SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen

Reiners, Hartmut

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Reiners, H. (2006). *Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen.* (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2006-305). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-113888

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Hartmut Reiners

Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen

Mai 2006
Bestell-Nr. SP I 2006-305
ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Die deutschen Lehrbücher für Gesundheitsökonomie basieren mehr oder weniger auf dem Menschenbild des homo oeconomicus. Dieses grundlegende Paradigma der neoklassischen Ökonomie ist entweder trivial in dem Sinn, dass die Menschen immer versuchen, das Beste aus einer jeden Situation zu machen; oder sie hat nur sehr begrenzte empirische Evidenz, wie man anhand Mark Paulys „moral hazard"-Postulat zeigen kann. Es besagt, dass die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsdiensten falsche Anreize setzt, weil die Nutzer versuchen würden, mehr Leistungen als erforderlich zu bekommen. Diese systematische Überkonsumtion medizinischer Leistungen könne nur durch Zuzahlungen bzw. Franchise-Systeme beschränkt werden. Eigentlich unterstellt Pauly, dass medizinische Behandlungen ein reines Vergnügen sind, von dem man gar nicht genug haben kann – eine äußerst unrealistische Annahme. Zuzahlungen haben nur dann eine rationale Wirkung auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, wenn die Patienten eine wirkliche Wahl haben, etwa im Festbetragssystem für Arzneimittel.

Aber wenn es so wenige Belege für die Rationalität von Zuzahlungen gibt, weshalb war dann dieses Instrument in jedem Kostendämpfungsgesetz der letzten 30 Jahre in Deutschland enthalten? Die Gesundheits- und Sozialpolitik wird in Deutschland von einer hoch ideologischen Debatte über Lohnkosten und deren Wirkung auf Deutschlands Stellung im globalen Wettbewerb dominiert. Krankenkassenbeiträge werden als Lohnnebenkosten definiert und für die hohe Arbeitslosigkeit verantwortlich gemacht. Leistungskürzungen in der Gesundheitsversorgung sollen ein Impuls für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung sein. Es gibt keine belastbaren Belege für diese Behauptung, aber sie beherrscht die veröffentlichte Meinung.

Ein anderes Paradigma der neoklassischen Ökonomie ist die umfassende Nützlichkeit des Wettbewerbs. Jedoch gibt es zwei verschiedenen Denkschulen, deren Protagonisten Walter Eucken und F. A. von Hayek sind. Während Eucken der freien Marktwirtschaft eine suizidale Tendenz zum Monopolismus unterstellt und deshalb für einen regulierten Wettbewerb plädiert, nimmt Hayek eine dogmatische Haltung zum freien Markt ein und weist jede politische Einflussnahme ab. Diese unterschiedlichen Grundsätze bestimmen auch heute noch die deutsche Debatte über den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist evident, dass ein solches System nur mit einem Risikostrukturausgleich vernünftig funktionieren kann. Andernfalls entstünde ein total verzerrter Wettbewerb zu Lasten jener Krankenkassen, die chronisch Kranke und sozial Schwache versichern.

Abstract

German textbooks on health economics are generally based on the concept of *homo oeconomicus.* If this basic paradigm of neoclassical economics is not simply understood as a truism (people make the best of any situation), then it finds itself on shaky empirical ground as has been shown by Mark Pauly in his discussion of “moral hazard.” According to Pauly the public financing of health care services provides false incentives, because such financing leads to consumers accessing more services than they actually need. Pauly states that this systematic over-consumption of medical services can only be restricted through implementing co-payments or franchising arrangements. Pauly’s position is, however, based on the incorrect assumption that medical treatment is a positive experience of which consumers cannot get enough. Co-payments only have a rational impact on medical service use if the patients have a real choice of products or services, for example, in the case of reference price system.

If there is so little evidence for the rationality of co-payments, why has this tool been part of each cost containment measure over the last thirty years in Germany? German health care and welfare politics are dominated by a highly ideological debate on the cost of labour due to fringe benefits and the impact of high labour costs on the country’s standing in the global job market. Health insurance contributions are seen as being a major part of the benefits package, thus contributing to the high cost of German labour, resulting in high unemployment rates. It follows that cuts in health care benefits are believed to give a new impetus for economic growth and the creation of new jobs. Although there is no real proof for this claim, it continues to dominate public opinion.

Another paradigm of neoclassical economic theory concerns the central role of competition. Here there are two schools of thought, their protagonists being Walter Eucken and F. A. von Hayek. Eucken argues that the free market economy has a suicidal tendency toward the creation of monopolies and therefore pleads for controlled competition. Hayek, on the other hand, has a dogmatic free market stance, refusing all forms of political intervention. These fundamentally different views strongly influence the German debate on competition among statutory health insurance providers. It is clear that such a competitive system can only work properly if the risk burden born by the varying insurers is taken into account, those insurers having more high-risk members receiving a special compensation. If the insurers bearing a higher level of the overall burden receive no such compensation, then competition will take place at the expense of those insurance providers with a disproportionate number of members with chronic diseases and/or having a lower socio-economic status.

Inhaltsverzeichnis

1. Das Gesundheitswesen als Gegenstand der Ökonomie 7
2. Das widersprüchliche Paradigma des Homo oeconomicus: Wirtschaftstheorie oder Praxeologie? 9
3. Der Homo oeconomicus in der Sozialen Krankenversicherung: „Risikovermeider“ oder „moral hazard“? 13
4. Exkurs: Das Mantra von den zu hohen Lohnnebenkosten .18
5. Der Arzt als Homo oeconomicus: „moral hazard“ und das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage 21
6. Markt und Wettbewerb als ordnungspolitische Prinzipien ..24
7. Wettbewerb in der GKV – Steuerungstechnik oder Dogma?.....28

Literatur 32

DER HOMO OECONOMICUS IM GESUNDHEITSWESEN [1]

„Die Ökonomie ist die einzige Wissenschaft, in der sich zwei Menschen den Nobelpreis teilen können, weil ihre Theorien sich gegenseitig widerlegen."
Joseph Stiglitz (Berliner Zeitung, 06./07.03.2004)

1. Das Gesundheitswesen als Gegenstand der Ökonomie

Das Gesundheitswesen ist ein relativ junger Wirtschaftszweig. Zwar wurde mit medizinischer Behandlung oder Leistungen, die sich als solche ausgaben, schon immer Geld verdient (*Herder-Dorneich* 1981: 11 ff.). Aber früher waren Spitäler eher karitative Einrichtungen als Wirtschaftsbetriebe, und Ärzte hatten mit ihrem buchstäblich ambulanten Gewerbe keinen besonders guten Ruf.[2] Die von Bismarck 1883 gegründete gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hatte lange Zeit ihren Schwerpunkt in Einkommensersatzleistungen (Lohnfortzahlung, Wochenhilfe usw.), die Anfang des 20. Jahrhunderts die Hälfte der GKV-Ausgaben beanspruchten (*Frerich/Frey* Bd. 1: 102). Noch Mitte der 60er Jahre gaben die Krankenkassen deutlich mehr für Krankengeld als für die Krankenhausbehandlung aus (ebenda Bd. 3: 72).[3] Dagegen werden heute über 90 % der Leistungsausgaben der GKV für Sach- und Dienstleistungen verwendet. Im Unterschied zu den anderen Zweigen unseres Sozialversicherungssystems dienen GKV und Pflegeversicherung weniger der Einkommensverteilung bzw. -sicherung, als der Steuerung eines Wirtschaftszweiges mit hoch komplexen Allokationsmechanismen, in dem mehr als vier Millionen Erwerbstätige 11 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaften. Die medizinische Versorgung ist in jedem entwickelten Land die Aufgabe professioneller, zur Wertschöpfung beitragender Einrichtungen, gleichgültig, ob diese öffentlich oder privat finanziert werden. Die in den 50er Jahren entwickelte These, die meisten Sozialleistungen seien verteilungspolitische Maßnahmen und Sozialpolitik sei daher „eine Politik der Einkommensverteilung geworden" (*Liefmann-Keil*: 1)[4], stimmt so schon lange nicht mehr. In der Gesundheitspolitik geht es vornehmlich um die Strukturierung eines Wirtschaftszweiges; daher werden ihre Themen auch in den Wirtschaftsressorts der Medien abgehandelt. Diese Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist als Professionalisierung und In-

---

1 Dieser Beitrag ist die gründliche Überarbeitung und thematische Ergänzung einer Publikation aus dem Jahr 2001. Die daran geübte Kritik von *Podzerek-Knop/Ribhegge* wird im Folgenden berücksichtigt, sofern es um die Klärung von Missverständnissen geht. Das ändert nichts an den unterschiedlichen Auffassungen zur ökonomischen Theorie, die sich implizit aus beiden Beiträgen ergeben.

2 *Karl Marx* z. B. spricht in Anlehnung an Adam Smith von unproduktiven „höheren Arbeitern" wie „Staatsbeamten, Militärs, Virtuosen, Ärzten, Pfaffen, Richter, Advokaten", und setzte sie „*ökonomisch* mit den buffoons und medial servants" gleich, die „bloß als Mitkonsumenten, Parasiten der eigentlichen Produzenten …erscheinen." (145) Hervorhebung im Original.

3 Dies änderte sich schlagartig mit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969, das die Arbeiter mit den Angestellten gleichstellte und die Lohnfahrtzahlung im Krankheitsfall in den ersten sechs Wochen den Arbeitgebern übertrug.

4 Den Dienst- und Sachleistungen des deutschen Sozialstaates widmet *Liefmann-Keil* in ihrem Klassiker knapp vier Seiten (189-192).

dustrialisierung ein Fortschritt und keineswegs beklagenswert. In der Branche wird viel Geld ausgegeben und verdient. Dementsprechend sind Mutter Teresa und Albert Schweitzer keine realistischen Vorbilder für Pflegekräfte und Ärzte. Es wäre verlogen, den Eid des Hippokrates mit der Verpflichtung zu geregelter Armut zu verbinden.[5]

Vor diesem Hintergrund ist es eigentlich verwunderlich, dass deutsche Ökonomen sich erst seit relativ kurzer Zeit mit dem Gesundheitswesen beschäftigen. Während in den USA bereits in den 60er Jahren eine rege Diskussion über ökonomische Aspekte des Gesundheitswesens geführt wurde (vgl. Abschnitt 3), entdeckten man bei uns dieses Thema erst zwanzig Jahre später. Der Verein für Socialpolitik, das wohl wichtigste wirtschaftswissenschaftliche Forum in Deutschland, widmete sich erstmals 1985 der Gesundheitsökonomie *(Gäfgen* 1986*).* Die Zögerlichkeit, mit der sich Ökonomen dem Gesundheitswesen nähern, hat Gründe, die sie selbst gern verdrängen. Abgesehen davon, dass die öffentliche Wirtschaft noch nie zu ihren bevorzugten Arbeitsfeldern gehört hat, stößt ihr an monetären Kategorien, Gewinnstreben und Wettbewerb orientiertes Denken im Gesundheitswesen mit dessen die menschliche Existenz und ethische Fragen unmittelbar berührenden Aufgaben an Grenzen. Der Kalauer vom Widerspruch zwischen „Ethik und Monetik“ beschreibt dieses Problem anschaulich. Aber das quält die akademische Gemeinde der Ökonomen nicht wirklich. Sie neigt seit jeher dazu, sich nach dem hemdsärmeligen Motto „economics is what economists do“ jede Problematisierung ihrer Paradigmen vom Hals zu halten. Ihr wissenschaftstheoretisches Interesse ist in der Regel dünn, was sich u. a. in einer schlampigen Sprache äußert. Begriffe wie „Theorie“, „Methode“, „Analyse“, „Betrachtungsweise“ oder „Modell“ werden ohne Begründung austauschbar verwendet (*Jochimsen/Knobel* 1971: 43 f.). *Walter Eucken*, Begründer der in Deutschland die wirtschaftspolitische Lehre seit 50 Jahren dominierenden ordoliberalen Schule, gelten methodische Reflexionen per se als „Krankheitszeichen für jede Wissenschaft“ (1989: IX); und wer attestiert sich schon gerne selbst einen therapiebedürftigen Zustand? Da folgt man lieber *Roy F. Harrods* Aufforderung, solche Grundsatzdebatten zu beenden: „Stop talking and get on with the job.” (412)

Das falsche Selbstbewusstsein vieler Ökonomen produziert die Geisterfahrermentalität, nicht sich, sondern die Anderen auf der falschen Spur zu sehen. In ihrer akademischen Ausbildung werden sie im Denken in Modellen trainiert. [6] Weichen diese von den empirischen Strukturen und Handlungsmustern ab, wird diese Diskrepanz nicht auf eine mangelhafte Theorie zurückgeführt, sondern einer „falschen“ Realität angelastet oder mit Hilfe der notorischen „ceteris paribus“-Klausel[7] von der komplizierten

---

[5] *Wenn ausgerechnet bestens verdienende Ärztefunktionäre die Ökonomisierung des Gesundheitswesens beklagen, hat das schon ein „Gschmäckle“.*

[6] Im Unterschied dazu pflegt die Medizin ein kasuistisches, d. h. fallbezogenen Denken; sie ist eine quasi theorielose Wissenschaft (*Elsner)*. Das erklärt so manches Kommunikationsproblem zwischen Ökonomen und Ärzten.

