

Bürokratisch-korporatistische Rationierung im Deutschen Gesundheitswesen - System der „barmherzigen Lüge“?

Florian Turk*

Das in Deutschland realisierte Gesundheitssystem ist weit von einem marktwirtschaftlichen Steuerungsverfahren entfernt. Wird der Preismechanismus als Rationierungsverfahren suspendiert, ist eine offene Diskussion der Nicht-Markt-Alternativen zu führen und nach ihren Effizienzbedingungen zu fragen. Ziel des Beitrags ist die Konsequenzen der Ablehnung von Preisrationierung darzustellen, die Zuteilungsverfahren von Gesundheitsgütern in Deutschland aufzuzeigen und ihre Handlungslogik zu analysieren.

* Florian Turk, Institut für Arbeitsrecht und Arbeitsbeziehungen in der Europäischen Gemeinschaft, Postfach181230, D-54293 Trier.

Bürokratisch-korporatistische Rationierung im Deutschen Gesundheitswesen - System der „barmherzigen Lüge“?

1. Einführung: Suspendierung des Preismechanismus und Nicht-Markt-Rationierung	2
2. Die randomisierte und gesteuerte Auswahl von Rechtstiteln auf Gesundheit.....	5
2.1. Ebenen der Allokation von Rechtstiteln.....	5
2.2. Unterscheidung nach der Wirkungsform	6
3. Bürokratische Rationierung in Deutschland: Steuerungsrationalität einer Mehr-Aggregate-Ökonomie, etatistisches Systemdenken oder barmherzige Lüge?.....	9
Literaturverzeichnis	12

1. Einführung: Suspendierung des Preismechanismus und Nicht-Markt-Rationierung

Der Dialog über das deutsche Gesundheitssystem wird durch eine Diskussion um die Knappheit medizinischer Ressourcen geprägt, obwohl es keine Besonderheit der medizinischen Versorgung ist, mit dem Problem der Knappheit fertig zu werden. Immer dann, wenn Bedürfnisse von Menschen die Möglichkeiten oder Mittel zu ihrer Befriedigung übersteigen, sind diese Mittel knapp. Die Bedürfnisse können nicht bis zur Sättigung, sondern nur in einem bestimmten Grade erfüllt werden. Einerseits können Gesundheitsressourcen unterschiedlichen Nutzungsarten zugeführt werden und diese Nutzungsformen konkurrieren miteinander. Andererseits sind weder die einzelnen Individuen, noch die Gesellschaft mit ihren kollektiven Sicherungssystemen bereit, für weitere marginal wirksame medizinische Güter und Dienstleistungen unbegrenzt auf den Konsum anderer Güter oder die Realisierung anderer wirtschafts- und finanzpolitischer Ziele zu verzichten. Es besteht die Bereitschaft, einen Teil des Gesundheitskapitals gegen andere Güter wie Ruhm, bessere Lebensqualität oder Genuss, für mehr Bildungspolitik oder innere Sicherheit einzutauschen. Der Grenznutzen von einer Einheit Gesundheit ist eine endliche Größe, auch wenn Gesundheit das „höchste Gut“ ist und als ganze „unbezahlbar“ bleibt.

Es tritt dann regelmäßig das Problem der Rationierung auf: Individuen müssen entscheiden, auf welche Handlungsalternativen sie ihre begrenzten Mittel aufteilen. Gruppen von Individuen sind gezwungen, Verfahren zu finden, mit deren Hilfe den einzelnen Gruppenmitgliedern die Verfügungsrechte an den knappen Ressourcen zugeteilt werden - mit anderen Worten: durch die rationiert wird. Es geht also nur um das wie, nie um das ob, der Rationierung.

Der bekannteste Rationierungsmechanismus ist der Markt. Märkte haben die Eigenschaft, Güter und Faktoren nach der Zahlungsbereitschaft und damit nach ihrer Voraussetzung - der Zahlungsfähigkeit - zu rationieren. Das Preissystem gilt prinzipiell als effizient, da es die optimale Allokation und damit den höchstmöglichen Wohlstand der Menschen sichert. Das Preissystem gilt im allgemeinen auch als fair. Der Markt entgelt Leistung, und paretooptimale Verbesserungen sind für alle vorteilhaft. Die Wirtschaftssubjekte sind freilich nicht immer dieser Ansicht. Sie betrachten den Markt zuweilen auch als unfair, und ziehen dann andere Verteilungs- und Allokationsmechanismen vor. Fällt der *Rückkoppelungsmechanismus des Preises* als Rationierungsmechanismus aus, entsteht regelmäßig eine Übernachfrage. Besteht ein Nachfrageüberschuss, greift man zu *Nicht-Markt-Rationierungsmechanismen*. Alternative Rationierungsmechanismen sind Bürokratie, Gewalt, Diebstahl, Erbschaft, Wahlen, Tradition, Zufallsmechanismen oder Warteschlangen, Gutscheine und Auktionen. Fälschlicherweise werden in der emotionalen Rationierungsdiskussion nur Nicht-Markt-Rationierungsmechanismen unter Rationierung subsumiert.

