

Oberender, Peter; Cassel, Dieter; Herder-Dorneich, Philipp

Article — Digitized Version

Anforderungen an eine Neuordnung des Gesundheitswesens

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Oberender, Peter; Cassel, Dieter; Herder-Dorneich, Philipp (1992) :
Anforderungen an eine Neuordnung des Gesundheitswesens, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275,
Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 72, Iss. 6, pp. 283-293

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136888>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Anforderungen an eine Neuordnung des Gesundheitswesens

In der aktuellen politischen Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens wird eine stärkere Überprüfung der grundlegenden Ordnungselemente vermißt. Wo könnte eine Neuordnung des Gesundheitswesens aus Sicht der Ökonomen ansetzen? Welchen Beitrag kann die Wissenschaft überhaupt zur Reform des Gesundheitswesens leisten?

Peter Oberender

Strukturreform der GKV: Eine unumgängliche Notwendigkeit

Am 1. Januar 1989 trat das Gesundheitsreformgesetz (GRG) in Kraft. Die Hoffnungen, mit diesem Gesetz die Ausgabenentwicklung und die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dauerhaft zu senken, haben getrübt. Nach einer kurzen Phase der Ausgabenenkung im Jahre 1989 registrierten die Gesetzlichen Krankenkassen – wie vorauszusehen war – ab 1990 wieder einen neuen kräftigen Kostenschub. Der Beitragssatz, der vorübergehend um 0,7 Prozentpunkte auf 12,2% gesenkt werden konnte, wurde daraufhin wieder angehoben. Derzeit liegt er mit einem Durchschnittssatz von 12,5% lediglich um 0,4 Prozentpunkte unter dem bisherigen Höchststand von 12,9%.

Bereits bei der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes wurde vor dem Trugschluß gewarnt, das GKV-System sei durch dieses Gesetz saniert. Es wurde damals von liberalen Ordnungspolitikern sehr nachdrücklich darauf hingewiesen, daß es sich bei den Maßnah-

men des Gesundheitsreformgesetzes primär um eine Symptombehandlung handelt, bei der die kostentreibenden Strukturen unverändert bleiben. Zwar wurden kurzfristige Spareffekte vorausgesehen, aber es wurde von Kritikern des Gesundheitsreformgesetzes immer wieder hervorgehoben, daß dadurch keine Strukturprozesse ausgelöst werden würden. Es ist deshalb nicht überraschend, daß die Ausgaben der GKV nach 1989 wieder anstiegen. Im vergangenen Jahr wies die GKV bereits wieder ein Defizit von über 5 Mrd. DM auf. 1992 wird das Defizit voraussichtlich mehr als 10 Mrd. DM betragen.

Angesichts dieser Entwicklung wird nicht nur im wissenschaftlichen Bereich, sondern vor allem auch von den Politikern eine konsequente Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung gefordert. Hierbei ergibt sich noch einmal die Chance, eine bisher versäumte ursachenadäquate Therapie anzuwenden. Nur durch eine solche konsequent angewandte

Therapie können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die Gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft den vielfältigen Herausforderungen gewachsen ist. Im folgenden wird kurz begründet, warum eine solche Reform dringend erforderlich ist und wie sie in einer marktwirtschaftlichen Ordnung ausgestaltet sein muß.

Ausgangssituation

Die Ursachen der gegenwärtigen Probleme sind vielfältig. So wird aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen die individuelle Gesundheitsnachfrage bewußt nicht durch das Preisausschlußprinzip begrenzt. Dadurch wird nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig preisunelastisch und damit einer Freifahrermentalität Vorschub geleistet, sondern darüber hinaus besteht für den einzelnen Versicherten oft ein Anreiz aufgrund der bezahlten Prämie, die eine Pauschale darstellt, die Summe der nachgefragten Gesundheitsleistungen zu maximieren

(Moral-Hazard-Phänomen). Außerdem existiert generell die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage, indem die Anbieter von Gesundheitsleistungen die nachgefragte Menge erhöhen, weil für sie dadurch der Umsatz und damit in aller Regel das Einkommen wächst.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen entsteht ein *Verantwortungsvakuum*, das zu Mißbrauch und Aushöhlung des sozialen Sicherungssystems führt. Die Folge dieses Verhaltens ist die Verschwendung knapper Ressourcen. Damit ist jedoch auch ein Teufelskreis einer Beitrags-Anspruch-Spirale eröffnet: Steigende Leistungen führen zu steigenden Beitragssätzen, die dann wiederum bei den Versicherten steigende Ansprüche an das System auslösen. Letztlich findet auf diese Weise eine „Ausbeutung aller durch alle“ statt.

Steigende Beitragssätze bedeuten aber nicht nur eine höhere Belastung der Lohneinkommen und hemmen damit die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer, sondern zugleich nehmen die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu, was die Beschäftigungschancen negativ beeinflusst. Die Wettbewerbsfähigkeit des Industriestandortes Deutschland wird dadurch untergraben.

Angesichts dieser Situation wurde versucht, im Sozialgesetzbuch (SGB) V durch die Einführung neuer Steuerungsmechanismen in das Gesundheitswesen die aufgezeigten gegenwärtigen Probleme zu lösen. Im Vordergrund des Gesundheitsreformgesetzes stehen hierbei besonders die drei Grundsätze:

- Sicherung der notwendigen medizinischen Versorgung (§ 70 Abs.1 SGB V);
- Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V);
- angemessene Vergütung (§ 72 Abs.2 SGB V).

Die politische Priorität liegt hierbei auf der Beitragssatzstabilität. Diese Entscheidung ist willkürlich getroffen, allerdings bleibt eine solche Festlegung nicht ohne Konsequenzen für die notwendige medizinische Versorgung sowie für die angemessene Vergütung. Entweder muß, soll dieses Ziel realisiert werden, der Leistungskatalog der GKV beträchtlich reduziert werden, oder es müssen ärztliche Honorare merklich beschnitten werden.

Ordnungspolitisch stellt das SGB V das Ergebnis planwirtschaftlichen und dirigistischen Denkens zentralverwaltungswirtschaftlicher Provinienz dar. Es geht von einem kollektiven Menschenbild aus, das beherrscht wird vom falschen Glauben der Planbarkeit und der Illusion der Machbarkeit. Der einzelne Bürger, ob

Patient oder Leistungserbringer, wird dadurch entrechtet und bevormundet.

Zukünftige Herausforderungen

Bei allen Diskussionen werden die zukünftigen Herausforderungen weitgehend negiert: Der EG-Binnenmarkt mit seinen gegenwärtig über 340 Mill. Menschen stellt in Zukunft eine enorme Herausforderung für unser Gesundheitswesen dar. Es wird keine Vorab-Harmonisierung in der Sozialpolitik geben, vielmehr wird es zu einem Wettbewerb der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme innerhalb der EG kommen. Es ist dabei zu befürchten, daß die Vorteile des deutschen Gesundheits- und sozialen Sicherungssystems immer mehr auch von den Bürgern anderer EG-Staaten genutzt werden.

