

PRIVATISIERUNG GESUNDHEITLICHER RISIKEN: DER NEOLIBERALE HOLZWEG

Hartmut Reiners¹

Vorab eine Klarstellung zum Begriff des Neoliberalismus, der gerne als Phrasenkeule gegen alles, was mit Ökonomie zu tun hat, verwendet wird. Vor allem Ärzte, aber auch andere Gesundheitsberufe reagieren latent aggressiv, wenn man die Selbstverständlichkeit anspricht, dass sie mit ihrer Arbeit wirtschaftliche Ressourcen verbrauchen. Dann werden auch sozial orientierte Reformkonzepte mit dem Etikett „neoliberal“ beklebt, nur weil sie von der nicht zu leugnenden Tatsache ausgehen, dass das Gesundheitswesen in entwickelten Ländern keine Wohltätigkeitsveranstaltung, sondern ein wichtiger Wirtschaftszweig ist, in dem sehr viel Geld verdient wird. Daher geht die oft anzutreffende Gleichsetzung der Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit Neoliberalismus an der Realität vorbei. Sehr wohl muss man sich aber gegen den von Neoliberalen praktizierten „Imperialismus der Ökonomen“ (Kenneth Boulding) wehren, der sich in einer begriffslosen Übertragung der Denkfigur des „Homo oeconomicus“ auf alle gesellschaftlichen Lebensbereiche äußert, so auch auf das Gesundheitswesen.

Das Gesundheitswesen in der Phantasiewelt der Vulgärökonomie

Dabei handelt es sich um schlechte Ökonomie, weil sie nicht von den spezifischen Bedingungen dieses Wirtschaftszweiges ausgeht, sondern so tut, als funktioniere dieser sich mit der menschlichen Existenz schlechthin beschäftigende Sektor wie der Supermarkt um die Ecke. Diesen Unsinn fasst Heike Göbel, Chefin der FAZ-Wirtschaftsredaktion, präzise zusammen, indem sie fordert, „dass die Steuerung der Gesundheitsleistungen möglichst über Preise erfolgt. Das beginnt mit dem mündigen Patienten. Er wägt ab, welche Kasse ihm für seine Prämie am meisten bietet. Er zahlt seinen Beitrag wie die Arztrechnung selbst und reicht diese dann der Kasse ein. Das schafft Anreiz, Angebote zu vergleichen und macht Kosten sichtbar. Beides elementare Voraussetzungen für eine bessere Ausgabenkontrolle – und für ein Gesundheitssystem, das den Versicherten als Kunden sieht.“ (FAZ, 8.10.2009)

Mit anderen Worten: Kranke sollen, bevor sie zum Arzt gehen, eine intensive Google-Recherche über ihr Leiden gemacht haben, das sie dadurch womöglich überhaupt erst entdecken. Dann müssen sie sich auch noch in die ärztliche Gebührenordnung einarbeiten, um zu entscheiden, welche Therapie sie sich leisten können oder wollen. Wenn sie diese Recherchen abgeschlossen haben und noch nicht wegen akuter Beschwerden in die Notfallambulanz eingewiesen wurden, machen sie sich endlich auf die Suche nach einem Arzt, der bereit ist, sie zu ihren Preisvorstellungen zu behandeln. Ganz so, als hätten sie darüber zu entscheiden, sich einen neuen LCD-Fernseher zuzulegen oder doch besser ihr altes Röhrengerät vorerst zu behalten.

Diese Phantasiewelt eines Gesundheits-Supermarktes hat nur einen großen Haken: Wir sind leider noch nicht so weit, uns Krankheiten nach Plan zu gestatten. Dummerweise kündigen sich Knochenbrüche, Herzattacken und Nierensteine nicht so rechtzeitig an, dass wir vorher noch das Preis-Leistungs-Verhältnis der in Frage

¹ Gesundheitsökonom und Publizist. Die in diesem Beitrag dargestellten Zusammenhänge werden ausführlicher in dem Buch „Mythen der Gesundheitspolitik“ (Huber Verlag 2009) behandelt.