Was prägt die Situation des Gesundheitswesens in Deutschland? Am Anfang steht die Suspendierung des Preismechanismus als Verteilungs- und Allokationsverfahren bzw. als Rationierungsmechanismus. Medizin und Gesellschaft orientieren sich auf eine möglichst absolute Risikoausschaltung. Risikoausschluss bzw. Risikoverminderung um jeden Preis ist eine Ausprägung des vielbeschworenen Prinzip maximaler Versorgung, das jedoch eine massive Ausweitung medizinischer Interventionen beinhaltet. Dieses Prinzip stützt sich auf eine Vielzahl von ethischen und philosophischen Wertmustern. So wird Gesundheit als das höchste Gut angesehen, ein konkretes Menschenleben hat demnach keinen Preis, d. h. ein individuelles Menschenleben, also die Gesundheit en bloc, ist wertvoller als jedes andere Gut. Alles, auch das mit minimaler Chance, ist demzufolge für den Patienten zu unternehmen.¹ Angesichts dieser Aufgabenstellung versucht die Medizin immer ein Maximum an Ressourcen auf sich zu ziehen und jede Maßnahme mit einem positiven Grenzertrag zu verwirkliche.

Diese Ziele konfliktieren dann, wenn das maximal Mögliche mit einem positiven Grenzertrag für jeden Patienten den Rahmen des Möglichen für die Gesamtheit aller sprengt, das heißt die Summe der Ausgaben bei einer maximalen Versorgung aller Individuen die gesellschaftlichen Möglichkeiten der Finanzierung übersteigt. Unter Knappheitsbedingungen kann der eine Wert regelmäßig nur auf Kosten eines anderen realisiert werden. Bezogen auf die dargestellten Wertmuster konkretisiert sich diese Knappheitsbedingung in moralischen Opportunitätskosten.

Knappheit im Falle der medizinischen Versorgung gab es augenscheinlich nicht, solange in Zeiten hoher Prosperität scheinbar grenzenlos Mittel zur Verfügung standen,

¹ Vgl. Abholz (1991), S.17.

obwohl es auf Teilgebieten auch sichtbar Knappheit gab: Anfängen von den Spenderorganen der endlichen Zeit, die sich der Arzt dem Patienten widmete, bis zu dem Mangel an Pflegekräften, sozialen Diensten in den poststationären Einrichtungen, menschlicher Zuwendung und Zeit.² Im Rahmen von an Intensität zunehmenden Zielantinomien und dem konfligierenden Verhältnis zwischen medizinisch Machbarem einerseits und limitierten Ressourcen andererseits wird die Knappheit der Mittel zunehmend sichtbar. „Kostenexplosion“, „Finanzierungskrise“, „Ärzte- und Apothekerschwemme“, „Fortschrittsspirale“, „Cadillac-Medizin“ sind ein paar der Schlagwörter, die stellvertretend für Fehlallokationen nicht-marktlicher Verfahren bzw. Folgen des Verzichts auf den Rückkoppelungsmechanismus Preis stehen.

Verstärkende Sachzwänge der Anpassung des Gesundheitswesens ergeben sich von Seiten der Nachfragestrukturen aufgrund von Demographie-, Morbiditäts- und Inanspruchnahmeveränderungen. Auf Seiten der Angebotsstrukturen intensivieren sich die Sachzwänge durch Veränderung des Leistungsverhaltens der Anbieter, Veränderungen im diagnostischen und therapeutischen Leistungsspektrum, Veränderungen in der Organisationsstruktur des Leistungssystems und einem negativer Preisstruktureffekt.³ So steigt beispielsweise durch medizinisch-technischen Fortschritt die Verwendung von kostspieliger Spitzentechnologie bei kurativen und diagnostischen Maßnahmen, so dass nicht nur die Ausgaben pro Therapie steigen, sondern auch neue Bedarfssituationen geschaffen werden. In der Regel handelt es sich beim medizinisch-technischen Fortschritt um Zusatztechnologien und nur in geringem Maße um Ersatztechnologien in Form kostensenkender Prozessinnovationen, die bisherige Gesundheitsleistungen effizienter erstellen können sowie um halfway-technologies, Technologien, die zwar das Leben eines Menschen verlängern können, ihn aber nicht wieder vollständig gesunden lassen. Prägend für diese Situation ist der begriff *Fortschrittsspirale* geworden, in der die moderne Medizin steckt, da jede neue Diagnostetechnologie die Zahl der als krank diagnostizierten Menschen anwachsen lässt. Der Gesundheitssektor ist durch ein Sisyphus-Syndrom gekennzeichnet: Je mehr Krankheiten behandelt werden, um so mehr haben die Menschen Gelegenheit, andere, bislang weniger verbreitete und behandelbare Krankheitsbilder zu entwickeln. Der medizinische Fortschritt transformiert den Bedarf, hier verstanden als medizinisch sinnvoll Machbares, von einer latenten zu einer kostenwirksamen Größe. Die Diskrepanz zwischen dem medizinisch Möglichen und der Begehrlichkeit der Bürger und den finanziellen Mitteln, die hierfür zur Verfügung stehen, wird immer größer.⁴