[7] Diese Klausel setzt alle anderen als die im jeweiligen Modell enthaltenen Parameter konstant und schließt damit entsprechende Einflüsse aus den Überlegungen aus.

gesellschaftlichen Wirklichkeit abgeschottet. Der Wissenschaftstheoretiker *Hans Albert* (1963: 51) hat dieses psychopathologische Symptom, das in Versuchen zum Ausdruck kommt, „ökonomische Aussagen und Aussagenmengen (Modell) durch Anwendung konventionalistischer Strategien gegen die Erfahrung zu immunisieren", schon vor über vierzig Jahren als „Modell-Platonismus" diagnostiziert. Leider hatte dieser Befund bislang kaum therapeutische Konsequenzen. Der Patient erweist sich als behandlungsresistent, keine „compliance", sozusagen. Nach wie vor dominieren nicht aus der Empirie destillierte, sondern vom „Homo oeconomicus" und lebensfremden Indifferenzkurven vorgestanzte Wettbewerbsmodelle der neoklassischen Theorie vor allem an deutschen Universitäten die wirtschaftswissenschaftliche Lehre. Diese Denkschablone hat darüber hinaus auf ihrem Marsch durch die Institutionen gesellschaftspolitische Hegemonie erlangt. Wettbewerb, Markt und monetäre Anreizsysteme werden allen möglichen Bereichen von Politik und Wirtschaft als garantierter Weg zum Erfolg angepriesen, egal, mit welchen wirtschaftlichen und sozialen Kollateralschäden die Umsetzung dieser Scholastik verbunden ist.[8] Im Folgenden wird versucht, den dabei in der Gesundheitspolitik produzierten ideologischen Nebel ein wenig zu lichten.

3. Das widersprüchliche Paradigma des Homo oeconomicus: Wirtschaftstheorie oder Praxeologie?

Die gängigen Einführungen in die Gesundheitsökonomie[9] beantworten die Frage nach dem Gegenstand dieser Disziplin im Sinn der eingeführten Lehrbücher der Volkswirtschaftslehre, in denen der stets seinen individuellen Nutzen maximierende Homo oeconomicus der theoretische Ausgangspunkt ist. Sein Paradigma ist die Allokation knapper Ressourcen gemäß der Definition von *L. C. Robbins*: „Economics is the science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses."[10] Ökonomen interessiert demnach die Frage, wie man ein bestimmtes Ziel mit möglichst wenig Aufwand erreicht bzw. mit gegebenen Ressourcen einen optimalen Ertrag erzielt. Diese aus dem Jahre 1932 stammende Definition ist als solche zwar vergleichsweise jung, jedoch hatte sie sich unter der Hand schon lange vorher unter den Ökonomen durchgesetzt. Diese hatten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen grundlegenden Wandel ihres Selbstverständnisses erlebt, der vor allem mit den Arbeiten von Jevons, Marshall, Menger, Pareto und Walras verbunden war (*Lange* Bd. 1: 270 ff.). Die Analyse von gesellschaftlichen Produktions- und Tauschprozessen mit der zentralen Frage nach den Mechanismen von Wertschöpfung und wirtschaftlichem Wachstum, wie sie die

---

[8] Viviane Forrestier hätte ihren Bestseller „Der Terror der Ökonomie" besser „Der Terror der Ökonomen" genannt. Von der Ökonomie an sich kann man ebenso wenig terrorisiert werden wie von der Schwerkraft, sehr wohl aber von ökonomischen Interessen und deren ideologischen Dolmetschern.

[9] Ich beziehe mich auf *Breyer u. a., Hajen u. a., Herder-Dorneich 1994 und Schulenburg/Greiner*. Das Buch von Hajen u. a. unterscheidet sich insofern von den anderen, als zwar in der Einleitung auf die Robbin'sche Definition von Ökonomie Bezug genommen wird, der „Homo oeconomicus" aber im weiteren Text kaum noch eine Rolle spielt.

[10] „Die Ökonomie ist die Wissenschaft, welche das Verhalten der Menschen als Beziehung von Zielen und knappen Mitteln mit verschiedenem Nutzen untersucht." Zitiert nach *Jochimsen/Knobel* 1971: 16

„klassische“ Ökonomie von Petty über Smith und Ricardo bis hin zu Marx pflegte, wurde abgelöst durch die „neoklassische“ Ökonomie mit dem Paradigma des Verhältnisses von Menschen zu den Gegenständen ihrer Bedürfnisbefriedigung. Es dominiert seither eine personalistische Sicht der Wirtschaftsgesellschaft, die sich mit den Handlungsgrundlagen zur Steigerung des subjektiven Nutzens beschäftigt und nicht nach deren sozialen Wurzeln fragt (*Hofmann* 1968: 92 ff.).

Dieser Paradigmenwechsel äußert sich grundlegend im Wertbegriff. Während die klassische Ökonomie den Wert eines Produkts als die im Tausch realisierte Arbeit des Produzenten bzw. gesellschaftliches Produkt der arbeitsteiligen Aneignung der Natur durch den Menschen definiert, reduziert er sich für die Neoklassiker auf eine rein subjektive Angelegenheit. Der marktradikale Ökonom *David Friedman* (33) bringt das Wert-Paradigma dieser Lehre auf den Punkt: „Ökonomischer Wert ist ganz einfach Wert für Individuen, wie er von ihnen selbst beurteilt wird und in ihren Handlungen zum Vorschein kommt.“ Demnach stehen nicht die sozialen Interaktionen in der Produktion und Verteilung von Wirtschaftsgütern und deren Ergebnisse als Wertschöpfung und Volkseinkommen im Mittelpunkt der ökonomischen Betrachtung, sondern das sozial wie historisch bindungs- und voraussetzungslose, nur in sich selbst ruhende Individuum und die von ihm definierten Wertsetzungen.

Mit diesem Selbstverständnis wird die Ökonomie auf ein rein formales Handwerk reduziert, in der die Volkswirtschaft und deren Subsysteme nicht als soziale bzw. historische Gebilde interessieren, sondern als Verhältnisse von Menschen zu Sachen. Aus einer Sozialwissenschaft wird eine scheinbar ahistorische Technologie gemacht, deren verdinglichte Gedankenwelt sich beliebig auf alle Lebensbereiche übertragen lässt. Sie gilt für Robinson auf seiner Insel ebenso wie für globalisierte Märkte und gleitet damit in die Trivialität ab, dass „ungeachtet der Gegebenheiten und namentlich der institutionellen Ordnung einer Gesellschaft, das menschliche Handeln, soweit es rational ist, immer versuchen wird, das Beste aus jeder gegebenen Situation herauszuholen.“ (*Schumpeter*: 128) In den meisten Lehrbüchern der Volkswirtschaftslehre finden sich, wie der amerikanische Ökonom *Paul Krugman* in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (17.06.2000) klagt, „jede Menge Farmer, die die Bewirtschaftung ihres Bodens optimieren“, aber von der „Wirtschaft draußen“ sei kaum die Rede. Die Beförderung des Homo oeconomicus zum universellem Code zur Entschlüsselung menschlichen Handelns schlechthin war zwar immer wieder, vor allem in den 70er Jahren, Gegenstand von teilweise prominenter Kritik (*Bell/Kristol; Frank; Vogt*); die Rede ist u. a. vom „Imperialismus der Ökonomen“. Das hat an seiner Dominanz im wirtschaftswissenschaftlichen Lehrbetrieb aber nichts ändern können. Man kann sogar, wie das Beispiel Gary Becker zeigt, mit der Übertragung ökonomischer Modelle auf so wirtschaftsferne Themen wie die Liebe oder familiäre Beziehungen den Nobelpreis für Ökonomie gewinnen. Bei derartigen Abhandlungen handelt es sich bestenfalls um eine formale Logik der rationalen Auswahl, aber nicht um eine Analyse von Märkten, Wirtschaftswachstum und Strukturen arbeitsteiliger Prozesse, d. h. wirklicher *ökonomischer* Fragen.

Zweifelsohne hat die Denkfigur des Homo oeconomicus ihre historischen Wurzeln im Wirtschaftsleben. Sie basiert auf der von *Adam Smith* im 18. Jahrhundert erstmals umfassend beschriebenen Mentalität des subjektiven Nutzenmaximierers in Warenmärkten.[11] Seine darauf aufbauende Theorie vom Markt als „unsichtbarer Hand" verfolgte zwei Ziele. Zum einen wollte der Moralphilosoph Smith zeigen, dass das Verfolgen von Eigeninteressen im Wirtschaftsleben nichts Verwerfliches und kein Verstoß gegen das Gebot der christlichen Nächstenliebe ist. Zum anderen wollte der liberale Ökonom Smith belegen, dass ein System freier Produzenten und Warenbesitzer nicht, wie die herrschende Klasse aus Adel, Klerus und Zünften seinerzeit behauptete, im Chaos endet, sondern eine „natürliche" Ordnung ist. Aus Smiths Beschreibung von Marktbeziehungen wurde im 19. Jahrhundert die Grenznutzentheorie abgeleitet, eine begriffliche Verbindung von Gebrauchswert und Knappheit einer Sache. Ein wirtschaftliches Gut ist demnach umso teurer, je nützlicher bzw. notwendiger und zugleich knapper es ist. Das Paradigma vom abnehmenden Grenznutzen, auch Gossen'sches Gesetz genannt[12], besagt, dass der Gesamtnutzen von Gütern zwar mit der Menge absolut wächst, der Nutzenzuwachs aber abnimmt und schließlich gegen Null konvergiert. Ein bestimmtes Gut hat dann einen abnehmenden Grenznutzen, wenn für jede zusätzliche ausgegebene Geldeinheit der damit erworbene Zusatznutzen geringer wird. Die Aufgabe der Ökonomen wird darin gesehen, den optimalen Punkt zu bestimmen, wo Zusatzaufwand und Zusatznutzen im Einklang bzw. Gleichgewicht stehen.

Der Widerspruch des Homo oeconomicus als Leitfigur der Lehrbuchökonomie besteht in dem impliziten Anspruch, sowohl Erklärungsmuster für die Strukturen des Wirtschaftslebens, als auch formales Denkraster für allgemein menschliches Handeln zu sein:

- Als nomologische Theorie will er die in der Wirtschaft tatsächlich vorhandenen, d. h. empirisch überprüfbaren Zusammenhänge von Produktion und Verteilung aufdecken. Als Realtypus ist der Homo oeconomicus vor allem dann nur sehr bedingt brauchbar, wenn man ihn auf die Rolle des Profitmaximierers reduziert und daraus eindimensional monetäre Anreizsysteme ableitet, wie empirische Überprüfungen zeigen (*Schlicht*). Entscheidungsprozesse in der Wirtschaft sind viel zu komplex, um sie derart monokausal erklären zu können.

- Als Praxeologie soll er Erklärungen dafür liefern, was geschieht, „wenn auf bestimmte Art und Weise definierte Wirtschaftssubjekte rational denken und han-

[11] „Wir erwarten unser Essen nicht von der Wohltätigkeit des Fleischers, Brauers oder Bäckers, sondern davon, dass sie ihre eigenen Interessen wahrnehmen. Wir wenden uns nicht an ihre Menschlichkeit, sondern an ihre Eigenliebe und sprechen mit ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen." (Smith Bd. 1: 21 f.)

[12] So genannt nach *Hermann Heinrich Gossen*, dessen „Erstes Gesetz" lautet: „Die Größe eines und desselben Genusses nimmt, wenn wir mit Bereitung des Genusses ununterbrochen fortfahren, fortwährend ab, bis zuletzt Sättigung eintritt." (Zitiert nach *Hofmann* 1964: 123)

deln.“ (*Jochimsen/Knobel 1971*: 48) In dieser Funktion ist der Homo oeconomicus zwar auf alle möglichen Handlungsfelder des Menschen übertragbar, was z. B. die Spieltheorie auf hohem Abstraktionsniveau pflegt; dann ist er aber kein wirtschaftstheoretisches Modell mehr, sondern eine allgemeine Logik der rationalen Auswahl.

Die Frage, was „rational“ ist, steht in den Modellen der (neoklassischen) Ökonomie nicht zur Debatte; sie wird den subjektiven Präferenzen der Akteure zugeordnet, die als gegeben betrachtet werden. Es gilt das Dogma von *Ludwig von Mises*, wonach menschliches Handeln a priori rational ist und keiner entsprechenden Erklärungen bedarf. Es sei sogar anmaßend, es zu hinterfragen, weil damit automatisch Wertsetzungen verbunden seien, die niemandem zustünden. *Boulding* (104) verspottet diese Auffassung, wonach subjektive Präferenzen in keinem gesellschaftlichem Zusammenhang stehen, als „unbefleckte Empfängnis der Indifferenzkurve“. Eine solche „aprioristische Theorie“ kritisiert *Gäfgen* (29) zu Recht als „ein Begriffssystem, mit dessen Hilfe man sich über menschliches Verhalten unterhalten kann; sie macht aber keine Aussagen darüber, welches Verhalten in bestimmten Situationen zu erwarten ist, ja sie gibt nicht einmal an, welches Verhalten man einem Aktor empfehlen kann.“ *Albert* (1967) hat deshalb den Ökonomen schon vor über 40 Jahren den dringenden Rat gegeben, sich von der Entscheidungslogik hin zu einer Marktsoziologie zu bewegen; sonst ende die ökonomische Theorie in einer dogmatischen Scholastik. Nur in der Institutionenökonomie wurde dieser Rat im Ansatz befolgt.

