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ auseinandersetzen, indem wir die Interessen und die Durchsetzungschancen derjenigen Entscheidungsträger erkunden, an die sich die gesundheitsökonomischen Marktappelle richten. Vor allem wollen wir prüfen, ob diese Marktappelle (1.) dem Gut Gesundheit, (2.) dem Grundsatz solidarischer Risikoabsicherung, (3.) der Dominanz der Leistungsanbieter und schließlich (4.) der Souveränität der Patienten gerecht werden.

1. Markt der Gesundheitsleistungen?

Was Gesundheit bzw. Krankheit ist, kann weder rein medizinisch noch rein ökonomisch noch ohne normative Implikationen definiert werden. Gesundheit ist nämlich keineswegs ein klar bestimmbares, zeitloses oder natürliches Bedürfnis des Menschen, sondern hat sich erst historisch als ein zentraler Wert etabliert, auf den sich eine Vielzahl von Wünschen und Interessen richtet. Dabei ist Gesundheit einerseits ein subjektiv gefüllter Wunsch, der sich gesellschaftlichen Definitionen weitgehend entzieht, andererseits läßt sich dieser Wunsch nicht unabhängig von gesellschaftlichen Bestimmungen und Ressourcen erfüllen und ist somit auch von gesellschaftlichen Definitionen abhängig. Denn wenn sich Menschen krank fühlen, muß ihr Kranksein durch ihre soziale Umwelt erst akzeptiert werden, um in den „Genuß“ von notwendigen oder auch nur gewünschten Entlastungen, Vorteilen und Leistungen zu gelangen. Daher bleiben kranke Menschen von den gesellschaftlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen abhängig, auch wenn sich ihr Gesundheits- und Krankheitsgefühl diesen Vorstellungen weitgehend entzieht.

Um das öffentliche Gesundheitssystem von Ansprüchen kranker Menschen zu entlasten, wollen die Verfechter eines extremen Marktparadigmas die politischen Entscheidungsträger an die Normalität und Subjektivität von Krankheiten gewöhnen. Sie weisen darauf hin, daß Krankheit und Krankheitsperioden im Leben eines jeden Menschen unausweichlich

und die Übergänge von Gesundheit und Krankheit fließend sind. Krankheiten sind — so sagen sie — vorwiegend individuelle, vor allem somatische Störungen, die durch persönliche Verschulden verursacht oder nach vernünftiger Risikoabschätzung erwartet und deshalb bewältigt werden können. Infolge dessen weisen sie die Wiederherstellung der Gesundheit als ein privates, dem einzelnen Entscheidungsträger zurechenbares Gut aus, das durch eine adäquate, vom Leistungsempfänger zu erbringende Gegenleistung erworben werden kann. Da der einzelne am besten weiß, was ihm gesundheitlich gut tut, muß er aufgrund seiner individuellen Präferenzen auch bestimmen können, wie weit er sein Einkommen für Gesundheitsleistungen verwenden will.

Dagegen vertreten ordoliberaler Marktwirtschaftler den Standpunkt, daß Gesundheitsrisiken für den einzelnen nicht ohne weiteres überschaubar sind und normalerweise verdrängt werden. Außerdem unterliegt die Gesundheit nicht voll der Willensentscheidung des Menschen, sie ist nicht zielstrebig herstellbar, sondern hat etwas Schicksalhaftes an sich und ist zudem gesellschaftlich bedingt. Sie kann nur begrenzt dem Handeln des Menschen und dessen persönlicher Verantwortung als Handlungsfolge zugerechnet werden. Deshalb kennzeichnen sie Gesundheit als quasi-öffentliches Gut.

Auf dieser Einsicht, daß Krankheiten zwar an Individuen erscheinen und Individuen beeinträchtigen, jedoch weitgehend in sozialen Zusammenhängen verursachte und nur gesellschaftlich zu bewältigende Defizite der individuellen Lebensführung sind, ruht auch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Die Inhalte dieses Grundrechts auf „Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes“ erscheinen heute vielen als überzogen, weil sie nahezu unbegrenzte und kaum zu realisierende Ansprüche an die Gesundheitsversorgung nähren. Die WHO-Definition macht aber erstens auf die soziale Dimension der Gesundheit aufmerksam: Gesundheit und Krankheit sind Ausdrücke eines komplexen Wirkungszusammenhangs zwischen der persönlichen und sozialen Lebenslage, dem psychischen Befinden und der körperlichen Verfassung der Betroffenen. So wie kranke Menschen ihre Krankheiten weder individuell bewältigen noch beheben können, so sind auch von ihrem Kranksein nie nur die Kranken selbst betroffen, da diese im Kontext gesellschaftlicher Lebensbedingungen und sozialer Beziehungen stehen.

