

Theo Thiemeyer

Irrwege der Gesundheitsökonomik

Angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird allenthalben die Forderung nach einer Intensivierung der sog. „Gesundheitsökonomik“ erhoben. Im Vergleich zum Ausland – gemeint ist der angelsächsische Sprachraum, zumal die US-amerikanische Forschung – sei, so meint man, die Gesundheitsökonomik in der deutschsprachigen Forschung unterentwickelt. Da der Boom der Bildungsökonomik angesichts der Misere im Bildungswesen, die die Bildungsökonomik offenbar nicht verhindern konnte, abklingt, ist nicht auszuschließen, daß die bundesrepublikanischen Forschungsinstitute sich nunmehr mit ähnlichem Instrumentarium im Groß-einsatz auf die Gesundheitsökonomik stürzen. Es scheint daher zweckmäßig zu sein, noch einmal meist längst bekannte, aber – da lästig – nicht beachtete Vorbehalte gegen bestimmte methodische „Ansätze“ einer Gesundheitsökonomik in Erinnerung zu rufen.

I.

1. Der methodische Einstieg der herrschenden Ökonomik in die Analyse des Gesundheitswesens ist weitgehend standardisiert und kanalisiert. Ausgangspunkt ist die in den letzten Jahren mit großer Intensität entwickelte „*Theorie der öffentlichen Güter*“. Sie beginnt meist mit der Analyse des „*Marktversagens*“: Da sich die Tatsache, daß der Markt nach Meinung der politisch maßgeblichen Gruppen bei der Bereitstellung bestimmter Güter versagt, nicht mehr leugnen läßt, sucht man einen Ausweg, um im Rahmen eines formalen Erklärungsmodells den Nachweis erbringen zu können, daß bei „rationalem“ Handeln aller Beteiligten (d. h. bei Gewinn-, Nutzenmaximierung und unter der Annahme, daß der politische Bereich nach dem Muster des profitwirtschaftlich orientierten Privatunternehmers nach dem Prinzip der Stimmenmaximierung handelt) trotz Marktversagens eine Orientierung an den individuellen Präferenzen möglich, d. h. durch alle monopolistischen Strukturen hindurch „*Konsumentensouveränität*“ realisierbar ist. Auf die Varianten der Diskussion, wie überhaupt die ganze Musgrave-Exegetik muß an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Mit Recht spricht Hans Peter Widmaier von der „inzwischen unfruchtbar gewordenen Diskussion um den wenig brauchbaren Begriff der öffentlichen Güter“¹. Siegfried Katterle hat die Versuche, vermeintlich „rein wirtschaftliche“, „rein rationale“ und „unpolitische“ (a-historische) wohlfahrtsökonomische Prinzipien für die Bestimmung von Art und Umfang des Angebots an öffentlichen Gütern zu entwickeln, einer eingehenden Kritik unterzogen². Der fundamentale – aber systemnotwendige – Irrtum der „*Theorie der öffentlichen Güter*“ liegt darin, daß man für die Abgrenzung der öffentlichen Güter bestimmte Eigenschaf-

ten der Güter selbst oder bestimmte technische Umstände ihrer Produktion, nicht aber primär den gesellschaftlichen Entscheidungsprozeß als Erklärung für die Tatsache heranziehen will, daß es sich um „öffentliche Güter“ handelt, d. h. Güter, für deren Bereitstellung der Staat wegen Marktversagens Vorsorge (durch eigene Produktion oder öffentliche Regulierung vielfältiger Art) zu treffen hat. Dabei kann eine eingehende Analyse zeigen, daß solche in der Diskussion unermüdlich repetierten „Kriterien“ für die Abgrenzung öffentlicher Güter wie „Nicht-Ausschließbarkeit“ oder „Nicht-Rivalität“ in den meisten Fällen gar nicht, in vielen Fällen nur sehr gezwungen, anzuwenden sind³.

Zum Beispiel wird für den Fall, daß auch unbeteiligte Dritte in den Genuß von Gesundheitsleistungen kommen ohne für diesen Nutzen einen finanziellen Beitrag leisten zu müssen (*Nicht-Ausschließbarkeit*), meist auf die Vermeidung von Ansteckungsgefahr verwiesen (wo es in der Tat zutrifft) oder aber man nimmt Zuflucht zu der formalistischen Allerweltsrechtfertigung, daß der „Nutzen“ für Dritte darin bestehe, daß man andere nicht leiden sehen müsse. Auch für die *Nicht-Rivalität* lassen sich kaum plausible Beispiele im Gesundheitswesen i. e. S. finden. Die weitere Analyse erübrigt sich: „Öffentliche“ Güter entstehen durch gesellschaftspolitische Entscheidung. Diese Entscheidung mag durch bestimmte Gutseigenschaften (sicherlich kaum die genannten) motiviert sein, wird in der Regel aber völlig andere Gründe haben. Nirgends „versagt“ der Markt: Alle Gesundheitsgüter ließen sich über den Markt profitwirtschaftlich anbieten. Die Fiktion, die die Entscheidung über die Öffentlichkeit von Gütern ausschließlich von Eigenschaften der Güter selbst abhängig macht, ist für die a-historische Modellanalytik systemnotwendig: Es muß ein „unpolitischer“, „rein objektiver“ Grund gefunden werden einerseits, um die nicht zu leugnende Tatsache öffentlichen Wirtschaftens zu erklären, und andererseits, um eine „objektive“ *Grenze staatlichen Wirtschaftens* zu fixieren, die um der privatwirtschaftlichen Profitwirtschaft willen nicht überschritten werden darf. Mit Recht ist darauf hingewiesen worden, daß die Theorien über „objektive“ Grenzen staatlichen Wirtschaftens jeweils den Zustand zu sanktionieren scheinen, der aus der Perspektive der politisch herrschenden Kräfte unumstritten als Domäne staatlichen Wirtschaftens gilt⁴. Die Theorie der objektiven Grenzen staatlichen Wirtschaftens hinkt hinter der politischen Entwicklung her. Dem Irrtum, den Bereich der „gemeinwirtschaftlichen“ Produktion von der Privatwirtschaft durch ein Kriterium abgrenzen zu können, das in den Gütern selbst liegt, ist schon Adolph Wagner aufgesessen (was allerdings der Fruchtbarkeit seiner Gemeinwirtschaftstheorie keinen Abbruch tut). Seine Kontroverse mit Emil Sax und vor allem Gustav Cohn legt Zeugnis davon ab⁵.