Mit der formalen Zweck-Mittel-Rationalität von Optimierungsmodellen und deren Darstellung in scheinbar objektiven mathematischen Ableitungen kann man dem Problem der Bewertung von sozialen Prozessen im Wirtschaftsleben nicht aus dem Weg gehen, wie *Gunnar Myrdal* klar macht. Diese beziehe sich in der Praxis jeweils auf den ganzen Verlauf eines Prozesses und nicht nur auf ein antizipiertes Resultat. Hinzu komme, dass in entsprechenden Modellen Nebenwirkungen ausgeklammert würden. Wenn aber, so Myrdal, sowohl die Mittel als auch die Nebenwirkungen nicht als wertindifferente Größen angesehen werden können, dann seien nicht nur die Zielsetzungen der Modelle von sozialen Verhältnissen vorbestimmt, sondern jede einzelne Kombination von Zwecken, Mitteln und Nebenwirkungen. Auf diese Weise werde die „praktische“ Nationalökonomie immer wieder von gesellschaftsbezogenen Fragestellungen und Bewertungen eingeholt. Mit dieser Infragestellung der Objektivität des Homo oeconomicus wird keinesfalls, wie *Buchanan* Myrdal vorwirft, die Ökonomie ihrer Wissenschaftlichkeit beraubt. Ohne den seit Max Webers Zeiten immer wieder aufflammenden Werturteilsstreit hier aufgreifen zu wollen, sei darauf hingewiesen, dass das Wirtschaftsleben mit Ressourcenverteilung, also mit Interessenunterschieden und -konflikten zu tun hat. Die Vorstellung, Ökonomen könnten die Rolle des neutralen Gutachters spielen und für alle Beteiligten gleichermaßen geltende „Wahrheiten“ (Buchanan) verkünden, ist bestenfalls naiv, aber auf keinen Fall wissenschaftlich.

3. Der Homo oeconomicus in der Sozialen Krankenversicherung: „Risikovermeider“ oder „moral hazard“?

Der Leerformelcharakter des Homo oeconomicus schlägt sich auch in der Gesundheitsökonomie nieder. Auf Basis dieses Denkmusters lässt sich eine soziale Absicherung für den Krankheitsfall wohlfahrtsökonomisch sowohl als rational als auch als suboptimal bewerten, wie zwei bis heute grundlegende Arbeiten von *Kenneth Arrow* und *Mark Pauly* zeigen.

Arrow entwickelt die These, eine allen Bürgern zur Verfügung stehende medizinische Versorgung lasse sich marktmäßig nicht vernünftig organisieren. Krankheit sei ein für den Einzelnen weder kalkulierbares noch vorhersehbares Risiko, das unter den Menschen ungleich verteilt sei. Der Ausgleich „schlechter“ durch „gute“ Risiken sei auf einem durch freien Wettbewerb gekennzeichneten Versicherungsmarkt faktisch nicht möglich. Dort würden die Versicherungen alles daran setzen, die guten Risiken mit günstigen Prämien zu ködern und die schlechten Risiken durch hohe Prämien abzuschrecken. Es käme nicht zu einem Risikoausgleich, sondern zu einer Ausgrenzung schlechter Risiken. Unter wohlfahrtsökonomischen Gesichtspunkten sei daher die soziale der privaten Krankenversicherung überlegen. Arrow leugnet keineswegs, dass diejenigen, die aufgrund ihrer besseren sozialen bzw. körperlichen Verfassung in einer sozialen Krankenversicherung die Spenderposition einnehmen, sich ohne ein soziales Umverteilungssystem womöglich günstiger versichern bzw. durch individuelles Sparen angemessen absichern könnten. Jedoch seien die Menschen bei großen, für sie nicht einschätzbaren Risiken wie dem einer Erkrankung eher geneigt, sich als „Risiko-Vermeider“ („risk averter“) zu verhalten. Eine soziale Krankenversicherung biete zusätzliche Sicherheit, die auch für gesunde und gut verdienende Menschen attraktiv sei. Sie könnte es ja auch einmal, vor allem im Alter, schlimm treffen, wo eine private Krankenversicherung mit ihrer risikoäquivalenten Prämienkalkulation nur einen begrenzten Schutz biete. Außerdem sei eine breit gefächerte Krankenversicherung kostengünstiger als eine nur auf hohe Risiken beschränkte Assekuranz. Wenn man nur aufwändige Fälle versichere, seien die Policen entsprechend teuer, da deren Behandlungskosten sich auf weniger Schultern verteilten und überdies die relativen Verwaltungskosten höher seien. Arrow sieht also die Vorteile einer öffentlichen gegenüber einer privaten Absicherung der Krankheitsrisiken nicht nur in Wohlfahrtsgewinnen, sondern auch in den mit der Zahl der Versicherten sinkenden relativen Kosten der Versicherungsleistungen.

Dieser These steht die Behauptung von *Pauly* gegenüber, die soziale Krankenversicherung sei grundsätzlich mit einer Verschwendung von Ressourcen verbunden und daher ökonomisch suboptimal. Sie würde die Menschen dazu verleiten, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da die einzelnen Versicherten einer Krankenkasse die Gegenleistungen für ihre Beitragszahlungen nicht abschätzen könnten und ihre Beiträge unabhängig von der Leistungsinanspruchnahme seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational, da dem

Versicherten durch jede zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine Zusatzkosten entstünden. Er müsse überdies bei geringer Inanspruchnahme Nachteile befürchten, weil er mit seiner Bescheidenheit die Anspruchsmentalität anderer Versicherter finanziere. Da sich unter der Annahme der individuellen Nutzenmaximierung die meisten Versicherten so verhielten, wären in der sozialen Krankenversicherung übermäßige Ausgabensteigerungen und in deren Folge beständige Beitragserhöhungen unvermeidlich, wenn nicht mit spezifischen Anreizen für die Versicherten gegengesteuert würde. Pauly ist kein grundsätzlicher Gegner einer sozialen Krankenversicherung, fordert aber finanzielle Anreize für eine rationale Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten. Dazu gehören vor allem Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen und – ggf. damit kombinierte – Wahltarife der Versicherungen. Pauly nennt das von ihm postulierte Versichertenverhalten „moral hazard“, ein mittlerweile in der Gesundheitspolitik gängiger Begriff. Er entstammt der amerikanischen Feuerversicherung und umschreibt das Risiko absichtlicher Brandstiftung oder fahrlässigen Verhaltens seitens der Versicherten. *Herder-Dorneich* (1982) nennt dieses Theorem auch „Rationalitätenfalle“. Sein Handlungsmuster, in dem individuell rationales Handeln kollektive Irrationalität bewirkt, ist der Theorie des „kollektiven Handelns“ von *Mancur Olson* (1968) entlehnt. Man findet es auch in verschiedenen Abhandlungen der Spieltheorie über das „Gefangenendilemma“. (*Sen*: 208 ff.) Olson geht davon aus, dass Organisationen, die Kollektivgüter anbieten, nur bei Zwangsmitgliedschaft überleben können. Eine freiwillige Mitgliedschaft habe „Trittbrettfahrereffekte“ zur Folge, da auch Nicht-Mitglieder von den Leistungen profitierten. Zwangsmitgliedschaft wiederum provoziere eine Überinanspruchnahme von Leistungen, da jedes Mitglied ohne Rücksicht auf seinen tatsächlichen Bedarf so viel wie möglich für seine Beiträge wieder herauszuholen versuche.

Wie man sieht, bietet das Handlungsmuster des seinen eigenen Nutzen maximierende Homo oeconomicus einen sehr flexiblen Anwendungsspielraum. Sowohl Arrows These vom „risk averter“ mit den daraus abgeleiteten Vorteilen einer öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens als auch Paulys „moral hazard“-Theorem von den falschen Anreizen eines auf Umverteilung basierenden sozialen Krankenversicherungsschutzes beruhen auf diesem Paradigma, mit dem sich offenbar alles und damit gar nichts erklären lässt. Über Sinn und Zweck einer öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens können nicht aprioristische Modelle entscheiden, sondern nur die gesellschaftliche Praxis. *Thomas Rice* kommt daher in seiner luziden Bestandsaufnahme der Gesundheitsökonomie zu dem Ergebnis, dass derart „grundlegende Fragen empirisch beantwortet werden (müssen).“ (27)

Arrows Theorie hat in dieser Hinsicht klare Vorteile gegenüber der von Pauly. Es lässt sich zeigen, dass das zu großen Teilen privat finanzierte Gesundheitswesen der USA teurer und uneffektiver ist als die vornehmlich von einer Sozialversicherung bzw. dem Staat getragenen medizinischen Versorgungssysteme [13]:

[13] Vgl. zum Folgenden auch Braun/Kühn/Reiners: 59 ff.

- Die Inanspruchnahme von Leistungen ist im Gesundheitswesen der USA deutlich geringer als in Europa, weil 35 Prozent der Erwachsenen keine Krankenversicherung haben oder stark unterversichert sind (*Schoen et al.*). Dennoch sind die Gesundheitsausgaben deutlich höher als in den EU-Staaten. Dort liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 7,3 % (Irland) und 11,1 % (Deutschland), in den USA bei 15,0 % (*OECD*). Diese Diskrepanz hängt u. a. mit einem im Vergleich zur EU oder Kanada sehr hohen Preisniveau für medizinische Leistungen und Pharmazeutika zusammen (*Anderson u. a*. 2005). Länder mit einer weitgehend öffentlichen Finanzierung von Gesundheitsleistungen haben ein viel effektiveres Instrumentarium zur Preis- und Mengensteuerung als das zu über 50 % privat finanzierte US-Gesundheitswesen.

- Schwartz/Busse zeigen in einem Vergleich der Krankenhauskosten in den USA und in Deutschland, dass in den USA nach Abzug aller Verwaltungskosten in den Versicherungen und Krankenhäusern von 100 $ Gesamtausgaben nur noch 66 $ für die eigentliche Versorgung bleiben, während dieser Anteil in Deutschland 88 $ beträgt.

- *Himmelstein/Woolhandler* belegen, dass die „overheads“, d. h. die nicht bei den Versicherten bzw. Patienten als medizinische Leistungen ankommenden Kosten des Gesundheitswesens, in den USA sechsmal so hoch sind wie im staatlichen Versorgungssystem Kanadas. „The United States shuffles paper; Canada delivers health care“, kommentieren *Evans et al.* (501) diesen Sachverhalt.

Auch in Deutschland gibt es harte Indikatoren für Effizienznachteile von privat finanzierten Gesundheitsleistungen:

- Die privaten Krankenversicherungen haben deutlich höhere Verwaltungskosten (inkl. Provisionen) als die GKV. Lediglich einer von 39 Anbietern (*Debeka*) hat mit 5,4 % einen der GKV vergleichbaren Anteil der Verwaltungskosten an den Beitragseinnahmen. Bei den anderen neun Versicherungen der Top 10 in Deutschland schwanken die „Overheads“ zwischen 9,3 und 15,3 % (*Surminski*).

- Der Zuwachs bei den Leistungsausgaben ist in der PKV seit 1991 um 51,7 Prozentpunkte höher ausgefallen als bei der GKV, obwohl die privat Versicherten eine günstigere Alters- und Morbiditätsstruktur haben (*PKV-Verband*: 50).

Trotz seiner empirischen Evidenz haben Arrows Gedanken nach wie vor nicht annähernd die gleiche öffentliche Resonanz wie Paulys „moral hazard“-Ansatz. Für den steht der solide empirische Beleg zwar nach wie vor aus, dennoch nimmt er breiten Platz in gesundheitsökonomischen Lehrbüchern ein und beherrscht als „Vollkaskomentalität“ die Kommentarspalten der Presse. Sicher gibt es Menschen, die Leistungen der GKV missbräuchlich in Anspruch nehmen. Aber das sind Ausnahmen und kein typisches Versichertenverhalten. Die Verfechter der „moral hazard“-These wiechen zu deren Begründung nicht von ungefähr gerne auf Begebenheiten des Alltags

aus, anstatt belastbare Untersuchungsergebnisse aus dem Gesundheitswesen zu präsentieren. *Herder-Dorneich* (1982: 50) z. B. illustriert die „Rationalitätenfalle“ anhand eines Betriebsausfluges. Werde eine solches Vergnügen von den Teilnehmern per Umlage finanziert, sei es für niemanden lohnend, auf ein Bier zu verzichten. Im Gegenteil, dem Einzelnen erscheine es vernünftig, mehr als alle anderen zu trinken, um hinterher nicht derjenige zu sein, der mit seiner Einlage den Rausch der anderen finanziert hat. Ein derartiges Verhaltensmuster taugt für GKV-Versicherte noch nicht einmal als Arbeitshypothese. Faktisch wird damit unterstellt, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Genuss ist, von dem man – wie mancher Trinker vom Bier – gar nicht genug bekommen kann. Diese Annahme ist a priori unplausibel und bedarf keiner empirischen Überprüfung oder seitenlanger mathematischer Ableitungen, wie sie in Lehrbüchern zum „moral hazard“-Theorem präsentiert werden (*Breyer u. a.*: 227 ff., *Schulenburg/Greiner*: 68 ff.).[14] Sie lässt sich bereits mit dem Hinweis auf die zweifelhaften Freuden eines Krankenhausaufenthalts, die schmerzhaften Begleiterscheinungen eines Zahnarztbesuches oder den reichlich herben Genuss einer Bypassoperation als unrealistisch verwerfen. Man würde den Versicherten eine krankhafte Mischung aus Masochismus, Drogensucht und Hypochondrie andichten. Für eine übermäßige Steigerung der Leistungsinanspruchnahme gibt auch die GKV-Statistik keine Anhaltspunkte. Sie verzeichnet für die Krankenkassenausgaben seit über 20 Jahren einen konstanten Anteil am BIP (zwischen 6,4 und 6,8 %; *AOK-Bundesverband*: 10)). Es wäre dankbarer Gegenstand einer medienkritischen Untersuchung, weshalb trotz dieser leicht recherchierbaren Tatsache die Phrase von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen beständig wiedergekäut wird.