Die Integration der fünf neuen Bundesländer stellt eine weitere Herausforderung dar. In der ehemaligen DDR existierten auch im sozialen Sicherungssystem große Defizite. Es wird im Rahmen des Wiedervereinigungsprozesses, auch im Bereich der Angleichung des sozialen Sicherungssystems, zu enormen Belastungen für uns alle kommen.

Die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung stellt eine große Herausforderung dar. So wird der Gesamtlastenkoeffizient (das Verhältnis zwischen nicht oder nicht mehr Erwerbstätigen einerseits und Erwerbstätigen andererseits) von 80% (1985) auf über 115% (2030) sowie der Altenlastenkoeffizient (das Verhältnis der über 60jährigen zu den 20- bis 60jährigen) von 36% (1985) auf etwa 80% (2030) ansteigen. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß aufgrund der steigenden Lebenserwartung die Multimorbidität, chronische Krankheiten sowie die Zahl der Pflegefälle enorm ansteigen werden.

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Peter Oberender, 50, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre (Wirtschaftstheorie) an der Universität Bayreuth und Gründungsdekan der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Prof. Dr. Dieter Cassel, 52, ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg.

Prof. Dr. Philipp Herder-Dornreich, 64, ist Ordinarius und Direktor des Seminars für Sozialpolitik sowie des Seminars für Genossenschaftswesen der Universität Köln und Direktor des Forschungsinstitutes für Einkommenspolitik und Soziale Sicherung an der Universität zu Köln.

Der Anteil der Rentner an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder wird weiter zunehmen; so erhöht er sich von 20,3% (1960) auf über 30% (1990). Diese Zunahme der Rentner stellt deshalb ein Problem dar, weil die Krankenversicherung der Rentner weniger als 50% (1990 etwa 46%) der von den Rentnern verursachten Kosten deckt. Auf diese Weise fand 1991 in der GKV ein Soliarausgleich in Höhe von etwa 30 Mrd. DM zwischen den Erwerbstätigen und den Rentnern statt, der die Erwerbstätigen zunehmend stärker belastet.

Eine weitere Herausforderung stellen die steigenden Ärztezahlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich dar. Im gegenwärtigen System der Einzelleistungshonorierung führt diese Ärzteschwemme bereits in absehbarer Zeit zu enormen Problemen für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen.

Mit Hilfe des medizinischen Fortschritts wird es ferner möglich sein, immer mehr Krankheiten kausal zu behandeln. Die Erweiterungen und die Ansprüche des einzelnen werden dadurch ständig wachsen. Diese medizinischen Möglichkeiten und Ansprüche werden jedoch aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel nur sehr begrenzt in Anspruch genommen werden können.

Eine weitere große Herausforderung stellt die sukzessive Ausdehnung der Aufgaben der GKV auf die Prävention und die Pflege dar. Diese Entwicklung wird begleitet von einem zunehmenden Anspruchsdenken der Versicherten, das sich in der Erwartung ausdrückt, zwar die Vorteile eines mündigen Bürgers zu genießen, ohne aber die Verantwortung einer solchen freiheitlichen Ordnung übernehmen zu wollen.

Angesichts dieser Situation ist abzusehen, daß die bestehenden Män-

gel und die zukünftigen Herausforderungen die inneren Widersprüche des Systems der sozialen Krankenversicherung aufbrechen lassen und es dann notwendig sein wird, ein an sich sinnvolles System sozialer Sicherung entweder in ein staatliches Gesundheitssystem zu überführen oder, was einer freien Gesellschaft mündiger Bürger angemessen wäre, in ein marktwirtschaftlich orientiertes System mit einer sozialen Ordnungspolitik zu transformieren.

Therapie

Im Rahmen der Therapie gilt es, das strategische Problem der Knappheit sowie das taktische Problem der optimalen Verwendung der knappen Ressourcen im Gesundheitsbereich zu lösen. Es wird hierbei von einem mündigen Bürger ausgegangen, dessen Mündigkeit und damit Freiheit nicht teilbar ist. Das heißt, es kann nicht einerseits eine politische Freiheit und Pressefreiheit geben und andererseits im Gesundheitsbereich diese Therapiehoheit des Patienten ungerechtfertigt und willkürlich eingeschränkt werden.

Aus der sich abzeichnenden Systemkrise im Gesundheitswesen führt nur eine ordnungspolitische Neuorientierung heraus. Statt auf Elemente verstärkter staatlicher Lenkung muß sich eine ursachenadäquate Therapie auf deregulierende und damit liberalisierende Maßnahmen stützen. Nur eine dezentrale marktliche Steuerung führt zu einer Anreizkompatibilität zwischen individuellem und kollektivem rationalem Verhalten. Die Therapiehoheit ist dem Patienten zu übertragen, der wohl der Beratung durch den Arzt und andere Leistungserbringer bedarf, letztlich muß er jedoch selbst entscheiden, welche konkreten Maßnahmen bei ihm angewandt werden sollen. Im Falle negativer externer Effekte (z. B. ansteckender Krankheiten) muß aller-

dings diese Therapiehoheit des Patienten im Interesse der Gemeinschaft eingeschränkt werden. Selbstverständlich bedarf es in einer sozialen Marktwirtschaft des besonderen Schutzes wirtschaftlich schwacher, kranker und alter Menschen. Es gilt, das Individualprinzip (Äquivalenzprinzip: Leistung und Gegenleistung entsprechen sich) und das Sozialprinzip (Solidarprinzip: gleicher Leistungsanspruch für jeden unabhängig von der Höhe seines Beitragseinkommens) so zu kombinieren, daß das für eine freie Gesellschaft prägende Subsidiaritätsprinzip nach dem Grundsatz „Subsidiarität soweit wie möglich, Solidarität soweit wie nötig“ zum Tragen kommt.

In einem sozialen Rechtsstaat müssen das Individual- und Solidarprinzip gleichwertig so miteinander verbunden werden, daß mögliche Nachteile der Realisierung von nur einem der beiden Prinzipien durch eine optimale Kombination der Freiheit und des Zwanges des Sozialstaates vermieden werden. Die dadurch herbeigeführte Synthese aus Solidar- und Individualprinzip verbindet individuelle Freiheit und Effizienz des Marktes mit sozialer Sicherheit. Zur Lösung der vielfältigen Probleme im Gesundheitswesen müssen deshalb die einer freiheitlichen Ordnung adäquaten individuellen Anreize und Möglichkeiten für alle Beteiligten geschaffen werden, mit den knappen Ressourcen verantwortungsvoll und verantwortungsbewußt umzugehen, d. h. Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht und kostengünstig anzubieten sowie preisbewußt nachzufragen.

Was heißt dies nun konkret für die GKV?