2. Eine besondere Faszination auf das herrschende nationalökonomische Denken übt offenbar das analog zur einzelwirtschaftlichen (sog. „dynamischen“) Investitionsrechnung entwickelte Investitionskalkül (*Investition in „human capital“*) aus. Danach erweisen sich Investitionen im Gesundheitswesen (Ausgaben für Gesundheitsgüter) dann und insoweit als effizient, als die Ausgaben durch die (auf einen Bewertungszeitpunkt abgezinsten) Erträge gedeckt werden. Das Verfahren erlaubt Aussagen über die „Rationalität“

des einzelnen Investitionsverfahrens als auch den Vergleich der Effizienz verschiedener Investitionsalternativen. Eine ideologiekritische Auseinandersetzung mit dem hier verwendeten ökonomistisch verengten Rationalitätsbegriff liegt nahe, soll aber hier nicht geboten werden. Interessanter ist die Analyse der *irrealen Hypothesen*, zu denen man seine Zuflucht nehmen muß, um das vermeintlich „rein wirtschaftliche“, „rein rationale“ Wirtschaftlichkeitskalkül im Gesundheitswesen plausibel erscheinen lassen zu können. Dabei erweisen sich alle Annahmen einer solchen „Kapital“-Rechnung als diskussionswürdig: der Ertrag (der Output) der Investition, aber auch die Abgrenzung der medizinischen Güter und Leistungen als „Input“ und schließlich auch die impliziten Annahmen über den kausalen Zusammenhang zwischen Investition und Investitionsertrag. (Ausführungen über die Spekulation hinsichtlich des beim Abzinsen zu verwendenden Zinssatzes wollen wir uns an dieser Stelle ersparen.) In zahlreichen Modellen dieser Art erscheint als „Ertrag“ der Investitionen in das „Humankapital“ die verlängerte Lebensdauer. Unter dem Gesichtspunkt einer ökonomistisch verengten Rentierlichkeit interessiert an der verlängerten Lebensdauer nur die gewonnene Arbeitszeit. Diese läßt sich durch Multiplikation mit einem durchschnittlichen oder branchenspezifischen Lohnsatz bewerten. Gemäß Modellannahme – so beispielsweise in einem von Grossman entwickelten Modell – besteht zwischen Investition (Ausgaben für Gesundheitsgüter) und Lebensdauer ein technisch eindeutiger Zusammenhang: Die Individuen „wählen“ durch ihre Entscheidung über Art und Umfang der erworbenen Gesundheitsgüter ihre Lebensdauer⁶. Das Gesundheitsniveau ist keine exogene Größe, sondern hängt – es heißt „teilweise“, aber der andere, exogene Teil erweckt offenbar kein Interesse – von der Höhe der verwendeten Ressourcen ab. Andere Modell-Autoren formulieren diesen Zusammenhang zwischen Humaninvestition und Ertrag nicht so rüde technizistisch, aber implizit muß bei jedem in Anlehnung an die industrielle Investitionsrechnung entwickeltem Wirtschaftlichkeitskalkül eine solche Annahme gemacht werden.

Die begriffliche Erfassung des „Input“ bleibt ebenso umstritten. Grossman versteht darunter die Gesundheitsausgaben des Individuums und den bewerteten Zeitaufwand, der mit der Inanspruchnahme der Gesundheitsgüter verbunden ist. Andere engen den Input auf die „ärztlich verschriebene Leistung“ oder die von versicherungsgesellschaftlich anerkannten Leistungen ein usw.⁷.

3. Derartige *abstrus-reduktionistische Modelle* faszinieren allerdings eher die esoterischen Zirkel nationalökonomischer Modellanalytik als die wirtschaftspolitische Praxis und die für sie tätigen Forschungsinstitute: Hier liegt das Schwergewicht gesundheitsökonomischer Untersuchungen auf der *Cost-Benefit-Analyse* (Nutzen-Kosten-Analyse, CBA). Auch die CBA ist eine Investitionsrechnung, deren Struktur mit der oben skizzierten reduktionistischen Variante völlig übereinstimmt⁸. Nur sucht die CBA die Realitätsnähe insofern, als sie die Fülle der Erträge oder Erfolge der Verwendung von Gesundheitsgütern zu erfassen sucht, vor allem auch nicht-monetäre, unmittelbar nicht quantifizierbare, bei einigen Autoren auch immaterielle Auswirkungen. Die konsequente CBA versucht, alle Wirkungen zu erfassen