Unter normativer Hinsicht behauptet die WHO zweitens einen fundamentalen Anspruch jedes Menschen auf eine adäquate Hilfe im Krankheitsfall, solange bis die Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung wiederhergestellt ist. Gesundheit wird dabei als der Grad persönlicher Handlungsfähigkeit und Stabilität verstanden, mit denen Individuen ihren jeweiligen Lebenszusammenhang sowie ihr psychisches und körperliches Befinden eigenständig gestalten können. Im Krankheitsfall sind sie dagegen nicht in der Lage, ihr Leben ohne fremde Hilfe sinnvoll zu meistern. Wird kranken Menschen diese Hilfe verweigert, wird ihnen damit auch die Möglichkeit zur sinnvollen Existenz verstellt, die in modernen Gesellschaften mit guten Gründen allen Menschen als Grundrecht zuerkannt wird. Das Grundrecht auf Gesundheitsversorgung legitimiert sich also durch das Recht jedes Menschen auf ein Höchstmaß an individueller und sozialer Entfaltung, für die seine Gesundheit notwendige Bedingung ist. Im Krankheitsfall dürfen dabei kranke Menschen nicht nur die kurative Versorgung beanspruchen; vielmehr legitimiert das fundamentale Menschenrecht, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen und zu sichern, auch ihren Anspruch auf Prävention durch Gesundheitsförderung, Krankheitsvermeidung

⁵ Möllemann, J. W.: Mehr Marktkräfte in das Gesundheitswesen, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 237 von 14. 10. 1991, 24. Seit dem Scheitern sozialliberaler Kostendämpfungspolitik gehört die Forderung nach „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ zum selbstverständlichen Inventar bundesdeutscher Gesundheitspolitik, vgl. etwa *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 1985/86, Bundestagsdrucksache 10/4295 vom 22. 11. 1985, Kapitel VII: „Gesundheitspolitik: Wege zu einer Reform“, 166 - 178.

derung und Krankheitsfrüherkennung, auf Pflege, umfassende Rehabilitation und soziale Integration sowie auf Versorgung im Fall psychischer und chronischer Krankheiten.

In der Anerkennung eines Grundrechts auf ganzheitliche und umfassende Gesundheitsversorgung liegt auch der Grund, weshalb eine radikale Ausweitung von Marktsteuerungen im Gesundheitssystem kritisch zu beurteilen ist. Das Grundrecht auf Gesundheit verlangt nämlich Bedarfsgerechtigkeit: Jeder Mensch hat im Krankheitsfall Anspruch auf alle gesellschaftlich verfügbaren Gesundheitsleistungen, deren er zur Heilung seiner Krankheit bedarf — unabhängig von Art, Ausmaß und Dauer seiner Krankheit, sowie unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit und gesellschaftlichen Stellung. Damit werden aber grundsätzlich marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen außer Kraft, zumindest in Grenzen gesetzt, da der *Bedarf* kranker Menschen und nicht die *Kaufkraft* vermögender Kranker den Zugang zu Gesundheitsleistungen begründet. Bedarfsgerechtigkeit verlangt wiederum einen Belastungsausgleich zwischen den verschiedenen Bevölkerungsteilen mit unterschiedlich hohen Finanzressourcen und zwischen den unterschiedlichen Risikoträgern. Der Belastungsausgleich richtet sich nicht nur auf den engen Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch auf die vor- und nachgelagerten Bereiche der Gesundheitsversorgung, d. h. auch auf die professionelle Pflege, weswegen das Pflegerisiko solidarisch abgesichert und eine Pflegeversicherung als Sozial- und Pflichtversicherung eingeführt werden muß. Behandlung, Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung können die Gestaltungsfähigkeit und die Finanzkraft der Individuen überfordern; da sie jedoch für alle Menschen gesichert werden sollen, können sie nicht den bloß zufälligen Kompromissen zwischen Angebot und (kaufkräftiger) Nachfrage überlassen werden.

Der fundamentale Fehlschluß derer, die „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ fordern, liegt darin, daß sie das Grundrecht auf Gesundheitsversorgung individualisierten Nutzenkalkülen sowie dem Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Markt überlassen wollen. Sie plädieren dabei erstens für eine individuelle Bedarfsdeckung, damit sich das Gesundheitsangebot nach dem richtet, was Patienten zu zahlen bereit bzw. in der Lage sind, und/oder zweitens für eine individualisierte (d. h. private) Versicherung des Krankheitsrisikos, die eine soziale Umverteilung zwischen unterschiedlichen Einkommens- und Risikogruppen ausschließt. Werden diese Reformziele erfüllt, und wird so den Patienten ihre „Nullkostenmentalität“ ausgetrieben, passen sich die Struktur und der Umfang der Gesundheitsleistungen der (kaufkräftigen) Nachfrage und den sich darin ausdrückenden Bedürfnissen der Patienten an, wie zugleich die Nachfrage — wegen spürbarer Restriktionen in den privaten Haushalten — keine Leistungen jenseits individueller Finanzierungsbereitschaft bzw. -fähigkeit in Anspruch nimmt. Was dann für gesundheitliche Versorgung ausgegeben wird, entspricht genau den individuellen Präferenzen der Marktsubjekte und bedarf keiner weiteren öffentlichen Regulation. Das Leistungsangebot orientiert sich an der kaufkräftigen Nachfrage.

Wird die Gesundheitsversorgung vermarktet, geben die individuellen Präferenzen den Ausschlag, welche Leistungen in Anspruch genommen werden — allerdings nur im Rahmen von vorgegebenen Budget-Restriktionen. Insofern nun die Budget-Restriktionen die Patienten je nach Einkommenslage unterschiedlich treffen, das Leistungsangebot sich jedoch an der kaufkräftigen Nachfrage orientiert, entscheiden die vergleichsweise einkommensstarken Patienten nicht nur über das Niveau der Gesundheitsversorgung und das Angebot medizinischer Leistungen, sondern auch über deren Preise — und damit letztlich auch über die Behandlungschancen finanzschwacher oder mit „teuren“ Krankheiten belasteter Kranker. Die Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung geht dann allerdings verloren, zumal die Bedürfnisse einkommensschwacher oder übermäßig strapazierter Patienten durch sozialstaatliche Kompensationen auch nachträglich nicht gleichberechtigt mit der kaufkräftigen Nachfrage bedient werden können. Die Ausweitung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente kann nämlich entweder so gestaltet werden, daß diese steuerungswirksam sind, dann aber das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit aushebeln. Oder sie kann wiederum durch einkommens- und krankheitsbezogene Begrenzung „sozial tragbar“ gemacht werden: Dann aber werden die

