

Ökonomenstammtisch

Anmerkungen zu öffentlich Erklärungen der DGGÖ

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist, vormals Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) vertritt in öffentlichen Erklärungen Positionen zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragen, die auch innerhalb der DGGÖ umstritten sein dürften. Im April 2012 forderte er eine Praxisgebühr von 5 Euro pro Arztbesuch. Damit könne man die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen senken. Dieses Postulat hat weder empirische Substanz noch eine haltbare theoretische Basis.

Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) macht es sich laut § 2 ihrer Satzung »zur Aufgabe, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu verbreiten und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten.« Dieses ehrenwerte Ziel ist allerdings mit heiklen Fragen verbunden: Was sind gesundheitsökonomische Erkenntnisse, wie sicher sind sie und wer befindet darüber? Die akademische Gemeinde der Ökonomen kann generell nur mit wenigen unstrittigen Weisheiten aufwarten. Das hängt u. a. mit den wirtschaftlichen und sozialen Interessengegensätzen zusammen, die mit den Themen ihrer Disziplin zwangsläufig verbunden sind. Die spiegeln sich in Kontroversen über ihre theoretischen Grundlagen und daraus abgeleiteten Empfehlungen für die politische Praxis wieder. Joseph Stiglitz brachte es in einem Interview auf den Punkt (Berliner Zeitung, 06.03.2004): »Die Ökonomie ist die einzige Wissenschaft, in der sich zwei Menschen den Nobelpreis teilen können, weil ihre Theorien sich gegenseitig widerlegen.« Vieles von dem, was in der Öffentlichkeit als ökonomisches Wissen präsentiert wird, ist nichts weiter als die Mehrheitsmeinung an den Öko-

nomie-Fakultäten, die nur zu oft dem Motto folgt: »Wenn unsere Modelle sich in der Realität nicht wiederfinden – Pech für die Realität.« Diese Mischung aus Überheblichkeit und Selbsttäuschung ist ein mittlerweile von prominenten Ökonomen diskutiertes Phänomen. So stellte z. B. Axel Leijonhuvud, Emeritus der UCLA, im April 2012 auf einer Konferenz des Institute for New Economic Thinking (<http://ineteconomics.org>) in Berlin fest: »Das Problem ist nicht, dass wir vieles nicht wissen. Das Problem sind die Dinge, die wir wissen – und die nicht stimmen.«

Dem DGGÖ-Vorstand sind solche Zweifel offenbar fremd. Mit großer Selbstgewissheit gibt er öffentliche Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Streitfragen ab, deren Aussagen auch innerhalb der DGGÖ umstritten sein dürften:

- In einer Presseerklärung vom 21.9.2010 begrüßt er die im GKV-Finanzierungsgesetz verfügte Aufhebung der Begrenzung des Zusatzbeitrages in der GKV, denn: »Je mehr sich die Kassen im Preis unterscheiden, umso eher lohnt sich ein Kasenswechsel und umso intensiver ist der Wettbewerb.« Ein »echter Preis« werde der Zusatzbeitrag allerdings

erst dann, »wenn er von allen erwachsenen Versicherten verlangt wird und nicht nur von den Mitgliedern.« Damit macht der DGGÖ-Vorstand die Erfüllung von Dogmen der neoklassischen Marktorthodoxie mit ihrer Fixierung auf den Preiswettbewerb zum Maßstab für GKV-Reformen und nicht deren jeweiligen Beitrag zur Lösung realer Probleme im Gesundheitswesen. Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein je nach Sachlage einsetzbares Steuerungsinstrument, das im Gesundheitswesen leicht unerwünschte Nebenwirkungen haben kann.