Ziel der GKV muß es sein, sozial schutzbedürftige Bürger gegen existenzbedrohende Krankheitsrisiken

und deren Folgen zu schützen. Diese Aussage ist normativ und läßt sich deshalb nur im politischen Konsens lösen. Aus sozialpolitischen Gründen muß eine generelle Verpflichtung zu einer Mindestabsicherung (Regel- oder Vertragsversorgung) gegen das Krankheitsrisiko für diejenigen Menschen bestehen, die aufgrund ihrer Einkommenssituation nicht in der Lage sind, im Krankheitsfall selbst die Kosten zu übernehmen. Dadurch soll unter anderem vermieden werden, daß Personen sich von vornherein auf die Unterstützung des Staates und damit der Gesellschaft im Krankheitsfall verlassen. Besonders bei jungen Menschen kann häufig eine Unterschätzung zukünftiger Bedürfnisse festgestellt werden. Da letztlich aus ethischen Gründen Menschen, die in Not geraten sind, eine Hilfe nicht verweigert werden kann, sollte eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt werden.

Die existierende einkommensabhängige Versicherungspflichtgrenze sollte dabei weiterhin bestehen bleiben. Allerdings muß für diese obligatorische Vertragsversorgung im Gegensatz zur jetzigen Regelung keine Zwangsversicherung, sondern lediglich, wie bereits erwähnt, eine allgemeine Versicherungspflicht bestehen. Der einzelne muß selbst entscheiden können, bei welchem Versicherer er seine Regelversicherung abschließen will. Hierbei muß der Versicherungspflichtige auch eine Wahlfreiheit in bezug auf Art und Umfang der Leistungen sowie hinsichtlich Kostenerstattung und Sachleistung erhalten.

Darüber hinaus muß jedem einzelnen Versicherungspflichtigen die Möglichkeit eingeräumt werden, neben dieser obligatorischen Regelversorgung eine freiwillige Zusatzversicherung nach seinen Vorstellungen abzuschließen, mit der nicht durch die Pflichtversicherung erfaßte

Risiken, die den Selbstbehalt übersteigen, nach eigenem Dünken abgedeckt werden.

Für die Versicherungsunternehmen muß ein Kontrahierungszwang und ein Diskriminierungsverbot beim Abschluß dieser Versicherung in bezug auf alle Versicherungspflichtigen bestehen. Damit ein Wettbewerb um den einzelnen Versicherten der Regelversorgung unter den Krankenkassen stattfinden kann, müssen die bestehenden Rahmenbedingungen so verändert werden, daß die Gesetzliche Krankenversicherung und die Private Krankenversicherung miteinander konkurrieren können. Keine Versicherung besitzt dann mehr einen durch staatliche Privilegien garantierten Bestandschutz. Vielmehr gilt es, sich im Wettbewerb immer wieder neu zu bewähren und zu behaupten.

Angesichts der zunehmenden Schwierigkeiten bei der Finanzierung des sozialen Sicherungssystems müssen die Aufgaben, die einer Solidargemeinschaft übertragen werden sollen, neu durchdacht werden. Aufgrund der steigenden medizinischen Möglichkeiten und des zunehmenden Anspruchsdenkens der Versicherten einerseits und der begrenzten finanziellen Möglichkeiten andererseits ist es unerlässlich, die Aufgaben der Solidargemeinschaft zu begrenzen. Es wird deshalb eine Entschlackung der GKV Platz greifen müssen. Als Kriterien können hierbei folgende Gesichtspunkte verwandt werden: der Ausschluß von krankenversicherungsfremden Leistungen (Sterbegeld, Schwangerschaftsabbruch), die Höhe der finanziellen Belastung (Bagatelleistungen, die sich an dem Kriterium der Zumutbarkeit orientieren), der Grad der individuellen Vorhersehbarkeit (z. B. Zahnersatz, Brillen) und die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs (z. B. Kuren, Schönheitsoperationen).

Letztlich läuft dies darauf hinaus, die Regelleistungen stärker zu beschneiden und auf existenzbedrohende Risiken und deren Folgen zu begrenzen. Das gegenwärtig noch geltende „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ muß aufgehoben werden, indem dem einzelnen die Freiheit eingeräumt wird, sich auch im Gesundheitswesen gemäß seinen Bedürfnissen und seinen Präferenzen zu verhalten, ohne dabei den Anspruch auf eine Kostenerstattung durch die GKV zu verlieren. Es muß ferner zu einer Stärkung der Eigenverantwortung bei der Lösung der vielfältigen Probleme kommen. Letztlich gilt es, nach der Maxime zu handeln, die Zukunft muß und wird von uns selbst gemacht werden.

Krankenhausbereich

Ein besonderes Augenmerk muß auf den Krankenhausbereich gelegt werden. Nur wenn es gelingt, auch in diesem Bereich marktadäquate, d. h. freiheitsadäquate Lösungen zu finden, wird das GKV-System in Deutschland genesen. Im Krankenhausbereich ist es deshalb unerlässlich, die staatliche Krankenhausbedarfsplanung aufzulösen. Es muß die Vertragsautonomie von Krankenhaus und Krankenkasse gestärkt werden, indem adäquate Anreize geschaffen werden, die wirtschaftliches Verhalten belohnen und Verschwendung bestrafen.

Verhandlungen sind auf unterster Ebene zu führen, d. h., es werden freie und dezentrale Preisverhandlungen gefordert, die sich nicht an Kosten orientieren, sondern – wie das im ökonomischen Bereich immer der Fall ist – am Kriterium der Knappheit. Das impliziert, daß das gegenwärtige Kostenerstattungsprinzip (Selbstkostendeckungsprinzip) abgeschafft werden muß. Es müssen das Preis- und das Gewinnprinzip das Handeln aller Beteiligten

auch im Krankenhausbereich dominieren.

Die bestehende Kontrahierungspflicht zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern muß auch abgeschafft werden, um so den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, nach eigenem Ermessen, d. h. unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten, mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen. Das gegenwärtig bestehende duale Finanzierungssystem muß durch eine monistische Finanzierung abgelöst werden, um damit das Verbundprinzip wiederherzustellen.

Für die einzelnen Leistungserbringer, und das gilt insbesondere auch für Krankenhäuser, darf es kei-

nen Bestandsschutz geben. Im Vordergrund muß vielmehr das individuelle Bedürfnis des Patienten und dessen adäquate Befriedigung stehen. In diesem Zusammenhang ist es unerlässlich, durch Deregulierungen innovativen Lösungen hinsichtlich einer stärkeren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich Freiraum zu schaffen.

Der Wettbewerb erfüllt damit zwei Funktionen: Zum einen wird eine effiziente Verwendung der knappen Mittel (ökonomische Funktion) sichergestellt, und zum anderen wird eine größtmögliche Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen (gesellschaftliche Funktion) gewährleistet. Nur durch eine konsequente Entstaatlichung des Gesundheitsbe-

reichs bei einem ausreichenden Schutz für Härtefälle kann ein Weg aus der gegenwärtigen Systemkrise im Gesundheitswesen gefunden werden. Soll das Gesundheitswesen in Deutschland finanzierbar bleiben, so müssen entsprechende Maßnahmen in dieser Richtung ergriffen werden: Der Leistungskatalog der GKV ist zu durchforsten und entsprechend zu reduzieren. Hierbei müssen die Eigenvorsorge und damit Selbstbestimmung durch Selbststeuerung Platz greifen, denn nur durch eine Liberalisierung, durch die Schaffung von mehr Wahl- und Gestaltungsrechten ist das GKV-System in der Lage, die gegenwärtigen Mängel und Defizite zu beseitigen sowie die zukünftigen Herausforderungen erfolgreich zu bestehen.

