

# Mythen der Gesundheitspolitik

**Hartmut Reiners** 3., vollständig überarbeitete Auflage

 hogrefe

# Mythen der Gesundheitspolitik

# Mythen der Gesundheitspolitik

Hartmut Reiners

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip,  
Bielefeld; Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

Hartmut Reiners

# Mythen der Gesundheitspolitik

3., vollständig überarbeitete Auflage



**Hartmut Reiners**

Friedbergstrasse 45  
14057 Berlin  
hartmut-reiners@t-online.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Claus-Jürgen Kocka, Nürnberg  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

3., vollständig überarbeitete Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern  
© 2009/2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95907-8)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75907-4)  
ISBN 978-3-456-85907-1  
<http://doi.org/10.1024/85907-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

<b>Einleitung: Die Gesundheitspolitik – ein vermintes Gelände</b> . . . . .	9
<b>1 Mythos 1: Die Kosten im Gesundheitswesen explodieren.</b>	19
1.1 Die Kostenexplosion: Wie ein Mythos entstand . . . . .	20
1.2 Das Gesundheitswesen – eine Wachstumsbranche . . . . .	23
1.3 Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen . . . . .	25
1.4 Steigende Krankenkassenbeiträge durch sinkende Löhne . . . . .	30
1.5 Das deutsche Gesundheitswesen – eines der teuersten der Welt? ..	32
<b>2 Mythos 2: Hohe Lohnnebenkosten gefährden den Standort Deutschland.</b>	37
2.1 Sind die Lohnkosten in Deutschland zu hoch? . . . . .	37
2.2 Das Mantra von den zu hohen Lohnnebenkosten . . . . .	40
2.3 Ist die Abgabenlast in Deutschland zu hoch? . . . . .	42
2.4 Zusatzbeitrag: Aushebelung der paritätischen Finanzierung . . . . .	45
2.5 Fazit: „Lohnnebenkosten“ ist ein Falschwort. . . . .	48
<b>3 Mythos 3: Die alternde Gesellschaft überfordert die GKV.</b>	51
3.1 Demographische Prognosen: Fakten oder Spekulation? . . . . .	52
3.2 Alterung und Gesundheitsausgaben . . . . .	56
3.2.1 Medikalisierungs- und Kompressionsthese . . . . .	57
3.2.2 Demographische Entwicklung und Beitragssätze der GKV . . . . .	60
3.3 Die Pflegeversicherung – eine „finanzielle Zeitbombe“? . . . . .	61
<b>4 Mythos 4: Die Medizin sitzt in der Fortschrittsfalle.</b>	69
4.1 Mehr Medizin = mehr Gesundheit? . . . . .	71
4.2 Überversorgung und Fehlallokation im Gesundheitswesen . . . . .	73
4.3 Sind Rationierungen oder Priorisierungen medizinischer Leistungen unvermeidlich? . . . . .	77
4.4 Was ist evidenzbasierte Medizin und wer befindet darüber? . . . . .	80

4.5	Geschäftsmodell „IGeL“ .....	83
4.6	Fazit .....	86
<b>5</b>	<b>Mythos 5: Das Sachleistungsprinzip der GKV führt zur Vollkasko-Mentalität und unnötigen Ausgaben.</b>	87
5.1	„Moral Hazard“ als gesundheitspolitisches Paradigma .....	89
5.2	Die Wirkung von finanziellen Anreizen: Empirische Befunde .....	93
5.2.1	Das RAND-Experiment .....	95
5.2.2	Erfahrungen aus den Niederlanden .....	97
5.2.3	Die Praxisgebühr – ein Schlag ins Wasser .....	98
5.2.4	Wahltarife: Königs- oder Holzweg? .....	104
5.2.5	Führt Kostenerstattung zu Kostenbewusstsein? .....	106
5.2.6	Fazit: Selbstbeteiligung hat problematische Wirkungen. ..	108
<b>6</b>	<b>Mythos 6: Das Umlagesystem der GKV ist nicht mehr finanzierbar.</b>	113
6.1	Die solidarische Finanzierung der GKV und ihre Grenzen .....	114
6.2	GKV-Modelle mit Kopfpauschale .....	117
6.3	Die „PKV für alle“ – ein subventioniertes Geschäftsmodell .....	123
6.4	Mehr Generationengerechtigkeit durch Kapitaldeckung? .....	127
6.4.1	Generationenbilanzen ohne Substanz .....	128
6.4.2	Ist die Kapitaldeckung effektiver als das Umlagesystem? ..	129
<b>7</b>	<b>Mythos 7: Das duale System von GKV und PKV fördert den medizinischen Fortschritt.</b>	135
7.1	Die duale Krankenversicherung in Deutschland .....	136
7.2	Zur Legitimation der dualen Krankenversicherung .....	140
7.2.1	Wettbewerb zwischen GKV und PKV – eine Schimäre .....	141
7.2.2	Gibt es eine Zwei-Klassen-Medizin? .....	145
7.2.3	Ressourcenverschwendung in der PKV .....	146
7.3	Modelle einer Bürgerversicherung .....	148
7.4	Probleme auf dem Weg zur Bürgerversicherung .....	151
<b>8</b>	<b>Mythos 8: Der Arztberuf wird unattraktiv.</b>	157
8.1	Droht ein Ärztemangel? .....	158
8.2	Verdienen Ärztinnen und Ärzte zu wenig? .....	166
8.3	Vergütungssysteme für ambulante Arztpraxen .....	170
8.3.1	Das Vergütungssystem für Vertragsärztinnen und -ärzte ..	170
8.3.2	Das privatärztliche Vergütungssystem und seine Unterschiede zum EBM-System .....	173

<b>9</b>	<b>Mythos 9: Die Kassenbürokratie ist aufgebläht.</b>	179
9.1	Weshalb gibt es so viele Krankenkassen? .....	180
9.2	Die Krankenkassenverbände: Steuerungszentren der GKV .....	183
9.3	Zu hohe Verwaltungskosten der Kassen? .....	185
9.4	Die Selbstverwaltung: Garant für Versichertennähe? .....	187
<b>10</b>	<b>Mythos 10: Mehr Wettbewerb fördert die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.</b>	193
10.1	Wettbewerb als ordnungspolitisches Paradigma .....	195
10.2	Die gegliederte GKV .....	199
10.3	RSA als Voraussetzung für den Kassenwettbewerb .....	202
10.4	Der Gesundheitsfonds – ein bürokratisches Monster? .....	208
10.5	Wettbewerbsparameter in der GKV .....	215
	10.5.1 Dominanz des Beitragswettbewerbs .....	216
	10.5.2 Satzungsleistungen der Kassen .....	217
	10.5.3 Kassenwettbewerb und neue Versorgungsformen .....	218
	10.5.4 Kassenwettbewerb und Sicherstellung der Versorgung ...	221
<b>11</b>	<b>Mythos 11: Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zerstört die Heilkunst.</b>	223
11.1	Was ist ökonomisches Denken und Handeln? .....	224
11.2	Kann es ein gerechtes und optimales Vergütungssystem für medizinische Leistungen geben? .....	227
11.3	Die DRGs – Wurzel allen Übels? .....	229
11.4	Die Grenzen finanzieller Anreize und die Bedeutung der Arbeitskultur .....	231
<b>12</b>	<b>Mythos 12: Wir brauchen eine GKV-Reform aus einem Guss.</b>	235
12.1	Ablauf von GKV-Reformen .....	237
12.2	Kleine Geschichte der GKV-Reformen .....	241
12.3	Integrierte Versorgung – Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik ..	252
	12.3.1 Planung und Sicherstellung der Versorgung – Bestandsaufnahme .....	254
	12.3.2 Perspektiven einer integrierten Versorgung .....	257
	12.3.3 Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen .....	260
12.4	Ausblick .....	261
	Abkürzungen .....	263
	Literatur .....	265
	Personenregister .....	291
	Sachwortregister .....	299