- Im Zusammenhang mit der Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) tritt der DGGÖ-Vorstand (2012) für eine zumindest teilweise Umstellung der Umlagefinanzierung auf Kapitaldeckung ein. Das empfehle sich, weil »voraussichtlich die langfristige Rendite auf dem Kapitalmarkt die Rendite des Umlageverfahrens (übersteigt).« Eine so steile These kann man nur bei erheblichem Realitätsverlust aufstellen. Hat der DGGÖ-Vorstand wirklich nicht mitbekommen, dass der Zusammenbruch der Finanzmärkte im Jahr 2008 ein Viertel des weltweiten Vermögens der Pensionsfonds vernichtete (OECD 2009) und die Renditen der Lebensversicherungen seit Anfang der 2000er Jahre um zwei Prozentpunkte gesunken sind (Der Spiegel Nr. 2/2011: 62 f.)? Ist ihm das in der Finanzwirtschaft schon seit Jahren diskutierte Phänomen des »asset meltdown« in Folge der demographischen Entwicklung (Heigl/Katheder 2003) entgangen, wonach eine Entwertung des Kapitals von Pensionsfonds droht, weil die für eine ausgeglichene Refinanzierung erforderliche Relation der Entsparer

Fakten interessieren den DGGÖ-Vorstand nur, wenn sie mit den eigenen Dogmen übereinstimmen.

zu den Sparern von 1:1,2 wegen der demografischen Entwicklung kaum erfüllt werden kann? Sind ihm Studien wie die von Winfried Schmähel (2009), Heinz Rothgang (2009) oder

Nicholas Barr (2002) unbekannt, die in der Kapitaldeckung von Sozialversicherungssystemen unterm Strich eher Nachteile gegenüber dem Umlageverfahren sehen? Wohl kaum, aber Fakten scheinen den DGGÖ-Vorstand nur dann zu interessieren, wenn sie mit den eigenen Dogmen übereinstimmen.

Diese Haltung prägt auch die Presseerklärung vom 11.04.2012, in der sich der DGGÖ-Vorstand für die Ausweitung der Praxisgebühr auf alle Arztbesuche bei einer Reduzierung von 10 auf 5 Euro ausspricht. Dadurch werde das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt und ihnen ein Anreiz gegeben, auf unnötige oder wenig wirksame Leistungen zu verzichten. Diese Maßnahme habe einen größeren Steuerungseffekt als die geltende pro Quartal fällige Praxisgebühr und könne dämpfende Wirkungen auf die Krankenkassenbeiträge haben. Dem empirischen Gehalt und theoretischen Fundament dieses Postulats werde ich mich im Folgenden widmen.

Zuzahlungen: Inkassomethode oder Steuerungsinstrument?

Die Vorstellung, man könne die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit Zuzahlungen oder Selbsthalten der Patientinnen und Patienten effektiv steuern, ist ebenso zählebig wie illusionär. Wenn frisch diplomierte Volks- und Betriebswirte ohne Praxiserfahrung und vollgestopft mit dem Modelldenken der Lehrbuchökonomie diesem Glauben anhängen, ist das verzeihlich. Wenn aber Professoren für Gesundheitsökonomie nach langjähriger Beschäftigung mit den strukturellen Eigenarten des Gesundheitswesens und den Effekten finanzieller Anreize für Versicherte bzw. Patienten behaupten, eine Zuzahlung von 5 Euro pro Arztbesuch könne zu einer *sinnvollen* Senkung der Zahl der Arztkontakte beitragen, wird es peinlich. Sie ignorieren damit nicht nur die deutschen Erfahrungen mit Zuzahlungen, sondern auch die internationale Literatur zu diesem

Thema. Die ergibt unterm Strich, dass damit zwar die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, insbesondere ab einer gewissen Höhe, gesenkt werden kann, dieser Effekt aber mit schichtspe-

zifischen Benachteiligungen erkauf wird und kein Beleg für eine verbesserte Ressourcensteuerung ist (Holst 2008).

Der kann, wie Martin Pfaff schon 1985 gezeigt hat, nur unter folgenden Bedingungen erbracht werden:

- Durch Zuzahlungen sinkt die Inanspruchnahme insgesamt. Es finden keine Kostenverlagerungen z. B. zu privaten Haushalten oder Zusatzversicherungen statt.
- Dieser Nachfragerückgang darf nicht durch Preis- oder Mengeneffekte bei den Anbietern (Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie) beeinflusst werden.
- Die Zuzahlungen dürfen nicht mit Benachteiligungen für chronisch Kranke und unteren Einkommenschichten verbunden sein. Sie müssen in allen Schichten die mehr oder weniger die gleiche Wirkung haben.