Dieter Cassel

Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen

Das gewachsene System des deutschen Gesundheitswesens wird innerhalb der Bundesrepublik Deutschland weitgehend als bewährt angesehen und außerhalb der Landesgrenzen nicht selten als muster-gültig hingestellt. Ein System, das 1884 bei Gründung der Bismarck-schen Unterstützungskassen für die verelendete Arbeiterschaft und das verarmte Kleinbürgertum sozialpolitisch notwendig und in seinem begrenzten Geltungsanspruch auch ordnungspolitisch vertretbar war, läßt sich in der Bundesrepublik Deutschland von heute, wo es über 90% der Bevölkerung erfaßt und etwa 6-7% des Bruttosozialprodukts durch seine Kassen schleust, nicht

mehr in gleicher Weise rechtfertigen und allokationstheoretisch nur schwerlich begründen.

Dies um so mehr, als in den letzten Jahrzehnten die Funktionsstörungen seines Steuerungsmechanismus immer offenkundiger wurden und unter Schlagworten wie „Kostenexplosion“, „Entsolidarisierung“, „Ärztenschwemme“, „Bettenberge“, „Zwei-Klassen-Medizin“ u. ä. in das Bewußtsein einer breiteren Öffentlichkeit rückten. Als gravierende Symptome eines ordnungspolitisch inadäquat verfaßten Teilsystems der Sozialen Marktwirtschaft hätten sie schon längst zu einer ursachenadäquaten Reform des Ge-

sundheitswesens insgesamt führen müssen; statt dessen hat sich der Sozialgesetzgeber bisher noch immer mit dem Ziel der Kostendämpfung auf ein partielles „Kurieren an Symptomen“ beschränkt. Dies gilt im wesentlichen auch für das Gesundheitsreformgesetz von 1988, nachdem schon die „Kostendämpfungsgesetze“ von 1977 und 1981 lediglich die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen bremsen sollten, ohne damit jedoch anhaltenden Erfolg zu haben.

Dabei gilt unter Fachleuten eine grundlegende Strukturreform schon sein langem als unabweisbar. Ihre Notwendigkeit ergibt sich zum einen

aus einer ordnungspolitischen Neubesinnung auf die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft und die sich daraus ableitenden Gestaltungserfordernisse für die Daseinsvorsorge im Krankheitsfall. Sie ergibt sich zum anderen aber auch daraus, daß erhebliche Zweifel an der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland bestehen. Hinzu kommt die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben mit Rücksicht auf die Höhe der Lohnnebenkosten und die sich damit verbindenden wettbewerbs- und wachstumspolitischen Prioritäten sowie mit Rücksicht auf die seit dem 1. Juli 1990 geltende Verpflichtung zur Herstellung einer Sozialunion mit den fünf neuen Bundesländern.

Reformbedarf

Diese Gründe werden in weitgehender Einmütigkeit unter Ökonomen, Sozialmedizinern und Epidemiologen getragen und haben schon bald nach Erlaß des Gesundheitsreformgesetzes eine neuerliche Reformdiskussion entfacht. Obwohl dabei das deutsche Gesundheitswesen insgesamt auf dem Prüfstand steht, hat sich die Diskussion in letzter Zeit vor allem auf die Reform der Organisationsstruktur der Kassen als Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konzentriert („Organisationsreform“). Dies zum einen, weil das Gesundheitsreformgesetz praktisch alle damit zusammenhängenden Fragen offengelassen hat, und zum anderen, weil Kassenwahlfreiheit und Kassenwettbewerb der Dreh- und Angelpunkt aller reformpolitischen Vorstöße sind, die sich eine Lösung der Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen durch mehr Entscheidungsfreiheit, mehr Eigenverantwortung und mehr Selbstkontrolle aus Selbstinteresse der Beteiligten erhoffen.

Problemfelder

Will man in der Organisationsreform nicht gerade das „Trojanische Pferd“ für eine umfassende Strukturreform des deutschen Gesundheitswesens sehen, sind ihr dennoch eine Reihe wichtiger Aufgaben gestellt:

□ Etwa 50 bis 60% der GKV-Mitglieder – insbesondere Angestellte – haben individuelle Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Kassen, während die pflichtversicherten Arbeiter Kraft Gesetzes bestimmten Kassen zugewiesen sind und praktisch kein Kassenwahlrecht haben. Hierdurch ist eine Polarisierung von Arbeitern und Angestellten entstanden, die erstere um so mehr diskriminiert, je größer die Leistungs-, Beitragssatz- und Reputationsunterschiede zwischen den Kassen sind. Auch hinsichtlich der fortschreitenden sozialen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten kann eine solche Ungleichheit vor dem Gesetz nicht mehr länger hingenommen werden.

□ Die Erhebung risikounabhängiger, einkommensproportionaler Beiträge und die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen lassen Mitglieder aus der Sicht der Kassen zu „guten“ und „schlechten“ Risiken werden. Die dadurch mögliche Risikoselektion unter den Mitgliedern mit Kassenwahlfreiheit einerseits und die gesetzliche Zuweisung von Mitgliedern mit bestimmten Risiken andererseits hat zu einer recht ungleichmäßigen Verteilung der Risiken auf die einzelnen Kassen bzw. Kassenarten geführt. Hieraus resultieren beachtliche Beitragssatzunterschiede: Die Beitragssätze der einzelnen Kassen liegen derzeit in einer Spanne von 8 bis 15 Beitragssatzpunkten.

□ Derartige Beitragssatzunterschiede sind bei einem praktisch einheitlichen Leistungsangebot der Kassen und begrenzter Kassenwahlfreiheit ihrer Mitglieder weder verfas-

sungsrechtlich noch sozial- und verteilungspolitisch zu rechtfertigen. Außerdem verzerren sie den im Rahmen der begrenzten Kassenwahlfreiheit möglichen Wettbewerb zwischen den Kassen, weil sie kein Preissignal für deren Leistungsfähigkeit sind, sondern im wesentlichen nur die Unterschiede in der Risikostruktur anzeigen. Kassen mit „schlechter“ Risikostruktur haben hohe Beitragssätze, was zur Abwanderung vor allem „guter“ Risiken führt. Marktanteilsverluste, Risikoentmischung und noch höhere Beitragssätze sind die unausweichliche Folge.

□ Hierdurch kommt es auf Dauer zu erheblichen Marktanteilsverschiebungen zwischen den Kassen bzw. Kassenarten. „Gewinner“ sind dabei die Angestelltenersatzkassen, die ihren an den Mitgliedern gemessenen Marktanteil innerhalb der letzten 30 Jahre von 18% (1960) auf über 33% (1990) erhöhen konnten. Dagegen ging der Marktanteil der Ortskrankenkassen im gleichen Zeitraum von 57% auf 43% zurück. Diese Entwicklung ist freilich auch eine Folge von Veränderungen der Alters- und Berufsstruktur – immer mehr jüngere Angestellte – sowie der Tatsache, daß es nach dem bestehenden „kollektiven Wahlrecht“ überall dort zur Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen kommt, wo es sich angesichts hoher Beitragssätze der Ortskrankenkassen betriebswirtschaftlich lohnt.