Empirisch überprüfbar ist die Annahme einer systematischen Überinanspruchnahme von medizinischer Leistungen nur indirekt über die Wirkungen von Selbstbeteiligungen auf das Versichertenverhalten, d. h. durch die Beantwortung der Frage, ob Zuzahlungen, Selbstbehalte oder Wahltarife – wie von Pauly postuliert - zu einer rationalen Inanspruchnahme von Leistungen führen und so Ressourcenverschwendungen entgegenwirken. Selbstbeteiligungen haben unstreitig Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme der Versicherten bzw. die Ausgaben der Krankenversicherungen. Die entscheidende Frage ist jedoch nicht, ob sie eine Reduzierung der Leistungsmenge bewirken, sondern ob diese rational im Sinne einer Senkung der von der „moral hazard“-These postulierten Überinanspruchnahme ist. Es kann ja auch sein, dass die Selbstbeteiligung Versicherte von einer rechtzeitigen medizinischen Behandlung abhält und sich damit ihre gesundheitlichen Risiken sowie die Behandlungskosten für ihre Kasse erhöhen. Selbstbeteiligungen sind nur dann gesundheits-

[14] Es ist eine schlechte Tradition unter Ökonomen, Banalitäten oder empirisch nicht belegbare Behauptungen, an die man aber fest glaubt, mit Hilfe mathematischer Ableitungen einen wissenschaftlichen Anstrich geben zu wollen. *Joan Robinson* (39 f.) beschreibt diese Attitüde mit einer Anekdote. Anfang der 30er Jahre hielt F. A. von Hayek in Cambridge einen Vortrag mit der These, die Weltwirtschaftskrise sei das Ergebnis von Überkonsumtion. Als ihn F. R. Hahn fragte, ob er wirklich behaupten wolle, dass, wenn er sich morgen einen neuen Mantel kaufe, dies die Arbeitslosigkeit erhöhe, antwortete von Hayek: „Ja, aber es würde eine lange mathematische Ableitung benötigen, um zu erklären wieso.“ Robinson bezeichnete „dieses bedauernswerte Stadium der Verwirrung“ als „erste Krise der ökonomischen Theorie“.

politisch rational, wenn sie zu einer Verbesserung der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen.

Seit über 30 Jahren wird der Frage nach dem Zusammenhang des Umfangs des Krankenversicherungsschutzes mit der Nachfrage nach medizinischen Leistungen in teilweise aufwändigen empirischen Untersuchungen nachgegangen (*Breyer u. a*.: 264 ff.; *Holst*). Dabei zeigt sich insbesondere, dass Versicherte mit hoher Selbstbeteiligung länger als andere überhaupt keinen Arzt aufsuchen. Wenn dieser Arztkontakt allerdings erfolgt, hängt der Leistungsumfang kaum vom Umfang der Versicherung ab. Zugleich zeigte sich eine signifikante Abnahme der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Einige Ökonomen sehen in diesem empirischen Zusammenhang kein grundsätzliches Problem der Selbstbeteiligung, sondern eher einen Anhaltspunkt für eine flexible Gestaltung von Wahltarifen (*Breyer u. a.*: 267). Die „optimale Höhe“ der Selbstbeteiligung hänge entscheidend von den individuellen Erkrankungsrisiken und Präferenzen ab, die sich von Person zu Person unterschieden. Daher könne eine für alle verbindlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung nicht wohlfahrtsmaximierend sein. Vielmehr solle der Gesetzgeber lediglich den Mindestumfang der Versicherungsdeckung festlegen, jedem Versicherten aber die Freiheit lassen, seinen Versicherungsschutz durch Zusatzverträge nach seinen Bedürfnissen aufzustocken. Diese Auffassung ist schon deshalb inkonsistent, weil ein verbindlicher Leistungskatalog für alle Versicherten einerseits abgelehnt, aber zugleich in Form eines nicht näher definierten Mindestumfangs der Versicherungsdeckung gefordert wird. In Deutschland stößt diese Forderung zudem insofern ins Leere, als die GKV-Leistungen gemäß § 12 SGB V das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen. Welche Leistungen darunter konkret fallen, wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, einem aus Vertretern der Krankenkassen, der Ärzte und Zahnärzte sowie der Krankenhausträger gebildeten Gremium, auch „der kleine Gesetzgeber“ genannt. Den Versicherten steht es frei, über diesen Rahmen hinausgehende Leistungen bei privaten Versicherungen abzusichern, die seit 2004 sogar mit den gesetzlichen Krankenkassen auf diesem Markt kooperieren können. Es gibt also bereits ein System von Mindest- und Zusatzleistungen, das nur dann modifiziert werden müsste, wenn die Mindestleistungen das Maß des medizinisch Notwendigen unterschreiten sollen. Davon ist aber bei den Verfechtern einer Aufteilung von GKV-Leistungen in Grund- und Zusatzleistungen zumindest offiziell nicht die Rede (*Kern u. a.*).

Neben diesem Widerspruch hat die Forderung nach höherer Selbstbeteiligung und Wahltarifen in der GKV zwei zentrale Mängel:

- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt wesentlich von der sozialen Lage der Menschen und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und finanziellen Möglichkeiten ab (*Mielck*). Die Selbstbeteilung hat nachweislich bei den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen eine stärkere Wirkung auf die Inanspruchnahme als bei besser Verdienenden, was zu gesundheitlich problematischen Konsequenzen führen kann (*Hajen u. a.*: 67 f.; *Klose/Schellschmidt*: 132 ff.).

- Die Bedeutung der subjektiven Nachfragefunktion für die Steuerung des Gesundheitswesens wird erheblich überschätzt. Ist die in den Lehrbüchern der Mikroökonomie unterstellte Konsumentensouveränität schon auf „normalen“ Märkten nur eingeschränkte Realität, so ist sie im Gesundheitswesen wenn überhaupt, dann in geringem Umfang vorzufinden (*Rice*: 89 ff.). Das Gesundheitswesen ist, wie noch zu zeigen sein wird, ein grundsätzlich von den Anbietern dominierter Wirtschaftszweig.

Selbstbeteiligungsregelungen können nur dann einen positiven Steuerungseffekt haben, wenn sie den Versicherten bzw. Patienten eine aus gesundheitlicher Sicht rationale Wahl lassen. Dies ist z. B. der Fall, wenn – wie in Hausarztverträgen verschiedener Kassen vorgesehen – eine Praxisgebühr nur bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt fällig wird. Positive Steuerungseffekte können auch qualitätsorientierte Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich haben. Erfüllen Selbstbeteilungsregelungen dieses Kriterium nicht, sind sie ein reines Inkassoinstrument ohne Wirtschaftlichkeitseffekte. In den Niederlanden war die Regierung so klug, dieser Erfahrung praktische Konsequenzen folgen zu lassen. Nach einer Evaluation der 1997 eingeführten Zuzahlungsregelungen schaffte sie diese 1999 wegen erwiesener Verfehlung des damit angestrebten Ziels einer besseren Verteilung der finanziellen Lasten wieder ab (*Delnoj* et al.).

4. Exkurs: Das Mantra von den zu hohen Lohnnebenkosten[15]

Wenn Eigenbeteiligungen der Patienten keine gesundheitspolitisch sinnvollen Steuerungswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben, fragt man sich natürlich, weshalb dieses Instrument bislang noch in jeder der seit 30 Jahren zyklisch präsentierten Gesundheitsreformen Verwendung gefunden hat. Die ebenso enttäuschende wie realistische Antwort ist: Es geht gar nicht um die Ressourcensteuerung. Kaum eine der vielen Phrasen in der Gesundheitspolitik ist so hohl wie die, erhöhte Zuzahlungen und andere Leistungskürzungen in der GKV dienten der „Stärkung der Eigenverantwortung“ und damit einer angemessenen Inanspruchnahme der GKV-Leistungen. Sie werden aus wirtschafts- und verteilungspolitischen Gründen verfügt und nicht, um GKV-Ausgaben rationaler zu strukturieren. Es geht einzig und allein darum, die Krankenkassenbeiträge und damit die sog. Lohnnebenkosten zu Lasten der medizinische Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten zu senken. Die Umsetzung eines ausgesprochen fragwürdigen wirtschaftspolitischen Konzepts überlagert (nicht nur) gesundheitspolitische Zielsetzungen.

Die Behauptung, der Standort Deutschland verliere wegen zu hoher Lohnnebenkosten seine Wettbewerbsfähigkeit, wird in der Öffentlichkeit mit einer keinen Zweifel zulassenden Selbstverständlichkeit wiedergekäut. Die rot-grüne Koalition lieferte sich diesem Paradigma z. B. mit der Parole „Ökosteuer rauf, Lohnnebenkosten runter“ regelrecht aus. In einem in die Medien lancierten Grundsatzpapier des Bundeskanzler-

[15] Vgl. zu diesem Abschnitt *Reiners* 2004

amtes zur Agenda 2010 liest sich das wie folgt (Frankfurter Rundschau vom 13.02.2003): „Wie schädlich steigende Lohnnebenkosten sind, zeigt die Entwicklung seit der Wiedervereinigung: 1990 betrugen die Beitragssätze zur Sozialversicherung noch 35,5 %. Bis 1998 waren sie auf den historischen Höchstwert von 42 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist die Arbeitslosigkeit von 2,6 Mio. auf 4,28 Mio. Arbeitslose im Jahresdurchschnitt gestiegen. ... Deswegen ist eine der Kernstrategien der Bundesregierung die auf eine Senkung der Lohnnebenkosten abzielende Modernisierung der sozialen Sicherungssysteme.“ Hier wird etwas suggeriert, aber nicht belegt. Studenten lernen in den ersten Statistikvorlesungen, dass es eine Todsünde jeder empirischen Wissenschaft ist, zwei Ereignisse im Zeitablauf nebeneinander zu stellen und allein daraus einen Wirkungszusammenhang zu konstruieren. Dozenten illustrieren das gern anhand eines gleichzeitigen Rückganges der Storchenpopulation und der Geburtenrate. Eine ähnliche Logik hat das „eherne Wahlgesetz“ des einst in Bierlaune von seinen realen Fraktionskollegen erfundenen SPD-Abgeordneten Jakob Maria Mierscheid, wonach der prozentuale Stimmenanteil der SPD bei den Bundestagswahlen jeweils der aktuellen jährlichen Millionentonnage der deutschen Stahlproduktion entspricht.

Was sind eigentlich Lohnnebenkosten? Dieser Begriff entstammt einer vom Statistischen Bundesamt übernommenen Übereinkunft der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) von 1966 (*Schönwälder*: 22), wonach sich die Arbeitskosten insgesamt zusammensetzen aus

- Direktvergütungen,
- Vergütung arbeitsfreier Zeiten,
- Sonderzahlungen,
- Naturalleistungen,
- Aufwendungen für Wohnungsfürsorge,
- Arbeitgeberaufwendungen für die soziale Sicherheit,
- Aufwendungen für die berufliche Aus- und Weiterbildung,
- Kosten für Belegschaftseinrichtungen,
- sonstigen Arbeitskosten sowie
- Steuern, die als Arbeitskosten gelten.

Zu den Lohnnebenkosten gehören praktisch alle Lohnkosten außer den Direktvergütungen, d. h. weit mehr als nur die Sozialversicherungsabgaben.

Der Kulturwissenschaftler *Ivan Nagel* bezeichnete in der Süddeutschen Zeitung (30.05.2003) die „Lohnnebenkosten“ treffend als „Falschwort“. Das ist keine „Denunziation ökonomischen Denkens“, wie der SZ-Ressortchef für Wirtschaft *Nikolaus Piper* in einer Replik Nagel vorwarf (02.06.2003), sondern die angemessene Bloßstellung einer auf den Hund gekommenen Begrifflichkeit der herrschenden ökonomischen Lehre und der von ihr geprägten Wirtschaftsredaktionen. Der Wortbestandteil „neben“ suggeriert, dass es sich bei den entsprechenden Kosten um im Grunde verzichtbare Ausgaben handelt und die Arbeitskosten ohne die Sozialabgaben entsprechend geringer wären. Das aber ist ein Trugschluss. Er ignoriert den von *Piero Sraffa*

(28), einem der bedeutendsten Ökonomen des 20. Jahrhunderts, analysierten „Doppelcharakter der Löhne“, wonach diese einerseits den Lebensunterhalt der Arbeitnehmer decken müssen und unter diesem Aspekt in das Wirtschaftssystem „eingehen wie der Kraftstoff für Maschinen oder das Futter für das Vieh“, andererseits „noch Teile der Überschussproduktion in sich einschließen können“.