kommenden Ärzte und Krankenhäuser checken können. Eine international akzeptierte Faustregel besagt, dass 80 Prozent der Ausgaben für medizinische Behandlung auf 20 Prozent der Patienten entfallen, allesamt schwer oder chronisch kranke Menschen. Die Vorstellung, sie sollten selbst über die erforderlichen Diagnosen und Therapien entscheiden und entsprechende Preisvergleiche anstellen, bevor sie sich auf den OP-Tisch legen, ist bizarr. Was aber Politiker, Journalisten und auch Ärztefunktionäre nicht daran hindert, sie immer wieder in Talkshows und Kommentaren zu verbreiten. Sie tun so, als beschränkte sich die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auf den routinemäßigen Gang zu Hausarzt, den man auch schon mal verschieben kann.

In diesem Appell an Alltagserfahrungen der Bürger liegt das Erfolgsgeheimnis dieser Ideologie. Es wird eine von der gesetzlichen Krankenversicherung verursachte „Vollkaskomentalität“ suggeriert, die der „Spiegel“ (Heft 27/2006) wie folgt beschreibt: „Hypochonder ziehen von Praxis zu Praxis, bis sie endlich einen Doktor gefunden haben, der ihre Sorgen ernst nimmt. Es herrscht kollektive Verantwortungslosigkeit.“ Er belegt dies nicht mit Zahlen, sondern mit Beispielen wie Entzündungen von Intimpiercings, Bandscheibenschäden von Bungeespringern und Knochenbrüchen von Drachenfliegern. Ganz so, als seien das Gewohnheiten der Deutschen schlechthin die eigentlichen Ursachen von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Da aber jeder von uns irgendjemanden kennt, der oder die ohne wirklichen Grund sich regelmäßig krankschreiben lässt, stoßen solche eigentlich absurden Verallgemeinerungen auf Resonanz in weiten Teilen der Bevölkerung. Soziologische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Versicherten einen derartigen Missbrauch von Kassenleistungen anderen Bürgern unterstellen, ihn selbst aber nicht praktizieren.

Aber selbst wenn man dieses Stammtischgeschwätz ernst nimmt, was ist die Alternative zu einer diese Vollkaskomentalität angeblich fördernden öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens? Folgt man ideologischen Apparaten wie der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft oder der der FDP zuzuordnenden Friedrich-Naumann-Stiftung, wäre eine nach individuellen Risiken kalkulierte private Krankenversicherung (PKV) für alle Bürger eine ordnungspolitisch korrekte Lösung, die man aus dem Bundeshaushalt sozial abfedern müsste. Über das Ausmaß der damit verbundenen steuerlichen Belastungen hat man sich offenbar keine Gedanken gemacht. Schon Philipp Röslers gescheiterter Ansatz, den Sozialausgleich aus den Krankenkassen in den Bundeshaushalt zu verlagern, hätte nach vorliegenden Schätzungen 35 Mrd. Euro gekostet. Bei einer „PKV für alle“ würden deutlich mehr staatliche Transferzahlungen fällig. Aber auch sonst hat dieses Modell gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutliche Nachteile, wie das deutsche PKV-System zeigt.

Das deutsche PKV-System: Hedgefonds mit angeschlossener Krankenversicherung

Deutschland unterhält als einziges Land in Europa ein duales System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. 90 Prozent der Bevölkerung sind in der GKV, 10 Prozent in der PKV gegen Krankheitsrisiken finanziell abgesichert. In der PKV werden die von den Versicherten zu zahlenden Prämien nach deren gesundheitlichen Risiken kalkuliert, während die GKV Beiträge in Form prozentualer Einkommensanteile erhebt. Außerdem hat die GKV einen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog. Die PKV hat dagegen bei den Inhalten ihrer Versicherungspolice große Gestaltungsmöglichkeiten. Sie kann mit ihren Versicherten die Höhe der Eigenbetei-

ligung vereinbaren oder bestimmte Leistungen ganz ausschließen. Dabei unterliegt sie bis auf wenige Ausnahmen keinem Kontrahierungszwang, kann daher die Aufnahme von Personen wegen zu hoher Risiken ablehnen. Auch kann sie Verträge kündigen, wenn Versicherte bei Vertragsabschluss falsche oder unvollständige Angaben über ihren Gesundheitszustand gemacht haben. Zudem zahlen Frauen wegen angeblich stärkerer Inanspruchnahme je nach Alter zwischen 7 und 20 Prozent höhere Tarife als Männer.