□ Wettbewerbsverzerrend und marktanteilsverschiebend wirkt sich letztlich auch die unterschiedliche Beitragssatzkalkulation der Ersatz- und Betriebskrankenkassen aus. So können die überregional tätigen Ersatzkassen bundeseinheitliche Beitragssätze kalkulieren, die einen interregionalen Finanzausgleich implizieren und überall dort Wettbewerbsvorteile bringen, wo „regionalisierte Beitragssätze“ über dem bun-

deseinheitlichen Tarif liegen würden. Die Betriebskrankenkassen ziehen wiederum einen Vorteil daraus, daß sie nicht alle Verwaltungskosten auf den Beitragssatz umlegen müssen, sondern diesbezüglich vom Betrieb mitunter erheblich subventioniert werden.

□ Schließlich stellt auch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ein reformpolitisch dringend zu lösendes Problem dar. Zum einen geht es um die Neuverteilung der Rentnerlast zwischen Renten- und Krankenversicherung, zum anderen um die Auflösung des KVdR-Ausgleichs. Der KVdR-Ausgleich sollte deshalb aufgelöst werden, weil er die Rentnerlast auf der Grundlage der tatsächlichen Ausgaben ausgleicht und deshalb nicht anreizneutral ist: Kassen, die ihren Rentnern großzügig Leistungen gewähren, weil sie sich davon Wettbewerbsvorteile versprechen, können dies im gegenwärtigen System ungestraft tun, weil ihnen eine „Free-rider-Position“ zu Lasten ihrer Mitbewerber ermöglicht wird.

Sieht man einmal von der Rentner-Problematik ab, sind es somit die drei Problemfelder „Kassenwahlfreiheit“, „Beitragssatzunterschiede“ und „Marktanteilsverschiebungen“, die einen reformpolitischen Handlungsbedarf begründen. Dabei sind jedoch die Problemfelder weder unabhängig voneinander noch losgelöst von der Grundsatzfrage einer ordnungspolitischen Neugestaltung des GKV-Systems zu sehen, wie die anhaltende Diskussion um die Grundprinzipien und Gestaltungsalternativen der geplanten Organisationsreform zeigt.

Reformoptionen

Gesundheitspolitiker, Politikberater und Verbände haben bisher eine kaum mehr überschaubare Fülle von Reformvorschlägen präsentiert, die sich nach Zielsetzung, Ansatz, Aus-

gestaltung und Folgewirkungen unterscheiden; so lassen sich die verschiedenen Varianten zu vier Reformoptionen zusammenfassen:

□ Erstens könnte das gegliederte System zu einer bundesweit oder regional organisierten einheitlichen GKV ohne Kassenwahlmöglichkeiten und einheitlichem Beitragssatz zusammengefaßt werden („Einheitsversicherung“);

□ zweitens wäre es möglich, die Zuweisung der Versicherten zu den Kassen unter Verzicht auf Kassenwahlmöglichkeiten und -wettbewerb neu zu regeln („Zuweisungsmodell“);

□ drittens könnte die Kassenwahlfreiheit gegenüber dem geltenden Recht nach verschiedenen Kriterien mit oder ohne Unterscheidung von Arbeitern und Angestellten modifiziert und erweitert werden („modifizierte Wahlfreiheit“); und

□ viertens wäre daran zu denken, alle Kassen für alle Versicherten unterschiedslos zu öffnen, d. h. unbeschränkte Kassenwahlfreiheit zuzulassen und den dabei entstehenden Kassenwettbewerb als unverzerrten Leistungswettbewerb zu gestalten („Wahlmodell“).

Es ist unmittelbar einsichtig, daß Einheitsversicherung und Zuweisungsmodell, indem sie den Versicherten jede Kassenwahlmöglichkeit nehmen, Wettbewerb auf der Kassenebene ausschließen, während die modifizierte Wahlfreiheit und das Wahlmodell ganz offensichtlich auf eine Intensivierung des Kassenwettbewerbs setzen.

Einheitsversicherung und Zuweisungsmodell lösen die Probleme der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten sowie der wettbewerbsbedingten Marktanteilsverschiebungen auf dem kollektivistisch-administrativen Wege durch vollständige Eliminierung von Kassenwahlfreiheit und Wettbewerb. Offen bleibt jedoch die Frage der Bei-

tragssatzunterschiede. Hierzu bedürfte es innerhalb der Einheitsversicherung sowie zwischen den Kassen im Zuweisungsmodell eines beitragsatznivellierenden Finanzausgleichs, der sich freilich nach Zielsetzung und Ausgestaltung deutlich von einem wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleich im Rahmen von Wahlmodellen unterscheiden würde.

Wenngleich damit die oben genannten drei Problemfelder gelöst zu sein scheinen, bleibt doch fraglich, ob nach der vollständigen Herausnahme des Wettbewerbs auf der Kassenebene das soziale Gesundheitswesen als Ganzes mit den verbleibenden bürokratie-, wahl- und verhandlungstechnischen Allokationsmechanismen effizient genug gesteuert werden kann. Noch weit bedeutsamer sind jedoch die verfassungsrechtlichen Bedenken, ob es hinsichtlich des Grundrechts des einzelnen auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 GG) statthaft ist, nahezu die gesamte Bevölkerung in einem existentiell so wichtigen Bereich wie der Daseinsvorsorge im Krankheitsfall in ein kollektivistisches System ohne Kassen-, Tarif- und Leistungswahlmöglichkeiten einzubeziehen. Beide Reformoptionen erscheinen deshalb nicht realisierbar, ohne zuvor den der GKV zuzuweisenden Personenkreis oder den von ihr abzudeckenden Leistungsumfang nach dem Prinzip der Subsidiarität neu zu bestimmen.

Wenn der Weg zu nichtmarktlichen Lösungen versperrt ist, bleiben als Alternativen nur noch die modifizierte Ausweitung oder die völlige Freigabe der Kassenwahl. Dabei herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß Arbeiter und Angestellte die gleichen Wahlrechte haben sollten. Materiell würde dies darauf hinauslaufen, die bisherige Trennung von Pflicht- bzw. Zuweisungs- und Wahlkassen aufzuheben und keinerlei Mitgliederkreisbeschränkungen

mehr zuzulassen. Da sich in einem solchen Wahlmodell mit unbeschränkter Kassenwahlfreiheit die bestehenden Kassenstrukturen auflösen müßten und die Folgen der dann einsetzenden Neustrukturierung kaum absehbar sind, empfehlen der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und die Mehrheit der Enquete-Kommission – wohl überwiegend aus pragmatischen Gründen – eine modifizierte Ausweitung der Kassenwahlfreiheit. Gedacht ist dabei an eine schrittweise, zeitlich gestreckte Öffnung der Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen für alle GKV-Versicherten sowie gewisse Wahlrechte für Mitglieder von Betriebs- und Innungskrankenkassen im Falle von Erweiterungen oder Neugründungen.