Insbesondere letzteres Kriterium kann nur dann erfüllt werden, wenn eine gleichwertige Alternative ohne Zusatzkosten für die Versicherten angeboten wird, wie z. B. bei den Festbeträgen für Arzneimittel (Reichelt 1994). Ansonsten sind Zuzahlungen keine effektiven Steuerungs-, sondern Finanzierungsinstrumente. Im Klartext eines Journalisten: Sie »sollen vor allem Geld in die Kassen spülen.« (A. Mihm, FAZ vom 12.04.2012). Dann aber haben sie keine gesundheitspolitische, sondern nur eine finanzpolitische Legitimation.

Das leugnet auch der DGGÖ-Vorstand nicht: »Zuzahlungen sollten nicht einfach die Krankenkassen entlasten, sondern das Verhalten der Versicherten in Richtung Sparsamkeit steuern.« Deshalb sei auch die Zuzahlung von 10 Euro für die ersten 28 Tage eines Krankenhausaufenthaltes »vollkommen unsinnig«. Dieses Verdikt geht insofern an der Sache vorbei, als diese Regelung gar keine Steuerungswirkung für sich reklamiert. Sie soll eine Beteiligung an den Verpflegungskosten sein, die auch ohne die stationäre Behandlung anfallen. Aber sie hat natürlich keinen Einfluss auf die Dauer oder Häufigkeit von Krankenhausaufhalten. Das sei, behauptet der DGGÖ-Vorstand, bei der Praxisgebühr in der ambulanten Versorgung ganz anders. Sie könne »einen Anreiz geben, auf unnötige oder weniger wirksame Leistungen zu verzichten. ... Schließ-

lich entscheidet der Patient selbst, ob er einen Arzt aufsucht«. Deutschland habe mit durchschnittlich 17 Arztbesuchen pro Jahr die weltweit höchste Frequenz. Deshalb schein es angebracht, die Patienten durch Zuzahlungen an den dabei entstehenden Kosten zu beteiligen. Nicht die Praxisgebühr als solche sei misslungen, sondern deren derzeitige Ausgestaltung (10 Euro für den ersten Arztbesuch im Quartal). Diese könne nicht verhaltenssteuernd sein, »denn warum sollte der erste Arztbesuch in einem Quartal medizinisch weniger notwendig sein als alle weiteren?« Deshalb solle man die Praxisgebühr für jeden Arztkontakt erheben, aber auf 5 Euro senken und zugleich Krankenhauszuzahlungen abschaffen. Dadurch würde sich in der Summe die Belastung der Versicherten nur unwesentlich erhöhen (von 2,2 auf 2,4 Mrd. Euro), »der Steuerungseffekt wäre jedoch weit größer und könnte damit sogar zu einer Dämpfung des Beitragsatzanstiegs führen.«

Das ist eine mutige Behauptung mit einem gewaltigen Haken. Sie beruht auf einer Punkt für Punkt widerlegbaren Argumentationskette:

Es ist eine Unterstellung, Arztbesuche seien eine freiwillige Patientenentscheidung.

- Das fängt mit der Unterstellung an, Arztbesuche seien eine freiwillige Entscheidung der Patienten. Ach ja? Gehen die meisten Menschen nur so zum Zeitvertreib zum Doktor und sind Simulanten oder eingebildete Kranke? Kann man etwa bei einer fiebrigen Erkältung, wo man auf Hausmittel zurückgreifen kann und nicht unbedingt einen Arzt braucht, sich selbst eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen? Können chronisch Kranke ihre Arzneimittel in der Apotheke bekommen, ohne sich vorher ein Rezept in der Arztpraxis abgeholt zu haben?
- Die hohe Zahl von 17 Arztkontakten pro Jahr ist zwangsläufiges Resultat eines Gesundheitssystems, wo der Erstzugang zur Versorgung über Ärzte laufen muss. In Skandinavien oder Großbritannien ist die Zahl der

Arztbesuche deshalb geringer als bei uns, weil es dort Primärversorgungssysteme gibt, in denen qualifizierte Pflegekräfte erst einmal prüfen, ob überhaupt eine ärztliche Behandlung erforderlich ist.

