

Die Kostenexpansion des Gesundheitssystems als Risikoprozeß

Josef Düllings

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Nach einer langjährigen, grösstenteils erfolglosen Kostendämpfungspolitik ist gegenwärtig wieder eine Diskussion um die Milliardendefizite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Gang gekommen. Seehofers „Gesundheits-Strukturgesetz“ soll ab 1993 erneut die Expansion der Gesundheitsausgaben stoppen. Da es aus wissenschaftlicher wie aus politischer Sicht offensichtlich keinen isolierten Hebel gibt, der die Expansion von einer Stelle aus wirksam eindämmen könnte, sollen sich alle relevanten Akteure beteiligen. Vom Ansatz her ist dieses Prinzip der „Mehrfachsteuerung“, etwa gegenüber dem Gesundheitsreformgesetz 1988, sicherlich ein Fortschritt. Problematisch daran ist allerdings, dass die Gesamtkonstellation unverändert bleibt. Es kommt eher zu einem „Abschneiden der Spitzen“ als zu einer tatsächlichen Strukturreform. Dies wäre wohl auch zu anspruchsvoll und würde, wie hier gezeigt werden soll, tendenziell ein Abgehen von gesellschaftsweit akzeptierten Grundwerten, wie Gleichheit und Freiheit, voraussetzen. Die gegenwärtige Entwicklung, die innerhalb der GKV eine graduelle Maximierung von Gleichheit darstellt, birgt auf der anderen Seite das Risiko, dass sozusagen „der Bogen überspannt wird“ und es zu einem Strukturbruch kommt. Die Folge könnte ein abrupter Verlust des bislang im allgemeinen gleichen Zugangs zum Gesundheitssystem sein.

Aufgrund der spezifischen Strukturtypik, oder wie Beck¹ sagen würde: „organisierten Unverantwortlichkeit“ bleibt offenbar nur die Option, die Kostenexpansion in ihrer Risikokonstellation zu erkennen und über eine künftige Ent- bzw. Umstrukturierung der GKV nachzudenken, da die GKV dem Risikopotential überwiegend ausgesetzt ist.

Im vorliegenden Beitrag soll die Kostenexpansion als Produkt einer gesamtgesellschaftlichen Interaktionsstruktur betrachtet werden, in der jeder Akteur im Gesundheitswesen zwar individuell rational handelt, insgesamt aber, im Hinblick auf Gesundheit und Kosten, ein unverantwortliches und riskantes Ergebnis zustandekommt. Zunächst sollen einige herkömmliche Erklärungen vorgestellt werden, um deutlich zu machen, dass das Problem der Kostenexpansion oft zu isoliert gesehen wird. Der erste Ansatz stammt aus der Gesundheitsökonomie von Herder-Dorneich, der zweite aus der soziologischen Systemtheorie Luhmanns.

Kostenexpansion aus ökonomischer Sicht

Herder-Dorneich hat im Laufe seiner langjährigen Analyse des Gesundheitswesens ein sehr differenziertes Bild der Kostenexpansion entwickelt, das hier nicht im Einzelnen wiedergegeben werden kann. Ein Aspekt scheint für Herder-Dorneich aber wichtig zu sein und in seiner Argumentation immer wiederzukehren, seine These nämlich, dass ein wesentlicher Faktor der Kostenexpansion im Umlageverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung liege^{4,5}. Die GKV ist ihrem Prinzip und ihrer Geschichte nach eine Zwangsversicherung. Als Gegenleistung für die zwangsweise Versicherung erhält der Versicherte freien und gleichen Zugang zu fast allen medizinischen Leistungen. Dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen frei ist, ähnlich wie die Inanspruchnahme von Bildungseinrichtungen, erzeugt auf individueller Ebene den Eindruck, dass z.B. der Besuch eines Arztes ausser Zeit nichts kostet. Dadurch fehlt ein ökonomisches Moment der sozialen Kontrolle. Das heisst, der Arzt ist gegenüber dem Patienten nicht zu einer möglichst billigen und bedarfsbezogenen Leistungserstellung angehalten. Er kann, auch weil die Patienten ihn darin zum Teil unterstützen, mehr an z.B. diagnostischen Leistungen durchführen als in einer stärker ökonomisch kontrollierten Situation. In der gegenwärtigen Arzt-Patient-Beziehung gibt es kaum ein Gegengewicht zu dem ärztlichen Argument, dass eine bestimmte Leistung gut für die Gesundheit sei und *deswegen* erbracht werden müsse. Das vom Patienten entgegen zu haltende Argument, die Leistung sei eventuell zu teuer, fehlt hier.

