Helmut Ivansits

LIBERALISIERUNG UND PRIVATISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS – URSACHEN, ERSCHEINUNGSFORMEN UND FOLGEN

In der Einleitung zu dieser Publikation wird vor dem Hintergrund des Diskurses „Markt versus Staat im Gesundheitswesen“ Liberalisierung – im Unterschied zur Sozialisierung – als Strategie zur Vermarktlichung des Gesundheitswesens definiert, die sowohl die Versicherungs- als auch die Ebene der Leistungserstellung erfassen kann. Voraussetzung dafür ist die Privatisierung der Akteure, also der Versicherer und/oder der Leistungsanbieter, ihre Folge zumeist die (Re)Privatisierung von individuellen Gesundheitskosten durch höhere Beiträge oder niedrigere Leistungen. Das Gesamtergebnis drückt sich in einer Deregulierung (d.h., weniger, v.a. aber weniger prohibitive staatliche Regelungen für Private) aus.

In einem marktfundierten privatwirtschaftlichen Gesundheitssystem gibt es definitionsgemäß weder eine Sozialversicherung noch einen staatlichen Gesundheitsdienst. Organisation, Verteilung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen erfolgen über „Wohlfahrtsmärkte“ (vgl. Nullmeier 2004; Hippe, 2007). Diesem liberalen Modell steht idealtypisch ein staatlich reguliertes Gesundheitssystem (staatlicher Gesundheitsdienst) gegenüber (vgl. Eekhoff 2007). Zwischen diesen beiden Polen bestehen sehr unterschiedliche Mischkonstruktionen.

Das österreichische Gesundheitssystem ist eine Mischform aus staatlichen (Spitalspflege, Planung, Behindertenwesen etc.) und privatwirtschaftlichen Elementen (v.a. im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und der Medikamente). Es beruht auf dem Sozialversicherungsprinzip: Alle Erwerbstätigen und ihre Angehörigen sind bei öffentlich-rechtlichen Kassen ex lege gegen die finanziellen Folgen von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit versichert und müssen vom Erwerbseinkommen einen, nach oben durch eine Höchstbeitragsgrundlage begrenzten, Versicherungsbeitrag entrichten. Als Gegenleistung können die Versicherten bei Eintritt des Versicherungsfalles unabhängig vom geleisteten Beitrag bedarfsgerechte Leistungen in Anspruch nehmen. Immanente sozialpolitische Ziele dieses Organisationsmodells („sozialpolitisches Bauprinzip“) sind der einkommensunabhängige Zugang zu allen benötigten Gesundheitsgütern- und dienstleistungen und die Finanzierung über einkommensproportionale Beiträge.

Einem ausschließlich marktwirtschaftlich fundierten Gesundheitssystem ist eine solche Abstimmung mit gesellschaftspolitischen Zielen der Versorgung mit Gesundheitsgütern- und dienstleistungen fremd. Der Markt ist vielmehr „blind“ gegenüber sozialpolitischen Anliegen (vgl. Österle 2003). Die neoklassische Theorie selbst erkennt mehrere Fälle an, in denen der Staat regelnd eingreifen muss, so etwa bei Auftreten von Monopolen und so genannten externen Effekten oder bei öffentlichen und meritorischen Gütern. Darüber hinaus gehende Gründe für Staatsinterventionen sind umstritten (z.B. staatliche Konjunktur- oder Umverteilungspolitik). Einige dieser Gründe – Monopole oder die Charakterisierung von Gesundheit bzw. Versorgung mit Gesundheitsleistungen als meritorisches Gut (an dessen „Konsumation“ der

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91

Staat ein hohes Interesse hat) – spielen auch für das Gesundheitssystem und dessen Organisation eine große Rolle.

Ökonomen sprechen von „distributivem Marktversagen“, wenn die Ergebnisse von Marktprozessen fundamentalen gesellschaftlichen Verteilungs- oder Gerechtigkeitsvorstellungen widersprechen (wenn beispielsweise auch Personen geschützt werden, die wegen hoher Krankheitskosten keine Behandlung oder wegen Vorerkrankungen keine leistbare Risikodeckung erhalten). „Allokatives Marktversagen“ liegt dem gegenüber vor, wenn ein unvollkommener Markt besteht. Einem solchen Markt fehlen Wettbewerb und/oder das Informationsgleichgewicht zwischen den Akteuren.

Im Folgenden werden die Gründe für allokatives und distributives Marktversagen untersucht. Es geht dabei substantiell um die für die Zukunft des Gesundheitssystems wesentliche Frage, ob der Markt oder ob der Staat besser geeignet ist, die Verteilung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen vorzunehmen. Es geht demnach um nichts weniger als um die Frage, ob die Sozialversicherung oder ein staatliches Gesundheitssystem einem marktwirtschaftlichen Regime weichen sollen, weil letzteres bessere Ergebnisse hervorbringt.

