



### ENTWICKLUNG UND STEUERUNG VON ANSPRUCHSVERHALTEN

#### IM GESUNDHEITSWESEN

Das Problem der Anspruchsdynamik spielt gerade im Bereich der Versorgung mit Gesundheitsgütern eine nicht unbeträchtliche Rolle. Vielfach wird dieses Phänomen zum Anlaß genommen, eigene Interessen zu rechtfertigen und anderen Gruppen Schuld zuzuweisen. Die vorliegende Studie analysiert demgegenüber die ordnungspolitisch begründeten Fehlallokationen mit dem Ziel, Aspekte für eine Verbesserung der Anspruchssteuerung aufzuzeigen.

Hierbei werden folgende Themenschwerpunkte berührt:

- Systeminterne Steuerung ("Anspruchsspirale")
- Systemexterne Steuerung ("Prinzip Heuschrecke")
- Bezugsgruppendedynamik
- Sozialjuristische Implikationen
- Politischer Wettbewerb
- Technische Innovation

-----

Dr. rer. pol. Lothar Feige, Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen, Postfach 3167, 3000 Hannover 1

Entwicklung und Steuerung von Anspruchsverhalten im  
Gesundheitswesen \*

L. FEIGE, Hannover

Durch die neue Bundesregierung ist in die Diskussion um die Steuerung der Ausgabenentwicklung im Bereich des Gesundheitswesens das Bild der "Atempause" hineingetragen worden. Für eine gewisse Zeit sollen, wie auch in anderen Bereichen, alle Beteiligten im Gesundheitswesen ihre sicherlich z.T. berechtigten Forderungen - dies wird zugestanden - zurückhalten.

Man muß sich fragen, was eigentlich damit erreicht werden kann. Auf alle Fälle erreicht man durch eine Atempause in einigen Bereichen einen "Zahlungsaufschub" und damit einen nicht zu unterschätzenden Finanzierungseffekt. Wichtiger jedoch scheint die Absicht zu sein, die "Atempause" zu einer "Denkpause" zu machen. Absicht des Bundesarbeitsministers ist es, alle Beteiligten dahin zu führen, Ansprüche und Forderungen grundsätzlich zu überdenken und sich am Ende

---

\*

Im nachstehenden Beitrag sollen Hinweise zur Anspruchssteuerung, die derzeit in der Diskussion des Sozialstaates auftauchen, unter dem Gedanken der sozialen Ordnungspolitik zusammengeführt werden. Die vorliegende sozialökonomische Analyse baut dabei auf den Ergebnissen des 3. Kölner Kolloquiums, das im November 1982 unter dem Thema "Die Anspruchsspirale: Anspruchsbegrenzung durch Bevormundung oder Selbststeuerung?" stattfand, auf.

...

dieses Denkprozesses zur Beschränkung zu entschließen. Werden aber die Ansprüche auf allen Seiten innerhalb dieser Zeit tatsächlich zurückgenommen oder lediglich aufgestaut und anschließend mit größerer Intensität als derzeit vorgetragen? Eine solche Entwicklung scheint sich abzuzeichnen (Erfahrungen mit "Nachholbedarf" solcher Art liegen aus dem Bereich der Konzertierten Aktion in der Wirtschaftspolitik vor).

Aufforderungen zur Dämpfung von Ansprüchen gab es im Gesundheitswesen nicht oft, im Gegenteil. Die Äußerung von Ansprüchen gegenüber der sozialen Sicherung war lange Zeit erwünscht; galt doch die Expansion dieses Bereiches als Zeichen positiver sozialstaatlicher Entwicklung. Denkt man sogar an die Anfänge der sozialen Sicherung zurück, so bestand nicht das Problem, Ansprüche zu bremsen, problematisch war es, Anspruchsberechtigte in das System der sozialen Sicherung einzubringen. Die Dämpfung von Ansprüchen wurde immer nur dann - und in der Regel nur für kurze Zeit - gefordert, wenn die jeweilige Sozialversicherungsart temporär in finanzielle Schwierigkeiten geraten war. Die Dämpfung von Ansprüchen war also keineswegs eine Werthaltung genereller Anschauung, sondern lediglich das Reagieren auf Finanzengpässe.

Finanzengpässe findet man aber heute in der Sozialversicherung allenthalben. Sowohl in der Rentenversicherung als auch in der Arbeitslosenversicherung und in der Krankenversicherung sind die Finanzprobleme drängend geworden. Es scheint aber nunmehr nicht um eine temporäre Dämpfung von Ansprüchen zu gehen, gefordert ist ein grundsätzliches Umdenken.

