

Kühn, Hagen

Working Paper

Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung

WZB Discussion Paper, No. P 01-204

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Kühn, Hagen (2001) : Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung, WZB Discussion Paper, No. P 01-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47432>

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.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P01-204

**Finanzierbarkeit der gesetzlichen
Krankenversicherung und das
Instrument der Budgetierung**

von

Hagen Kühn

Berlin, August 2001

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Die künftige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung wird öffentlich in Frage gestellt. Im ersten Teil wird gezeigt, dass die Beitragssatzsteigerung der letzten Jahrzehnte nicht auf die Ausgaben-, sondern auf die Einnahmeseite zurückgeführt werden müssen. Wäre die Lohnquote seit 1980 nicht gesunken, wäre der heutige Beitragssatz auf dem Niveau von 1980. Neuerdings lösen langfristige Hochrechnungen bis 2040 oder 2050 die Furcht aus, die GKV ließe sich künftig nicht mehr finanzieren. Dabei stehen vor allem drei Faktoren im Vordergrund: eine sogenannte Anspruchsinflation, der demographische Wandel bzw. die 'Alterung' der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt. Es wird argumentiert, dass generell Hochrechnungen dieser Langfristigkeit keine Aussagen zulassen, mit denen gegenwärtige Politik legitimiert werden könnte und konkret die Berechnungen der besagten Faktoren den Ausgabenanstieg z. T. weit überschätzen. Eine verteuernde Eigenschaft der medizinischen Versorgung ist allerdings ihr hoher Anteil an personenbezogenen Dienstleistungen, da deren Produktivität nicht oder nur unterdurchschnittlich gesteigert werden kann.

Obwohl sich die ausgabensteigernden Faktoren weit weniger dramatisch zeigen, als es die meisten der vorliegenden Hochrechnungen behaupten, ist es unwahrscheinlich, dass auf der gegebenen Finanzierungsbasis (Summe der beitragspflichtigen Lohn- und Sozialeinkommen) eine leistungsfähige GKV ohne Beitragssatzerhöhungen nicht gewährleistet werden kann. Allerdings gibt es keinen empirisch belegten und theoretisch nachvollziehbaren Grund, von einer prinzipiellen Nichtfinanzierbarkeit auszugehen. Legt man die Wirtschaftskraft der Gesellschaft (BIP) zugrunde, dann ist mittel- und langfristige eine nur leicht ansteigende GKV-Quote realistisch. Das Anstiegsniveau – so wird belegt – hat eine Größenordnung, von der keine makroökonomischen Gefährdungen ausgehen können.

Vorausgesetzt ist allerdings, dass die staatliche Gesundheitspolitik zum einen den notwendigen Spielraum schafft, andererseits aber auch mit dem Instrument der Budgetierung dafür sorgt, daß der Faktor Marktpreisbildung unter Kontrolle bleibt. Der ebenfalls notwendige Strukturwandel muß – unter anderem – durch ein in sich strukturiertes Budget befördert werden. Gleiche Steigerungsraten für alle Ausgabenbereiche der GKV müssen zu gesundheitspolitisch unerwünschten Angebotsverzerrungen führen.

| | |
|--|------------------|
| VORBEMERKUNG | 1 |
| <i>1 Zur künftigen Finanzierbarkeit.....</i> | <i>1</i> |
| 1.1 Was heißt Finanzierbarkeit?..... | 1 |
| 1.2 Zur Aussagefähigkeit langfristiger Prognosen..... | 2 |
| 1.3 Bisherige Entwicklung: ‘Kostenexplosion’ oder Einnahmedefizit? | 4 |
| 1.4 Einnahmebedingte Finanzierbarkeit..... | 7 |
| 1.4.1 Entscheidend: die künftige Lohnquote..... | 7 |
| 1.4.2 Demographische Entwicklung und Einnahmen | 8 |
| 1.5 Einschätzungen zur künftigen Ausgabensituation | 10 |
| 1.5.1 Anspruchsinflation? | 10 |
| 1.5.2 Die demografische Alterung gefährdet die künftige Finanzierbarkeit nicht... 10 | |
| 1.5.3 Medizinischer Fortschritt ist ökonomisch ambivalent | 14 |
| 1.5.4 Verteuerung personenbezogener Dienstleistungen | 16 |
| <i>2 Ausgabenkontrolle durch Budgets</i> | <i>17</i> |
| 2.1 Warum Budgets?..... | 17 |
| 2.2 Schlussfolgerungen für die Steigerungsraten eines Globalbudgets | 18 |
| 2.3 Beitragssatzstabilität als Maßgabe? | 19 |
| 2.4 Das Problem der fehlenden gesundheitsbezogenen Rückkopplung..... | 20 |
| 2.5 Ökonomische Rückkopplung | 21 |
| 2.6 Implizite Strukturpolitik einer einheitlichen Steigerungsrate | 22 |
| <i>3 Fazit</i> | <i>23</i> |
| <i>Literaturverzeichnis.....</i> | <i>24</i> |

Vorbemerkung

Die Notwendigkeit einer Ausgabenkontrolle im Gesundheitswesen wird heute in den westlichen Industrieländern allgemein akzeptiert. Der Streit geht um das Wie. Die Diskussion darüber wird allerdings so intensiv von 'ordnungspolitischen' Imperativen dominiert, dass dahinter oftmals die Empirie verschwimmt. Im Folgenden versuche ich daher zunächst, aus der Erfahrung mit der Vergangenheit Anhaltspunkte für eine realistische Einschätzung der künftigen Einnahme- und Ausgabenentwicklung zu gewinnen. Im zweiten Teil versuche ich zu begründen, dass Budgets nur dann die Ausgaben ohne Schaden kontrollieren können, wenn sie sowohl vom Umfang als auch von ihrer inneren Struktur her mittelfristig berechenbar den Eigenarten und Notwendigkeiten des Gesundheitswesens gerecht werden. Jedes Budget ist zugleich Strukturpolitik. Die entscheidende Frage dabei ist, ob man die nicht intendierten Wirkungen geschehen lassen will oder ob ein in sich strukturiertes Budget nach Maßgabe gesundheitspolitischer Ziele und sektoraler Besonderheiten Ausdruck eines expliziten politischen Gestaltungswillens sein soll.

1 Zur künftigen Finanzierbarkeit

1.1 Was heißt Finanzierbarkeit?

In den öffentlichen Diskursen wird die künftige Finanzierbarkeit der GKV infrage gestellt. Dieser Begriff wurde in den vergangenen Jahren so aufgeladen, dass er herangezogen wird, sobald von Erwartungen steigender Beitragssätze die Rede ist. Freilich sind gedankliche Verknüpfungen zwischen sozialstaatlichen Entwicklungen und Bedrohlichkeiten so alt wie der Sozialstaat selbst (Hirschman 1995). Von der 'endgültigen' Grenze des finanzierbaren Sozialstaats in der Bundesrepublik kündigt bereits die wirtschaftsliberale Literatur der 50er Jahre. Der Inhalt dieses Begriffes ist also ebenso subjektiver und normativer Natur wie er auch – freilich in beschränktem Ausmaß – objektive Komponenten enthält.

Subjektiv und moralisch bedeutet Finanzierbarkeit der GKV die Bereitschaft der Mitglieder, gebend am Solidarausgleich teilzunehmen. Steigende Beitragssätze belasten das verfügbare Einkommen der GKV-Mitglieder und wirken sich sicher negativ auf diese Bereitschaft aus. Solidarität und Entsolidarisierung sind auch politisch-ökonomische Begriffe. Was wir für angemessen, gerecht oder fair halten, ist in hohem Maße das Produkt alltäglicher sozialer Lernprozesse und Interessenkonflikte sowie politischer Beeinflussungen, die seit den 80er Jahren überwiegend auf Entsolidarisierung gerichtet sind. Trotzdem zeigen Umfragen weiterhin eine hohe Bereitschaft der Bevölkerung, Beitragserhöhungen in Kauf zu nehmen, falls die Versorgungsqualität sich damit verbessern würde (Wasem 2000). Von daher hätte eine Bundesregierung durchaus die Chance, relative Einsparungen anzustreben und diese nicht sofort in Beitragssatzsenkungen umzumünzen, sondern in – nachweisbare, öffentlich transparente und konkret zu evaluierende – Mängelbeseitigung zu investieren.

Bedrohungsthesen unterstellen einen objektiven Begriff von Finanzierbarkeit. Tatsächlich enthält er auch ein objektives Moment, schließlich werden anderen Verteilungs- und Verwendungsarten Ressourcen entzogen. Allgemein formuliert könnte man eine objektive Grenze der

Finanzierbarkeit als gegeben ansehen, wenn zu hohe Wachstumsraten des Budgets oder Budgetüberschreitungen sich destabilisierend auf die Gesamtwirtschaft auswirken. So baut die Standort-Deutschland-These eine Assoziationskette: „steigende Beitragssätze der GKV führen zu sinkender Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft, zu Wachstumsrückgängen und Kapitalflucht und somit zum Verlust von Arbeitsplätzen“.

Diese Kausalunterstellungen erweisen sich bei näherem Hinsehen als interessierte Irrtümer (dazu: Kühn 1997; Braun/Kühn/Reiners 1999). Der Kürze halber nur ein Blick auf die makroökonomischen Größenordnungen der Unternehmensbelastungen durch Arbeitgeberbeiträge zur GKV: Im deutschen verarbeitenden Gewerbe betrug 1998 der Personalkostenanteil am Bruttoproduktionswert 22,8 %. Die gesetzlichen Sozialkosten machten 3,5 % aus. Der GKV-Anteil daran ist 28,7 %. Die gesamte Beitragsbelastung der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes durch die GKV beträgt also ein Prozent (genau: 1,004%). Eine zehnprozentige Erhöhung des Beitragssatzes, z. B. von 13,5 auf 14,85 Prozent (1,35 Prozentpunkte sind deutlich mehr als die Hälfte der Beitragssatzsteigerung von 1980 bis 2000) würde bei voller Überwälzung auf den Preis ein Produkt, das DM 1000 kostet, um 1 Promille auf DM 1001 verteuern.¹ Geringfügige Produktivitätssteigerungen kompensieren das bereits, und die Größenordnungen von Außenwertschwankungen der DM bzw. des Euro betragen das Hundertfache. Wie hier von makroökonomischen Wirkungen auf die ‘Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft’ ausgehen könnten, bleibt ein Geheimnis.

1.2 Zur Aussagefähigkeit langfristiger Prognosen

Da die Mehrheit der Bevölkerung existenziell auf die sozialstaatlichen Sicherungen angewiesen ist und ihren Abbau ablehnt, haben restriktive Strategien in der Demokratie Legitimationsprobleme. Sie werden daher meist nicht offen debattiert, sondern erscheinen im Gewand von Sachzwängen. Wenn die Sachzwänge öffentlich zu einem Bedrohungsszenarium dramatisiert worden sind, werden Restriktionen zu zwingenden Schlussfolgerungen, ja Rettungstaten. Dazu diente lange Zeit die jeweils akute ‘Kostenexplosion’ der GKV, von der stets behauptet wurde, sie treibe die so genannten Lohnnebenkosten² in die Höhe und gefährde den Standort Deutschland. Inzwischen debattiert man über die Finanzierbarkeit der GKV auf der Grundlage von demographischen Langfristprognosen bis in die Jahre 2040 und 2050 und leitet daraus aktuelle Konsequenzen ab. Dabei handelt es sich allerdings meist um die seit Jahrzehnten bekannten wirtschaftsliberalen Konzepte.