Steuerungseffekte der marktwirtschaftlichen Instrumentarien ausgehebelt. Bedarfsgerechtigkeit und marktwirtschaftliche Steuerung können daher als gesundheitspolitische Reformziele nicht gleichzeitig verwirklicht werden.⁶

2. Markt der Krankenkassen?

Neben der Individualisierung der Gesundheitsversorgung (etwa durch Selbstbeteiligung der Patienten oder durch Leistungsausgrenzung bei den Krankenkassen) zielt die Gesundheitspolitik der konservativ-liberalen Koalition auch auf die Privatisierung des Versicherungsschutzes. Sowohl in der Koalitionsvereinbarung für die zwölfte Legislaturperiode des Deutschen Bundestags als auch in der Regierungserklärung von Bundeskanzler *Kohl* vom Januar 1991 wurde eine Organisationsreform der Sozialen Krankenversicherungen angekündigt, die die individuelle Freiheit, einer Krankenkasse der eigenen Wahl beizutreten, zwar erweitern, jedoch das bestehende gegliederte Kassensystem erhalten, und die strukturell bedingten Unterschiede der Beitragssätze zwar vermindern, aber einen Finanzausgleich, der über die Kassenarten hinausgreift, vermeiden soll. Bereits das Gesundheitsreformgesetz von 1989 hatte die Wahlfreiheit des Kassenbeitritts sowie die Errichtung von Betriebskrankenkassen erleichtert; infolge dessen war es zu einem regelrechten Gründungsboom gekommen, während zahlreiche Angestellte aus der Gesetzlichen Krankenversicherung und besserverdienende Arbeiter aus den Allgemeinen Ortskrankenkassen abgewandert sind. Entsprechend hat sich die in Westdeutschland schon lange beobachtbare Tendenz struktureller Differenzierung der Krankenkassen nach Mitgliederprofil, Familienlast, sozialer Stellung im Beruf sowie Alter und Geschlecht noch verstärkt. Gegenwärtig konkurrieren acht verschiedene Kassenarten mit mindestens 1200 autonomen Kassen um die Beitragszahler. Ihre Beitragssätze streuen zwischen 8 % und 15 %.

Diejenigen, die „Mehr Marktwettbewerb unter den Krankenkassen“ fordern, begrüßen diese Entwicklung. Einmal sei die Trennung zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen, aber auch die gesetzliche Zuweisung gewerblicher Arbeiter und Angestellter an bestimmte Kassenarten anachronistisch, vermutlich auch verfassungswidrig. Zum anderen spreche die Wahlfreiheit der einzelnen Beitragszahler die Vielzahl von Anbietern, die mit unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen um die Kaufkraft bzw. Beitrittsentscheidung der Kunden konkurrieren. Erst wenn die Versicherungen über den Wettbewerb dazu gezwungen sind, ihre Angebote zu vervielfältigen, können die einzelnen Patienten — so das Reformversprechen — durch Auswahl ihrer Versicherung darüber entscheiden, wie viel sie für welches Versorgungsniveau zu zahlen bereit sind.

Gesundheitsleistungen werden von Patienten nachgefragt; den Zugang zur medizinischen Behandlung gewährt ihnen jedoch mehrheitlich erst ein Krankenschein. In diesem Mitgliedsausweis und Abrechnungsnachweis dokumentiert sich die für das deutsche Gesundheitssystem zentrale Stellung der Sozialen Krankenversicherung. Die Kassen sind Einrichtungen der gegenseitigen und solidarischen Hilfe in Notlagen, die durch Krankheiten entstehen; ausdrücklich bestätigt § 1 SGB V die Krankenversicherung als eine Solidargemeinschaft. Dabei beerben die Kassen den Grundsatz der Solidarität ihrer historischen Vorbilder, der ersten Unterstützungskassen der Beschäftigten: Durch Umverteilung verschieden hoher Arbeitseinkommen sichern die Beschäftigten ihr Krankheitsrisiko kollektiv ab, so daß die einzelnen Mitglieder Gesundheitsleistungen nach ihrem Bedarf beanspruchen können. Die Grundsätze der Bedarfsgerechtigkeit und des Belastungsausgleichs werden durch diese solidarische Risikoabsicherung gesichert, zugleich aber an die kollektive Interessenlage der Beschäftigten gebunden. Solidarität sichern die Kassen also durch Verteilung und Organisation der kollektiven Krankheitssicherung, wobei der einzelne Leistungen nach

⁶ Vgl. für die Selbstbeteiligung *Pfaff*, M.: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig „sozial tragbar“ und „kostendämpfend“ sein?, in: Sozialer Fortschritt 34. Jg. (1985), 272-276; ders.: Einige Auswirkungen einer Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg. (1986), 105-119, 112.

Bedarf beanspruchen kann (Sachleistungsprinzip), die finanziellen Lasten aber durch Beiträge gemäß der Leistungsfähigkeit verteilt werden.