# Einleitung: Die Gesundheitspolitik – ein vermintes Gelände

*„Gesundheitspolitik ist Wasserballett im Haifischbecken.“*

Norbert Blüm, Arbeitsminister von 1982–1998

Die Gesundheitspolitik ist ein beliebtes Thema für Talkshows und TV-Magazine. Alle Bürgerinnen und Bürger sind davon betroffen und haben dazu meist auch eine Meinung, sei es als Patienten, Beitragszahler oder Beschäftigte im Gesundheitswesen. „In Deutschland leben nicht nur Millionen Bundestrainer, sondern auch unzählige Gesundheitsreformer“, konstatierte ein Kommentator der *Süddeutschen Zeitung* (24.06.2006). Er vergaß hinzuzufügen, dass diese Tresen- und Partypolitiker zumeist nur die von Leitartiklern und notorischen Talkshow-Gästen verbreiteten Behauptungen über ein krankes, nicht mehr zu bezahlendes und von kollektiver Verantwortungslosigkeit geprägtes Gesundheitswesen wiederkäuen. Da werden Themen besetzt und in griffige Parolen gefasst, die nicht die komplizierten Sachverhalte der Gesundheitspolitik auf den Punkt bringen, sondern an allgemeinen Vorurteilen anknüpfen. Denen sitzen auch Bürger auf, die sich für gut informiert halten, wie der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung berichtet (Braun und Marstedt, 2010). Es dominieren Phrasen, von denen die meisten, die sie dreschen, gar nicht ahnen, dass sich dahinter handfeste ökonomische und politische Interessen verbergen. Vom leidgeprüften früheren Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm stammt das Bonmot, Gesundheitspolitik sei „Wasserballett im Haifischbecken“.

Das Gesundheitswesen wird nicht nur in Deutschland, sondern auch in der Europäischen Union aus guten Gründen ein weitgehend über die Politik gesteuerter Wirtschaftszweig. Seine Leistungen, die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie seine Finanzierungsgrundlagen und die Ressourcenverteilung werden nicht nach den Spielregeln der Marktwirtschaft bzw. von der zahlungsfähigen Nachfrage der Bürger bestimmt, sondern nach dem Bedarfsprinzip sowie einem von den Parlamenten und Regierungen im Bund und in den Ländern gestalteten rechtlichen Normengerüst gestaltet. Sogar die für Privatpatienten geltenden Gebührenordnungen für Ärzte

und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) werden per Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums festgelegt. Zwar haben auch andere Märkte rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. das Kartell- und Wettbewerbsrecht. Auch sind bestimmte Wirtschaftszweige, wie etwa die Rüstungsindustrie oder der Tiefbau, von staatlichen Aufträgen und damit politischen Entscheidungen abhängig. Aber in keinem anderen Wirtschaftszweig wird die Ressourcenverteilung so detailliert über Gesetze und Verordnungen gesteuert wie im Gesundheitswesen. Allenfalls die von der europäischen Ebene gelenkte Landwirtschaft hat eine ähnliche Regulierungsdichte.

Die politische Steuerung des Gesundheitswesens ist Standard in allen hoch entwickelten Ländern. Sogar das von privaten und betrieblichen Health Plans geprägte Gesundheitswesen der USA wird zur Hälfte öffentlich finanziert (siehe Kap. 1.5). Während Anpassungen an sich verändernde Bedingungen in anderen Branchen weitgehend durch Marktprozesse gesteuert werden, übernehmen im Gesundheitswesen regelmäßige „Gesundheitsreformen“ genannte Gesetzgebungsverfahren und damit die Politik diese Aufgabe. Dabei geht es um enorm viel Geld und wirtschaftliches Potenzial, genauer gesagt um jene gut elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes, die das Gesundheitswesen in Deutschland aktuell erwirtschaftet, und um weit über fünf Millionen Arbeitsplätze. Es ist eine Wachstumsbranche, in der alle Akteure versuchen, die gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beeinflussen, um einen möglichst großen Teil vom Kuchen abzubekommen und für sie nachteilige Regelungen zu verhindern bzw. in ihrem Sinn zu ändern.

In der Politik selbst wiederum dient die Gesundheitspolitik auch als Instrument macht- bzw. parteipolitischer Auseinandersetzungen, wie es in der Politik immer sowohl um Sach- als auch um Machtfragen geht. Gesundheitspolitik ist vor allem für die jeweilige Opposition ein wirksames Wahlkampfthema. Wenn diese dann, wie die SPD in den 1990er Jahren und die CDU/CSU zu Zeiten der rot-grünen Koalition, die Mehrheit im Bundesrat hat, kann sie diese Institution auch zur Blockade der Bundesregierung nutzen. Reformen im Gesundheitswesen werden deshalb von den Regierungsparteien zu möglichst wahlfernen Zeiten, soweit es die in unserem föderalen Politiksystem gibt, auf die politische Agenda gesetzt. Mit ihnen können sie Wahlen verlieren, aber nicht gewinnen, wie der frühere Gesundheitsminister Seehofer einmal anmerkte.

All das lädt zu einer Ideologisierung der Auseinandersetzungen ein. Kaum einer der in der Gesundheitspolitik aktiven Verbände, Funktionäre und Unternehmen gibt zu, das völlig legitime Interesse zu verfolgen, Geld verdienen zu wollen. Alle präsentieren sich als Vollstrecker des Gemeinwohls. Die Ärzteverbände und Krankenhausunternehmen sorgen sich natürlich nur um die optimale medizinische Versorgung ihrer Patienten. Die Pharmafirmen interessieren sich keines-

wegs für ihren jeweiligen Shareholder-Value, sondern nutzen ihre Gewinne vor allem für Forschung im Dienste der Menschheit. Die Arbeitgeber wollen den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ausdünnen, um Lohnkosten zu senken und Gewinne zu steigern, sondern um Arbeitsplätze zu sichern. Für die privaten Krankenversicherungen (PKV) sind Altersrückstellungen kein Geschäftsfeld, sondern dienen der nachhaltigen Finanzierung demographischer Risiken. Auch die Krankenkassen haben keinerlei Eigeninteressen, sondern sind per se solidarisch und haben nichts anderes im Sinn, als kranke Menschen gut zu versorgen.

In der Gesundheitspolitik wird die hohe politische Kunst des Werfens ideologischer Nebelkerzen und des Täuschens mithilfe von Fakten gepflegt. Es wird jede Menge „Bullshit“ produziert, ein kaum angemessen ins Deutsche übersetzbarer Begriff, den der amerikanische Philosoph Harry G. Frankfurt (2006, S. 55) wie folgt umschreibt: „Obwohl er der Bullshit ohne Rücksicht auf die Wahrheit produziert wird, muss er durchaus nicht unwahr sein. Der Bullshitter fälscht Dinge. Aber das heißt nicht, dass sie zwangsläufig falsch sind.“ Durch „Bullshitting“ werden komplexe Probleme und Vorgänge im Gesundheitswesen auf einen Kanon von Halbwahrheiten und Ideologien reduziert. Deren Weisheit beschränkt sich darauf, an bestimmten persönlichen Erfahrungen im Umgang mit den Institutionen des Gesundheitswesens anzuknüpfen, diese mit dem gerade in den Medien aktuellen Trend zu verbinden und daraus mit griffigen Formulierungen und Slogans scheinbar einfache Rezepte zur Reform des Gesundheitswesens abzuleiten, an denen die Politik dann gemessen wird. Dass diese dabei nur als Versager wahrgenommen wird, ist Teil des nach der Methode der sich selbst erfüllenden Prophezeiung funktionierenden Spiels.