Gelungene statistische Szenarien mittlerer Reichweite von 10 bis maximal 15 Jahren können durchaus den Blick für einige Trendrichtungen künftiger Anforderungen an das Gesundheitswesen schärfen. Aber Zeithorizonte von 40 und 50 Jahren, wie sie zuerst in der Renten- und nun auch in der GKV-Debatte üblich geworden sind, lassen keinerlei handlungsrelevante Orientierungen zu.³ Vergessen wir nicht, dass schon das Wissen über die gegenwärtige Empirie

¹ Berechnet aus: Statistisches Bundesamt, Produzierendes Gewerbe, Fachserie 4, Reihe 4.3; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 2000

² Wie Tabelle 2 und Abbildung 1 zeigen, sinkt die Lohnquote im Trend seit zwanzig Jahren. Es handelt sich um die Bruttolohnquote, in der sowohl die Arbeitnehmer- als auch die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung vollständig enthalten sind; „daneben“ gibt es keine Krankenversicherungskosten mehr.

³ Beispielsweise hat Heiner Geißler, wohl einer der qualifiziertesten Sozialpolitiker, als Sozialminister von Rheinland-Pfalz Mitte der 70er Jahre (also nicht vor 50, sondern nur 25 Jahren) eine Hochrechnung zur ‘Kos-

von Gesundheit und medizinischer Versorgung sehr lückenhaft ist, von den Ursachenzusammenhängen ganz zu schweigen. Die Studie von Hof (2001) beispielsweise fällt nicht durch besondere Unplausibilitäten seiner Annahmen bei der Hochrechnung der „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ auf. Mit dem Beitragssatz von 13,1 % 1995 beginnend errechnet er bereits für das Jahr 2000 14,2% (Steigerung 1,1 Prozentpunkte). Der tatsächliche Beitragssatz für 1. Juli 2000 beträgt 13,5 % (Steigerung 0,4 Prozentpunkte). Die Schätzung betrug in nur fünf Jahren mehr als das 2,5fache. Für 2050 errechnet Hof einen Beitragssatz von 26,1 (obere Variante), 23,6 und 22,6 (mittlere Varianten) bzw. 20,9 (untere Variante). In einem neueren Überblick von über dreizehn Prognosen verschiedener Institute und Einzelautoren bis 2040 reichen die Beitragssätze von 15% bis 30% (Ulrich 2000). Cassel (2001) spricht von „progressiv zunehmenden Gesundheitsausgaben“, also einer Kurve mit zunehmenden Steigerungsraten⁴, und kommt gar auf einen Beitragssatz von 31,2 % im Jahr 2040. Welche Schlussfolgerungen für die Gegenwart sollte man daraus ziehen?

Wie hätte man vor 40 oder gar 50 Jahren Volumen und Struktur der Morbiditätsentwicklung, Effektivität der Medizin (die wir nicht einmal für die Gegenwart kennen), Inanspruchnahmeverhalten, Leistungsangebote und präventive Potentiale des Jahres 2000 eingeschätzt? Was konnte man 1960 alles noch nicht wissen? Wie hätten gesundheitspolitische Entscheidungen 1960 ausgesehen, die man nicht an den Mängeln und Möglichkeiten von 1960, sondern an Szenarien für 2000 orientiert hätte? Ich halte die Verfasser dieser Hochrechnungen für so vernünftig, dass sie kein eigenes Geld auf die Zuverlässigkeit ihrer Vierzig- oder Fünfzigjahresprognosen setzen würden, frage mich aber, wie sie erwarten können, dass daraus weitreichende und gravierende Schlussfolgerungen für den Krankenversicherungsschutz von fast 90% der Bevölkerung gezogen werden.

Nicht nur methodische Einwände sprechen gegen ihre praktische Relevanz. Während den Berechnungen notwendigerweise stets Annahmen zur demographischen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Entwicklung als unabhängige Variablen zu Grunde liegen, sind diese für Politik keineswegs unabhängige, sondern abhängige Variablen. Je länger der berechnete Zeitraum, desto mehr ist das der Fall. So gibt es keine Zwangsläufigkeit, die Deutschland daran hindern würde, in den kommenden zwei Jahrzehnten durch kinder- und familienfreundliche Politik die Geburtenrate von 1,3 auf das Niveau vergleichbarer EU-Länder wie Dänemark, Schweden, Finnland (1,8) oder Frankreich (1,6) zu heben⁵ und dazu eine langfristig angelegte Einwanderungspolitik zu betreiben, um mit dieser Kombination einen günstigeren Altersquotienten zu erzielen. Für die Anforderungen und die Möglichkeiten der medizinischen und pflegerischen Versorgung gilt ähnliches. Auch hier lassen sich die meisten Faktoren, deren in den Szenarien unterstellte Entwicklung das Sozialsystem zu sprengen drohen, politisch gestalten.

tenexplosion' erstellen lassen, derzufolge für die GKV heute nicht 6 % (s. Tab. 1), sondern 100 % des BIP aufgewandt werden müssten (Krankenversicherungsbudget 1974).

⁴ Ich habe 1976 gegen gleichlautende Behauptungen auf der Basis der damaligen Werte ein lineares, flach ansteigendes Ausgabenwachstum prognostiziert und die tatsächliche Entwicklung immer noch überschätzt (Kühn 1976).

⁵ Gerade der drastische Rückgang der Geburtenrate in Ostdeutschland nach der Vereinigung zeigt, dass zu den wichtigsten Determinanten der Geburtenrate die soziale Sicherheit gehört.

Im folgenden geht es mir um plausible Einschätzungen der Finanzierungsbedingungen der GKV in den kommenden 10 bis 15 Jahren.

1.3 Bisherige Entwicklung: ‘Kostenexplosion’ oder Einnahmedefizit?

Die Ausgabenentwicklung der GKV, dargestellt als jährlicher Prozentsatz des Bruttoinlandsprodukts (BIP), sagt uns, welcher Teil des gesellschaftlichen Reichtums jährlich für die GKV ausgegeben wird.⁶ Tabelle 1 zeigt, dass die Bundesrepublik (West) seit 1980 einen recht konstanten Anteil von 6% ihres BIP für die Versorgung der GKV-Versicherten verwendet. Die Schwankungen werden weniger von den GKV-Ausgaben als vom zyklischen Wachstum des BIP bestimmt. Bei hohen Wachstumsraten des BIP geht der GKV-Anteil zurück, bei niedrigen ist es umgekehrt. Um die konjunkturbedingten Schwankungen auszugleichen, sind in der letzten Spalte Dreijahresdurchschnitte gebildet worden. Hier ist eine leichte Steigerung zu verzeichnen, die jedoch bei höheren Wachstumsraten des BIP wieder auf die frühere Linie zurückkehrt. Der Einzelwert von 1998 (5,86%) liegt um 0,02%-Punkte über dem Wert von 1980. Das sind zwei Zehntausendstel, der letzte Dreijahresdurchschnitt der Tabelle (1997) übertrifft den von 1981 um sieben Zehntausendstel. Kaum eine Bezeichnung könnte unzutreffender sein als die der ‘Kostenexplosion’.⁷

Die Metapher ‘Kostenexplosion’ wäre aber sicher nicht so populär geworden, gäbe es dafür nicht ein Korrelat in der Erfahrung der Bürger: das ist der Anstieg der Beitragssätze. Sie sind in den alten Bundesländern zwischen 1980 und 1998 von 11,38 % auf 13,56 %, in den neuen zwischen 1991 und 1998 von 12,80 % auf 13,95 % gestiegen.

⁶ Es ist Praxis geworden, die internationalen OECD-Zahlen zu den Gesundheitsausgaben heranzuziehen, in denen der Ausgabenanteil für Gesundheit am BIP sehr viel höher ist und eine – teilweise allerdings methodisch bedingte – Steigerung aufweist, um – unzulässigerweise – daraus Schlussfolgerungen für die GKV zu ziehen. Die GKV finanziert 46,5 % der gesellschaftlichen Ausgaben für Gesundheit, PKV 5,6 %, Rentenversicherung 6,9 %, private Haushalte 8,8 % Öffentliche Haushalte 10,8 %, Arbeitgeber 12,7 %, gesetzliche Pflegeversicherung 5, % und Unfallversicherung 2,9 % (1997), Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland, 2000.

⁷ Mit Recht wird nun eingewandt, mit gestiegenen Zuzahlungen seien Kosten auf die erkrankten Versicherten umverteilt worden, die dann bei den GKV-Ausgaben nicht mehr auftauchen. Andererseits haben aber die Bundesregierungen zeitgleich Kosten aus anderen Sozialversicherungszweigen und dem Staatshaushalt in die GKV verschoben, was in einer ‘bereinigten’ Ausgabenstatistik wieder abgezogen werden müsste. Der Trend wird davon nicht berührt, da beides sich ausglich.

Tabelle 1: Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt 1980 – 1998 (alte Bundesländer)

| Jahr | GKV | BIP | BIP-Wachstum ³⁾ | GKV-BIP | 3-Jahresdurchschnitt |
|--------------------|---------|-------------------------|----------------------------|---------|----------------------|
| 1980 | 85.956 | 1.472.040 | | 5,84 | |
| 1981 | 92.203 | 1.534.970 | 4,3 | 6,01 | 5,97 |
| 1982 | 92.676 | 1.588.090 | 3,5 | 5,84 | 5,87 |
| 1983 | 95.898 | 1.668.540 | 5,1 | 5,75 | 5,83 |
| 1984 | 103.526 | 1.750.890 | 4,9 | 5,89 | 5,87 |
| 1985 | 108.704 | 1.823.180 | 4,1 | 5,96 | 5,92 |
| 1986 | 114.061 | 1.925.290 | 5,6 | 5,92 | 5,95 |
| 1987 | 118.930 | 1.990.480 | 3,4 | 5,97 | 6,00 |
| 1988 | 128.059 | 2.095.980 | 5,3 | 6,11 | 5,87 |
| 1989 | 123.241 | 2.224.440 | 6,1 | 5,54 | 5,73 |
| 1990 | 134.238 | 2.426.000 | 9,1 | 5,53 | 5,60 |
| 1991 | 151.634 | 2.647.600 | 9,1 | 5,73 | 5,74 |
| 1992 | 167.850 | 2.813.000 | 6,2 | 5,97 | 5,85 |
| 1993 | 166.092 | 2.840.500 | 1,0 | 5,84 | 5,94 |
| 1994 | 178.463 | 2.962.100 | 4,3 | 6,02 | 6,01 |
| 1995 | 190.289 | 3.049.800 ²⁾ | 3,0 | 6,18 | 6,16 |
| 1996 | 196.392 | 3.112.300 ²⁾ | 2,0 | 6,29 | 6,15 |
| 1997 | 191.683 | 3.202.600 ²⁾ | 2,9 | 5,98 | 6,04 |
| 1998 ⁴⁾ | 195.066 | 3.329.000 ²⁾ | 3,9 | 5,86 | |

1) Aus Vergleichsgründen nur alte Bundesländer

2) Vorläufige Werte des Stat. Bundesamtes

3) In Prozent des Vorjahres

4) Letztes verfügbares Jahr für getrennte BIP-Werte der alten Bundesländer

Quelle: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden 1999, eigene Berechnung

Wieso können die Beitragssätze der GKV steigen, wenn ihr Ausgabenanteil am BIP konstant ist? Die Beiträge sind Prozentsätze nicht des BIP, sondern der Löhne (d. h. beitragspflichtige Löhne, Gehälter und Sozialeinkommen). Sinkt der Lohnanteil am BIP (die Lohnquote⁸⁾), dann müssen die Beitragssätze auch bei konstantem Ausgabenanteil steigen. Und genau das ist seit Anfang der 80er Jahre der Fall (Abbildung 1). Die Beitragssatzsteigerungen können also keine Folge der Ausgabenentwicklung sein. Ihre Ursachen müssen auf der Einnahmeseite gesucht werden. Wie die Tabelle 2 zeigt, sinkt die Lohnquote am Volkseinkommen in den alten Bundesländern von fast 77 % Anfang der 80er Jahre auf 69,6 % 1991. Nach der Vereinigung

⁸ Die Lohnquote wird schulmäßig am Volkseinkommen (VE bzw. Nettosozialprodukt zu Marktpreisen) errechnet. Die Quote mit dem BIP ist aus Vergleichszwecken mit anderen Quoten durchaus akzeptabel. Die LQ am VE in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) versteckt Interessen, indem sie die 'Abschreibungen', also die Reproduktionskosten des Kapitals der Verteilung entzieht, während sie einen entsprechenden Reproduktionsanteil an den Lohneinkommen nicht vorsieht. Hinzu kommt, dass die Abschreibungen Gewinnelemente enthalten, ein großer Teil der technischen Neuerungen wird darüber finanziert.

ist sie zunächst angestiegen (1993: 74,1), da aufgrund der Produktivitätsdifferenzen im Zähler relativ hohe Löhne, jedoch im Nenner relativ wenig Volkseinkommen hinzugekommen sind. Die Quote sinkt dann auf 68,1 % nach der alten, bzw. 70,9 % nach der neuen Berechnungsweise. Bezogen auf das BIP zeigt die Lohnquote ebenfalls eine sinkende Tendenz.