sen, sie monetär zu bewerten und die so ermittelten, in zukünftigen Perioden (i. d. R. Jahren) anfallenden Erträge auf einen Bewertungszeitpunkt (z. B. Zeitpunkt des Investitionsbeginns oder der Planung) zu diskontieren und mit dem (evtl. ebenfalls diskontierten) Input zu vergleichen. Indes bleibt der größere Teil der CBA-Konzeptionen bloßes Programm. Meist beschränken sich die Aussagen von CBA-Analysen auf solche Größen wie „ersparte Kosten“, „Beitrag zum Sozialprodukt“, „ersparte Krankheitsausgaben“, „ersparte Rentenleistungen“ usw. Außer in der von gesellschaftlichem Vorverständnis geprägten *Selektion der „Wirkungen“* erweist sich die *Monetisierung* immer als ein Husarenstück: Der rechentechnische Apparat und der Wust methodologischer Erörterungen suggerieren häufig eine wissenschaftliche Objektivität der Analyse, die faktisch nicht gegeben ist. „Von der eklatanten Uneinigkeit in der Theorie“, schreiben Sarrazin/Spreer/Tietzel, „hat die Praxis offenbar nur wenig Notiz genommen, denn ungeachtet theoretischer Unsicherheit vollzog sich ein wahrer Siegeszug dieser Analysetechnik auf den verschiedensten Gebieten“⁹. Bei der CBA nimmt in vielen Fällen die wissenschaftliche Seriosität mit zunehmender mathematischer Perfektion ab. Es besteht auch dann kein Anlaß, diese Kritik an der Aussagefähigkeit der CBA abzuschwächen, wenn der Gesetzgeber verschiedener Länder, u. a. in der Bundesrepublik, die Anfertigung von Cost-Benefit-Analysen bei Großinvestitionen in seine haushaltswirtschaftlichen Vorschriften aufgenommen hat (§ 6 Abs. 2 HGrG, § 7 Abs. 2 BHO von 1969).

Wegen der breiten *Unbestimmtheitsbereiche und Ermessensspielräume* in der CBA ist sie zur Begründung und Rechtfertigung von Maßnahmen der Gesundheitspolitik nur mit kritischer Vorsicht verwendbar: Sie kann – und das ist nicht gering zu schätzen – ein wenig mehr an Information über komplexe Wirkungszusammenhänge bieten, sie kann Vermutungen über mögliche Größenordnungen anregen. Aber sie kann die politische Entscheidung nicht ersetzen. Wegen der breiten Unbestimmtheitsbereiche ist die CBA immer in der besonderen Gefahr, bei bereits beschlossenen Maßnahmen als *pseudo-wissenschaftliche Rechtfertigung* zu dienen. Mit Recht weisen Sarrazin/Spreer/Tietzel darauf hin, daß die CBA „leicht zum monströsen Instrument der Durchsetzung von Sonderinteressen degenerieren könnte“¹⁰. Allerdings sind das alles keine Einwände gegen die CBA, sondern gegen ihre unkritischen Propagandisten und Anwender.

4. Vom Ansatz her weniger perfektionistisch ist die *Kosten-Wirksamkeitsanalyse* (Cost-Effectiveness-Analyse). Ihr geht es primär um das explizite Ausweisen bestimmter Ziele, wobei das Bemühen um quantitative Indizes zur Ermittlung des Zielerreichungsgrades im Vordergrund steht. Man kann die so ermittelten Veränderungen mit den zur Erreichung des Ziels getätigten Ausgaben (oder den entstandenen Kosten) vergleichen, um auf diese Weise ein Urteil über die Effektivität der Maßnahme zu gewinnen. Im Gegensatz zur CBA kann auf die Monetisierung der Ziele bzw. Zielerreichungsgrade verzichtet werden und auch die waghalsigen Diskontierungsrechnungen entfallen. Der umfangreiche formale Apparat darf auch in diesem Falle das Problem der interessengeleiteten Selektion der Ziele und Kriterien, das Problem der Einschätzung der Validität der Indikatoren nicht vergessen machen.

5. Man kann die Kosten-Wirksamkeits-Analyse weiter ausbauen zu *Programm-Budget-Systemen* (Planning-Programming-Budgeting-System, PPBS), die außer im militärischen Bereich mit Vorliebe gerade für den Gesundheitssektor entwickelt worden sind¹¹. Dabei gliederte man Globalziele (wie „Gesundheitspolitik“) über Programmkategorien mehrerer Stufen (I. Krankheitsfrüherkennung, II. Gesundenuntersuchungen, III. ärztliche Vorsorgeuntersuchungen) bis hin zu bestimmten „Programmelementen“ (IIII. Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren). Im Rahmen der Haushaltsplanung wird das jeweilige Ausgaben-Soll für die einzelnen Programmelemente vorgegeben. Die für die einzelnen Programmelemente geplanten Ausgaben können zum Ausgabensoll des gesamten Bereichs aggregiert werden. Für die einzelnen Programmelemente werden nach dem Beispiel der Kosten-Wirksamkeits-Analyse Erfolgsindikatoren bestimmt, die den Zielerreichungsgrad zu ermitteln erlauben. Der so ermittelte Erfolg wird mit den Programmelement-Ausgaben verglichen und so die Effizienz des Mitteleinsatzes bewertet.

Die Welle der Begeisterung für dieses PPBS-Verfahren, in dem man ein Verfahren zur Ablösung der traditionellen ressortorientierten Haushaltsplanung sah, ist zwar inzwischen verebbt. Die behutsame Anwendung des Verfahrens in Teilbereichen des Gesundheitswesens kann hilfreich sein, wenn man sich der Probleme bewußt ist. Zunächst suggeriert das Verfahren der Untergliederung von Globalzielen in Teilziele den Eindruck, als ob es sich um die rein logische Explikation und Konkretisierung des Oberziels handele. Tatsächlich impliziert das Bilden von Programmkategorien gesellschaftspolitische Entscheidungen über die Ziele und gewünschten Strukturen der Gesundheitspolitik. Hier fallen die Entscheidungen über die organisatorische Struktur des Leistungsangebots (private Praxis, öffentlicher Gesundheitsdienst). Hinzu tritt die oben angedeutete Ambivalenz der Erfolgsindikatoren. Vor allem bleibt auch die methodisch häufig kaum reflektierte isolierende Betrachtung einzelner Programm-Element-Bereiche als isolierbares, finanztechnisches Investitionsproblem problematisch.