Die Knappheit wird durch zunehmende Verschuldung und Lastentransfer auf nachfolgende Generationen teilweise verdeckt. Solch ein Mechanismus der *intergenerationalen Rationierung* diskriminiert direkt bestimmte Alterskohorten. Dringender denn je besteht ein Allokationsbedarf über *intragenerationale Rationierung*. Die Ablehnung von Preisrationierung erfordert das Bekennen zu Nicht-Markt-Rationierungsmechanismen, deren Benennung und Diskussion. Ziel des Beitrags ist

² Vgl. Fuchs (1994), S.1.

³ Vgl. Brenner (1993), S.54; vgl. ebenso Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S.39ff.

⁴ Vgl. Arnold (1991), S.263ff.; vgl. ebenso Fuchs (1994), S.1f.

es, die Konsequenzen der Ablehnung von Preisrationierung und die Zuteilungsverfahren von Gesundheitsgütern Deutschland aufzuzeigen.

2. Die randomisierte und gesteuerte Auswahl von Rechtstiteln auf Gesundheit

2.1. Ebenen der Allokation von Rechtstiteln

Rationierungsprobleme treten immer dann auf, wenn die Summe der Ansprüche die zu verteilende Menge insgesamt übersteigt oder wenn die Anzahl der Nachfrager größer ist als die der Objekte und eine Stückelung entweder nicht möglich oder nicht zweckdienlich ist. Jede institutionelle Regelung, die Individuen vom Zugang zu Ressourcen ausschließt bzw. Rechtstitel schafft und zuweist, kann man als eine Rationierung betrachten. Es werden Rechte oder Pflichten definiert und es wird der Kreis derer festgelegt, auf die sie zu verteilen sind. Die Anzahl der Titel ist geringer als die der Titelaspiranten. Die neuen Rechtstitel werden von der Gemeinschaft geschaffen, können aber nur von einer definierten Teilmenge der Gemeinschaft genutzt werden (Präselektion). Zwischen diesen wird anschließend diskriminiert. Rationierungsmechanismen können in den Dimensionen Rationierungsmethode, -ebene und Wirkungsform beschrieben werden.

Die einzelnen Rationierungsmethoden unterscheiden sich unter anderem darin, nach welchen Kriterien diskriminiert wird. Referenzmodelle bilden die *Marktrationierung* (auch in Form von Auktionen), die *bürokratische Rationierung* (die diskretionäre Auswahl aus den Titelaspiranten durch Experten, Politiker oder Bürokraten), die *korporatistische Rationierung* (über Kollektivverhandlungen) und die *Zufallsrationierung* als randomisiertes Prinzip zur Konkretisierung und Zuteilung von Rechtstiteln.

Mit dem deutschen Gesundheitswesen ist im Wesentlichen ein System der bürokratischen und korporatistischen Rationierung angesprochen, in dem im öffentlichen Sektor der budgetäre Willensbildungsprozess mit unterschiedlichen Verteilungsmechanismen diese Rationierungs- bzw. Selektionsfunktion übernimmt, der zudem einem beschnittenen System der Selbstverwaltung durch Verbände diskretionäre Verteilungsspielräume lässt.