Die Schlussfolgerung daraus kann nicht genug betont werden: Wäre die Lohnquote seit 1980 konstant geblieben, so läge in den alten Bundesländern – bei gleicher Ausgabenentwicklung! – auch der Beitragssatz der GKV etwa auf dem Niveau von 1980. Wenn wir über die bisherigen Beitragssatzsteigerungen sprechen, muss das also mit dem Blick auf die Einnahmeseite geschehen. Was seit 25 Jahren als Kostenexplosion thematisiert und mit Kostendämpfungsgesetzen bekämpft wird, geht eindeutig auf Einnahmedefizite zurück.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Wenn die Beitragssatzsteigerungen der Vergangenheit fast ausschließlich einnahmebedingt sind, dann heißt das nicht, die Ausgabenseite brauche nicht kontrolliert zu werden. Gerade das soll ja durch eine angemessene Budgetierung sichergestellt werden. Sie wäre die Alternative zu der Praxis der Kostendämpfungsgesetze seit 1977. Auch sollte ein Budget nicht lediglich ein Ausgabenlimit festlegen, sondern in sich strukturiert sein und somit Einfluss nehmen auf das, was finanziert wird. Die GKV-Ausgaben finanzieren ein Zugleich von Über-, Unter- und vor allem Fehlversorgung⁹. Die Daten, die das medizinische Versorgungssystem über sich selbst produziert, sind so unzureichend, dass teilweise sehr gravierende Versorgungsmängel oft nicht einmal zuverlässig identifiziert werden können. Von einer an Gesundheitszielen orientierten Reduzierung dieser Mängel – so nehme ich an – könnte man sich allerdings zumindest auf kurze Sicht per saldo keine Entlastung auf der Ausgabenseite versprechen. Diese kann nur von den Einnahmen kommen.

⁹ Aktuelles Beispiel sind die Ergebnisse einer Patientenbefragung zum Thema „Analyse der medizinischen Versorgung bei Diabetes mellitus Typ 2-Patienten“, die B. Braun vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen im Frühjahr 2001 vorgelegt hat. Hier werden gravierende Mängel sowohl in der Versorgung als auch Beratung aufgezeigt, die meist auf dem Gebiet des medizinischen Grundwissens liegen.

Tabelle 2: Brutto-Lohnquoten BR Deutschland

| Jahr | Lohnquote VE alte Berechnung. West | Lohnquote VE alte Berechnung. Gesamt D. | Lohnquote VE neue Berechnung. | Lohnquote BIP West (Gesamt) |
|------|---------------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1980 | 75,8 | | | 58,7 |
| 1981 | 76,8 | | | |
| 1982 | 76,9 | | | |
| 1983 | 74,6 | | | |
| 1984 | 73,3 | | | |
| 1985 | 72,9 | | | 56,3 |
| 1986 | 72,2 | | | |
| 1987 | 72,6 | | | |
| 1988 | 71,4 | | | |
| 1989 | 70,3 | | | |
| 1990 | 69,6 | | | 54,3 |
| 1991 | 69,6 | 72,4 | 72,3 | 53,7 (56,2) |
| 1992 | | 73,3 | 73,6 | (56,7) |
| 1993 | | 74,1 | 74,5 | (56,6) |
| 1994 | | 72,7 | 73,6 | (55,2) |
| 1995 | | 72,4 | 73,0 | (55,1) |
| 1996 | | 71,6 | 72,9 | (54,8) |
| 1997 | | 69,7 | 71,6 | (53,7) |
| 1998 | | 68,1 | 70,9 | (52,9) |

VE: Volkseinkommen (Nettosozialprodukt zu Marktpreisen)
BIP: Bruttoinlandsprodukt

Quelle: SVR GE 1998/99, 1999/2000; Statistisches Bundesamt

1.4 Einnahmebedingte Finanzierbarkeit

1.4.1 Entscheidend: die künftige Lohnquote

Die künftige Finanzierbarkeit und die Höhe ihres Preises entscheiden sich im vor uns liegenden Zeitraum auf der Einnahmeseite. Wie wird sich die Lohnquote entwickeln? Folgender Zusammenhang von Lohnquote und Arbeitsmarkt zeigt sich prinzipiell in allen westlichen Industrieländern (Abb.1): In den Perioden der Vollbeschäftigung der 60er und 70er Jahre hat die Lohnquote zugenommen. Die gegenwärtige Entwicklung hat mit dem Wandel der Arbeitsmärkte von Verkäufer- zu Käufermärkten zwischen 1975 und 1981 begonnen. Die Gewerkschaften konnten den arbeitsmarktdeterminierten Rückgang des Lohnanteils nach 1975 zwar verzögern, abfedern und verlangsamen, nicht jedoch verhindern oder gar umdrehen. Dieser Trendverlauf wird erst bei einer abermaligen Umkehr der Arbeitsmarkttrends die Chance haben, geändert zu werden. Wie die amerikanische Entwicklung nach 1992 zeigt (Wachstum

mit steigender Beschäftigung und sinkender Lohnquote), muss nicht einmal das unbedingt der Fall sein, denn die Lohnentwicklungen müssen letztlich in Lohnkämpfen durchgesetzt werden. In den USA erodierte die gewerkschaftliche Macht der Arbeitnehmer in einem solchen Maße, dass auch die günstigen Wachstumsvoraussetzungen kaum zur Veränderung der Primärverteilung genutzt werden konnten. In Deutschland ist die Entwicklung noch offen. Sicher scheint hingegen, dass frühestens dann, wenn die Nachfrage nach Arbeitskräften so stark ansteigt, dass die Löhne und Gehälter im Trend wieder zumindest mit dem Wachstum des Volkseinkommens bzw. Bruttoinlandsprodukts Schritt halten können, mit einer nachhaltigen Trendänderung¹⁰ auf der Einnahmeseite gerechnet werden kann.

1.4.2 Demographische Entwicklung und Einnahmen

Die politisch-ökonomischen Zusammenhänge zwischen Arbeitsmarkt, Machtkonstellationen, Lohnentwicklung und GKV-Einnahmen treten in der öffentlichen Debatte, trotz ihrer enormen Relevanz, hinter den Prognosen zum Einfluss der demographischen Entwicklung zurück. Mit steigendem Alter und mit der Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung werden nicht nur – so wird angenommen – die behandlungsbedürftigen Krankheiten und damit die Ausgaben ansteigen, sondern es wird sich auch der Anteil erwerbsfähiger Menschen verringern mit dem Effekt relativ sinkender Einnahmen.

Jedoch haben bei gegebenem Niveau der Arbeitslosigkeit die demographischen Veränderungen kaum einen direkten Einfluss auf die Einnahmeentwicklung. Die hohe Unterbeschäftigung nimmt heute den größten Teil der vom demographischen Wandel erwarteten Einnahmeausfälle bereits vorweg. Demographische Veränderungen in Gestalt einer Arbeitskräfteverknappung wirken sich auf die Einnahmen nur indirekt über das Erwerbspersonenpotential aus. Sie können also erst durchschlagen, wenn ein wesentlicher Anteil der 7 Millionen Menschen, die als Langzeitarbeitslose, verdeckt Arbeitslose oder 'stille Reserve' aus dem Beschäftigungssystem ausgegrenzt sind, beschäftigt ist. Solange das nicht der Fall ist, haben wir kein Altersstruktur-, sondern ein Arbeitsmarktproblem. Auch das Argument, die Arbeitslosen seien nicht ausreichend qualifiziert, legt kein Altersstrukturproblem offen, sondern ein erhebliches Qualifikationsdefizit. Die vermeintlich biologischen Faktoren entpuppen sich als solche, die politisch gestaltbar und verantwortbar sind. Zudem kann das Erwerbstätigenangebot noch durch Erhöhung der in Deutschland unterdurchschnittlich hohen Frauenerwerbsquote, durch die Verminderung gesundheitsbedingten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben und durch Zuwanderung verbessert werden.

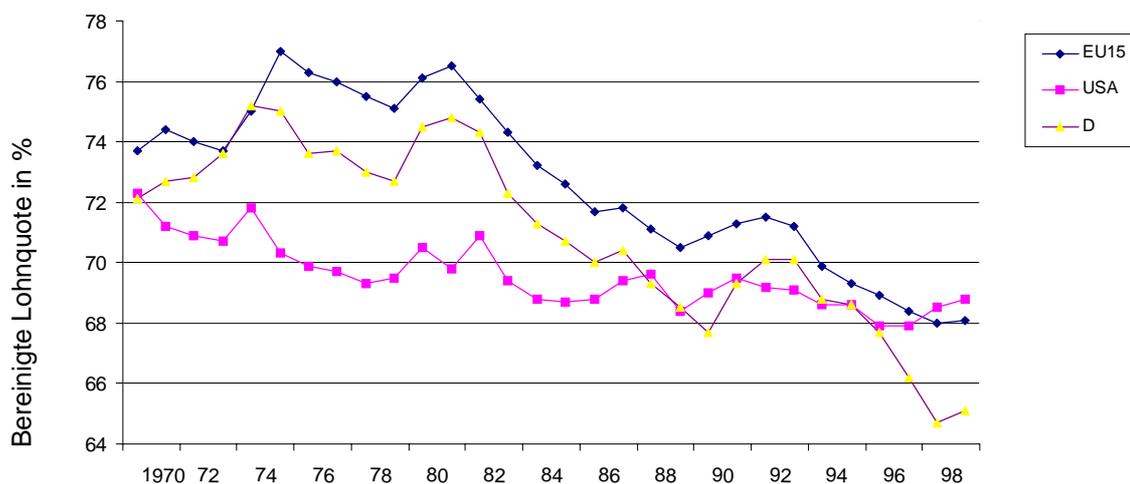
Auch eine höhere Rentnerquote muss bei expansiver Arbeitsmarktpolitik nicht zu Einnahmeverlusten führen. Im Gegenteil: wenn und insoweit nämlich die neuzugehenden Rentner im Beschäftigungssystem durch Arbeitskräfte ersetzt werden, die vorher keine (z. B. als Angehörige der stillen Reserve, Zuwanderer etc.) oder geringere (als Arbeitslose, Teilzeitbeschäftigte etc.) Beiträge gezahlt haben, können sich die Einnahmen sogar erhöhen. Entscheidend ist im lohnfinanzierten System immer die Beschäftigung.

¹⁰ Konjunkturell kann die LQ durchaus einmal steigen, wenn z. B. das Wachstum der Bezugsgröße plötzlich stark zurückgeht und die Löhne erst mit Verzögerung folgen. Das ändert jedoch nicht den Trend.

Konzepte zur Einnahmeverbesserung lassen sich unterscheiden in solche, mit denen der versicherte Personenkreis beibehalten und zusätzlich belastet wird (Beitragsatzserhöhungen, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, Heranziehung anderer Einkommensarten der bereits Versicherten), und jenen, die einen sozialen Ausgleich anstreben. Diese würden die bisher nicht GKV-versicherten Bezieher höherer Einkommen durch Wegfall oder deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder die PKV-Versicherten zu einem Risikostrukturausgleich heranziehen.