Für alle bisher erörterten, in der Gesundheitsökonomik angewendeten Verfahren von der reduktionistischen Investitionstheorie über die CBA, die KNA und die PPBS-Technik gilt, daß in vielen Fällen wissenschaftlich anfechtbare Annahmen über den Zusammenhang zwischen medizinischen Leistungen und Gesundheitsniveau unreflektiert unterstellt werden. Die Warnung von Heidrun Kaupen-Haas vor dem „*Kurzschluß von der Erhöhung der Lebenserwartung auf die Wirksamkeit der Medizin*“¹² zu schließen, gilt auch für alle investitions-theoretischen Varianten der Gesundheitsökonomik. (Selbstverständlich muß die gesundheitsökonomische Modell-Analytik diesen Einwand nicht gelten lassen: der technizistisch verstandene Zusammenhang zwischen Investitionsausgaben und Lebensdauer wird als Modellannahme unterstellt. Der a-historische Formalismus ist gegen Historie immun.) Auch die von Hagen Kühn überzeugend belegte These, daß „der Quantifizierung der tatsächlichen volkswirtschaftlichen Gesamtbelastung durch Gesundheitsausgaben und Krankheitsfolgen ... durch den Gegenstand selbst enge Grenzen gesetzt“ sind, wird manche der gemäß den hier skizzierten Verfahren entwickelten Untersuchungen schon im Ansatz als

zweifelhaft erscheinen lassen. Vor allem auch der häufig verwendete Index „quantitative Veränderung des Arbeitskräftepotentials“ erweist sich, wie Kühn dartut, als nicht aussagefähig¹³.

6. Daß die Begeisterung für „Gesundheitsökonomik“ der überbordenden „Sozialindikatoren-Bewegung“ neuen Antrieb geben könnte, ist sicher. Ob die sowohl auf nationaler als auch auf supranationaler Ebene für Zwecke der Indikatorenforschung aufgewendeten Mittel in irgendeinem Verhältnis zum wissenschaftlichen Ertrag stehen, kann hier nicht entschieden werden. Der Verdacht, daß es sich um einen politischen Rechtfertigungszwecken dienenden Aktionismus im Zusammenhang mit vagen Vorstellungen von „Umwelt“ und „Lebensqualität“ handelt, liegt zumindest nahe. Die Kritik von Hans Peter Widmaier, der der Sozialindikatorenbewegung ihre „weitgehende Theorielosigkeit“ vorwirft¹⁴, mag in ihrer verallgemeinernden Form ungerecht sein, trifft aber auf zahlreiche Veröffentlichungen zu. Soziale Indikatoren („Lebenslage-Merkmale“)¹⁵ lassen sich für einzelne Personen, Gruppen, Schichten, Klassen und ganze Wirtschaftsgesellschaften entwickeln. Die Auswahl der Indikatoren ist politisch präformiert, was weder Einwand noch gar Vorwurf ist, sondern nur geklärt werden muß¹⁶. Nirgendwo wird so deutlich wie hier, daß Methoden und begriffliches Instrumentarium Ergebnisse vorwegnehmen. Überraschend ist, daß Indikatorenkataloge des Gesundheitswesens, die sich als Ergebnis intensiver Forschungsbemühungen darbieten¹⁷, kaum über die Kataloge hinausgehen, die schon in älteren Veröffentlichungen erscheinen¹⁸. Zumindest ebenso dringlich wie die Entwicklung von Indikatoren ist die Beseitigung von politischen und verbandspolitischen Hemmnissen bei der Erfassung, Veröffentlichung und Aufbereitung von gesundheitspolitischem Primärmaterial.

7. Von vielen Autoren wird Gesundheitsökonomik ganz einfach auf *verbesserte Kostenrechnung* in Betrieben und Institutionen des Gesundheitswesens reduziert. Durch Kostenrechnung – so meint man – lasse sich der rationale Einsatz der Produktionsmittel in allen Organisationen wie der Gesellschaftswirtschaft überhaupt, verbessern. Der Gedanke ist für die Praktiker, die Öffentlichkeit und die Politiker unmittelbar eingängig. Kostenrechnung scheint etwas mit kaufmännischer Nüchternheit und Objektivität zu tun zu haben. Damit die folgenden Erwägungen nicht zu Schlußfolgerungen verleiten auf die sie nicht abzielen, sei vorweg gesagt: Kostenrechnung (oder besser: betriebliche Rechnungslegung) ist unentbehrlich und ist eine wichtige Informationsquelle. Indes muß vor ihrer Überschätzung gewarnt werden. Hinweise auf die begrenzte Verwendbarkeit von Kostenrechnungen zur „Rationalisierung“ des Gesundheitssektors stoßen aber selbst bei sonst kritischen Teilnehmern der gesundheitspolitischen Diskussion häufig auf Verständnisschwierigkeiten.