- Außerdem halbiert sich die Zahl der Arztkontakte auf 8,2 pro Jahr, wenn nur die wirklichen Behandlungsfälle erfasst und Routinevorgänge wie das Abholen eines Rezeptes nicht berücksichtigt werden (Bundesregierung 2012). Damit liegt Deutschland zwar immer noch über dem OECD-Durchschnitt von jährlich 6,5 Arztkontakten, hat aber bei weitem keine Spitzenposition. Die nimmt Japan mit einer Frequenz von 13,2 ein.
- Sehr rätselhaft ist die Schlussfolgerung des DGGÖ-Vorstandes, sein Vorschlag könne beitragsatzrelevante Effekte haben. Nur zur Erinnerung: Die Leistungsausgaben der GKV lagen 2010 bei 165 Mrd. Euro. Der DGÖÖ-Vorstand kalkuliert – siehe oben – den Nettoeffekt seines Vorschlags mit einer Entlastung des GKV-Haushalts von 200 Mio. Euro. Das entspricht einem Beitragsatzeffekt von 0,019 Prozentpunkten, faktisch gleich Null. Die erhöhten Zuzahlungen müssten ca. 1 Mrd. Euro betragen, um einen Beitragsatzeffekt von 0,1 Prozentpunkten zu erreichen. Glaubt der DGGÖ-Vorstand allen Ernstes, dass eine Praxisgebühr von 5 Euro pro Arztbesuch eine so durchschlagende Wirkung auf die ambulanten Behandlungskosten hat? Das ist eine reine Luftbuchung und so fundiert wie das Lesen der Zukunft im Kaffeesatz.

Es ist unstrittig, dass Zuzahlungen ab einer gewissen Höhe zur Senkung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beitragen können. Damit ist aber nichts darüber ausgesagt, ob es sich dabei um eine effektive Ressourcensteuerung oder bloßes Abkassieren handelt. Eine Sonderauswertung des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors zu den Folgen der Praxisgebühr (Reiners/Schnee 2007) gibt darüber näheren Aufschluss. Nach deren Einführung im Jahre 2004 sank die Zahl der Arztkontakte bei den Allgemeinärzten kontinuierlich von 5,24 in 2003 auf 4,76 in 2007. Auch halbierte sich im selben Zeitraum die

Zahl der Facharztbesuche ohne Überweisung durch einen anderen Arzt von gut 44 auf knapp 20 Prozent der Befragten. Auf den ersten Blick scheint die Praxisgebühr im Sinne ihrer Erfinder gewirkt zu haben. Schaut man sich die Daten aber näher an, kommt man zu dem Ergebnis, dass die Praxisgebühr selektive Wirkungen hat:

- Die Zahl der Arztkontakte stieg bei der Gruppe mit 1 bis 4 Kontakten um etwa 10 Prozent, also exakt bei der Personengruppe, bei der man noch am ehesten annehmen kann, dass nicht jeder Arztbesuch erforderlich ist. Genau diese Gruppe würde zudem durch die Absenkung der Praxisgebühr auf 5 Euro entlastet. Geht man wie der DGGÖ-Vorstand von der steuernden Wirkung finanzieller Anreize aus, müsste die Zahl der Arztbesuche dieser Gruppe eher weiter zu- als abnehmen. Wie sollen da die versprochenen Kostensenkungen entstehen?
- Die soziale Selektion der Praxisgebühr wird deutlich, wenn man die Einkommenshöhe der Versicherten berücksichtigt. In der Befragung gaben 21 Prozent der Personen aus einem Haushalt mit einem Nettoeinkommen von über 5.000 Euro pro Monat an, wegen der Praxisgebühr Arztbesuch aufgeschoben zu haben, weitere 11 hatten sie deshalb vermieden. In der Gruppe mit einem Nettoeinkommen von 500 bis 999 Euro pro Monat lagen diese Quoten bei 37 bzw. 26 Prozent. Von einer sozial neutralen Wirkung der Praxisgebühr kann also keine Rede sein.

Alles in allem bestätigen die Daten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors die bereits 1980 von Ulrich Geißler, dem damaligen Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), gemachte Feststellung (Geißler 1980: 55):

1. Geringe Kostenbeteiligungen haben einen eher unbedeutenden Entlastungseffekt für die GKV und keine nennenswerten Wirkungen auf die Inanspruchnahme ihrer Leistungen.
2. Hohe Kostenbeteiligungen können zwar kurzfristig die Ausgaben der GKV senken, haben aber problematische gesundheitliche und soziale Effekte.