Doch trotz aller offensichtlichen Probleme ist die grundsätzliche Diskussion um den Ausbau des Sozialstaates keinesfalls abgebrochen. Auch in einer Zeit, in der jeglicher finan-

zieller Spielraum fehlt, wird von vielen Seiten die Weiterentwicklung des Sozialstaates zum Wohlfahrtsstaat propagiert. Die Gefahr dabei ist, daß eine solche Diskussion, so notwendig sie sein mag, immer in Richtung einer Ausweitung von Ansprüchen und zu einer Zunahme von Anspruchsberechtigten führt. Sozial ist aber keineswegs, um Blüm aufzugreifen, wenn alle im Sozialstaat etwas mehr bekommen - sozial ist vor allen Dingen eine gerechte Verteilung; dies kann bei der derzeitigen Ausgestaltung der sozialen Sicherung durchaus mit der Einschränkung von Ansprüchen verbunden sein.

Wie aber ist die Fülle der jetzt diskutierten Ansprüche im Gesundheitswesen in der Vergangenheit überhaupt entstanden, und welche zukünftige Entwicklung läßt sich aufgrund der hier zu erzielenden Erkenntnisse ablesen? Wie läßt sich die Entwicklung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungssystem, speziell dem Gesundheitssystem, steuern? Wie entstehen "Anspruchsspiralen"?

Diese Fragen sollen im folgenden bearbeitet werden.

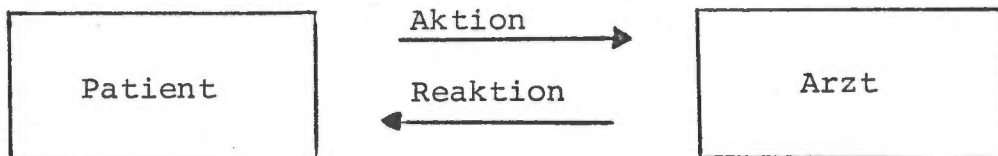
#### 1. Denkmodell "Anspruchsspirale" (systemimmanente Steuerung)

Zunächst einmal muß geprüft werden, was überhaupt unter einer Anspruchsspirale zu verstehen ist.

In einem einfachen Grundmodell läßt sich die Anspruchsspirale durch die Aktion und Reaktion zweier Beteiligter darstellen. Aktion und Reaktion steuern sich gegenseitig in einem Kreislaufmodell.

...

Geht man davon aus, daß die Aktion auf Expansion ausgerichtet ist, z.B. fordert ein Patient vom Arzt eine bestimmte Behandlung, so bleiben für die Reaktion drei Möglichkeiten. Die Reaktion verstärkt die Expansion, der Arzt wählt eine bessere, aber auch teurere Alternative; die Reaktion bremst die Expansion, der Arzt wählt eine bessere - oder zumindest ebenso günstige -, aber weniger kostenintensive Alternative, oder die Reaktion bleibt vollkommen aus und die expansive Aktion kann sich in der intendierten Weise fortentwickeln, d.h. der Arzt akzeptiert die Forderung des Patienten.



Dieser Prozeß entwickelt sich kreislaufartig und findet im Modell keinen Gleichgewichtszustand. Der kreislaufartige Ablauf führt in dieser Betrachtungsweise je nach Art der Reaktion auf ein neues Niveau, ähnlich einer Spirale. Solche Betrachtungsweisen haben in der Ökonomie ihr Grundmodell in der Multiplikatorentheorie.

Die Wortfindung "Spirale" assoziiert immer einen Expansionsprozeß, grundsätzlich ist aber auch Kontraktion möglich. Die Summe der Einzelfälle hat im Gesundheitswesen jedoch zu Expansion geführt.

...

Im folgenden soll nunmehr beschrieben werden, wie sich Ansprüche entwickeln, die in das System hineingetragen werden. Hinsichtlich der Reaktion der Leistungserbringer im Gesundheitswesen kann angenommen werden, daß Anspruchsinflation auch die Akzeptanz von Ansprüchen erhöht. Ein treffendes Beispiel aus einem anderen Sektor der sozialen Sicherung ist die Ausweitung der Anzahl derjenigen, die über einen Behindertenausweis verfügen.

Im Gesundheitswesen wäre zu konstatieren, daß, wenn die Reaktion überwiegend expansiv wirkt oder überhaupt nicht erfolgt, Einschränkung der Ansprüche und damit Dämpfung der Ausgaben zwar durchaus denkbar, aber nicht üblich ist.