Die deutsche PKV hat noch ein weiteres international exklusives Merkmal. Etwa ein Drittel ihrer Beitragseinnahmen wandert in einen Kapitalstock zur Absicherung der Altersrisiken. Damit soll gewährleistet werden, dass die Versicherten keine mit dem Alter wachsenden Beitragsbelastungen haben. Ein solches Kapitaldeckungsverfahren kennen sogar die US-Krankenversicherungen nicht, deren Prämien deshalb mit den altersbedingten Risiken steigen. Daher gibt es in den USA auch nur wenige Privatpersonen mit einer individuellen Krankenversicherung. Das Kerngeschäft der US-Versicherungswirtschaft besteht aus betrieblichen „health plans“, deren Finanzierung nach den kollektiven Risiken der Unternehmensbelegschaften kalkuliert wird. Daraus ergeben sich zwei völlig verschiedene Geschäftsmodelle der PKV. Während die US-Versicherungen ihr Geld ausschließlich mit der Krankenversicherung verdienen, erzielen die deutschen PKV-Unternehmen ihre Gewinne vor allem mit den auf dem Finanzmarkt erzielten Erträgen ihrer Altersrückstellungen. Sie sind quasi Hedgefonds mit angeschlossener Krankenversicherung.

Das Geschäftsmodell der PKV soll überhöhte Beiträge im Alter möglichst vermeiden, bietet aber damit nicht nur Vorteile für die Versicherten. Deren aus den Altersrückstellungen erwachsenden Ansprüche können bei einer Vertragskündigung bzw. einem Versicherungswechsel nicht mitgenommen werden, sondern verbleiben als Stornogewinn in der alten Versicherung. Sie müssen in der neuen Versicherung erst wieder aufgebaut werden, was mit zunehmendem Alter immer teurer wird. Deshalb gibt einen wirklichen Wettbewerb um Versicherte innerhalb der PKV nur um junge Selbständige und gut verdienende Berufsstarter. PKV-Mitglieder sind der einmal gewählten Versicherung quasi ausgeliefert. Besonders kundenfreundlich ist das nicht.

Dieser Sachverhalt wird seit Jahren von Verbraucherschützern, Juristen und Ökonomen kritisiert, besonders nachdrücklich von der vom Bundesjustizministerium 2004 gebildeten Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-Kommission). Die Mitnahme der Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel würde aber zu einem zerstörerischen Wettbewerb führen, in dem Versicherungen durch das gezielte Anwerben von Versicherten mit einer hohen Altersrückstellung ihren eigenen Cashflow erheblich erhöhen und zugleich ihre Konkurrenten kräftig schädigen können. Die VVG-Kommission kommt daher zu dem Schluss, dass ein an den Interessen der Versicherten orientierter Wettbewerb in der PKV nur funktionieren kann, wenn die PKV für die Absicherung der Altersrisiken einen gemeinsamen Pool bildet. Das aber lehnt der PKV-Verband entschieden ab, weil es das Geschäftsmodell der PKV vernichtet, das vor allem mit der Anlage der Altersrückstellungen auf dem Finanzmarkt Gewinne macht, die durch den Risikopool quasi sozialisiert würden.

Die PKV begründet das Kapitaldeckungssystem natürlich nicht mit ihren Profitinteressen, sondern mit der Behauptung, es sei eine nachhaltige, dem Umlageverfahren der GKV überlegene Absicherung der demographischen Risiken. Damit wird die

Volkswisheit gepflegt „Spare zur Zeit, dann hast du in der Not“. Was aus der Perspektive eines Privathaushalts plausibel erscheint, ist aus gesamtwirtschaftlicher Sicht aber eine Illusion. Die moderne Volkswirtschaft kennt keinen mit Geld gefüllten Tresor wie den von Dagobert Duck, den man bei Bedarf wie einen Geldautomaten anzapfen kann. Es gilt vielmehr der 1952 von Gerhard Mackenroth formulierte, einem Naturgesetz gleich kommende Kernsatz, dass aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss. Anders ausgedrückt: Die Altersrisiken müssen dann von der Volkswirtschaft geschultert werden, wenn sie in Form von Renten und erhöhten Gesundheitsausgaben konkret anfallen.