Daß „Kosten“ (als Bezeichnung von betriebswirtschaftlichem Werteverzehr) häufig mit „Ausgaben“ (finanzwirtschaftlichen Kosten) verwechselt werden, sei nur erwähnt. In einer ersten Stufe ist die vollständige Erfassung der Ausgaben die wichtigere Aufgabe. Jede Kostenrechnung ist – im Gegensatz zur Ausgabenrechnung – als Versuch einer periodengerechten und Bereichsgerechten Verteilung des Aufwands schon dem Einwand der Unbestimmtheit durch „Ermessensspielräume“ ausgesetzt (Fixkostenproblem,

Gemeinkostenproblem). Überhaupt ist die Frage zu stellen, ob nicht die finanzwirtschaftliche Einnahmen-Ausgaben-Rechnung bei der Analyse der finanzwirtschaftlichen Lastenverteilung – und darauf kommt es in vielen Fällen primär an! – wichtiger ist. Auch das Problem, daß es bei einer gesellschaftswirtschaftlichen Betrachtung nicht auf den in Einzelwirtschaften gemäß Gesetz oder Tradition „zufällig“ erfaßten Aufwand, sondern auf volkswirtschaftliche Größen (Social Costs, Social Benefits) ankommt, ist so breit diskutiert, daß die Erinnerung hier genügt. Ganz grundsätzlich läßt sich feststellen: Das *Kosten-Zurechnungsproblem* ist nicht gelöst und es läßt sich theoretisch nicht lösen: Jeder Versuch der Ermittlung der „richtigen“ Kosten scheitert an der Tatsache, daß es hinsichtlich der Zurechnung notwendigen Ermessensspielräume gibt¹⁹.

In der Krankenhauswirtschaft werden die „richtigen“ Kosten zur Bestimmung des Pflegesatzes zwischen Krankenhäusern und Aufsichtsbehörden „ausgehandelt“. Schon die auf den ersten Blick simple Abgrenzung von Vorhaltungskosten und laufenden Kosten, wie sie das Krankenhausfinanzierungsgesetz vorsieht, erweist sich in Grenzbereichen als problematisch: Erneuerungsaufwand (Vorhaltungsaufwand) läßt sich durch Erhaltungsaufwand substituieren und umgekehrt, d. h. verzögerter oder gekürzter Unterhaltungsaufwand macht vorzeitige Neuinvestition erforderlich. Kurz: Inhalt und Form einer Betriebsrechnung einschließlich der sog. Kostenrechnung hängen vom Ziel der Rechnung ab. Ist das Ziel die Gewinnung von Unterlagen für die Begründung von Abgeltungs- oder Pflegesatzforderungen, wird sich der Inhalt der Rechnungen entsprechend gestalten. Dabei geht es nur in Ausnahmen um bewußte Verfälschungen, sondern um die interessengeleitete Ausgestaltung von Ermessensspielräumen. Die Forderung nach „richtiger“ Kostenrechnung mag gut gemeint sein: *die „richtige“ Erfassung gesellschaftswirtschaftlichen Werteverzehrs wird nicht erreicht*. Die faktische Funktion der Forderung nach „kaufmännischer“ Kostenrechnung ist eine andere. Hinter der Forderung nach „richtiger“ kaufmännischer Kostenrechnung steht bewußt oder unbewußt das herrschende *Vorurteil von der Vorbildlichkeit des profitorientierten Erwerbsunternehmens*. Auch die gängige Kritik am kameralistischen Rechnungswesen – oft von Unkenntnis geleitet – zielt in diese Richtung. Die faktische und theoretische Unlösbarkeit des Zurechnungsproblems i. S. einer eindeutig „richtigen“ Zurechnung von Kosten ist kaum bestritten. Aber auch solche Autoren, die auf diese Unlösbarkeit ausdrücklich hinweisen, fordern häufig in der gleichen Veröffentlichung, daß der „rationale Einsatz der Produktionsfaktoren“ durch „richtige Anlastung der Kosten“ gesichert werden müsse.

Gegenwärtig sieht der Verordnungsgeber den entscheidenden Weg zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der Krankenhauswirtschaft²⁰ in der *perfektionistischen Kostenrechnung*. Dabei lehnt man sich in Aufbau und Terminologie an das geltende Eigenbetriebsrecht (Vorschriften zur Rechnungslegung bei Eigenbetrieben der Gemeinden) an. Sachlich ist diese Anlehnung an das Eigenbetriebsrecht hinsichtlich der Rechnungslegung insofern berechtigt, als der Investitionsaufwand (der Vorhaltungsaufwand) der Krankenhäuser aus öffentlichen Haushalten finanziert wird und somit in die fünfjährige Finanzplanung mit einbezogen werden muß. Indes ließe sich ein

derartiger „Vermögensplan“ (Investitions-Finanzierungs-Plan (auch ohne perfektionistische Kostenrechnungsrichtlinien entwickeln. Die Rigorosität, mit der der Gesetzgeber nicht nur in den öffentlichen, sondern auch den freigemeinnützigen Bereich mit dem Zwang zur Offenlegung der Rechnungslegung interveniert, muß überraschen, da sich der Gesetzgeber in einem anderen Bereich, der zumindest ebenso dringlich – wenn nicht dringlicher – der Regulierung bedarf²¹, offensichtlich mit drastischen, aber unerlässlichen kontrollierenden Eingriffen viel schwerer tut: im Bereich der pharmazeutischen Industrie. Der formal-rechtliche Einwand, die Krankenhäuser empfangen aus öffentlichen Haushalten Subventionen (also Steuergelder) und müßten sich daher eine entsprechende Kontrolle gefallen lassen, während es bei der pharmazeutischen Industrie eine derartige Finanzierung aus öffentlichen Haushalten nicht gebe, ist nur rechtlich, nicht aber ökonomisch oder distributionstheoretisch akzeptabel: Die Förderung oder rechtliche Duldung monopoloider Strukturen zwecks Erzielung von privaten Monopolgewinnen hat den gleichen Konsumentzugs-Effekt wie die Besteuerung. Der Unterschied besteht in der öffentlichen oder privaten Aneignung.

