

Krämer, Walter

Article — Digitized Version

Preise und Mengen als Komponenten der Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Krämer, Walter (1980) : Preise und Mengen als Komponenten der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 60, Iss. 8, pp. 400-404

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/135471>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

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

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

verursachen, zu erwarten. Diese Verteilungseffekte scheinen jedoch das Prinzip der Solidarversicherung der GKV in Frage zu stellen³². Denn das durch die Versicherung abzudeckende Risiko wird auf den einzelnen verlagert, der gleichzeitig mit Versicherten solidarisch sein soll, die besonders hohe Kosten verursachen und mit keinem Selbstbeteiligungsanteil belastet werden.

Auch im Falle der Schweiz, die häufig als Beispiel für den kostendämpfenden Erfolg einer Selbstbeteiligung angegeben wird, gilt, daß durch die Selbstbeteiligung keineswegs geringere Kosten etwa der Arzneimittel pro Kopf der Gesamtbevölkerung erzielt wurden, sondern lediglich pro Kopf der Versicherten. Der Pro-Kopf-Verbrauch der Schweizer ist vielmehr mit 230 Sfr³³ sogar vergleichsweise höher als in der Bundesrepublik mit 223 DM. Demnach führte die Selbstbeteiligung in der Schweiz zwar zu einer Kostenentlastung der Krankenversicherungen, nicht jedoch zu einer Verminderung der Gesamtkosten. Die Kosten wurden lediglich einseitig auf den einzelnen Versicherten verlagert. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, daß im Modell des Ärztetages eine Beteili-

gung der Arbeitgeber an der Selbstbeteiligung nicht vorgesehen ist; bisher bringen die Arbeitgeber die Hälfte des Beitragsaufkommens auf.

Die Selbstbeteiligung stellt sich also zusammenfassend als (um)verteilungspolitisches Instrument dar, dem bei gesamtwirtschaftlicher Sicht im Hinblick auf eine Kostensenkung kaum eine Bedeutung beizumessen ist. Dieses Ergebnis konnte auch in anderen Ländern mit Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen festgestellt werden³⁴. Inwieweit eine derartige Reprivatisierung des Krankheitsrisikos aus sozial- und verteilungspolitischen Gesichtspunkten beim Pflichtversicherungssystem der Bundesrepublik vertretbar ist, das insbesondere in bezug auf die Beitragsätze im Gegensatz zur Schweiz³⁵ nahezu keinem Wettbewerb ausgesetzt ist, bleibt angesichts der bzw. Entlastungseffekte fraglich.

³² Vgl. H. Schmidt-Kempton, a. a. O., S. 61 f.

³³ Vgl. D. Lang, a. a. O.

³⁴ Vgl. u. a. H. Salowsky, A. Seffen: System und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industrieländern, hrsg. vom Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1976, insbesondere S. 38.

³⁵ Vgl. D. Lang, a. a. O.

GESUNDHEITSPOLITIK

Preise und Mengen als Komponenten der Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Walter Krämer, London (Kanada)

Der Begriff „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen suggeriert, daß die enormen Ausgabensteigerungen vor allem auf Preiserhöhungen zurückzuführen sind. Welchen Einfluß haben die Preiserhöhungen tatsächlich? Welche Bedeutung kommt der Mengenkomponeute zu?

Nicht viele Entwicklungen haben die sozialpolitische Diskussion der letzten Jahre so beherrscht wie die sogenannte „Kostenexplosion“ der öffentlichen und

privaten Ausgaben im Gesundheitswesen. Dies gilt für die Bundesrepublik Deutschland ebenso wie für die Mehrzahl aller entwickelten Industrienationen und vor allem für die westlichen Staaten. In einem unlängst erschienenen Forschungsbericht hat das Statistische Bundesamt die Kosten der Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1975 auf 137 Mrd. DM geschätzt¹. Auch nach Abzug der darin enthaltenen Einkommensleistungen (wie z. B. Lohnfortzahlungen

Prof. Dr. Walter Krämer, 31, lehrt seit dem 1. Juli am Department of Economics der University of Western Ontario, London, Kanada. Davor war er Mitarbeiter des Seminars für Statistik an der Universität Mannheim.

im Krankheitsfall) sind das noch 9,4 % des Bruttosozialprodukts. Fünf Jahre zuvor waren es lediglich 70 Mrd. DM oder 6,4 % des Bruttosozialprodukts gewesen. Damit nehmen die Ausgaben für Gesundheit sowohl absolut als auch im Verhältnis zu den übrigen Komponenten des Sozialprodukts zu, wobei vor allem der letzte Aspekt vielfach Anlaß zu Besorgnis gibt. Setzt man etwa die im Durchschnitt der 60er Jahre beobachtete Wachstumsrate dieser Quote unverändert in die Zukunft fort, wird im Jahre 2065 das gesamte Bruttosozialprodukt der Bundesrepublik durch Gesundheitsausgaben ausgeschöpft.