Demnach stellt sich das demographische Risiko sowohl für das Umlage-, als auch für das Kapitaldeckungssystem. Beide basieren auf Rechtsansprüchen bzw. Anwartschaften für eine Beteiligung am Volkseinkommen zukünftiger Zeiten. Entscheidend für die Einlösung dieses Vertrages ist immer die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft zu dem Zeitpunkt, an dem die Ansprüche an das jeweilige System fällig werden. Das gilt auch für die Kapitaldeckung, die zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen ein ausgewogenes Verhältnis von Sparen und Entsparen benötigt. Nach einer Faustregel der Finanzwirtschaft müssen auf 100 Auszahlungskunden mindestens 120 neue Einzahler gewonnen werden. Sonst droht ein als „asset meltdown“ gefürchteter Effekt: Das angesparte Portfolio hat nicht mehr den für seine Refinanzierung erforderlichen Marktwert, weil es mehr Verkäufer als Käufer von Fondsanteilen und Aktien gibt. Der demographische Trend geht aber spätestens ab 2020, wenn die Babyboomer-Generation der Jahrgänge 1955 bis 1969 allmählich aus dem Erwerbsleben scheidet, in die Richtung einer Entsparer-Sparer-Relation von 100:100, wenn nicht 100:90. Demographiefestigkeit sieht anders aus, auch weil die PKV die Finanzierung der Altersrisiken vom internationalen Kapitalmarkt abhängig macht. Das Umlagesystem der GKV speist sich hingegen aus der Produktivitätsentwicklung unserer Volkswirtschaft, die nur mit einem guten Bildungssystem gewährleistet werden kann. Angesichts der nicht nur einmaligen, sondern sich periodisch wiederholenden globalen Finanzkrisen hat das Kapitaldeckungssystem gegenüber der Umlage nicht gerade die besseren Argumente auf seiner Seite.

Hinzu kommen weitere prinzipielle Mängel der PKV. Ihre Unternehmen haben deutlich höhere Verwaltungskosten als die GKV, zu denen nicht nur die Ausgaben für den eigenen Verwaltungsapparat gehören, sondern auch die Provisionen für Vertreter und Agenturen, die für die Vermittlung von Versicherungsverträgen Prämien erhalten. Das „Handelsblatt“ (2.9.2010) hat ermittelt, dass die PKV für Verwaltung und Vertrieb je Versicherten mit 458,10 Euro fast dreimal soviel ausgibt wie die GKV mit 155,01 Euro. Die aktuelle Anzeigenkampagne der PKV mit dem Slogan „Lieber versichert als verwaltet“ ist also reichlich verlogen, zumal bei Umfragen der Service von gesetzlichen Krankenkassen deutlich besser abschneidet als der von privaten Versicherungen. Die PKV hätte überdies noch höhere Verwaltungskosten, wenn sie wie die GKV auch die Vergütungen für Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel zumindest teilweise mit deren Verbänden aushandeln müssten. Dieses Mandat haben sie aber nicht. Sie müssen die Ärzte nach den von der Bundesregierung erlassenen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) bezahlen, die viele Möglichkeiten zur Leistungsausweitung bieten. Die niedergelassenen Ärzte machen im Schnitt mehr als ein Viertel ihres Umsatzes mit PKV-Versicherten, obwohl diese nur 10 Prozent ihrer Patienten ausmachen. Auch bei den Arzneimitteln müssen sie von Herstellern geforderten Preise zahlen. Festbeträge oder Rabattregelungen wie in der GKV gibt es für Pri-

vatpatienten nicht. Die PKV hat so gut wie keine Möglichkeiten zur effektiven Kostensteuerung und hat in dieser Hinsicht klare Nachteile gegenüber der GKV.