Nach Herder-Dorneich führt das Umlageverfahren der GKV auf seiten des Patienten zu einer „Umlagenmentalität“, durch die zunächst eine geringfügige Erhöhung der Leistungsanspruchnahme und als Folge eine Erhöhung der Beiträge eintritt. Dies wiederum führt bei den Versicherten zu der Einstellung, dass, wenn schon höhere Beiträge gezahlt werden müssten, man auch versuchen sollte, möglichst viele und gute Leistungen in Anspruch zu nehmen⁵. Damit schliesst sich die Beziehung zwischen Beiträgen und Leistungen zu einem Interaktionszirkel, in dem sich beide Variablen jeweils in wechselseitiger Reaktion hochschaukeln und so die Kostenexpansion im Prinzip, d. h. ohne

Einführung von Selbstbeteiligung, unendlich fortsetzen.

Diese ökonomische Erklärung, die Herder-Dornreich auch als „Anspruchsspirale“ bezeichnet, ist aber nur eine Möglichkeit. Deutlich wird dabei, dass das Gesundheitssystem „unwirtschaftlich“ arbeitet oder den Akteuren die „richtigen Anreize“ fehlen. Das Gesundheitssystem kann von seiner Systemlogik her auch nicht „wirtschaftlich“ arbeiten. Es ist nicht Teil des Wirtschaftssystems oder ein „Markt für Gesundheitsgüter“, wie viele Gesundheitsökonom unterstellen, sondern ein eigenständig, zur Heilung von Krankheiten, ausdifferenziertes Funktionssystem, das gleichrangig neben dem Wirtschaftssystem besteht. Davon geht auch Luhmann aus.

Kostenexpansion als Selbsthypostasierung

Luhmann^{10, 11} beschreibt das Gesundheitssystem als eigenes Funktionssystem, also auch in Abgrenzung zum Wirtschaftssystem, verwendet dafür aber die Termini „Krankheitssystem“ oder „Medizinsystem“. Auf die begrifflichen Probleme dieser Bezeichnungen soll hier nicht eingegangen werden. Hier interessiert eher die Frage: als was erscheint die Kostenexpansion, wenn man das Gesundheitssystem im Kontext einer Gesellschaftstheorie als Funktionssystem mit spezifischer Rationalität und nicht einfach als „Gesundheitsindustrie“ definiert?

Luhmann^{9, 12} begreift die moderne Gesellschaft als Sozialsystem, das auf seiner primären Differenzierungsebene in Funktionssysteme untergliedert ist, wie Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Recht, Familie, Medizinsystem etc. Jedes dieser Systeme erfüllt für die Gesamtgesellschaft eine spezifische Funktion und trägt damit zur Stabilisierung des Systems bei. Die Spezialisierung auf eine Funktion, z. B. auf die Heilung von Krankheiten, führt ähnlich wie bei anderen Formen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung, zur Leistungsmaximierung. Die Zweck/Mittel-Verhältnisse werden systemintern optimiert. Dies geschieht weitgehend ohne Rücksicht auf Prozesse in anderen Funktionssystemen. Insofern hat die fortschreitende Ausdifferenzierung dieser Bereiche nicht nur stabilisierende, sondern auch destabilisierende Auswirkungen.

Dieses Problem bezeichnet Luhmann als „Selbsthypostasierung“. Jedes System betone und fördere im gesamtgesellschaftlichen Kontext lediglich oder überwiegend seine eigenen Optionen. Die Selbsthypostasierung der Politik z. B. zeigt sich in Form einer „Gesetzesflut“ und steigender gesellschaftlicher Regelungsdichte. Die Wirtschaft maximiert die Ausbeutung natürlicher, gesellschaftlicher und personaler Ressourcen. Für das Bildungssystem spricht man von „Akademikerschwemme“. Im Sportssystem manifestiert sich die Selbsthypostasie-

rung in Hochleistungssport und Dopingproblem und im Gesundheitssystem bzw. „Krankheitssystem“ eben als Kostenexpansion. Innerhalb des „Krankheitssystems“ gibt es nach Luhmann, bedingt durch die Systemrationalität, keine „vernünftigen“ Stoppregeln. Lediglich die Drosselung der Ressourcen hemmt die Maximierung der Heilungspotentiale.

