

# 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 Ärztenverbände 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