Die Rationierung der Gesundheitsgüter erfolgt somit auf unterschiedlichen Verantwortungs- und Entscheidungsebenen, wobei die Makro-Allokation im wesentlichen einer bürokratischen Rationierung vorbehalten sein dürfte:

1. Makro-Allokation, obere Ebene: Gesundheitsausgaben insgesamt, z. B. Anteil am Bruttosozialprodukt. Es stellt sich die Frage zwischen der Mittelaufteilung zwischen konkurrierenden volkswirtschaftlichen Verwendungszwecken, z. B. Bildung, Verteidigung, Wohnungsbau, Gesundheit u.a..
2. Makro-Allokation, untere Ebene oder Meso-Ebene: Aufteilung des Gesamtgesundheitsbudgets auf verschiedene Gesundheitsbereiche wie Prävention, Ge-

sundheitserziehung, kurative Medizin, Rehabilitation und Palliativmaßnahmen, auch Qualitäts- vs. Quantitätsaspekte der Leistungen.

3. Mikro-Allokation, obere Ebene: Einteilung von Bevölkerungs- und Patientengruppen unter dem Aspekt der Ressourcenzuteilung, z. B. nach regionalen, soziodemographischen Merkmalen oder medizinischen Indikationen (diese Ebene wird bei einigen Klassifizierungen zur Meso-Ebene gezählt).
4. Mikro-Allokation, untere Ebene: Aufwendungen für den konkreten Einzelpatienten.⁵

Diese vier Ebenen beeinflussen sich gegenseitig. Mit ihnen lassen sich zudem Aspekte ableiten, nach denen verschiedene Gesundheitssysteme international verglichen und charakterisiert werden können. Die Ebenen sind bedeutsam für die mögliche Belastung des Entscheidungsbefugten und die Akzeptanz der Maßnahme und determinieren das Wirkungsfeld der Rationierungsmaßnahmen.

2.2. Unterscheidung nach der Wirkungsform

In einer Unterscheidung nach der Wirkungsform kann nach zwei Dimensionen differenziert werden: Es sind starke und schwache sowie implizite und explizite Wirkungsformen zu unterscheiden.

Die *starke Rationierung* von Gesundheitsleistungen lässt über die öffentlich-rechtlich bestimmten Rationen den privatvertraglichen Zuerwerb zusätzlicher Leistungen und die Weitergabe von Leistungen nicht zu. Das Verbot, eigene Mittel und Finanzressourcen für Gesundheitsleistungen aufzuwenden, ist in Verbindung mit einer gleichen Grundausstattung der einzige Weg, eine Gleichausstattung aller Individuen zu erreichen. Dies provoziert nicht nur die Entstehung von Korruption, Gesundheitstourismus und von Schwarzmärkten, sondern diskriminiert Präferenzunterschiede und damit Individuen, die - gesundheitspolitischen Wünschen entsprechend – eine hohe Gesundheitspräferenz haben. Damit wären das Ziel der Gleichheit in der Gesundheitsversorgung und das Ziel der individuellen Gesundheitsverbesserung bzw. Lebensverlängerung lexikographisch zu ordnen. Zudem besteht der klassische Konflikt zwischen kollektiver und individueller Selbstbestimmung, der sich im Falle der starken Rationierung mit besonderer Schärfe zeigt.

Will man die Konsequenz der starken Rationierung und damit staatliche Verbote, die es Individuen untersagen, zu einer zwangsfinanzierten Grundversorgung zusätzliche medizinische Leistungen zu beziehen, vermeiden, muss das Gleichheitsideal umgedeutet werden in der Form einer schwachen Rationierung. Unter *schwacher Rationierung* von Gesundheitsleistungen wird im folgenden eine öffentlich-rechtliche Bereitstellung solcher Leistungen verstanden, die den Zuerwerb weiterer Leistungen erlaubt⁶. Eine schwache Rationierung ist für viele staatliche Leistungen gegeben. In Deutschland gehören dazu die von öffentlichen Schulträgern erbrachten Angebote ebenso wie Pflicht-

⁵ Vgl. Fuchs (1992), S.223.

⁶ Vgl. Breyer/ Kliemt (1994), 132f.

leistungen der Krankenversicherungen. Strittig ist lediglich das Ausmaß dieser schwachen Rationierung.

Eine *explizite Rationierung* umfasst die unterschiedliche und nach soziodemographischen Merkmalen selektierende Leistungsversagung, die auf einer operativen Entscheidungsebene getroffen wird. Die Verweigerung hat unmittelbare und fast in jedem Fall negative Auswirkungen auf Lebensqualität und Lebenserwartung desjenigen, der von der Verweigerung betroffen ist. Eine explizite Rationierung bedeutet direkte negative Folgen für die Gesundheit, wobei es auf das Charakteristikum der Direktheit ankommt.⁷ So liegt z. B. eine direkte Rationierung dann vor, wenn der Arzt vor Ort im Einzelfall über die Rettung eines konkreten, identifizierbaren Menschenlebens entscheiden muss. Solche Entscheidungen sind im konkreten Einzelfall sehr schwierig und führen für die Entscheidungsinstanz möglicherweise zu moralischer Überforderung. Es muss zwischen nicht gleichzeitig realisierbaren Werten, die aber ihrer Natur nach unverzichtbar sind (Recht auf Leben), aufgrund der besonderen Umstände dennoch eine Verzichtentscheidung herbeigeführt werden. Derartige Entscheidungen gehören in manchen Gesundheitssystemen zum Alltag von Transplantationsmedizinern, die zu entscheiden haben, welcher der zahlreichen Patienten das Spenderorgan erhalten soll.