Bei der Brisanz dieser Entwicklung erscheint eine Klärung des zentralen Begriffs „Kosten der Gesundheit“ angebracht. Insbesondere wird eine Isolierung der Preis- und Mengenkomponente des Wachstums der Gesundheitsausgaben versucht. Die Trennung dieser beiden Bestandteile der Ausgabenexpansion, die im allgemeinen nur in nominalen Umsatzgrößen angegeben wird, scheint sowohl für die Beurteilung vergangener Entwicklungen als auch für den Entwurf zukünftiger Maßnahmen in der Gesundheitspolitik von größter Bedeutung zu sein.

Kosten der Gesundheit

Mit den von der amtlichen Statistik ausgewiesenen „Kosten der Gesundheit“ sind alle im Verlauf eines Jahres getätigten Ausgaben zur „Vermeidung, Behebung und Minderung von Krankheit sowie von Krankheitsfolgen medizinischer und wirtschaftlicher Art“ gemeint². Diese Definition wird zunächst den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt. Zuweilen wird die Aufstellung der so definierten Gesundheitskosten auch „Gesundheitsbudget“ genannt. Tabelle 1 schlüsselt die Gesamtausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten und Ausgabenträgern auf.

Bemerkenswert erscheinen die im Vergleich zu den vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen beträchtlich umfangreicheren Behandlungskosten sowie der hohe Anteil des über Versicherungen finanzierten Aufwands. Durch die nicht nach Leistungsarten aufteilbaren Ausgaben werden vor allem die Verwaltungskosten erfaßt. Ferner wird bei der Aufgliederung nach Ausgabenträgern nach der unmittelbaren Finanzierung unterteilt. Die vergleichsweise niedrige Belastung

der privaten Haushalte darf daher nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie mittelbar über Steuern und Beiträge auch die weiteren Lasten zu tragen haben. Die relativ am wenigsten gestiegenen Ausgaben der Arbeitgeber umfassen vor allem Einkommensleistungen wie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder vorzeitig gezahlte Pensionen für Beamte.

Tabelle 1
Gesamtausgaben für Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland
(in jeweiligen Preisen und Mill. DM)

		1970	1975
Nach Leistungsarten	Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	3 581	8 505
	Behandlung	35 208	78 961
	Krankheitsfolgeleistungen	27 522	42 409
	Ausbildung und Forschung	955	1 987
	Nicht aufteilbare Ausgaben	3 071	5 788
Nach Ausgabenträgern	Staat	9 871	18 239
	Versicherungen	37 216	82 026
	Arbeitgeber	17 315	25 278
	Private Haushalte	5 941	12 108
insgesamt		70 337	137 650
in % des BSP (ohne Einkommensleistungen)		6,4%	9,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970, Bonn 1978.

Die mit der Zusammenstellung derartiger Daten verknüpften wirtschaftsstatistischen Erfassungs- und Definitionsprobleme seien hier nur am Rande gestreift. So trägt etwa bei hinreichend weitgefaßter Begriffsbestimmung nahezu jede im Sozialprodukt erfaßte Transaktion zur Gesundheit bei. Ohne Zweifel dienen z. B. die im Gesundheitsbudget nicht erfaßten Ausgaben für Nahrung, Kleidung und Erholung in irgendeiner Form der Gesundheitssicherung. Jedoch ist bislang, was bei Vergleichen stets beachtet werden sollte, noch keine internationale Einigung über verbindliche Abgrenzungskriterien erreicht worden.

Von großer Bedeutung ist der Umstand, daß der amtliche Kostenbegriff nicht den Input, sondern im wesentlichen (nach Abzug der im Gesundheitsbudget mitgezählten Einkommensleistungen) den in Geld bewerteten Output des Gesundheitssektors mißt³. Insofern trägt die Bezeichnung „Kosten“ in diesem Zusam-

¹ Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970. Vertiefende Untersuchung zur Aussagefähigkeit der amtlichen Statistik, Bonn 1978. Die Arbeit wurde im Statistischen Bundesamt in Auftragsforschung erstellt, weshalb diese Stelle auch im weiteren als Urheber erscheint.

² Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben . . . , a. a. O., S. 13.