Leistungserbringer müßten sich - dies erhöht die Vermutung der Akzeptanz der Aktion - mit oft erheblichem Aufwand gegen die Erfüllung gesellschaftlich bereits akzeptierter Ansprüche aussprechen. Innerhalb dieses Modells müßte es also gelingen, eine anspruchsdämpfende Reaktion auf Ansprüche in der Weise auszugestalten, als sie mit gleich geringem Aufwand wie die verstärkende Reaktion erfolgen könnte. Entsprechende Mechanismen wären in das Gesundheitssystem einzufügen.

## 2. Das "Prinzip Heuschrecke" (systemexterne Steuerung)

Das Prinzip Heuschrecke besagt auf das Gesundheitswesen übertragen, daß dieses selbst nicht über system-

...

immanente anspruchsdämpfende Steuerungsmechanismen verfügt. Luhmann hat dieses interessante Bild des "Prinzips Heuschrecke" in die Diskussion gebracht. Es handelt sich hier um das Prinzip des Selbstantriebs, das in der Erzeugung von Ansprüchen zur Erfüllung von Ansprüchen liegt.

Heuschrecken verfügen über kleine Härchen, die auf Luftbewegungen reagieren. Wird eine Luftbewegung registriert, so wird damit automatisch eine Flügelbewegung in Gang gesetzt, die wiederum ihrerseits Luftbewegung erzeugt. Die Heuschrecke beginnt zu fliegen. Die Heuschrecke registriert weiterhin Luftbewegung und setzt ihren Flügelschlag fort. Ein Ende des sich selbst verstärkenden Vorgangs wird erst erreicht, wenn die Kraft zum Flügelschlag fehlt; das Tier muß sich niederlassen und neue Energie aufnehmen. Die Steuerung des Heuschreckenfluges ist damit auf eine externe Ebene gebracht. Die Heuschrecke selbst verfügt über keinen immanenten Steuerungsmechanismus, der das Ende des Fluges einleitet, ihr Flug endet erst dann, wenn Mangel an Energie eintritt. Man kann diesen Mangel an Energie bei der Heuschrecke mit dem Mangel an Finanzmasse im Gesundheitswesen vergleichen. Die Entwicklung der Ansprüche im Gesundheitswesen wird nicht durch einen immanenten Prozeß gesteuert, sondern durch eine Fülle von Außenwirkungen, beispielsweise durch die Finanzmasse.

Wir wollen beide Gedanken, sowohl den der immanenten Steuerung und den der externen Steuerung des Gesundheitswesens am Ende dieser Überlegungen bei der Frage nach konkreten Möglichkeiten der Steuerung von Ansprüchen im Gesundheitswesen wieder aufgreifen. Im folgenden soll - nachdem die Entwicklung von Ansprüchen abrißartig dargestellt

wurde - nunmehr untersucht werden, in welcher Weise Ansprüche entstehen und wie sie in das System des Gesundheitswesens hineingetragen werden.

### 3. Wo werden Ansprüche entwickelt?

#### a) Das Entdecken von Ansprüchen

Der Gedanke der Entwicklung von Ansprüchen als Selbstentdeckung geht von der Überlegung aus, daß man aus eigenen Erfahrungen oder der Beobachtung anderer lernt. Dies läßt sich auf das bestehende System in folgender Weise übertragen.

Die Selbstidentifikation findet statt, indem autonom Ansprüche an das System gestellt werden und dieses diese Ansprüche erfüllt oder enttäuscht. Es handelt sich also um eine Vorgehensweise, wie die des "trial and error". Durch Erfahrung ist man in der Lage, seine Ansprüche einzuordnen und sie nur im Rahmen dieser weiterzuentwickeln. Dies wäre mithin die Reflexion nach der Tat.

Das Beobachten anderer läßt sich durchaus unter Einbezug der im folgenden dargestellten Bezugsgruppentheorie interpretieren.

#### b) Bezugsgruppendynamik

Bezugsgruppendynamik kommt generell in der Weise zustande, als eine gesellschaftliche Gruppe das von ihr erreichte Niveau im Vergleich zu einer anderen, deren



Niveau höher angesiedelt ist, als unzureichend empfunden. Sie weitet ihre Ansprüche aus und versucht, das Niveau der Bezugsgruppe zu erreichen. Die höher angesiedelte Gruppe reagiert mit einer Ausweitung ihrer Ansprüche, um den von ihr akzeptierten ehemaligen Abstand zur nachfolgenden Gruppe zu erhalten. Auf diese Weise kommt ein Prozeß zustande, der zu einer permanenten Ausweitung von Ansprüchen führt.