Um diese Frage beantworten zu können, ist es sinnvoll, sich zunächst in eine „Welt“ zu versetzen, in der jegliches staatliche Engagement für das Gesundheitswesen fehlt. Auf Österreich bezogen heißt das, in einem Gedankenexperiment die gesetzliche Krankenversicherung gleichsam wegzudenken. Dann hätte man es mit einem marktwirtschaftlichen System zu tun, wie es vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im 19. Jahrhundert auch in Österreich bestand.

In einem solchen Regime würde kranken Menschen nichts anderes übrig bleiben, als sich an ÄrztInnen oder Spitäler zu wenden, sich von diesen behandeln zu lassen und die geforderten Behandlungshonorare zu zahlen. Personen mit niedrigen Einkommen würden sich die Behandlung kaum leisten können, zumal sie für den Krankheitsfall entweder finanziell nicht angespart haben oder nicht vorsorgen konnten. Private Versicherungen könnten zwar zum Teil das Problem mangelnder Vorsorge lösen, aber auch hier bestünden objektive und subjektive Versicherungsschranken: Einkommensarmut und Mindereinschätzung des Zukunftsgutes „Gesundheit“ würden individuelle Versicherungen erschweren oder gar verunmöglichen. Sie wären somit vom Markt ausgeschlossen.

Ökonomisch gesehen handelt es sich um ein distributives Marktversagen. Zwar kommt ein Markt zustande, auch wenn die Armen von ihm nichts haben und von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen sind, aber ein solcher Markt respektive ein solches Gesundheitssystem würde als höchst unbefriedigend empfunden. Heute besteht in Österreich vielmehr ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass dieser Marktausschluss unerwünscht ist und einen sozialen Missstand darstellen würde. Niemand darf nur deshalb von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen sein, weil er/sie über kein Einkommen oder Vermögen verfügt. Gesundheitssicherung ist daher eine staatliche Aufgabe, die Bevölkerung muss im Krankheitsfall einen Rechtsanspruch auf alle notwendigen Versorgungsleistungen haben. In ganz Europa verstärkte sich daher seit Ende des 19. Jahrhunderts der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen. Liberale Gesundheitssysteme wie jenes der USA sind daher eher die Ausnahme.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91

Allokatives Marktversagen im Gesundheitswesen liegt vor, wenn gravierende Informationsungleichgewichte zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Versicherern bestehen. Diese „asymmetrische Information" beruht in erster Linie auf dem Wissens- und Erfahrungsvorsprung der ÄrztInnen, aber auch darauf, dass PatientInnen vor allem in Notsituationen kaum Handlungsalternativen haben, also sich im Allgemeinen auf die ÄrztInnen oder auf das Spital verlassen müssen und nur selten in der Lage sind, Preis und Qualität der Leistungen zu ihren Gunsten zu gestalten. Ein allokatives Marktversagen liegt auch vor, wenn durch das Verhalten Einzelner der Gemeinschaft (soziale) Kosten entstehen. Solche negative „Externalitäten" treten auf, wenn der/die Einzelne keine Versicherung abschließen möchte, weil er/sie ohnehin weiß, dass staatliche Einrichtungen (allenfalls die Sozialhilfe) die Kosten dieser Leistungen übernehmen. Das Zustandekommen privater Versicherungen kann auch an adverser Selektion (eine allgemeine private Versicherung kommt deshalb nicht zustande, weil eine durchschnittliche Prämie nicht angenommen wird) scheitern. Adverse Selektion dürfte auch dafür verantwortlich sein, dass in den USA 45 Millionen Menschen keine Versicherung haben. Auch „moral hazard"[1] wird als Grund für Marktversagen im Gesundheitswesen genannt. „Moral hazard" führt nach Meinung vieler Ökonomen zu Wohlfahrtsverlusten und sollte daher mit Selbstbehalten bekämpft werden. Andere Ökonomen (vgl. Rice 2004) wiederum verweisen auf die „angebotsinduzierte Nachfrage" durch Health Professionals, die insgesamt zu weit größeren Ineffizienzen führt als „moral hazard".

Alles in allem ist offensichtlich, dass es in erster Linie distributives Marktversagen ist, das sozialpolitische Interventionen notwendig macht – der Markt versagt weil die Marktergebnisse mit gesundheitspolitischen Zielen unvereinbar sind. Folgende Gründe des Marktversagens sind hier zu nennen:

- Personen mit zu geringem Einkommen haben keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen – es fehlt ein universeller und gleicher Zugang zu den benötigten Leistungen (Bedarfsprinzip).

- Eine ausreichende Finanzierungsbasis kann nur durch die obligatorische Einbeziehung aller nach deren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (solidarische Finanzierung) sichergestellt werden.