³ Output hier im Sinn von produzierten Gütern und Dienstleistungen. Dieser Output ist selbst wieder Input bei der Produktion des letztendlich interessierenden Gutes „Gesundheit“, das aber schwierig zu definieren, geschweige denn für ein Gemeinwesen als Ganzes zu messen ist.

menhang eher zur Verwirrung bei. Die Entwicklung des realen Input, d. h. der für Gesundheit verbrauchten und damit für alternative Verwendungsarten wegfallenden Produktionsfaktoren, wird durch den monetären Output aber nur ungenau erfaßt. Dieser scheint vielmehr, auch nach einer Deflation mit einem geeigneten Preisindex, ein geringfügig überhöhtes Maß des realen Ressourcenverbrauchs und damit der eigentlichen volkswirtschaftlichen „Kosten“ zu sein. Als Grund ist einmal die im Gesundheitswesen wie in anderen Wirtschaftszweigen wachsende Produktivität der eingesetzten Produktionsfaktoren zu nennen. Sodann werden im Gesundheitsbudget zunehmend Leistungen erfaßt, die bislang unentgeltlich in privaten Haushalten erbracht worden sind. Ein typisches Beispiel stellt hier etwa die mittlerweile wieder eingeschränkte Honorierung von Pflegediensten innerhalb der Familie dar. Inwieweit derartige Phänomene auch zur Überschätzung des *relativen* Ressourcenverbrauchs führen (oder durch gleichlaufende Entwicklung in anderen Sektoren ausgeglichen werden), soll nicht weiter untersucht werden.

Unglückliche Begriffswahl

Im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen steht vielmehr die Tatsache, daß die Kosten der Gesundheit in dem hier verwendeten Sinn ein rein monetäres Maß des Output sind. Es wird lediglich auf den Umsatz, aber nicht auf dessen Komponenten „Preis“ und „Menge“ abgestellt. Offenbar ist es aber für die praktische Gesundheitspolitik von größter Bedeutung, ob in erster Linie die Mengen oder die Preise für den enormen Ausgabenanstieg der letzten Jahre verantwortlich sind. So scheint der allein schon deshalb nicht sehr glückliche Ausdruck „Kostenexplosion“ vor allem das letztere zu suggerieren – einen Anstieg in erster Linie der Preise, d. h. die *Verteuerung einer mehr oder weniger konstant gebliebenen Menge medizinischer Güter und Dienstleistungen*. Die nicht unbeträchtlichen Einkommenszuwächse bei Ärzten und Zahnärzten und zunehmend auch bei gewissen weiteren medizinischen Dienstleistungsberufen wie etwa Zahntechnikern scheinen diesen Eindruck zu bestätigen. Auch kommt diese Interpretation der sozialistisch gefärbten Ausgangsposition vieler Kritiker entgegen: Die Kostenexplosion wird nicht auf unpersönliche Systemfehler, sondern auf das Wirken profitgieriger Ärzte und Pharmakonzerne zurückgeführt.

Trotzdem geht diese Sicht der Dinge an der Realität vorbei. Auch wenn man die zuweilen recht einseitige Beschlagnahme von Produktivitätsfortschritten durch die Heilberufe zugesteht, trägt dieser Effekt nur gering-

fügig zur Gesamtausgabenentwicklung im Gesundheitswesen bei. Zwar könnten verschiedene Preisindizes um einige Indexpunkte niedriger sein, doch auch ohne Berücksichtigung dieses Effektes gehen die Preissteigerungen für Gesundheitsgüter nur im Umfang der allgemeinen Inflationsrate, eher etwas weniger, in die allgemeine Ausgabensteigerung ein. Die weit darüber hinausgehende Wachstumsrate der Gesamtausgaben geht dagegen allein auf eine enorme Ausweitung der konsumierten Mengen zurück. Dies wird im folgenden anhand der Ausgaben für Arzneimittel, ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie der Krankenhauskosten deutlich gemacht. Als Untersuchungsperiode wird wie in Tabelle 1 der durch besonders drastische Ausgabensteigerungen auffallende Zeitraum von 1970 bis 1975 gewählt. Nur bei der Diskussion der Arzneimittelausgaben sind auch einige jüngere, in den anderen Bereichen derzeit noch nicht zur Verfügung stehende Daten berücksichtigt.

Dominanz des Mengeneffektes

Tabelle 2 gibt zunächst einige Meßzahlen für die Entwicklung von Preis und Umsatz (und daraus ableitbar auch des Mengenverbrauchs) für Pharmaprodukte an. Zum Vergleich ist auch der Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte aufgeführt. Der *Index der Einzelhandelspreise mit pharmazeutischen Erzeugnissen* ist der nach Wirtschaftszweigen und der Preisindex der Waren für Gesundheitspflege aus der nach Warengruppen gegliederten Einzelhandelspreistatistik des Statistischen Bundesamtes entnommen. Der Preisindex für Verbrauchsgüter zur Gesundheitspflege ist ein Teilindex des Lebenshaltungskostenindex aller privaten Haushalte. Der besseren Vergleichbarkeit wegen sind alle Meßzahlen für das Jahr 1970 gleich 100 gesetzt.