Ein solches Verhalten läßt sich anschaulich im Bereich der militärischen Rüstung beobachten. Beide Weltmächte fühlen sich nach eigenen Worten gegenüber dem jeweils anderen benachteiligt und sind der Meinung, daß ein denkbares Gleichgewicht erst dann hergestellt sei, wenn sie selbst noch aufrüsteten. Auf diese Weise wird im dynamischen Prozeß ein immer höheres Niveau an Rüstung erreicht, ohne daß die Kontrahenten an irgendeinem Punkt zu der Auffassung gelangten, ein Gleichgewicht wäre nunmehr gefunden.

Bezugsgruppenverhalten dieser Art läßt sich ohne weiteres im Gesundheitswesen auf vielen Gebieten finden. Beispielsweise kann hier das Verhalten von Versichertengruppen herangezogen werden. Subjektiv fühlen sich Patienten der RVO-Kassen schlechter behandelt als Ersatzkassenpatienten; diese wiederum fühlen sich schlechter behandelt als Privatpatienten. Auf diese Weise kann eine Bewegung in das System hineingetragen werden, die zu ständiger Ausweitung von Ansprüchen führt. Dies besonders dann, wenn die Kassen der jeweiligen Art aktiv versuchen, die "subjektiven Abstände" zu verringern oder zu erhalten.

...

Bezugsgruppendynamik läßt sich allenthalben entdecken und wird immer wieder neu entwickelt. Bezugsgruppen entstehen auch durch das Festlegen von Durchschnitten oder jedwede Art von Klassifizierung innerhalb statistischer Erhebungen.

In diesem Zusammenhang kann auch auf eine Analyse der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen durch das Zentralinstitut verwiesen werden. Diese Analyse wurde am 23. März 1983 der Konzertierten Aktion vorgelegt und steht unter dem Thema: "Medizinische Orientierungsdaten".

Medizinische Orientierungsdaten lassen sich durchaus als Bezugsgrößen interpretieren. Allerdings muß man, wie dies in der Untersuchung geschehen ist, unterscheiden zwischen Orientierungsdaten, die von der medizinischen Forschung und der Anwendung ihrer Ergebnisse gesetzt werden, und den Orientierungsdaten, die, gleichsam als Zielgrößen, auf die Entwicklung der Medizin einwirken und damit die Ausgabenentwicklung in der GKV beeinflussen.

Die Bezugsgruppentheorie läßt sich innerhalb der Soziologie durch eine Fülle von Untersuchungen untermauern. Die Soziologie arbeitet hier oft mit dem Begriff der "referens group".

c) Anspruchsentwicklung zu Lasten Dritter durch Sozialgerichte ...

Gelingendes einer Einzelperson oder einer kleinen Gruppe, Ansprüche, die bisher in der Regel nicht anerkannt wurden, gegenüber dem System der sozialen Sicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen, so neigt die Sozialgerichtsbarkeit dazu, diese Ansprüche grundsätzlich für alle Gruppen anzuerkennen, die ähnliche Forderungen anmelden. Damit allerdings werden durch diese anspruchsbestätigende und letztendlich anspruchsbildende Instanz Kosten auf das Sozialversicherungswesen übertragen, die zunächst nur für den Einzelfall angefallen wären. Nunmehr jedoch, unter dem Aspekt einer gleichmäßigen und gerechten Versorgung, wird das System insgesamt ausgeweitet. Es gibt keinerlei Rückkoppelung, da die Kosten solcher Entscheidungen nicht von den Sozialgerichten, sondern im