Nicht nur im Gesundheitswesen hat sich das „Bullshitting“ zu einem einträglichen Geschäft entwickelt. Angesichts einer von den Bürgerinnen und Bürgern gar nicht mehr fassbaren Nachrichtenflut, die sich täglich über sie ergießt, hat in der Politikberatung die Bearbeitung von Informationen weit größere Bedeutung erhalten als ihre Gewinnung. Beraterfirmen und PR-Agenturen ersetzen in der Entwicklung politischer Strategien zunehmend die wissenschaftlichen Politikberater. Während Keynes Anfang der 30er Jahre im Nachwort zu seinem Klassiker „Allgemeine Theorie der Beschäftigung, des Zinses und des Geldes“ noch vermuten konnte, dass „Wahnsinnige in hoher Stellung, die Stimmen in der Luft hören, ihren wilden Irrsinn aus dem zapfen, was irgendein akademischer Schreiber ein paar Jahre vorher verfasste“, haben heute die sogenannten Spindoctors die strategische Beratung übernommen. Sie kümmern sich weniger um die politischen Inhalte als vielmehr um die Verpackung und die Präsentation von politischen Informationen und Botschaften. „Die besondere Kunst besteht darin, Inhalte, die für den Kunden wichtig sind, so aufzubereiten, dass sie auch für die

Medien relevant erscheinen und zum Gegenstand der Berichterstattung werden“, zitiert Tom Schimmeck (2005) in einer Reportage über die Medienszene in Berlin-Mitte einen führenden PR-Berater. Das heißt nicht, dass Wissenschaftler in dem Geschäft keine Rolle mehr spielen. Etliche Ökonomie- und Politikprofessoren tingeln als scheinbar unabhängige Experten durch Talkshows und Kongresse und unterhalten Forschungsinstitute, die von Aufträgen der Versicherungs- und Gesundheitswirtschaft leben.

Kaum ein anderer Wirtschaftszweig oder Politikbereich unterhält ein derart aufwendiges System ideologischer Apparate wie das Gesundheitswesen. Hier gibt es gut bezahlte Jobs, die zwar nicht in der Arbeitsplatzstatistik des Gesundheitswesens auftauchen, aber zu einem großen Teil von dessen Institutionen finanziert werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit nun ein kurzer Überblick über das Gewirr von Branchendiensten, Lobbyverbänden, Medienvertretern, Beratungsfirmen und Kongressveranstaltern:

- Eine kaum noch zu überschauende Zahl von Interessenverbänden versucht in Berlin Einfluss auf die Politik zu nehmen. Etwa 400 der knapp 2300 im Bundesanzeiger (Stand Mai 2016) registrierten Lobbyorganisationen beschäftigen sich nur um die Geschäftsbereiche des Gesundheitsministeriums und des Gesundheitsausschusses des Bundestages. Die Verbände der Krankenkassen, der Ärzte und der Krankenhausträger sind selbstverständlich in Berlin präsent, entweder mit Hauptsitz oder eigenem Büro. Die Pharmaindustrie unterhält mehrere Verbände für die unterschiedlichen Geschäftsbereiche dieser Branche. Große Firmen wie Sofi-Aventis, Pfizer, Bayer oder Novartis haben gesundheitspolitische Stabsabteilungen.
- Jede im Gesundheitswesen relevante Berufsgruppe lässt sich durch Verbände politisch vertreten. Besonders aktiv sind Ärztevereinigungen wie der Hartmannbund, der NAV-Virchowbund, der Marburger Bund oder der Hausärzterverband, dazu kommen noch etliche Fachärzterverbände. Nicht zu vergessen sind auch die Gewerkschaften der Beschäftigten im Gesundheitswesen.
- Wer sich kein eigenes Büro für die Lobbyarbeit leisten kann oder will, bedient sich einer kaum zu zählenden Schar von PR-Agenturen, Anwaltskanzleien und Unternehmensberatern. Der Branchenriese McKinsey hat es sogar geschafft, sich als Ghostwriter für die vom CDU-Vorstand eingesetzte „Herzog-Kommission“ zur Reform des Sozialstaats zu betätigen und das 2003 vom CDU-Parteitag beschlossene Kopfprämienmodell in der GKV zu entwickeln (siehe Kap. 6.2). Der damalige CSU-Vertreter in diesem Arbeitskreis Horst Seehofer beschrieb diesen Vorgang laut *Stern* (Nr. 49/2003) so: „McKinsey hat gesagt, was richtig ist, und die Politiker haben sich dem angeschlossen.“

- Im Gesundheitswesen tummeln sich etliche Info-Dienste, die für gutes Geld Kassenvorstände, Pharmafirmen, Krankenhausgeschäftsführer, Verbandsfunktionäre und Politiker mit scheinbar exklusiven Nachrichten über Vorgänge in der Politik, den Behörden und der Branche versorgen. Ihre meist per E-Mail verbreiteten Berichte bewegen sich zwischen gut recherchierten Fakten, allgemein Bekanntem, Branchen-Klatsch und manchmal auch gezielter Desinformation.
- Die großen Tages- und Wochenzeitungen haben in ihren Hauptstadtbüros Redakteure für die Gesundheitspolitik abgestellt. Es gibt sogar mit der *Ärztezeitung* eine eigene Tageszeitung für das Gesundheitswesen. Welche andere Branche kann damit schon aufwarten? Hinzu kommen Pressebüros und freie Journalisten, die die Regionalpresse mit Neuigkeiten über die Gesundheitspolitik versorgen.
- Nicht vergessen werden dürfen auch finanziell bestens ausgestattete Ideologieproduzenten, die so politisch neutral klingende Namen haben wie *Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft* oder *Stiftung Marktwirtschaft*. Sie kümmern sich zwar eher um die allgemeine politische Stimmungslage und sind darauf ausgelegt, der Ideologie des Marktes die politische Hegemonie zu sichern. Aber in diesem Sinn mischen sie sich auch in die Gesundheitspolitik ein.
- Eine Reihe von Firmen verdienen ihr Geld mit der Organisation von Kongressen, auf denen Politiker, Wissenschaftler, leitende Beamte aus den Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder sowie Verbandsfunktionäre über den Stand der gesundheitspolitischen Debatten berichten.
- An den Veranstaltungen und Gesprächsforen der Lobbyverbände verdienen auch Cateringbetriebe und die Gastronomie nicht schlecht. In den Sitzungswochen des Bundestages kann man sich als Insider der Gesundheitspolitik fast an jedem (Werktags-) Abend auf Empfängen mal mit Häppchen, mal am üppigen Buffet durchfuttern und unter Zufuhr meist sehr guter geistiger Getränke Kontakte pflegen bzw. knüpfen sowie den neuesten Branchenklatsch austauschen.