Die Mobilisierung von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften für die gesamte Krankenhauswirtschaft löst die Probleme nicht. Zweckmäßiger ist der vom Gesetzgeber bei der Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Last im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs eingeschlagene Weg (ab Januar 1977 bei Sondertarifen für Auszubildende): Die Höhe der erstatteten Kosten orientiert sich an den Kosten eines effizienten und sparsam wirtschaftenden Betriebs. Wegen der verwaltungstechnischen Einfachheit ist dieses Verfahren trotz naheliegender methodischer Einwände unter allen Lösungen die beste: Problematisch bleibt selbstverständlich die Entscheidung über das, was medizinisch effizient ist und was – im Verhältnis zum sozialen Erfolg – „sparsam wirtschaften“ heißt²². Zumal in der Krankenhauswirtschaft könnten Krankenhäuser mit relativ geringem Aufwand in die versteckte Minderleistung ausweichen. Aber man sollte dieses Problem auch nicht überschätzen: Man ist in Wissenschaft und Praxis in weit größerem Umfang auf begründete Vermutungen angewiesen als perfektionistischem Denken lieb sein kann.

Wenn oben von der Unmöglichkeit der Kostenzurechnung gesprochen wurde, so bedarf das eines ergänzenden Hinweises: man kann selbstverständlich Regeln festsetzen, wie Aufwand (oder Kosten) zu verteilen sind. Werden diese Regeln in allen vergleichbaren Betrieben einheitlich angewendet, wird zumindest ein Betriebsvergleich ermöglicht. Mit einer – eigentlich gemeinten – „echten“ Anlastung gesellschaftswirtschaftlicher Kosten gemäß Veranlassung oder Verursachung hat das aber nichts zu tun.

II.

„Gesundheitsökonomik“ könnte schließlich auch so verstanden werden, als gehe es um die isolierte Analyse „rein wirtschaftlicher“ Phänomene i. S. von Pigous „wirtschaftlicher Wohlfahrt“: Danach ist wirtschaftlich all das, was dem „measuring rod of Money“, dem Geldmaßstab unterliegt. Pigou war im Gegensatz zu vielen seiner wohlfahrtsökonomischen Epigonen ein

kritischer und selbstkritischer Mann, der sich der Problematik dieses Vorgehens durchaus bewußt war. Bei der Analyse des Gesundheitswesens wie in allen anderen Bereichen *verbietet sich für den Sozialökonom die isolierte Behandlung monetärer Prozesse*. Mit Recht schreibt Naschold: „... die Reduzierung der gesamten Diskussion auf die monetäre Dimension eliminiert ... wesentliche Strukturfragen des Gesundheitssystems“²³. Die nur ökonomische Analyse beispielsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung, schreibt Christian von Ferber, „verstelle den Blick für die sozio-kulturelle Struktur dieses sozialpolitischen Handlungssystems“ und führe zur „*wissenschaftlichen Desorientierung*“. Mit Recht wendet er sich gegen den provozierenden „Alleinvertretungsanspruch des wirtschaftlichen Denkens“²⁴, das ja überhaupt dazu neigt, jede Sozialpolitik, die nicht „*reine*“ *Ökonomik* ist, als unwissenschaftlich zu diffamieren. Konsequenterweise will Hans-Ulrich Deppe Fragen der Finanzierung, der Organisation im Bereiche des Gesundheitswesens wie überhaupt Fragen „des volkswirtschaftlichen und politischen Stellenwertes im Rahmen der gesellschaftlichen Reproduktion“ im Rahmen der *medizinischen Soziologie* behandelt sehen²⁵. Dieses Vorgehen zwingt sich dann auf, wenn man als Gegenstand der Gesundheitsökonomik nicht nur das Problem der wirtschaftlichen Organisation zur Deckung einer „gegebenen“ Nachfrage nach Gesundheitsgütern sieht, sondern diese Nachfrage zumindest in breitem Umfang durch die gesellschaftswirtschaftlichen und betrieblichen Produktionsverhältnisse provoziert sieht. Produktionstechnisches Wachstum, Zunahme an ökonomischer Effizienz werden zumindest teilweise durch zunehmende Gesundheitsgefährdung und zunehmenden Gesundheitsverschleiß, also über abgewälzte Kosten „finanziert“. Der Zusammenhang mit Krankheit und Markt zwingt sich auf. Sowohl Mediziner als auch Sozialwissenschaftler, schreibt Hans-Ulrich Deppe, könnten die Tatsache nicht ignorieren, „daß der zu diagnostizierende und zu heilende Kranke von seiner täglichen Arbeit, jener den Regeln des Marktes angepaßten Erwerbstätigkeit, geprägt ist“²⁶. In der Tat wäre eine Sozialökonomik, die sich beispielsweise nur mit den Fragen der optimalen Organisation, der Effizienz und der Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen beschäftigt, das Problem der „sozialpsychogenen Frühinvalidität als Verschleißkrankheit“ (Kilian) aber eliminiert, von politisch bedenklicher Einseitigkeit.

Auch der Fach-Ökonom wird also, sofern er überhaupt die *ressort-partikularistische Einengung auf das „Rein-Ökonomische“* als gesellschaftspolitisches Phänomen reflektiert, der *Eingliederung einer Gesundheitsökonomik in eine Medizinsoziologie*, wie sie Deppe skizziert, für wissenschaftlich fruchtbar halten. Die so gewonnene Perspektive beugt Irrwegen der Gesundheitsökonomie vor. Andererseits darf aber die Medizinsoziologie auch im „Zeitalter der vorherrschenden soziogenen Morbidität“ (Kilian²⁷) nicht bei der theoretischen und empirischen Analyse dieser Soziogenese und der klassenspezifischen Morbiditätsverteilung stehenbleiben: Die Analyse muß im Rahmen interdisziplinärer Kooperation bis in die Kritik kostenrechnerischer Details, der betrieblichen Organisation und der Finanzwirtschaft der gesundheitspolitischen Institutionen vorstoßen. Es bedarf der produktions- und distributionspolitischen Analyse konkreter Organisations- und Finanzierungs-, Preisbildungs- und Honorierungsverfahren²⁸.