Der Wegfall der Versicherungspflichtgrenze wurde bereits häufig programmatisch gefordert (SPD, Grüne, DGB-Gewerkschaften), aber stets wieder verworfen. Man spricht von einer „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV. Die Beteiligung aller Bürger an einem gesamtgesellschaftlichen Solidarausgleich hätte jedoch deutliche Vorteile: die Einnahmen würden durch gleiche prozentualer Belastung von höheren Einkommen erhöht, die Ausgaben durch das geringere Krankheitsrisiko der neu Hinzugekommenen entlastet. Die Versicherten- und Patienteninteressen würden damit gestärkt, denn es gehörten dann die sozialen Gruppen mit höherem Einkommen, Bildungsabschluss und sozialem Status zur Versichertengemeinschaft, die gewohnt sind, ihre Interessen in der Gesellschaft deutlich zu artikulieren.¹¹ Ein übergreifender gesellschaftlicher Risikostrukturausgleich muss keineswegs zwingend zur Verdrängung der Privatversicherung führen. Es sind auch Modelle denkbar, die die individuellen Privatversicherten an einem Solidarausgleich beteiligen würden. Gerade wenn man die künftige Finanzierung so gefährdet sieht, wie viele Experten das tun, wären die Lasten auf breitere Schultern zu legen.

Abbildung: Entwicklung der Lohnquoten in Deutschland, EU und USA



Quelle: Europäische Wirtschaft, Nr. 68, Statistischer Anhang, Tab. 32

¹¹ Empirisch lässt sich das in den USA am Beispiel des Vergleichs zwischen dem Medicare-Programm, in dem alle Amerikaner über 64 Jahre anspruchsberechtigt sind, und dem Medicaid-Programm, das eine Art Mindestsicherung darstellt und auf deren Hilfe im Prinzip nur die ökonomische Unterschicht Anspruch hat studieren. Während die House-Mehrheit der Republikanischen Partei ihren Versuch des Abbaus von Medicare mit der Wiederwahl Präsident Clintons bezahlen musste, sind Kürzungen im Medicaid-Programm nie auf nennenswerten Widerstand gestoßen.

1.5 Einschätzungen zur künftigen Ausgabensituation

Schon die Auswahl vermeintlicher Ursachen einer künftigen Nichtfinanzierbarkeit der GKV ist stark interessenbestimmt. Am häufigsten genannt werden – neben einer „Anspruchsinflation“ – die Altersstrukturentwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und eine Anspruchsinflation. Diesen Faktoren ist gemeinsam, dass sie politisch nicht gestaltbar und daher auch nicht verantwortbar zu sein scheinen. Das macht sie für Politiker, Verbandsfunktionäre und andere Interessenten des Status quo attraktiv.

1.5.1 Anspruchsinflation?

Die Vorstellung von einer Anspruchsinflation verlegt die Verantwortung für die Finanzierungsprobleme in die Psyche der Kranken. Die Kranken als Opfer sitzen auf der Anklagebank. Solche Blaming-the-victim-Strategien verweisen auf die Herrschaftlichkeit der Perspektive, und im konkreten Fall der Gesundheitspolitik ist sie wissenschaftlich unhaltbar (Braun/Kühn/Reiners 1999). Der Kürze halber nur folgende Argumente:

- es fehlt jeder valide empirische Beleg;
- der weitaus größte Teil der medizinischen Leistungen, insbesondere der kostspieligen, wird von Ärzten festgelegt;
- es ist nicht plausibel, warum Versicherte als ‘Konsumenten’ Krankenhaustage, Magenoperationen und Röntgenaufnahmen maximieren sollten;
- in Studien wurde ermittelt, dass gut aufgeklärte Patienten eine deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufweisen als weniger gut aufgeklärte (Wennberg 1992).

Ernstzunehmende Faktoren sind hingegen der demographische Wandel der westlichen Gesellschaften, der medizinische Fortschritt und der Dienstleistungscharakter vieler Leistungsangebote des Gesundheitswesens. Dazu im folgenden.

1.5.2 Die demografische Alterung gefährdet die künftige Finanzierbarkeit nicht

Die prognostizierte demographische Alterung gibt immer wieder Anlass zu apokalyptischen Vorhersagen und Dramatisierungen. Die Alterung als generelles Phänomen beruht auf dem gemeinsamen Wirken einer steigenden Lebenserwartung und einer rückläufigen ‘Nettoreproduktionsrate’. Sie ist langfristig weniger genau vorhersagbar, als es den Anschein hat. Viel hängt von den Grundannahmen der Berechnungen ab, die aber auf lange Sicht real keine Konstanten, sondern abhängige Variablen politischer Gestaltung sind (z. B. Wanderungsbewegungen, Geburtenrate etc.). Im Hinblick auf die Folgen für die Finanzierbarkeit der GKV scheint es in zwei Punkten Expertenkonsens zu geben:

- in der Vergangenheit sind parallel zur demographischen Alterung die Ausgaben der GKV angestiegen;
- mit zunehmendem Alter nahmen auch die individuellen Behandlungskosten zu.

Nachdenklich stimmen sollte der internationale Vergleich in Tabelle 3. Er zeigt nicht den leisesten Zusammenhang zwischen Altersstruktur der Bevölkerung und den Ausgaben für das

Gesundheitswesen. Schweden hat den höchsten Altenanteil und liegt an 13. Stelle der Ausgaben unter den OECD-Ländern; die Vereinigten Staaten stehen an der Spitze bei den Ausgaben und liegen mit ihrem günstigen Altenanteil an 15. Stelle. Bei über 42 Millionen nicht versicherten Amerikanern wird niemand behaupten, die schwedische Bevölkerung werde schlechter medizinisch versorgt.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Altersstruktur einer Bevölkerung und den Gesundheitsausgaben, OECD-Länder 1994

| Land | Anteil der über 65jährigen (%) | Anteil der Ausgaben am BIP (%) | Rang Altenanteil | Rang Ausgabenanteil |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------|
| Australien | 11,6 | 8,5 | 17 | 9 |
| Österreich | 15,0 | 9,7 | 9 | 3 |
| Belgien | 15,3 | 8,2 | 7 | 11 |
| Kanada | 11,9 | 9,8 | 16 | 2 |
| Dänemark | 15,4 | 6,6 | 6 | 18 |
| Finnland | 14,0 | 8,3 | 12 | 10 |
| Frankreich | 14,7 | 9,7 | 10 | 3 |
| Deutschland | 16,0 | 8,6 | 3 | 7 |
| Griechenland | 15,2 | 3,6 | 8 | 20 |
| Island | 11,1 | 8,1 | 20 | 12 |
| Irland | 11,5 | 7,3 | 19 | 15 |
| Italien | 14,6 | 8,6 | 11 | 7 |
| Japan | 14,0 | 7,3 | 12 | 15 |
| Niederlande | 13,3 | 8,8 | 14 | 6 |
| Neuseeland | 11,6 | 7,7 | 17 | 13 |
| Norwegen | 16,2 | 5,5 | 2 | 19 |
| Schweden | 17,5 | 7,7 | 1 | 13 |
| Schweiz | 15,7 | 9,6 | 5 | 5 |
| Vereinigtes Königreich | 15,8 | 6,9 | 4 | 17 |
| Vereinigte Staaten | 12,7 | 14,7 | 15 | 1 |

Quelle: OECD Health Data 1996, Labor Force Statistics 1974 -1994, nach: Marmor 2001

Der statistische Ausgabenanstieg parallel zur Alterstrukturveränderung täuscht eine Kausalität vor, die näherer Prüfung nicht standhält.¹² Auch wenn die Alterstruktur in den letzten 20 Jahren konstant geblieben wäre, wären die Ausgaben für die Behandlung alter Menschen überproportional gestiegen. Das heißt, ein relevanter Teil der Steigerungen geht auf Veränderun-

¹² Einen kritischen Überblick über Probleme der künftigen „Krankheitslast“ gibt Schmacke, N. 2001

gen in der Behandlung alter Menschen zurück (in Verbindung mit Preis- und Mengeneffekten) und nicht auf deren wachsenden Anteil, ist also nicht demographisch bedingt.

Der Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), der es mehrheitlich eher mit der Nichtfinanzierbarkeitsthese hielt und daher eine für die Gegenthese unverdächtige Quelle ist, schätzt 1994 (Basisjahr 1992) 0,5 - 0,6 % jährliche demographisch bedingte Steigerungsraten. Ein Jahr später erhöhte der SVR (1995, 43) durch veränderte Annahmen die Schätzung bis 2000 auf 0,74 - 0,86 %. Danach hätte der Beitragssatz (West) allein aufgrund der demographischen Veränderungen von 13,20% 1995 (Bundesministerium für Gesundheit 1999, 419) auf 13,70 – 13,78 % im Jahr 2000 steigen müssen. Tatsächlich beträgt er – alle anderen realen Steigerungsfaktoren hinzugenommen – 13,51 % (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, 190). Selbst wenn es also keine anderen als nur demographische Steigerungsgründe gegeben hätte, hätte – bezogen auf den Mittelwert – der Fehler in nur fünf Jahren +74,2 % betragen.

Hof (2001) berechnet die „rein demographischen“ Einflüsse auf den Beitragssatz von 1995 bis 2010 auf 0,4 - 0,6 und bis 2020 1,5 - 2,0 Prozent, verteilt auf 15 bzw. 25 Jahre. Selbst wenn diese Prognose stichhaltig wäre, könnte man sie nicht gerade dramatisch nennen.

Der SVR hat bereits 1996 seine Prognose wieder deutlich abgeschwächt.¹³ Er hatte inzwischen eine – zunächst auf amerikanischen, dann auch auf Schweizer Studien beruhende – Diskussion zur Kenntnis genommen, die von folgenden Überlegungen ausgeht: Verteilt man die Gesundheitsausgaben auf die Lebensphasen einer Person, dann zeigt sich, dass ein weit überproportionaler Anteil davon im letzten Lebensjahr anfällt, gleichgültig in welchem Lebensalter dieses liegt. Wenn die Ausgaben für die medizinische Versorgung im letzten Lebensjahr ausgeklammert werden, ist der statistische Zusammenhang zwischen Ausgaben und Alter nur noch schwach bzw. nicht mehr eindeutig vom Zufall zu unterscheiden. Die Schlussfolgerung lautet: da jeder nur einmal ein letztes Lebensjahr erlebt, wird sich ohne Bevölkerungswachstum dieser große Ausgabenblock auch nicht altersbedingt erhöhen (Lubitz et al. 1995; Lubitz/Riley 1993; Temkin-Greener 1992; SVR 96: 69-177; Zweifel 1997; Zweifel/Felder 1996).

Ein auf den ersten Blick gewichtiges Argument für starkes altersbedingtes Ausgabenwachstum ist, dass nicht nur das Durchschnittsalter der Bevölkerung ansteigt, sondern auch der Anteil der 'alten Alten', die als besonders aufwendig gelten. Differenziert man die medizinischen Ausgaben im letzten Lebensjahr jedoch nach Altersgruppen, dann wird ersichtlich, dass diese bei den 'alten Alten' sogar niedriger sind als bei den 'jungen Alten' oder gar bei den Patienten im mittleren Alter (Scitovsky 1989). Die Prognosen, die ohne diese Differenzierung errechnet wurden, müssten also nach unten korrigiert werden.

Gegen solche abschwächenden Einwände und die darauf beruhenden Einschätzungen werden zahlreiche Argumente vorgebracht. Die bekannteste ist die auf Verbrugge (1984) zurückgehende Verschlechterungshypothese (in der Literatur auch 'Medikalisierungsthese' genannt), wonach mit der verlängerten Lebensdauer auch die Anzahl der Lebensjahre zunimmt, die

¹³ Es spricht nicht gerade für die Härte von 40- und 50-Jahres-Prognosen, wenn ein Expertengremium wie der Sachverständigenrat seine Einschätzungen innerhalb von drei Jahren mit jeweils plausiblen Argumenten dreimal verändert.

durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität und somit hohen Behandlungsaufwand gekennzeichnet sind. Ihr wird von Fries (1987) eine Verbesserungshypothese (compression of morbidity) entgegengehalten, wonach parallel zur Lebenserwartungskurve das Lebensalter ansteigt, in dem die Menschen ihre chronischen Erkrankungen und Behinderungen erwerben.