Das zentrale Argument der Luhmannschen Erklärung bezieht sich auf die Gegebenheiten innerhalb des Systems. Der gesamtgesellschaftliche Kontext des Gesundheitssystems wird bei Luhmann nur insofern einbezogen als er das funktionsspezifisch definierte Expansionsphänomen auch in anderen Funktionssystemen beobachtet, wie oben beschrieben. Die Rationalität des Gesundheitssystems, die auf eine innengeleitete Maximierung von Gesundheit abstellt, ist natürlich die Grundlage oder die Logik, in der alles passiert. Ein mindestens ebenso wichtiges Moment wird von Luhmann übersehen, nämlich die innergesellschaftliche Interaktionsstruktur des Gesundheitssystems, d. h. die Einbettung in Austauschprozesse etwa zu Politik, Familie, Wirtschaft, Wissenschaft etc. Grundsätzlich, und damit kommen risikothoretische Überlegungen ins Blickfeld, spielt die gesamte funktionssystemische Umwelt des Gesundheitssystems eine Rolle und ist zur Produktion des Phänomens „Kostenexpansion“ auch erforderlich. Dies soll im folgenden dargelegt werden.

Kostenexpansion als Risikoprozess

Risikothorie

Beck² versteht die heutige, post-moderne Gesellschaft als Risikogesellschaft. Er verwendet dabei eine Abgrenzung zwischen mittelalterlichen Gefährdungen und modernen Risiken: „Schleichende Vergiftungen sind im Gegensatz zur dämonisch belebten Natur Produkt gesellschaftlicher Entscheidungen und Regeln, die prinzipiell vermieden oder verändert werden können (...) Dämonen, Naturkatastrophen, Gottesurteile ... bleiben auf ein Aussen zurechenbar, abwälzbar auf eine übermenschliche Wirklichkeit (...). Zivilisatorische Grossgefahren dagegen sind mit dem Segen von Wissenschaft und Technik als Chancen auf die Welt gekommen (...).“ Nach Beck handelt es sich dabei um künstliche, d. h. gemachte und entschiedene Gefahren, die damit zu Risiken werden.

Auch Luhmann¹³ benutzt in seiner Soziologie des Risikos die Unterscheidung von Risiko und Gefahr: „Entweder wird der etwaige Schaden als Folge einer Entscheidung gesehen, also auf die Entscheidung zugerechnet. Dann sprechen wir von Risiko, und zwar vom Risiko der Entscheidung. Oder der etwaige Schaden wird als extern veranlasst gesehen, also auf Umwelt zugerechnet. Dann sprechen wir von Gefahr.“

Neben der Entscheidungsabhängigkeit von Prozessen spielt für die Charakterisierung als Risikogesellschaft auch eine spezifische Form der Strukturierung eine Rolle, die Beck² als „organisierte Unverantwortlichkeit“ bezeichnet. Er meint damit grösstenteils die Dysfunktionalität funktionaler Differenzierung, die auf das Individuum als Umweltschädigung zurückschlägt.

Er verdeutlicht dies am Beispiel der Landwirtschaft und der durch Überdüngung bedingten Schädigung des Bodens¹. Dabei zeigt sich, wie Risiken von mehreren Akteuren definiert und im Prinzip von keinem verantwortet werden. Die Verantwortung für die Schädigung des Bodens kann bei den Landwirten liegen, aber auch bei der chemischen Futtermittel- und Düngemittelindustrie oder bei den Produktionsnormen der EG.

In der Risikosoziologie wird eine überwiegend individualistische Orientierung deutlich. Zumindest für Beck geht es überwiegend um die Bedrohung der gesundheitlichen Integrität des Individuums etwa durch Atomindustrie, chemische Industrie und genetische Industrie². Insofern wird Leben in der Risikogesellschaft zum individuellen Gesundheitsrisiko. Die Riskanz moderner Gesellschaften drückt sich aber auch in den Risiken aus, denen soziale Systeme und Institutionen ausgesetzt sind und die sich als strukturelle Destabilisierungen äussern können. In diesem Sinne kann man die ehemalige DDR als typische Risikogesellschaft sehen, die in ihrem Zusammenbruch die Folgen ihrer eigenen internen und entscheidungsabhängigen Risikoprozesse, insbesondere die politisch-ideologische Überformung des Wirtschaftssystems, erfuhr. Ein anderes aktuelles Beispiel ist Jugoslawien.