Diese Apparate sorgen für gezielte Beeinflussungen der veröffentlichten Meinung und des politischen Systems. Für diese Aufgabe gibt es, wie Frankfurt (2006, S. 30) bemerkt, „ganz hervorragende Handwerker, die mithilfe fortschrittlicher und anspruchsvoller Marktforschungstechniken, Meinungsumfragen, Psychotests und dergleichen unermüdlich daran arbeiten, jedes Wort und jedes Bild genau in Szene zu setzen.“ Gemeinsam mit Vertretern der Medien und der politischen Apparate bilden sie ein „selbstreferenzielles System“ (Niklas Luhmann), in dem die Meinungstrends und Ideologien im eigenen sozialen

Mikrokosmos schon mal mit allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen verwechselt werden. Vieles von dem, was auch in seriösen Blättern (nicht nur) zur Gesundheitspolitik verbreitet wird, hat seine Quellen eher in den Gesprächszirkeln und einschlägigen Lokalen in Berlin-Mitte als in belastbaren wissenschaftlichen Untersuchungen. Dort werden Parolen ausgegeben, die sich in das allgemeine Bewusstsein eingebrannt habe. In diesem Buch geht es um zwölf besonders zählebige Mythen:

- Die Kosten im Gesundheitswesen explodieren und drohen die Volkswirtschaft zu überfordern.
- Steigende Krankenkassenbeiträge gefährden als Lohnnebenkosten die globale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.
- Die demographische Entwicklung mit einem dramatisch steigenden Altenquotienten überfordert die solidarische Umlagefinanzierung der GKV.
- Der rasante medizinische Fortschritt wird immer teurer, was entweder zu untragbar hohen Krankenkassenbeiträgen oder zur Rationierung medizinischer Leistungen führt.
- Das Bedarfsprinzip der GKV produziert eine Vollkasko-Mentalität und behindert den eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit.
- Die vom Faktor Arbeit abhängige solidarische Umlagefinanzierung der GKV bietet keine nachhaltige Perspektive. Wir brauchen mehr private Vorsorge.
- Das duale System von GKV und PKV führt zu mehr Wettbewerb und sichert die Umsetzung des medizinischen Fortschritts auch für Kassenpatienten.
- Der Arztberuf ist in Deutschland unattraktiv geworden. Es droht ein Ärztemangel.
- Es gibt zu viele Krankenkassen mit einer aufgeblähten Bürokratie.
- Eine effiziente Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen kann nur durch mehr Wettbewerb erreicht werden.
- Gegenthese: Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch Kostenrechnung und Preise schafft die Heilkunst ab.
- Wir brauchen endlich eine Reform aus einem Guss, mit der die Probleme im Gesundheitswesen dauerhaft gelöst werden.

Keine dieser Behauptungen kann einer sachlichen Überprüfung standhalten. Es wäre allerdings fahrlässig, diese Phrasensammlung einfach als interessengebundene Lügengespinnste oder „Fakes“ abzutun. Wenn Autoren bzw. Verlage Sachbüchern, die mit verbreiteten Irrtümern aufräumen wollen, den griffigen Titel „Die ...-Lüge“ geben, unterschätzen sie die Aufklärungsresistenz der kritisierten Behauptungen. Würde es sich um Lügen handeln, könnte man sie durch Fakten als solche entlarven. Es handelt sich aber um „Bullshit“ im oben genannten Sinn, d. h. um selektive und gezielt verkürzte Verarbeitungen realer Probleme,

die sich zu Mythen verfestigt haben. Ziel dieses Buches ist es nicht nur, die Ideologieproduktion in der Gesundheitspolitik sichtbar zu machen, sondern auch, die dahinter stehenden realen Probleme zu benennen und Gegenthesen zu entwickeln:

- Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, sondern eine schleichende Auszehrung der finanziellen Basis der GKV mit der Folge steigender Beitragssätze. Der stetig wachsende Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist ein allen modernen Volkswirtschaften immanenter Trend, der darauf beruht, dass Dienstleistungen ein geringeres Rationalisierungspotenzial haben als die industrielle Produktion. Aus dieser Perspektive ist das Gesundheitswesen kein Kostenfaktor, sondern eine zukunftssträchtige Wachstumsbranche mit hohem Jobpotenzial.
- Die Behauptung, die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft leide unter zu hohen Sozialabgaben, ist ohne empirische Evidenz. Trotz eines steigenden Sozialbudgets wachsen die Exportüberschüsse der deutschen Volkswirtschaft. Allerdings können die Finanzprobleme der GKV nicht gelöst werden, solange die Löhne der unteren und mittleren Einkommensgruppen der Arbeitnehmer ihre wesentliche finanzielle Ressource sind und höhere Einkommensgruppen sich dem Solidaritätsprinzip entziehen können.
- Die mit der demographischen Entwicklung einhergehenden Probleme können vom GKV-System bewältigt werden, ohne die erwerbstätige Generation übermäßig zu belasten. Voraussetzung dafür ist zum einen, die Medikalisierung sozialer Probleme zu verhindern, durch die normale Alterungsprozesse in behandlungsbedürftige Krankheiten umdefiniert werden.
- Der medizinische Fortschritt führt dann zu überhöhten Steigerungen der GKV-Ausgaben, wenn die Qualitätssicherung und Grundsätze der evidenzbasierten Medizin vernachlässigt werden. Die Überprüfung des im Gesundheitswesen angebotenen Leistungsspektrums auf seine medizinische Notwendigkeit und die Einforderung von Qualität in der medizinischen Versorgung sind zentrale Aufgaben der Gesundheitspolitik, die nichts mit einer Rationierung von Leistungen zu tun haben.
- Zuzahlungen und Wahltarife sind keine geeigneten Instrumente zur Förderung einer rationalen Leistungsanspruchnahme, sondern entlasten Gesunde auf Kosten von Kranken ohne nachhaltigen Steuerungseffekt. Das belegen zahlreiche internationale empirische Studien zu den Folgen von Selbstbeteiligungstarifen in Krankenversicherungen. Diese sind nur dann effektiv, wenn sie die Versicherten nicht an der Inanspruchnahme von Leistungen hindern, sondern ihnen verschiedene Alternativen mit und ohne Zuzahlung bieten.

- Nicht die solidarische Umlagefinanzierung der GKV ist das Problem, sondern die Privilegien des oberen Einkommensdrittels. Weder die Umstellung auf Kopfpauschalensysteme noch eine Privatisierung der Gesundheitsrisiken bieten eine ökonomisch rationale Perspektive. Die Kapitaldeckung der Absicherung von Alterungsrisiken bietet gegenüber der solidarischen Umlagefinanzierung keine Vorteile, sondern nur Anhängigkeiten von den Launen des Finanzmarktes.
- Das duale System von GKV und PKV ist eine Ressourcenverschwendung. Die PKV gibt für die im Prinzip gleichen Leistungen doppelt so viel aus wie die GKV. Kassenpatienten müssen zwar meist länger auf einen Arzttermin warten als Privatpatienten, aber sie haben keine schlechtere medizinische Behandlung. Die GKV bietet eine Versorgung auf dem Stand des medizinischen Wissens und verfügt über Instrumente zur Qualitätssicherung, die es in der PKV nicht gibt.
- Es gibt keinen Ärztemangel, vielmehr hat sich die Arztdichte in den vergangenen 20 Jahren um 50 Prozent erhöht. Die Einkommen innerhalb der Ärzteschaft sind ungleich verteilt. Das führt zu einer disparaten Versorgungslandschaft mit einem Überangebot in den Ballungsgebieten und dort vor allem in den sozial bessergestellten Wohnlagen. Dem stehen Versorgungsmängel und überlastete Ärzte in ländlichen Regionen und problematischen Stadtteilen gegenüber. Dieses Problem ist nicht allein mit einer zielgenauen Honorarverteilung zu lösen, sondern auch mit besseren Arbeitsbedingungen und strukturellen Änderungen in der medizinischen Versorgung.
- Die Verwaltungskosten der GKV sind noch nicht einmal halb so hoch wie die der PKV. Die Zahl von momentan 111 Krankenkassen wird sich durch Fusionen weiter reduzieren,
- Wettbewerb ist kein sich selbst regulierendes System, sondern ein gezielt einzusetzendes Steuerungsinstrument. Im gegliederten GKV-System hätte der Wettbewerb ohne den Risikostrukturausgleich zerstörerische Wirkungen. Das Vertrauen darauf, dass der Kassenwettbewerb zu besseren Versorgungsstrukturen führt, ist eine Illusion.
- Die Kritik an der Ökonomisierung der Medizin geht oft an der Sache vorbei. Das Gesundheitswesen ist keine ökonomiefreie Zone, in dem Kostengesichtspunkte und Wettbewerb keine Rolle spielen bzw. politische Willkür sind. Allerdings führt die Beschränkung der Gesundheitspolitik auf wirtschaftliche Anreize in die Irre. Die Arbeitskultur und ethische Normen der Medizin haben eine bei der Ressourcenverteilung mindestens ebenso große Bedeutung.
- Die periodisch erfolgenden Reformen im Gesundheitswesen sind Folgen des Marktversagens im Gesundheitswesen. Die erforderlichen Anpassungspro-

zesse an sich verändernde Bedingungen müssen politisch gesteuert werden. Die Vorstellung, man könne das Gesundheitswesen mit einer großen Reform nachhaltig reformieren, ist eine Illusion. Gesundheitspolitik ist ein mühseliges Geschäft mit dem Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“.