Kriterien der Ressourcenzuteilung bei expliziter Rationierung: Ein Kriterium der Rationierung stellen *soziodemographische Merkmale* dar. Solche Merkmale können Alter, Einkommen und Selbstverschulden sein. Bei einer an Personen orientierten Rationierung werden die betroffenen Personen explizit diskriminiert. Eine besonders häufig diskutierte Form der direkten Rationierung bezieht sich auf Leistungseinschränkungen für spezifische Altersklassen. Es wird beispielsweise argumentiert, dass für Patienten ab 80 Jahren nur noch solche Leistungen solidarisch getragen werden sollten, welche die Lebensqualität erhalten (z. B. Linderung von Schmerzen, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit), da diese Anrechte auf solidarisch finanzierte Leistungen gerade im höheren Alter im Interesse anderer Versorgungserfordernisse eingeschränkt werden müssten. So werden in Großbritannien einige teure Behandlungen (z. B. Dialyse) stellenweise älteren Menschen vorenthalten. Eine Restriktion der Anspruchsberechtigung nach Alter hat nach Meinung der Befürworter den Vorteil niedriger Transaktionskosten der Quantifizierung des Rationierungskriteriums, des höheren Gewinns an gesunden Lebensjahren bei jüngeren Generationen sowie deren höhere volkswirtschaftliche Produktivität und abschließend den Vorteil der Gerechtigkeit, da alle Menschen die Altersstufen durchlaufen. Die *Zuweisung von Kosten der medizinischen Behandlung nach Verursachung* läuft auf die Verteilung von Gesundheitsgütern nach quasi-marktlichen Gesichtspunkten hinaus. Der Einzelne würde für den Aufwand der Produktion von Gesundheitsgütern insoweit zur Verantwortung gezogen, wie er bereit ist, ihn mit dem Kaufpreis bestimmter Waren und Verhaltensweisen zu übernehmen. Die Ätiologie und die Pathogenese von Krankheiten ist jedoch nur bedingt auf Veranlassung und Verhaltensweise eines Individuums zu beziehen.

Eine implizite Rationierung beinhaltet Leistungsversagungen, die durch allokativen Entscheidungen auf einer übergeordneten, konstitutiven Ebene über Mittelverwendung getroffen werden und unbekannte, statistische Individuen betreffen. Die Rationierung

⁷ Vgl. Oberender (1996), S.13.

führt zu einer statistisch zu fassenden Risikoerhöhung für die Gruppe von Betroffenen, die nicht bekannt und vorher nicht bestimmbar sind.⁸

Der Gesetzgeber rationiert beispielsweise bei der Festlegung des Leistungskataloges oder der erstattungsfähigen Methoden. Entscheidungen über die Dichte des Rettungsdienstnetzes, Transplantationskapazitäten, Finanzierung von Lehrstühlen und Forschungsprogrammen für bestimmte Krankheiten stellen Rationierungen dar.

Die Budgetierung ist ein weiteres Instrument, um zu verhindern, dass unbeschränkt finanzielle Mittel in das Gesundheitswesen fließen. Hinter der Budgetierung steht ein Entgeltverfahren, das die periodenbezogenen Gesamtleistungen eines Leistungserbringers im Gesundheitswesen mit einem Pauschalvertrag vergütet. Budgetverfahren können unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme (starres oder inflexibles Budget) oder in Abhängigkeit von der tatsächlichen Inanspruchnahme des jeweiligen Leistungserbringers (flexibles Budget) festgelegt werden. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) folgt in seinen wesentlichen Zügen dem Grundgedanken der totalen Budgetierung aller Leistungsbereiche und der Verwaltungsausgaben.⁹

Die vermutlich bekannteste Form der indirekten Rationierung sind *Wartelisten* (Warteschlangen). Die Verteilung der knappen Kapazität auf die konkreten, identifizierbaren Patienten erfolgt häufig in der Form sogenannter Windhundverfahren. Gegenwärtig sterben viele Menschen auf Wartelisten, da aufgrund knapper Kapazitäten nicht alle Patienten gleichzeitig behandelt werden können. Es gibt kein reales Gesundheitssystem, das ohne indirekte Rationierung in Form von Warteschlangen auskommt.