Alles in allem hat die Besserverdienende und Beamte privilegierende Trennung in GKV und PKV keine sachliche Legitimation. Das sieht auch der Wirtschafts-Sachverständigenrat so, der in seinem Gutachten 2004 feststellte: „Die Pflichtversicherungsgrenze und die damit verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ist ökonomisch nicht begründbar.“ Das wird auch von einigen marktliberalen Ökonomen nicht mehr bestritten, die es aber für sinnvoll halten, bestimmte Merkmale der PKV in die GKV zu verpflanzen, als da sind

- Zuzahlungen der Patienten,
- Kostenerstattung statt Sachleistungen sowie
- Krankenkassentarife mit Pflicht- und Wahlleistungen.

Zuzahlungen mit unerwünschten Nebenwirkungen

Einige Lehrbücher für Gesundheitsökonomie schreiben Zuzahlungen der Patienten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen eine positive Allokationswirkung zu. Sie glauben, diese These mit den Ergebnissen einer Studie aus den 1970er Jahren belegen zu können, dem legendären „RAND-Experiment“ eines Wissenschaftlerteams um J. P. Newhouse. An diesem mehrjährigen Projekt nahmen 6.000 Probanden teil, die verschiedene Krankenversicherungstarife hatten. Diese unterschieden sich vor allem in der Höhe der Kostenübernahme. Zwar konnte gezeigt werden, dass Zuzahlungen eine Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie eine Abnahme der Zahl von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten bewirkten. Aber dieser Effekt hatte schädliche Nebenwirkungen:

- Mit der Höhe der Selbstbeteiligung verringerte sich nicht nur die Zahl der Bagatellfälle, sondern auch die von eigentlich erforderlichen Arztbesuchen und Präventionsmaßnahmen. Das führte bei chronisch Kranken u. a. zu Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit und schlechteren Blutdruckeinstellungen.
- Selbstbeteiligungen hatten in der Gruppe mit dem schlechtesten Gesundheitszustand einen negativen Einfluss auf die Überlebenszeit von Risikopatienten. Die volle Kostenübernahme durch die Versicherung verringerte das Sterberisiko dieser Personen um zehn Prozent.
- Bluthochdruckpatienten waren in dem zuzahlungsfreien Versicherungsmodell besser versorgt als in denen mit Selbstbeteiligung.
- Die Häufigkeit von Symptomen wie Angina pectoris, Atemnot, Blutungen oder überdurchschnittlicher Gewichtsverlust lag in der Gruppe der Zuzahler deutlich höher als bei den Personen mit voller Absicherung.

Auch eine generelle, für alle Versicherten geltende Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen konnte das RAND-Experiment nicht belegen. Gutverdienende reagierten in ihrem Inanspruchnahmeverhalten so gut wie gar nicht auf die Zuzahlungshöhe, während Personen der niedrigen Einkommensgruppe einen überdurchschnittlich hohen Rückgang ihrer Arztbesuche aufwiesen, was gesundheitlich höchst problematische Auswirkungen hatte. Die Wahl zwischen verschiedenen Tarifstufen oder Leistungspaketen führte nicht zu einer rationaleren Inanspruchnahme, sondern zu sozialer Ausgrenzung. Über diesen Effekt können sich nur diejenigen wundern, die keine Ahnung von den Lebensverhältnissen unterer Einkommenschichten und den Preisen für medizinische Behandlung haben.

Auch die 2004 in Deutschland eingeführt Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal hat problematische Steuerungseffekte, wie eine Auswertung von Daten des „Gesundheitsmonitors“ zeigt, einer von der Bertelsmann-Stiftung finanzierten ständigen Befragung von Ärzten und Patienten. Dort berichteten 21 Prozent der Personen aus Haushalten mit einem Nettoeinkommen von über 5.000 Euro pro Monat wegen der Praxisgebühr Arztbesuche aufgeschoben zu haben. Bei Personen aus Haushalten mit bis 1000 Euro Nettoeinkommen betrug diese Quote hingegen 37 Prozent. Trotz der Härtefallregelungen im § 62 SGB V, wonach die gesamten Zuzahlungen zwei Prozent, bei chronisch Kranken ein Prozent des jährlichen Haushaltseinkommens nicht überschreiten sollen, sind die sozial schwachen Schichten von der Praxisgebühr deutlich stärker betroffen als die oberen Einkommensgruppen.