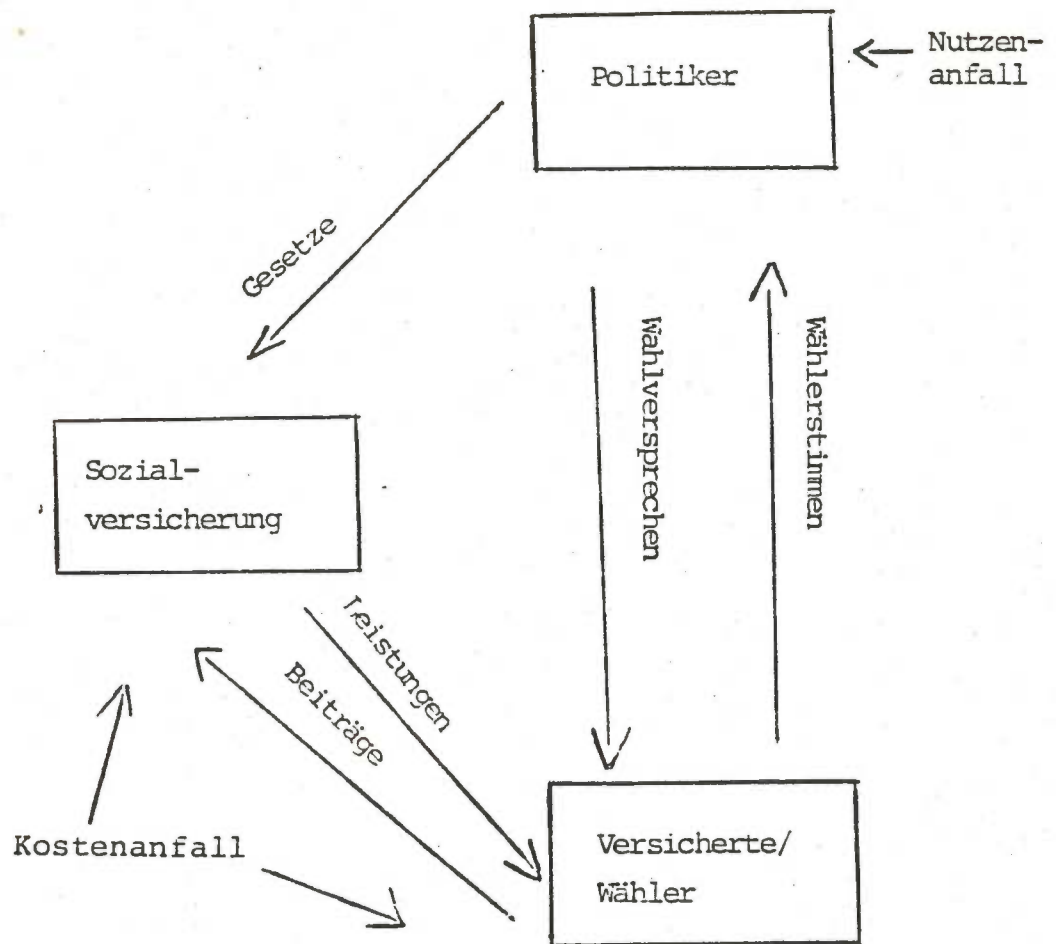
Fall des Gesundheitswesens von den Krankenkassen bzw. deren Mitgliedern aufgebracht werden müssen. Rechtsprechung kann überall dort anspruchsbildend wirken, wo sie die an sie herangetragenen Ansprüche als im Sinne der Gesetze berechtigt ansieht und damit vielleicht über eine bisher übliche Vorgehensweise hinausgeht. Eine solche Anspruchsbildung ist immer dann leicht möglich, wenn es dem Sozialgericht obliegt, bestimmte Begriffe zu interpretieren. Hier bietet sicherlich im Bereich des Gesundheitswesens der Begriff "Krankheit" ein weites Feld der Interpretation.

d) ... durch Wettbewerb von Politikern und Parteien

Im ökonomischen Modell kommt ein Gleichgewichtszustand, z.B. bei der Konsumententscheidung, in einfacher Weise durch das Abwägen von Kosten und Erträgen zustande; ein solches Gleichgewicht ist dann erreicht, wenn Grenzkosten und Grenznutzen gleich sind. Beim Konsum jedes weiteren Gutes würden die Kosten den Nutzen übersteigen.

Im Bereich des Gesundheitswesens lassen sich in Verbindung mit entscheidenden politischen Institutionen diese einfachen ökonomischen Zusammenhänge nicht finden. Hier kann ein bei Entscheidungen über soziale Sicherung Beteiligter, nämlich die politische Institution, Nutzen verbuchen, ohne gleichzeitig Kosten tragen zu müssen. Die mit der Gewinnerzielung verbundenen Kosten fallen an anderer Stelle an, nämlich innerhalb des Systems der sozialen Sicherung, ein ähnlicher Vorgang wie bei den Sozialgerichten. Entscheidungen werden nicht unter Kostenaspekten getroffen, da die Kosten ein Dritter zu tragen hat. Diese Vorgehensweise kann in einfacher Weise mit Hilfe der folgenden Graphik beschrieben werden.

...



Politiker geben innerhalb des Wahlkampfes eine Reihe von Versprechungen ab, sie bieten beispielsweise Leistungen des Gesundheitssystems an, die nach erfolgreicher Wahl in den allgemeinen Leistungskatalog aufgenommen werden sollen. Das Angebot wird in vielfältiger Weise an die Wähler herangetragen. Nach erfolgreicher Wahl ist es für die Politiker relativ einfach, gerade in diesem Gebiet Ausweitungen vorzunehmen, da die Kosten der versprochenen Leistungen auf das Selbstverwaltungssystem abgewälzt werden können. Letztendlich, hier liegt die Tücke des Systems, zahlt der Wähler die Erfüllung von Wahlversprechen selbst - die Politiker aber streichen allein den Nutzen ein.

