

Gäfgen, Gérard

**Working Paper**

## Ökonomische Analyse und gesundheitspolitische Gestaltung: Was kann die Gesundheitsökonomie leisten?

Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 240

**Provided in Cooperation with:**

Department of Economics, University of Konstanz

*Suggested Citation:* Gäfgen, Gérard (1988) : Ökonomische Analyse und gesundheitspolitische Gestaltung: Was kann die Gesundheitsökonomie leisten?, Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 240, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/75147>

**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.

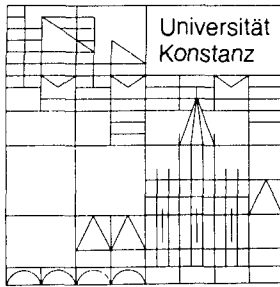
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**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.*



**Fakultät für  
Wirtschaftswissenschaften  
und Statistik**

---

Gérard Gäfgen

**Ökonomische Analyse  
und gesundheitspolitische  
Gestaltung:  
Was kann die  
Gesundheitsökonomie leisten?**

Diskussionsbeiträge

---

ÖKONOMISCHE ANALYSE UND GESUNDHEITSPOLITISCHE GESTALTUNG:  
WAS KANN DIE GESUNDHEITSÖKONOMIE LEISTEN ? \*

Gérard Gäfgen

Serie I - Nr. 240

Ag 3454 / 88 <sup>Wirtschaft</sup> <sub>1987</sub> <sup>Kiel</sup> <sub>1987</sub> ▲

Juli 1988

\* Erscheint später in Band 12 der Beiträge zur Gesundheitsökonomie  
der Robert Bosch Stiftung.

I.

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite:</u>	
I.	Grundsätzliches: Der politische Nutzen einer wissenschaftlichen Teildisziplin	1
II.	Die Begründung und Klärung gesundheitspolitischer Ziele: Der Beitrag der normativen Ökonomie	5
	A. Formale Logik der Zielformulierung	5
	B. Materiale Inhalte der Zielsetzung	6
	1. Allokation	6
	2. Sicherung	10
	3. Distribution	10
III.	Die Analyse von Maßnahmewirkungen: Der Beitrag der positiven Ökonomie	11
	A. Logische Analyse	11
	1. Ökonomische Theoriebildung	11
	2. Einige typische Beiträge der Wirtschaftstheorie	13
	B. Empirische Analyse	14
	1. Überprüfung und Schätzung theoretischer Effekte	14
	2. Einige empirisch bestätigte und ermittelte Effekte	15
IV.	Die Analyse ordnungspolitischer Möglichkeiten: Der Beitrag einer institutionalistischen Ökonomie	16
	A. Grundlegende Entscheidungssysteme	16
	B. Einrichtungen der Selbststeuerung auf verschiedenen Ebenen	20
	1. Die Verfassung einzelner Gesundheitsbetriebe	20
	2. "Selbstverwaltung" auf der mittleren Ebene	21
	3. Regelungen auf der Ebene übergeordneter Politikentscheidungen	23

## II.

	<u>Seite:</u>	
V.	Planung und Evaluierung im Gesundheitswesen: Der Beitrag ökonomischer Kalküle	23
	A. Ökonomie als Kalkülwissenschaft	23
	B. Evaluierungsverfahren	25
	C. Modellierungen als Planungshilfen	26
	1. Modellrechnungen	26
	2. Modelle mit Lösungsalgorithmen	27
	3. Offene Modelle und Simulationen	27
VI.	Die Analyse politischer Prozesse: Der Beitrag der politischen Ökonomie	28
	A. Die politische Rolle der Gesundheits- ökonomik	28
	B. Die ökonomische Analyse der Gesundheits- politik	30
	Fußnoten	32

## I. Grundsätzliches: Der politische Nutzen einer wissenschaftlichen Teildisziplin.

Fragt man nach der politischen Bedeutung einer bestimmten wissenschaftlichen Aktivität, so meint man damit ihren Beitrag zur Verbesserung politischer Maßnahmen im Sinne von besserer Erreichung der angestrebten Ziele. Offensichtlich hängt der aktuelle Beitrag sowohl vom Einfluß der wissenschaftlichen Einrichtungen auf das Handeln der Politiker ab als auch von ihrer potentiellen Fruchtbarkeit bei der Entwicklung zieladäquater Maßnahmen. So mag es Vorschläge von Seiten der Wissenschaft geben, welche durchaus fruchtbar im genannten Sinne sind, die sich aber im Prozeß der politischen Willensbildung nicht durchsetzen. Es erscheint daher zweckmäßig, die Frage des Einflusses zunächst zurückzustellen - was nicht bedeutet, sie endgültig auszuklammern, ist sie doch ihrerseits einer sozialwissenschaftlichen Analyse durchaus zugänglich. Sprechen wir also zunächst nur von der potentiellen politischen Fruchtbarkeit der Gesundheitsökonomie als solcher; dabei kann dann auf den Entwicklungsstand der Disziplin in der Bundesrepublik und die Aktivitäten, die ihn beeinflußt haben, jeweils hingewiesen werden. Die Frage, ob etwa erarbeitete Vorschläge zur Krankenhausfinanzierung letztlich die anstehende Neuordnung dieses Bereichs in der Bundesrepublik befruchtet haben (etwa beim Abgehen von der Ist-Kosten-erstattung in der Pflegesatzbildung), mag eine politikwissenschaftliche Fallstudie wert sein. Hier kommt es aber eher darauf an, daß die Etablierung der Gesundheitsökonomie als wissenschaftliche Disziplin in der Bundesrepublik nunmehr als abgeschlossen gelten kann. Zu fragen ist dann also, was sie insgesamt in ihrem gegenwärtigen Zustand und gestützt auf ihre bisherigen Ergebnisse an Beiträgen zur politischen Gestaltung beizutragen vermag, ja vielleicht auch, was eine erweiterte Anwendung ihrer Konzepte

und Methoden noch an Beiträgen erhoffen läßt. Letzteres läßt sich nicht einfach als Spekulation auf die Zukunft wegwischen, da viele Untersuchungen im Werden sind und viele Ansätze im Ausland bereits erprobt wurden und eine - natürlich relativierende - Anwendung auf die westdeutschen Verhältnisse durchaus möglich erscheint. Daher soll im folgenden immer zunächst von einem weiten Begriff potentiellen politischen Nutzens der Gesundheitsökonomie ausgegangen werden.

Aussagen über den politischen Nutzen der Gesundheitsökonomie implizieren dabei nicht, daß Wissenschaft nur instrumentalistisch definiert werden soll, also ausschließlich nach ihren Fähigkeiten, Abläufe unter bestimmten Bedingungen und damit auch Wirkungen von Maßnahmen vorherzusagen. Für die Ökonomie ist zwar von Friedman die Auffassung vertreten worden, sie könne durchaus auch aus unrealistischen Annahmen Aussagen ableiten, wenn diese nur zu richtigen Vorhersagen führen<sup>1</sup>. Noch weiter gehen konventionalistische Auffassungen, nach denen man sogar nur partiell gültige Gesetzmäßigkeiten zulassen soll, sofern man nur die Liste der Ausnahmen erschöpfend und verläßlich aufstellen kann. Richtig daran ist, daß bei der eingriffstechnischen Umsetzung vieler Erfahrungswissenschaften auf einen unvollkommenen Stand der Aussagen zurückgegriffen werden muß. Dies gilt mit Sicherheit auch für die Wirtschaftswissenschaft und wird für sie möglicherweise immer gelten. Das heißt aber nicht, daß nicht - etwa durch Umstürzen alter Paradigmen - ein vollkommenerer Stand der betreffenden Disziplin anzustreben wäre, der dann seinerseits einen breiteren Bereich bedingter Vorhersagen oder Vorhersagen breiterer Geltung erlauben würde. Der gestalterische Nutzen einer Disziplin geht also auf lange Sicht über ihre direkte kurzfristige instrumentelle Bedeutung hinaus. Das ist auch der Grund dafür, daß man eine Wissenschaft nicht einfach im Hinblick auf politische Ziele "finalisieren" kann, wie das in der wissenschaftspolitischen Diskussion von Kritikern einer im herkömmlichen Sinne freien Wissenschaft vorgeschlagen wurde<sup>2</sup>. Denn man kann nicht im voraus wissen, welche zielrelevanten Zusammenhänge wissenschaftliche Forschung noch entdecken wird; wäre das möglich, so hätte man ja bereits die nötige Information über Maßnahmen und zu erwartende Wirkungen. Für Aufträge der Gestaltungspraxis an die Wissenschaft, die durch die wissenschaftliche Entwicklung selbst als redundant erwiesen werden, gibt es genügend Belege. So zeigte sich, daß unter Verhältnissen der USA die Ermittlung der Belastung der Krankenhäuser durch Aufgaben der Medizinerbildung zwecks "richtiger" Kostenerstattung durch Staat und Versicherungen kaum von Bedeutung war, weil 1) die relative Größenordnung der Belastung recht gering war, 2) die errechnete Mehrbelastung großen-



teils auf andere Faktoren (Fallmischung und -schwere) als auf die Ausbildungsaufgaben zurückging, 3) die Belastungsfrage selbst keine Bedeutung für die Entlohnung der Krankenhausleistungen hat, wenn andere mehr ergebnis- statt kostenorientierte Entlohnungsformen Platz greifen<sup>3</sup>. Letzteres ist z.T. das Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchungen über Effizienzfolgen der nachträglichen oder z.T. auch der prospektiven Kostenerstattung, womit sich zeigt, daß die wissenschaftliche Entwicklung Fragestellungen der Praxis, die sich gern als Auftraggeber geriert, selbst wieder in Frage stellen kann. Aus diesem Grund kann auch die Rolle der Wissenschaft nicht als bloße Bereitstellung geeigneter Mittel zur Erreichung fest vorgegebener Zwecke angesehen werden. Die Zwecke selbst haben ja ihrerseits in anderem Zusammenhang Mittelcharakter, wengleich in der Regel in jeder Zielformulierung normative Aspekte enthalten sind.

Der partiell normative Charakter gilt aber auch für Maßnahmen, da es je nach weltanschaulichem Standpunkt unterschiedliche Vorlieben für bestimmte Instrumente gibt, die ihrerseits wieder zum Teil auf belegte Erfahrungen mit diesen Instrumenten in anderen Zusammenhängen, also auf erfahrungswissenschaftliche Aussagemöglichkeiten, zurückgehen. In der Wirtschaftswissenschaft sind diese Aspekte besonders ausgeprägt. Es bietet sich daher an, als einen ersten Beitrag der Gesundheitsökonomie zur politischen Gestaltung ihren Beitrag zur Abklärung von Zielen der Gesundheitspolitik zu sehen (folgender Abschnitt II).

In der üblichen "technokratischen" Rollenzuweisung an die Wissenschaft würde dieses "pragmatische" Wechselspiel zwischen den Führungsrollen von Politik und Wissenschaft allenfalls in zweiter Linie rangieren, beruht es doch auf der für wissenschaftliche Aussagen charakteristischen Möglichkeit, bedingt-prognostische Aussagen in Wirkungsprognosen für Maßnahmen oder in Eignungsaussagen über Maßnahmen in Bezug auf erwünschte Wirkungen umzuformen. Diese Analyse von Maßnahmewirkungen setzt die Formulierung von Theorien und damit fruchtbaren Begriffen voraus, aus denen nomologische Hypothesen abgeleitet und mit deren Hilfe oft erst Gestaltungsfragen aufgeworfen werden können. Gerade in der Ökonomie mit ihrem komplexen logisch-begrifflichen Gerüst besteht daher Politikhilfe in logischer Formulierung und Bereitstellung empirisch überprüfter Zusammenhangsaussagen. Hinzu kommt die Ausbildung empirischer Verfahren (z.B. health econometrics) in der Ökonomie, die auch anderen Hilfswissenschaften der policy analysis in der Gesundheitspolitik zugute kommt. Diese Beiträge der "positiven Ökonomie" im Unterschied zu der zuerst erwähnten normativen Ökonomie sind also besonders vielfältig und sollen daher im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen (Abschn. III).

Einen breiten Raum in der gesundheitspolitischen Diskussion nehmen die ordnungspolitischen Fragen ein. Auch ihnen liegen Wertvorstellungen, aber auch Erfahrungsaussagen zugrunde. Es ist jedoch zweckmäßig, die Gestaltung von Ordnungen, also von großen institutionellen Komplexen, welche sich selbst regelnde Systeme bilden, gesondert zu behandeln. Auch hier verfügt die Ökonomie über ein breites ordnungstheoretisches Begriffs- und Aussagengerüst, dessen Anwendung zur Analyse relevanter Aspekte von Gesundheitssystemen sich anbietet (Abschn. IV).

Gegenstand der Ökonomie sind zwar Verhaltensweisen und damit zusammenhängende Prozesse, jedoch bedient sie sich zu diesem Zweck vielfach der Vorstellung bzw. Grundhypothese eines kalkulierenden Subjekts, welches seine Umwelt durch ein Modell relevanter Zusammenhänge abbildet. Kehrt man diese Hilfsvorstellung um in eine Kunstlehre, so erhält man eine Logik der Evaluierung und der Handlungsplanung. Kein Wunder, daß Vertreter der britischen Gesundheitsökonomie diese vielfach gleichsetzen mit einer Hilfsdisziplin zur Evaluierung, Planung und Organisation im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes, also eines staatlichen "Großbetriebes"<sup>4</sup>. Logisch entspricht dies dem Aussagencharakter einer entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, deren Beitrag zur Gestaltung von Gesundheitsbetrieben inzwischen auch schon weit entwickelt ist<sup>5</sup>. Das rechtfertigt eine gesonderte Behandlung des ökonomischen Beitrages zur Planung und Evaluierung (Abschn. V), obwohl methodisch hier nur eine Ausweitung des vorher (Abschn. III) schon angesprochenen Begriffsrahmens der ökonomischen Wissenschaft vorliegt.