Alles in allem bestätigt die empirische Forschung der letzten dreißig Jahre in ihrer Essenz die bereits 1980 von Ulrich Geißler, dem damaligen Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), gemachte Feststellung:

1. Geringe Kostenbeteiligungen haben außer einem statistischen Entlastungseffekt für die GKV keine nennenswerten Wirkungen.
2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen kurzfristigen Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Folgen.
3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obwohl die Kostenexpansion primär von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluss der Patienten nur begrenzt zugänglich sind.

Uneffektive Kostenerstattung

Auch ein anderes Rezept für mehr Kosteneffizienz im Gesundheitswesen hat sich als Versager erwiesen: die Ablösung der Sachleistungen durch Kostenerstattung. Bei dem in der GKV üblichen Sachleistungsprinzip laufen die Geldströme direkt zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern. Die Patienten haben damit nichts zu tun. Sie legen nur ihre Chipkarte vor und haben, sieht man von der Praxisgebühr ab, keine Geldbeziehungen zu ihrem Arzt oder zum Krankenhaus. Das führe, so eine beliebte Behauptung, zu fehlendem Kostenbewusstsein der Patienten. Deshalb habe die Kostenerstattung große Vorzüge, bei der die Patienten in Vorleistung treten und dann Erstattungsanträge bei ihrer Krankenkasse stellen. Das meinte bereits 1966 die von der damaligen Bundesregierung eingesetzte Sozialenquete-Kommission: „Der Patient erfährt, was die Heilung seiner Krankheit kostet. Er wird zu der Einsicht in die Logik des Versicherungsprinzips erzogen; er erkennt, dass er dazu beiträgt, den Versicherungsschutz ... zu verteuern, wenn er Versicherungsleistungen ohne zwingenden Grund oder fahrlässig in Anspruch nimmt.“

Das ist schlechte Gesundheitspädagogik, aber kein brauchbarer Ansatz für die Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen. Die Kostenerstattung hat nach den bisher gemachten Erfahrungen sogar eine eher die Kosten steigernde Wirkung:

- In einer Studie für die Bundesregierung wurde festgestellt, dass man zwischen Kostenkenntnis und Kostentransparenz unterscheiden müsse. Die Patienten seien mit der Prüfung der Arztrechnung überfordert, da sie eine Kenntnis der Gebührenordnung voraussetzen, die selbst Ärzte oft nicht hätten. Mangels anderer Kriterien neigten sie dazu, die teurere auch für bessere Leistung zu halten.

- Die Kostenerstattung ist mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand in den Arztpraxen verbunden. Die Auswertung eines Modellversuchs in Rheinland-Pfalz ergab, dass die Ausstellung der Rechnung für die Patienten Bürokosten zwischen 1,51 und 3,11 Euro je Quittung verursachen. Hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik liefe dies auf einen Zusatzaufwand von zwischen 784,8 und 1.557,7 Mio. Euro hinaus. Die mit der Kostenerstattung unvermeidlich verbundenen Aufwendungen für Mahnverfahren und ggf. nicht eintreibbaren Rechnungen sind darin noch gar nicht berücksichtigt

Anbieterdominanz im Gesundheitswesen

Der Kernfehler der Verfechter von Zuzahlungen und Kostenerstattung besteht darin, den Patienten die Verantwortung für die Preis- und Mengensteuerung im Gesundheitswesen aufzubürden. Sie sitzen ihrer eigenen Ideologie vom Markt als einem sich selbst regulierenden System auf, in dem sich Konsumenten und Produzenten als gleich starke Kräfte gegenüberstehen. Diese Idylle des Marktgleichgewichts ist grundsätzlich eine Illusion, wie auch ordoliberalen Ökonomen in der Tradition von Walter Eucken wissen. Ohne eine von einem durchsetzungsfähigen Staat gesetzte Rahmenordnung führt die freie Marktwirtschaft stets zur Vermachtung bzw. Monopolen und damit zu ihrer eigenen Zerstörung. Das Gesundheitswesen hat darüber hinaus eine von der Marktsteuerung per se nicht in den Griff zu bekommende Eigenschaft: die Anbieterdominanz.