So notwendig es ist, eine realistische Vorstellung von der künftigen Krankheitslast zu gewinnen, so unklar ist die empirische Lage. Selbst international führende Epidemiologen sind sich nicht einig, ob man derzeit generell von einer Zunahme chronischer Erkrankungen sprechen kann (Ross et al. 1998).¹⁴ Gegen die platte Verschlechterungshypothese sprechen zahlreiche Langzeitstudien und Gesundheitssurveys aus Ländern mit ähnlicher struktureller und demographischer Beschaffenheit („Netherlands Health Interview Survey“ (NL), „Living conditions survey“ (S), „National Health Interview Survey“ (USA), „Longitudinal Study of Aging (SOA and LSOA)“ (USA), „National Long Term Care Survey“ (USA), „Bundesgesundheitsurvey“ und Mikrozensus (beides Deutschland) ¹⁵. Keiner der vielen Indikatoren für chronische Erkrankungen und Einschränkungen in diesen Surveys zeigt einen bemerkenswerten oder dramatischen Anstieg des relativen Risikos bei älteren Menschen an; einige Indikatoren stagnieren seit 10 bis 15 Jahren, andere nehmen ab.

Zahlreiche Studien zur sozialen Ungleichheit bei Morbidität und Mortalität legen folgendes nahe: Die Verfechter sowohl der Verschlechterungs- als auch der Verbesserungshypothese machen den gleichen Fehler, indem sie implizit eine sozial homogene Gesellschaft unterstellen. Gibt man diese Annahme auf und unterscheidet nach dem soziökonomischen Status, dann lässt sich erkennen, dass beide Modelle zugleich Recht haben und irren. Für die Angehörigen der oberen Mittelschicht und der Oberschicht ist compression of morbidity keine Utopie, sondern Realität. Sie leben länger und erwerben ihre chronischen Erkrankungen immer später. Die Angehörigen der Unterschicht und unteren Mittelschicht verbringen hingegen ihre auf niedrigerem Niveau hinzugewonnenen Lebensjahre mit relativ früh erworbenen chronischen Einschränkungen, für sie gilt die Verschlechterungsthese (House et al. 1990, Navarro 1990, Marmot/Wilkinson 1999, Mielck 2000).

Ein bemerkenswerter Anteil der Morbiditätslast, die bislang der Alterung zugeschrieben wurde, scheint also auf das Konto der sozialen Ungleichheit zu gehen. Darauf verweisen indirekt die neuerdings entfachten Konflikte zwischen Krankenkassenverbänden um den Risikostrukturausgleich (RSA): bei gleichem Zugang zur medizinischen Versorgung sowie (durch den bisherigen RSA) alters- und geschlechtskorrigierten Ausgaben, können die immer noch erheblichen Ausgabendifferenzen unter den Kassenarten nur mit der sozial ungleichen Versichertenstruktur erklärt werden. Diese sind so gravierend, dass unter ihren wirtschaftlichen Folgen das gesamte Gefüge des ‘gegliederten Systems’ der Kassenverbände zusammenbrechen würde, falls der RSA das sozial ungleiche Morbiditätsrisiko nicht berücksichtigt. Das unterstreicht:

¹⁴ Für Cassel als Ökonom scheint die unklare Vielfältigkeit des empirischen Kenntnisstandes kein Problem zu sein. Er gibt der „Medikalisierungsthese“ den Vorzug“ (2001, 2).

¹⁵ Unveröffentlichte Auswertung der angegebenen Surveys durch B. Braun (Zentrum f. Sozialpolitik der Universität Bremen).

- die große Bedeutung von Lebenslage und Lebensführung;
- die Notwendigkeit, Prävention/Rehabilitation und Gesundheitsförderung mit dem Ziel zu verstärken, den Beginn der chronischen Krankheiten in immer spätere Lebensphasen zu verschieben und diese
- gezielt auf soziale Risikogruppen zu beziehen sowie damit
- nicht erst im Alter (Geriatric), sondern verstärkt in der mittleren Lebensphase zu beginnen.

Auch hier zeigt sich wieder, dass ein beachtlicher Teil des Problems keineswegs biologischer Natur ist, angesichts dessen es nur noch um Anpassung gehen kann, sondern auf soziale Bedingungen zurückgeht, die sich – besonders innerhalb der langen Fristen, von denen die einschlägigen Prognosen handeln – mit politischen Mitteln modifizieren und kompensieren lassen.

1 5. 3 Medizinischer Fortschritt ist ökonomisch ambivalent

Die Ausgaben des medizinischen Fortschritts (MF) bestehen aus den Kosten für Entwicklung, Einsatz und Betrieb von Innovationen, erhöht durch zusätzliche Interventionsmöglichkeiten der Medizin und durch gesteigerte Wirksamkeit, die wiederum die Effekte des demographischen Wandels verstärken kann.

Die Bedrohung der Finanzierbarkeit der GKV durch eine verlängerte Lebenserwartung als Effekt des medizinischen Fortschritts (MF) wird immer wieder hervorgehoben. Der MF – so wird angenommen – verstärkt die demographische Alterung und somit eine verstärkte Nachfrage nach Leistungen. Während es dafür zahlreiche Einzelbeispiele gibt, belegen historische Untersuchungen einen allgemeinen solchen Zusammenhang in der Makrodimension nicht. So zeigte der britische Sozialmediziner McKoewn (1976) anhand weit zurückgehender Bevölkerungsstatistiken Englands, dass Infektionskrankheiten mit hohen Sterblichkeitsraten wie Tuberkulose, Keuchhusten, Scharlach, Masern, Diphtherie, Cholera etc. bereits seit langem stark rückläufig waren (z. T. sogar schon im heutigen Umfang), als die Erreger entdeckt waren und medizinisch bekämpft wurden. Auch die jüngere Entwicklung, z. B. die Rückläufigkeit der Haupttodesursache in den westlichen Industrieländern, die koronare Herzkrankheit, kann nur zu einem recht kleinen Teil plausibel mit dem MF erklärt werden (McKinley 1989). Auch hier werden die nichtmedizinischen Bedingungen der Gesundheit stark unterschätzt.

Globale Vorhersagen zu wissenschaftlich-technischen Innovationsprozessen sind prinzipiell unmöglich, sie würden eine prognosefähige Theorie der technisch-wissenschaftlichen Entwicklung voraussetzen, die es nicht gibt und m.E. auch nicht geben wird (Deutschmann 1999, 130-160). Die verstehende Deskription des Gewesenen dürfte hier das äußerste Erreichbare sein. Von daher sind angebotsseitige Prognosen auf Sand gebaut. Man flüchtet sich in Experten-Umfragen, bei denen die Befragten aber nichts anderes tun können, als Deskriptionen 'ihres' Realitätsausschnitts in die Zukunft fortzuschreiben. In vielen Hochrechnungen ist der Faktor 'medizinischer Fortschritt' nicht mehr als eine Residualgröße. Alle Ausgabensteigerungen, die man keinem anderen (z. B. dem demographischen) Faktor zuschreiben kann, werden auf ihn zurückgeführt. Hof (2001, siehe oben) hat seine bescheidenen Beitragssatzeffekte der demographischen Veränderung 'dynamisiert', indem er die Veränderungen der „Ausga-

benprofile“ (Indikator: Anteile der einzelnen Ausgabenarten an den Gesamtausgaben) dem MF zuschreibt und auf der Basis zurückliegender Jahrzehnte variiert. Die daraus resultierenden weit höheren Steigerungsraten bucht er gänzlich auf das Konto des medizinisch-technischen Fortschritts. Die Verteilung der GKV-Ausgaben auf die einzelnen Sektoren (die Hof für seine „Ausgabenprofile“ heranzieht) verändert sich jedoch ganz wesentlich durch Faktoren, die nichts mit dem medizinischen Fortschritt zu tun haben. Um nur einige zu nennen:

- Die Preise werden bei den Kassenärzten ex post durch den Punktwertverfall bestimmt, so dass Einkommen über Mengenausweitung gesichert werden (‘Hamsterradefekt’ des Honorierungssystems). Daraus resultierende Veränderungen von Leistungsprofilen können keinem MF zugeschrieben werden.
- Nicht die tatsächlich erbrachten, sondern die abgerechneten Leistungsmengen werden registriert. Während bei Zeitreihenanalysen meistens die Fehler als in jedem Jahr gleich und damit die Verläufe als aussagefähig angenommen werden können (Gerlinger et al. 2000), ist das aufgrund der galoppierenden Irrationalität der Kassenarzthonorierung in der Vergangenheit unwahrscheinlich, so dass Zeitreihen zum ambulanten Sektor nur mit Vorbehalt interpretiert werden können.
- Die Machtbalance zwischen Ärzteorganisationen, Krankenkassen und dem steuernden Staat dürfte sich zulasten der Kassenärzte verschoben haben. Zusammen mit dem Anstieg der Arztzahlen, der weitgehend von den Kassenärzten finanziert wird, ist ein Teil des Preisverlaufs machtbedingt. Ähnliches könnte für den Krankensektor gesagt werden (Simon 2000).
- Die einzelnen Sektoren weisen aufgrund verschiedener Anteile kommunikativer und betreuender Dienstleistungen unterschiedliche Produktivität auf, was ebenfalls zu den Anteilsverschiebungen an den Ausgaben beiträgt.

Es versteht sich, dass all diese Faktoren sich in der Vergangenheit in den veränderten ‘Ausgabenprofilen’ der GKV niedergeschlagen haben, daher können diese auch nicht einem ‘medizinischen Fortschritt’ zugerechnet und so in die Zukunft fortgeschrieben werden.

Der MF kann nicht nur interventionserweiternde und kostensteigernde, sondern auch kosten-senkende Effekte haben. Zweifellos haben bisher erstere überwogen. Möglicherweise sind dafür aber Ursachen verantwortlich, die sich wandeln. Da die Leistungsentwicklung weitgehend anbieterdominiert ist, sind unter den bisherigen Bedingungen der retrospektiven Finanzierung die Absatzchancen für neue medizinische Verfahren, Apparate, Arzneimittel praktisch unbegrenzt. Ähnlich wie in der Rüstungsindustrie können die Hersteller technischer und pharmazeutischer Produkte den ‘moralischen Verschleiß’ selbst bewirken, nur indem sie Innovationen und Pseudoinnovationen auf den Markt bringen. Der internationale Durchbruch von prospektiven Finanzierungsweisen (Budgets auf allen Ebenen und Pauschalen) kehrt die Anreize um. Es deutet sich in der amerikanischen Managed Care Medizin bereits an, dass die Entwicklung von und Nachfrage nach medizintechnischen Geräten, Arzneimitteln, Therapiekonzepten usw. sich an diese veränderten Bedingungen anpasst und kostensparende Geräte, Arzneimittel und Verfahren stärker in den Vordergrund rücken.

Freilich ist das nur eine Hypothese. Eine stärkere Privatisierung kann die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ausweiten und diese Effekte neutralisieren. Liberalisierte Medizin-

märkte, die nicht durch Budgets limitiert sind, haben die Tendenz zu expandieren (Evans 1997).

Auch die Strukturen der Gesundheitssysteme beeinflussen die finanziellen Effekte des künftigen MF. Systeme mit höherem Integrationsgrad können einen weitaus effizienteren Gebrauch vom technisch Möglichen machen. Vorhandene, aber ungenutzte kostensenkende Technologien (z. B. im Bereich des Managements, medizinischer Sicherheit der Medikamentierung, disease management auf der Grundlage der elektronischen Verteilung und Verarbeitung klinischer Daten) können in einem desintegrierten System oft nicht oder nur schwer eingeführt und verbreitet werden. Vorhandensein und Verbindlichkeit der Evaluation neuer Verfahren und Apparate werden ebenfalls nicht nur Grenzen setzen, sondern neue Richtungen vorgeben.