Das Risiko sozialer Systeme wäre ein spezifisch soziologisches Verständnis dieses Sachverhalts. Man könnte sagen, das Risiko der typischen Risikogesellschaft liegt in der Möglichkeit von *Strukturzusammenbrüchen*. Der entscheidende Punkt ist, dass die gerade von Beck u. a. thematisierten Risiken und Gefahren der modernen Gesellschaft auf individueller Ebene dann gerade nicht direkt wirken, sondern erst indirekt durch das *Versagen der sozialen Systeme*. Bezieht man diese Überlegungen auf das Gesundheitssystem, dann zeigt sich ein Bild, bei dem die Kostenexpansion durch mehrere Intersystemprozesse zustandekommt. Eine Intersystembeziehung allein ist zur Herstellung des Phänomens Kostenexpansion nicht hinreichend. Dies soll im folgenden für die Beziehungen des Gesundheitssystems zu Politik, Wissenschaft, Bildung, Wirtschaft und Familie deutlich gemacht werden.

Intersystemprozesse

Mehrere Autoren halten das *Gleichheitspostulat* politischer Institutionen und die Forderung nach gleichberechtigtem Zugang zur medizinischen Ver-

sorgung für eine zentrale kostentreibende Variable. Gelegentlich wird die Kostenwirksamkeit unter Hinweis auf die schon im Prozess der Gründung strukturell definierte Expansionsdynamik der GKV begründet. Die Expansionswirkung, die sich auf eine Ausdehnung von Mitgliederkreis und Leistungen bezieht, beruht z.T. auf einem analog zum Wagnerschen Gesetz von der zunehmenden Staats-tätigkeit verfaßten sozialen Mechanismus, der in seinem Leitwertbezug eine Vergegenständlichung politischer Prozesse, also einen Output des politischen Systems darstellt: Zunächst waren nur die Arbeiter zwangsversichert. Ab 1913 kamen die Angestellten hinzu¹⁷. In den folgenden Jahrzehnten vergrösserte sich der Mitgliederkreis kontinuierlich bis heute auf ca. 90% der Gesamtbevölkerung.

Die Maximierung von Gleichheit und gleichberechtigtem Zugang zur medizinischen Versorgung setzte sich auch über eine Expansion der versicherungsrechtlich anerkannten medizinischen Leistungen fort. Insbesondere zu Beginn der siebziger Jahre wurde auf Expansion und Angleichung des Zugangs auch zu qualitativ höherwertigen medizinischen Leistungen gesetzt⁵. Als Ergebnis dieses Prozesses wird für hochindustrialisierte Länder, etwa die Bundesrepublik, eine weitgehende Demokratisierung, d.h. Reduktion sozialer Ungleichheiten in Angebots- und Inanspruchnahmestrukturen deutlich¹⁶.

Ein weiteres ressourcenexpansives Phänomen ist dem wissenschaftlichen Subsystem inhärent und kann mit dem Postulat von der „*Freiheit der Forschung*“ umschrieben werden. Im Bereich der Medizin zeigt sich dies in einem fortwährenden Innovationsprozess, bei dem neue Behandlungsmethoden, neue Pharmaka, neue Medizin-Technik sowie generell neue medizinische Ansätze auftreten. Aufgrund der gegenwärtigen strukturellen Arrangements können diese Innovationen, anders als im Wirtschaftssystem, wo sich die Betriebe von Kosten/Nutzen-Überlegungen leiten lassen, im Gesundheitssystem, d.h. insbesondere über die Universitätskrankenhäuser, relativ leicht in die medizinische Anwendung umgesetzt werden^{6,7}. Unter diesen Bedingungen bedeutet Fortschritt nicht, wie etwa in der Computerindustrie, Kostenreduktion, sondern Kostenexpansion. Verantwortlich dafür sind insbesondere auch die sogenannten „*add-on-technologies*“, die zusätzlich zu den älteren Methoden und damit in kostensteigernder Weise verwandt werden⁸.