# 1 Mythos 1: Die Kosten im Gesundheitswesen explodieren.

*„Im Großen und Ganzen ist die Kostenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen vergleichsweise unter Kontrolle.“*

Thomas Rice, Gesundheitsökonom (University of California)

Im Juni 2017 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt einen Beitrag über „Die Mär der Kostenexplosion“ (Lichey et al., 2017). Weder seine Aussagen noch sein Titel waren neu (Braun et al., 1998). Diese Erzählung geistert seit über 40 Jahren durch die Medien, obwohl die Fakten für diese pyrotechnische Metapher nichts hergeben. Pate dieses Mythos ist der CDU-Politiker Heiner Geißler, damals Sozialminister von Rheinland-Pfalz (Geißler, 1974). Er präsentierte 1974 eine Indexreihe der GKV-Ausgaben mit dem Basisjahr 1960 = 100, die 1973 einen Wert von 457,4 erreicht hatte, was eine dramatische Entwicklung zu belegen schien. Bei anhaltender Entwicklung hätten sich allein zwischen 1971 und 1978 die Ausgaben der GKV verdreifacht; der durchschnittliche Beitragssatz wäre von 8,1 auf 13,1 Prozent gestiegen. Seither werden auch bescheidene Anhebungen der Krankenkassenbeiträge, höhere Arzneimittelpreise oder steigende Krankenhausausgaben in den Medien gedankenlos als „Kostenexplosion“ bewertet. Dieser in die Alltagssprache eingegangene Begriff wird automatisch mit Entwicklungen im Gesundheitswesen assoziiert. Geißler ist damit etwas gelungen, was er selbst einmal als die hohe Kunst der Politik bezeichnete: das Besetzen von Begriffen, d.h. die Reduzierung politischer Zusammenhänge auf Parolen, die sich in den Köpfen der Menschen festsetzen. Geißlers Studie löste eine heftige Debatte über die Ausgabenentwicklung in der GKV aus. Sie hatte 1977 ein Kostendämpfungsgesetz zur Folge, das die politische Tradition der seit den 1980er Jahren in jeder Legislaturperiode durchgeführten Reformen der GKV begründete (siehe Kap. 12.2). Diese wurden stets von Berichten über eine ausufernde und von der Politik scheinbar nicht in den Griff zu bekommende Kostenentwicklung im Gesundheitswesen begleitet.

Dabei kann von einer die Bezeichnung „Kostenexplosion“ rechtfertigende Steigerung der Gesundheits- bzw. Krankenkassenausgaben schon seit über

40 Jahren nicht mehr die Rede sein, wenn denn dieser dramatische Begriff jemals die Realität angemessen erfasst hat. Aber richtig ist auch, dass sich dieses Schlagwort nicht so lange in den Medien und den Köpfen der Bürger behauptet hätte, wenn dahinter nicht ein reales Phänomen stecken würde. Die Gesundheitsausgaben haben die immanente Tendenz, stärker zu wachsen als das Bruttoinlandsprodukt (BIP), d.h. die Gesamtheit der erstellten Güter und Dienstleistungen. Die Krankenkassenbeiträge steigen kontinuierlich, trotz einer Kette von Reformen im Gesundheitswesen. Aber das sind keine spektakulären Vorgänge, sondern die Folge des volkswirtschaftlichen Strukturwandels und der Eigenarten eines besonderen Wirtschaftszweigs, die politisch gesteuert und in verträglichen Grenzen gehalten werden können.

## 1.1 Die Kostenexplosion: Wie ein Mythos entstand

Die von Geißler 1974 angestoßene Debatte hatte einen realen Hintergrund. In den 1960er Jahren waren mehrere Anläufe zu einer Reform der GKV gescheitert. Die von der Bundesregierung unter Kanzler Ludwig Erhard 1964 eingesetzte *Sozialenquete-Kommission* stellte in ihrem 1966 veröffentlichten Bericht fest (S. 209): „Die Bemessung des Anspruchsniveaus der GKV, durch das zugleich auch die Höhe des Beitragssatzes bestimmt wird, ist zum Problem geworden.“ Ende der 1960er, Anfang der 1970er Jahre stiegen die Beitragssätze der Krankenkassen deutlich an (**Tabelle 1-1**), obwohl die GKV zuvor durch das Lohnfortzahlungsgesetz finanziell entlastet worden war.<sup>1</sup> Der *Spiegel* gab im Mai/Juni 1975 einer fünfteiligen Serie über das Gesundheitswesen die Schlagzeile: „Krankheitskosten – die Bombe tickt“. Er zitierte Geißlers damaligen Planungschef Ulf Fink: „Das ganze System ist darauf angelegt zu explodieren.“ Auch der seinerzeit für Sozialpolitik zuständige Abteilungsleiter des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) Alfred Schmidt befürchtete einen „Riesensprengsatz“ in der Ausgaben- und Beitragsentwicklung der GKV. Eine ähnliche Entwicklung konnte man damals auch in anderen europäischen Ländern beobachten (Reiners 1987, S. 55–60).

<sup>1</sup> Das Lohnfortzahlungsgesetz vom 1. Juli 1969 brachte die völlige Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Seit Ende der 1950er Jahre bekamen zwar die meisten Industriearbeiter über Tarifverträge bei Krankheit weiter ihren Lohn für eine festgelegte Dauer, nach der dann die Krankenkassen Krankengeld zahlten. Aber erst mit dem Lohnfortzahlungsgesetz kamen alle Arbeiter in den Genuss der Regelung, dass die Arbeitgeber sowohl für Arbeiter als auch für Angestellte die Lohnfortzahlung für die ersten sechs Wochen einer Krankheit zu gewährleisten haben. Die Krankenkassen wurden dadurch von 1969 auf 1970 um 1,8 Mrd. DM entlastet, was 0,3 Beitragssatzpunkten entspricht.

**Tabelle 1-1:** Gesundheitsausgaben in Deutschland 1970–2016

Jahr	Gesundheitsausgaben in v. H. BIP	GKV-Ausgaben in v. H. BIP	Durchschnittlicher GKV-Beitragssatz
1970	6,0	3,5	8,24
1975	8,4	5,7	10,04
1985	8,8	6,0	11,73
1995	9,4	6,6	12,20
2005	10,8	6,4	14,19
2010	11,5	6,8	14,90
2016	11,3	7,1	15,70

*Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Zusammenstellung und Berechnung*

Der Ökonom Walter Krämer beschwor das Menetekel einer Diktatur der Medizin über die Volkswirtschaft. Der Bedarf an medizinischen Leistungen sei im Prinzip unendlich. Bei ungebremstem Fortgang des Wachstums der Gesundheitsausgaben werde „genau im Jahre 2019 das gesamte Bruttosozialprodukt durch Gesundheitsausgaben ausgeschöpft. Der letzte Bäcker wird zum Zahntechniker umgeschult, statt Privatautos werden Rettungshubschrauber, anstelle von Eigenheimen werden Krankenhäuser gebaut. Niemand läuft weiter als 100 Meter bis zur nächsten Apotheke, und Herzchirurgen findet man leichter als einen Friseur. Bei einem Verkehrsunfall darf man mit einem unverzüglichen Einfliegen eines voll ausgerüsteten Notarztteams rechnen, aber zu essen gibt es nur noch Erbsensuppe.“ (Krämer, 1982, S. 111)