Bei Tarifverhandlungen geht es dementsprechend sowohl um das Verteilen von Produktivitätszuwächsen, als auch um die Kompensation der Lebenshaltungskosten der Arbeitnehmer, zu denen die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung als ein zivilisatorischer Standard moderner Gesellschaften unstreitig gehören. Selbst erklärte Feinde des Sozialstaates wie *F. A. von Hayek* halten entsprechende Pflichtversicherungen für erforderlich, da viele Menschen „sonst der Allgemeinheit zur Last fielen.“ (1971: 377) Daher sind die dafür fälligen Beiträge keine „Neben“-Kosten, sondern unverzichtbare Lebenshaltungskosten und damit genuine Lohnfaktoren. Wird der Arbeitgeberanteil der Beiträge den Versicherten zugeschlagen, bleiben die Arbeitskosten davon per Saldo unberührt. Zwar wirken sich steigende Beiträge dann nicht mehr unmittelbar in hälftiger Höhe auf die Lohnkosten aus; bei den nächsten Tarifverhandlungen werden sie aber mit Sicherheit geltend gemacht. Die Vorstellung, mit dem Verschwinden bzw. Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages hätte die Entwicklung der Sozialversicherungsausgaben keinen Einfluss mehr auf die Arbeitskosten, ist Voodoo-Ökonomie. Sicher kann die Arbeitsmarktlage – wie zurzeit - die Gelegenheit bieten, die Löhne entsprechend der Lohntheorie von *Arthur Pigou*[16] teilweise unter ein Mindestniveau der Lebenshaltungskosten zu drücken. Die z. B. von Kurt Biedenkopf, im Spiegel Nr. 40/2002 vertretene These, Miniverdienste, die nicht einmal die Armutsschwelle überwinden, sei eine „zukünftige Notwendigkeit“, geht in diese Richtung. Aber man sollte dann aufhören, zugleich vom möglichen „Wohlstand für alle“ zu schwadronieren.

Selbst wenn man die Lohnnebenkosten als eigenständigen Wettbewerbsfaktor betrachtet, gibt es keine belastbaren empirischen Belege für die Behauptung, die Höhe der Sozialabgaben schädige den Standort Deutschland Man findet eher Anhaltspunkte dafür, dass es dabei sich um einen Popanz handelt:

- Für internationale Standortvergleiche sind nicht die Sozialabgaben, sondern diese zusammen mit den Steuern als Abgabenquote entscheidend. Diese liegt in Deutschland auf dem Durchschnittsniveau der OECD und um zwei Prozentpunkte unter dem EU-Level. (*SVR-G* 2003: Zi. 86 ff.)
- Bei den Gesundheitskosten pro Arbeitsplatz liegt Deutschland international im Mittelfeld, wie eine Studie von IGES und BASYS (*Ecker u. a.*) zeigt. Sie betrugen im Jahr 2003 bei uns 3.012 Euro, in Frankreich 3.792 Euro und in den USA sogar 4.256 Euro.

[16] *Pigou* entwickelte in seiner „*Theory of Unemployment*“ (1933) die gegen Keynes und Sraffa gerichtete These, dass es bei freiem Wettbewerb keine Arbeitslosigkeit gegen könne, weil sich die Löhne immer automatisch der Nachfrage anpassten. Gewerkschaften würden dieses freie Spiel der Kräfte nur behindern und die Arbeitslosigkeit so überhaupt erst bewirken. In dieser vom Sayschen Gesetz der vom Angebot erzeugten Nachfrage abgeleiteten Theorie ist jeder Zusammenhang von Arbeit und Lebensunterhalt ausgelöscht.

- Eine im Auftrag des Gesundheits-Sachverständigenrates in den 90er Jahren angefertigte Studie des DIW ergab, dass ein Beitragssatzpunkt der Sozialversicherung einen steigernden bzw. senkenden Effekt auf die Arbeitskosten von – je nach Branche – zwischen 0,38 und 0,42 % hat, eine für Investitionsentscheidungen eher nachrangige Größenordnung (*SVR-G* 1997: Zi. 340 ff.). Man kam auf Basis einer Simulationsrechnung sogar zu der mutigen These, dass Beitragssatzsteigerungen in der GKV wegen der hohen Personalintensität des Gesundheitswesens einen positiven Nettobeschäftigungseffekt haben. Demnach bringt eine Beitragserhöhung um einen Prozentpunkt rein rechnerisch einen gesamtwirtschaftlichen Saldo von 95.000 zusätzlichen Jobs.
- *Offe* (813) rechnet aus, dass selbst bei Realisierung des ausgesprochen ambitionierten, um nicht zu sagen unrealistischen Ziels, die Sozialabgaben um fünf Prozentpunkte zu senken, die Gesamtkosten der durchschnittlichen Unternehmung nur um etwa 1,8 % sinken würden. „Man würde mithin etwa die Kosteneffekte einer einzigen (mäßigen) Lohnrunde einsparen, während die Arbeitnehmer und die Gewerkschaften allen Grund und die besten Argumente für den Versuch hätten, die Einkommenskürzungen … an der Tariffront zu kompensieren. Ob der Nettoeffekt für eine nennenswerte Expansion der Beschäftigung ausreicht, darf wohl bezweifelt werden.“
- Absurd wird es, wenn man – wie die gegenwärtige Bundesregierung – eine Senkung der Sozialabgaben um zwei Prozentpunkte mit einer Mehrwertsteuererhöhung von drei Prozentpunkten finanzieren will. Die Gewerkschaft *Ver.di* präsentiert Zahlen der Handwerkskammern in Bayern von 2003, wonach eine Handwerkerstunde bei einem Bruttolohn von 12,30 Euro mit 43 Euro kalkuliert wird. Davon entfallen 4,70 Euro auf die Sozialabgaben und 5,90 Euro auf die Mehrwertsteuer; der Rest sind freiwillige Sozialaufwendungen, Betriebskosten und Gewinn. Es genügen grobe Kenntnisse der Grundrechenarten, um die Wirkung der angeblich der Schaffung von Arbeitsplätzen dienenden Operation der Bundesregierung abzuschätzen: Die Gesamtkosten steigen, was eher eine Konjunkturbremse als ein Arbeitsmarktimpuls sein dürfte.

Der frühere Arbeitsminister Walter Riester bezeichnet es in einem Interview (TAZ, 31.08.2005) als „seinen größten Fehler“, die Verengung der Wirtschafts- und Sozialpolitik auf die Senkung der Lohnnebenkosten mitgetragen zu haben; er habe sie am Anfang sogar geglaubt, „weil doch eine Millionen Fliegen nicht irren können.“ Man darf eben nicht alles für bare Münze nehmen, was Ideologieproduzenten und habilitierte Mietmäuler in Leitartikeln und Talkshows als Gewissheit verkaufen.

5. Der Arzt als Homo oeconomicus: „moral hazard“ und das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage

Die neoklassische Ökonomie geht in ihren Modellen davon aus, dass Angebot und Nachfrage unabhängig voneinander bestimmt werden. Konsumenten und Produzenten werden jeweils eigene Kosten-Nutzen-Vorstellungen unterstellt, die sich auf dem

Markt treffen. Wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt, steigen die Preise, im umgekehrten Fall sinken sie. Ein solch elastisches Verhältnis von Angebot und Nachfrage ist im Gesundheitswesen nicht vorhanden; es ist ein grundsätzlich von den Anbietern dominierter Wirtschaftszweig. In einer Befragung von 300 Gesundheitsökonomen in Kanada und den USA waren 81 % von ihnen der Ansicht, dass Ärzte eine Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen erzeugen (*Rice*: 157). Sie begründen die angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen vor allem mit dem großen Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient. Nun sind Konsumenten meistens schlechter informiert als Verkäufer oder Produzenten; das gilt für den Gebrauchtwagenhandel ebenso wie für den täglichen Einkauf im Supermarkt. Von dieser Diskrepanz lebt eine ganze Industrie von Verbraucherberatern und Warentestern. Die Informationsasymmetrien zwischen Laien und Experten haben jedoch im Gesundheitswesen angesichts dessen die menschliche Existenz schlechthin betreffenden Gütern und Leistungen eine ganz andere Dimension. Das Wissensgefälle zwischen Ärzten und Patienten sowie die Ohnmachtgefühle kranker Menschen verhelfen den Ärzten zu einer dominanten Stellung (*Breyer u. a.*: 334 ff., *Hajen u. a.*: 54 ff.). Ein Patient kann nicht wissen, ob sein Hustenreiz harmlos ist oder auf ein Bronchialkarzinom verweist. Bei den immer weiter verfeinerten Diagnosetechniken fällt es Ärzten leicht, der Symptomschilderung der Patienten eine steigende Zahl von Untersuchungen und Tests folgen zu lassen, um angeblich jedes Risiko einer Fehldiagnose auszuschließen. Ärzte haben das gesellschaftliche Mandat, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren. Welche Berufsgruppe sonst sollte diese unverzichtbare Aufgabe wahrnehmen als diejenige, die dafür ausgebildet wurde? Allerdings erwächst aus dieser Funktion den Ärzten die Möglichkeit, die Nachfrage nach den eigenen Leistungen wesentlich zu beeinflussen, ein in der Berufssoziologie bereits seit Längerem bekanntes Phänomen (*Freidson*). Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, diese Möglichkeiten im Sinne einer rationalen Verwendung von Ressourcen bzw. evidenzbasierten Medizin zu begrenzen.

Allerdings ist es nicht einfach, diese Zusammenhänge empirisch zu belegen (*Labelle u. a.*). Auch gibt es keine schlüssige Quantifizierung des Ausmaßes der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen, da es kein hinreichendes Instrumentarium zur Messung des Ungleichgewichtes in der Arzt-Patient-Beziehung gibt (*Reinhardt* 1989). In Deutschland und der Schweiz haben zwar verschiedene Untersuchungen einen signifikanten Zusammenhang von Ärztedichte bzw. Zahl der Krankenhausbetten und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ergeben (*Breyer* u. a.: 332 ff.; *Hajen* u. a.: 61 f.). *Cassel/Wilke* kommen hingegen in einer Bestandsaufnahme der vorliegenden Literatur zu dem Ergebnis, dass es in der ambulanten Versorgung in Deutschland keine hinreichenden Belege für eine angebotsinduzierte Nachfrage gibt. Das ist auch nicht weiter verwunderlich, da das GKV-System über zwar nicht immer perfekte, so doch durchaus wirksame Instrumente zur Eindämmung der angebotsinduzierten Nachfrage verfügt (Gesamtvergütung, vertragliche Mengenbegrenzungen usw.). Würde es diese Steuerungswerkzeuge nicht geben, hätten wir zumindest in den Ballungszentren mit einer hohen Arztdichte eine erheb-

lich Ausweitung der Ausgaben für ärztliche Leistungen zu erwarten. Insofern ist Cassels Befund auch keine Widerlegung der These von der angebotsinduzierten Nachfrage.

Etliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass das Steuerungsproblem weniger die Preise als vielmehr die Leistungsmengen betrifft. Dies hängt wesentlich mit den Vergütungsregelungen zusammen, die die Ärzte bzw. ihre Verbände mit den Krankenversicherungen vereinbaren, etwa wenn die Honorare für Ärzte eingefroren werden oder ihren Erwartungen nicht entsprechen. In den USA ist dieser Zusammenhang bei Patienten der Rentner-Krankenversicherung Medicare gut belegt (*Rice*: 61 f.). In Deutschland hat die PKV trotz eines seit Jahren konstanten Punktwerts der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) deutlich über denen der GKV liegende Ausgabensteigerungen (s. o.). Dies ist u. a. eine Reaktion auf die Budgetbegrenzungen für die GKV-Patienten, die durch Mehreinnahmen bei Privatpatienten kompensiert werden. Aber auch den GKV-Patienten werden von Ärzten in wachsendem Maß private Zusatzleistungen von in der Regel fragwürdigem medizinischem Nutzen aufgeschwatzt, die sie privat bezahlen müssen (*Zok/Schuldzinski*).

Während „moral hazard"-Verhalten bei den Versicherten nicht wirklich relevant ist (s. o.), hat es bei den Kassenärzten eine solide empirische Basis. Das System der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) provoziert den sog. „Hamsterradeffekt", der in einem Wechselspiel von Mengenausweitungen und sinkenden Vergütungen pro Leistung besteht (*Gerlinger*). Er hat folgende Dramaturgie:

- Die Krankenkassenverbände handeln jährlich auf Landesebene mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung aus. Diese ergibt sich aus der Multiplikation einer Kopfpauschale mit der Zahl Krankenkassenmitglieder und wird über den Honorarverteilungsvertrag (HVV) auf die Vertragsärzte verteilt.[17]
- Die Ärzte wiederum rechnen mit der KV nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab, indem jede einzelne Leistung mit einer Punktzahl versehen wird. Über den HVV werden die EBM-Punkte in reale Geldgrößen übertragen. Hat z. B. eine bestimmte Leistung im EBM 100 Punkte, und wird im HVV der Punkt mit 5 Cent vergütet, rechnet der Arzt 5 Euro ab.
- Der Punktwert kann jedoch wegen des durch die Gesamtvergütung gedeckelten KV-Budgets erst ex post festgelegt werden. Er ergibt sich pro Quartal aus der insgesamt von den Ärzten einer KV erbrachten Leistungsmenge, die durch die Gesamtvergütung dividiert wird. Auf diese Weise weiß ein Kassenarzt am Anfang einer Abrechnungsperiode nicht, wie viel er tatsächlich am Ende bekommt.
- Dadurch entsteht für die Ärzte ein hoher Anreiz, die durch einen sinkenden Punktwert zu befürchtenden Verluste prophylaktisch durch Mengenausweitungen zu kompensieren. Verhalten sich viele Ärzte so, ist eine weitere Punktwertabsenkung die zwangsläufige Folge. So führt individuell ökonomisch rationales Verhalten zu kollektiver Irrationalität – ein klassischer Fall von „moral hazard".

[17] Früher war der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) alleinige Angelegenheit der KVen. Seit 2004 müssen sie darüber in einem Honorarverteilungsvertrag (HVV) Einvernehmen mit den Krankenkassen erzielen.