Bleibt schließlich die eingangs ausgeklammerte Frage der Durchsetzbarkeit gesundheitsökonomisch erarbeiteter Gestaltungsvorschläge in der praktischen Politik. Obwohl es hier um die Rolle der Wissenschaft selbst im politischen Prozeß geht, also ein Problem einer anderen Aussagenebene, kann es doch mit den Mitteln der Erfahrungswissenschaft angegangen werden, die ja auch das Verhalten im politischen Bereich mitanalysiert. Die Rückwirkungen von Vorgängen im Gesundheitswesen auf den politischen Prozeß und die daraufhin getroffenen Maßnahmen sind ja Teil des in der obengenannten ordnungstheoretischen Analyse untersuchten Ordnungsgefüges (Abschn. IV), in das sich demnach auch die wissenschaftliche Beratung der Politik miteinfügt. Wegen der besonderen Bedeutung von Aussagen hierüber für die Realisierung von Maßnahmevorschlägen ist es jedoch zweckmäßig, Bestimmungsgründe der gesundheitspolitischen Gestaltung - ob wissenschaftlich fundiert oder nicht - gesondert einer politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik (Abschn. VI) zuzuweisen, auch wenn diese nur einen Anwendungsfall sozialökonomischer Verhaltens- und Ablaufserklärung darstellt<sup>6</sup>. Damit rundet sich das Bild der verschiedenen

Dimensionen des politischen oder besser Gestaltungsnutzens der Gesundheitsökonomie. Versuchen wir nun also, die bislang skizzierten Behauptungen über diese fünf verschiedenartigen Politikbeiträge der Gesundheitsökonomie entweder im Einzelnen zu belegen - was bisher Geleistetes betrifft, oder wenigstens plausibel zu machen - was die erst in Ansätzen erkennbaren Möglichkeiten der Politikhilfe angeht.

## II. Die Begründung und Klärung gesundheitspolitischer Ziele: Der Beitrag der normativen Ökonomie.

### A. Formale Logik der Zielformulierung.

Voraussetzung für die Ableitung geeigneter Maßnahmen und Programme ist die Postulierung eindeutig und widerspruchsfrei formulierter Ziele. Die gesundheitspolitische Praxis verfügt nur scheinbar über solche Zielvorstellungen, da Maximen wie etwa "Gesundheit für alle" (Programm der WHO) weder über die Dimension noch das Niveau noch die interpersonelle Verteilung angestrebter Gesundheitszustände genug aussagen. Ökonomen sind von den wohlfahrtsökonomischen Diskussionen her hingegen vertraut mit vieldimensionalen, mehr oder minder abstufbaren und widerspruchsfrei formulierten Zielsystemen (Gesamtzielkennlinien, gesellschaftlichen Wohlfahrtsfunktionen, Performanzkriterien etc.). Zudem haben sie die Fragen der Ableitung geeigneter Maßnahmen und der Erfolgskontrolle von Maßnahmen so weit durchdacht, daß sie Anforderungen an die operationale Formulierung von Zielvariablen, die als Erfolgskriterien dienen sollen, aufzustellen vermögen, z.B. Anforderungen an soziale Indikatoren, auch an solche des Gesundheitsbereichs<sup>7</sup>, z.B. Meßbarkeit, Sensitivität, Validität, Vollständigkeit usw. Während Gesundheitspolitiker oft von Erfolgen sprechen, die nur einer unvollständigen und nicht problemgerechten Zielformulierung und darüber hinaus mehr der Gunst der Umstände als den getroffenen Maßnahmen zu verdanken sind, weiß der wissenschaftliche Berater, daß eingetretene Wirkungen immer mehreren Veränderungen, und nicht nur getroffenen Maßnahmen zuzurechnen sind. Wenn etwa die Diskussion um eine Kostendämpfungsgesetzgebung und die mangelnde Vertrautheit mit neuartigen Bestimmungen zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt, so weiß der policy-Experte, daß Ankündigungs- und Ungewißheitseffekte noch nicht die endgültigen Maßnahmewirkungen darstellen und daß überdies der Einfluß exogener Variablen bei der Erfolgszurechnung herausgerechnet werden muß.

Letzteres ist nur möglich, wenn man eine annähernde Vorstellung von empirischen

Zusammenhängen besitzt, welche den Grad der Erreichung von Zielen beschränken. Nur dann kann auch angegeben werden, wie weit Gegensätze zwischen der gleichzeitigen Erreichung zweier Ziele oder Zieldimensionen bestehen, also Zielkompromisse in Form gradueller trade-offs getroffen werden müssen. Allein schon die Beschränktheit der verfügbaren Ressourcen macht stets solche Zielkompromisse erforderlich. Die dazu nötigen Abwägungen sind die gleichen, die auch der Zusammenfassung mehrerer Zieldimensionen zu einem Index der Zielerreichung zugrunde liegen - und es gibt kaum eine Wissenschaft, die sich mit den formal-logischen Problemen der Aggregation von Urteilsdimensionen so stark befaßt hat wie die Ökonomie. Gesundheitszustandsindices haben daher nicht zufällig ähnliche Eigenschaften wie wirtschaftliche Aggregaturteile, sei es, daß sie in Form ordinaler Indifferenzloci konstruiert werden, wie der Index von Culyer, Lavers und Williams, sei es, daß sie wie lineare Nutzenfunktionen behandelt werden, welche die stationär konvergierenden Ergebnisse stochastischer Zustandsänderungen wiedergeben<sup>8</sup>. Es sei ausdrücklich betont, daß sich solche Zielfragen sowohl für einzelne Gesundheitsbetriebe und deren Teile stellen, also etwa auf der Ebene der klinischen Erfolgskontrolle, wie für größere Programmbereiche und die Gesamtwirtschaft.

Man macht sich solche formalen Methoden der Zielformulierung am besten anhand von einzelnen konkreten Zielbereichen klar. Damit gewinnt man zugleich eine Vorstellung von der geforderten Vollständigkeit der Zieldimensionen, die hier am Beispiel des auf der folgenden Seite schematisch dargestellten typischen Zielkomplexes der Gesundheitspolitik illustriert werden soll. In diesem spiegeln sich zugleich die Analogien zwischen den üblichen Katalogen gesamtwirtschaftlicher allokativer, distributiver und stabilisierender Ziele und den in der Gesundheitspolitik üblichen Beurteilungskriterien wider. Zur Vermeidung langer Darlegungen über die Entsprechungen zwischen praktikablen Annäherungszielen und theoretisch streng gefaßten Zielen wurden die Unterschiede in den entsprechenden Spalten des Schemas formuliert und zugleich Beispiele für fehlerhafte und einengende Zielauslegungen gegeben, wie sie sich in der praktischen Politik häufig - und überdies aus leicht erklärbaren Gründen (vgl. unten Abschn. VI) beobachten lassen.

## B. Materiale Inhalte der Zielsetzung

### 1. Allokation

Sobald von solch konkreteren Zieldimensionen die Rede ist, geht in manchen Fällen auch der formale Beitrag ökonomischer, d.h. nur: in der Ökonomie zuerst entwickel-

# Zielformulierungen der ökonomischen Analyse und der praktischen Gesundheitspolitik

Angesprochene Zieldimension	Wohldefinierte Zielformulierung der ökonomischen Analyse	Entsprechende pragmatische Zielformulierung	Fehlformulierung bei praktischer Zielverfolgung
"Gute Gesundheit"	optimales Gesundheitsniveau ("grand efficiency")	verringerte Morbidität und Mortalität	hohes Niveau an Gesundheitsleistungen
"Gleichheit"	optimale Angleichung individ. Gesundheitszustände gleiche Chance der Versorgung im Krankheitsfalle gerechtere Einkommensverteilung	Gesundheitsschutz in Konsum und Arbeit ungehemmter Zugang zum Gesundheitssystem soziale Lastenverteilung der Gesundheitskosten	Gesundheit für alle als Leerformel für beliebige Programme Einheitsversorgung zwecks Gleichheit gleiche relative Belastung der Einkommen durch Beiträge
"Sicherheit"	optimaler Versicherungsgrad bez. Krankheitsfolgerisiken	Soziale Krankenversicherung bei zumutbarer Selbsttragung von Risiken	Berufung auf ein Gestaltungsprinzip (z.B. Solidaritätsprinzip)
"Freiheitlichkeit"	Weitgehende Selbstgestaltung der Risikoabsicherung und des Zugangs zu Leistungsangeboten Freier Zugang von Anbietern zum Gesundheitswesen	Wahlelemente in der Krankenversicherung bei möglichst freier Arztwahl Niederlassungsfreiheit	Ablehnung von frei wählbaren Versicherungsformen mit Bindung an eine Anbietergruppe Berufsfreiheit für Unqualifizierte
"Wirtschaftlichkeit"	Effizienz 1. Stufe: effiziente Produktion von Gesundheit durch Lebensgestaltung und Ressourceneinsatz Effizienz 2. Stufe: effiziente Produktion von Gesundheitsleistungen	Förderung der primären und sekundären Prävention Kostensenkung bei gegebenem Leistungsspektrum	Förderung von Früherkennung von Krankheiten ohne Beachtung von Nutzen und Kosten im Vergleich zu Spätbehandlung Kostendämpfung ohne Rücksicht auf das Leistungsspektrum
"Fortschritt"	Kosteneffektive und effiziente medizinische Innovationen	medizinisch-technischer Fortschritt bei Behandlung verbreiteter oder schwerwiegender Krankheiten	rasche Verbreitung jeweils neuester medizinischer Techniken

ter, Methoden über in einen materialen Beitrag, eine Befürwortung bestimmter Ziele als beachtenswert. Einen ersten Ansatz hierzu bietet das Ziel der Ansteuerung eines "optimalen Gesundheitsniveaus", welches die Forderung rationaler Allokation der gesellschaftlichen Ressourcen impliziert - ein Grundsatz, welcher als methodisches Prinzip oder als Eigenwert verstanden werden kann. Er setzt ein Aggregaturteil über Volksgesundheit voraus und verlangt, daß statt maximaler Volksgesundheit ein Zustand anzustreben ist, welcher der Bedeutung auch anderer Ziele der Gesellschaft gerecht wird und damit Effizienz auf der höchsten Wertungsstufe (grand efficiency) realisiert. Zugleich verlangt er, daß beachtet wird, wie weit Gesundheit zur Erreichung dieser anderen Ziele beiträgt und wie hoch das Opfer an effizient eingesetzten Ressourcen ist, welches man bei anderen Zielen zugunsten eines Mehr an Gesundheit zu bringen bereit ist. Demnach steht ein optimales Gesundheitsniveau erst fest, wenn auch bei gegebener Ressourcenausstattung den sozialen und technischen Möglichkeiten einer Gesellschaft zur Erreichung von Gesundheit und anderen sozialen Zielen Rechnung getragen wird. Dann ist indirekt auch der "richtige" Anteil der Gesundheitsaufwendungen am Sozialprodukt definiert<sup>9</sup> - eine nur regulativ zu verstehende und daher nicht unmittelbar anwendbare Idee, welche aber ihre praktische Entsprechung in der Diskussion über die "zu starke" Expansion des Gesundheitssektors hat.

Ob die Aufwendungen für das Gesundheitswesen zu hoch sind, kann erst beurteilt werden, wenn man weiß, wie weit das Gesundheitswesen selbst zur "Produktion des Gesamtgesundheitsniveaus" beiträgt und wie weit andere sozialökonomische Zustands- und Aktivitätsmerkmale diesen Effekt beeinflussen. Nicht umsonst bilden daher Erwägungen über einschlägige Produktionsfunktionen die Grundlage gesundheitsökonomischer Betrachtungen, selbst in einfachen Lehrbüchern, wie bei Feldstein<sup>10</sup>.

Zu hohe Gesundheitsaufwendungen der Gesellschaft können aber auch durch mangelnde Effizienz in der Verwendung und schließlich in der Produktion von Gesundheitsleistungen hervorgerufen werden. Auf dieser Ebene werden zumeist die Effizienzüberlegungen festgemacht, da die neoklassische Ökonomie schon früh Bedingungen für die effiziente Produktion und Verwendung wirtschaftlicher Güter im Sinne der Erreichung eines paretianischen Optimums aufgestellt hat. Wenn bei der Ableitung dieser Bedingungen Marktunvollkommenheiten und Marktversagen berücksichtigt werden, so läßt sich gar eine effizienzorientierte Gesundheitspolitik zunächst ohne Beachtung anderer Zielsetzungen definieren. Sie verlangt z.B. die Einbeziehung

aller externen Effekte in die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, also Beachtung von Infektionsrisiken und gesundheitlichem Wohlergehen von Mitmenschen, sowie Einrichtungen, welche Marktunvollkommenheiten, wie den mangelnden Sachverstand der Patienten, kompensieren<sup>11</sup>. So treffend hiermit wichtige Aspekte betrieblicher und marktlich-allokativer Effizienz erfaßt werden können, scheint aber der Anspruch einer so verstandenen Gesundheitsökonomie - welche also genau einer engen neoklassischen Wohlfahrtsökonomie entspricht - trotzdem überzogen, müssen doch Probleme sozialer Ungleichheit, unsicherer Versorgung, ganz zu schweigen von Aspekten der Selbstbestimmung, entweder außer acht gelassen oder unter recht willkürlichen Uminterpretationen als "Externalitäten" untergebracht werden. Bleiben als Kern fruchtbarer Zuständigkeit der wohlfahrts-theoretisch orientierten Gesundheitsökonomien engere Effizienzfragen wie

- Minimierung der Kosten pro Leistungseinheit in Gesundheitsbetrieben
- Optimierung der Anzahl der Betriebe im Markt und damit der Betriebsgrößen
- Ausrichtung der Leistungen jedes Teils der Gesundheitsindustrie in Menge und Qualität an der Nachfrage, welche die wohlinstruierten und nicht exzessiv versicherten Patienten ausüben (oder ausüben würden).