Wie Tabelle 2 mehr als deutlich zeigt, geht das Ausgabenwachstum bei Medikamenten vor allem auf eine Mengenexpansion zurück. Die Preise steigen zwar ebenfalls, aber langsamer als der Durchschnitt aller sonstigen Verbrauchsgüterpreise (und auch langsamer als der Preisindex für das Bruttosozialprodukt, der im Untersuchungszeitraum von 100 auf 138 zunahm). In diesem Sinne kann man von einer Mengenexpansion bei (relativ) konstanten Preisen sprechen. Insbesondere stiegen die Mengen im betrachteten Zeitraum um mehr als die Wachstumsrate des realen Bruttosozialprodukts (9,9 %). Der wachsende *Anteil der Arzneimittelausgaben am Bruttosozialprodukt* geht damit allein auf das überproportionale Wachstum der Mengenkompente zurück.

Aus zwei Gründen ist bei der Interpretation der Zahlen jedoch Vorsicht am Platz. Einmal sind die aufgeführten Preisindizes wegen einer teilweise mangelnden Übereinstimmung des Warenkorbs nur bedingt zur Deflation der Umsatz- und Gesamtausgabenreihe geeignet. Sodann werden gerade auf dem Pharmamarkt immer neue Produkte eingeführt. Hier ist die amtliche Statistik möglicherweise zu sehr geneigt, als Qualitätsverbesserung (und damit als ohne Einfluß auf das Preisniveau) anzuerkennen, was in Wahrheit nur ein Etikettentausch und ein Anlaß zu einer heimlichen Preiserhöhung ist. Insofern mögen die obigen Preisindexreihen etwas zu niedrig sein. Jedoch bleibt auch nach einer Heraufsetzung der Indizes um einige Punkte die Dominanz des Mengeneffekts eindrucksvoll.

Analog ist die Situation auf dem Teilsektor „Behandlung“, auch wenn das bei einer Betrachtung der Zahlen zunächst anders erscheint. Zieht man in Tabelle 1 die Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel vom Behandlungsaufwand ab, so stieg dieser im Untersuchungszeitraum von 27,2 auf 61,6 Mrd. DM an. Das ist ein nominales Wachstum von 126 %. Im gleichen Zeitraum stieg der Teilindex für Arzt- und Krankenhausleistungen im Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte um 63,2 %, womit sich das reale Wachstum der Behandlungsausgaben auf (scheinbar) nur 38 % reduziert.

Irreführende Krankenhauskosten

Dies ist immer noch eine beeindruckende Zahl, und sie ist erheblich größer als das reale Wachstum des übrigen Bruttosozialprodukts. Trotzdem wird durch diese Ziffer das wirkliche „reale“ Wachstum der Behandlungsausgaben bei weitem unterschätzt. Der Grund ist die falsche und sehr in die Irre führende Art der Berücksichtigung der Krankenhauskosten. Konkret

werden diese durch die Aufnahme des Gutes „Ein Tag Aufenthalt im Krankenhaus“ in den der Indexberechnung zugrundeliegenden Warenkorb erfaßt. Bei diesem Gut wird implizit unterstellt, daß es unveränderlich im Zeitablauf und insbesondere von gleichbleibender Qualität ist.

Nun wird wohl bei kaum einem anderen im Warenkorb vertretenen Gut diese Annahme so sehr verletzt wie gerade in diesem Falle. Der Umfang von pro Tag und Patient eingesetztem Kapital und aufgewandter Arbeit nimmt im Krankenhaus als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts geradezu dramatisch zu. Nach Moloney und Rogers stieg in den USA die Zahl der durchschnittlich bei einer unkomplizierten Blinddarmentzündung vorgenommenen Labortest von fünf im Jahre 1951 auf 30 im Jahre 1970 und bei einer Entbindung von fünf auf 14⁴. Auch unter Berücksichtigung von Abweichungen ist dies ein Hinweis für die Entwicklung in der Bundesrepublik im Untersuchungszeitraum. Ferner ist der zunehmende Gebrauch von früher unbekanntem Operationstechniken, etwa in der Herzchirurgie, oder der Einsatz immer neuer und kostspieligerer Technologien wie etwa die Computertomographie zu beachten⁵. All das hat zu einer stetigen und beträchtlichen Zunahme der pro Tag und Patient im Krankenhaus verbrauchten Ressourcen geführt.