3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obwohl die Ausgabenentwicklung primär von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluss der Patienten kaum zugänglich sind.

Woran liegt es nur, dass der DGGÖ-Vorstand diese seither immer wieder bestätigten Erfahrungen mit Zuzahlungen so hartnäckig leugnet und an einem Konzept festhält, dessen Wirkungslosigkeit seit Jahrzehnten bekannt ist, und das auch innerhalb der DGGÖ auf Widerspruch stößt (vgl. Jacobs 2012)?

Die virtuelle Welt des Homo oeconomicus

Die reduzierte Realitätsverarbeitung des DGGÖ-Vorstandes basiert auf einem Phänomen, das mir als bekennendem 68er durchaus vertraut ist: Man sitzt der eigenen Theorie auf, stellt ihren Realitätsgehalt nicht in Frage, macht sie so zum Dogma und zum Maßstab für die Angemessenheit politischer oder ökonomischer Entscheidungen. In diesem

Woran liegt es, dass der DGGÖ-Vorstand an einem wirkungslosen Konzept festhält?

Fall ist es der feste Glaube führender Gesundheitsökonominnen an die stets positiven Steuerungseffekte finanzieller Anreize, die man nur richtig setzen müsse, um eine rationale Ressourcenverteilung zu bewirken. Den theoretischen Überbau für dieses Credo liefert das von Pauly (1968) in Anlehnung an Arrow und Olson entwickelte Postulat des »Moral Hazard«, von Philipp Herder-Dorneich (1982) auch »Rationalitätenfalle« genannt. Es besagt, dass die öffentliche Finanzierung medizinischer Leistungen mit einer Verschwendung von Ressourcen verbunden und daher ökonomisch suboptimal sei. Diesen Effekt könne man zwar nicht grundsätzlich vermeiden, aber mit Hilfe von Eigenbeteiligungen der Versicherten bei einer Leistungsanspruchnahme in vertretbaren Grenzen halten.

Grundlage dieses Postulats ist die Denkfigur des allzeit und überall sei-

nen individuellen Nutzen optimierenden Homo oeconomicus. Diese virtuelle Person dominiert aller Kritik zum Trotz nach wie vor die herrschende Volkswirtschaftslehre. Dieses Paradigma fokussiert den Untersuchungsgegenstand der Ökonomie auf das individuelle Verhältnis der Menschen zu den Gegenständen ihrer Bedürfnisbefriedigung und lässt sich auf alle Handlungsebenen anwenden. Es handelt es sich dabei aber bestenfalls um eine formale Theorie der rationalen Auswahl, die, wie Schumpeter (1950/1972: 128) anmerkte, sich auf die »Trivialität reduzieren lässt, daß ungeachtet der Gegebenheiten und namentlich der institutionellen Ordnungen einer Gesellschaft das menschliche Handeln, soweit es rational ist, immer versuchen wird, das Beste aus jeder gegebenen Situation herauszuholen.« Zu einer Erklärung komplexer sozialer und wirtschaftlicher Zusammenhänge taugt diese Leerformel nicht.

Mit dem Moral-Hazard-Theorem wird sie von Gesundheitsökonominnen zu der These aufgerüstet, dass öffentliche Gesundheitssysteme wegen fehlender finanzieller Anreize für deren Nutzer zu überhöhten Behandlungsausgaben führen. Da sie die Gegenleistungen für ihre Beitrags- oder Steuerzahlungen nicht abschätzen könnten und ihre Einzahlungen unabhängig von der Leistungsanspruchnahme seien, seien sie bestrebt, so viele

Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Sie müssten bei geringer Leistungsanspruchnahme sogar Nachteile befürchten, weil sie mit ihrer individuellen Bescheidenheit die Leistungsanspruchnahme Anderer finanzierten. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational, da den Versicherten durch jede zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine Zusatzkosten entstünden. Aus einer individuellen Rationalität entstehe so eine kollektive Irrationalität. Der könne man aber mit finanziellen Sanktionen in Form von Zuzahlungen oder Selbstbehalten entgegen, die Anreize gäben, nur bei wirklich behandlungsbedürftigen Beschwerden zum Arzt zu gehen.