Die Parole „Mehr Markt und Wettbewerb“ unter den Krankenkassen führt aber zur Aushöhlung der solidarischen Risikoabsicherung mit der Konsequenz, daß die Gesundheitsversorgung noch mehr als bisher in eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gespalten und die Sozialen Krankenversicherungen nach und nach auf das Niveau einer Mindestversicherung zurückgestuft werden. Wenn die Kosten der Gesundheitsleistungen nicht solidarisch getragen, sondern von den Versicherten auf die Patienten abgeladen werden, müssen einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, die u. a. auf Grund ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen ein hohes Krankheitsrisiko tragen, im Krankheitsfall verhältnismäßig höhere Anteile ihres Einkommens für die Gesundheitsleistungen aufbringen oder aber auf professionelle Hilfe verzichten. Will man diese ungleiche Lastenverteilung durch „Härtefall“-Regelungen etwa für chronisch Kranke und einkommensschwache Patienten auffangen, so ist man zu einer aufwendigen und bürokratischen Kontrolle gegenüber diesen von Krankheit besonders betroffenen Patienten gezwungen. In die Krankenversicherungen wird damit eine Asymmetrie verschiedener Versichertengruppen, nämlich unterschiedliche Finanzaufwendungen im Krankheitsfall und unterschiedliche bürokratische Kontrollen eingeführt, wodurch die Idee einer solidarischen Risikoabsicherung zunehmend erodiert, während die privaten Krankenversicherungen und privaten Zusatzversicherungen weiteren Zulauf bekommen. Zudem wird, sobald die einkommensstarken Bevölkerungsgruppen für einen finanziellen Belastungsausgleich verloren gehen, die solidarische Risikoversicherung substantiell geschwächt.

Anschaulich wird diese Prognose bereits in der gegenwärtigen Spaltung zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen sowie zwischen den Allgemeinen Ortskrankenkassen, den verschiedenen Ersatz- und den Betriebskassen. Nach der angezielten Privatisierung des Versicherungsschutzes werden sich derartige Spaltungen dramatisch verschärfen. Das Ergebnis eines solchen marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unter den Kassen wird schon bald in den neuen Bundesländern vorweggenommen, wenn nämlich dort der zunächst einheitlich geltende Beitragssatz von 12,8 % ab 1992 differenziert werden kann: eine strategische Selektion der Mitglieder nach Grundlohnsumme, Familienstand, Betriebszugehörigkeit, Alter und Geschlecht unter dem Gesichtspunkt der Risikominderung. In einem solchen Wettbewerb müssen die Allgemeinen Ortskrankenkassen auch in den neuen Bundesländern unterliegen; sie werden zum Aufgabebereich für untere Lohngruppen, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Behinderte, Ausländer und/oder kinderreiche Familien.

Wenn das Krankheitsrisiko individualisiert und der Risikoausgleich privatisiert werden, verkommen die Gesetzlichen Krankenversicherungen zu Mindestversicherungen: Der marktwirtschaftliche Wettbewerb zwingt die Kassen, ihre Leistungen auf das sozialstaatlich gerade noch verträgliche Minimum der Gesundheitsversorgung, das vermeintlich „Notwendige“ zurückzuschrauben,⁷ und die über eine Mindestsicherung hinausgehenden Gesundheitsbedürfnisse über private (Zusatz-)Versicherungen bzw. über die privat finanzierte Nachfrage zu befriedigen. Dann aber steht dem über die Sozialen Krankenversicherungen finanzierten Bereich der Mindestversorgung ein weitgehend privatwirtschaftlich organisierter Bereich medizinischer Bestversorgung gegenüber, zu dem nur noch vergleichsweise einkommensstarke Patienten Zugang finden. Am Ende erfaßt die „Zwei-Drittel-Gesellschaft“ den Bereich der Gesundheitsversorgung, insofern das Grundrecht auf bestmögliche Versorgung nur noch relativ einkommensstarken Bevölkerungsteilen uneingeschränkt zugestanden wird.⁸

Statt zu einer verschärften Spaltung zwischen den Patienten muß die Organisationsreform der Krankenversicherung darauf abzielen, die anachronistische Gliederung der Krankenkassen aus dem 19. Jahrhundert zu sprengen und einen solidarischen Finanzausgleich zwischen allen Patienten wiederzugewinnen. In der Koalitionsvereinbarung vom Januar 1992 ist anscheinend jedoch bloß an einen Ausgleich innerhalb der jeweiligen Kassenart gedacht. Aber die Solidarität muß darüber hinaus erstens den Ausgleich zwischen unter-

schiedlichen Risikostrukturen sichern, der auf die verschiedenen Kassenarten übergreift. Das Postulat des Grundgesetzes, die Lebensverhältnisse in den Ländern anzugleichen, verlangt zweitens die Spaltung von Lebenslagen der neuen und alten Bundesländer sowie der unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik durch bundesweiten Finanzausgleich auszuhebeln.⁹

3. Markt der Leistungsanbieter?

Eine „Marktanalyse“ des Gesundheitssystems sieht auf der einen Seite die „Nachfrager“, also die zumeist in Sozialen Krankenkassen organisierten Patienten, und auf der anderen Seite drei Leistungsanbieter: die zumeist in kapitalstarken Konzernen organisierte pharmazeutische und medizinisch-technische Industrie; die Kassenärzte im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung, die eine private Praxis samt technischer Ausstattung unterhalten und sich in der Kassenärztlichen Vereinigung berufsständisch organisieren; und schließlich die (noch) weitgehend öffentlich kontrollierten Krankenhäuser.