Einen solchen Zustand müssten wir nach Krämers Hochrechnung bei Erscheinen der 3. Auflage dieses Buches erreicht haben. Aber sein spektakuläres Bild war schon damals unseriöse Effekthascherei. Der Anstieg der Krankenkassenausgaben war in den frühen 1970er Jahren zum einen die Folge einer steigenden Zahl der in der GKV versicherten Personen. Deren Anteil an der Bevölkerung hatte sich von 83,4 Prozent im Jahr 1960 auf 91,5 Prozent im Jahr 1973 erhöht. Zusätzliche Personenkreise wie Studenten, Behinderte und Künstler wurden in dens Kreis der Pflichtversicherten in der GKV aufgenommen. Dadurch hatten mehr Menschen ungehinderten Zugang zu medizinischen Leistungen, was sich zwangsläufig in höheren Ausgaben niederschlug. Auch wurden der Leistungskatalog der Pflichtkassen für Arbeiter (AOK, BKK, IKK) sowie die von ihnen gezahlten Vergütungen für Kassenärzte dem höheren Standard der Angestellten-Ersatzkassen angepasst (Thiemeyer, 1985).

Dramatisierende Darstellungen wie die von Geißler und Krämer basieren auf einem Trick, den Krämer als Professor für Statistik gut kennt. Mit der Bestimmung des Basisjahres einer entsprechenden Indexreihe kann man eine gemäßigte und dem allgemeinen wirtschaftlichen Wachstum entsprechende, aber auch eine im Verhältnis zum BIP scherenförmige Entwicklung der Gesundheitsausgaben darstellen. Je kleiner der Ausgangswert und je weiter entfernt das Bezugsjahr, desto größer wirkt die Steigerung. Entwicklungen in einer relativ kurzen Periode werden zur Basis für langfristige Indexreihen gemacht und verwandeln so eine vorübergehende Erscheinung in eine scheinbar langfristige Tendenz. Hätte Geißler z.B. bei seiner Darstellung 1970 als Basisjahr gewählt, wäre die Differenz zwischen 1960 und 1973 nur 134,5 statt der von ihm errechneten 357,5 Punkte, eine deutlich weniger spektakuläre Größenordnung (Kühn, 1976). Krämer stützte seine Apokalypse auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der ersten Hälfte der 1970er Jahre, als sowohl die gesamten Gesundheits- als auch die GKV-Ausgaben deutlich stärker stiegen als das Wirtschaftswachstum und die Einkommen der Versicherten. Zwischen 1970 und 1975 wuchs der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 6,0 auf 8,4 Prozent (Tabelle 1-1). Hätte sich diese Entwicklung auch in der zweiten Hälfte der 1970er und in den 1980er Jahren so fortgesetzt, hätte dies in der Tat zu Verwerfungen in der GKV-Finanzierung geführt. Aber es ging nicht so weiter.

Die Methode, statistischen Zeitreihen ergebnisorientiert zu trimmen, ist zwar Experten hinreichend vertraut. Auch wird von den meisten Gesundheitsökonomen schon seit Längerem nicht mehr das Zerrbild einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen bemüht. Wie Tabelle 1-1 belegt, ist der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP seit den 1980er Jahre nur mäßig gestiegen. 1985 lag er bei 6,0 Prozent, stieg u. a. durch die Kosten der deutschen Einigung bis 1995 auf 6,5 Prozent und beträgt heute (2016) 7,1 Prozent. Da „explodiert“ nichts, vielmehr verweisen die Zahlen auf eine moderate Entwicklung der GKV-Ausgaben, die sich im Rahmen des allgemeinen Wirtschaftswachstums bewegt. Deshalb stößt auch die Forderung marktliberaler Ökonomen und Publizisten nach einer „Sozialbremse“ (Göbel, 2017) ins Leere, die das Wachstum der Sozialausgaben im Rahmen der BIP-Entwicklung halten soll. In der GKV ist eine moderate Ausgabensteigerung seit 30 Jahren die Realität.

Der Mythos von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen könnte sich allerdings nicht so hartnäckig halten, wenn er nicht irgendwie einem Gefühl der Bürger entsprechen würde. Tabelle 1-1 dokumentiert eine wachsende BIP-Quote der Gesundheitsausgaben insgesamt sowie steigende Beitragssätze der Krankenkassen. Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben stieg von 1995 bis 2016 von 10,1 auf 11,3 Prozent. Der durchschnittliche Krankenkassenbeitrag

nahm im selben Zeitraum von 13,15 auf 15,7 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens zu. Dafür sind drei Phänomene verantwortlich:

- Das Gesundheitswesen ist eine personalintensive Dienstleistungsbranche, die ein geringeres Rationalisierungspotenzial hat als das verarbeitende Gewerbe. Daher steigen die Kosten und die Preise überproportional. Auch das Beschäftigungswachstum ist deutlich höher als in der Industrie.
- Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftszweig, in dem die Nachfrage von den Angebotsstrukturen stark beeinflusst wird.
- Die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder sind in den vergangenen 30 Jahren geringer gestiegen als das BIP und die GKV-Ausgaben, was zwangsläufig zu höheren Beitragssätzen führt.

## 1.2 Das Gesundheitswesen – eine Wachstumsbranche

Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche. Schon vor über 30 Jahren stellte der Wirtschafts-Sachverständigenrat fest: „Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumssektor. Es ist zudem ein Bereich, in dem arbeitsintensiv produziert wird und der deshalb immer mehr Menschen Chancen der Beschäftigung bietet.“ (SVR-W, 1985, Ziffer 358) Das bestätigten in den nachfolgenden Jahren auch zahlreiche andere Studien (HWWI, 2006). Heute berichten die Industrie- und Handelskammern regelmäßig über die Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft. Sie hatte 2015 in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes über 5,3 Millionen Beschäftigte, mit einer weiter wachsenden Tendenz. Das Bundeswirtschaftsministerium kommt in seiner „Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung“ sogar auf sieben Millionen Beschäftigte (BMWi, 2017). Dieses Konzept bezieht auch weitgehend privat finanzierte „Satelliten“ des Gesundheitswesens im Wellnessbereich und Gesundheitstourismus mit ein (BMWi, 2014), die nach Schätzung des BMWi die vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben um knapp 100 Milliarden Euro ergänzen (BMWi, 2017, S. 20). Dieses Modell ist in der Fachwelt wegen seines ausufernden Begriffs der Gesundheitswirtschaft umstritten. Es bewegt sich in einer Grauzone von Gesundheits- und Konsumausgaben mit der Gefahr ergebnisorientierter Abgrenzungen (Rothgang und Larisch, 2012).

Auf jeden Fall ist die Gesundheitswirtschaft eine Wachstumsbranche und ein Jobmotor. Das gilt auch für das Sozialwesen (Seniorenheime, soziale Dienste), die zwar mit einem Anteil an der Wertschöpfung von 1,7 Prozent (2015) nicht die Dimension des Gesundheitswesens haben, aber ein rasantes Beschäftigungswachstum verzeichnen (Brenke et al., 2018). Ärztliche und pflegerische Leistungen sind personenbezogene Dienste, die wegen ihrer gegenüber der Indus-

trieproduktion geringeren Rationalisierbarkeit einen immer größeren Anteil des Arbeitskräftepotenzials und der Wertschöpfung moderner Volkswirtschaften beanspruchen. Für die Verbraucher drückt sich dieser Prozess in relativ sinkenden Konsumgüterpreisen und relativ steigenden Preisen für Dienstleistungen aus. Heute zahlen wir für Autos, Waschmaschinen oder andere industriell hergestellte Güter relativ weniger als vor 30 oder 40 Jahren, dafür geben wir mehr für Dienstleistungen aus. Die Durchschnittsverdiener mussten in den 1970er Jahre für einen neuen Farbfernseher einen kompletten Monatslohn ausgeben. Heute bekommen sie ein technisch weit besseres Flachbildschirmgerät schon für einen halben Wochenlohn. Ärztliche Behandlungen, Physiotherapie und Krankenpflege kosten heute hingegen deutlich mehr als früher.