Richtig ist an diesem Konstrukt nur, dass soziale Krankenversicherungssysteme die Schwelle zur Leistungsanspruchnahme medizinischer Leistungen herabsetzen. Das ist auch gewollt und sinnvoll, um

das Aufsuchen eines Arztes nicht am fehlenden Geld scheitern zu lassen. Ansonsten ist das Moral-Hazard-Paradigma eher eine Stammtischparole (»Freibier-« oder »Vollkaskomentalität«) als eine für wissenschaftliche Untersuchungen geeignete Hypothese zum Patientenverhalten. Eine von Carsten Ulrich (1995) durchgeführte Befragung ergab, dass die meisten Bürger eine missbräuchliche Inanspruchnahme von GKV-Leistungen bei anderen Versicherten für wahrscheinlich halten, für sich selbst aber ausschließen. Das weist darauf hin, dass diese Theorie eher auf Vorurteilen als auf empirischen Fakten beruht. Sie ist aber schon als Ausgangshypothese nicht plausibel, weil sie unterstellt, dass die Leistungsanspruchnahme medizinischer Leistungen ein erstrebenswerter Genuss ist, von dem man gar nicht genug bekommen kann. Diese Annahme kann man mit dem Hinweis auf das zeitraubende Herumsitzen im Wartezimmer, schmerzhaftes Zahnbehandlungen, die lästige 24-Stunden-Blutdruckmessung und den reichlich herben Genuss eines chirurgischen Eingriffs oder einer Chemotherapie a priori als unrealistisch verwerfen.

Zur Illustration der Moral-HazardThese werden daher gerne Begebenheiten aus dem Alltag herangezogen, die mit dem Gesundheitswesen nichts zu tun haben. Herder-Dorneich (1982: 50) z. B. wählt das Gleichnis eines alkoholischen Betriebsausfluges. Werde ein solches Vergnügen per Umlage von allen Teilnehmern finanziert, sei es für den Einzelnen ökonomisch rational, mehr als nötig zu trinken, um nicht derjenige zu sein, der mit seiner Enthaltensamkeit den Rausch der anderen finanziert. Herder-Dorneich konstatiert: »Bei Umlagen wird Zurückhaltung im Konsum irrational.« Das mag ja bei der Finanzierung von Betriebsausflügen eine plausible Annahme sein, aber doch nicht im Gesundheitswesen. Wenn alte Menschen die Wartezimmer füllen, wo Sozialarbeiter oder Seelsorger ihnen womöglich eher helfen könnten als ein Arzt, dann hat das mit der Medikalisierung sozialer Probleme und der Monopolstellung der Ärzte sehr viel zu tun, sehr wenig hingegen mit dem von der Moral-Hazard-Theorie unterstellten Bestreben der Versicherten, für die gezahlten Beiträge möglichst viel an Gegenleistungen aus dem Medizinsystem herauszuschlagen.



Gerechtigkeit im Sozialstaat

Analysen und Vorschläge

Herausgegeben von
Ulrike Haerendel

2012, 243 S., brosch., 59,- €
ISBN 978-3-8329-6202-9

Bürger fordern vom Sozialstaat weiterhin Gerechtigkeit ein. Gerechtigkeit als ethisches Prinzip und Verfassungsgebot, in historischen Linien seit der Bismarckzeit, vor allem aber in der aktuellen Gesundheitspolitik, Rentenversicherung und Armutsbekämpfung steht im Mittelpunkt des Bandes. Ein Schwerpunkt gilt der Chancengerechtigkeit für Kinder.

www.nomos-shop.de/13214



Nomos

Solche Argumente sind den Verfassern gängiger Lehrbüchern zur Gesundheitsökonomie offenbar fremd. Stattdessen versuchen sie, dem Moral-Hazard-Dogma mit seitenlangen mathematischen Ableitungen (Breyer et al. 2005: 227 ff.) einen wissenschaftliche Legitimation zu geben. Solche Formelwerke mögen den Anforderungen an Karriere und Reputation in den Ökonomiefakultäten entsprechen, wo mathematische Kenntnisse oft mehr zählen als das Verständnis für wirtschaftliche und soziale Zusammenhänge. Es ist aber eine Lebenslüge der Lehrbuchökonomie, wenn sie sich als die exakteste unter den Geisteswissenschaften versteht, nur weil sie ihre Theorien in komplexe mathematische Modelle zu kleiden pflegt. Sie benutzt die Mathematik als eine Sprache, die »eher die Hoffnungen der