Patienten und Leistungsanbieter sind durch zwei entgegengesetzte Kreisläufe — der Leistung und der Steuerung — miteinander vernetzt. So besteht etwa im Bereich der ambulanten Versorgung folgender Leistungskreislauf: Die Versicherten zahlen Beiträge an die Kassen; diese bezahlen für die Behandlung ihrer Mitglieder eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Honorare an die Ärzte ausschütten; die Ärzte erbringen die medizinischen Leistungen. Im Steuerungskreislauf erhalten die Versicherten von ihrer Kasse einen Krankenschein, den sie jeweils ihrem Arzt vorlegen. Dieser reicht den Krankenschein, auf dem er seine Leistungen vermerkt hat, seiner Kassenärztlichen Vereinigung weiter, die mit den Krankenkassen verhandelt und abrechnet. Die Leistungs- und Steuerungskreisläufe der anderen Gesundheitsbereiche sind an den ambulanten Bereich gebunden, da der Zugang zur stationären Versorgung, zu pharmazeutischen und anderen medizinischen Heil- oder Hilfsmitteln, zu psychosozialen Therapien wie auch zur professionellen Pflege weitgehend über die approbierten Ärzte (Einweisung, Rezept etc.) erfolgt.

Im bundesdeutschen Gesundheitssystem sind die Ärzte die gesetzlich und vertraglich gesicherte, aber auch die gesellschaftlich weitgehend anerkannte Instanz, die definieren, was behandlungsbedürftige Krankheit ist und entsprechende Kassenleistungen auslösen kann. Dabei haben die Ärzte die einzigartige Möglichkeit, Art und Umfang der Nachfrage nach ihren Leistungen sowie (vor allem durch Rezept) nach den Leistungen anderer Anbieter zu bestimmen und diese von ihnen induzierte Nachfrage als Interesse ihrer Patienten auszugeben. Indem sie die Leistungsangebote anderer Anbieter möglichst breit abfragen und den „medizinisch-technischen Fortschritt“ bei ihren Patienten anwenden, realisieren die Ärzte ihr Berufsethos bei einer bestmöglichen Behandlung, oder versichern sich auch nur gegen das Berufsrisiko, bestehende Heilungschancen nicht vollständig wahrgenommen zu haben. Jedenfalls finden die Absatzinteressen der pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie in der ärztlichen Behandlungspraxis ihre überaus „wohlwollende“ Berücksichtigung und verfügen daher über vergleichsweise transparente, sichere und lukrative Absatzmärkte. Strukturell besteht also im bundesdeutschen Gesundheitssystem eine auf die Ärzte zugeschnittene, andere Anbieter aber einschließende Dominanz der Leistungsanbieter, die weder von den Patienten, noch von ihren Versicherungen hinreichend kontrolliert werden kann.

⁷ Eine Abkehr von der bisherigen „Rundumabsicherung“ zum faktischen Nulltarif⁷ empfiehlt — laut FR vom 28. 11. 1991 — etwa die kassenärztliche Bundesvereinigung — mit dem Ziel, daß nur noch „Grundleistungen“ von den Gesetzlichen Krankenversicherungen voll finanziert, während darüber hinausgehende Leistungen durch private Verträge zwischen Patienten und Leistungserbringern vereinbart werden.

⁸ Vgl. Pfaff (1986).

⁹ Vgl. Knieps, Franz: Entwicklung und Stand der Diskussion um die Reform der Kassenorganisations- und Finanzstrukturen, Soziale Sicherheit 40. Jg. (1991), 237–243.

Durch diese Anbieterdominanz sind „Rationalitätsfallen“¹⁰ ausgestellt, Widersprüche zwischen individueller und gesamtgesellschaftlicher Rationalität — beispielsweise ein Verhalten, das für den einzelnen Arzt vernünftig, für das gesamte Gesundheitssystem jedoch unvernünftig ist. Ein derartiger Widerspruch besteht etwa für den Bereich der ambulanten Versorgung: Die niedergelassenen Ärzte sind private Unternehmer und genötigt, daß ihr Anteil an der Gesamtvergütung, die die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen aushandeln, dem Maßstab einzelwirtschaftlicher Rentabilität genügt: Arztpraxen müssen sich rentieren. Folglich werden sie sich — natürlich im Rahmen berufsethischer Grenzen — bemühen, ihre Leistungen und damit ihren jeweiligen Anteil an der Kassenaufwendung auszudehnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen den Verteilungskampf unter den Mitgliedern zu verschärfen, indem sie von den Kassen eine Erhöhung der Vergütung verlangen. Wenn nun alle Ärzte im Gleichschritt ihre Einzelleistungen ausdehnen, können die Kassen dem einzelnen Arzt bzw. der einzelnen Ärztin kein verantwortungsloses Verhalten nachweisen. Sie werden am Ende — trotz der Deckelungsregelung — dem Druck des vermeintlich medizinisch Notwendigen nachgeben, die Quartalsvergütung anheben und die Mehrbelastung an die Versicherer weitergeben, indem sie ihre Beitragssätze erhöhen.