Der US-Ökonom William Baumol (2013) hat diesen Effekt anhand eines Vergleichs der Preisentwicklungen in der Computerindustrie und im Gesundheitswesen dargestellt. Damit lassen sich zwar nicht, wie Baumol es ansatzweise versucht, die im Vergleich zu Europa enormen Preise im US-Gesundheitswesen begründen (siehe Kap. 1.5). Aber die wachsende volkswirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung von Dienstleistungsbranchen wie dem Gesundheitswesen ist unstrittig. Wirtschaftsbereiche mit personenbezogenen Dienstleistungen haben einen zunehmenden Anteil sowohl an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung als auch an den Arbeitsplätzen. Die Produktivität kann in diesen Branchen weit weniger gesteigert werden als in der Rohstoffindustrie und im verarbeitenden Gewerbe. Deshalb sind Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen an sich kein Krisensymptom, sondern die Folge von Strukturveränderungen in unserer Volkswirtschaft und zugleich ein Instrument zur Bewältigung der dabei zwangsläufig entstehenden Arbeitsmarktprobleme. So, wie die Industrie bis in die 1950er Jahre die in der Landwirtschaft nicht mehr benötigten Arbeitskräfte auffing, können personalintensive Dienstleistungsbranchen wie das Gesundheitswesen die Jobs ersetzen, die durch die stark wachsende Produktivität in der Industrie wegfallen. Dieser Zusammenhang wurde bereits vor über 60 Jahren von Jean Fourastié (1954) postuliert.

**Tabelle 1-2** zeigt das Beschäftigungswachstum im Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000. Den stärksten Zuwachs hat die ambulante Versorgung (Arztpraxen, Pflegedienste, Reha-Einrichtungen). Der hohe Jobzuwachs in der Pharma- und Medizingeräteindustrie erklärt sich vor allem aus dem Export, der seit 2005 rasant gestiegen ist (BMW 2017, S. 55–56). Noch Mitte der 2000er Jahre ging man von einer eher stagnierenden, wenn nicht rückläufigen Entwicklung der Beschäftigung im medizinisch-industriellen Komplex aus. Dieser Wachstumsprozess ist in der Vergangenheit dynamischer verlaufen, als er zukünftig zu erwarten ist. Der Gesundheits-Sachverständigenrat registrierte 1997 für die Jahre 1970 bis 1993 fast eine Verdreifachung der Beschäftigten im

**Tabelle 1-2:** Beschäftigte im Gesundheitswesen 2000–2015

Art der Einrichtung	2000	2005	2010	2015	2000–2015 in %
Insgesamt	4.205	4.345	4.843	5.333	+ 26,8
<b>Darunter:</b>					
Ambulante Einrichtungen	1.567	1.760	1.986	2.198	+ 40,3
Stationäre Einrichtungen	1.579	1.620	1.764	1.911	+ 21,0
Pharmaindustrie	93	104	122	153	+ 64,5
Medizintechnik	111	121	134	155	+ 39,6
Handel (ohne Apotheken)	99	116	133	135	+ 36,4
Labors	82	81	93	97	+ 18,3
<i>Quelle: GBE-Bund/Destatis; eigene Zusammenstellung und Berechnung</i>					

Gesundheitswesen von 291.000 auf 842.000 (SVR-G, 1997a, Ziffer 408–412). Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 4,3 Prozent. Sie sank dann bis Mitte der 2000er Jahre auf zwei Prozent und hat sich auf dem Niveau bis 2015 gehalten. Das verweist aber nicht auf eine Stagnation, zumal die Gesundheitswirtschaft seit Jahren deutlich starker wächst als das BIP (BMWi, 2017, S. 20). Dahinter steht auch ein statistischer Artefakt. Mit steigender Beschäftigtenzahl führt ein quantitativ gleicher Zuwachs zu geringeren Zuwachsraten. Außerdem könnte das Beschäftigungswachstum höher sein, wenn es ein größeres Angebot an Fachkräften gäbe (DIHK, 2017).

### 1.3 Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen

Die Vorstellung, man könne das Gesundheitswesen wie ein Einkaufszentrum organisieren, in dem sich die Konsumenten einen Warenkorb nach ihrer individuellen Präferenzen zusammenstellen, gehört in den Bereich der Vulgärökonomie. Sie basiert auf einer begriffslosen Verwendung von Modellen der in der akademischen Lehre nach wie vor dominierenden neoklassischen Ökonomie mit ihren marktwirtschaftlichen Gleichgewichtsmodellen. Deren universelle Gültigkeit postulieren viele Ökonomen in allen Wirtschaftsbereichen (siehe Kap. 11.1). Sie gehen davon aus, dass Angebot und Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen überall unabhängig voneinander bestimmt werden. In ihrer Welt haben Konsumenten und die Produzenten jeweils eigene, von anderen Einflüssen weitgehend unabhängige Kosten-Nutzen-Vorstellungen, die sich auf dem Markt

treffen. Wenn die Nachfrage das Angebot übertrifft, steigen die Preise, im umgekehrten Fall sinken sie. In diesem grafisch als Indifferenzkurven dargestellten Modell haben Märkte eine immanente Tendenz zu einem Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage. Dieses normative Marktmodell kann es im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht geben. Es hat ein systemimmanentes Ungleichgewicht, weil es ein von den Anbietern dominierter Wirtschaftszweig ist. Das ist unter Gesundheitsökonomern weitgehend konsensfähig. Eine 1990 veröffentlichte Befragung von 300 Gesundheitsökonomern in Kanada und den USA ergab, dass 81 Prozent von ihnen der Ansicht waren, dass Ärzte eine Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen erzeugten. Sie halten das Gesundheitswesen für einen von den Wirtschaftszweig, der ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage grundsätzlich nicht kennt (Rice, 2004, S. 157).

Die Gegenthese marktliberaler Ökonomen, es gäbe beidseitige Informationsasymmetrien, weil die Ärzte wenig über die Präferenzen ihrer Patienten wüssten und diese vor allem unter wettbewerblichen Bedingungen sehr wohl über Instrumente verfügten, das Arztverhalten zu beeinflussen, ist eine naive Übertragung der Welt der Konsumgütermärkte auf das Gesundheitswesen. Die dafür angeführten Beispiele tun zudem so, als ginge es bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen immer so zu wie bei der Auswahl und dem routinemäßigen Besuch eines Hausarztes. Heike Göbel, Chefin der Wirtschaftsredaktion der *Frankfurter Allgemeinen Zeitungen* (FAZ), fasst diese Vorstellung bündig zusammen, indem sie fordert, „dass die Steuerung der Gesundheitsleistungen möglichst über Preise erfolgt. Das beginnt mit dem mündigen Patienten. Er wägt ab, welche Kasse ihm für seine Prämie am meisten bietet. Er zahlt seinen Beitrag wie die Arztrechnung selbst und reicht diese dann der Kasse ein. Das schafft Anreiz, Angebote zu vergleichen und macht Kosten sichtbar. Beides elementare Voraussetzungen für eine bessere Ausgabenkontrolle – und für ein Gesundheitssystem, das den Versicherten als Kunden sieht.“ (FAZ, 8.10.2009)