Mögliche Kriterien der Ressourcenverteilung bei impliziter Rationierung sind neben dem genannten Kriterium der Anmeldezeit die Abgrenzung durch *Evaluationsmethoden* im Gesundheitswesen: Evaluation lässt sich als eine umfassende Messung und Bewertung von Kosten und Nutzen (Ressourcenverzehr) von alternativen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Leistungsangeboten, Versorgungsstrukturen, Geräten, Einrichtungen, Medikamenten und ähnlichem begreifen wobei in der Regel eine Kombination von Inputs mit einer Kombination von Outputs verglichen wird.¹⁰ Beispiele sind *medizinisch-epidemiologische Analysen*, *Kosten-Nutzen-Relationen* einer Maßnahme, *Kosten-Effektivitäts-Analysen* und *Nutzwertanalyse*.

Fast alle Kriterien und Wirkungsformen sind im deutschen Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Rationierungsebenen zu entdecken. Unterliegt ihre jeweilige Auswahl einer Steuerungsrationaltät oder sind sie Resultat der verzweifelten Bewirtschaftung eines Ressourcenmangels durch den Staat und der Verteilungskämpfe von Interessensverbänden?

⁸ Vgl. Abholz (1991), S.16.

⁹ Vgl. Arnold (1995), S.19.

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991), S.109.

3. Bürokratische Rationierung in Deutschland: Steuerungsrationalität einer Mehr-Aggregate-Ökonomie, etatistisches Systemdenken oder barmherzige Lüge?

Eine Systemanalyse des deutschen Gesundheitswesens zeichnet das Bild von einem *Steuerungs-Mix* der verschiedenen Ebenen, Methoden, Wirkungsformen und Zuteilung nach unterschiedlichsten Kriterien. Wo liegt die Handlungslogik hinter solch einem Mix? Die Kernabsicht des Ordnungsrahmens liegt darin, vor allem ein weitgestecktes Solidarprinzip zu realisieren und hierfür notfalls Effizienzverluste beim Umgang mit knappen Ressourcen in Kauf zu nehmen. Das heute realisierte Steuerungssystem ist jedoch keineswegs in der Lage, das als primäres Ziel angestrebte Solidarprinzip hinreichend zu realisieren. Eine Koppelung der Beiträge an Löhne als nur ein Einkommensbestandteil, ein nur teilweise wirksames Wettbewerbsverbot zwischen den Krankenkassen, dysfunktionale Mitgliederwanderungen durch hohe Beitragsdifferenzen bei weitgehend genormten Leistungen zeigen exemplarisch, dass das Ordnungssystem auf eine zielgerechte Erreichung des Solidarprinzips nicht ausgerichtet ist. Dem steht der Verzicht auf eine funktionsfähige Steuerung der Nachfrage- und Leistungsseite gegenüber. Innerhalb dieser Zielsetzung sind jedoch unterschiedlichste Steuerungsprinzipien möglich, deren Effizienz als Nebenbedingung eingeht.

Die mit der Suspendierung des Preismechanismus gewählte staatliche Steuerung, d. h. die Steuerung von Bedarf und Nutzung, die Steuerung der Gesundheitsausgaben und der Einnahmen sowie die Steuerung der Informationen angesichts einer stark privatwirtschaftlich strukturierten Produktionsseite unterliegt insbesondere in Anbetracht des Selbstverwaltungsprinzips (Krankenkasse, kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Verbände usw.) starken Einschränkungen. Selbst die hierarchisch-bürokratische Organisationsstruktur beraubt sich neben allen Ineffizienzvermutungen der Steuerungseffektivität. Da in den direkten Beziehungen zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern kein wirksamer, auf wirtschaftliche Verwendung knapper Ressourcen bedachter Steuerungsmechanismus gegeben ist und auch die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durch ihre Empfehlungen wenig faktischen Einfluss ausüben kann, fühlt sich der Gesetzgeber mehr und mehr gedrängt, durch direkte gesetzliche Auflagen und Verordnungen die Ausgabenentwicklung zu bremsen: Gesetzliche Vorschriften zur Ausgliederung von Einzelleistungen, spezielle Vorschriften über Preise und Entgelte und Verschärfung direkter administrativer Kontrollen über das Verhalten der Leistungserbringer füllen den Begriff der staatsdirigistischen Ausgabensteuerung aus. Seit 1977 ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik, den Folgen des Verzichts auf den Rückkopplungsmechanismus Preis durch Kostendämpfung entgegenzutreten. Dabei standen vor allem die Ausgaben der Krankenversicherungen im Mittelpunkt. Hier realisierte sich die Kostendämpfungspolitik vor allem in Budgetierungen ganzer Sektoren des Leistungsangebots. Ab Mitte der 90er Jahre wurden außerdem organisatorische Veränderungen im Gesundheitswesen durchgeführt, so etwa die Kassenwahlfreiheit, der Kontrahierungszwang und der Risikostrukturausgleich. Auch die Möglichkeit vernetzter Systeme wurde in sogenannten Modellvorhaben und Verträgen zur integrierten Versorgung zugelassen. Andere Änderungen, die Regelungen der privaten Versicherungswirtschaft ähneln, wie die Möglichkeit der Kostenerstattung (statt dem Sachleistungsprinzip) oder dem Festzuschuss für Zahner-