Auch für die anderen Bereiche des Gesundheitssystems bestehen ähnliche und abgeleitete „Rationalitätsfallen“. Die Einkommensentstehung der Ärzte ist ein Multiplikator weiterer Einkommen: Was sie verschreiben, löst weitere Leistungen aus. Daher entscheidet die Verschreibungspraxis weniger (und deshalb auch heftig umworbener) Ärzte über die Nachfrage vieler Patienten. Es stimmt mit den Absatzinteressen der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie überein, daß etwa die Verschreibung von Sachmitteln für die Ärzte die einfachste, sicherste und deshalb auch häufigste therapeutische Maßnahme ist — zumal sie oftmals auch den Erwartungen der Patienten entspricht. Die Nachfrage nach medizinischen Sachleistungen sind also letztlich durch den Interessenverbund der Anbieter induziert, von den Kassen und Patienten jedoch finanziert, ohne daß diese eine durchgreifende Kontrolle ihrer eigenen Nachfrage ausüben könnten. Auch im Bereich der stationären Versorgung existieren vergleichbare Rationalitätsfallen: Die mit öffentlichen Mitteln errichteten Krankenhäuser decken ihre laufenden Kosten über Pflegesätze ab, die mit den Kassen ausgehandelt und verrechnet werden. Insofern die Krankenhäuser die Verweildauer ihrer Patienten beeinflussen können, entscheidet neben dem medizinisch Notwendigen auch das ökonomische Kalkül eigener Kostendeckung über die Dauer und damit auch über die Kosten eines Krankenaufenthaltes. Dabei finanzieren die Versicherten nicht nur die Krankenhäuser, sie bezahlen viele der stationär erbrachten Leistungen gleich doppelt: Über die Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet nämlich der ambulante Arzt zumeist erst dann, wenn er bereits ausgeweitete Diagnose- und Therapieleistungen mit der Kasse verrechnen kann, die dann im Krankenhaus noch einmal vorgenommen werden. Diese — auch bei Übergängen zwischen den Fachärzten üblichen — Doppel-Diagnosen bezahlen die Kassen und erleiden die Patienten.

„Rationalitätsfallen“ bestehen jedoch schließlich auch als Widerspruch zwischen ökonomischer und medizinischer Effektivität: Bedeutsame Momente medizinischer Fehlversorgung, wie das Übergewicht der kurativen Medizin und der ärztlichen Behandlung, das Abwerten einer ganzheitlichen Diagnose und Therapie, die inadäquate Reaktion auf das neue Krankheitsspektrum der chronisch und psychisch Kranken und auf die Pflegebedürftigen sowie die mangelhafte Prävention verletzen zwar die Versorgungsinteressen der Patienten, dienen aber den Einkommensinteressen der Anbieter. Einzelwirtschaftlich „rechnet“ es sich, wenn die ambulante von der stationären Versorgung, die medizinische Behandlung von der Rehabilitation, die somatische von der psychischen Versorgung abgetrennt bzw. nur unzureichend aufeinander abgestimmt sind, und wenn die medizinische Behandlung fortschreitend ausdifferenziert ist. Während die Leistungsanbieter jedoch zur einzelwirtschaftlichen Rechnung gezwungen sind, um ihre Absatzmärkte und Honorareinkünfte zu sichern, drängen sich gesamtgesellschaftliche Kalkulationen allein den Versicherungen der Patienten auf, die jedoch zu wenig mehr in der Lage sind, als die einzelwirtschaftlich genutzten „Rationalitätsfallen“ zu finanzieren.

Die diagnostizierte Anbieterdominanz ist durch das Gesundheitsreformgesetz nur bestätigt worden: Während die Einschränkungen im Leistungsangebot der Versicherungen oder die Selbstbeteiligung von Patienten genauestens geregelt wurden, blieben die den Leistungsanbietern abgeforderten Beschränkungen vage und erfolglos: Dem Solidarbeitrag in Milliardenhöhe, den Arbeitsminister *Blum* eingefordert hatte, konnte sich die Pharmaindustrie entziehen. Erwartungsgemäß kamen auch die Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über Festbeträge nur schleppend voran; während sie Mitte 1991 bei den Arzneimitteln mit denselben Wirkstoffen bis zu 80 % abgeschlossen waren, konnten erst 30 % der Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen oder der Arzneimittelkombinationen einer Festbetragsregelung unterstellt werden. Vermutlich wurde die pharmazeutische Industrie nicht in den Konkurs getrieben, und Investitionen in den „medizinischen Fortschritt“ sind nicht ausgeblieben, als die Preise für Arzneimittel mit der Einführung von Festbeträgen z. T. drastisch fielen. Bestätigt wird wohl nur, daß sich auf den Gesundheitsmärkten unter Bedingungen der Anbieterdominanz keineswegs realistische Preise durchsetzen, und daß die Krankenversicherungen erhebliche Finanzmittel einsparen können, sobald sie sich gegenüber den einzelwirtschaftlichen Absatzstrategien der Leistungsanbieter durchsetzen. Aber auch im deutschen Einigungsprozeß wurde die Dominanz der Leistungsanbieter noch einmal anschaulich: Der Einigungsvertrag hat den privaten Ärzten das in Westdeutschland bestehende Monopol auf ambulante Versorgung in den neuen Bundesländern noch nicht eingeräumt. Dies soll jedoch nachgeholt werden; schon jetzt werden der Betrieb von Polikliniken und Ambulatorien beeinträchtigt sowie die Niederlassung privater Ärzte forciert. Schließlich konnte die Pharmaindustrie die Regelung des Einigungsvertrags aushebeln, derzufolge sie alle Arzneimittel in den neuen Bundesländern für eine Übergangszeit auf einem Niveau von 55 % des in Westdeutschland üblichen Preises anzubieten haben, indem sie die Versorgung Ostdeutschlands boykottierte, bis sich Arbeitsminister *Blum* unter dem Druck des Bundeskanzlers zu Neuverhandlungen bereitfand. Pharmaindustrie und Arbeitsminister einigten sich, daß der Staat einen Teil des Differenzbetrags erstattet.