- Leistungsfähigkeitsprinzip in der Finanzierung und Bedarfsdeckungsprinzip führen zu einer, über die bloße intertemporale Umverteilung (Vorsorgesparen) und dem Risikoausgleich (Ausgleich unterschiedlicher Krankheitsrisiken nach dem „Prinzip der großen Zahl") hinaus gehenden sozialen Umverteilung. Einkommensschwächere profitieren davon weil sie häufiger und länger krank sind. Das oberste Einkommensdrittel finanziert so das unterste Drittel, während das mittlere Drittel für die eigenen Versicherungsleistungen weitgehend selbst aufkommen muss.

Damit der Bestand der Einrichtungen nachhaltig gewährleistet werden kann, ist neben Versorgungsplanung eine staatliche Bestandsgarantie unerlässlich. Das gilt vor allem für die Spitalspflege, aber auch für den extramuralen Bereich.

[1] PatientInnen nehmen zu viel Leistungen in Anspruch, weil sie über unbegrenzten Versicherungsschutz verfügen.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91

Eine weitere wichtige staatliche Aufgabe im Gesundheitswesen ist die staatliche Qualitätssicherung (z.B. bei Medikamenten oder bei der Festlegung von Behandlungsstandards).

Anhand dieser Darstellung wird klar, dass das Gesundheitssystem in besonderem Maße staatlicher Regulierung bedarf, die vor allem verteilungs- und konsumentenpolitischen Zwecken dient. Liberalisierung und Privatisierung haben zur Folge, dass das Gesundheitssystem immer weniger soziale Funktionen erfüllen kann (vgl. Becker 2004).

Liberalisierung bedeutet zum einen den Umbau des sozialen Gesundheitssystems und zum anderen die Privatisierung von Gesundheitskosten („Zwei-Klassen-Medizin"). In diesem Zusammenhang ist ein Verweis auf die politische und wirtschaftliche Bedeutung sozialstaatlicher Leistungssysteme[2] erforderlich, da dieser Aspekt bei sozialen Reformen häufig viel zu kurz kommt. Von den Folgen der Verminderung des sozialen Ausgleichs in der Gesellschaft sind v.a. die unteren Schichten der Bevölkerung betroffen (vgl. Gerlinger 2004). Aber auch der Mittelstand würde davon in Mitleidenschaft gezogen. Die Abschaffung oder der „Rückbau" der Sozialversicherung würde ähnliche Zustände wie in den USA hervorrufen, auch wenn die Gesellschaft heute reicher und nicht mit jener des 19. Jahrhunderts vergleichbar ist. Soziologisch gesehen würde die Rückkehr zur „Risikogesellschaft" der Zeit hoher sozialer Sicherheit ein Ende setzen.

Freilich wäre es verfehlt, den gesellschaftlichen und individuellen Nutzen der Sozialversicherung nur am Extrem einer völligen Liberalisierung bzw. Reprivatisierung des Gesundheitswesens zu messen. Zum ordnungspolitischen Diskurs „Markt versus Staat" im Gesundheitswesen ist unbedingt anzumerken, dass sich heute wohl die meisten Liberalen gegen ein rein marktfundiertes Gesundheitssystem stellen würden. Viele treten für eine staatliche Gesundheits-Grundsicherung ein.

Aus finanzpolitischen Gründen, oft in Verbindung mit wirtschaftsliberalen Einstellungen, wird aber zunehmend eine umfassende „Ökonomisierung" des Gesundheitswesens hegemonial. Darunter soll zum einen eine Prüfung des Gesundheitswesens auf Effektivität und Effizienz verstanden werden. Solange die Effektivität im Vordergrund steht, kann daran nichts Negatives gesehen werden. Zum anderen werden unter „Ökonomisierung" aber auch Privatisierungs- und Liberalisierungsstrategien verstanden oder zumindest Maßnahmen, die in dieses strategische Konzept passen. Vielfach wird dies mit Finanzierungsproblemen, mit „Überversorgung" und der demografischen Entwicklung begründet, über deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben aber höchst unterschiedliche Auffassungen („Kompressions- versus Morbiditätsthese") herrschen. Hinter dem Begriff der Ökonomisierung des Gesundheitswesens verbirgt sich oft eine Politik der Privatisierung von Gesundheitskosten.