Ärztliche Leistungen können z.B. zu geringeren Kosten produziert werden, wenn in den Arztpraxen eine optimale Arbeitsteilung unter Delegation von Teilaufgaben an andere Kräfte stattfindet<sup>12</sup>. Die Gesundheitspolitik könnte demnach eine Revision des Berufsrechts für Ärzte und andere medizinische Berufe zwecks Effizienzsteigerung vorsehen. Solche Maßnahmen sind aber wenig wirksam, solange nicht die Preisbildungsformen so gestaltet sind, daß Anreize zur Herstellung wenigstens von technischer innerbetrieblicher Effizienz (X-Effizienz) geschaffen werden. Die ökonomischen Modelle des Krankenhausverhaltens zeigen bei den meisten Preisbildungsformen deutliche Tendenzen zur X-Ineffizienz<sup>13</sup>.

Ob der vielfach praktizierten Krankenhausbedarfsplanung und dem dabei stets unterstellten räumlichen System von Krankenhäusern eine fundierte Vorstellung von optimalen Betriebsgrößen zugrunde liegt, kann man füglich bezweifeln, da es vielfach an entsprechenden Untersuchungen über langfristige Kostenverläufe (einschl. Zugangskosten für die Patienten) fehlt. Die ökonomische Betrachtung macht hier also auf Mängel in den Informationsgrundlagen bei schwerwiegenden Entscheidungen aufmerksam. Schließlich ist von vielen Versicherungs- und Vergütungsformen bekannt, daß sie zur übermäßigen Nutzung von Gesundheitsleistungen im Sinne allokativer Ineffizienz führen - woraus sich entsprechende Maßnahmeempfehlungen, z.B. Versicherungszahlungen in Form fallspezifisch fixer Indemnitäten, ableiten lassen.

Statische Effizienz kann bis zu einem gewissen Grade der Dynamik des Fortschritts in Form der wirksameren oder kostengünstigeren Erzeugung von Gesundheit geopfert werden. Nicht jede Neuerung ist aber auch kosteneffektiv, so daß zur Gesundheitspolitik auch eine geeignete Rahmenpolitik gehört, welche die Erzeugung und breite Anwendung geeigneter medizinischer Neuerungen fördert - soweit sich die Entwicklung von Neuerungen sinnvoll "finalisieren" läßt<sup>14</sup>.

## 2. Sicherung.

Hinsichtlich der Sicherung der Versorgung läßt sich ebenso zeigen, daß nicht maximale Sicherheit im Sinne kostenloser Versorgung in jedem Erkrankungsfall sinnvoll ist (auch staatliche Vollversorgungssysteme bieten diese Sicherheit nur scheinbar, da die Gesundheitsbetriebe in solchen Systemen die Gesundheitsleistungen je nach Schwere und Heilungsaussichten rationieren müssen). Nach nutzentheoretischen Erwägungen ist vielmehr besonders dringlich die Versicherung gegen seltenere aber kostenmäßig katastrophale Erkrankungen, während sich die mit Verwaltungskosten "geladenen" Prämien für kleinere Risiken bei Selbstbestimmung eines voll aufgeklärten Patienten nicht würden rechtfertigen lassen. Auch verlangt optimale Sicherheit nicht eine redistributive Ausgestaltung von Krankenversicherungsbeiträgen, da der Zugang für zahlungsschwache Bevölkerungsteile auch anders, z.B. durch Gutscheine aus einem zu erhöhenden allgemeinen Steueraufkommen, gesichert werden kann. Sicherer Zugang bedeutet noch kein sicheres Ergebnis der medizinischen Behandlung. Die dafür erforderlichen Qualitätssicherungsmechanismen sind noch unterentwickelt; wirksamer als Kunstfehlerprozesse und ärztliche Überwachungsgremien wären z.B. periodische Überprüfungen der Niederlassungsrechte der medizinischen Berufe in Abhängigkeit von einer ständigen Weiterqualifizierung. Die Regelung nur der Erstzulassung zu diesen Berufen sichert allenfalls eine gute Qualifikation der jeweils neu Ausgebildeten; das Qualitätsargument ist also nur eine schwache Stütze für die Lizenzierung solcher Berufe<sup>15</sup>.

## 3. Distribution.

Verteilungspolitisch sind Gleichheitsideale für das Gesundheitswesen besonders charakteristisch; auch hier sind kurzschlüssige Zielvorstellungen stark verbreitet. Eine gerechtere Einkommensverteilung hat mit Gesundheitspolitik z.B.



nur wenig zu tun, obwohl man natürlich in jedem gesellschaftlichen Gestaltungsbereich die Frage nach den Distributionswirkungen aufwerfen kann. So wurde bereits gezeigt, daß eine einkommensmäßig erwünschte Lastenverteilung der Gesundheitskosten nicht ein redistributives Beitragssystem in der Krankenversicherung impliziert. Leistungsgerechte Entlohnungen für medizinisches Personal mögen Teil einer Gerechtigkeitsvorstellung sein, zumal sie Anreize zur Motivierung hinreichenden Nachwuchses darstellen. Das Schwergewicht der Gleichheitsvorstellungen liegt jedoch im gleichen Zugang zum Gesundheitssystem im Krankheitsfall, also in gleicher - wenn auch nicht vollkommener - Mindestabsicherung des Krankheitsfolgenrisikos. Die Opportunitätskosten, Wegekosten und psychischen Kosten einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind ohnehin recht verschieden, ebenso wie die Risikopräferenzen. Soweit sich solche Barrieren bei bestimmten Bevölkerungsteilen kumulieren, kann daraus ein Argument allzu unterschiedlichen Zugangs zum Gesundheitssystem abgeleitet werden. Zugang darf auch nicht mit effektiver Inanspruchnahme gleichgesetzt werden, da unterschiedliche Krankheitsinzidenz hier auch bei gleichem Zugang unterschiedliche Leistungsinzidenz zur Folge hat. Das führt uns zu dem grundlegenden Problem von Unterschieden im Gesundheitszustand selbst, die auf Differenzen in der Lebens- und Arbeitsweise zurückgehen und die letztlich nur über diejenigen Faktoren beeinflußt werden können, welche auf grundlegenden sozialen Strukturen und damit verbundenen sozialkulturellen Orientierungen beruhen<sup>16</sup>. Hier geht Gesundheitspolitik in Gesellschaftspolitik über, wenngleich auch hier Einzelmaßnahmen der Wohnungshygiene, des Arbeitsschutzes etc. Wirkungen zeitigen können - wiederum, falls der Einfluß solch einzelner Faktoren sorgfältig genug analysiert wurde. Auch darf hier nicht außer acht bleiben, daß die Konsum- und Erwerbsaktivitäten der Bevölkerung sehr unterschiedliche Gesundheitsrisiken mit sich bringen, die schlechthin nicht auf ein gleiches Ausmaß gebracht werden können, zumal sie sich bekanntlich sogar in Einkommensdifferentialen niederschlagen<sup>17</sup>.

### III. Die Analyse von Maßnahmewirkungen: Der Beitrag der positiven Ökonomie

#### A. Logische Analyse

##### 1. Ökonomische Theoriebildung

Da Wirtschaftstheorie aus grundlegenden Annahmen über das Verhalten von Individuen und Wirtschaftseinheiten ableitet, welche Vorgänge sich unter bestimmten Bedingungen vollziehen, stellt sie auch Vermutungen darüber auf, welche Wirkungen von

Veränderungen der Umstände - hier als Folge von gesundheitspolitischen Maßnahmen - ausgehen werden und wie diese sich letztlich tendenziell - z.B. in einem neuen Gleichgewichtszustand, der zur annähernden Voraussage abgeleitet wird - ausprägen werden. Solche Vermutungen können zwar auch auf andere Weise gewonnen werden, jedoch kann die Wirtschaftstheorie durch Anwendung von Optimierungsannahmen und Gleichgewichtsanalyse relativ komplexen Umständen und Bestrebungen Rechnung tragen. Was den Inhalt menschlicher Bestrebungen und die Wahrnehmung von Möglichkeiten angeht, so muß sie sich zwar auf Ergebnisse anderer Sozialwissenschaften hinsichtlich der Sozialisation oder kognitiver Vorgänge stützen, jedoch hat ihr Paradigma der Wahl von Parameterwerten durch Handlungssubjekte unter Nebenbedingungen den Vorzug, nicht unmittelbar von äußeren Umständen auf Verhaltensdeterminierung schließen zu müssen (homo sociologicus). So kann z.B. die Wirkung verschiedener zusammenwirkender Situationsmerkmale auseinandergehalten werden, etwa die möglicherweise unterschiedlichen Wirkungen von Einkommenshöhe und Bildungsgrad auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen<sup>18</sup> unter Beachtung von Opportunitätskosten der Inanspruchnahme medizinischer Behandlung, also von Einflüssen entgangener zeitabhängiger Entlohnung. Das Gegenbeispiel ist die medizinsoziologische These von der Schichtenspezifität von Gesundheitszuständen, welche alle diese Einflüsse undifferenziert als gleichlaufende Klassenmerkmale auffaßt<sup>19</sup> und damit kaum einzelne wirksame Ansatzpunkte zur spezifischen Beeinflussung der Nachfrage nach Gesundheit aus der theoretischen Erklärung selbst abzuleiten vermag. Die Beiträge der Theorie sind zwar für sich allein genommen nicht hinreichend für die Entwicklung eines wirksamen gesundheitspolitischen Instrumentariums, da Deduktionen auch aus relativ breit (indirekt) bewährten Theorien der empirischen Überprüfung bedürfen und vor allem, weil die ökonomische Theorie selten etwas über die Größenordnung von Effekten und eher nur etwas über ihre Wirkungsrichtung auszusagen vermag. Jedoch trägt schon die bloße logische Analyse der Theorie dazu bei, zu erwartende Probleme zu erkennen. So wissen wir, daß bei Nachfragern Einkommens- und Substitutionseffekte von Preisänderungen zu erwarten sind. Wenn also etwa eine Person eine Krankenversicherung abgeschlossen hat und sich dadurch die für Gesundheitsleistungen zu zahlenden Preise für sie verbilligen, so ist im Krankheitsfalle verglichen mit einem Zustand ohne Versicherung ihr Realeinkommen gestiegen und zwar umso mehr, je wirtschaftlich schwerwiegender die Krankheitsfolgen sind, und umso weniger, je höher die zu zahlende Versicherungsprämie ist. Entsprechend wird der bekannte Effekt des "moral hazard" auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Größenordnung variieren<sup>20</sup>. Maßnahmen zur Eindämmung versicherungsinduzierter Mehrnachfrage stützen sich jedoch oft

einfach auf die Vorstellung, daß Menschen ihre Versicherungsbeiträge wieder hereinholen wollen und daß solcher "Immoralität" und "Anspruchsmentalität" entgegengewirkt werden müsse - was angesichts von Einkommenseffekten und bremsenden Opportunitätskosten vielleicht bei manchen Versicherten gesundheitspolitisch gar nicht richtig wäre. Möglicherweise läßt sich manchmal moral hazard auf kognitive Dissonanz oder auf die aus der Steuerwirkungslehre bekannten "Grolleffekte" (spite effects) zurückführen, die Heranziehung solcher unsicheren Erklärungen ist jedoch für Zwecke der Wirkungsprognose zumeist entbehrlich.