1.5.4 Verteuerung personenbezogener Dienstleistungen

Ein Faktor, der sich nicht auf den Bedarf, sondern auf die relative Verteuerung der Produktion medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen bezieht, bleibt in der Öffentlichkeit weitgehend unberücksichtigt, obwohl er für die Konstruktion eines Globalbudgets eminent bedeutend ist. In den westlichen Industriegesellschaften findet ein langfristiger Wandel der Wirtschaftsstruktur statt: Die Dienstleistungen (öffentlich wie privat) vergrößern im Trend ihren Anteil an der gesellschaftlichen Wertschöpfung zu Lasten der Industrie und der Landwirtschaft. Unterscheiden wir zwischen administrativen (informationellen) und personenbezogenen Dienstleistungen (Behandlung, Pflege, Beratung, Unterrichtung etc.), so erfordern letztere zunehmend mehr Arbeitskräfte im Vergleich zu ersteren. Ursache dieser Verschiebung sind auf der Produktionsseite die unterschiedlichen Raten der Arbeitsproduktivität.

Personenbezogene Dienstleistungen können mit der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätentwicklung nicht Schritt zu halten, denn die 'Arbeitsgegenstände' persönlicher Dienstleistungen sind Menschen. Diese können nicht aufbewahrt, gestapelt oder standardisiert werden wie Industriegüter. Wollte man beispielsweise die Produktivität eines Lehrers erhöhen, so ließe sich die Zahl der Schüler verdoppeln. Die Schulbildung würde dann zwar billiger, aber nicht wirtschaftlicher (effizienter), da wir es nun mit einem anderen Produkt zu tun haben. In Pflege und Medizin kommt hinzu, dass die Arbeit auf kranke und hilfsbedürftige Menschen gerichtet ist und dadurch die Möglichkeiten betrieblicher Rationalisierung noch weiter eingeschränkt sind.

Steigt makroökonomisch die Produktivität eines Sektors weniger als im Durchschnitt oder überhaupt nicht, dann steigen tendenziell seine 'relativen Preise', das heißt eine persönliche Dienstleistung (z. B. eine Stunde Beratungsgespräch), realwirtschaftlich ausgedrückt in Gütern der materiellen Produktion (z. B. Kühlschränke, Videorecorder), wird tendenziell teurer, da letztere mit immer weniger Arbeitskräfteeinsatz hergestellt werden können. Daher binden personenbezogene Dienstleistungen einen steigenden Anteil des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens. Solange die Lohnentwicklung dieser Sektoren der gesellschaftlich durchschnittlichen folgt, wächst auch ihr finanzieller Anteil am Bruttosozialprodukt.

Erwartungsgemäß steigen die Preise für Gesundheitsleistungen in den westlichen Industrieländern schneller als der allgemeine Index der Lebenshaltung (Preisniveau). Für die Jahre zwischen 1991 und 1998 steigt der Preisindex der Lebenshaltung aller privaten Haushalte um

16,1 Prozent. Die Preise für Dienstleistungen der Krankenhäuser erhöhen sich um 23,6 Prozent, während die Medikamente (materielle Produktion) nur 2,7 Prozent teurer werden, ihre Preise also weit unterdurchschnittlich steigen. Auch die Preise der ambulanten Versorgung liegen mit 9,5 Prozent deutlich unter der durchschnittlichen Preissteigerungsrate. Es zeigt sich hier, dass die sektoralen Unterschiede der Produktivitätsentwicklung auf der Preisebene überlagert werden können von den Faktoren Einkommen und Macht. Von der Produktivität her gesehen wären die Effekte bei den Arzneimitteln vermutlich noch größer, da der Pharmamarkt stark von Oligopolen geprägt ist. Umgekehrt müssten die Preise der ambulanten medizinischen Dienstleistungen 'eigentlich' stärker als das allgemeine Preisniveau gestiegen sein, aber die entsprechenden Einkommen konnten von den Kassenärzten nicht durchgesetzt werden.

Die makroökonomische Betrachtung der skizzierten Produktivitätseffekte zeigt übrigens, dass ohne sozialstaatliche Umverteilung diese Dienstleistungen tendenziell nur noch für einem abnehmenden Teil der Bevölkerung verfügbar sein könnten.

2 Ausgabenkontrolle durch Budgets

2.1 Warum Budgets?

Soweit es die Erfahrung in westlichen Industrieländern erkennen lassen, sind zur Ausgabenkontrolle Budgets als prospektive Begrenzungen des verfügbaren Finanzvolumens wahrscheinlich unvermeidbar. Allerdings sind sie für sich genommen kein hinreichendes gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument. Vieles, wenn nicht alles, hängt von ihrer Ausgestaltung ab.

Das entscheidende Argument für eine Budgetierung liegt im Versagen denkbarer Alternativen. Trotz vieler anderslautender Glaubensbekenntnisse erweisen sich die Mechanismen von Angebot und Nachfrage als ungeeignet zur Kontrolle der Ausgaben für die medizinische und pflegerische Versorgung (Kühn 1998a, Rice 1998). In den USA kann man studieren, wie ein sich einigermaßen frei entfaltender Wettbewerb auf sehr dynamische Weise zur Ausweitung tendiert. Selbst die weitgehende Umstellung auf prospektive Finanzierungssysteme hat das nur graduell verändert. Die Länder mit erfolgreicher Ausgabenkontrolle operieren mit Budgets oder budgetähnlichen Instrumenten (Evans 1997, White 1995, Schwartz/Glennister/Saltman 1996).

Unbekannt ist allerdings, was der Preis für erfolgreiche Ausgabenkontrolle in Begriffen von Verteilung und Qualität der Versorgung ist. Unter Umständen können Budgets als Ausgabenkontrolle erfolgreich sein, zugleich jedoch die Versorgung verschlechtern. Das schlechte Beispiel der kassenärztlichen Versorgung zeigt beispielsweise, zu welchen Effekten eine Kombination von Ausgabenbegrenzung und Einzelleistungs- bzw. Leistungsgruppenhonorierung führt. 'Punktwertverfall' und Mengenausweitung sind keine Phänomene, die sich auf die Patienten gesundheitsneutral auswirken.

Das verweist auf die Notwendigkeit empirisch gestützter wissenschaftlicher Erkenntnisse über Vereinbarkeit und Unvereinbarkeit von Steuerungsinstrumenten zur Ausgabenkontrolle. Der akademischen Gesundheitsökonomie muss man hier ein erhebliches Defizit an empiri-

schen Bemühungen und Resultaten bescheinigen. Nicht weiterführend sind die ‘ordnungspolitisch’ motivierten und redundanten Gegenüberstellungen von Wettbewerb und Budget. In der realen Welt führt Wettbewerb zu marktmanenten Konzentrationsprozessen, aus denen heraus ganz wettbewerbsimmanent große Unternehmenseinheiten entstehen, die Budgets einführen, um ihre Rendite zu erhöhen. So jedenfalls lässt es sich in den USA beobachten. Umgekehrt werden die Anbieter durch Budgets oder analoge Regulierungen (wie das Einfrieren des Beitragssatzes) überhaupt erst genötigt, als Wettbewerber zu handeln.

2.2 Schlussfolgerungen für die Steigerungsraten eines Globalbudgets

Welche Lehren können aus der obigen Analyse der Ausgaben gezogen werden? Vereinfacht gesagt bestand in den vergangenen 20 Jahren de facto ein Budget der GKV mit Steigerungsraten in Höhe der Wachstumsraten des BIP. Rechtlich gesehen waren mit dem Prinzip der ‘Beitragssatzstabilität’ die Zunahmen des Budgets an den Einnahmezuwachs gebunden. Dieses Budget wurde jedoch vom Staat nicht durchgesetzt. Und aus den vorliegenden Überlegungen geht hervor, dass dies auch – möglicherweise gegenintentional – klug war.

Aus dem bereits Angeführten lassen sich folgende Argumente gegen ein strikt ‘beitragssatzstabiles’ Budget ableiten:

Erstens: Im einschätzbaren Zeitraum von 10 bis 15 Jahren gehen weder von der Altersstruktur noch vom medizinischen Fortschritt dramatische Wirkungen auf die Finanzierbarkeit aus. Der Druck auf Beitragssatzerhöhungen ist überwiegend einnahmebedingt, und die alles überragende Einnahmebedingung bleibt die ‘Grundlohnsumme’ bzw. der Arbeitsmarkt.

Zweitens: Da das Gesundheitssystem ein Wirtschaftssektor ist, der überwiegend personen- bzw. krankenbezogene Dienstleistungen produziert, steigt langfristig sein Anteil an der Gesamtbeschäftigung und am Bruttoinlandsprodukt. Die Einnahmehase hingegen wächst nicht mit, sondern hat im Gegenteil in der überschaubaren Zukunft eine eher sinkende Tendenz. Auch bei unveränderter Altersstruktur und Morbidität beansprucht die Reproduktion des Versorgungsniveaus daher einen größeren Anteil des ‘Grundlohns’ und auf längere Sicht auch einen leicht und linear wachsenden Anteil des BIP. Das ist national wie international, markt- wie staatsreguliert der Fall.

Drittens: Selbst wenn man in der Lage wäre, die Versorgungsqualität zu kontrollieren (was nur in wenigen Ausnahmen der Fall ist) und die durch Reformen erzielbare Produktivitätssteigerung in den Abbau von Fehlversorgung und Qualitätsmängel zu investieren, müsste bei weiterhin konstantem Anteil der GKV-Ausgaben am BIP auf längere Sicht der darüber hinausgehende Ressourcenbedarf von den Anbietern und den Beschäftigten im Gesundheitswesen durch unterdurchschnittlich wachsende Einkommen und Arbeitsintensivierung finanziert werden¹⁶ mit der Folge von Personalengpässen.

¹⁶ Sowohl bei Kassenärzten als auch für das Krankenhauspersonal scheint dies heute bereits Realität zu sein. Es ist allerdings fraglich, ob es sich bei den Einkommenseinschränkungen tatsächlich um Wirkungen der faktischen Budgetierung handelt. Die Kassenärzte finanzieren steigende Arztlöhne im ambulanten Bereich und die Krankenhäuser – so die begründete Vermutung (Kühn/Simon 2001) – nutzen die Deckelung als Legitimation zur Personalreduzierung, während sie Überschüsse wettbewerbsstrategisch investieren (z. B. um für ‘Selbstzahler’ attraktiv zu werden). Das Lohnniveau des Krankenhauspersonals wächst – wie generell im öf-

Viertens: Da die Versorgungsqualität fast nicht kontrollierbar ist, sind auch die GKV-versicherten Patienten über die Selbstbeteiligung hinaus durch Hinnahme von Verschlechterungen (Braun 2000) indirekt an der Finanzierung des bisherigen de facto an der Wachstumsrate des BIP orientierten Budgets beteiligt.

Fünftens: Falls es gelänge, die Produktivitätssteigerungen zur Finanzierung der Mängelbeseitigung zu nutzen, und der Staat sich weiterer Budgetumverteilungen zulasten der GKV ('Verschiebebahnhöfe') enthielte, könnte meiner Einschätzung nach ein mittelfristig am BIP-Wachstum orientiertes Budget¹⁷ zur Finanzierung der medizinischen Versorgung ausreichen. Auf längere Sicht wird man aus den diskutierten Gründen auch leicht darüber hinausgehen müssen. Hier wird gewöhnlich die Frage der 'Finanzierbarkeit' gestellt und verneint, denn es ist klar, dass dies bei weiterhin rückläufiger Lohnquote und ohne einen gesamtgesellschaftlichen Solidarausgleich sowie ohne Staatszuschüsse mit weiteren Beitragssatzsteigerungen verbunden sein würde.