Auf der Versicherungsebene wird in einigen Staaten die Einführung einer Krankenversicherungspflicht bei privaten Unternehmen diskutiert. Dieses Modell steht seit Mitte der 1990er Jahre in der Schweiz und seit kurzem auch in Holland in Geltung. In Deutschland erfreute sich das Thema vor den letzten Bundestagswahlen unter dem Slogan „Kopfprämienmodell" eines regen Zuspruchs. Die GegnerInnen stellten dem das Konzept der „Bürgerversicherung" (alle EinkommensbezieherInnen sollen versichert sein) gegenüber. Die Ver-

[2] Kompensation der Unverwertbarkeit der Arbeitskraft, Sozialpolitik als Produktiv- und sozialer Friedensfaktor etc.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91

sicherungspflicht im Unterschied zur Pflichtversicherung (nach Vorbild der Bismarckschen Sozialversicherung) funktioniert im wesentlichen (bezeichnenderweise) wie eine Kfz-Versicherung: Es besteht zwar eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung, aber nicht bei öffentlichen Krankenkassen, sondern bei privaten Versicherern. Auch in einigen europäischen Staaten (z.B. in der Slowakei) wird eine Privatisierung des Krankenversicherungswesens forciert.

Im Ergebnis würde die soziale Krankenversicherung zur Individualversicherung mutieren, die versicherungsmathematischen Grundsätzen folgen würde, was wiederum zur Einhebung risiko- und altersabhängiger Kopfprämien führen würde. Da ein solcher Umbau aber nicht gleich die gänzliche Beseitigung des sozialen Ausgleichs bewirken soll, müssen sozial Schwächere staatliche Beitragssubventionen erhalten, was es wiederum schwierig macht, die Vorteile einer solchen Konstruktion zu erkennen. Sie wird mit ordnungspolitischen Überlegungen und der höheren Transparenz – die Auszahlung des Dienstgeberbeitrags an die Versicherten erhöht die Transparenz des Beitrags – begründet. Umgekehrt sind die Nachteile für einkommensschwächere Familien mit Kindern evident: Je stärker der Staat die Beiträge subventioniert, desto überflüssiger wird die auch administrativ überaus aufwendige Umstellung auf die Versicherungspflicht. In Österreich wurde 2000 die Einführung der Versicherungspflicht zwar von einer Regierungskommission abgelehnt, die Umsetzung in Deutschland würde die Diskussion aber mit Sicherheit wiederbeleben.

In den meisten Ländern wurden zuletzt Leistungen gekürzt, aus dem Leistungskatalog gestrichen oder „rationiert“. In vielen Ländern stehen Themen und Vorhaben wie der Vorrang des Geldleistungs- gegenüber dem Sachleistungsprinzip oder Abwahl-/Zuwahlmodelle, bei welchen zwischen unterschiedlichen Leistungspaketen gewählt werden kann, auf der Tagesordnung.

Argumentativ steht dabei das Prinzip der Eigenverantwortung im Vordergrund (vgl. u.a. Weinzierl 2007). Daraus sind auch die unterschiedlichen Werte erkennbar, die hinter den beiden gesundheitspolitischen Grundansätzen – Staat oder Markt – stehen: Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit, Egalitarismus auf der einen und Individualismus, Eigenverantwortung und Leistung auf der anderen Seite (vgl. Hajek 1983; Friedman 1982). Eigenverantwortung setzt allerdings immer auch die entsprechende Ressourcenausstattung voraus.

Für das Leistungsangebot sind die Besitzverhältnisse wesentlich. Eine Privatisierung von Spitälern kann – wie Beispiele aus den USA zeigen – fatale Folgen für die Versorgungslage kranker Menschen haben. Gleiches gilt für Rehabilitationszentren und kasseneigene Einrichtungen (mit günstigeren Tarifen für sozial Schwächere).

Die Liberalisierung von Medikamenten kann, wie in den USA, die Heilmittelpreise massiv in die Höhe treiben. Die Reduktion von Spitalsambulanzen zugunsten niedergelassener ÄrztInnen schränkt das Leistungsangebot in der zeitlichen Dimension ein.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91

BIBLIOGRAPHIE

Becker, Irene (2004), Soziale Gerechtigkeit und Privatisierung von Sicherungssystemen, in: WSI Mitteilungen 9/2004, 474-481.

Eekhoff, Johann (2007), Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftspolitische Blätter 2/2007, 343-352.

Friedman, Milton (1982), Capitalism and Freedom, Chicago/London.

Gerlinger, Thomas (2004), Privatisierung-Liberalisierung-Reregulierung – Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI Mitteilungen 9/2004, 501506.

Hajek, Friedrich von (1983), Verfassung der Freiheit, Tübingen.

Hippe, Thorsten (2007), Märkte, Wohlfahrtstaaten oder Wohlfahrtsmärkte, in: Deutsche Rentenversicherung, 8-9/2007, 492-503.

Nullmeier, Frank (2004), Vermarktlichung des Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen 9/2004, 495-500.

Österle, August (2003), Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, Wien, 173-206.

Weinzierl, Rupert (2007), Das Verhältnis zwischen Staat und privat, in: Zukunft 3/2007, 8-13.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 86–91