So verständlich pragmatische Überlegungen zur Ausweitung der Kassenwahlfreiheit sind, sie führen jedoch zu inkonsistenten Lösungen, falls die Kassenwahlfreiheit dauerhaft eingeschränkt bleiben sollte. Denn Mitgliederkreisbeschränkungen sind grundsätzlich wettbewerbswidrig und beeinträchtigen den Kassenwettbewerb selbst dann, wenn er durch einen geeigneten Risikostrukturausgleich flankiert wird, weil sie die möglichen Wanderungsbewegungen zwischen den Kassen dem Umfang nach begrenzen und der Richtung nach beeinflussen. Die Mehrheit der Enquete-Kommission hat deshalb auch zu Recht erklärt, daß es letztlich das Ziel der Organisationsreform sein müsse, eine Ausweitung der Wahlmöglichkeiten bis hin zum Modell der unbeschränkten Kassenwahlfreiheit zu verwirklichen. So gesehen wäre jedes Mehr an Kassenwahlfreiheit gegenüber dem Status quo ein begrüßenswerter Schritt in die gewünschte Richtung, nämlich den marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus auf der Kassenebene zu stärken und die GKV als ein wettbewerblich geordnetes Teil-

system in die Soziale Marktwirtschaft einzufügen. Freilich würde dazu reformpolitisch auch gehören, für ausreichende und geeignete Wettbewerbsparameter zu sorgen; denn wenn die Kassen verstärktem Konkurrenzdruck ausgesetzt sind, müssen sie auch auf der Absatz- und Beschaffungsseite über größere Aktionsspielräume verfügen als sie ihnen das Gesundheitsreformgesetz bisher zugesteht, um den Wettbewerb nicht nur in fragwürdigen Marketingkampagnen verpuffen zu lassen.

Offene Fragen

Ist man sich in der Zielsetzung der Freigabe der Kassenwahl noch weitgehend einig, differieren die Auffassungen über die praktische Umsetzung und Ausgestaltung des Wahlmodells erheblich. Von den unterschiedlichen Interessenstandpunkten der betroffenen Kassen und ihrer Verbände einmal abgesehen, liegt der Grund dafür in einer Reihe von Fragen, die bisher weder theoretisch noch empirisch hinreichend geklärt sind:

□ Beitragssatzunterschiede. Sie verlieren weitgehend ihre verfassungsrechtliche sowie sozial- und verteilungspolitische Bedenklichkeit, wenn die Versicherten ihre Kasse frei wählen und von teuren zu beitragsatzgünstigeren Kassen wechseln dürfen. Insoweit bedarf es auch keines kassenartenübergreifenden Finanzausgleichs. Fraglich ist jedoch, ob nicht zur Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland ein kassenarteninterner interregionaler Ausgleich erforderlich ist.

□ Wanderungspotential. Vom Status quo des gewachsenen GKV-Systems ausgehend, bestehen erhebliche Beitragssatzunterschiede, die Wanderungsbewegungen zwischen den Kassen auslösen werden. Dabei entscheiden Ausmaß, Richtung und

Struktur der Wanderungsbewegungen über Marktanteilsverschiebungen, Risikostrukturveränderungen und Beitragssatzanpassungen der abgebenden und aufnehmenden Kassen. Völlig offen ist, wie hoch das Wanderungspotential in Abhängigkeit von den Beitragssatzunterschieden ist und wie sich im Wettbewerbsprozeß die Risikostrukturen, Versichertenbestände und Beitragssätze entwickeln werden und ob dabei mit einer verstärkten Risikomischung oder -entmischung zwischen den miteinander konkurrierenden Kassen zu rechnen ist.

□ Risikostrukturausgleich. Resultieren die am Markt bestehenden Beitragssatzdifferenzen aus unterschiedlichen Risiko- bzw. Versichertenstrukturen der Kassen, signalisieren sie insoweit Risikostruktur- und keine Wirtschaftlichkeitsunterschiede. Beitragssatzinduzierte Wanderungsbewegungen können deshalb dysfunktional sein. Kommt es dabei zu einer Risikoentmischung, die noch durch Risikoselektion der beitragsatzgünstigen Kassen verstärkt werden kann, setzt ein Verdrängungswettbewerb ein, dem sogar wirtschaftlich leistungsfähige Kassen zum Opfer fallen könnten. Es stellt sich deshalb die Frage, ob nicht der Leistungswettbewerb zwischen den Kassen durch einen dauerhaften Risikostrukturausgleich gesichert werden muß.

□ Ausgestaltung des wettbewerbsichernden Risikostrukturausgleichs. Nicht jeder Risikostrukturausgleich erfüllt die an ihn im Wahlmodell zu stellende Aufgabe, den Leistungswettbewerb zwischen den Kassen zu sichern. Offen ist deshalb die Frage, ob der wettbewerbssichernde Risikostrukturausgleich regional oder überregional, kassenartenintern oder kassenartenübergreifend bzw. einnahmen- oder ausgabenseitig angelegt sein sollte. Auch wäre zu fragen, welche Risiko

faktoren (Grundlohn, Familienlast, Morbidität) bis zu welchem Grad auszugleichen sind und ob besondere Risikogruppen einbezogen werden müssen.

□ **KVdR-Ausgleich.** Im Status quo wird die Rentnerlast durch einen ausgabenseitigen Finanzausgleich vollständig ausgeglichen. Er nivelliert insoweit die Beitragssätze der Kassen, wirkt aber nicht anreizneutral. Fraglich ist, ob der KVdR-Ausgleich aufgelöst und die Rentner bei freier Kassenwahl in den allgemeinen wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleich aufgenommen werden sollten. Offen ist dabei insbesondere, wie sich diese institutionelle Änderung auf die Wandlungspotentiale, die Entwicklung der Risikostrukturen und den Verlauf des Wettbewerbsprozesses auswirken wird.

□ **Regionalisierung.** Der wettbewerbsrelevante Markt für das Beziehungsgeflecht zwischen Kassen,

Versicherten und Leistungserbringern ist räumlich in der Regel durch die unmittelbare Umgebung von Wohnort und Arbeitsplatz der Mitglieder bestimmt. In der Region konkurrieren die Leistungserbringer um die Patienten und finanzieren die Kassen das Leistungsgeschehen. Es ist deshalb die Frage, ob nicht die Kassen mit ihrem regionalen Leistungsangebot und regionalisierten Beitragssätzen konkurrieren und dabei von einem regional begrenzten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich flankiert werden sollten. Dabei ist völlig offen, welches die adäquate Regionalisierungsebene (Länder, Bezirke, Versorgungsregionen) ist.