Mit dem Anbieten von zusätzlichen Versorgungsleistungen, in der Vergangenheit auch ganz extrem im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, versuchten alle Parteien, Wähler zu gewinnen. Sie haben im Wettbewerb untereinander eine Anspruchsspirale in Bewegung gesetzt, die sich immer schneller zu drehen begann.

Anhand der Entwicklung von Parteiprogrammen nach dem Zweiten Weltkrieg kann man erkennen, daß es zwischen den einzelnen Parteien zu einer Art Prestigewirtschaft im Bereich der Gesundheit gekommen ist. Die zur Verfügung stehende Verwaltungsbürokratie hat bei der Anspruchsdivergenzierung und Anspruchsverbreiterung eine erhebliche Rolle gespielt. Das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems wurde erheblich gefördert und damit die Erfüllungsbereitschaft gegenüber Ansprüchen an das System herausgestellt.

In Kenntnis der hohen Werbewirksamkeit von Gesundheitsgütern haben sich die jeweiligen verantwortlichen Parteien immer bereit erklärt, auch die von den Kassen aus Wettbewerbsgründen geforderte Ausweitung der Leistungskataloge schnellstmöglich zu vollziehen. Hier konnten politische Gewinne in einfacher Weise auf Kosten des sozialen Selbstverwaltungssystems erzielt werden.

e) Anspruchsentwicklung durch Technisierung

Zunehmende Technisierung hat erhebliche Auswirkungen hinsichtlich der Anspruchsausweitung im Gesundheitswesen. Ein gutes Beispiel ist hier die Investitionspolitik in Krankenhäusern. Es muß von vornherein festgestellt werden, daß

...

Steuerungsmechanismen, wie wir sie im Marktwettbewerb finden, in diesem Bereich nicht vorhanden sind oder außer acht gelassen werden. Investitionsentscheidungen werden in der Regel ohne Rücksichtnahme auf Nachfrage-reaktionen getroffen, die mit ihnen verbundenen Kosten schlagen sich nicht auf das Verhalten der Nachfrager nieder. Auch hier kann man im Zusammenspiel von Krankenhausverwaltung und politischen Institutionen erkennen, daß Maßnahmen zu Lasten Dritter, nämlich der Sozialversicherung, getroffen werden.

Politiker, die über Investitionsbeihilfen zu entscheiden haben, begünstigen in der Regel jene Krankenhäuser, die ohnehin einen hohen Stand an medizinischer Technologie bieten. Auf diese Art und Weise werden auch unter den Krankenhäusern Verhaltensweisen zu beobachten sein, wie sie im Bereich der Bezugsgruppen beschrieben wurden. Man kann davon ausgehen, daß die in diesem Bereich zu beobachtende "Innovations-Spirale" sich umso schneller dreht, je günstiger Kapital beschafft werden kann und je größer das jeweilige Krankenhaus ist.

Interessant dabei ist, daß die Technologieentwicklung im Bereich des Gesundheitswesens einen besonders raschen Wandel erleben kann, ohne zuvor ausführliche "Markttests" zu bestehen. Eine Marktüberprüfung findet im Gesundheitswesen nicht statt. Der Nutzenindikator "Heilerfolg" ist nur bedingt quantifizierbar.

Produktinnovationen müssen aber nicht immer kostensteigernd sein, sie lassen sich durchaus oft kostengünstig einsetzen, wenn innerhalb des Krankenhauses im Rahmen dieser Veränderungen

...

auch eine sinnvolle Prozeßinnovation stattfindet. Dazu ist allerdings wenig Anreiz geboten. Rationalisierungsgewinne fehlen im Zielkatalog der Beteiligten. Sowohl Patienten als auch Ärzte würden von solchen Einsparungen nicht profitieren, Krankenhausverwaltungen können diese Chancen oft nicht erkennen. Anreizsysteme zur Prozeßinnovation fehlen fast vollständig.

Es läßt sich auch beschreiben, wie die Erfüllung latenter Ansprüche zunächst in Einzelfällen aufgrund eines enormen technischen Innovationsprozesses im Versorgungssystem letztendlich allgemein anspruchsteigernd wirkt. Nun darf aber nicht der Eindruck erweckt werden, daß solche Innovationen daher unerwünscht sind - im Gegenteil. Es muß in diesem Zusammenhang aber deutlich werden, daß solche Prozesse auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten betrachtet werden sollten. Produktinnovation muß zu Prozeßinnovation führen. Letztendlich darf an dieser Stelle auch nicht der Hinweis fehlen, daß einer Kostenexplosion in der Regel eine Leistungsexpansion gegenübersteht.