Zur Begrenzung dieses Mengeneffektes wurden Praxisbudgets mit sog. Regelleistungsvolumina eingeführt, die sich aus pauschal vergüteten „Ordinationsgebühren“ und einzeln vergüteten Leistungen zusammensetzen. Die Praxisbudgets unterliegen einer Abstaffelung der Fallpunktzahlen, die bei deutlichem Übersteigen des Fachgruppendurchschnitts gekürzt werden. Die Folge davon ist, dass viele Ärzte die Zahl ihrer Patienten und/oder die Dauer ihrer Sprechstunden reduzieren, um so das Verhältnis von Punktwert und Leistungsmenge in Einklang mit dem Praxisbudget zu bringen. Das wiederum bringt den Ärzten Ärger mit ihren Patienten und die KVen in Konflikt mit ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag. Hinter diesem spezifisch deutschen Phänomen verbirgt sich ein grundsätzliches Dilemma bei der Vergütung ärztlicher Leistungen, das mit der prinzipiellen Anbieterdominanz zusammenhängt. Mengenbegrenzungen provozieren Leistungseinschränkungen; verzichtet man auf entsprechende Budgetierungen, sind medizinisch unsinnige und ökonomisch nicht tragbare Leistungsausweitungen die Folge. Bislang ist es noch niemandem gelungen, diesen Widerspruch zur Zufriedenheit aller Beteiligten auf Dauer zu beseitigen. Der Gesundheitsökonom Brian Abel-Smith merkte dazu in einem Vortrag vor einigen Jahren in Bonn mit britischem Humor an, das optimale Vergütungssystem sei eines, das man alle paar Jahre ändert, damit kein Arzt sich darin einrichten und Instrumente zu dessen Aushebelung entwickeln kann.

6. Markt und Wettbewerb als ordnungspolitische Prinzipien

Nicht nur die gesundheitspolitische Reformdiskussion wird von der Forderung nach mehr Markt und Wettbewerb geprägt. Das diesem Paradigma angeklebte Etikett „Neoliberalismus“ ist ein schillernder Begriff (*Schui/Blankenburg; Maier-Rigaud/ Maier-Rigaud*), hinter dem sich unterschiedliche politische Projekte verbergen, die eines gemeinsam haben: die Zurückdrängung des Staates (*Roß*). Als seine geistigen Stammväter können *Friedrich August von Hayek*[18] und *Walter Eucken* gelten, wobei Eucken als Vordenker der Erhardschen Wirtschaftspolitik diese Rolle vor allem in Deutschland spielt. Ihre ordnungspolitischen Theorien weisen allerdings wichtige Unterschiede auf.

Der spezifisch deutsche, in der internationalen Literatur nicht übersetzte Begriff „Ordnungspolitik“ ist untrennbar mit Eucken verbunden (*Schefold*), der ein wirtschaftspolitisches „Denken in Ordnungen“ mit dem von ihm geprägten gegensätzlichen Begriffspaar „Verkehrs- und Zentralverwaltungswirtschaft“ postuliert. Für ihn gibt es „nur die Wahl zwischen zentralverwaltungswirtschaftlicher Lenkung wesentlicher Teile des Wirtschaftsprozesses und der Wettbewerbsordnung“. Alle anderen „Lösungen des Ordnungsproblems“ können seiner Auffassung nach nur „vorübergehend Bestand haben“ (*Eucken* 1990: 245). Eucken verleiht der Marktwirtschaft einen gleichsam naturrechtlichen Status; sie ist für ihn diejenige Ordnung, „welche der Vernunft oder der Natur des Menschen und der Dinge entspricht“ (1989: 239). Hat man die Ordnungen von Volkswirtschaften erst einmal auf eine solche Polarisierung reduziert, fallen auch

[18] In der englischsprachigen Literatur wird von Hayek ohne sein Adelsprädikat zitiert.

die gewünschten Assoziationen leicht. Markt bedeutet Freiheit, Planwirtschaft hingegen Zwang und Bevormundung. Die Ideale der bürgerlichen Revolution werden - „Sire, geben Sie Gewerbefreiheit!“ – komplett mit der freien Marktwirtschaft identifiziert. Daraus leitet sich eine Politik ab, deren Instrumente nach ihrer Wirkung auf die Wirtschaftsordnung beurteilt werden, nicht aber darauf hin, ob sie geeignet sind, bestimmte Ziele zu verwirklichen (*Riese*). Dies ist der gemeinsame Nenner der wirtschaftspolitischen Konzeptionen von Eucken und Hayek. Für beide ist „der Wille zur Wettbewerbsordnung mit dem Willen zur Freiheit eng verbunden“ (*Eucken* 1990: 250) und der Markt die „Verfassung der Freiheit“ (*Hayek* 1983). Beide ziehen aber aus dieser Überzeugung unterschiedliche Konsequenzen bezüglich der Marktregulierung, die man als „Ordoliberalismus versus Marktliberalimus“ beschreiben kann.

Eucken und andere Ordoliberale sind entschiedene Gegner des ungezügelten Manchester-Kapitalismus (*Rüstow* 2001). Die Wirtschaftspolitik des „Laisser-faire“ mit dem Glauben, dass der freie Wettbewerb ein sich selbst beständig reproduzierendes und sicherndes System darstellt, kritisieren sie heftig. Der Marktwirtschaft sei ein „Hang zur Monopolbildung“ immanent, weil jeder Marktteilnehmer „die Möglichkeit (erspäht), um Monopolist zu werden“ (*Eucken* 1990: 31). Man könne sie daher nicht sich selbst überlassen, da sie sonst die eigene Grundlage, den freien Wettbewerb, zerstören würde. Ordoliberale sehen eine zentrale Aufgabe des Staates darin, die marktwirtschaftliche Ordnung zu bewahren und gegen ihre immanenten suizidalen Tendenzen abzusichern. In diesem Sinn haben sie nichts gegen einen starken Staat, der nicht nur den allgemeinen zivil- und strafrechtlichen Rahmen setzt, sondern auch die Regeln des Marktgeschehens ordnet und sichert, ohne den Markt selbst direkt zu lenken (ebenda: 197 ff.). Allenfalls gibt es, wie *Rüstow* (1971: 26) 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 Marktbereiches. 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.“

Mittlerweile wollen auch bekennende Eucken-Anhänger von dieser staatsnahen Tradition des Ordoliberalismus nichts mehr wissen (Woll). Das sei eine historisch überholte, nur aus der Nachkriegszeit und seinen spezifischen Erfordernissen heraus zu verstehende Haltung. Heute sei nicht mehr die vermachtete Wirtschaft das Problem, sondern der übermächtige Wohlfahrtstaat, vor dem *v. Hayek* in seinem den „Sozialisten in allen Parteien“ gewidmeten Klassiker „Der Weg zur Knechtschaft“ (1994) schon früh gewarnt habe. Für den radikallibertären Ökonomen *v. Hayek* ist ein „starker“ Staat eher ein Alptraum. Er sei generell mit „Zwang“ gleichzusetzen, der „in einer freien Gesellschaft ... nur zulässig ist, um den universalen Regeln des gerechten Verhaltens Gehorsam zu sichern“(1980: 188). Die meisten „Dienstleistungen, die die Organisation der Regierung uns bieten kann“, sind in seinen Augen überflüssig, wenn nicht freiheitsraubend, „ausgenommen nur die Sicherheit, die die Durchsetzung der Regeln des gerechten Verhaltens gewährleistet “ (1980: 179). Sogar eine Kar-

tellgesetzgebung hält er für überflüssig, wenn nicht gar schädlich (1954: 10 f.), womit er in klarem Gegensatz zu Eucken steht. Der sich selbst regulierende Markt ist für *v. Hayek* nicht ein auf das Wirtschaftsgeschehen im engeren Sinn beschränktes Paradigma, sondern das „Leitbild eines innerlich konsistenten Modells" einer „spontanen" gesellschaftlichen Ordnung (1980: 94). In diesem Sinn versteht er sich selbst als Verfechter einer gesellschaftspolitischen Utopie, die zwar „nicht zur Gänze verwirklichbar sein mag", aber „nichtsdestoweniger nicht nur die unentbehrliche Voraussetzung jeder rationalen Politik (ist), sondern auch der wichtigste Beitrag, den die Wissenschaft zur Lösung der praktischen Politik leisten kann" (ebenda).

Der Staat, und damit die Politik, wird in v. Hayeks Welt auf eine reine Nachtwächterfunktion zur Sicherung des Privateigentums sowie des Straf-, Schuld- und Sachenrechts reduziert. Nur in diesem Sinn sei auch öffentliche Fürsorge „als das alte, an die modernen Verhältnisse angepaßte Armengesetz" vertretbar, zumal dies im Interesse jener liege, „die Schutz gegen Verzweiflungstaten der Bedürftigen verlangen" (1983: 361). Schutzbedürftig sind für ihn also nicht die sozial Schwachen, sondern die Wohlhabenden. Mit einer „sozialen" Marktwirtschaft hat v. Hayek überhaupt nichts im Sinn. In einem in der Wirtschaftswoche 1996 (Nr. 3, 11. Januar) wieder abgedruckten Interview aus dem Jahr 1981 erklärt er, „der Begriff der sozialen Gerechtigkeit (ist) in einer marktwirtschaftlichen Ordnung mit freier Berufswahl völlig sinnlos." Daher müsse man „Schriftsteller, Journalisten und Redner dazu bringen, sich zu schämen, diesen Begriff jemals wieder zu verwenden." Das Adjektiv „sozial" ist ihm generell zutiefst zuwider. Er könne gar nicht „sozial" eingestellt sein, weil er gar nicht wisse, was das eigentlich sei. Bei diesem „Schwamm-" oder „Kautschukwort" handele es sich um einen „inhaltsleeren" und „nebelhaften" Begriff, von dem eine „wirkliche Gefahr" ausgehe: „Was wir unter der Devise des Sozialen erlebt haben, war eine Entwicklung vom freiwilligen Dienst an der Gesellschaft zum Verlangen nach Beherrschung der Gesellschaft, von der Forderung einer Unterwerfung des Staates unter die freien Kräfte der Gesellschaft zu einer Forderung der Unterwerfung der Gesellschaft unter den Staat." (1957: 84) Ein echter Dienst an der Gesellschaft bestehe hingegen aus Beiträgen, „die wir zu einem Prozeß leisten, der größer ist, als wir selbst, aus dem stets Neues, Unvorhergesehenes herauswächst und der sich in Freiheit auswirken kann". (ebenda)

Dieser Prozess, dem wir alle zu dienen haben und der unser Leben unhinterfragt bestimmen soll, ist für v. Hayek der Markt mit einem freien, von staatlichen Regulierungen unbeeinflussten Wettbewerb, der zum einzig legitimen gesellschaftlichen „Entdeckungsverfahren" (1968) ernannt wird, in der die Politik nichts zu suchen hat. Alles andere sei „Anmaßung von Wissen" (1975). Aus der offenkundigen Tatsache, dass es angesichts der unüberschaubaren Zahl von Parametern, denen Märkte unterliegen, absurd wäre, die exakten Gleichgewichtsbedingungen von Mengen und Preisen bzw. Angebot und Nachfrage bestimmen zu wollen, ziehen v. Hayek und seine Anhänger den Schluss, dass jeder Versuch einer wie auch immer zielgerichteten Steuerung bzw. Beeinflussung von Marktprozessen Schaden anrichtet. Alles andere

sei auch im Gesundheitswesen eine Anmaßung, wie *Oberender* mit Bezug auf v. Hayek postuliert (1992: 159): „Grundsätzlich lassen sich Marktprozesse als Folge der Nichtzentralisierbarkeit des Wissens nicht ohne Nachteil für alle Beteiligten durch andere Lenkungs- und Koordinationsmechanismen ersetzen." Der Mensch weiß nichts, der Markt weiß alles – auf diese Kurzformel könnte man v. Hayeks Gesellschaftstheorie einer „spontanen Ordnung" bringen. Die religiösen Züge dieser Gedankenwelt werden erkennbar. Dem Markt wird die Charakter einer Gottesentscheidung unterstellt; Versuche einer bewussten bzw. politischen Steuerung wirtschaftlicher und sozialer Prozesse sind demzufolge Hybris, wenn nicht Blasphemie.[19] Damit befindet sich v. Hayek in einer bestimmten Tradition der theoretischen Nationalökonomie des 18. und 19. Jahrhunderts, die der ordoliberale Ökonom *Rüstow* als „Wirtschaftstheologie" mit einem „prophetisch-aktivistischen Erlösungswissen" beschreibt (2001: 28 f.).

Auch die Aufgaben des Gesundheitswesens ordnet v. Hayek diesem Glauben unter, und er lässt keinen Zweifel an den praktischen Konsequenzen seiner Überzeugung aufkommen. Der Fortschritt der Medizin führe dazu, „daß sie ihre vermehrten Bemühungen nicht mehr hauptsächlich der Wiederherstellung der Arbeitskraft zuwendet, sondern der Linderung von Leiden und der Verlängerung des Lebens; diese können natürlich nicht aus wirtschaftlichen, sondern nur aus humanitären Gründen gerechtfertigt werden." (1983: 379). Ein „soziales" Gesundheitswesen stehe sowohl den vorübergehend kranken Erwerbstätigen als auch den chronisch, nur bedingt erwerbsfähigen Kranken zur Verfügung, was aus wirtschaftlicher Sicht eine Fehlallokation der Ressourcen zum Nachteil der relativ Gesunden bedeute. Er zieht daraus den Schluss: „Es mag hart klingen, aber es ist wahrscheinlich im Interesse aller, daß in einem freiheitlichen System die voll Erwerbstätigen oft schnell von einer vorübergehenden und nicht gefährlichen Erkrankungen geheilt werden um den Preis einer gewissen Vernachlässigung der Alten und Sterbenskranken." (ebenda) Man mag dieses Postulat für den zynischen Gedanken eines elitären Reaktionärs halten, der es nicht verwinden kann, dass im modernen Sozialstaat die medizinische Versorgung kein Privileg der Wohlhabenden ist, mit der Folge, dass diese (fast) genauso lange auf eine Hüftgelenkoperation warten müssen wie der gemeine Pöbel. Diese Haltung ist aber konsequentes Resultat eines marktradikalen Fundamentalismus. Wenn man, wie v. Hayek und die Epigonen eines postmodernen Anarchismus[20], den unregulierten Markt für die einzig legitime gesellschaftliche Entscheidungsinstanz hält, dann muss man diesem „Prozeß, der größer ist als wir selbst" (s. o.), auch die Entschei-

[19] Hayek bekennt sich ausdrücklich zu den spanischen Scholastikern des 16. Jahrhunderts, die die ersten Versuche, Preisbildungen auf den Märkten zu berechnen, für Gotteslästerung hielten (1975: 16).