## 2. Einige typische Beiträge der Wirtschaftstheorie.

Besonders vielfältige gesundheitspolitische Anwendungen bietet die bereits erwähnte Theorie der Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, die ja auch die Wirkungen von Versicherungsformen umfaßt<sup>21</sup>. Sie ermöglichen Prognosen künftiger Nutzungen medizinischer Einrichtungen und eine gezielte Förderung oder Bremsung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Bevölkerungsgruppen. Die Theorie unterscheidet diese Nachfrage von einem je nach Zielsetzung normativ fixierten "Bedarf", welcher als Richtschnur für die Angebotsplanung, aber eben auch wieder für die Steuerung der Nachfrage in Richtung auf eine erwünschte Nutzung der gewollten Kapazitäten dient. Seit langem berücksichtigt die Wirtschaftstheorie auch die Wahrnehmung von Belangen eines Wirtschaftssubjekts durch einen Agenten, der dabei in mehr oder minder großem Ausmaße auch seine eigenen Ziele verfolgt. Bei der Artikulierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist der Arzt ein solcher Agent des Patienten, was es der Theorie ermöglicht, Angebotsänderungen bei medizinischen Leistungen als Bestimmungsgründe für Nachfrageänderungen anzusehen. Der bekannteste Anwendungsfall ist die Abhängigkeit der Menge der pro Patient erbrachten Leistungen von der Arztdichte<sup>22</sup>. Alte Vorstellungen wie die vom Effekt der Verfügbarkeit von Krankenhausbetten auf deren Nutzung (Roemer-Effekt) werden dabei zunehmend verfeinert. Beispielsweise stellt sich heraus, daß auch unter der Annahme perfekter Wahrnehmung von Wünschen oder gesundheitlichen Interessen der Patienten bestimmte Effekte auftreten oder gar besser erklärt werden können<sup>23</sup>. Das ist von Bedeutung für die Ansatzpunkte der Nachfragesteuerung: Arzt oder Patient, Honorarzahlsform oder Selbstbeteiligung. Allzu oft wurden in diesem Bereich vorschnell akzeptierte Theorien zur Rechtfertigung der Befürwortung oder Ablehnung gesundheitspolitischer Maßnahmen herangezogen, etwa die Arztbestimmtheit des Leistungsvolumens als Gegenargument gegen eine Steuerung auf dem Weg über das Patientenverhalten. Auf die Nachfrage nach Versicherung im Sinne der Abdeckung von verschiedenen Krankheitsrisiken wurde bereits hingewiesen; die einschlägige Theorie ist vor allem von Bedeutung, wenn der Bevölkerung oder Teilen davon Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen

Formen und Graden der Risikoabsicherung angeboten werden sollen. So muß der Versicherungsanbieter etwa mit adverser Selektion bei asymmetrischer Information rechnen: je günstiger seine Tarife, umso mehr tendieren schlechte, aber verborgene Risiken dazu, sich bei ihm zu konzentrieren. Auch auf die Folgen für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wurde oben schon hingewiesen. Werden bestimmte Leistungen, z.B. solche der stationären Versorgung, allein oder in stärkerem Maße als andere versichert, so werden sie im Krankheitsfalle gegenüber substitutiven Leistungen vorgezogen: Gesundheitliche Verbesserungen werden nicht mehr auf die effizienteste Weise erzeugt. Ebenso lassen sich Folgerungen für das Verhalten der Gesundheitsbetriebe als Anbieter unter gegebenen Bedingungen ziehen. So wird in der Praxis oft übersehen, daß es eine eindeutige Zurechnung von Kosten zu verschiedenen Leistungen bei verbundener Produktion nicht geben kann<sup>24</sup> und daß Anbieter daher die Deckungsbeiträge für die Gemeinkosten dort herzuholen tendieren, wo es ihnen am leichtesten fällt. Ebenso wird bei Vorschlägen, die Höhe der Vergütungen von Krankenhäusern nicht an den effektiv entstandenen Kosten zu orientieren, übersehen, daß dadurch eventuell entstehende Gewinnspielräume von nicht-gewinnorientierten Betrieben dazu benutzt werden, sich im Qualitätswettbewerb einen Vorsprung zu verschaffen, und daß dadurch das Kostenniveau der stationären Versorgung hinaufgetrieben wird. Demnach verlangen solche Maßnahmen eine Ergänzung in Bezug auf die Regelung und Überwachung eines erwünschten Qualitätsniveaus. Andernfalls entstehen sogar Verzerrungen bei der Schätzung von Kostenfunktionen für solche Betriebe<sup>25</sup>.

## B. Empirische Analyse

### 1. Überprüfung und Schätzung theoretischer Effekte.

Erst die Anwendung empirischer Methoden ermöglicht eine - naturgemäß immer vorläufige - Bestätigung theoretisch abgeleiteter Wirkungen. Da ökonomische Theorien Geltung nur unter einer ganzen Reihe von Einschränkungen hinsichtlich der Konstanz übriger Einflüsse beanspruchen, muß bei empirischer Überprüfung auch immer auf andere (besonders auf konterkariierende) Einflüsse hin kontrolliert werden. Dies ermöglichen nur entsprechende statistische Verfahren des simultanen Umgangs mit vielen Variablen, also etwa multiple Regressionen und andere multivariate Verfahren. Sie beinhalten oft auch, daß konkurrierende Erklärungen mit untersucht werden. Da die Größenordnung von Effekten in der Theorie oft nicht angebbar ist, dienen diese Verfahren auch der Schätzung von Koeffizienten, so besonders die

einschlägigen Methoden der Ökonometrie. Schließlich gibt es empirische Untersuchungen von Problemen, für die überhaupt noch keine adäquaten Theorien existieren. Nicht, als ob es Testung und Schätzung ohne Theorie gäbe, aber vielleicht existieren nur vorläufige Vermutungen über die Auswirkungen bestimmter Konstellationen. Beispielsweise war bis vor kurzem wenig bekannt über das Ausmaß und die Dauerhaftigkeit der Wirkungen von staatlichen Werbefeldzügen zugunsten eines Minderverbrauchs gesundheitsschädlicher Produkte wie Tabak und Alkohol. Hier haben wir erst in jüngerer Zeit Hinweise auf eine wirksame Präventionspolitik erhalten durch Arbeiten wie die von Leu<sup>26</sup>. Es kann m.E. nicht genug betont werden, welche Verbesserung die Anwendung fortgeschrittener empirischer Methoden gegenüber der Berufung auf bloße "Erfahrungen" ohne Kontrolle der vielen möglichen Einflüsse und Trends bedeutet. Auch sollte wohl darauf hingewiesen werden, daß die anderen gesundheitspolitisch relevanten Sozialwissenschaften, z.B. die Sozialmedizin bei ihren epidemiologischen Untersuchungen, derartige Methoden immer stärker übernehmen, so daß sich hier die Unterschiede zwischen den Teildisziplinen verwischen. Solche Untersuchungen pflegen deshalb auch zunehmend zur begleitenden Erfolgskontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen eingesetzt zu werden, vor allem, wenn diese den Charakter von Experimenten zur Prüfung neuer Regelungen (z.B. derjenigen des Bayern-Vertrages) haben<sup>27</sup>. Was den Beitrag empirischer Methoden der Gesundheitsökonomie angeht, so mögen diese Hinweise genügen, da nicht auf die vielfältigen hier benutzten Methoden der empirischen Wirtschafts- und Sozialforschung eingegangen werden kann.

## 2. Einige empirisch bestätigte und ermittelte Effekte.

Endgültige und quantitativ unveränderliche Ergebnisse wird man auch von der empirischen Forschung auf einem so komplexen und allen Einflüssen offenen Gebiet nicht erwarten. Wichtig sind aber Ergebnisse, welche der Alltagsintuition und damit dem politischen Vorurteil widersprechen, wie auch solche, über die man sich wegen der Vielfalt der Zusammenhänge bisher noch kein richtiges Bild machen konnte. Für die letztgenannten sei nochmals auf das Beispiel der Kampagnen gegen das Rauchen hingewiesen. Für kontra-intuitive Ergebnisse sei der *cet. par.* negative Effekt der Einkommenshöhe auf die Gesundheit genannt, wie er sich aus einigen Studien ergeben hat<sup>28</sup>. Urteile über die Vorzugswürdigkeit bestimmter Regelungen sind oft weltanschaulich geprägt, so daß hier die Empirie Aufklärungsfunktionen wahrzunehmen hat. Ein bekanntes Beispiel sind die Wirkungen verschiedener Vergütungsformen, (insbesondere im Krankenhauswesen) und ihr Zusammenwirken

mit der Zutrittsregelung zum Markt für Gesundheitsleistungen: Werden etwa die Kapazitäten durch eine Krankenhausbedarfsplanung gesteuert und dann die Kosten des laufenden Betriebes dadurch beeinflusst, daß vorgegebene fallspezifische Pauschalen erstattet werden, so werden hier ganz unterschiedlich Effekte auftreten hinsichtlich einer effizienten Ressourcenzuweisung auf die verschiedenen Krankenhäuser, des Anstiegs der Ausgaben für stationäre Behandlung, der innerbetrieblichen Effizienz der Krankenhäuser und die Wahl der effizientesten Behandlungsweise für den jeweiligen Krankheitsfall. Mehrere Einflüsse und eine ganze Anzahl von Wirkungsdimensionen sind also zu beachten<sup>29</sup>. Empirie hat bei diesen Fragen nicht nur geklärt, unter welchen Umständen z.B. prospektive Vergütungsformen auf bestimmte Dimensionen von Effizienz günstig einwirken, sondern sie war und ist auch erforderlich, um die konkrete Höhe von Vergütungssätzen bei gegebener Vergütungsform zu ermitteln, etwa um Sollkostengrundlagen und klassifikatorische Abgrenzungen für diagnosebezogene Fallgruppen zu schaffen und laufend zu kontrollieren. Der Praktiker denkt zumeist mehr an solche Aufträge an die Forschung und weniger an die zuerst genannten Wirksamkeitsprüfungen: Veränderte Regelungen zur Erwerbsunfähigkeit und der entsprechenden Renten beruhen zumeist ebenfalls nicht auf einer hinreichenden Untersuchung der vielen Interdependenzen zwischen faktischer Erwerbsbehinderung (Krankheitszustand), Einkommenshöhe und Invalidenrente, denn es wird nicht einfach die Erwerbstätigkeit vom Gesundheitszustand bestimmt, vielmehr wird der Invalidenstatus auch in Abhängigkeit von erzielbarem Einkommen und Rentenhöhe angestrebt, wobei die Selbstdefinition der Erwerbsbehinderung eine endogene Variable sein kann<sup>30</sup>. Solche und ähnliche Beispiele für die Aufdeckung neuer und bisher nicht berücksichtigter Zusammenhänge durch die empirische Gesundheitsökonomie lassen sich selbst bei flüchtiger Durchsicht neuerer Literatur leicht auffinden. Sie erleichtern nicht gerade die Entscheidungsfindung des Gesundheitspolitikers, warnen aber vor allzu einfachen Wirkungsvorstellungen.

#### IV. Die Analyse ordnungspolitischer Möglichkeiten: Der Beitrag einer institutionalistischen Ökonomie.

##### A. Grundlegende Entscheidungssysteme.

Gegenstand einer positiven Ökonomie ist auch die Funktionsweise von Institutionen; hier wird versucht, das Verhalten unter einer Reihe von auferlegten Verhaltensnormen (institutionellen Beschränkungen) abzuleiten. Der Unterschied zur Ableitung der Auswirkungen von Einzelmaßnahmen ist dabei eigentlich nur gradueller Art, denn ob es um die Einführung einer neuen Versicherungsform geht oder um die

Anderung eines Beitragssatzes - die analytischen Methoden zur Wirkungsanalyse sind die gleichen. Es hat sich dennoch eingebürgert, nur dann von "Steuerung" zu sprechen, wenn Dauereinrichtungen geschaffen und mit deren Hilfe Wirkungen in bestimmter Richtung erzielt werden sollen. (Dies, obwohl der Begriff der Steuerung eigentlich bedeutet, daß ein politisches Handlungssubjekt dauernd seine Eingriffe so variiert, daß bestimmte Zielniveaus erreicht oder doch immer neu angestrebt werden). Die terminologischen Fehlleistungen, gerade auch im Bereich der Gesundheitsökonomie, gehen aber leider noch weiter, indem von Steuerung da die Rede ist, wo es eigentlich "Regelung" heißen müßte, wo nämlich sich selbst steuernde Einrichtungen gemeint sind, institutionelle Vorkehrungen, welche eine Interaktion der Beteiligten derart bewirken, daß bestimmte durch den Gestalter des Systems angestrebte Ziele erreicht werden. Bei Verfehlen dieses Zwecks wird dann von Fehlsteuerung gesprochen, wo man genauer meint: nicht zweckadäquate Gestaltung eines Regelungssystems. Die Gestaltung solcher Regelungssysteme und ihrer Teile ist gewöhnlich gemeint, wenn von Ordnungspolitik die Rede ist, während Ordnungstheorie die Analyse der verschiedenen Ordnungsmöglichkeiten und ihrer Auswirkungen auf vorausgesetzte Ziele bedeutet. Hinzu kommt, daß sich selbst regelnde komplexe Institutionen sich auf verschiedenen Ebenen des Wirtschaftsgeschehens finden, nämlich etwa auf der einzelwirtschaftlichen Ebene in Form von Betrieben und Haushalten; auf der mittleren Ebene in Form von Einrichtungen, welche die Transaktionen zwischen den Betrieben vermitteln (z.B. Märkte); und auf einer zentralen Ebene in Form von Rückkoppelungen zwischen Wirtschaftsablauf und politischer Eingriffsinstanz (die z.B. auch gesetzlich vorgeschrieben sein können). Um den Problembereich möglichst knapp umreißen zu können, wird im folgenden die gerade kritisierte übliche Terminologie möglichst beibehalten. Ferner wird die ordnungstheoretische Analyse dadurch vereinfacht, daß grundlegende "reine Typen" von sich selbst steuernden ökonomischen Entscheidungssystemen in einem Übersichtsschema auf der folgenden Seite zusammengestellt werden. Die dabei verwendete Systematik nimmt Anregungen der ordnungstheoretischen Literatur auf, geht jedoch bewußt darüber hinaus, um zu zeigen, daß man die Liste ordnungspolitischer Alternativen leicht um neue Mechanismen erweitern kann. Gerade im Gesundheitswesen wird z.B. von Mechanismen freiwilligen Ressourcetransfers häufiger als sonst Gebrauch gemacht: Einrichtungen werden als Stiftungen oder durch Spenden finanziert, unentgeltliche Hilfe wird in akuten Notfällen als selbstverständlich erwartet. In Grenzbereichen von "tragisch" knappen Ressourcen (nicht ausreichenden lebensrettenden Mitteln) werden interpersonelle Urteile von Entscheidungsinstanzen vermieden, indem man die zu behandelnden Fälle nach Zufall auswählt<sup>31</sup>. In so gelagerten Fällen wurden auch schon Quasimärkte