Der Katalog der anspruchsinduzierenden Mechanismen läßt sich sicherlich noch fortsetzen. Die bisherige Betrachtung zeigt aber, daß eine Fülle von Dynamiken im System der Gesundheitsversorgung wirkt, die aufgrund der dort gegebenen Besonderheiten rasch zur Anspruchsausweitung führt. Insgesamt entsteht ein kumulativer Prozeß in Richtung Ausweitung der gesundheitlichen Versorgung. Dieser Prozeß wird unterstützt auch durch einen Anschauungswandel, der sich beispielsweise in der Definition von Gesundheit niederschlägt. Man denke hier nur an den utopischen Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation.

...

Am Anfang dieses Beitrages stand die Überlegung, ob sich die Entwicklung von Ansprüchen systemimmanent oder systemextern steuern läßt. Dieser Gedanke soll im folgenden aufgegriffen werden.

#### 4. Steuerung der Anspruchsdynamik

##### a) Systemimmanente Steuerung

Eine systemimmanente Steuerung muß auf die Vielfalt der vorhandenen Anspruchsdynamiken eingehen. Dabei stellt sich die Frage, ob Anspruchsspiralen grundsätzlich durchbrochen werden sollen, ob lediglich die Entwicklung der Ansprüche verlangsamt werden soll oder ob eine Spirale überhaupt nicht zustande kommen soll. Kosten und Erlöse der Anspruchsbildung und Anspruchserfüllung dürfen in jedem Fall nicht mehr auseinanderfallen, sondern müssen auf einer Ebene zusammengefaßt werden. Hier ist unter dem Steuerungsgedanken an die Stärkung der Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung zu denken, so daß Politiker nicht mehr wie bisher ungeordnet in das System der Selbstverwaltung eingreifen können.

Als Beispiel eines systemimmanenten Steuerungsmechanismus läßt sich der "Bayernvertrag" oder der "Niedersachsenvertrag" anführen. Die Selbstverwaltungspartner sind ent-

...



schlossen, bei ihren jeweiligen Mitgliedern darauf hinzuwirken, die Kostenentwicklung insgesamt zu dämpfen. Leistungen im Gesundheitssystem sollen ohne Qualitätsverlust so kostengünstig als möglich erbracht werden. Speziell die Krankenkassen sind aufgefordert, anspruchsfördernde Verhaltensweisen, beispielsweise das generelle Inaussichtstellen von Kuren, gegenüber ihren Mitgliedern aufzugeben. Kosten und Nutzen aller beabsichtigten Maßnahmen fallen dabei innerhalb des Selbstverwaltungssystems an.

b) Externe Steuerung der Anspruchsdynamik

Externe Anspruchssteuerung geht davon aus, daß das System aus sich heraus selbst nicht in der Lage ist, Ansprüche zu beeinflussen.

Wenn es so ist, daß das System nicht in der Lage ist, die im System selbst produzierten und auf sich selbst bezogenen Ansprüche einzuschränken, wer tut es dann? Zunächst einmal können die Beteiligten ihre Ansprüche selbst regulieren. Regulativ ist hier das Maß der Enttäuschungen, welchem die Anspruchsäußernden ausgesetzt sind. Eine Fülle von Absichten läßt sich auch im derzeitigen Gesundheitssystem nicht durchsetzen; die Individuen werden hier ihre Ansprüche einschränken müssen. Ein solches Regulativ läßt sich isoliert natürlich nicht auf Dauer durchhalten, denn das Maß der Enttäuschungen kann bei sehr hohen Ansprüchen extrem sein, und die darauf folgende Unzufriedenheit kann sich dann gegen das politische System richten.

Eine Alternative wäre, die Ansprüche über Rechtsverfahren zu regulieren. Allerdings ist in unserem System dieser Regulationsmechanismus zur Anspruchseinschränkung weitgehend un-

geeignet, im Gegenteil: Der Rechtsmechanismus führt in der oben beschriebenen Weise dazu, daß Ansprüche festgeschrieben und damit ausgeweitet werden.

Das letztendlich wirkende Regulativ bleibt im Denkschema der externen Steuerung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit: durch Finanzmangel wird dem Gesundheitswesen notwendige Energie entzogen, Anspruchsspiralen werden abgebrochen.