Auch vom Bildungssystem gehen kostensteigernde Wirkungen aus. Die *Bildungsexpansion* der 60er und 70er Jahre hat sich auch im Gesundheitssystem bemerkbar gemacht und zu dem Phänomen der „*Ärztenschwemme*“ geführt¹⁵. Die Zahl der Ärzte hat sich seit Beginn der 60er Jahre bis 1988 von ca. 80 000 auf 180 000 mehr als verdoppelt (+125%), während die Zahl der Einwohner

im gleichen Zeitraum von ca. 55,4 auf 61 Mio. nur um ca. 10% gestiegen ist. Das Problem scheint auch hier, vergleichbar der Produktinnovation der Wissenschaft, darin zu liegen, dass eine grössere Anzahl praktizierender Ärzte unter den gegebenen Bedingungen nicht zu einer erhöhten Konkurrenz und zu einem Sinken der Preise für ärztliche Leistungen führt.

Das Wirtschaftssystem unterhält ebenso zentrale kostenexpansive Mechanismen. Dazu gehört die Pharmazeutische und Medizinisch-technische Industrie, das Anbietermonopol der niedergelassenen Ärzte¹⁴ und die Technisierung von Hochleistungskrankenhäusern und Facharztpraxen. Insbesondere in den 80er Jahren fand eine steigende *Technisierung und Ökonomisierung* des Gesundheitssystems statt. Die Folge ist, dass Gesundheit und Humanität oft ersetzt werden durch Gewinnmaximierung und Wirtschaftlichkeit. So bewirkt nach Herder-Dorneich³ die Hinwendung zur Gerätemedizin bei den Ärzten über die Notwendigkeit zur Verminderung der Fixkosten eine Erhöhung der Leistungsmenge. Eine Folge davon sind volle Wartezimmer und überlange Wartezeiten auch bei Terminvergaben. Angesichts der Belastung durch Kredite sind die Ärzte aus ökonomischen Gründen oft gezwungen, die Patienten durch ihre Praxis zu hetzen. Die medizinischen Notwendigkeiten kommen dabei natürlich zu kurz.

Ein wichtiger Teil der Interaktionsstruktur des Gesundheitssystems ist auch das Familiensystem. Der zentrale Aspekt stellt hier die *Individualisierung* dar¹. Dieser Prozess begann im vorigen Jahrhundert mit der Industriellen Revolution und dem Wandel der Grossfamilie zur Zweigenerationen-Kernfamilie¹⁸. Er setzt sich heute fort über Trends wie Geburtenrückgang, hohe Scheidungsquoten und zunehmende Frauenerwerbstätigkeit. Insbesondere die zunehmende Gleichberechtigung der Frauen führt zur Individualisierung und damit zum Funktionenverlust der Familie. So wird die Pflege von alten Menschen auf professionelle Institutionen übertragen. Unterstützt wird dies durch die Einführung der vielfach diskutierten Pflegeversicherung. Insgesamt verliert die Familie ein traditionelles Substitutionspotential in der Pflege von Alten und Kranken. Die Folge ist, dass auch dieser Prozess, so rational er innerfamiliär, individuell und vor allem geschlechtsspezifisch ist, bezogen auf das Gesundheitssystem kostenexpansiv wirkt.

Die Frage, die sich jetzt stellt, ist, worin liegen die spezifischen Risiken der Kostenexpansion, die sich aus der eben beschriebenen Gesamtkonstellation ergeben? Warum kann man die Kostenexpansion überhaupt als Risikoprozess begreifen?