III.

Bei einer solchen Analyse, gerade auch aus der Perspektive einer kritischen politischen Theorie, könnten manche Stereotypen, die in der gesundheitspolitischen Kontroverse schon kämpferischen Eigenwert gewonnen haben, als zweifelhaft erscheinen. Die Kritik am „zersplitterten“ *Kassensystem* sei als Beispiel herausgegriffen. Diese Kritik ist fast schon zu sehr „herrschende Meinung“, als daß man sie ungeprüft hinnehmen könnte. Die durch Vereinheitlichung einzusparenden Verwaltungskosten sind eine periphere Größe. Wichtiger ist die Zentralisierung der Verhandlungsmacht, vor allem gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, und die Aktualisierung der „Marktmacht“ der GKV insgesamt gegenüber der Pharma-Industrie. Aber keine Änderung der Kassenstruktur nützt etwas, ohne die kämpferische Aktivierung der Vertretung der Versicherten in den Selbstverwaltungsorganen. Ob diese Aktivierung in einem dezentralen System nicht wirksamer erfolgen kann als in einem zentralen, ist eine Frage an die Medizinsoziologie. Der Hinweis auf den Kassenwildwuchs lenkt von dem eigentlichen Problem ab.

Der wesentliche Einwand gegen das gegebene System der Krankenversicherung ist nicht seine Zersplitterung, sondern die Tatsache, daß sich *Höchstverdienende dem gesellschaftlichen Solidarausgleich der Versichertengemeinschaft entziehen* können. Ein weiterer wesentlicher Einwand ist, daß die *Beitragsbemessungsgrenze* wesentlich durch das Beitragsniveau des konkurrierenden privatwirtschaftlichen Versicherungssystems, nicht aber in Hinsicht auf ihren (auch im Zusammenhang mit der progressiven Einkommenssteuer zu sehenden) gewollten Belastungseffekt bestimmt wird.

Bedroht ist das System neuerdings – was kaum beachtet wird – durch das Vordringen von ökonomistischen Auffassungen, die die *Mitversicherung der Familienangehörigen* im Rahmen des einheitlichen Beitragsatzes als „betriebsfremde Last“ zu deklarieren versuchen. Läßt man dieser Argumentation freien Lauf, so kann schließlich jede Abweichung der Beiträge und Leistungen vom privatwirtschaftlichen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip als „betriebsfremde Last“ der sozialen Krankenversicherung erscheinen: Selbst sonst kritische Autoren sind sich nicht klar darüber, welches bedeutsame *antizipatives Element* der *Solidarausgleich im Sachleistungsbereich* des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Indes genügt auch ein noch so idealer, im Sachleistungsbereich der Absicht nach ausschließlich am Bedarf orientierter (also bedarfswirtschaftlicher) sozialer Umverteilungsmechanismus wenig, wenn er durch „profitwirtschaftlich ausgerichtete Angebotsstrukturen“²⁹ (Naschold) distributionspolitisch korrumpiert wird. Ein Solidarausgleich zur Finanzierung monopoloider Profite ist eine Provokation. Eine notwendige Reform, schreibt Heidrun Kaupen-Haas, „zielt auf nicht weniger als auf die Überwindung des Prinzips der Profitmaximierung“ zugunsten eines Gesundheitssystems, das „körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden für die Mehrheit ermöglichen sollte“³⁰. Eine solche „ökologische Strategie“ könne nur von den Betroffenen durchgesetzt werden. Wir wollen ergänzen: Durch die Aktivierung der Selbstverwaltung.

Anmerkungen

1 Hans Peter Widmaier: Sozialpolitik im Wohlfahrtsstaat. Zur Theorie politischer Güter, Reinbek bei Hamburg 1976, S. 12.

2 Siegfried Katterle: Wohlfahrtsökonomik und Theorie der Staatswirtschaft, in: Finanzarchiv N. F. Bd. 30 1971, S. 14 ff.

3 Ähnlich Kurt Schmidt: Zur Geschichte der Lehre von den Kollektivbedürfnissen, in: Norbert Kloten u. a. (Hrsg.) Systeme und Methoden in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Erwin v. Beckerath zum 75. Geburtstag, Tübingen 1964, S. 335 ff.

4 Vgl. dazu Klaus Schaper: Kollektivgutargumente im Gesundheitswesen, Diss. Bochum 1977.

5 Vgl. meine kurze Darstellung der Diskussion: Theo Thiemeyer Gemeinwirtschaftlichkeit als Ordnungsprinzip, Berlin 1970, S. 61 f. Hier auch die Quellen.

6 Michael Grossman: On the Concept of Health Capital and the Demand of Health, Journal of Political Economy, vol. 80, 1972, hier S. 225.

7 Vgl. beispielsweise M. W. Reder: Some Problems in the Measurement of Productivity in the Medical Care Industry, in: Victor R. Fuchs (Ed.) Production and Productivity in the Service Industries, New York 1969, S. 95 ff. Vgl. auch die Kritik von Martin S. Feldstein und Herbert E. Klarman im gleichen Band S. 139 ff. bzw. S. 132 ff.