Gesellschaftliche Entscheidungssysteme zur Bewerkstelligung von Transaktionen

Entscheidungs-System	Typische Transaktion	Informations-Grundlage	Motivations-Grundlage	Anwendungsbeispiel aus dem Gesundheitswesen
1. Hierarchie ("Bürokratie")	angeordnete Zuweisung	Befehl und Kontrollmeldung	Furcht und Hoffnung gegenüb.Sanktionen	Krankenhausbedarfsplanung mit staatl. Finanzierung
2. Partizipation ("Demokratie")	Beitrag laut Abstimmung	Abstimmung über Programmversprechen ("voice")	Vorteilskalkül	Wahlen zur Selbstverwaltung v. Gesundheitseinrichtungen
3. Identifikation	freiwillige Spende	Aufruf und freiwillige Meldung	verinnerlichte Verpflichtung	Spendenfinanzierung einer Gesundheitseinrichtung (z.B. Stiftung)
4. Mitmenschlichkeit ("Liebe")	freiwillige individ. Zuwendung	indiv. Bitte und indiv. Anerbieten	verinn. Verpfl. u. persönl.Sympathie	unentgeltliche ärztl.Hilfe oder persönl. Organspende
5. Tradition	übliches Geschenk oder Geschenkaustausch	Gewohnter Anlaß	habituelles Verhalten	Hilfe bei traditionellem Anlaß (nicht in modernen Gesundheitssystemen)
6. Zufall	Zuweisung des "Spielgewinns"	Signal des Zufallsmechanismus	(nur schematische Abwicklung)	Behandlung von Patienten nach Wartelisten oder Losverfahren
7. unregelmäßige Gewalt ("Anarchie")	Gewaltsame Aneignung	Androhung oder Anwendung von Gewalt	Vorteilskalkül je nach phys. Stärke	nur in Zeiten ohne wohldefinierte gesellsch. Ordnung
8. Reziprozität,				
a) - kompetitive ("Markt")	Austausch zu Marktbedingungen	Preis- und Abwanderungssignale ("exit")	beidseitiges Vorteilskalkül	unregulierter Arzneimittelmarkt
b) - beidseitig kooperative ("Kollektivverhandlung")	Austausch zu Beding. d.Kollektivvertrages	Verhandlungsargumente, z.B. legitime Drohung	beidseitiges Vorteilskalkül bei strateg. Unsicherheit	Kollektivverhandlungen zwischen Arzt- und Versicherungsverbänden
c) - einseitig kooperative ("Kollektivmonopol")	Austausch zu einseitig festgelegten Bedingungen	fixierter Preis, signalisierte Abnahmebereitschaft	beidseitiges Vorteilskalkül bei asymmetr. Spielraum	Kollektive Honorardifferenzierung durch organisierten Ärztestand

Anmerkungen: 1 - 7 Regelungen für einseitige Transfers, davon 3 - 5 "schenkende", die übrigen "zwangswirtschaftliche"  
 8a - 8c "tauschwirtschaftliche" Regelungen. Teilweise Verwendung der Typenbildungen und der Terminologien  
 — von A. O. Hirschmann, Abwanderung und Widerspruch, Tübingen 1974, K. Boulding, Beyond Economics,  
 — Ann Arbor 1972, R. A. Dahl und Ch. L. Lindblom, Politics, Economics, and Welfare, New York 1953.



vorgeschlagen, auf denen staatliche Berechtigungszertifikate erworben werden können, etwa bei der Einführung von Geburtenbeschränkungen - eine Maßnahme, die ja der Sicherstellung eines ausreichenden Ernährungszustandes der Bevölkerung dienen kann. In der Regel werden mehrere Entscheidungssysteme sich ergänzen, z.B. legitimierende Vertreterwahlen (Partizipation) zu hierarchisch übergeordneten Entscheidungsgremien oder zu Instanzen der Kollektivverhandlung, beides etwas irreführend "Selbstverwaltung" genannt, weil - soweit subsidiär möglich - auf untergeordneter Ebene der Betroffenen selbst angesetzt wird<sup>32</sup>. Ferner ist zu bedenken, daß erst die nähere Ausgestaltung eines Entscheidungssystems Aussagen über die Auswirkungen auf angestrebte Ziele zuläßt: Partizipation mit Hilfe welcher Abstimmungsverfahren kollektiver Willensbildung? Hierarchische Steuerung unter Bindung an welche Kriterien und unter Nutzung welcher Sanktionsmöglichkeiten? Märkte welcher Marktstruktur und mit welchem Kaufvertragsrecht? Die so kombinierten und detailliert ausgestalteten sich selbst regelnden Systeme werden dann unter bestimmten äußeren Bedingungen, unter denen sie arbeiten, auch bestimmte Auswirkungen haben, anhand deren sie zu beurteilen sind. Als Beurteilungskriterien dienen die oben (Abschn. II) behandelten Ziele der Gesundheitspolitik. Vor allem in Bezug auf eine effiziente Verwendung der gesellschaftlichen Ressourcen werden die Entscheidungssysteme sich unterschiedlich auswirken: Sie benötigen für ihr Funktionieren einen direkten Ressourceneinsatz, sie verzerren die Entscheidungen in bestimmte Richtungen, ihre Ergebnisse sind vielleicht unsicher oder gar theoretisch kaum determinierbar oder wirken je nach Änderung der Umgebung systemzerstörend. Solche "Transaktionskosten" von installierten Systemen sind zu vielfältig, um in einem Ausdruck zusammengefaßt zu werden; sie sollten vielleicht aufgezählt werden als: direkte und indirekte Entscheidungskosten, Grad der Determiniertheit, Grad der Systemstabilität u.ä.m. Auch sind die Folgen in anderen Zieldimensionen zu beachten: Ungleichheit der Gesundheitsversorgung bei Nutzung des Marktsystems, geringe Selbstbestimmung bei hierarchischen Versorgungssystemen, Unsicherheit des Versorgungsgrades bei Nutzung freiwilliger Transfers. Das alles mag sehr spekulativ klingen, beinhaltet aber konkrete Gestaltungsprobleme. Bei der Gestaltung des Blutspendewesens gibt es z.B. eine langwierige Diskussion um die Alternativen: freiwillige Blutspenden oder Markt für menschliches Blut gegen Bezahlung. Zugunsten der Freiwilligkeit wird vorgebracht: keine Verführung von Armen zu übermäßigen Blutspenden (eine Frage der Wirksamkeit komplementärer Kontrollen); höhere Qualität des gespendeten Blutes wegen der altruistischen Motivation der Spender, die bei pekuniärer Motivation auch unerkannt infektiöses Blut spenden würden, und vor allem: keine Zerstörung der integrativen Mitmenschlichkeit in der Gesellschaft, die durch immer mehr Markt gefährdet wäre<sup>33</sup>. Die ökonomische Theorie des Schenkens

lehrt uns allerdings, daß es neben wirkungsorientiertem auch aktororientiertes (z.B. Anerkennung suchendes) Schenken gibt; und allein der kommerzielle Blutmarkt vermag angesichts stark steigender Nachfrage die benötigten großen Mengen hervorzubringen.

Die gesundheitsökonomische Analyse und Beurteilung setzt eher an solch konkreten Einzelfragen an und nicht an den komplexen Mischungen von Entscheidungsmechanismen, welche die nationalen Gesundheitssysteme darstellen. Es gibt zwar Versuche, die gesundheitspolitische Performanz der nationalen Systeme zu vergleichen, jedoch kommen hier nur Approximationskriterien in Betracht: Der Anteil der Gesundheitsaufwendungen am Sozialprodukt oder die trendmäßige Steigerungsrate der nationalen Gesundheitsaufwendungen oder ihr Niveau pro Kopf der Bevölkerung drücken die "Kostengünstigkeit" der Gesundheitsversorgung aus, nicht aber deren Effizienz. Der erreichte Stand der Volksgesundheit, also die Effektivität des Systems, läßt sich kaum an einem einzigen Indikator ablesen (durchschnittliche Lebenserwartung); auch spiegelt ein solches Maß der Effektivität die Wirkungen der Gesamtheit aller gesellschaftlichen Bedingungen einschließlich des historisch erreichten Produktivitätsstandes, also nicht nur Wirkungen des Gesundheitssystems im engeren Sinne wider (hier müßte wieder auf Verfahren einer Makro-Produktionsfunktion für Gesundheitszustände zurückgegriffen werden). Welchen dominierenden Zügen oder Teilmechanismen des Systems sollen auch die "Erfolge" zugerechnet werden ?

## B. Einrichtungen der Selbststeuerung auf verschiedenen Ebenen.

### 1. Die Verfassung einzelner Gesundheitsbetriebe.

Schon stärker in Angriff genommen ist die Untersuchung unterschiedlicher Regimes, denen einzelne Betriebe unterworfen werden. Hier ist wohl vor allem an verschiedene Betriebstypen, etwa gemeinnütziger oder kommerzieller Art, zu denken, wie sie etwa Thiemeyer als Ansatzpunkte steuernder Ordnungspolitik ansieht<sup>34</sup>.

In der Tat wird die Vorgabe von Unternehmenszielen - oder die innere Bindung an solche - das Verhalten der Betriebe prägen. Umstritten ist nur, ob man ein Verhalten des Betriebes selbst, der sich mit diesen Zielen identifiziert, unterstellen darf, oder ob man am Verhalten von Menschen im Betrieb, die ihre eigenen Ziele verfolgen und die Zielvorschrift nur als Restriktion ihres Handelns sehen, anknüpfen sollte. Die neuere ökonomische Theorie (Theorie der Verfügungsrechte oder neue institutionelle Ökonomie) neigt zu der letzten Art der Hypothesenbildung und unterwirft diese Hypothesen der empirischen Testung. Bekannt sind etwa Unter-

suchungen von Unterschieden in der betrieblichen Effizienz zwischen privaten und gemeinnützigen Agenturen (Carriers), welche in den USA die bekannten Programme der Gesundheitsversorgung im Auftrage der Regierung abwickeln<sup>35</sup>. Das Merkmal der Gewinnorientierung bzw. des Eigentumsstatus hat sich dabei oft als nicht so ausschlaggebend erwiesen wie das der Vertragsformen, unter denen solche Aufträge abgewickelt wurden. Gleiches gilt für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung (als Kriterium für die erwünschten Steuerungswirkungen) bei Krankenhäusern oder Pflegeheimen, wo etwa Vollkostenerstattung bei allen Betriebstypen nahezu den gleichen ungünstigen Einfluß auf die Kosten pro Leistungseinheit hat, wo aber gewinnorientierte Unternehmungen unter anderen Erstattungsformen besser abschneiden. Dabei muß beachtet werden, daß ja die kostengünstigere Erzeugung durch Rosinenspicken, also durch Auswahl günstigerer Fälle, durch Skaleneffekte, und schließlich durch Qualitätsverschlechterung zustande kommen könnte. Wie aber, wenn sich - nach Anwendung der oben beschriebenen kontrollierenden empirischen Analysemethoden - auch dann noch größere Effizienz der kommerziell orientierten Häuser zeigt<sup>36</sup> ? Wie dem auch sei, Ordnungsfragen müssen anhand solcher Analysen und nicht durch a priori gefaßte Meinungen über günstige Wirkungen bestimmter Betriebstypen beantwortet werden.

## 2. "Selbstverwaltung" auf der mittleren Ebene

In der Bundesrepublik spielen Kollektivverhandlungen zwischen den Organisationen von Leistungserbringern und von gesetzlichen Krankenversicherern eine besondere Rolle, vor allem auf Landesebene. Die seit langem eingefahrenen Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen sind nur schwer mit anderen Formen der Bestimmung von Volumen, Struktur und Preis der zu erbringenden Leistungen zu vergleichen, da es zwar gewichtige historische Änderungen der Ordnungsformen und ihrer ganzen sozialökonomischen Umgebung gegeben hat, wie von Herder-Dorneich beschrieben<sup>37</sup>, aber kaum ein Nebeneinander verschiedener Regelung unter sonst vergleichbaren Umständen. Man muß daher auf nur theoretische Vergleiche mit der Institutionalisierung anderer Entscheidungssysteme zurückgreifen und auf das Funktionieren solcher Systeme in anderen Wirtschaftsbereichen. So könnte man fragen, ob Vertragsarztbeziehungen, hervorgehend aus Einzelverhandlungen zwischen Krankenversicherungen und einzelnen Ärzten, zu anderen Ergebnissen führen würden. Offensichtlich käme dies aus allokativen und distributiven Gründen nur in Frage, wenn auch auf Seiten der Versicherer Wettbewerb um Vertragsärzte bestünde und sich die Ärzte frei zu kleineren Verhandlungsgruppen oder Gemeinschaftspraxen zusammenschließen könnten.

Dann könnte man Erfahrungen mit ähnlichen Formen in den Vereinigten Staaten heranziehen. Im Gegensatz hierzu ist in der Bundesrepublik eine Ausdehnung des Kollektivverhandlungsmechanismus auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern oder gar auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmungen vorgeschlagen worden. Bei diesen Vorschlägen stellt sich die Frage nach den Auswirkungen eines solchen Verhandlungssystems, das letztlich zu Kontakten und Absprachen auch zwischen den verschiedenen Partnern der Krankenkassen führen würde. Die Ergebnisse solch multilateraler Verhandlungen sind verhaltens-theoretisch weitgehend unbestimmt, da zwischen zwei Partnern jeweils nur verhandelt werden kann in Kenntnis der Ergebnisse, die bei Verhandlungen mit Dritten zu erwarten sind. Daher funktionieren multilaterale Verhandlungssysteme nur, wenn zusätzlich weitere Regelungen über die Reihenfolge der Verhandlungsschritte, die Einbringung von Verhandlungsergebnissen in Verhandlungen mit einem weiteren Partner und über Festlegungen in einem übergeordneten Gremium getroffen werden (man denke an die Verhandlungsrunden des GATT). Die Einrichtung der "Konzertierten Aktion" im Gesundheitswesen würde z.B. wesentlich umgestaltet werden müssen, um zur Spitze eines Verhandlungssystems zu werden. Vermutlich müßte sie hierarchische Kompetenzen erhalten. Eine "gemeinsame Selbstverwaltung" als ein allgemeines Prinzip der Steuerung eines großen Teilbereichs der Wirtschaft ist also - wie das Beispiel zeigt - in ihren Wirkungen bisher ebenso wenig überschaubar wie etwa die Gesamtordnung einer "ständischen Wirtschaft", die ja vorwiegend auf Selbstverwaltung beruhen soll. Wegen der vielen Unbestimmtheitsbereiche des bilateralen Feilschens ist bei dieser letzteren Form wohl auch mehr gedacht an die Selbstverwaltung jeweils nur der Produzentenseite eines Marktes (im Schema Seite 18 Kollektivmonopol genannt); das aber würde nichts anderes bedeuten als eine durchgehende Kartellierung weiter Bereiche. Insgesamt ist die theoretische Durchdringung dieser Ordnungsformen bisher von der Gesundheitsökonomie nicht geleistet worden, geschweige denn der empirische Nachweis ihrer günstigen Auswirkungen auf die Ziele der Selbststeuerung. Auch in ihren Eigenschaften besser bekannte Mechanismen wie Wettbewerbsmärkte sind allerdings bei Anwendung in bestimmten Bereichen in ihren Auswirkungen ebenfalls umstritten. Das gilt z.B. für die Möglichkeiten einer wettbewerblichen Ordnung des Gesamtbereichs der Krankenversicherung. Hier ist die Frage, wie weit das Rothschild-Stiglitz-Theorem von der Nichtexistenz eines Gleichgewichts in Versicherungsmärkten trägt und ob es nicht durch Ergänzungsmaßnahmen außer Kraft gesetzt werden kann<sup>38</sup>, wie sie der in den USA vorgeschlagenen kompetitiven Lösung des Problems allgemeiner sozialer Absicherung der Krankheitsrisiken zugrunde liegen<sup>39</sup>.