Risikanz der Kostenexpansion

Wesentlich für diese Frage sind die beiden o.g. allgemeinen Aspekte, einmal der theoretische Bezug nicht nur auf individuelle Gesundheitsrisiken, sondern auch auf Bestandsrisiken sozialer Systeme und zum zweiten die funktionale Differenzierungsordnung der modernen Gesellschaft, also die gesamtgesellschaftlich „organisierte Unverantwortlichkeit“. Gerade für den zweiten Aspekt spricht auch die Persistenz der Kostenexpansion und die allgemeine Reformträgheit des bundesdeutschen Gesundheitssystems¹⁴. Die Gründe dafür dürften nicht so sehr in der Hartnäckigkeit etwa der Interessenverbände liegen, die mit allen Mitteln versuchen, den Ressourcenzugang zu erhalten. Eine wichtige Ursache liegt in der Interaktionsstruktur. Letztlich kommt die Kostenexpansion nicht durch Einzelursachen, sondern als Gesamtprodukt, als Synergieeffekt zustande. So hätte die Durchsetzung des Gleichheitspostulats keine nennenswerte kostentreibende Wirkung, wenn nicht zugleich auf der Seite der Medizin immer neuere und aufwendigere Technologien eingeführt würden und ebenso zugleich in der Familie das Substitutionspotential schrumpft. Ein deutliches Abgehen von einer dieser subsystemspezifisch völlig rationalen Prozesse könnte die Kostenexpansion zum Stoppen bringen. Genau dies scheint aber im Zuge einer fortschreitenden Ausdifferenzierung und Desintegration der Funktionssysteme nicht möglich zu sein.

Betrachtet man die Kostenexpansion, wie oben angedeutet, als Risiko von Sozialsystemen, dann stellt sie sich bekanntlich und im besonderen für die Gesetzliche Krankenversicherung als riskant heraus, durch die Transferfunktion der GKV aber auch für das gesamte Wirtschaftssystem. Im Wirtschaftssystem verursachen, über einen Anstieg der Beitragssätze der Krankenkassen vermittelte, steigende Lohnnebenkosten spezifische Ausweichreaktionen. Vor allem in mittelständischen Unternehmen, in kleineren Betrieben wird eine Zuflucht in die geringfügigbeschäftigung gesucht. Verträge, die mit monatlich unter 480 DM unter der Sozialversicherungsgrenze liegen, scheinen für mehr und mehr Branchen rentabler zu sein als Volltagsbeschäftigungen. Eine 40-Stunden-Stelle lässt sich so in etwa fünf 8-Stunden-Stellen zerstückeln. Der Nettolohn bleibt gleich, während die Bruttokosten für den Unternehmer sich z. T. halbieren. Dies zeigt, dass der Rentabilitätsdruck innerhalb des Wirtschaftssystems tendenziell zu einem Rückgang der Volltagsbeschäftigung und zu einem Anstieg der Nebenerwerbstätigkeit führt¹.

Eine andere Ausweichreaktion ist die Verlegung von Betrieben in Niedriglohnländer. Aufgrund des gering entwickelten sozialpolitischen Bewusstseins sind dort die Sozialabgaben niedriger und das Protestpotential der Gewerkschaften geringer.

Manchmal bestehen fast frühkapitalistische Bedingungen, die unter dem ökonomischen Postulat der Gewinnmaximierung „bessere“ Produktionsmöglichkeiten eröffnen.

Die Nachteile und das langfristige Bedrohungspotential für die GKV aus steigenden Beitragssätzen werden somit deutlich. Fallen immer mehr Personen aus der Versicherungspflicht, zumindest nach geltendem Recht, sind Änderungen der Sozialgesetze erforderlich, was im Falle der Geringfügigbeschäftigung politisch jedoch kaum durchzusetzen ist. Die andere Folge ist Mitgliederschwund der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Verlust an beitragszahlenden Mitgliedern. Genau dies führt aber, in gewisser Analogie zum Untergang der DDR-Gesellschaft, zur Destabilisierung und letztlich zum Strukturzusammenbruch des Systems. Die Auswirkungen dieses Vorgangs machen sich erst sekundär bemerkbar. Das Fehlen einer umfangreichen Kollektivfinanzierung könnte die Schliessung vieler Arztpraxen und Krankenhäuser zur Folge haben. Der Wegfall der Ressourcen hätte zumindest eine deutliche Reduktion des zur Zeit hohen medizinischen Versorgungsniveaus zur Folge. Weiterhin könnte der Zugang zur medizinischen Versorgung für breite Bevölkerungsschichten wegfallen. Gesundheitsleistungen würden wieder stärker zu Luxusgütern. Vor allem auch deswegen, weil die private Krankenversicherung, für den Fall, dass sie den Verlust der gesetzlichen Krankenversicherung auffangen würde, ganz andere Finanzierungsmodi aufweist, z. B. keinen Familienlastenausgleich zulässt.