timieren«, aber von »der Wirtschaft draußen« erführen die Studenten herzlich wenig. Gegen die Kritik am fehlenden empirischen Bezug der aus dem Homo oeconomicus abgeleiteten ökonomischen Theorien wehren sich deren Vertreter mit dem Argument, es handle sich um Abstraktionen, ohne die wissenschaftliches Denken gar nicht möglich sei, so kürzlich Hanno Beck in einem Gastkommentar für die Süddeutsche Zeitung (16.04.2012). Dass es sich bei ihren Modellen um falsche Reduktionen der Wirklichkeit handeln kann, kommt den Protagonisten des Homo oeconomicus offenbar nicht in den Sinn. Die akademische Gemeinde der Ökonomen hat sich gegen Einwände an ihren heuristischen Grundlagen immunisiert und zu einem selbstreferenziellen System entwickelt, in dem nicht der Abgleich

Die akademische Gemeinde der Ökonomen hat sich gegen Einwände an ihren heuristischen Grundlagen immunisiert.

der eigenen Erkenntnisse mit der Empirie zählt, sondern die Übereinstimmung mit ihren nicht weiter in Frage gestellten Lehrsätzen. Hans Albert (1963) hat diesen Zug zur Scholastik schon vor 50 Jahren als »Modell-Platonismus« bloßgestellt.

Die damit verbundene mentale Grundhaltung beschreibt

Theoretiker (ausdrückt) als die Realität« (Novick 1954/1971).¹ Nicholas Kaldor stellte schon vor 40 Jahren fest, dass seit den 1920er Jahren der ganze Fortschritt der mathematischen Ökonomie darin bestanden hat, ein paar Grundannahmen ihrer Modelle genauer herauszuarbeiten, »ohne irgendeinen Versuch, den Realitätsgehalt solcher Annahmen zu verifizieren« (Kaldor 1973: 81).

An dieser Haltung hat sich bis heute wenig geändert. In den meisten Lehrbüchern der Volkswirtschaftslehre, klagte vor einigen Jahren Paul Krugman in einem Interview (FAZ, 17.06.2000), finden sich »jede Menge Farmer, die die Bewirtschaftung ihres Bodens op-

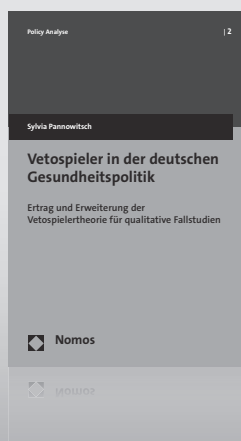
kurz und trocken eine durch die Medien gehende Geschichte. Die Queen fragte im November 2008 bei der Einweihung eines neuen Gebäudes der London School of Economics (LSE), weshalb man denn den Crash der Finanzmärkte nicht vorhergesehen habe. Antwort des Abteilungsdirektors der LSE Luis Garicano: »Zu jedem Zeitpunkt verließ sich irgendjemand auf irgendjemand anderen, und alle dachten, sie würden das Richtige tun.« An der LSE hat dieser Offenbarungseid immerhin zu einer Debatte über den Realitätsgehalt der herrschenden ökonomischen Lehre geführt.² Wie wäre es damit auch in der DGGÖ?

1 Einstein hat zu einer solchen Verwendung der Mathematik das Nötige gesagt (1921/1999: 140): »Insofern sich die Sätze der Mathematik auf die Wirklichkeit beziehen, sind sie nicht sicher, und insofern sie sicher sind, beziehen sie sich nicht auf wie Wirklichkeit.« Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich beziehe mich auf die ökonomische Theoriebildung, nicht auf ökonometrische Simulationen oder empirische Input-Output-Analysen.