2.3 Beitragssatzstabilität als Maßgabe?

In der Vergangenheit ist das Prinzip der Beitragssatzstabilität von den Bundesregierungen nicht rigide durchgesetzt worden. Ein Primat des Prinzips der Beitragssatzstabilität gibt das Ziel einer Bedarfsorientierung auf. Das verfügbare Finanzvolumen der GKV würde von makroökonomischen Größen abhängig gemacht, die nichts mit dem tatsächlichen Bedarf an medizinischer Versorgung und mit der Leistungsfähigkeit der Medizin zu tun haben. Gesundheitspolitik hätte dann für nichts anderes zu sorgen als für die konkrete Umsetzung von vorgegebenen Wirtschaftsindikatoren am Krankenbett. Welches wären die dann maßgeblichen Größen? Das Finanzvolumen hängt letztlich ab von der Lohnhöhe und der Beschäftigung und damit vom Arbeitsmarkt.¹⁸ Bei gegebenen Arbeitsmarktbedingungen wiederum ist die Lohnhöhe Resultat der politisch-ökonomischen Kräftekonstellation zwischen Gewerkschaften und den privaten sowie öffentlichen Arbeitgebern. Je stärker die Arbeitsmärkte Käufermärkte sind, desto knapper würden die Ressourcen für die medizinische Versorgung. Bei jährlich erforderlicher Beitragssatzstabilität kommt noch die Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus hinzu.

Durchsetzung der Beitragssatzstabilität schreibt bei sinkender Lohnquote Steigerungsraten unterhalb der Wachstumsraten des BIP vor. Nach dem bisher Gesagten lässt sich das Spektrum möglicher Wirkungen auf mittlere Sicht ohne großes Irrtumsrisiko vorhersagen:

- Reduktion von Leistungsumfang und -qualität – wobei die dominierenden Kriterien dafür nicht gesundheitlicher und nicht einmal gesamtwirtschaftlicher, sondern einzelwirtschaftlicher Natur (Rentabilität, Marktanteil etc.) sein werden;

fentlichen Dienst – unterdurchschnittlich, Arbeit wird intensiviert, und es wird auch in z. T. erheblichem Maß unbezahlte Mehrarbeit geleistet.

¹⁷ Es ist unmöglich, einen so komplexen und diversifizierten Sektor zum jährlichen Budgetausgleich zu zwingen, versuchen könnte man es mit einer Fünfjahresperiode.

¹⁸ Die Lohnsumme verringert sich auch, wenn sich Umschichtungen zwischen abhängig Arbeitenden und Selbstständigen zulasten ersterer ergeben. Die ausufernde Zahl der Scheinselbständigen schränkt – wenn diese nicht freiwillig Versicherte der GKV bleiben – also die finanziellen Ressourcen der GKV zusätzlich ein.

- Verbilligung von Leistungen (durch Arbeitsintensivierung, Preis- und Gewinnsenkung, ökonomisch und medizinisch rationalere Gestaltung der Arbeitsprozesse);
- Abbau von Beschäftigung (Stellenverringerung tendenziell nach Maßgabe des Rückstands zur durchschnittlichen Produktivitätssteigerung);
- da die kommunikativen und betreuenden Leistungen für individuelle Patienten am wenigsten rationalisierbar sind, d. h. menschliche Arbeitskraft hier kaum durch Technik ersetzt werden kann, werden diese am stärksten unter Druck stehen;
- Dequalifikation beispielsweise im Zuge neue Formen der Arbeitsteilung (z. B. Nichtärzte übernehmen ärztliche Tätigkeiten¹⁹, Pflegehelfer übernehmen Tätigkeiten ausgebildeter Pfleger etc.).

Wenn wirtschaftlicher Wettbewerb die Anbieter zu unternehmerisch Handelnden macht, sind alle Optionen gleichrangig und es ist nicht begründbar, warum bei zunehmender Ökonomisierung der politischen Steuerung ausgerechnet gesundheitspolitisch und ethisch unbedenkliche Varianten realisiert werden sollten. Die Frage ist: wer trägt das Risiko?

2.4 Das Problem der fehlenden gesundheitsbezogenen Rückkopplung

Das Hauptproblem ist, dass von Versorgungsmängeln als Folge einer zu restriktiven Budgetierung unter den gegenwärtigen Bedingungen kein Impuls zur Gegensteuerung ausgeht, weder politisch noch marktlich. Es entstehen daraus keine zwingend handlungsrelevanten Legitimationsprobleme für Gesundheitspolitik. Das liegt ebenso an der Komplexität und Eigenart gesundheitsbezogener Dienstleistungen wie an der Rolle der Patienten. Auf der individuellen Ebene bedürfen sie eher des Schutzes, als dass sie selbst als Subjekte der Veränderung tätig werden könnten. Auf der kollektiven Ebene sind sie als Machtfaktor im Geflecht der Verbände und 'stakeholders' nicht existent.

Alle Marktkonzepte versprechen sich die Lösung vom 'kritischen Kunden' und erwarten damit von den Kranken die Rolle eines Qualitäts- und Kostenkontrolleurs. Das widerspricht der Realität in vielfacher Weise:

- Die Patienten sind meist krank, leidend, mehr oder weniger eingeschränkt und angstvoll. Sie gelten daher in zivilisierten Gesellschaften als besonders schutzbedürftig. Ihre Beziehung zum Arzt bzw. der Institution ist – größtenteils unvermeidbar – asymmetrisch. Sie müssen sich dem Arzt bzw. der Institution anvertrauen können in der Erwartung, dass diese in ihrem Interesse tätig werden.
- Die Patienten sind Arbeitsgegenstand und Mitproduzenten im Arbeitsprozess. Welche 'Produkte' konkret 'gekauft' werden sollen, steht meist zu Beginn eines Arzt- oder Krankenhausbesuchs (juristisch: bei Vertragsabschluss) nicht einmal fest, sondern stellt sich oft erst im Laufe der diagnostischen und therapeutischen Prozesse heraus.
- Auch sind die Anbieter (meist Ärzte) zugleich Verkäufer und Agenten der Patienten, die entscheiden oder beraten, was gekauft werden soll. Selbst wenn die Patienten entscheiden, bedürfen sie der Informationen, die ihnen meist nur der Arzt geben kann.

¹⁹ Wie international – zum Beispiel bei der Primärversorgung – zu sehen, muss das die Patienten nicht in jedem Fall schlechter stellen.

Mit der Darlegung der Optionen durch den Arzt wird die 'Kaufentscheidung' de facto meistens festgelegt.

- Ob eine solche Option eine gewünschte Wirkung erzielt, stellt sich oft erst nach einiger Zeit heraus. Aber auch wenn die Gesundheit sich damit nicht verbessert, so kann der Experte dennoch Gründe dafür angeben, warum die Maßnahmen angemessen waren, ebenso wie Verbesserungen nicht in jedem Fall auf die Behandlung zurückgehen.

Anhänger der neoklassischen Markttheorie reklamieren für sich, gerade für solche komplexen Zusammenhänge die Lösung parat zu haben, indem sie auf die Überlegenheit der Dezentralität und der Preisorientierung (Komplexität wird reduziert durch Quantifizierung subjektiver Präferenzen) verweisen. Die Rückkopplung soll von Marktmechanismen ausgehen. Unbefriedigte Kunden wenden sich von den Anbietern ab, die darauf mit besserer Qualität bzw. niedrigeren Preisen reagieren oder ausscheiden. Selbst wenn man dies unterstellen könnte, würden Korrekturen nach Rückkopplung:

- nur im Nachhinein stattfinden, d. h. vermeidbare Schädigungen und Todesfälle müssen erst geschehen;
- sie müssen als solche wahrgenommen,
- veröffentlicht und
- von potentiellen Nutzern aufgenommen werden. Diesen müssen
- bessere Optionen zur Verfügung stehen.
- Auch dann sind Anpassungsprozesse im Medizinmarkt unklar, langsam und kostspielig.
- Eintretene Schäden sind fast immer ganz oder teilweise irreversibel.

Die Gesetze von Angebot und Nachfrage können weder bezüglich des Primärziels Gesundheit noch bezüglich des Sekundärziels (Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit, Kostendämpfung) zu angemessenen Rückkopplungsmechanismen führen. Vor allem die individuellen Patienten können sich gegen die ökonomisch bedingten Versorgungsrisiken nicht schützen. Wenn also staatliche Politik durch Budgetierung die Versicherten Versorgungsrisiken aussetzt, dann müsste sie zugleich – oder besser noch: zuvor – andere als monetäre Rückkopplungsmechanismen entwickeln, mit denen sie identifiziert und verringert werden können.

2.5 Ökonomische Rückkopplung

Anders als von Versorgungsmängeln geht von Überschreitungen eines beitragsstabilen Budgets eine sofortige Rückkopplung aus, und Legitimationszwänge entstehen umgehend. Die Crux ist, dass sich damit keineswegs zwangsläufig die Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit erhöhen muss. Korrekt gebraucht, meint der Begriff Wirtschaftlichkeit eine möglichst günstige Beziehung zwischen Nutzen und Aufwand. Im Zähler stehen Leistungsumfang und Qualität und im Nenner Kosten bzw. Ausgaben. Zum Vergleich von Wirtschaftlichkeiten brauchte man also Informationen über den Nutzen in Form des tatsächlichen Beitrags zur Lebensqualität und über Kosten unter Einschluss aller monetären und auch nichtmonetären Kosten. Es ist also unzulässig, zwei Produkte (bzw. zwei Zeitpunkte bei einem Produkt) auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu vergleichen, wenn man über Nutzen und Qualität nichts weiß. Ebenso kann

man über die Folgen von Ausgabenänderungen auf die Wirtschaftlichkeit nichts sagen, wenn nichts über die empirischen 'Trade-offs' zwischen Kosten und Qualität bekannt ist.

Werden verbindliche Qualitätsnormen nicht festgelegt und kontrolliert, so kann von einem restriktiven Budget nur gesagt werden, es sei beitragsstabil, ob es tatsächlich 'wirtschaftlicher' oder nur billiger ist, bleibt unbekannt. Es häufen sich die empirischen Hinweise sowohl im kassenärztlichen (Braun 2000) als auch im Krankenhausbereich (Kühn/ Simon 2001), dass Aufwandsminimierungen in den Institutionen auch zulasten der Versorgungsqualität gehen. Bislang existiert definitiv kein praktikables System öffentlicher Qualitätskontrolle, das auch nur annähernd in der Lage wäre, die subtilen Methoden zu verfolgen, mit denen bei so komplexen Dienstleistungen wie den medizinischen betriebliche Kosten an Patienten und Öffentlichkeit weitergereicht werden können. Die Situation im deutschen Gesundheitswesen lässt derzeit, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, weder die Identifizierung und Beobachtung noch die Sanktionierung von Risikoselektion, Leistungs- und Qualitätsreduzierung zu. Wenn beispielsweise monetäre Kosten (z. B. Schmerztherapie) in nichtmonetäre (z. B. vermeidbare Schmerzen) überführt werden, erscheint die Produktion wirtschaftlicher. In diesem Kontext belohnt der wirtschaftliche Wettbewerb im Zusammenhang mit Budgets weder Qualität noch Wirtschaftlichkeit, sondern minimiert Ausgaben. Der billigste Anbieter erscheint als der beste. Das ist die Achillesferse der Budgetierung unter gegebenen Umständen.

2.6 Implizite Strukturpolitik einer einheitlichen Steigerungsrate

Jede Form eines Budgets ist implizite Strukturpolitik. Beitragsstabilität drückt sich in einer bestimmten Steigerungsrate aus. Wird diese allen Sektoren und Leistungsarten in gleicher Weise aufgenötigt, dann sind unerwünschte Effekte für die Binnenstruktur des Versorgungssystems die Folge. Denn gleiche monetäre Wachstumsraten für alle Leistungsbereiche und -elemente führen zu nicht intendiert ungleichem realen Wachstum.