Schlussbemerkung

Insgesamt könnte also die Folge kostenexpansiver Risikoentscheidungen subsystemspezifisch rational handelnder Akteure, wie Politiker, Forscher, Studenten, Ärzte sowie Patienten und Familienangehörige (s. o.), die Entstrukturierung der GKV sein mit sekundären Auswirkungen auf die Existenzen von Ärzten und versicherten Personen. Aufgrund der im vorangehenden beschriebenen Interaktionsstruktur des Gesundheitssystems wird die Gesetzliche Krankenversicherung sich in ihrer derzeitigen Form wohl kaum langfristig stabilisieren lassen. Eine Strukturreform, die auf eine effektive Steuerung der Kostenexpansion abstellt, kommt nicht umhin, sich mit den gesellschaftlichen Leitwerten, insbesondere Freiheit und Gleichheit, auseinanderzusetzen. Die Freiheit der Ärzte und der medizinischen Forschung scheint der Gleichheit der Versicherten und Patienten zu entsprechen.

Innerhalb der GKV käme es darauf an, zwischen Maximierung und Optimierung von Gleichheit zu unterscheiden. Maximierung würde bedeuten, in Fortsetzung der gegenwärtigen Entwicklung: Aus-

weitung des Mitgliederkreise, Eröffnung neuer Leistungsbereiche etc. mit der Folge, dass dies nicht mehr bezahlt werden kann. Optimierung von Gleichheit könnte eine Dämpfung der Maximierungstendenzen bei Erhalt des Gesamtsystems bedeuten, z. B. die Einführung einer dosierten, nur für bestimmte Leistungen geltenden Selbstbeteiligung oder – was gegenwärtig diskutiert wird – eine neue Prioritätensetzung im Leistungskatalog der GKV. Zumindest wären mit solchen Massnahmen Regulative gefunden, die eine zu deutliche Verstärkung der sozialstaatlichen Elemente innerhalb der GKV und damit das Risiko eines Versagens des Sozialsystems verhindern könnten. Ohne diese Regulative wäre das, was die GKV leistet, nämlich einen bedarfsgerechten und einkommensunabhängigen, also weitgehend gleichen Zugang zum Gesundheitssystem zu sichern, langfristig gefährdet.

Das Grundproblem der Kostenexpansion liegt darin, dass sie als isolierter sozialer Prozess riskant und eigentlich irrational ist, dass aber zugleich ihre konstitutiven Bedingungen sich in getrennten Funktionssystemen entwickeln und darin als rationale Phänomene akzeptiert sind. Insofern ist die Frage, wie dieses strukturelle Arrangement aufgebrochen werden kann, noch völlig offen. Die knappen o. g. Überlegungen zu möglichen Politikoptionen können hier nur einige Anregungen geben.

Zusammenfassung

Die Kostenexpansion im Gesundheitswesen ist seit fast zwanzig Jahren ein Problem der Gesundheitspolitik. Auch mit dem Gesundheitsreformgesetz 1988 hat sich daran nicht viel geändert. Dies dürfte zum Teil mit politischen Interessen zusammenhängen, die eine effektive Kostendämpfungspolitik blockieren. Zum Teil sind aber auch die wissenschaftlichen Ansätze zur Erklärung des Phänomens unzureichend. So gehen gesundheitsökonomische Modelle meist von einer einseitig ökonomischen Kosten/Nutzen-Rationalität des Gesundheitswesens aus. Auch soziologische Versuche, die eher auf die Eigenrationalität des Gesundheitssystems eingehen, verkürzen das Problem häufig, etwa als „Selbsthypostasierung“. In diesem Beitrag geht es um die Frage, inwieweit die Kostenexpansion als Ergebnis gesellschaftlicher Kontextbedingungen betrachtet werden kann. Unter Verwendung risikotheorietischer und systemtheoretischer Ansätze zeigt sich, dass die Interaktion ausdifferenzierter Subsysteme mehr und mehr ein Risikopotential aufbaut, das sich u. a. in der Kostenexpansion äussert. Damit verbunden ist das Risiko sozialer Strukturbrüche, an deren Ende der Verlust eines zur Zeit weitgehend gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung stehen könnte.