2 Dieses Zitat und die sich daran anschließende Debatte findet man mit Google, Stichworte »Garicano Queen«.

Literatur

- Albert, H. (1963):** Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. In: Karrenberg, F. und Albert, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaft und Gesellschaftsgestaltung. Berlin: Duncker & Humblot: 45–76
- Barr, N. (2002):** Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen. Internationale Revue für Soziale Sicherheit 55 (2), 3–46
- Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2005):** Gesundheitsökonomik, 5. Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer
- Bundesregierung (2012):** Antwort der Bundesregierung vom 20.02.2012 auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen: Praxisgebühr und Arzt-Patient-Kontakte. Bundestagsdrucksache 17/8774
- DGGÖ (2010):** gegen eine »Weiter so!« in der Gesundheitspolitik. Presseerklärung vom 21.9.2010. http://www.dggoe.org/files/presse/dgg%C3%B6_Zur_Gesundheitsreform_2010.pdf
- DGGÖ (2012):** Soziale Pflegeversicherung: Zusatzvorsorge und mehr Wettbewerb nötig. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 17 (1): 17 f.
- DGGÖ (2012 a):** Die Praxisgebühr reformieren – andere Zuzahlungen überdenken. http://file.dggoe.de/presse/DGGOE_zur_Praxisgebuehr_11_04_2012.pdf
- Einstein, A. (1921/1999):** Einstein sagt. München: Piper
- Geißler, U. (1980):** Erfahrungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Tagungsbericht). Stuttgart: Gustav Thieme: 51–55
- Heigl, A., Katheder M. (2001):** Age Wave – zur Demografieanfälligkeit von Aktienmärkten, München: Hypovereinsbank Policy Brief Volkswirtschaft 4/Herder-Dorneich, P. (1982): Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle. Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz: Kohlhammer
- Herder-Dorneich, P. (1982):** Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz; Kohlhammer
- Holst, J. (2008):** Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz. Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde. Berlin: WZB Discussion Papers SP I 2008-305. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/08-305.pdf>
- Jacobs, K. (2012):** Ungebührlicher Zankapfel. Gesundheit + Gesellschaft 15(5): 14–15
- Kaldor, N. (1973):** Die Irrelevanz der Gleichgewichtsökonomie. In: Vogt, W. (Hrsg.): 80–102
- Novick, D. (1954/1971):** Mathematik: Logik, Quantität und Methode. In: Jochimsen, R./Knobel, H. (Hrsg.): Gegenstand und Methoden der Nationalökonomie. Köln: Kiepenheuer & Witsch: 215–217
- OECD (2009):** Renten auf einen Blick 2009: Die Krise und die Rentenpolitik. www.oecd.org/dataoecd/27/60/43130885.pdf
- Pauly, M. V. (1968):** The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Review 58 (4): 531–537
- Pfaff, M. (1985):** Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und »kostendämpfend« sein? Sozialer Fortschritt 34 (2): 272–276
- Reichelt, H. (1994):** Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung am Arzneimittelmärkte. Stuttgart-Jena-New York: Gustav Fischer
- Reiners, H., Schnee, M. (2007):** Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? In: Böcken J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung: 133–154
- Rothgang, H. (2009):** Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, H., Jacobs, K., Rothgang, H. (Hrsg.) (2009): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: Kompart: 95–121
- Schmähl, W. (2009):** »Generationengerechtigkeit« als Begründung für eine Strategie »nachhaltiger« Alterssicherung in Deutschland. In: Schmähl, W.: Soziale Sicherung: Ökonomische Analysen. Wiesbaden: 401–413
- Schumpeter, J. A. (1950/1972):** Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. München: Franck (UTB)
- Ulrich, C. (1995):** Moral Hazard und gesetzliche Krankenversicherung. Möglichkeiten zu Mehrentnahmen an Gesundheitsleistungen in der Wahrnehmung und Bewertung durch gesetzlich Versicherte. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 47 (4): 681–705



Blockieren Vetospiele Reformen? Die Analyse von drei Gesundheitsreformen zeigt, dass durch eine Erweiterung des Analysefokus der Vetospieletheorie und eine Definitionserweiterung des Vetospielebegriffs auch Politikwandel durch oder trotz zahlreicher Vetospiele erklärt werden kann. Ferner wird die Theorie dadurch besser für die Politikfeldanalyse nutzbar.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/14255

Vetospiele in der deutschen Gesundheitspolitik

Ertrag und Erweiterung der Vetospieletheorie für qualitative Fallstudien

Von Sylvia Pannowitsch

2012, 326 S., brosch., 54,- €, ISBN 978-3-8329-7119-9

(Policy Analyse, Bd. 2)



Nomos