Aufgrund der Anbieterdominanz wirkt das bundesdeutsche Gesundheitssystem wie ein „profitwirtschaftlich ausgenutzter Selbstbedienungsladen auf der Basis kollektiv-solidarischer Grundfinanzierung“.¹¹ Der Einfluß der Leistungsanbieter ist stärker als die Kontroll- und Durchsetzungsmacht der Patienten und ihrer Krankenkassen. Die Sozialen Krankenkassen geben daher die Einkommensforderungen der Leistungsanbieter in der Regel als Beitragserhöhungen an die Versicherten weiter, anstatt sich ihnen im Interesse der Versicherten entgegenzustemmen. Infolge dessen läßt sich der ständige Kostenanstieg bei den Sozialen Krankenversicherungen nur dann wirkungsvoll und auf Dauer bremsen, wenn die Dominanz der Anbietermacht gegenüber der Nachfrageseite, nämlich gegenüber den Krankenkassen und ihren Versicherten, gebrochen wird. Wird die Nachfrageseite mit ausreichender Kontroll- und Durchsetzungsmacht ausgestattet, werden zudem auch die Interessen der Patienten an einer Überwindung bestehender Versorgungsmängel gestärkt.

4. Markt der Patienten?

Die unbestreitbaren Steuerdefizite des Gesundheitssystems werden auch von Vertretern des radikalen Marktparadigmas häufig auf die Dominanz der Leistungsanbieter zurückgeführt, jedoch als Versagen der individuellen Nachfrager, also der Patienten diagnostiziert, insofern diese die „ihnen in einer Marktwirtschaft zukommenden Funktionen“¹² nicht erfül-

¹⁰ Zum Konzept der „Rationalitätsfallen“ vgl. *Herder-Dorneich*, Ph.: Der Sozialstaat in der Rationalitätsfalle, Grundfragen der sozialen Steuerung, Stuttgart (1982), 155 ff.

¹¹ *Naschold*, F.: Probleme einer arbeitnehmerorientierten Gesundheitspolitik, in: Die neue Gesellschaft 23. Jg. (1976), 186.

¹² *Metze*, I.: Marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zu staatlicher Planung. Ein Konzept zur Organisation des Gesundheitswesens, in: *Güfgen*, G./*Lampert*, H. (Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 3, Göttingen (1982), 339.

len. Entsprechend wird die Therapie des Gesundheitssystems von der Vermarktung der Patientenrolle vor allem durch eine wesentlich stärkere Selbstbeteiligung erwartet: Wenn die Bedarfsdeckung individualisiert, das Krankheitsrisiko privatisiert, Leistungen der sozialen Krankenversicherungen beschränkt oder ganz ausgegrenzt würden, sind die Patienten genötigt, als eigenverantwortliche Marktteilnehmer Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen abzuwägen. Durch eine derart kosten- und leistungsbewußte Nachfrage werden dann die Leistungsanbieter zu einer bedürfnisgemäßen und gleichzeitig kostenminimalen Produktion ihrer Leistungen gedrängt. Weil Umfang und Struktur des Leistungsangebotes dann genau den Bedürfnissen entsprechen, für die die Patienten zu zahlen bereit bzw. in der Lage sind, realisiert sich ein volkswirtschaftliches Optimum, dem bei gegebener Finanzierungsbereitschaft der Patienten ein Maximum an gesellschaftlicher Wohlfahrt entspricht. Folgerichtig war im Gesundheitsreformgesetz die Selbstbeteiligung bei allen Arzneimitteln, für die kein Festbetrag vorlag, auf DM 3,-, ab 1992 jedoch prozentual auf 15 %, bis höchstens DM 15,- pro Medikament festgesetzt. Obwohl diese erhöhte Selbstbeteiligung nicht termingerecht in Kraft trat, weil sich die Verhandlungen über die Festbeträge hinziehen, ist eine wesentlich erweiterte Selbstbeteiligung in der liberal-konservativen Koalition unbestritten und ein Teil ihrer zukünftigen „Gesundheitspolitik“.

Der einzelne Patient soll also die Anbietermacht kontrollieren und deren Übermacht brechen. Auf den normalen Wettbewerbsmärkten verdanken die Nachfrager ihre Kontrollmacht der Konkurrenz der Leistungsanbieter, zwischen denen sie im eigenen Interesse und nach eigenen Nutzenüberlegungen wählen können, sowie der Transparenz der Märkte. Genau diese Voraussetzungen sind jedoch für den Gesundheitsbereich kaum oder gar nicht gegeben: Denn sowohl das für medizinische Behandlung notwendige Vertrauensverhältnis als auch der im Krankheitsfall bestehende Zwang einer Behandlung unter Zeitdruck beschränken den Wettbewerb der Leistungsanbieter. Zudem sind die Patienten nur mangelhaft über den Nutzen von Gesundheitsleistungen informiert, die ihnen bzw. ihren Versicherungen wiederum zu Preisen in Rechnung gestellt werden, die nur einen geringen Bezug zu deren realen Kosten aufweisen. Wenn es also darum geht, medizinische Dienstleistungen und Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen, fehlen die Voraussetzungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs.¹³ Atembeklemmungen und Brustschmerzen sind eben etwas fundamental anderes als der Wunsch nach einem Farbfernseher, und auch deren Behandlung als Angina pectoris folgt einer fundamental anderen Logik als der Bummel durch HiFi-Abteilungen.