Letztlich geht es somit um die Frage, wie sich die Freigabe der Kassenwahl vom Status quo ausgehend längerfristig auf die Kassenstruktur auswirkt und wie unter Beibehaltung der konstitutiven Elemente der GKV auf Dauer ein funktionsfähiger Leistungswettbewerb sichergestellt

werden kann. Sollte sich nämlich zeigen, daß die Strukturverwerfungen des gewachsenen GKV-Systems in Verbindung mit der solidarischen Finanzierung der Leistungsausgaben über nicht risikoäquivalente Beiträge keinen funktionsfähigen Leistungswettbewerb zulassen, müßten entweder das Wahlmodell fallengelassen oder über einen wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleich und seine Ausgestaltung nachgedacht werden. Dabei kann es nicht um einen wie auch immer angelegten Bestandschutz der Kassen bzw. der gewachsenen Kassenstruktur gehen; zieführend muß vielmehr sein, daß der Kassenwettbewerb funktionsfähig ist und damit auf Dauer Wettbewerbsergebnisse hervorbringt, die einer effizienten marktwirtschaftlichen Steuerung der sozialen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland zum Durchbruch verhelfen und damit letztlich und ausschließlich den Interessen der Versicherten dienen.

Philipp Herder-Dorneich

Was vermag Wissenschaft zur „Reform des Gesundheitswesens“ beizutragen?

Wissenschaft wird oft mißverstanden, als solle sie mehr und Sachkundigeres wissen als die Praxis. Das kann sie gerade im Gesundheitswesen bestimmt nicht; denn hier gibt es, wie selten auf einem sozialpolitischen Gebiet, eine Vielzahl von spezialisierten Instituten des Staates und der Verbände, die diese Funktion „Sachkunde“ auf breiter Front abzudecken in der Lage sind. Es sei nur erinnert an die Institute des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO), der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung (KBV), der Arbeitgeber, des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion, der Zahnärzte u. a.

Diese „angestellte“ Wissenschaft in Verbindung mit durch Gutachten „angeworbener“ Wissenschaft ist heute in der Lage, mehr Informationen und Befunde und dementsprechend mehr Verbesserungs- und Reformvorschläge aufzustellen, als dies unabhängige Wissenschaft je vermag. Hat demnach diese Wissen-

schaft gegenüber jener noch eine Funktion?

Angestellte und angeworbene Wissenschaft vermag sicher vieles zu leisten; aber gerade dies macht ihre Beschränkung aus. Denn betrachten wir nur einmal die Vielzahl der Auftraggeber und Interessenten. Sie alle wollen ihre speziellen Interessen bearbeitet und als „gemeinwohlträchtig“ ausgewiesen sehen. Wenn alle das tun, ist die notwendige Folge dieses Wissenschaftsbetrie-

bes eine Vielzahl zwar in hohem Maße plausibler, aber sich dann doch widersprechender Rechtfertigungslehren. Das bringt zur Realitätserfassung letztlich nur wenig.

Soll demgegenüber unabhängige Wissenschaft den Schiedsrichter spielen? Keineswegs – was sich durchsetzt, muß der *Wettbewerb der Ideen* entscheiden. Ein solcher Wettbewerb braucht Kriterien und Maßstäbe, und diese von außen einzubringen, kann eine wichtige Aufgabe unabhängiger Wissenschaft sein.

In diesem Sinne kann man z. B. verschiedene Denkverfahren, die gegenwärtig angewendet werden, miteinander vergleichen, um zu prüfen, „welche Systemveränderungen“ des *Denkens* für eine „Reform des Gesundheitswesens notwendig“ erscheinen.

Idealtypen: häufig verwendet – wenig geeignet

Häufig wird das Denken in *Idealtypen* und *Prinzipien* im Gesundheitswesen angewendet. Man spricht z. B. von „Marktwirtschaft und Bürokratie“ und fordert, daraus abgeleitet, „mehr Marktwirtschaft und Abkehr von zentraler Bürokratie“. Oder man spricht vom „Sachleistungsprinzip“ und vom „Kostenerstattungsprinzip“ und fordert entsprechend eine Abkehr vom einen und eine Hinwendung zum anderen Prinzip.

Das Denken in Idealtypen wurde in den 20er Jahren von Max Weber und anderen grundgelegt und in den 30er Jahren vor allem durch Walter Eucken in die Ökonomik eingebracht. Sein Ziel ist, „das Wesentliche“, „das Eigentliche“, das „worauf es besonders ankommt“ hervorzuheben (Eucken spricht vom „pointierenden Hervorheben“); das Denken in Idealtypen bildet individuelle Einheiten (Ganzheiten), die eben das Wesentliche besonders sichtbar ma-

chen, indem sie das Unwesentliche, Nebensächliche beiseite lassen. Das Verfahren ist also nützlich, wenn es in der Tat um das geht, was gerade wesentlich erscheint. Geht es indes um Nebensächlichkeiten, die der Idealtyp beiseite läßt, so kann dieses Verfahren nicht in den Blick bringen, was es bereits aus dem Blick herausgehalten hat. Gerade aber um Nebensächlichkeiten, um Dinge, die scheinbar am Rande liegen, geht es bei der Reform des Gesundheitswesens. Ist z. B. die Einführung eines Bonus-Malus-Systems für Ärzte „mehr Marktwirtschaft“ oder „mehr Korporatismus“ (weil es die Verbände aushandeln)?

Die Verwendung von Idealtypen eignet sich auch heute noch immer sehr gut in der Didaktik und in den Medien (also dann, wenn es um Schwarz-Weiß-Zeichnung geht!). Sie eignet sich aber nicht für eine Diskussion, in der in hohem Maße differenziert werden muß. Also sollte man in der Diskussion um die Gesundheitsreform grundsätzlich nicht mit Idealtypen arbeiten.

Neoklassik: zur Analyse nicht geeignet

In den letzten zehn Jahren ist eine differenzierte „Gesundheitsökonomik“ entstanden; in ihren Aufgabenbereich fallen die aktuellen Probleme der Kostenexplosion und ihrer Steuerung. Wie sind deren Denkverfahren zu beurteilen?

Der herkömmliche Ansatz der Ökonomik führt dazu, „Anbieter“ und „Nachfrager“ (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie usw. als Anbieter und Versicherte und Patienten als Nachfrager) zu unterscheiden und zwischen beiden einen „Markt“ anzunehmen. Viele Ökonomen sind so vorgegangen, darunter auch Prominente wie z. B. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinen Gutachten 1983/1984 und

1985/1986. Allerdings ist dieses Modell einer marktwirtschaftlichen Zwei-Aggregate-Ökonomie in der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht anwendbar. In der GKV treten immer mehr Aggregate (z. B. Kassen, Kassenärztliche Vereinigung, weitere Verbände, Politiker verschiedener Stufen usw.) zu den Anbietern und Nachfragern hinzu. Alle diese verschiedenen Aggregate (Partner) sind im allgemeinen auch nicht durch Märkte, sondern durch andere Mechanismen (insbesondere Wahlen, Gruppenverhandlungen usw.) miteinander verbunden. Demnach sind von vornherein Mehr-Aggregate-Ökonomien und Nicht-Markt-Mechanismen einzubeziehen. Das aber bietet die Neoklassik nicht. Man muß deshalb von vornherein zu anderen Ökonomiken (der Verfasser empfiehlt die „Neue Politische Ökonomie“, die von einem Konzept „Märkte-Wahlen-Gruppenverhandlungen u. a. Mechanismen“ ausgeht) greifen. Tut man das nicht, so sind sehr einseitige Schlußfolgerungen die notwendige Folge. Viele Interessenten sind diese als Rechtfertigungslehren zwar willkommen, zur Realität aber führen sie nicht hin. Deswegen sollte man für eine wissenschaftliche Diskussion im Gesundheitswesen die Neoklassik grundsätzlich nicht zur Grundlage nehmen.