Differenziert man die Sektoren und Leistungsarten nach ihren jeweiligen Anteilen an personenbezogenen, administrativen und technischen Dienstleistungen sowie ihrem Güterverbrauch, dann kommt man auf unterschiedliche Produktivitätsraten. Da die Produktivität bei der Herstellung von Industriegütern (z. B. Geräte, Verbrauchsmaterial, Medikamente) schneller wachsen kann als das Globalbudget, würde die Versorgung mit diesen Waren bei Beitragsstabilität realwirtschaftlich sogar expandieren. Die administrativen und technischen Dienstleistungen würden wahrscheinlich ihr Niveau tendenziell halten können, während der Anteil der kommunikativen persönlichen Dienstleistungen bei einheitlicher Steigerungsrate abnehmen müsste. Sobald bei den personenbezogenen Dienstleistungen das durchschnittliche Lohnwachstum mitvollzogen wird, erfordert ihre Finanzierung bei gleichem Personalbestand bereits eine Steigerungsrate, die höher ist als das Wachstum der beitragspflichtigen Lohn- und Sozialeinkommen. Das Resultat gleicher Wachstumsraten unterhalb des einnahmeorientierten Globalbudgets würde eine seit langem von den Gesundheitswissenschaften und der Politikrhetorik gleichermaßen beklagte strukturelle Fehldimensionierung verstärken, indem die ohnehin knappen kommunikativen, pflegenden und betreuenden Dienstleistungen tendenziell schrumpfen, während technische Leistungen und Arzneimittelverbrauch weiter wachsen könnten.

Das schließt auch eine den Morbiditätserfordernissen entgegenlaufende soziale Differenzierung ein. Weil die relativen Preise dieser Dienstleistungen steigen, muss sich die Gruppe der Versicherten, die aufgrund ihres Einkommens diese Einschränkung nicht durch eigenes Auftreten am Markt kompensieren können, vergrößern.

3 Fazit

Unter der Voraussetzung, dass machtpreisbedingte Inflation und Unwirtschaftlichkeit möglichst klein gehalten werden können, wäre ein steigender Ausgabenanteil medizinisch und sozial erwünschter personenbezogener Dienstleistungen geradezu ein positiver Ausdruck des gesamtwirtschaftlichen Produktivitätswachstums. Denn durch die ständig wachsende Arbeitsproduktivität kann die Masse der materiellen Güter von einem stets abnehmenden Teil der Arbeitskräfte hergestellt werden. Das Produktivitätswachstum der Industrie wird heute primär mit der bestehenden Massenarbeitslosigkeit in Verbindung gebracht. Dabei wird übersehen, dass darin auch die ökonomische Voraussetzung liegt für die Erweiterung und Verbesserung der sozialen Dienstleistungsbereiche.

Ein Budget sollte nicht mit der kurzfristigen Entwicklung von Wachstum und Verteilung verknüpft werden, sondern folgende Merkmale aufweisen:

- Es sollte zielorientiert sein, d. h. nach gesundheitspolitischen Kriterien den einzelnen Sektoren unterschiedlich viel Ressourcen zuteilen;
- es sollte mittelfristig angelegt sein
- und auf längere Sicht etwas stärker wachsen als das BIP.
- Eine gewisse Regionalisierung (Kühn 2001a) wäre ebenfalls angebracht, allerdings nur, wenn das regionale Finanzvolumen nicht an den wirtschaftlichen Reichtum der Region gebunden wird.

Sowohl die Makrosteuerung durch Budgetierung als auch die wirtschaftlichen und institutionellen Mikrobedingungen müssen Raum lassen für die außerökonomischen, d. h. gesundheitlichen, kulturellen und moralischen Dimensionen der Krankenversorgung. Das ist auf die Dauer gefährdet durch die Verwandlung der Institutionen in einzelwirtschaftlich handelnde Unternehmen, die unter den finanziellen Druck eines globalen Budgets gesetzt werden, das zudem an der tendenziell sinkenden Lohnquote ausgerichtet ist. Selbst bei Unversehrtheit des Leistungskatalogs der GKV wird damit in den Prozessen der Leistungserbringung das Solidaritätsprinzip ausgehöhlt (Kühn/Simon 2001, Kühn 1998a).

Die Diskurse über Ausgaben und Finanzierbarkeit – darauf sei abschließend hingewiesen – leiden unter einer ‘Geldillusion’ vieler Teilnehmer. Die heute übliche Gesundheitsökonomie verführt dazu, den Verlauf der Geldströme für die Sache selbst zu nehmen und nicht als monetäre Erscheinungen realer Prozesse. Daher laufen die politischen Empfehlungen vieler Experten nicht auf unmittelbare Lösungen realer Probleme in der Welt der Versorgungsinstitutionen, sondern auf die Gestaltung monetärer Anreize hinaus. Es geht aber im Gesundheitswesen um Elemente der realen gesellschaftlichen Lebensbedingungen, die ihre eigene Logik haben, welche zur Kenntnis genommen, analysiert und berücksichtigt werden will.

Literaturverzeichnis

- Braun, B./Kühn, H./Reiners, H. 1999 (3. Aufl.), Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt/M. (Fischer TB)
- Braun, B. 2000, Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen, St. Augustin (Asgard)
- Brook, R.H.; Kosecoff, B. 1988, Competition and Quality, Health Affairs, Summer 1988, 150-161
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 2000
- Bundesministerium für Gesundheit 1999, Daten des Gesundheitswesens 1999
- Cassel, D. 2001, Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ zum Reformbedarf des Gesundheitswesens, in: Deutscher Bundestag, Berlin, März 2001
- Deutscher Bundestag 1999, Drucksache 14/1245 v. 23.6.1999: „Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“
- Deutscher Bundestag 1999, Ausschuss für Gesundheit, 29. Sitzung am Mittwoch, 22.09.1999, unkorrigierte Version [des Protokolls]
- Deutscher Bundestag 1999, Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission ‘Demographischer Wandel’ BT-DS 13/11460, S. 218-260)
- Deutscher Bundestag 2001, Enquete-Kommission Demographischer Wandel: Anhörung am 22. Januar 2001 „Reformbedarf im Gesundheitswesen“, Protokoll, Berlin
- Deutschmann, C. 1999, Die Verheißung des absoluten Reichtums, Frankfurt/M New York (Campus)
- Evans, R.G. 1997, Going for Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. Journal of Health Politics, Policy and Law 22, 427-465
- Fachinger, U./Rothgang, H. 1997, Zerstört der demographische Wandel die Grundlagen der sozialen Sicherung?, Zeitschrift für Sozialreform 43, 11/12. 814-838
- Fries, J.J. 1987, An Introduction to the Compression of Morbidity, Gerontologica perspecta, 1, abgedruckt in: P.R. Lee/ C.L. Estes (Eds.) 1990, The Nation’s Health (3rd Ed.), S. 35-41
- Gerlinger, Th., J. Herdt, B. Rudolph und K. Stegmüller, Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, Wiesbaden 2000
- Hirschman, A.O. 1995, Denken gegen die Zukunft, Frankfurt/M (Suhrkamp)
- Hof, B. 2001, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. Köln
- House, J.S. et al. 1990, Age, Socioeconomic Status, and Health. The Milbank Quarterly 68, 383-411
- Krankenversicherungs-Budget 1974, Vorgelegt von Staatsminister Dr. Heinrich Geißler, Mainz
- Kühn, H. 1976, Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Berlin (Argument-Verlag): 179-195
- Kühn, H. 1997, Gesundheitspolitik für den ‘Standort Deutschland’: Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für kritische Medizin, 28, Hamburg (Argument-Verlag): 15-32
- Kühn, H. 1998a, Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken, in: Sozialer Fortschritt 47, 131-136
- Kühn, H. 1998b, Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen, Jahrbuch für kritische Medizin, 29, Hamburg (Argument-Verlag): 34-52
- Kühn, H. 2001, „Reformbedarf des Gesundheitswesens“, schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, in: Deutscher Bundestag, Berlin, März 2001

- Kühn, H. 2001a, Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P01-202, Berlin
- Kühn, H./Simon, M. 2001, Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, Abschlussbericht, Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (01 EG 9525/8), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Lubitz, J.D./Beebe, J./Baker, C. 1995, Longevity and Medicare expenditures, *New England Journal of Medicine*, 332: 999-1003
- Lubitz, J.D./Riley, G.F. 1993, Trends in Medicare payments in the last year of life, *New England Journal of Medicine*, 328: 1092-96
- Marmor, T.R. 2001, How not to think about Medicare Reform, *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 26, 1, S.107-117
- Marmot, M./Wilkinson, R.G. (Eds.) 1999, *Social Determinants of Health*, (Oxford University Press)
- McKinley, J.B. et al. 1989, A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, *International Journal of Health Services*, 19, 2: 181-208
- McKeown, T. 1976, *The modern rise of population*, London (E. Arnold)
- Mielck, A. 2000, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten*, Bern (Huber)
- Navarro, V. 1990, Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States, *The Lancet*, 336: 1238-1240
- Purdum, T.S. 1999, California to set level of staffing for nursing care, *New York Times* v. 12.10.1999
- Rice, T. 1998, *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago (Health Administration Press)
- Rosenbrock, R. 1999, Das Globalbudget - Chancen und Risiken für die Versorgungsqualität, *Die Krankenversicherung* 51, 174-179
- Ross, C.B./Remington, P.L./Davis, J.R. (Eds.) 1998 (2nd Ed.), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, Washington, D.C. (American Public Health Association)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, *Sondergutachten: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*, Baden-Baden (Nomos)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, *Sondergutachten: Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Baden-Baden (Nomos)
- Schmacke, N. 2001, Nutzen – Medizinische Notwendigkeit – Wirtschaftlichkeit, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 55, H. 3/ 4: 10-18
- Schwartz, F.W./Glennerster, H./Saltman, R.B. 1996, *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*, Chichester, New York (Wiley)
- Scitovsky, A.A. 1989, Medical care in the last twelve months of life, the relation between age, functional status, and medical expenditures., *The Milbank Quarterly*, 66, 640 – 660
- Simon, M. 2000, *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen (Westdeutscher Verlag)
- Statistisches Bundesamt, *Produzierendes Gewerbe, Fachserie 4, Reihe 4.3*;
- Temkin-Greener et al. 1992, The use and cost of health services prior to death, *Milbank Quarterly*, 70, 679-701
- Ulrich, V. 2000, *Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben, Was sind die treibenden Faktoren?* Discussion Paper, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Verbrugge, L.M. 1984, Longer Life but Worsening Health?, The Milbank Quarterly, 62, 3, abgedruckt in: P.R. Lee/ C.L. Estes (Eds.) 1990, The Nation's Health (3rd Ed.), Boston (Jones & Bartlett): 14-34

Wasem, J., 2000, Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in: S. Leibfried/Wagschal, U. (Hg.), Der deutsche Sozialstaat. Bilanz – Reformen – Perspektiven, Frankfurt/M/ New York (Campus), 427-438

Wennberg, J.E. 1992, Innovation and the Policies of Limits in a changing health care economy, in: Gelijns, A.C. (Ed.), Technology and Health Care in An Era of Limits, Washington, D.C. (National Academy Press), 9-33

White, J. 1995, Competing Solutions, American Health Care Proposals and International Experience, Washington, D.C., (Brookings Institution)

Zweifel, P. 1997, Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen, in, Merke, K. (Hrsg.), Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen, Berlin: 79-92

Zweifel, P./Felder, S. (Hg.) 1996, Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, Bern u. Stuttgart (Verlag Paul Haupt)

Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch faßbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig (1999) auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben und Institutionen), Interventionen in die Lebensweise (an den Beispielen Aids und Ernährung) und Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Krankenhaussteuerung und Versorgung von Aids-Patienten).

Die AG Public Health im WZB ist Mitglied im Berliner Zentrum Public Health (BZPH), einer gemeinsamen Einrichtung der Technischen Universität Berlin (TU), der Freien Universität Berlin (FU) und der Humboldt-Universität zu Berlin (HU).

E-mail: AG-PUBLIC-HEALTH@medea.wz-berlin.de

Homepage: <http://www.wz-berlin.de/ph/>

Wissenschaftliche Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Eva Barlösius

Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Dipl.-Sozw. Susanne Jordan, MPH

Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn (Leiter)

Dr. Uwe Lenhardt

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