satz wurden kurz nach dem Regierungswechsel 1998 im Vorschaltgesetz wieder abgeschafft. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde das Konzept des Globalbudgets sowie Positivlisten für Arzneimittel eingeführt.

Eine Strukturreform muss einer Entwicklung entgegensteuern, in welcher der Gesetzgeber gezwungen ist bürokratisch rationierend durch immer detailliertere und perfektere Maßnahmen in die Einzelentscheidungen der Leistungserbringer, Versicherten und Krankenkassen einzugreifen. Konsequenter wäre der Weg zu einer staatlich gelenkten kollektivistischen Einheitskassen.

Alternativen sind die Stärkung der Kollektivverhandlungen der Leistungserbringer über Preis-, Mengen- und Qualitätsaspekte und damit die Rückentwicklung der Selbstverwaltung zu einem sich selbst steuernden System. Die Steuerungskompetenz würde sich wieder auf die Verbandsebene konzentrieren. Die gemeinsame Selbstverwaltung besteht aus einem sozialen Mechanismus der Wahl von Vertretern des Versicherungskollektivs (Sozialwahlen der Kassenvertreterversammlung) und den gemeinsamen Kollektivverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Solch eine *corporatistische Rationierung* kann selbst unter idealtypischen Bedingungen bestenfalls eine Second-Best-Lösung darstellen (Differenzierungsmängel der Präferenzen, massive Interessengegensätze bei Rückbindung der Kollektivaktoren an Subgruppen mit abweichenden Interessen).

Alternativ kann die Steuerungskompetenz stärker durch die Individualebene getragen werden. Diese Alternative bestünde darin, Preisrationierung auf Versicherungsebene mit dem Prinzip des Solidarausgleichs zwischen den Versicherungsnehmern zu verbinden. Insbesondere das Problem der Informationsmängel einer Bürokratischen Ressourcenzuteilung, die im Zusammenspiel mit Kartellstrukturen auf Seiten der Anbieter aus einem Verantwortungsvakuum heraus eher willkürlich mutet als rational, kann durch Wettbewerb geheilt werden. Die Sozialpolitischen Ziele können unter Zuhilfenahme von Marktwettbewerb effektiv erreicht werden.

Die augenscheinlich mangel- und verbandspolitisch gesteuerte Zuteilungswirtschaft innerhalb eines Verantwortungsvakuums ist durch eine Handlungslogik zu ersetzen, in der die Systemalternativen Staat, Wettbewerb und Selbstverwaltung derart verbunden werden, dass jeweils ihre Vorteile für die Erreichung beider Ziele „effiziente Versorgung“ und „Solidarprinzip“ wirksam werden können. Wird sozialpolitisch ein gleichmäßiger Anspruch der Gesellschaftsmitglieder auf Gesundheit aufgebaut, muss transparent gemacht werden, dass durch die Zuteilung der knappen Ressourcen eine Relativierung der gleichen Ansprüche von vornherein stattfindet und eine Offenlegung der Methoden und Kriterien der Zuteilung erfolgen.

Eine heimliche, verdeckte Rationierung, die sich im wesentlichen aus Budgetfolgen nährt und sowohl die Entscheidungskriterien (Zufallsentscheidungen, Gleichheitsforderungen, Dringlichkeit, prognostische Erwägungen, Wartezeit, sozialer und familiärer Status oder Nützlichkeits-Überlegungen), die Verantwortungsebenen, als auch den Rationierungstatbestand als solchen intransparent lässt, muss einem gesellschaftlichen Diskurs weichen. Verdeckte Rationierung, über das Instrument der barmherzigen Lüge (konsentiertere Verteilungsmechanismen erfolgen heimlich, die Leistungsbegrenzungen werden mit vorgeschobenen Fakten, wie z. B. Risiko, Wirkungslosigkeit usw. begründet) kaschiert, kann nur auf den ersten Blick sozial verträglich sein.