Wenn man die Vielzahl der Partner (Aggregate) und die Vielzahl der Mechanismen, die deren Beziehungen kanalisieren, in den Blick nimmt, wird deutlich, daß eine Systembetrachtung unausweichlich wird. Viele sprechen von „Systemen der sozialen Sicherung“, von „Gesundheitssystemen“ und von „Systemforschung“, wenigen allerdings ist klar, welche Art zu Denken damit erforderlich wird. Das „Denken in Systemen“ ist nämlich grundsätzlich etwas anderes als das Denken in „Kausalketten“ und seinen „Wenn-dann-Sätzen“. Insbesondere die

neoliberale Systemtheorie kommt dadurch in Schwierigkeiten.

**Neoliberale Systemtheorie:
nicht verwendbar**

Das neoliberale Systemdenken geht von den zwei Idealtypen „Marktwirtschaft und Zentralverwaltung“ aus und bestreitet mit diesem Dualismus, mit Mischformen und unter Umständen mit einigen zusätzlichen Idealtypen wie „Korporatismus“ ökonomische Systemtheorien. Daß mittels Idealtypen die für die Gesundheitssysteme notwendige Differenzierung nicht herauszuholen ist, wurde oben schon dargestellt. Von der neoliberalen Systemtheorie sollte man deswegen grundsätzlich Abstand nehmen.

Demgegenüber vermag eine auf der Neuen Politischen Ökonomie aufgebaute Systemtheorie, die die vielen Partner und ihre vielfältigen Steuerungsbeziehungen in den Blick nimmt, zu zeigen, wie die komplexen Steuerungssysteme im einzelnen funktionieren. Damit wird dann unmittelbar sichtbar, daß die Veränderung eines vielleicht unscheinbaren Details systemverändernde Dynamiken (Systemdynamik) auslösen kann, die innerhalb weniger Perioden das gesamte System zu verändern vermögen. Das wirft unmittelbar ein Licht auf die Strategie des systemgestaltenden Eingreifens („Ordnungspolitik“). Will man ein soziales System verändern („soziale Ordnungspolitik“), das sich während einer längeren Phase in ein strukturelles Gleichgewicht eingependelt hat, so kommt es darauf an, durch ein Minimum an Eingriffen systemverändernde Prozesse auszulösen (Selbstläufer), die auf die gewünschte Struktur von selbst hinauslaufen.

Der Versuch, von außen ein Gleichgewicht der Partner, auf das sie sich einmal eingestellt haben (Patt), aufbrechen zu wollen, ist zum

Scheitern verurteilt. Selbst wenn man unter Aufbietung großer Kräfte eine Veränderung erzielt haben würde, würden die Beteiligten alsbald doch wieder alles daran setzen, zum alten (Gleichgewichts-)Zustand zurückzukehren. „Soziale Ordnungspolitik“ zeigt, daß alle Aufrufe zu grundlegenden Neuordnungen der Realität eines Systems, das sich in ein Gleichgewicht eingebettet hat, nicht angemessen sind. Lehrbeispiel dafür ist das „Blanksche Sozialpaket“ von 1962, aber auch viele andere Strukturreformen der großen Eingriffe „an Haupt und Gliedern“.

Eine Reformstrategie, die „Pakete“, „Strukturreformen“, „Jahrhundertwerke“ fordert, sollte man nicht zur Grundlage nehmen.

**Inkonsequente Ordnungspolitik:
zum Scheitern verurteilt**

Dynamische Ordnungspolitik, die sich zwar richtig darauf verlegt, Systemdynamik auszunutzen bzw. auszulösen, aber den Einstieg nicht findet, ist zum Scheitern verurteilt. Löst der Einstieg nicht unmittelbar aus sich selbst heraus weitere Schritte in Richtung auf das vorgenommene Ziel aus, so sollte man grundsätzlich davon Abstand nehmen. Ein negatives Beispiel bildet das Ziel, Pflegesicherung in die Gesundheitssicherung zu integrieren und dazu zuerst einmal die Zuständigkeiten in zwei verschiedene Ministerien auseinander zu legen. Ein positives Beispiel sind die „Öffnungsklauseln“, die den Beteiligten freistellen, Systemveränderungen selbst vorzunehmen und mit ihrem Faktenwissen selbst zu gestalten; so etwas mindert politische Risiken eines Mißerfolges und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges. Man darf dann allerdings nicht auf der einen Seite „Öffnung“ vornehmen und auf der anderen Seite durch „Budgetierung“ gerade diese Öffnung wieder so uninteressant machen, daß es für die Beteiligten nicht lohnt, darauf einzusteigen.

**Hochmathematisierte Modelle:
nicht vermittelbar**

Für Systemsteuerung sind gerade die kleinen Auslöser wichtig (die eben das Verfahren mit Idealtypen nicht zeigt!); Systemkompatibilität bzw. Systemdynamik sind von zentraler Bedeutung. Hierzu fehlen allerdings noch vielfach die geeigneten Begriffe, Denkfiguren und Modelle. Es kann eine Aufgabe für unabhängige Wissenschaft sein, diese den Praktikern zur Verfügung zu stellen. Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß nicht eine hochintellektuelle (vielleicht sogar brillante) Systemtheorie bzw. Ordnungstheorie herauskommt, sondern es sind einerseits didaktisch einfache, andererseits aber entwicklungsfähige Ansätze notwendig. Der Verfasser ist der Meinung, daß diese Anforderungen eine auf der Neuen Politischen Ökonomie aufgebaute ökonomische Systemtheorie zu leisten vermag.

Viele werden einwenden, es könne nicht Aufgabe von Gesundheitsökonomik sein, wissenschaftstheoretische Grundlagendiskussionen zu führen. Der Verfasser würde dem sogar recht geben; wohl aber meint er, daß man erwarten kann, daß die wissenschaftliche Beratung der Interessenten von der offensichtlichsten wissenschaftstheoretischen Fehlleistung ablassen sollte. Deshalb hat er hingewiesen auf: Idealtypen – neoklassische Zwei-Aggregate-Ökonomik – reine Markt-Ökonomik – neoliberale Systemtheorie – inkonsequente Ordnungstheorie – hochmathematisierte, politisch nicht vermittelbare Modelle.

Der Verfasser ist überzeugt, daß viel erreicht wäre, wenn es gelänge, den Praktikern zu vermitteln, daß diese angeblichen „wissenschaftlichen“ Verfahren veraltet bzw. nicht mehr problemadäquat sind und in einem „Wettbewerb der Ideen“ nicht mehr standhalten.