8 Vgl. dazu meine Darstellung mit weiteren Literaturverweisen Theo Thiemeyer: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, Reinbek bei Hamburg 1975, S. 264 ff. Zur Anwendung im Gesundheitswesen, aber auch die Probleme einer praktischen Anwendung verdeutlichend, Heinrich Brügger: Die Nutzen-Kosten-Analyse als Instrument der Planung im Gesundheitswesen, Zürich 1974; Erwin Rahner: Kosten- und Ertragsanalysen im Gesundheitswesen. Versuch einer ökonomischen Beurteilung von gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Diss. Saarbrücken 1965; Jürgen Wolfslast: Cost-Benefit-Analyse im Gesundheitswesen, Hamburg 1968 mit zahlreichen Beispielen. Als Beispiel für den Versuch einer CBA-Analyse im Arzneimittelbereich Ulrike Alter: Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen. Battelle Institut, Frankfurt a. M. (Hrsg.) Informationen Oktober 1973.

9 Thilo Sarrazin, Frithjof Spreer, Manfred Tietzel: Theorie und Realität in der Cost-Benefit-Analyse, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 130. Bd., 1. Heft 1974, S. 51 ff., hier S. 52.

10 a.a.O., S. 73.

11 Zum PPBS allgemein vgl. Heinrich Reiner mann: Wirtschaftlichkeitsanalysen, in: Ulrich Becker/Werner Thieme (Hrsg.) Hb der Verwaltung, Heft 4,6, Köln usw. 1974. Ferner sehr eingehend Wilhelm Weber und Rupert Windisch: PPBS: Neue Wege in der Planung öffentlicher Aufgaben, in: Ernst Dürr (Hrsg.), Neue Wege der Wirtschaftspolitik, Sch. d. V. f. S. P., N. F. Bd. 67, 1972, S. 147 ff. Mit Beispielen aus dem Gesundheitswesen K. Vak: Die Programmbudgettechnik. Materialien zum Seminar „Programmbudget-Techniken“, veranstaltet vom Kommunalwissenschaftlichen Dokumentationszentrum (KDZ), Wien, am 27. 11. 1969, S. 13 ff.

12 Heidrun Kaupen-Haas: Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten aus kritischer Sicht. Jb. für kritische Medizin. Argument-Sonderband 8, Berlin 1976, S. 86 ff. hier S. 87.

13 Hagen Kühn: Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung des Gesundheitswesens, in: Jahrbuch für kritische Medizin, wie Anm. 12, S. 179 ff. hier S. 181 f.

14 Hans Peter Widmaier: Sozialpolitik, a.a.O., S. 12.

15 Zum Begriff Lebenslage vgl. Gerhard Weisser: Grundsätze der Verteilungspolitik, in: B. Kulp und W. Schreiber (Hrsg.) Soziale Sicherheit, Köln/Berlin 1971, S. 110 ff. Als Beispiel praktisch-empirischer Lebenslageanalyse Hans-Jochen Anthes: Lebenslageanalyse lediger und geschiedener Mütter, Diss. Köln 1974.

16 Aus der breiten Literatur seien nur einige Veröffentlichungen zitiert: G. Kirsch, W. Wittmann, J. Steinhausen (Hrsg.) Wirtschaftswissenschaftliches Seminar Bd. 1: Ra-

tionale Ziele und Soziale Indikatoren, Stuttgart 1975; Wolfgang Zapf (Hrsg.): Soziale Indikatoren, 3 Bde., Frankfurt 1972–1974.

17 Vgl. die Untersuchung von Christoph Helberger: Soziale Indikatoren für das Gesundheitswesen der BRD – Ansätze, Probleme, Ergebnisse. SPES-Arbeitspapier Nr. 40, Nov. 1975, S. 12 ff. Ferner Christof Helberger: Möglichkeiten und Probleme bei der Entwicklung von Systemen sozialer Indikatoren – am Beispiel Gesundheit. Vortrag vor dem Sozialpolitischen Ausschuß des Vereins für Socialpolitik in Basel, 30. 9. 1976, S. 22 ff.

18 Charlotte Lorenz: Forschungslehre der Sozialstatistik, Bd. 2, Berlin 1963, S. 329.

19 Ich habe diese These in anderem Zusammenhang eingehend belegt: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, a.a.O., S. 171 ff.

20 Vgl. dazu Theo Thiemeyer: Krankenhausfinanzierung, in: Heinz Lampert (Hrsg.) Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD, Sch. d. V. f. S. P., N. F. Bd. 82, Berlin 1975, S. 95 ff.

21 Vgl. die Argumente bei Ingeborg Simon: Die Preispolitik der Pharmazeutischen Industrie im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung und ihre Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Hans-Ulrich Deppe u. a.: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973, S. 357 ff.

22 Vgl. dazu Siegfried Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 2, Stuttgart usw. 1971, S. 247 ff.

23 Frieder Naschold: Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Jb. für kritische Medizin, Bd. 1, wie Anm. 12, S. 200.

24 Christian v. Ferber: Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft, Hamburg 1967, S. 133.

25 Hans-Ulrich Deppe: Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen wissenschaftlichen Disziplin, in: Jb. für kritische Medizin, Bd. 1, wie Anm. 12, S. 82.

26 Hans-Ulrich Deppe: Zum ‚Objekt‘ der Medizin, in: Das Argument Nr. 50. Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften, 1969, S. 288.

27 Hans Killian: Kritische Theorie der Medizin, in: Argument Nr. 60. Kritik der bürgerlichen Medizin, 1970, 2. Aufl. 1972, S. 95.

28 So hat sich die These von der systemimmanenten „doppelten Dynamisierung“ der Ärzteneinkommen (Theo Thiemeyer: Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 19, 1970, S. 101 ff.) jahrelang von den Ärzten bekämpft, in den letzten honorarpolitischen Auseinandersetzungen als durchschlagendes Argument erwiesen. Vgl. dazu: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt: Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit, Berlin 1974

29 Frieder Naschold: Strukturelle Bestimmungsfaktoren. . . , a.a.O., S. 202.

30 Heidrun Kaupen-Haas: Gesundheitsverhalten . . . , a.a.O., S. 96.