Den Patienten, denen etwa in Form der Selbstbeteiligung neben ihren Versicherungsbeiträgen zusätzliche Kosten aufgebürdet wurden, können damit die Kosten ihrer Behandlung noch nicht kontrollieren oder gar mindern, es sei denn, sie verzichten auf die professionelle Hilfe im Krankheitsfall. Aber selbst wenn ein solcher medizinisch fragwürdiger Verzicht (wohl vor allem von einkommensschwachen Patienten) geleistet würde, ist damit die wirtschaftlich erwünschte Kostensenkung noch nicht garantiert. Es wird nämlich übersehen, daß Leistungsanbieter auf die veränderte Leistungsanfrage reagieren können, indem sie die Menge der Leistungen pro Nachfrager ausweiten oder die Preise erhöhen, um so den Rückgang der Nachfrage zu kompensieren.¹⁴

Insbesondere in dem historischen gewachsenen Gesundheitssystem der Bundesrepublik ist die Selbstbeteiligung der Patienten kein taugliches Steuerungsinstrument: Selbstbeteiligungsregelungen sind entweder sozial unverträglich oder können, wenn sie entsprechend sozialstaatlicher Zielmargen abgedefert werden, ihre Steuerungsfunktionen nicht erfüllen. Gekoppelt mit den gesetzlich eingeführten und vertraglich mühsam ausgehandelten Festpreisen für Arzneimittel wird die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument aber endgültig widersinnig: Sie soll ebenso wie der Festbetrag die Suche

nach preiswerten Alternativen im jeweils anderen Teilmarkt anregen, doch die Logik des Festbetrags in dem einen Teilmarkt läßt für eine Selbstbeteiligung in dem anderen Teilmarkt gar keinen Platz.¹⁵

Eine vernünftige Antwort auf die Mängel des Gesundheitssystems, insbesondere auf die Dominanz der Anbieter oder zumindest auf die Kostenbelastung der Krankenversicherung besteht darin, daß die Patienten durch politische Strukturen in die Lage versetzt werden, einmal über ihre Versicherungen die Leistungsanbieter wirksam zu kontrollieren und zum anderen ihre Interessen gegenüber den Krankenkassen wirksam zu vertreten. Eine solche Antwort greift nicht einfach auf die Steuerung durch den Sozialstaat zurück. Denn nach den Erfahrungen jahrzehntelanger „Kostendämpfungspolitik“ hat die staatliche, auf Beitragssatzstabilität ausgerichtete Gesundheitspolitik weder die Ausgabenentwicklung kontrollieren noch bestehende Versorgungsmängel zu beseitigen, „sondern bestenfalls bestehende Mängel haushaltsmäßig zu verwalten“¹⁶ vermocht. Auch korporative Absprachen der konzertierten Aktion haben bestehende Einkommenspositionen nur verfestigt, ohne daß die Sozialen Krankenkassen in ihrer Verhandlungsposition gestärkt worden wären.

Die demokratische Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherungen, in denen sich die politische Dimension der solidarischen Absicherung des Gesundheitsrisikos ausdrückt, ist für die Reform des bundesdeutschen Gesundheitssystems außerordentlich bedeutsam, selbst wenn sie durch die Beteiligung der Arbeitgeber und durch die sozialstaatliche Regulation stark beschränkt und zurückgedrängt wurde: Auf der Grundlage ähnlicher Lebensschicksale und Gesundheitsrisiken artikulieren und vertreten die Beschäftigten und ihre Familien ihre gesundheitspolitischen Interessen und organisieren sich dazu in eigenen Versicherungen. Wird die Kontroll- und Durchsetzungsmacht der Versicherungen gesetzlich erweitert und damit die Machtasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern ausbalanciert, können die Versicherungen die Interessen ihrer Mitglieder bündeln, sie zu Zielen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung umformulieren und gegenüber den Leistungsanbietern durchsetzen. In diesem Sinne ist die Forderung nach dezentraler Organisation des Gesundheitswesens, nach Sensibilisierung der Nachfrage und nach „selbststeuernden Anreizen“¹⁷ nicht nur „sachverständig“, sondern auch wohlbegründet. Dieses gesundheitspolitische Reformziel wird indessen nur realisiert, indem die Patienten und ihre Versicherungen politisch mehr Einfluß gewinnen, und nicht, indem den einzelnen Patienten die Lasten der Marktsteuerung und die Kosten bestehender Anbieterdominanz aufgebürdet werden.

¹³ Vgl. dazu *Scharf, B.*: Mehr Markt — mehr Wirtschaftlichkeit? Marktökonomische Illusionen konservativer Gesundheitspolitik, in: *WSI-Mitteilungen* 38. Jg. (1985), 570-583.

¹⁴ Vgl. *Pfaff* (1986), 108 f.

¹⁵ Vgl. *Reher, R./Reichert, H.*: Vorschlag für ein qualitätsorientiertes Selbstbeteiligungsmodell, *Soziale Sicherheit* 40. Jg. (1991), 195-203, 197. Dagegen kann eine qualitätsorientierte Selbstbeteiligung etwa bei therapeutisch wenig zweckmäßigen Medikamenten (vgl. ebd.) als eine sinnvolle Leistungsausgrenzung der solidarischen Krankenversicherung begründet werden — gerade aber nicht als marktwirtschaftliches Steuerungselement, sondern als politisch auszuhandelnde Entlastung der Solidargemeinschaft.

¹⁶ *Wille, E./Ulrich, V.*: Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Hansmeyer, K.-H.* (Hrsg.): *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II* (Schriften des Vereins für Socialpolitik NF Bd. 194/II), Berlin (1991), 9-115.

¹⁷ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1991, 56.