### 3. Regelungen auf der Ebene übergeordneter Politik- entscheidungen.

Das Gesamtsystem der Selbststeuerung umfaßt auf der obersten Ebene die Gestaltung der Maßnahmen selbst, welche in Reaktion auf Zielabweichungen ("Fehlsteuerungen") auf den anderen Ebenen erfolgt. Das Verhalten der hier anzutreffenden gesundheitspolitischen Instanzen unterliegt den Mechanismen, welche den politischen Willensbildungsprozeß steuern und die durch Verfassung und Gesetz institutionalisiert sind. Maßnahmen zur Neuordnung dieser Prozesse könnten, wenn empirisch überprüfte Theorien des Verhaltens in diesem Bereich vorliegen, ebenfalls auf ihre Wirkungen untersucht werden. So können neue Instanzen geschaffen werden, welche bisherige Zuständigkeiten übernehmen, z.B. eigene Gremien der Preisregulierung, oder welche zusätzliche Auflagen für das Verhalten von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen erlassen, wie etwa das Bundesgesundheitsamt. Die positive Ökonomie hat in letzter Zeit beispielsweise Theorien über das Verhalten von Regierungsagenturen mit eigenen Zuständigkeiten entwickelt und gezeigt, daß die Interessen der "regulierten" Anbieter bei solchen Instanzen recht gut aufgehoben sind, da es den Eigeninteressen solcher Instanzen entgegenkommt, sich von den partikulären Interessen "einfangen" zu lassen oder doch ihnen in gewissem Maße entgegenzukommen.<sup>40</sup> Das wird umso eher möglich sein, je weniger sich genaue Erfolgskriterien für die Tätigkeiten dieser Instanzen aufstellen lassen. Daher sind vor allem die Möglichkeiten einer Bindung solcher Instanzen an Regeln und Maßstäbe zu untersuchen. Letztendlich erhebt sich die Frage, ob der diskretionäre Spielraum der zentralen Politikinstanzen selbst nicht abgemildert werden soll, um der Produktion von Regelungen Einhalt zu gebieten, welche die Effizienz des Gesundheitssystems zu verschlechtern tendieren. Damit aber läßt man sich letztlich in eine politische Philosophie der Verfassungsreform ein, die nur teilweise ökonomisch begründbar ist<sup>41</sup>.

## V. Planung und Evaluierung im Gesundheitswesen: Der Beitrag ökonomischer Kalküle.

### A. Ökonomie als Kalkülwissenschaft.

Was in der positiven Ökonomie als Verhaltenshypothese fungiert, kann auch als ein Prinzip sinnvollen und daher anzuratenden Handelns angesehen werden: Das ökonomische Prinzip weitet sich aus zu einer Entscheidungslogik, welche planvolles Handeln von gesundheitspolitischen Instanzen oder Gesundheitsbetrieben

erleichtert. Entscheidungstheoretische Kalküle umfassen dabei alle Ebenen; sie sind betriebswirtschaftliche Hilfen für Praxen und Krankenhäuser, finanzwirtschaftliche und sonstige Planungshilfen für übergeordnete Gesundheitsbehörden und Mittel der Entscheidungsvorbereitung für oberste Instanzen der Gesundheitspolitik. Sie fassen Entscheidungsprobleme als Optimierungsaufgaben auf oder vereinfachen sie zur Suche nach Wegen zur Erreichung vorgegebener fixer Ziele (oder auch Mindestzielniveaus). Zu diesem Zweck stellen sie folgende Anforderungen an die Aufgabenstellung des Planungsträgers:

- 1) Eine zielorientierte Aufgabenabgrenzung, z.B. Gesundheitsverbesserung bei bestimmten Bevölkerungsgruppen oder bestimmten Krankheiten, statt herkömmliche Zuständigkeiten für Mittelverwendungen, z.B. übliche Titelabgrenzungen in öffentlichen Haushalten.
- 2) Eine konsistente Vorgabe von Bewertungskriterien, die es ermöglichen, Vorteile in Form besserer Zielerreichung und Nachteile in Form von (Opportunitäts-) Kosten gegeneinander abzuwägen. Solche Kriterien können Betriebsziele eines Auftraggebers sein, aber auch aus den allokativen und distributiven Grundwerturteilen normativer Ökonomik abgeleitet werden.
- 3) Eine für Planungskalküle geeignete Abbildung der zugrundezulegenden Zusammenhänge zwischen Handlungsmöglichkeiten und deren Zielfolgen (die wir vielleicht "Situationsmodell" nennen können).

Mit dieser dritten Anforderung wird zugleich die Rolle positiver Ökonomie in diesem Prozeß der Suche nach optimalen oder befriedigenden Lösungen betont, da ohne Wissen über Zusammenhänge natürlich auch die komplizierteste Form eines Planungskalküls nutzlos ist. Greifen wir auf ein mehrfach erwähntes Beispiel zurück, so kann die Verteilung zusätzlich verfügbarer Ressourcen auf alternative Gesundheitsprogramme nicht in optimaler Weise erfolgen, wenn der funktionelle Zusammenhang zwischen Art des Mitteleinsatzes sowie gesundheitlichem Ergebnis und dessen interpersoneller Verteilung nicht bekannt ist<sup>42</sup>.

Die Computerisierung vieler Entscheidungsbereiche trägt zur Ausbreitung solcher Kalkülhilfen bei. Beispielsweise beobachten wir die Entwicklung zahlreicher Hilfen für ärztliche Entscheidungen; bei der Behandlung von einzelnen Fällen läßt sich etwa die richtige Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Schritten mit Hilfe von sequentiellen an der Bayesianischen Wahrscheinlichkeitsrechnung orientierten Entscheidungsverfahren ermitteln, wenn bestimmte Risikohaltungen und Bewertungen von Heilungserfolgen (Wertsystem) sowie bestimmte Eigenschaften von Testverfahren und Therapien (Situationsmodell) vorausgesetzt werden<sup>43</sup>.

## B. Evaluierungsverfahren.

Setzen wir eine zielorientierte Aufgabenabgrenzung voraus, beispielsweise die Budgetierung von Ausgaben gruppiert nach Gesundheitsprogrammen und Instanzen, die gerade für die Konzipierung und Durchführung dieser Programme zuständig seien, etwa nach dem Muster Programmbudgetierung<sup>44</sup>. Eine grundlegende Bewertungshilfe ist dann die Anwendung des Marginalprinzips, die für Veränderungen von und Verschiebungen in Programmen die Ermittlung der Grenzkosten und ihren Vergleich mit der Grenzwirksamkeit vorsieht. Im einfachsten Falle sind bei gleichem Grenzerfolg diejenigen Methoden vermehrt anzuwenden, welche die geringeren Grenzkosten mit sich bringen. Oder es sind nur Entscheidungen darüber erforderlich, ob die Grenzkostendifferentiale der geprüften Programmänderungen die marginalen Ergebnisveränderungen rechtfertigen<sup>45</sup>. Sind die zu vergleichenden Maßnahmefolgen heterogen, so ist an die vielfach übliche Ermittlung von Zieldimensionen und Zielgewichten durch Befragung von Politikern und Experten (Scoring-Verfahren) und vereinfachte Zusammenfassungen der Wertungen (Summe gewichteter Zielgrößen) zu denken, die als Nutzwertanalyse bekannt und mit ebenso bekannten Nachteilen behaftet ist<sup>46</sup>. Sind vorgegebene Mittel zu verteilen, so greift der Vergleich von Kosten und einem Maß zusammengefaßter erwünschter Effekte (Effektivität) Platz. Für die Kosten-Effektivitätsprüfung von Maßnahmen oder Programmen bzw. Programmteilen kann hier auf die bereits erwähnten Indices von Gesundheitsstatus-Änderungen verwiesen werden (oben Abschn. II). Bei Programmen mit spezifischerer Zielsetzung, z.B. Erfolge nur bei der Besserung bestimmter Krankheiten, definiert anhand einer wichtigen Symptomänderung, ist Effektivität entsprechend leichter und vielleicht ohne Aggregation verschiedener Urteilsdimensionen definierbar. Führen Programme erst in mehreren ungewissen Schritten zu medizinischen Erfolgen, so sind entsprechend sequentielle Schritte und das Rechnen mit Erwartungswerten von Effektivitäten erforderlich, z.B. in der Forschungs- und Entwicklungsplanung<sup>47</sup>.

Wohlfahrtstheoretisch fundiert sind die Verfahren der Nutzen-Kosten-Analyse, die auf der Aggregation von Zahlungsbereitschaften und damit auf dem sogenannten Kaldor-Hicks-Kriterium einer potentiellen paretianischen Wohlfahrtsverbesserung beruhen (wonach es den Gewinnern einer Maßnahme möglich sein muß, die Benachteiligten zu entschädigen, ohne die erzielten Vorteile ganz einzubüßen.) Diese Kalküle setzen ferner die Ermittlung gesellschaftlicher Präferenzen für später anfallende Erfolge (gesellschaftliche Diskontrate) voraus. Die Gesundheitsökonomie hat diese Verfahren aus dem Bereich beliebiger öffentlicher

Investitionen auf sämtliche Änderungen, die im Gesundheitswesen geplant werden können, übertragen. Sie hat dabei auch Fehlinterpretationen hinsichtlich der Bewertung von Mortalitätsrisiken, vor allem eine nicht zu rechtfertigende Humankapitalbewertung von Menschenleben, aufgedeckt und wohlfahrtstheoretisch adäquatere Verfahren der Bewertung (Zahlungsbereitschaft für Risikominderungen) entwickelt<sup>48</sup>. Die Schwächen dieser Verfahren sind bekannt und schwer zu beheben; sie liegen in den normativen Grundlagen und in der Operationalisierung von zu messenden Größen; zumindest beim letztgenannten Problem sind aber Verbesserungen möglich und gefordert.

### C. Modellierungen als Planungshilfen.

#### 1. Modellrechnungen.

Soweit Wertungen auch instrumentelle Vorstellungen der Eignung von Mitteln für Zwecke enthalten, können sie kritisiert und das Ausmaß der wertenden Festsetzungen zurückgedrängt werden - sofern begründete Vorstellungen über Sachzusammenhänge ins Feld geführt werden können. Im Vergleich zur Entwicklung von Evaluierungsverfahren genießt daher die von Entscheidungsmodellen auf erfahrungswissenschaftlicher Grundlage Vorrang. Eine Vorstufe hierzu bilden bloße Modellrechnungen, welche nur die Implikationen alternativer Annahmen durchrechnen. Beispielsweise kann man die Kosteneinsparungen bei verschiedenen Formen und Größenordnungen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung unter der Annahme verschiedener Preiselastizitäten der Leistungsnachfrage ermitteln<sup>49</sup>. Man kann Größen von Verhaltenskoeffizienten annehmen, z.B. die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen und die Verweildauer, und dann rein logische Verknüpfungen vornehmen, im Beispiel also die Bettentage pro Kopf und Jahr errechnen. Auch bloße Trendextrapolationen sind Annahmen solcher Art, obwohl sie sich empirisch auf Vergangenheitsdaten stützen. Lassen sich alternative Annahmen noch zur Ermittlung der Sensitivität von Planungen in Bezug auf Datenänderungen rechtfertigen, so ist eine einzige Modellrechnung als Planungsgrundlage methodisch kaum zu rechtfertigen. Daher das Versagen einer nur hierauf beruhenden Krankenhausbedarfsplanung. Als Entscheidungsmodelle kann man solche Rechnungen (etwa sogenannte Bettenbedarfsformeln) keinesfalls ansehen.

Damit ist nicht gesagt, daß Bedarfsplanungen nicht auf andere Weise vorgenommen werden können. Sie gehen ja nur von einer vereinfachten Bewertungsform aus, die als Ziel die Bekämpfung von Krankheiten in gegebenem Ausmaß und mit ganz bestimmten Verfahren unterstellt. Sie können sich also durchaus eines Modells von Beziehungen zwischen benötigten Ressourcen und Morbiditätshäufigkeit bedienen,



womit immer noch nicht die für jede Krankheit effizientesten Behandlungsmethoden eingesetzt würden. Daher wurde auch für diese Zwecke ein Modell entwickelt, das von Morbiditätsziffern, Umweltzuständen, verfügbaren Ressourcen und alternativen medizin-technischen Möglichkeiten ausgeht und daraus alternative Programme ableitet, also Elemente echter Entscheidungsmodelle enthält<sup>50</sup>.