Résumé

L'explosion des coûts du système de la santé en tant que processus de risque

L'explosion des coûts est un problème de politique de la santé depuis bientôt vingt ans. La loi sur la réforme de la santé de 1988 n'y a guère changé. Cela tient en partie à des intérêts politiques qui bloquent la mise en route de programmes efficaces de réduction des coûts. Cela tient aussi à l'insuffisance de l'approche scientifique pour expliquer le phénomène. Ainsi les modèles d'économie de la santé procèdent généralement d'un point de vue unilatéralement économique de coûts/bénéfices. Les expériences sociologiques, qui abordent la rationalité intrinsèque du système de santé, sont souvent réductrices. Cet article examine dans quelle mesure l'expansion des coûts peut être considérée comme le résultat de conditions du contexte social. L'emploi de la théorie du risque et de la théorie des systèmes montre que l'interaction de sous-systèmes non différenciés met en jeu un nombre croissant de risques, qui se manifestent entre autres par la croissance des coûts. A ceci est lié le risque d'éclatement des structures sociales qui pourrait avoir pour conséquence la perte d'un accès aux soins qui est, pour l'instant, plutôt équitable.

Summary

The cost expansion of the health system as a risk process

Cost expansion in health care has been an issue of health policy for almost 20 years. Also after the health reform act of 1988 this has not changed remarkably. On the one side this may be due to pressure groups that block effective cost constraining politics. On the other side, however, scientific approaches are insufficient in explaining this phenomenon. Models of health economics often assume a one-sided cost/benefit-rationality of the health care sector. Also sociological attempts that emphasize the „Eigen“-rationality of the health system frequently cut short the problem for instance as „Selbsthypostasierung“.

This paper deals with the question to what extent can cost expansion be regarded as a product of societal context conditions. Using risk-theoretical and systems-theoretical approaches it is shown that the interaction of separated subsystems builds up a growing risk potential that comes out among other things as cost expansion. This includes the risk of crashes of the social structure which might result in the loss of generally equal access to health care.

Literaturverzeichnis

- 1 Beck U. Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1986:43:205ff.
- 2 Beck U. Gegengifte: Die organisierte Unverantwortlichkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1988:119.
- 3 Herder-Dorneich P. Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Stuttgart: Enke, 1980:164.
- 4 Herder-Dorneich P. Steuerung des Gesundheitswesens im Wandel. MMG 1981; 6:204.
- 5 Herder-Dorneich P. Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme. In: Herder-Dorneich P, Schuller A, eds. Die Anspruchspirale. Stuttgart: Kohlhammer, 1983; 10–27, insb 25.
- 6 Kirchberger S. Überlegungen zu Diffusion und Kosten medizinischer Technik. In: Gäfgen G, Oberender P, eds. Technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 1988:89–115.
- 7 Knappe E. Innovation- und Diffusionsprozesse technischer Entwicklungen im ambulanten und stationären Sektor. In: Gäfgen G, Oberender P, eds. Technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 1988:35–56.
- 8 Krämer W. Die Krankheit des Gesundheitswesens. Frankfurt a.M.: Fischer, 1989:62.
- 9 Luhmann N. Soziologische Aufklärung, Bd. 1, 4. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1974.
- 10 Luhmann N. Medizin und Gesellschaftstheorie. MMG 1983; 8:168–175.
- 11 Luhmann N. Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich P, Schuller A, eds. Die Anspruchspirale. Stuttgart: Kohlhammer, 1983:28–49.
- 12 Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1984.
- 13 Luhmann N. Soziologie des Risikos. Berlin: de Gruyter, 1991:30f.
- 14 Rosewitz D, Webber D. Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.: Campus, 1990.
- 15 Schulenburg JM, Graf v.d. Die „Ärztenschwemme“ und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. In: Brennecke R, Schack E, eds. Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung. Berlin: Springer, 1987:125–139.
- 16 Siegrist J. Medizinische Soziologie, 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1988:248f.
- 17 Stürzbecher M. Allgemeine und Spezialkrankenhäuser, insbesondere Privatkrankeanstalten im 19. Jahrhundert im Berlin. In: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland, Göttingen, 1976:105–120, insb 108.
- 18 Tyrell H. Familie und gesellschaftliche Differenzierung. In: Helge Pross ed. Familie – wohin? Reinbek bei Hamburg, 1979:13–83.

Korrespondenzadresse:

Josef Düllings
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Teersteegenstr. 9
D-40474 Düsseldorf/Deutschland