[20] Mit dem klassischen Anarchismus Bakunins oder Proudhons mit der Parole „Eigentum ist Diebstahl" hat diese einem dogmatisch-naturrechtlichem Eigentumsbegriff verhaftete, sich selbst als „libertär" bezeichnende Denkschule absolut nichts gemein. Deren reaktionär-utopische Variante vertritt das Ludwig von Mises Institut in den USA (www.mises.org), dessen deutsch-amerikanischer Vordenker *Hans-Herrmann Hoppe* sich zu der Forderung nach Wiedereinführung der Monarchie versteigt. Die Begründung: Ein Monarch sei Eigentümer eines Landes und habe als solcher ein hohes Interesse an allgemeinem Wohlstand. Der FAZ (05. 04. 2004) war dieses bizarre Traktat eine wohlwollende Besprechung wert.

dung über Krankheit und deren Heilung, unter Umständen auch über Leben und Tod überlassen.

7. Wettbewerb in der GKV – Steuerungstechnik oder Dogma?

In der gesundheitsökonomischen Diskussion der letzten 20 Jahre steht neben der oben skizzierten Debatte über „moral hazard“ die Frage nach der Funktion des Wettbewerbs im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Dabei geht es schon lange nicht mehr um die Frage, ob wir Wettbewerb haben wollen, sondern wie er zu gestalten ist. Ein gegliedertes Krankenversicherungssystem ist ebenso wenig wie ein medizinisches Versorgungssystem mit einer (regionalen) Vielfalt von Anbietern ohne Wettbewerb denkbar. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind nun einmal knapp; dementsprechend heftig ist die Konkurrenz bei dem Versuch aller Beteiligten, ein möglichst großes Stück vom Kuchen abzubekommen. Außerdem entwickeln sich gerade durch den Wohlfahrtsstaat mit der von ihm gewährten sozialen Sicherheit die Bedürfnisse der Menschen, was höhere Ansprüche an die Versorgungsqualität und Wahlmöglichkeiten von Patienten und Versicherten mit sich bringt. Beides zusammen, die Verteilung der Ressourcen auf konkurrierende Institutionen und deren Legitimationszwang gegenüber den Bürgern, bedeutet automatisch Wettbewerb, der allerdings nicht gleichzusetzen ist mit der Privatisierung von Risiken. Die GKV mit freier Kassenwahl lässt einen versichertenorientierten Wettbewerb sehr viel eher zu als das private Krankenversicherungssystem. In der kapitalgedeckten PKV ist ein Versicherungswechsel spätestens ab dem 40. Lebensjahr mit kaum tragbaren finanziellen Risiken verbunden, da die Altersrückstellungen bei der alten Versicherung verbleiben und in der neuen Versicherung mit entsprechend hohen Prämienzahlungen wieder aufgebaut werden müssen.[21] Dieses Problem kennt die komplett umlagefinanzierte GKV nicht; sie ist der PKV daher wettbewerbspolitisch überlegen.

Kein ernst zu nehmender Ökonom fordert eine totale Deregulierung des Krankenversicherungsmarktes. Sogar *v. Hayek* hielt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für legitim, „weil viele ... sonst der Allgemeinheit zur Last fallen würden“ (1983: 377). Jenseits dieser Schwelle gibt es eine große Bandbreite an Vorschlägen, die von einer privaten Pflichtversicherung nach dem Muster der Kfz-Versicherung über eine einheitliche Kopfpauschale in einer Arbeitnehmerversicherung bis hin zur Pflichtversicherung für alle in einer „Bürgerversicherung“ reichen. Diese in der letzten Bundestagswahl propagierten Modelle haben scheinbar eine Gemeinsamkeit: Man will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Allerdings gibt es deutliche Auffassungsunterschiede darüber, wie die Parameter dieses Wettbewerbs aussehen sollen. In der Gemeinde der Gesundheitsökonomen stehen sich gemäß der oben beschriebenen Dichotomie von Markt- und Ordoliberalen zwei Positionen gegenüber:

[21] Könnten die Versicherten bei einem Versicherungswechsel Altersrückstellungen mitnehmen, würde dies schwere Verwerfungen im PKV-System mit sich bringen, wie eine im Auftrag des Bundsministeriums der Finanzen angefertigte Studie feststellt. Ohne einen Risikostrukturausgleich sei das nicht machbar. (*Meier u. a.*)

- Der Wettbewerb unter den Kassen soll eine „spontane Ordnung“ im Sinne v. Hayeks sein, die keine vorgegebenen bzw. messbaren Ziele hat, sondern ein Suchverfahren und als solches grundsätzlich ergebnisoffen ist. Daher sei im Gesundheitswesen die Regulierung des Wettbewerbs auf ein Mindestmaß zu reduzieren.
- Der Wettbewerb wird als ein Steuerungsinstrument zur Umsetzung bestimmter politischer und ökonomischer Ziele im Gesundheitswesen verstanden, an denen sich sein ordnungspolitische Rahmen zu orientieren hat.

Ein Lackmustest zur Identifizierung der Protagonisten dieser beiden Positionen ist die Haltung zum Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV. Für die eine Seite stehen Ökonomen, deren im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und verschiedener Kassenverbände erstellten Expertisen die fachliche Grundlage für die vom Gesetzgeber 2003 beschlossene Einführung eines RSA mit direktem Morbiditätsbezug (M-RSA) bilden (*Breyer/Kifmann*; *Jacobs* u. a.; *Lauterbach/Wille*).[22] Sie gehen davon aus, dass der RSA unverzichtbare Grundlage für einen Wettbewerb in der GKV ist, der die Bedürfnisse der Patienten und die Qualität der medizinischen Versorgung in den Vordergrund stellt. In seiner gegenwärtigen Form erfülle er diese Funktion jedoch nur teilweise; seine Parameter sollten daher neu definiert werden. Diese Sichtweise teilen mittlerweile auch die „fünf Wirtschaftsweisen“ (*Rürup*), die den RSA früher – freilich in anderer personeller Zusammensetzung – für einen ordnungspolitischen Sündenfall hielten.

Dieser Auffassung sind nach wie vor Ökonomen wie *Oberender* und *Graf von der Schulenburg*, für die mit dem M-RSA „das Ende des Wettbewerbs in der GKV eingeläutet wird“ (*Schulenburg*: 247). Die Funktion des Wettbewerbs werde von den Befürwortern des RSA „systematisch falsch verstanden: Das Ergebnis des Wettbewerbs als Suchverfahren ist prinzipiell offen“ (ebenda: 248). Nur der uneingeschränkte, von jeden finanziellen Ausgleichsmechanismen befreite Kassenwettbewerb könne darüber entscheiden, was die Versicherten wirklich wollten. Wenn im Kassenwettbewerb ohne den RSA „ungleiches Geld für gleiches Risiko“ gezahlt werden, so sei dies keine Wettbewerbsverzerrung, sondern sogar nützlich, da so „die Kassen einen Anreiz haben, Methoden der Risikotragung zu entwickeln“ (*Oberender* 2001: 121). Daher sei der RSA ein Wettbewerbshemmnis und nicht zu reformieren, sondern abzuschaffen.

Es ist schon verblüffend, mit welcher Chuzpe systematische Verwerfungen zu Lasten von Kassen mit einer schlechten Risikostruktur nach dem zynischen Motto „Nur Armut gebiert Großes“ zur Grundlage für kreatives Handeln umgedeutet werden. Auch die Behauptung, der RSA würde in der GKV den Markt in seiner Eigenschaft als Suchprozess beschädigen, wenn nicht gar zerstören, ist absurd. Das genaue Gegenteil ist der Fall, können doch die zitierten Gutachten zum M-RSA gerade am Beispiel

[22] Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Expertisen findet man bei Bundesregierung 2001.

des GKV-Wettbewerbs zeigen, dass der Markt seine ihm von Oberender u. a. zugeordneten kreativen Funktionen in der Steuerung der medizinischen Versorgung ohne eine Flankierung durch einen funktionierenden RSA gar nicht wahrnehmen kann. Sie belegen erschöpfend, dass auch ein RSA mit unzulänglichen Parametern den Kassenwettbewerb in Richtung Risikoselektion lenkt[23], da a) erfahrungsgemäß chronisch Kranke nur geringe Wechselbereitschaft zeigen und es b) für das Management einer Kasse erheblich bequemer ist, sich durch Anwerben „guter" Risiken günstige Beitragssätze zu verschaffen als durch das mühselige Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern. Wenn eine Kasse, was ohne M-RSA unstreitig der Fall ist, durch die Versorgung chronisch Kranker Nachteile erleidet, welche Anreize sollte sie dann haben, sich um eine gute medizinische Behandlung dieser Klientel zu kümmern? Sie würde doch mit einem attraktiven Angebot nur noch mehr dieser kostspieligen Versicherten anlocken und damit die eigene Marktposition weiter verschlechtern. Hinzu kommt, dass vor allem der M-RSA für die einzelne Kasse eine wichtige Benchmarkfunktion erfüllt, indem er ihr zeigt, wo sie im Vergleich zu anderen Kassen in ihrer Ausgaben- und Kostenstruktur steht. Eine gegliederte GKV ohne M-RSA wäre so etwas wie ein Konzern ohne Controlling.

Der Kassenwettbewerb macht aus der Sicht der Versicherten – und allein die kann der Maßstab sein - nur dann Sinn, wenn er dazu beiträgt, die Qualität und die Vielfalt des Versorgungsangebots zu stärken. Genau dies ist aber erwiesenermaßen ohne einen RSA nicht möglich. Da ist nichts „ergebnisoffen", vielmehr liegen die Folgen eines ungenügend kontrollierten Wettbewerbs in der GKV klar zutage. Der Beitragssatz hat im gegebenen GKV-Wettbewerb nicht die erwünschte Signalfunktion, Ausdruck einer auf Qualität und Effizienz der Versorgung ausgerichteten Vertragspolitik zu sein. Stattdessen stehen diejenigen Versicherten im Mittelpunkt, die die Krankenversicherung nicht oder nur geringfügig in Anspruch nehmen – eine absurde Verkehrung des eigentlichen Zwecks der GKV. Die Behauptung *Oberenders*, „dass der RSA Anreize zur Risikoselektion überhaupt erst schafft" (2001: 121), ist grotesk. Glaubt er allen Ernstes, in einer gegliederten GKV gäbe es ohne den RSA keine oder auch nur weniger Risikoselektion als mit einem wenn auch unvollkommenen RSA? Eine solche Annahme würde von erheblichem Realitätsverlust zeugen. Auch die Behauptung, der M-RSA biete den Kassen keine Anreize mehr zur Prävention (*Oberender/ Zerth*: 44), geht an der Sache vorbei. Auf den ersten Blick scheint sogar das genaue Gegenteil der Fall zu sein. Sollte es einer Kasse gelingen, durch eine gezielte Präventionspolitik unter den Normkosten des RSA zu bleiben, erzielt sie beim Beitragsbedarfsausgleich einen Überschuss. Die Anreize des RSA für Präventionsmaßnahmen werden jedoch in einem erheblichen Maß durch den Kassenwettbewerb an sich konterkariert. Da sich die wirtschaftlichen Erfolge entsprechender Programme erst über einen relativ langen Zeitraum realisieren lassen, die Versicherten aber jederzeit die Kasse wechseln können, können die Kassen nicht sicher sein, dass sich ihr En-

[23] Der zurzeit noch geltende RSA erfasst das Morbiditätsrisiko nur anhand der Kriterien Alter und Geschlecht, d. h. er unterstellt, dass die Gesundheitsrisiken innerhalb einer jeden Altersgruppe homogen sind. Das ist aber nachweislich nicht der Fall.

gagement in der Prävention auch auszahlt. Die Prävention hat deshalb im Kassenwettbewerb keinen sinnvollen Platz; sie muss als Gemeinschaftsaufgabe von GKV und Öffentlichem Gesundheitsdienst geregelt werden.