## 2. Modelle mit Lösungsalgorithmen.

Bedarfsplanungen sind nur ein Beispiel für Planungen mit Fixzielformulierung. Ökonomen haben zu dieser Zielformulierung durch Klärung der verschiedenen möglichen Bedarfsbegriffe beigetragen, auch durch Ermittlung von Bedarfen, die aus medizin-technischen Produktionsfunktionen abgeleitet werden. Fest vorgegebene Ziele ermöglichen oft einfache Lösungen von Planungsaufgaben, da sie nur verlangen, daß ein zur Zielerreichung geeigneter Plan errechnet wird. Diese Ableitung verlangt die Ermittlung von Unbekannten (Aktionsparametern) aus einem Gleichungssystem, in welchem exogene Größen im voraus fixiert sind. In solchen Gleichungssystemen schlagen sich die Modellvorstellungen nieder. Das Aufsuchen von Lösungen ist aber auch möglich für alle Optimierungsaufgaben (Extremierung von positiv oder negativ formulierten Zielaggregaten oder einzelnen Zielkriterien), für welche ein Lösungsalgorithmus besteht. Wie in anderen ökonomisch-technischen Bereichen, sind daher auch im Gesundheitswesen zahlreiche Optimierungsverfahren zur Anwendung gelangt, beispielsweise Verfahren der linearen Programmierung<sup>51</sup>. Einzelheiten kann man sich hier füglich ersparen, da es nur um die Übertragung des gesamten Rüstzeugs ökonomischer Kalkülverfahren auf das Gesundheitswesen geht. Die Erfordernisse solcher und anderer Planungsverfahren erstrecken sich auch auf die organisatorischen Strukturen und den Informationsfluß, so daß letztlich alle Fragen betrieblicher Gestaltung angesprochen sind.

## 3. Offene Modelle und Simulationen.

Für viele Probleme gibt es keine analytischen Lösungen im Sinne der Ermittlung von Optima oder zieladäquaten Handlungen. Das gilt namentlich für komplexe Zusammenhänge mit zahlreichen zeitlichen Verzögerungen, während eine Reihe dynamischer Probleme durchaus mit Hilfe von kontrolltheoretischen Methoden behandelt werden können. Es ist aber oft sinnvoll, einen Ausschnitt aus den realen Zusammenhängen annähernd isomorph abzubilden und dann zu fragen, welche Abläufe unter Annahme bestimmter Ausgangsbedingungen (einschließlich

der Setzung von Maßnahmen) sich ergeben würden. Gesundheitspolitisch handelt es sich um instrumentelle Prognosen für eine begrenzte Anzahl alternativer Instrumenteinsätze (eine vollständige Prüfung aller Alternativen ist unmöglich)<sup>52</sup>. Es mag sich dabei um betriebliche oder gesamtwirtschaftliche komplexe Zusammenhänge handeln oder gar um die Entwicklung typischer Einzelfälle (z.B. Versicherten-Schicksale) im Zeitablauf (Mikrosimulation). Der wissenschaftstheoretische Status solchen Vorgehens ist nicht leicht abzuklären: Die abgebildeten Funktionszusammenhänge beruhen vielleicht teilweise auf bewährten Theorien, und ihre Koeffizienten sind ökonometrisch geschätzt. Dann entsteht durch den Zusammenbau zu einem komplexen System aber dennoch ein neues Aussagengefüge, das seinerseits wieder durch Anwendung auf Vergangenheitsdaten Testläufen unterzogen sein mag. Geschätzte Koeffizienten sind aber in der Regel keine theoretisch begründeten "Naturkonstanten", so daß die prognostische Gültigkeit bekanntlich auch bei ökonometrischen Prognosemodellen zweifelhaft ist. Manche Simulationsmodelle (wie die der "system dynamics") enthalten gar nur als plausibel angenommene Funktionsverläufe und führen dann umso leichter zu recht extremen "Szenarien" möglicher Maßnahmefolgen. Alle Systeme reagieren empfindlich auf das Weglassen oder Hinzufügen einer Rückkoppelungsschleife; so bilden sie die Reaktionen von Politikinstanzen auf extrem unerwünschte Entwicklungen nicht ab, obwohl mit diesen ziemlich sicher zu rechnen ist. Ein Ausweg besteht darin, die Entscheidungssubjekte selbst zum Modellbestandteil zu machen und sie bei bestimmten Zwischenzuständen des Modells zu fragen, welche Maßnahmen sie ergreifen würden, woraufhin der Modellauf fortgesetzt wird. Auf diese Weise mögen sich aus den Simulationen allmählich Planvarianten für verschiedene Eventualitäten ergeben. Da es keine richtige Abbildung der Welt geben kann, ist diese sehr mangelhafte Politikhilfe vielleicht dennoch die einzige Möglichkeit, Komplexität anders zu bewältigen als durch diejenigen Vereinfachungen, auf denen unsere Alltagspraxis und manche sozialen Institutionen beruhen.

## VI. Die Analyse politischer Prozesse: Der Beitrag der politischen Ökonomie.

### A. Die politische Rolle der Gesundheitsökonomik.

Die bisher geschilderten Beiträge von Ergebnissen und Methoden der Gesundheitsökonomik zur Erhellung der Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens besagen noch nichts darüber, wie sich die erarbeiteten oder überprüften Gestaltungsvorschläge in der Praxis durchsetzen bzw. ob die Kritik, die von Gesundheitsökonomien

an durchgeführten oder vorgeschlagenen Maßnahmen geübt wird, von der politischen Praxis beachtet wird. Sollten die Aussagen der Gesundheitsökonomien politische Wirkungen zeitigen, so stellt sich die Frage nach der politischen Verantwortung des Wissenschaftlers: Er darf nur solche Maßnahmen fördern, die er auch ethisch verantworten kann. Ist hingegen damit zu rechnen, daß seine Vorschläge unbeachtet bleiben, so stellt sich die Frage nach einer politischen Strategie des Wissenschaftlers: Soll er zusätzlich tätig werden, um die Realisierungschancen seiner Vorschläge zu verbessern? Für seine Programmbeurteilungen bedeutet das, daß er sie eventuell abändern muß oder die untersuchten Programme selbst abwandeln muß, um sie für die Inhaber von Handlungsmacht und von Einfluß akzeptabel zu machen. Dann entsprechen sie aber vielleicht nicht mehr seinen Erkenntnissen über Wirksamkeit oder den von ihm für verantwortbar angesehenen Wertvorstellungen. Kann er es umgekehrt aber verantworten, für wichtig erachtete Erkenntnisse nur auszusprechen, ohne zu ihrer Umsetzung in die Praxis beizutragen? Nur wer den Standpunkt vertritt, daß Wissenschaft bereits ihrer sozialen Rolle genügt, wenn sie ihre Wahrheiten ausspricht, braucht sich über die weiteren Wirkungen seiner Aussagen keine Gedanken zu machen. Er muß sich dann aber darüber klar sein, daß er bereits mit der Auswahl der von ihm bearbeiteten Probleme, der Vertretung bestimmter Theorien und der Annahme von Hypothesen als empirisch bewährt auch bestimmte Standpunkte vertritt, die gesellschaftlich bedeutungsvoll sein können.

Die Vergewisserung über die eigene soziale Rolle des Wissenschaftlers verlangt von ihm aber mehr als nur Kenntnisse über seinen Gegenstand, nämlich Einsichten in den politischen Prozeß, in dem er selbst eine wissenschaftspolitische Rolle spielt. Bekanntlich gibt es zu diesem Fragenkomplex unterschiedliche wissenschaftsphilosophische Standpunkte, auf die hier nur hingewiesen sei. Gerade für den Ökonomen aber stellt sich die meta-wissenschaftliche Frage nach der Anwendung seiner Aussagen im politischen Prozeß deshalb besonders deutlich, weil er - im Gegensatz etwa zum Naturwissenschaftler - über analytische Methoden verfügt, die erfahrungswissenschaftliche Aussagen über politische Vorgänge ermöglichen. Also kann er grundsätzlich etwas zur Realisierbarkeit gesundheitspolitischer Vorschläge aussagen, und zwar mit Hilfe jenes Zweiges der positiven Ökonomie, den wir als Neue Politische Ökonomie oder ökonomische Theorie der Politik bezeichnen<sup>53</sup>. Selbst wenn wir also die Frage nach der politischen Verantwortung des gesundheitsökonomischen Experten offen lassen, müssen wir als einen letzten Beitrag der Gesundheitsökonomie ihre Möglichkeiten zur Erklärung der sich in der Gesundheitspolitik faktisch vollziehenden Vorgänge nennen.

## B. Die ökonomische Analyse der Gesundheitspolitik.

Die soeben angesprochene politische Ökonomie der Gesundheitspolitik beschäftigt sich mit der Frage, wie in verschiedenen politischen Systemen gesundheitspolitische Entscheidungen zustande kommen. Beschränken wir uns auf die Verhältnisse in parlamentarischen Demokratien, so sind es vor allem zwei Stufen von Entscheidungen, die hier von Bedeutung sind: die gesundheitspolitischer Gesetzgebung und die Handhabung von Ermessensentscheidungen durch Behörden im Rahmen gegebener Gesetze. Auch auf diesen Gebieten können nur Beispiele herangezogen werden. Relativ gründlich untersucht ist z.B. die Rolle von Interessengruppen in der Gesetzgebung, für das amerikanische Gesundheitswesen zusammengefaßt in einer Studie von Feldstein<sup>54</sup>. Auch systemtheoretische Konzepte führen zur Einbeziehung der Steuerungsvorgänge, welche über die Verbandsebene und die Regierungsebene laufen<sup>55</sup>. Angesichts der Neigung von Regierungen bzw. Parlamentsmehrheiten, Maßnahmen zugunsten eng begrenzter Gruppen zu treffen und die Kosten nahezu unmerklich auf die Gesamtheit der Bürger zu verteilen, ergeben sich die besten Realisierungschancen für Maßnahmen zugunsten von Leistungsanbietern (z.B. von Gesundheitsberufen) oder für solche Maßnahmen, die diesen Gruppen einige Opfer abverlangen, um ihnen in anderen Bereichen umso mehr Vorteile zukommen zu lassen. In der Tat gibt es viele Maßnahmen dieses Typs, nämlich solche,

- die die Nachfrage nach den Leistungen der Gruppe erhöhen bzw. die Nachfrage nach Substituten beeinträchtigen;
- die die Kostengüter für die Herstellung der Leistungen der Gruppe verbilligen, sei es direkt (Subventionen), sei es indirekt über die Beeinflussung der Faktormärkte;
- die die Preissetzungsmacht der Gruppe erhöhen (durch Kartellierung, günstige Gebührenordnung, Duldung von kollektiver Preisdiskriminierung) und auf die Dauer sichern (durch Erschwerung des Zutritts für neue Anbieter oder Substitute, z.B. durch Lizenzierung);
- die die Produktivität bei der Leistungserstellung erhöhen durch Zulassung oder Förderung entsprechender Produktionstechniken.

Daß die Gruppeninteressen nicht so ganz einfach zu definieren sind, wie diese Aufzählungen vermuten lassen, läßt sich etwa daran erkennen, daß eine bloße Anhebung der Produktivität cet.par. zur Angebotserhöhung und damit zu Wettbewerbsdruck führt, also in der Regel mit anderen Maßnahmen kombiniert auftreten wird. Gruppen politischer Gegenmacht werden sich dann bilden, wenn die Gesundheitsausgaben zu bedeutsamen Kostenbestandteilen für Gewerkschaften (Lebenshaltung der Arbeitnehmer) und Unternehmer (Beitragsanteile oder in den USA industrielle

Gesundheitspläne) zu werden drohen, so daß Konkurrenz um Gesetzeseinfluß entsteht.

Die Behörden mit Ermessenseinfluß wurden bereits (in Abschn. IV) erwähnt. Ein Beispiel für den Einfluß von Interessenten auf Regulierungsinstanzen mit undurchsichtigen Verfahren und unklaren Zielen stellt die ebenfalls schon herangezogene Krankenhausbedarfsplanung dar. Ihr einzig klarer Auftrag ist die Kapazitätsbegrenzung, die sie vielfach auch - wengleich mit enormen Fehlschätzungen - auf lange Sicht erreicht. Damit ist aber nicht zugleich die Investitionstätigkeit verringert, da die Krankenhäuser ihr ganzes Investitionsverhalten ändern und stark auf qualitätshebende Investitionen setzen - die ihnen die Behörde auch zubilligt. So blieb das Investitionsvolumen unter der amerikanischen certificate-of-need-Regulierung nahezu konstant und die Kosten pro Pfl egetag stiegen an<sup>56</sup>. Dies ergibt sich daraus, daß derartige Behörden eine eigene breite Auffassung von öffentlichem Interesse unter Verwendung teurer und verzerrter Informationen verfolgen, und das mit dem Ziel der Wahrung ihrer eigenen Existenz, ihrer Macht und ihres Ansehens.