Bürokratische Rationierung in Deutschland: Steuerungsrationalität einer Mehr-Aggregate-Ökonomie,
etatistisches Systemdenken oder barmherzige Lüge?

Literaturverzeichnis

- ABHOLZ, H.- H. (1991), Rationale Leistungssteuerung und Rationierung der Medizin, in: *Jahrbuch für kritische Medizin: Rationierung der Medizin*, Argument-Verl., Hamburg.
- ADAM, H. (1990), Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Gesundheitswesen, *Arbeit und Sozialpolitik* 6, 129-196.
- ALTHEIDE, W. VON (1989), Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und beim Zahnersatz, *Die Krankenversicherung* 1-2, 53-58.
- ARNOLD, M. (1991), Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld, von wissenschaftlichem Fortschritt und Finanzierbarkeit, *DOK* 8, 263-273.
- ARNOLD, M. (1993), *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*, Enke- Verl., Stuttgart.
- ARNOLD, M. (1995), *Zum Umgang mit Knappheit in der medizinischen Versorgung* Verband der privaten Krankenversicherung, Köln.
- BREYER, F./ KLIEMT, H. (1994), Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? Ein Beitrag zum Thema „Rationierung im Gesundheitswesen“, in: Homann, K. (Hrsg.), *Wirtschaftsethische Perspektiven, I: Theorie, Ordnungsfragen, internationale Institutionen*, Duncker & Humblot-Verl., Berlin.
- BRUCKENBERGER, E. (1990), Kosten-Nutzen-Analyse der Nierenlithotripsie, *Arbeit und Sozialpolitik* 4, 142-145.
- BURGER, S./ JOHNE, G. (1994), Die Qualität sozialer Dienste im Spannungsfeld zwischen sozialpolitischem Anspruch und ökonomischer Rationalität, in: Knappe, E. und Burger, S. (Hrsg.), *Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten*, Campus-Verl., Frankfurt, New York.
- BÜCHNER, K. R. (1995), Möglichkeiten und Grenzen retrospektiver Kosten-Nutzen-Analysen, in: Oberender, P. (Hrsg.), *Kosten-Nutzen-Analysen in der Pharmaökonomie, Möglichkeiten und Grenzen*, SM-Verl., Gräfelfing.
- CALLAHAN, D. (1996), Aging and the Allocation of Resources, in: Oberender, P. (Hrsg.), *Alter und Gesundheit*, Nomos-Verl.-Ges., Baden-Baden.
- DRUMMOND, M. (1991), Outputmeasurement for resource-allocation decisions in health-care, in: McGuire, A. und Fenn, P. und Mayhews, K. (Hrsg.), *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*, Oxford Univ. Press- Verl., Oxford u.a.
- FUCHS, CH. (1994), *Allokation der Mittel im Gesundheitswesen, Rationalisierung versus Rationierung*, Zentrum für Med. Ethik- Verl., Bochum.
- KOLODZIEJCZYK, D. (1995), Kosten-Nutzenanalyse aus der Sicht der klinischen Medizin, in: Oberender, P., (Hrsg.), *Kosten-Nutzen-Analyse in der Pharmaökonomie, Möglichkeiten und Grenzen*, SM-Verl., Gräfelfing.
- KÜHN, H. (1991a), Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, in: *Jahrbuch für kritische Medizin: Rationierung der Medizin*. Argument-Verl., Hamburg.
- MERBECKS, M. (1996), Beurteilung der Methoden von Effizienzanalyse zur Prävention ernährungsabhängiger Krankheiten, *Arbeit und Sozialpolitik* 7-8, 34-41.
- OBERENDER, P. (1996), Medizin zwischen Rationierung und Rationalisierung, in: Oberender, P. (Hrsg.), *Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen*, SM-Verl., Gräfelfing.
- REBSCHER, H. (1995), Ordnungspolitische Bewertung von Kosten-Nutzen-Analysen aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Oberender, P. (Hrsg.), *Kosten-Nutzen-Analyse in der Pharmaökonomie, Möglichkeiten und Grenzen*, SM-Verl., Gräfelfing.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1991), *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland*, Nomos-Verl.-Ges., Baden-Baden.

Literaturverzeichnis

- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1995), *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten*, Nomos-Verl.-Ges., Baden-Baden.
- WASEM, J. (1997), Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von QUALY-League-Tables bei der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen, *Arbeit und Sozialpolitik* 1-2, 12-20.