Bedenklich erscheint aber, daß hier ein Steuerungsmechanismus herangezogen wird, der sich durch Sachferne gegenüber den Problemen des Gesundheitswesens auszeichnet. Dieser Steuerungsmechanismus befindet sich auf einer ganz anderen Ebene als die Fülle an Problemen im Gesundheitswesen grundsätzlich erfordert. An dieser Stelle ist an die ausführliche Diskussion zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zu erinnern. Eine solche Orientierung der Ausgaben im Gesundheitssystem ist grundsätzlich ungeeignet. Akzeptabel ist sie nur kurzfristig unter dem Druck finanzieller Engpässe, sie ist keine Dauerlösung, denn "Gesundheit und Krankheit sind nicht grundlohnorientiert".

Als Transmissionsriemen zwischen sachlicher und finanzieller Ebene bieten sich in der Regel politische Mechanismen an. Diese Mechanismen werden zwischen Gesundheitssystem und Wirtschaftssystem als verbindende Elemente geschaltet. Die vorhergehende Betrachtung allerdings hat gezeigt, daß eine solche Verbindung ebenfalls aufgrund der Wahlabhängigkeit politischer Systeme zu Anspruchsausweitung statt zu Anspruchseinschränkung führen kann. Isoliert scheint die externe Steuerung weitgehend unbefriedigend. Nutzbare Steuerungsansätze lassen sich aber sowohl der systemimmanenten als auch der externen Steuerung entlehnen.

c) Das Zusammenspiel von systemimmanenten und externen Steuerungsmechanismen

Ein Angebot zur Verbindung von systemimmanenten und systemexternen Steuerungselementen macht die Soziale Ordnungspolitik. Diese Ordnungspolitik fordert, daß das System der Gesundheitsversorgung weitgehend den darin agierenden Selbstverwaltungskörperschaften überlassen bleibt. Die Selbstverwaltungskörperschaften sind aufgrund der Eigenverantwortlichkeit ihrer Institutionen, aber auch aufgrund der Eigenverantwortlichkeit der beteiligten Individuen, in der Lage, verantwortlich steuernd in das Gesundheitssystem einzugreifen. Dies ist ja immer dann möglich, wenn Kosten und Nutzen auf der gleichen Ebene anfallen.

Sicherlich ist das bestehende Finanzierungssystem der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht in allen Bereichen fähig, Kosten und Nutzen bei der gleichen Person anfallen zu lassen, diese Absicht wird durch das Sachleistungssystem erheblich durchbrochen. Man muß aber bedenken, daß innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung ein reines Versicherungsprinzip nicht angewendet werden soll; Grundlage des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidaritätsprinzip. Allerdings wird man stärker als bisher die Eigenverantwortung der Beteiligten ansprechen müssen. Die Zahl derjenigen, die nicht in der Lage sind, in höherem Maße als bisher Nutzen und Kosten auf die eigene Person bezogen, anrechnen zu lassen, ist geringer geworden. Die Anforderungen an das Gesundheitssystem haben sich auch aufgrund dessen Leistungsfähigkeit innerhalb der Entwicklungsfrist von 100 Jahren erheblich gewandelt.

...

Die anspruchsbildenden Einflüsse des bestehenden Finanzierungssystems sind bisher im Katalog der Anspruchsdynamiken nicht erwähnt worden - es handelt sich hier aber sicherlich um einen der bedeutendsten Faktoren. Es soll - um den Rahmen dieser Ausführungen nicht zu sprengen - an dieser Stelle auf die ausführliche Diskussion um Selbstbeteiligungsmodelle verwiesen werden. Dort werden vielfältige Beispiele der systemimmanenten Steuerung angeboten. An dieser Stelle ist auch auf Beiträge der versicherungswissenschaftlichen Literatur zu verweisen, die sich mit dem Problem des "moral hazard" auseinandersetzen. Im sozialpolitischen Bereich findet diese Diskussion auch unter dem Stichwort der "Rationalitätenfalle" statt.

Als externe Steuerung fordert die Soziale Ordnungspolitik lediglich die Setzung eines Ordnungsrahmens durch die politisch Verantwortlichen. Den politisch Verantwortlichen obliegt es, das Sozialversicherungssystem als Ganzes den Forderungen der jeweiligen Zeit anzupassen. Dies erfordert allerdings nicht ständiges Eingreifen in das System. Eingriffspolitik bzw. Prozeßpolitik, wie die Finanzwissenschaft es nennt, sollte nur von den direkt Beteiligten des Selbstverwaltungssystems in Kenntnis der Kosten und Nutzen eines Eingriffes erfolgen.