Regulierungsaufgaben kann kein Gesetzgeber perfekt festlegen; der Ökonom kann hier nur wenige Vorschläge zur einengenden Steuerung des Behördenverhaltens vorbringen, aber eben auch solch bürokratische Steuerung mit anderen Steuerungsformen vergleichen und in ihrer Wirksamkeit abwägen. Kommt er zu dem Ergebnis, daß Interessenteneinfluß nicht vermieden werden kann, so liegt es zunächst nahe, die Verbandsinteressen durch Beteiligung an der Willensbildung in zentrale politische Entscheidungen mit einzubinden. Solche Tendenzen zu einem neuen "Korporatismus", in unserem Arbeitsfeld also zu einer kooperativen "konzertierten" Gesundheitspolitik, lassen sich in den wohlfahrtsstaatlichen Demokratien vielfach feststellen.<sup>57</sup> Ob sie aber die Grundkrankheiten des Wohlfahrtsstaates und seiner Gesundheitspolitik, nämlich die Sklerotisierung der Interessen und die Schwächung der Produktionsgrundlagen, zu beseitigen vermögen, ist fraglich, sind sie doch selbst wieder ein Symptom für die vielbeschworene Krise des Wohlfahrtsstaates.

Fußnoten

- 1) Friedman, M.: Essays in Positive Economics, Chicago 1956.
- 2) Vgl. die Darstellung des wissenschaftskritischen Standpunktes bei Bernal, J.D., The Social Function of Science, Cambridge (Mass.) 1967.
- 3) Zu diesen Ergebnissen vgl. die Übersicht bei Hadley, J.: Teaching and Hospital Costs, Journal of Health Economics, Vol.2 (1983), S.75-79.
- 4) So etwa Mooney, G.H., Russell, E.M., und Weir, R.D.: Choices for Health Care. London und Basingstoke 1980.
- 5) Nicht umsonst taucht bereits zu Beginn der Reihe "Beiträge zur Gesundheitsökonomie" der Beitrag von Schmidt auf: Schmidt, R.: Anwendungsmöglichkeiten betriebswirtschaftlicher Planungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Herder-Dorneich, Ph., Sieben, G., Thiemeyer, Th. (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie I, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 1, Gerlingen 1981, S.239-268.
- 6) Daß das Realisierungsproblem das Bindeglied zwischen einer theoretischen Politiklehre und der politischen Ökonomie darstellt, ist seit langem bekannt und führte zu entsprechenden Umformulierungen der theoretischen Wirtschaftspolitik. Vgl. etwa Gäfgen, G., Politische Ökonomie und Lehre von der Wirtschaftspolitik: Zur Realisierbarkeit wirtschaftspolitischer Vorschläge, in: Körner, H., Meyer-Dohm, P., Tuchtfeldt, E., und Uhlig, Ch., (Hrsg.): Wirtschaftspolitik - Wissenschaft und politische Aufgabe, Bern 1976, S. 123-143.
- 7) Siehe hierzu etwa C.J. Austin, Selected Social Indicators in the Health Field, American Journal of Public Health, Vol.61 (1971), S.1507-1513.
- 8) Vgl. A.J.Culyer, R.J.Lavers und A.Williams, Social Indicators: health, Social Trends No.2, HMSO, London 1971, sowie J.W.Bush, M.M.Chen und J. Zaremba, Estimating Health Program outcomes Using A Markov Equilibrium Analysis of Disease Development, American Journal of Public Health, Vol.61, (1971), S. 2362-2375.
- 9) Zur Ableitung dieses Anteils siehe G.Gäfgen, Die optimale Gesundheitsquote: ein Problem der Verwendung des Sozialprodukts, Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Band 35(1984), S.282-297.
- 10) P.J.Feldstein, Health Care Economics, New York-Chichester-Brisbane Toronto 1979, S.15-29.
- 11) Hierauf beruht eine ganze marginalistische Theorie der Sozialpolitik einschliesslich der Gesundheitsdienste, bei A.J.Culyer, The Economics of Social Policy, London 1973, passim.

- 12) Siehe die Schätzung entsprechender Produktivitätseffekte bei U. Reinhard, A Production Function for Physician Services, The Review of Economics and Statistics, Vol. 54 (1972), S. 55-66.
- 13) Vgl. etwa den Überblick bei P. Jacobs, A Survey of Economic Models of Hospitals, Inquiry, Vol. 11 (1974), S. 83-97.
- 14) Siehe die einschlägigen Diskussionen bei F. Münnich und K. Oettle (Hrsg.), Ökonomie des Technischen Fortschritts in der Medizin, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 6, Gerlingen 1984
- 15) Siehe dazu kritisch Th. G. Moore, The Purpose of Licensing, The Journal of Law and Economics, (1961), Vol. IV, S. 93-118.
- 16) Zu solchen Ungleichheiten und ihrer möglichen Kumulation mit Ungleichheiten des Zugangs siehe P. Townsend und N. Davidson (Hrsg.), Inequalities in Health - The Black Report, Middlesex 1982.
- 17) Risikozuschläge für relativ gefährlichere Berufe und ihr Zusammenhang mit der Höhe des Risikos werden beispielsweise verwendet von Needleman, The Valuation of Changes in the Risk of Death by Those at Risk, Manchester School, Economic and Social Studies, Vol. 48 (1980), S. 229 ff.
- 18) Man denke an die Weiterentwicklung des Konzepts der Bildung von Gesundheitskapital durch die Nachfrager im Gefolge von M. Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, The Journal of Political Economy Vol. 80 (1972), S. 223-255.
- 19) So in der genannten Arbeit von P. Townsend und N. Davidson, a.a.O.
- 20) Zu den theoretischen Grundlagen siehe J. M. Marshall, Moral Hazard, American Economic Review, Vol. 66 (1976), S. 880-890.
- 21) Hierhin gehören Arbeiten wie die von G. Neubauer, Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, in: G. Gäfgen und H. Lampert (Hrsg.), Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 3, Gerlingen 1982, S. 155-246.
- 22) Für deutsche Verhältnisse siehe etwa W. Krämer, Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für kassenärztliche Leistungen, Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Band 13 (1981), S. 45-61.
- 23) Zum Arzt als Erfüller von Patientenwünschen unter Wettbewerbsdruck siehe neuerdings Th. Zalewski, Empirische Analyse des Patientenverhaltens: Implikationen für die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument, Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel 1984.
- 24) Vgl. den Beitrag von P. Riebel, Grundfragen der Kostenrechnung im Gesundheitswesen und ihre ordnungspolitischen Folgerungen, in: G. Gäfgen und H. Lampert (Hrsg.), a.a.O., S. 43-82.

- 25) Siehe den Nachweis bei Ph. J. Held und M. V. Pauly, Competition and Efficiency in the End Stage Renal Disease Program, Journal of Health Economics, Vol. 2 (1983), S. 95-118.
- 26) Siehe z.B. R. Leu, Effektivität und Effizienz präventiver Programme gegen das Rauchen, Drogalkohol, Vol. 6 (1982), S. 19-30.
- 27) Siehe etwa W. van Eimeren, Auswirkungen des Bayern-Vertrages auf die medizinische Versorgung und auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen, in: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 11, erscheint demnächst.
- 28) Zuerst wohl in der von M. Grossman, a.a.O.
- 29) Eine Auswertung der einschlägigen Untersuchungen findet sich bei P. J. Feldstein, Health Care Economics, a.a.O., S. 252-267.
- 30) J. Lambrinos, Health: A Source of Bias in Labor Supply Models, The Review of Economics and Statistics, Vol. 63 (1981), S. 206-212.
- 31) Zu den anderen möglichen institutionalisierbaren Kriterien hierfür siehe G. Gäfgen, Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen am Beispiel des Gesundheitswesens, Forschungsberichte der Forschungsstelle für Wirtschaftsethik an der Hochschule St. Gallen, St. Gallen 1984.
- 32) Siehe hierzu neuerdings G. Neubauer und H. Rebscher, Gemeinsame Selbstverwaltung - Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf 1984.
- 33) Hauptvertreter ist Titmus, der die gesamte Sozialpolitik unter diesen Gesichtspunkten gestalten möchte: R. N. Titmus, Commitment to Welfare, London 1968.
- 34) In unserem Zusammenhang siehe Th. Thiemeyer, Ansatzpunkte einer Gesundheitsökonomik aus unternehmensmorphologischer Sicht, in: Ph. Herder-Dorneich, G. Sieben und Th. Thiemeyer (Hrsg.), Wege zur Gesundheitsökonomie I, a.a.O., S. 111-135.
- 35) z.B. K. Tseng, Administrative Costs of Medicare Contractors: Blue Cross Plans versus Commercial Intermediaries, Inquiry, Vol. 15 (1978), S. 371-378.
- 36) Vgl. etwa die Arbeiten von Frech III, H. E., The Property Rights Theory of the Firm: Empirical Results from a Natural Experiment, Journal of Political Economy, Vol. 84 (1976), S. 143-152, sowie H. E. Frech III und P. B. Ginsbury, The Cost of Nursing Home Care in the United States: Government Financing, Ownership and Efficiency, in: J. van der Gaag und M. Perlman (Hrsg.), Health, Economics and Health Economics: Proceedings of the World Congress on Health Economics (Leiden September 1980), Amsterdam 1981, S. 67-81.
- 37) Hier sei nur auf eine seiner einschlägigen Arbeiten verwiesen: Ph. Herder-Dorneich, Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik, in: Ph. Herder-Dorneich, G. Sieben und Th. Thiemeyer (Hrsg.), Wege zur Gesundheitsökonomie I, a.a.O., S. 11-45.



- 38) M. Rothschild und J. Stiglitz, Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, in: The Quarterly Journal of Economics, Vol. 90 (1976), S. 629-649.
- 39) Zu diesem Konzept siehe die Beiträge von W. McClure, F. A. Sloan, D. Henke, M. Graf von der Schulenburg und I. Metze, in: W. Hamm und G. Neubauer (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 7, erscheint demnächst.
- 40) Zur positiven Theorie der Regulierung vgl. etwa J. Müller und J. Vogelsang, Staatliche Regulierung, Baden-Baden 1979, insbesondere S. 101-120.
- 41) Siehe R. P. Inman, The Economic Case for Limits to Government, American Economic Review, Vol. 72 (1982), S. 176-183.
- 42) Zur Ermittlung siehe etwa L. Benham und A. Benham, The Impact of Incremental Medical Services on Health Status, 1963-1970, in: R. Andersen, J. Kavitz, O. Andersen (Hrsg.): Equity in Health Services: Empirical Analysis of Social Policy, Cambridge, Mass., 1975, S. 217-228.
- 43) Um ein Beispiel zu nennen, sei verwiesen auf G. A. Gorry, J. P. Kassirer, A. Essig und W. B. Schwartz, Decision Analysis as the Basis for Computer-Aided Management of Acute Renal Failure, American Journal of Medicine, Vol. 55 (1973), S. 479-484.
- 44) Für den medizinischen Bereich behandelt bei J. D. Pole, Programme, Priorities and Budgets, British Journal of Preventive and Social Medicine, Vol. 28 (1974), S. 191-195.
- 45) Eine Anwendung auf alternative Methoden der Altenpflege findet sich bei G. H. Mooney, Planning for Balance of Care of the Elderly, Scottish Journal of Political Economy, Vol. 25 (1978), S. 149-164.
- 46) Zu einer Anwendung siehe H. W. Gottinger, Economic Evaluation of Effectiveness in Health Care, Math. Inform. Med., Vol. 20 (1981), S. 215 ff.
- 47) Evaluierungsfragen medizinischer Techniken und ihrer Erforschung behandeln beispielsweise die Beiträge von R. Schicke und G. Gäfgen in: F. Münnich und K. Oettle (Hrsg.), a.a.O., S. 107-132 und S. 145-191.
- 48) Hier gebührt das Hauptverdienst E. Mishan, Evaluation of Life and Limb: A Theoretical Approach, Journal of Political Economy, Vol. 79 (1971), S. 687 ff.
- 49) Als Beispiel seien erwähnt die Berechnungen von P. Oberender und G. Rüter, Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer Quantifizierung ausgewählter Reformvorschläge, veröffentlicht von der ASU - Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e. V., Bonn 1984.

- 50) J. Ahumada, A. Arreaza, M. Pizzi, E. Saruse und M. Esta, Ein latein-amerikanisches Modell zur Bedarfsplanung (deutsche Fassung), in: I. Brüggemann, D. Schwefel, H. Zöllner (Hrsg.), Bedarf und Planung im Gesundheitswesen, Köln-Lövenich 1978, S. 229-257.
- 51) Ein Beispiel findet sich bei M. Meyer und V. Wohlmannstetter, Die Effizienz von Krankenhäusern. Ein Vorschlag zu ihrer Ermittlung mit Hilfe der Linearen Programmierung, Arbeitsbericht der Forschungsgruppe Medizin-Ökonomie Nr. 84-2, Nürnberg 1984.
- 52) Für ein "betriebliches" Beispiel der Prüfung von Alternativen siehe B. Page, Testing Alternative Inventory Policies for a Regional Blood Bank, in: J. Anderson (Hrsg.), Medical Informatics Europe 83, Berlin-Heidelberg-New York 1978, S. 403-412.
- 53) Vgl. die Anmerkung in Fußnote 6.
- 54) P. J. Feldstein, Health Associations and the Demand for Legislation: The Political Economy of Health, Lexington (Mass.) 1977.
- 55) Siehe die Systemkonzeption von Ph. Herder-Dorneich, z.B. in seinem Buch: Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen, Köln und Opladen 1976.
- 56) Dies nach der Studie von D. S. Salkever und Th. W. Bice, Hospital Certificate-of-Need Controls - Impact on Investment, Costs, and Use, American Enterprise Institute. Studies in Health Policy, Washington D. C. 1979.
- 57) Zur Korporatismus-Tendenz siehe H. L. Wilensky, The "New Corporatism", Centralization, and the Welfare State, London - Beverly Hills 1976. Zur Kritik einer kooperativen Politik am Beispiel der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen siehe G. Gäfgen, Konzertierte Aktionen als Hilfsmittel der Wirtschaftspolitik: von der Globalsteuerung zum Gesundheitswesen, Die Pharmazeutische Industrie, Band 41 (1979), S. 833-837 und 941-945.