Den fundamentalistischen RSA-Gegnern kann es auch gar nicht um die Gestaltung des Wettbewerbs in einer solidarischen GKV gehen, wenn sie denn ihre Parole vom Markt als dem einzig legitimen Entscheidungsprozess wirklich ernst nehmen. Ist man der Auffassung, dass der Markt eine „höhere Ordnung“ ist, deren Auswirkungen grundsätzlich weder vorhersagbar sind, noch bewusst beeinflusst werden dürfen, billigt man also dieser Instanz das alleinige Entscheidungsrecht über die Allokation der Ressourcen zu, dann kann es nicht mehr um „erwünschte“ oder „unerwünschte“ Resultate von Marktprozessen gehen. Was immer dabei herauskommt, der Markt hat entschieden, und damit basta. Wenn dies zu Lasten chronisch Kranker geht, was soll’s, schließlich sind sie daran selbst schuld. Es hindert sie ja niemand daran, auch in eine „billige“ Krankenkasse zu gehen und so selbst für eine gleichmäßigere Risikoverteilung zu sorgen. Dies wird zwar nicht so drastisch ausgedrückt, ist aber die logische Konsequenz einer quasi religiösen Bestimmung des freien Marktes als der einzig legitimen Entscheidungsinstanz bei der Ressourcenverteilung. Es ist das praktische Resultat des oben skizzierten „Modellplatonismus“ von Ökonomen, für die ihre eigenen Modelle der Bezugspunkt für „rationales“ Verhaltens sind und nicht die real vorfindbaren gesellschaftlichen Strukturen und Verhaltensweisen. Ökonomen, die vergessen, dass ihre Disziplin eine empirische Wissenschaft mit gesellschaftlichen Bezügen ist und keine fundamentalistische Modellschreinerei, laufen Gefahr, nicht als Wissenschaftler, sondern als Prediger einer postmodernen Glaubenskongregation wahrgenommen zu werden.

Literatur

Albert, H. (1963): Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. Karrenberg, F./Albert, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaft und Gesellschaftsgestaltung, Berlin: 45-76.

Albert, H. (1967): Marktsoziologie und Entscheidungslogik. Ökonomische Probleme in soziologischer Perspektive, Neuwied-Berlin

Anderson, G. F. u. a. (2005): Health Spending in the United States and the Rest of the Industrialized World. Health Affairs 24: 903-914

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2005): Zahlen und Fakten 2004, Bonn

Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Journal 53: 941-973.

Becker, G. S. (1981): A Treatise on the Family, Cambridge, Ma. (USA)

Bell, D./Kristol, I. (Hrsg.) (1984): Die Krise in der Wirtschafstheorie, Berlin-Heidelberg-New York-Toronto

Boulding, K. E (1973).: Ökonomie als eine Moralwissenschaft, in: Vogt, W. (Hrsg.): Seminar: Politische Ökonomie. Zur Kritik der herrschenden Nationalökonomie, Frankfurt am Main: 103-125.

Braun, B./Kühn, H./Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main

Breyer, F./Kifmann, M. (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW-Diskussionspapier Nr. 236

Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann. M. (2004): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin-Heidelberg-New York

Buchanan, J. M. (1971): Das Verhältnis der Wirtschaftswissenschaft zu ihren Nachbardisziplinen. Jochimsen, R./Knobel 1971 a: 88-105

Bundesregierung (2001): Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestags-Drucksache 14/5681

Cassel, D./Wilke, T. (2001): Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9 Heft 4: 331-348

Delnoij, D. M. J. et. al. (2000): Die Zuzahlungsregelungen im niederländischen Krankenkassengesetz: eine Evaluation der Effekte. Gesundheitswesen 62: 39-44.

Ecker, T./Häusler, B. (IGES)/Schneider, M. (BASYS) (2004): Belastungen der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse. Berlin

Elsner, G. (1975): Medizinische Wissenschaft und ärztliche Tätigkeit. Krähe, h. / Elsner, G. (Hrsg.): Entscheidung und Motivation zum Medizinstudium. Gewerkschaften und Medizin 5, Berlin: 83-118

Eucken, W. (1989): Die Grundlagen der Nationalökonomie, 9. Auflage, Berlin-Heidelberg-New York

Eucken, W. (1990): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 6. Auflage, Tübingen

Evans, R. G./Barer, M. L./Hertzman, C. (1991): The 20-Year Experience: Accounting For, Explaining, and Evaluating Health Care Cost Containment in Canada and the United States. Annual Review of Public Health 12: 481-518.

Forrestier, V. (1997): Der Terror der Ökonomie, Wien

Frank, J.: Kritische Ökonomie (1976). Einführung in Grundsätze und Kontroversen wirtschaftlicher Theoriebildung, Reinbek

Freidson, E. (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart

Frerich, J./Frey, M. (1996): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland Bd. 1-3, 2. Auflage, München-Wien

Friedman, D. (1999): Der ökonomische Code. Wie wirtschaftliches Denken unser Handeln bestimmt, Frankfurt am Main

Gäfgen, G. (1968): Theorie der wirtschaftlichen Entscheidung. Untersuchungen zur Logik und ökonomischen Bedeutung des rationalen Handelns, Tübingen

Gerlinger, T. (1997): Punktlandungsübungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform. Jahrbuch für kritische Medizin 28, Hamburg: 99-124.

Grünewald, A. (1957): Zur Stellung des Arztes in der modernen Gesellschaft, in: Boettcher, E. (Hrsg.): Sozialpolitik und Sozialreform, Tübingen: 190-210.

Hajen, L./Paetow, L./Schumacher, H. (2000): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, Stuttgart-Berlin-Köln

Harrod, R. F. (1938): Scope and Method of Economics. Economic Journal 48: 383-412.

Hayek, F. A. von (1954): Marktwirtschaft und Wirtschaftspolitik. Ordo 6

Hayek, F. A. von (1957): Was ist und was heißt „sozial“? A. Hunold (Hrsg.): Masse und Demokratie, Erlenbach-Zürich-Stuttgart

Hayek, F. A. von (1968): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, Kiel

Hayek, F. A. von (1975): Die Anmaßung von Wissen. Ordo 26

Hayek, F. A. von (1980): Recht, Gesetzgebung und Freiheit. Band 1: Regeln und Ordnung, Landsberg

Hayek, F. A. von (1983): Die Verfassung der Freiheit, Tübingen

Hayek, F. A.(1994): Der Weg zur Knechtschaft (Reprint), München

Herder-Dorneich, P. (1981): Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik.in: Herder-Dorneich, P./Sieben, P./Thiemeyer, T. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie 1981 Bd. 1: Wege zur Gesundheitsökonomie I, Stuttgart: 11-45

Herder-Dorneich, P. (1982): Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz

Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen, Baden-Baden

Himmelstein, D. U./Woolhandler, S. (1994): The National Health Program Book, Monroe, Mn. (USA)

Holst, J. (2005): Eigenbeteiligung im Gesundheitswesen, vervielfältigtes Manuskript, Berlin

Hofmann, W. (1964): Wert- und Preislehre, Berlin

Hofmann, W. (1968): Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenschaftssoziologie, Frankfurt am Main

Hoppe, H.-H. (2003): Demokratie. Der Gott, der keiner ist, Waltrop-Leipzig

Jacobs, K./Reschke, P./Cassel, D./Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Vervielfältigtes Manuskript, Berlin

Jochimsen, R./Knobel, H. (1971): Zum Gegenstand und zur Methodik der Nationalökonomie. Jochimsen/Knobel 1971a: 11-66.

Jochimsen, R./H. Knobel (Hrsg.) (1971a): Gegenstand und Methoden der Nationalökonomie, Köln

Kern, A. O. u. a. (2002): Definitionsprobleme und Implikationen von Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Stadtbergen

Klose J./Schellschmidt, H. (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. WIdO-Materialien 45, Bonn

Labelle, R., Stoddart G., Rice, T. (1989): A Re-Examination of the Meaning and Importance of Supplier-Induced Demand. Journal of Health Economics 13: 347-368

Lange, O. (1968): Politische Ökonomie, 2 Halbbände, Frankfurt-Wien

Lauterbach, K./Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des VdAK, AOK-und IKK-Bundesverbandes. Vervielfältigtes Manuskript , Köln

Liefmann-Keil, E. (1961): Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, Berlin-Göttingen-Heidelberg

Maier-Rigaud, F. P./Maier-Rigaud, G. (2001): Das neoliberale Projekt, Marburg

Marx, K.: Theorien über den Mehrwert Band 1, Marx-Engels-Werke Bd. 26.1. Berlin (DDR)

Meier, V./Werding, M./Baumann, F. (2004): Modelle zur Übertragung individueller Altersrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer sowie Alternativen zur Vorfinanzierung der Krankheitskosten im Alter. ifo-Beiträge zur Wirtschaftsforschung 14, München

Mielck, A. (2000):, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle

Mises, L. von (1940): Nationalökonomie. Theorie des Handelns und Wirtschaftens, Genf

Myrdal, G. (1933): Das Zweck-Mittel-Denken in der Nationalökonomie. Zeitschrift für Nationalökonomie 4: 305-329.

Oberender, P. (1992): Ordnungspolitik und Steuerung im Gesundheitswesen. Andersen, H. H./Henke, K.-D./Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie. Band 1: Einführende Texte, Berlin: 153-172

Oberender, P. (2001): Gleiches oder ungleiches Geld für gleiches Risiko? Zur nicht stattfindenden Grundsatzdebatte um RSA und GKV-Wettbewerbsordnung, in: Forum für Gesundheitspolitik: 121-124

Oberender, P./Zerth, J. (2005): Anreizwirkungen des RSA in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem. Klusen, N./Straub, C./Meusch, A. (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden: 37-49

OECD (2004): Gesundheitsdaten (CD-ROM)

Offe, C. (2003): Perspektivloses Zappeln. Oder: Politik mit der Agenda 2010. Blätter für deutsche und internationale Politik 48: 807-817

Olson, M. (1968): Die Logik des kollektiven Handelns, Tübingen

Pauly, M. V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Review 58: 531-537

Pfaff, M. (1985): Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig sozial tragbar und kostendämpfend sein? Sozialer Fortschritt 34: 272-276.

Pigou, A. C. (1933): Theory of Unemployment, London

PKV-Verband der Privaten Krankenversicherung (2005): Die private Krankenversicherung 2003/2004, Köln

Podzerek-Knop, A./Ribhegge, H. (2002): Wenn Welten aufeinaderprallen: Die Ökonomen und das Gesundheitswesen – eine Replik. Arbeit und Sozialpolitik 56: 50-55.

Robinson, J. (1973): Die zweite Krise der ökonomischen Theorie. Vogt (Hrsg.), a. a. O.: 37-55

Roß, J. (1998): Die neuen Staatsfeinde, Berlin

Reiners, H. (2001): Wenn Welten aufeinanderprallen: Die Ökonomen und das Gesundheitswesen. Arbeit und Sozialpolitik 55: 58-68

Reiners, H. (2004): Wahnsinn mit Methode. Kopfprämie in der GKV. Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: 67-79

Reinhardt, U. E. (1989): Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop? American Economic Review Papers and Proceedings 79: 337-342

Rice, T. (2004)): Stichwort Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn

Riese, H. (1972): Ordnungsidee und Ordnungspolitik. Kritik einer wirtschaftspolitischen Konzeption. Kyklos XXV, 24-46

Roß, J. (1998): Die neuen Staatsfeinde, Berlin

Rürup, B. (2001): DieReform des Risikostrukturausgleiches im Rahmen der Vorstellungen der „Fünf Weisen“ zur Gesundheitspolitik. G+G-Sonderdruck, Bonn

Rüstow, A. (1971): Sozialpolitik diesseits und jenseits des Klassenkampfes. Külp, B./ Schreiber, W. (Hrsg.): Soziale Sicherheit, Köln-Berlin: 17-26.

Rüstow, A. (1971): Das Versagen des Wirtschaftsliberalismus, 3. Auflage, Marburg

SVR-G (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Bonn

Schefold, B. (1981): Die Relevanz der Cambridge-Theorie für die ordnungspolitische Diskussion. Schriften des Vereins für Socialpolitik N. F. 116, Berlin: 689-704

Schlicht, E. (2003): Der Homo oeconomicus unter experimentellem Beschuss. Held, M./Kubon-Gilke, G./Sturn, R. (Hrsg.): Experimentelle Ökonomik. Jahrbuch Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik 2, Marburg: 291-33

Schoen, C. u. a. (2005): Insured but not protected: How many Adults are underinsured. Health Affairs Web Exclusive, June 14, www.cmwf.org

Schönwälder, T. (2003): Begriffliche Konzeption und empirische Entwicklung der Lohnnebenkosten in der Bundesrepublik Deutschland – eine kritische Betrachtung. Düsseldorf

Schui, H./Blankenburg, S. (2002): Neoliberalismus: Theorie. Gegner. Praxis, Hamburg

Schulenburg, J.-M. Graf v. d./Greiner, W. (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2001): Kein Wettbewerb ist besser als ein schlechter Wettbewerb, in: Forum für Gesundheitspolitik: 247-250

Schumpeter, J. A. (1972): Kapitalismus, Sozialismus, Demokratie, München

Schwartz, F.-W./Busse, R. (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Jahrbuch für kritische Medizin 23, Hamburg: 149-170

Sen, A.: Rationality And Freedom (2002): Cambridge, Ma.(US)-London (UK)

Smith, A. (1963): Eine Untersuchung über das Wesen und die Ursachen des Reichtums der Nationen“, 2 Bände, Berlin (DDR)

Surminski, A. (2005): Die PKV im Jahre 2004, Zeitschrift für das Versicherungswesen Heft. 26

Ver.di (2005): Zu hohe Lohnnebenkosten? Wirtschaftspolitik aktuell 14

Vogt, W. (Hrsg.) (1973): Seminar: Politische Ökonomie, Frankfurt am Main

Wilensky, H. L. (2002): Rich Democracies. Political Economy, Public Policy and Performance, Berkeley-Los Angeles-London

Woll, A. (1989): Freiheit durch Ordnung. Die gesellschaftspolitische Leitidee im Denken von Walter Eucken und Friedrich A. von Hayek. Ordo Vol. 40

Zok, K./Schuldzinski, W. (2005): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, Bonn