Gesundheitsökonomien bringen sie meist mit der zwischen Ärzten und Patienten bestehenden Informationsasymmetrie in Zusammenhang. Diese gibt es aber zwischen Produzenten und Konsumenten auch auf anderen Märkten. Davon lebt eine ganze Branche von Verbraucherberatern und Testzeitschriften. Im Gesundheitswesen kommt eine Besonderheit hinzu. Sie wird wie keine andere Branche von einer Berufsgruppe dominiert, den Ärzten. Sie haben das gesellschaftliche Mandat, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren und damit eine die menschliche Existenz direkt berührende Aufgabe. Wer sonst sollte diese unverzichtbare Funktion wahrnehmen als die Berufsgruppe, die dafür ausgebildet wurde? Daraus erwächst eine große soziale und ökonomische Macht, die reguliert werden muss. Es wäre naiv anzunehmen, dass Ärzte und Krankenhäuser prinzipiell so selbstlos und edel sind, dass sie aus dieser Position kein Kapital schlagen. Sie reagieren auf finanzielle Anreize wie alle anderen Menschen und Institutionen auch.

Dies äußert sich, wie zahlreiche internationale Studien zeigen, vor allem Mengeneffekte. Stimmt die Vergütungshöhe ihrer Leistungen nicht mit den Einkommenserwartungen der Ärzte überein, erhöhen sie ihre Leistungsmengen:

- In den USA reagierten Ärzte in den 1970er und 1980er Jahren auf das Einfrieren der von der Rentner-Krankenversicherung Medicare gezahlten Honorare u. a. mit einer Ausweitung chirurgischer Eingriffe und aufwändiger diagnostischer Verfahren.
- In Kanada verzeichneten Regionen mit einer eher moderaten Entwicklung der Honorare den höchsten Zuwachs an Leistungsmengen.
- In Deutschland haben die Ausgaben der PKV für ärztliche Behandlung um über 50 Prozent höhere Steigerungen als die GKV, obwohl die in der staatlichen Gebührenordnung festgelegten Punktwerte der Leistungen seit 20 Jahren nicht mehr angehoben wurden.

Deshalb ist die Angebotssteuerung über Bedarfsplanung, administrierte Preise, Festlegung von Budgetobergrenzen und Regeln der Qualitätssicherung eine zentrale Aufgabe, die nur ein parastaatliches System wie die GKV oder die Regierung übernehmen kann. Deshalb werden in modernen Volkswirtschaften auch die Gesundheitsausgaben zu 70 bis 80 Prozent aus Sozialabgaben und Steuern finanziert. Eine Ausnahme bildet das US-Gesundheitswesen, dessen Budget laut OECD nur zu 45 Prozent aus öffentlichen Geldern bestritten wird. Die USA geben für das Gesundheitswesen pro Kopf das Doppelte wie Deutschland oder Frankreich aus. Das aber ist kein Zeichen einer besonders guten medizinischen Versorgung, sondern Ausdruck einer bizarren Kombination von Mangel und Verschwendung, die auch wegen einer fehlenden öffentlichen Kostenkontrolle entstanden ist.

Fazit

Die empirische Überprüfung der neoliberalen Glaubensbekenntnisse zeigt, dass man sie genau da packen kann, wo sie sich stark fühlen: in der Ökonomie. Ihre Rezepte zur Reform des Gesundheitswesens bewirken keine rational Mittelverwendung im Gesundheitswesen, sondern zerstören das soziale Gleichgewicht und führen zur Ressourcenverschwendung. Aber machen wir uns nichts vor. Sachargumente interessieren die Markttheologen eigentlich gar nicht. Sie wollen um jeden Preis ihr politisches Programm einer Gesellschaft von autarken Privateigentümern durchsetzen, in denen soziale Bindungen und Verantwortung für die Zivilgesellschaft eine Frage individueller Moral und nicht von gesellschaftlichen Verhältnissen bzw. politischen Entscheidungen. Dafür setzen sie finanziell bestens ausgestattete ideologische Apparate ein, die mit ihren geschickt aufbereiteten, ebenso falschen wie an allgemeine Vorurteile appellierenden Behauptungen die (gesundheits-)politische Agenda bestimmen sollen. Leider fallen darauf viele Bürger und Journalisten herein. Aber zum mühseligen Geschäft der Aufklärung und der beständigen Widerlegung dieses sich zu Mythen verfestigenden Unsinn gibt es keine Alternative.