Die Vorstellung, dass die Ärzte ihren Patienten einen Strauß von Behandlungsmöglichkeiten anbieten, von denen diese dann die ihnen genehme aussuchen, geht an der Realität des Arzt-Patient-Verhältnisses vorbei. Sie entspricht dem idyllischen Duktus vieler Lehrbücher zur Volkswirtschaftslehre, über die der Ökonomie-Nobelpreisträger 2008 Paul Krugman in einem Interview mit der FAZ (17.06.2000) klagte, man finde in ihnen „jede Menge Farmer, die die Bewirtschaftung ihres Bodens optimieren“, aber von der „Wirtschaft draußen“ sei kaum die Rede. Weder funktioniert die moderne Volkswirtschaft wie ein Bauernhof oder Supermarkt, noch sind die Abläufe in einer Hausarztpraxis mit denen im medizinisch-industriellen Komplex insgesamt gleichzusetzen. Nach einer international geltenden Faustregel entfallen 80 Prozent der Gesundheitsausgaben auf 20 Prozent der Patientinnen und Patienten, allesamt schwer oder chronisch

krankte Menschen, die komplexen und von ihnen nicht steuerbaren Behandlungsverläufen unterliegen. Diese sollten sicher auf einem funktionierenden Dialog zwischen Ärzten und Patienten über die jeweils beste Behandlungsmöglichkeit beruhen im Sinne eines „shared decision making“ (Klemperer, 2017). Aber daraus lässt sich kein Marktgleichgewicht zwischen Anbietern und Nachfragern mit entsprechenden Aushandlungsprozessen über die zu erbringenden Leistungen ableiten. Die Bestimmung des im jeweiligen Erkrankungsfall angemessenen Diagnose- und Behandlungsverfahrens ist auch in einer Hausarztpraxis keine Geschmacksfrage wie die Auswahl eines Fruchtjoghurts oder Pull-overs, sondern eine professionelle Entscheidung von Ärztinnen und Ärzten, die sie mit ihren Patientinnen und Patienten besprechen, ihnen aber nicht aufdrängen sollten.

Für die angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen gibt es in der Gesundheitsökonomie zwei theoretische Begründungen. Herder-Dorneich (1982) leitet das prinzipielle Marktversagen im Gesundheitswesen aus dem „Uno-Actu-Prinzip“ ab. Damit ist der Sachverhalt gemeint, dass Produktion und Konsumtion von ärztlichen oder pflegerischen Leistungen zeitlich und räumlich zusammenfallen. Diese These ist jedoch wenig überzeugend. Sie trifft auch für andere Dienstleistungen wie etwa die von Friseuren zu, wo es um Geschmacksfragen geht und nicht um körperliche Leiden. Erheblich plausibler ist die Annahme, die angebotsinduzierte Nachfrage hänge vor allem mit dem großen Informationsgefälle im Arzt-Patient-Verhältnis zusammen. Bereits in den 1960 und 1970er Jahren ergaben medizinsoziologische Untersuchungen, dass die Wissensvorsprünge der medizinischen Experten gegenüber den Laien sowie Ohnmachtsgefühle der kranken Patienten den Ärzten zu einer dominierenden Stellung verhelfen (Lüth, 1972; Scholmer, 1973; Deppe & Regus, 1975). Nun sind Konsumenten immer schlechter informiert als Verkäufer oder Produzenten. Das gilt für den Gebrauchtwagenkauf ebenso wie für den täglichen Einkauf im Supermarkt. Von diesen Informationsasymmetrien zwischen Laien und Experten lebt eine ganze Industrie von Verbraucherberatern und Warentestern. Sie haben jedoch im Gesundheitswesen angesichts der die menschliche Existenz schlechthin betreffenden Produkte und Leistungen eine ganz andere Dimension. Ein Patient kann nicht wissen, ob sein Hustenreiz harmlos ist oder auf ein Bronchialkarzinom verweist. Bei immer weiter verfeinerten Diagnosetechniken fällt es den Ärzten leicht, der Symptomschilderung eine steigende Zahl von Untersuchungsvorgängen und Tests folgen zu lassen, um angeblich jedes Risiko einer Fehldiagnose auszuschließen.

Daraus entsteht ein besonderes Problem der Steuerung von Leistungsmengen im Gesundheitswesen (siehe Kap. 4.3). Der entscheidende Punkt ist, dass Ärztinnen und Ärzte das gesellschaftliche Mandat haben, Krankheiten zu diag-

nostizieren und zu therapieren. Dazu gibt es keine sinnvolle Alternative. Wer sonst sollte diese unverzichtbare Aufgabe übernehmen, als die dafür ausgebildete Berufsgruppe? Allerdings erwächst dieser daraus die Möglichkeit, die Nachfrage nach den eigenen Leistungen wesentlich zu beeinflussen. Das haben berufssoziologische Untersuchungen wie die von Freidson (1998) offen gelegt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Ärzte die Arbeitsweise ihrer Branche in einer Weise beherrschen, wie es keinem Beruf in irgendeinem anderen Erwerbszweig gelingt. Kann man wirklich erwarten, dass Ärztinnen und Ärzte prinzipiell so selbstlos und edel sind, aus dieser Position kein Kapital zu schlagen? Auf wirtschaftliche Anreize reagieren sie wie andere Menschen auch. Man muss also nicht nur von der Möglichkeit, sondern auch der verbreiteten Existenz von angebotsinduzierter Nachfrage im Gesundheitswesen ausgehen.

Allerdings ist der empirische Nachweis dieses Phänomens schwierig. Ein gängiger Indikator ist die Wirkung der Versorgungsdichte mit Ärzten und Krankenhäusern auf die Nachfrage nach bzw. die erbrachte Menge von medizinischen Leistungen. So verweist z. B. das verbreitete Lehrbuch zur Gesundheitsökonomie von Breyer et al. (2013, S. 354–358) auf verschiedene Untersuchungen, die einen signifikanten Zusammenhang von Ärztedichte bzw. Zahl der Krankenhausbetten und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ergaben. Zum gleichen Ergebnis kamen Andersen und Schwarze (1997) in ihrer Bestandsaufnahme der Diskussion über die angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen. Das ist plausibel, weil die Erreichbarkeit einer medizinischen Einrichtung ein wichtiger Faktor für ihre Inanspruchnahme ist. Die Krankenkassen verzeichnen unabhängig von der sozialen und demographischen Struktur ihrer Versicherten in Großstädten höhere Pro-Kopf-Ausgaben als in ländlichen Räumen (Göpffahrt, 2016). Das hängt nicht nur damit zusammen, dass die regionalen Zentren auch für ihre Umgebung die medizinische Versorgung vor allem mit hoch spezialisierten Leistungen sicherstellen, sondern auch mit einer höheren (Fach-)Arztdichte, einer größeren Zahl von Physiotherapeuten und anderer Gesundheitsfachberufe.

Diese empirischen Zusammenhänge können jedoch nur bedingt als Beleg für die angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen gelten. Man kann zwar die Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen oder von Krankenhauseinweisungen erfassen und durch regionale Vergleiche in Verbindung mit der Versorgungsdichte bringen. Es könnte aber auch sein, dass es keine Überversorgung in den Städten, sondern eine Unterversorgung auf dem Land gibt. Die Relation von Versorgungsdichte und Inanspruchnahme von Leistungen liefert keine zuverlässige Aussage darüber, ob die Häufigkeit und die Intensität der Inanspruchnahme im medizinischen Sinn erforderlich sind oder vielmehr auf falsche Vergütungsanreize zurückzuführen sind bzw. von kommerziellen Interessen beeinflusst werden. Daher bleiben Untersuchungen über den Zusammen-