Die so bewirkte Qualitätsverbesserung des Gutes „Krankenhausbehandlung“ muß unbedingt beim Preisvergleich berücksichtigt werden. Bisher geschieht das nicht. Damit werden die beträchtlichen Pflegesatzerhöhungen der Vergangenheit als reine Preissteigerungen interpretiert. In Wahrheit nahm aber auch der

⁴ T. W. Moloney, D. E. Rogers: Medical Technology – A Different View of the Contentious Debate over Costs, in: New England Journal of Medicine, Band 301, Dez. 1979, S. 1413-1419.

⁵ Eine detaillierte Untersuchung dazu liefert L. B. Russell: Technology in Hospitals, Washington 1979.

Tabelle 2
Meßzahlen zur Preis- und Mengenentwicklung bei Pharmaerzeugnissen

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Preisindex von Waren in Apotheken	100	104,9	109,8	114,7	120,6	126,4	130,2	134,7	137,4
Preisindex von Waren für die Gesundheitspflege	100	105,0	109,9	114,9	120,9	126,9	130,8	135,4	138,1
Preisindex für Verbrauchsgüter zur Gesundheitspflege	100	104,8	109,3	113,9	119,7	125,7	129,2	133,4	135,8
Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte	100	105,3	111,1	118,8	127,1	134,7	140,8	146,3	150,1
Umsatz in Apotheken	100	111,9	122,8	135,9	151,3	163,8	171,3	174,5	186,2
Gesamtausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel ¹	100	118,9	138,1	162,8	190,5	217,1	–	–	–

¹Neuere Angaben zu dieser Reihe sind derzeit noch nicht verfügbar.

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, lfd. Jg., Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich . . . , a. a. O.

reale Wert des gehandelten Gutes (berechnet etwa als preisbereinigter Input pro Tag und Patient) um einiges zu, wodurch sich die Preissteigerung pro realer Werteinheit entsprechend reduziert. Nominal stiegen die Krankenhauspflegesätze im Untersuchungszeitraum um durchschnittlich 125 %, und nur das hat den im Vergleich zur sonstigen Preisentwicklung überdurchschnittlichen Anstieg des Preisindex für Arzt- und Krankenhausleistungen bewirkt. Zur korrekten Wiedergabe der Realität muß dessen Wert um einen aus Mangel an geeigneten Daten nicht genau bestimmbar Betrag herabgesetzt werden, womit sich die Bedeutung der Mengenkompente zur Erklärung des Ausgabenwachstums entsprechend erhöht.

Tabelle 3
Meßzahlen zur Preis- und Mengenentwicklung in der ambulanten ärztlichen Versorgung

	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Vergütungsquotient Gesamtausgaben für ambulante ärztliche Behandlung	100	106,2	111,3	116,7	125,7	128,7
	100	121,2	135,2	154,7	181,4	207,1

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 1977; sowie Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich . . . , a. a. O.

Immerhin scheint eine einigermaßen befriedigende Lösung dieses Problems auf dem Teilsektor der ambulanten (im Gegensatz zur stationären) Behandlung möglich zu sein. Tabelle 3 stellt die im Untersuchungszeitraum zwischen den Ortskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelten Gesamtvergütungsquotienten den Gesamtausgaben für ambulante ärztliche Behandlung gegenüber⁶. Die in der Tabelle wiedergegebenen Honorarkonditionen sind auch für andere Kassenarten sowie für die mit den Ersatzkassen ausgehandelten Verträge repräsentativ. Lediglich die Honorarentwicklung bei Privatpatienten ist durch diese Reihe möglicherweise nicht korrekt wiedergegeben. Gerade in jüngster Zeit mehren sich wieder Stimmen, die Ärzten überdurchschnittliche Preiserhöhungen bei der Privatliquidation vorwerfen. Das scheint jedoch vor allem eine Folge der gegenwärtigen mehr oder weniger strikten Plafondierung der Gesamthonorarsumme in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sein und ist für den Untersuchungszeitraum wenig charakteristisch.

⁶ Aufgrund des im Untersuchungszeitraum nahezu ausschließlich geltenden Prinzips der Einzelleistungsvergütung wird dem niedergelassenen Arzt jede einzelne erbrachte Leistung getrennt honoriert. Der Vergütungsquotient gibt das monetäre Äquivalent des zunächst in Punkten gemessenen Leistungsumfangs an.

⁷ L. B. Russell, a. a. O., S. 4.

Auch in Tabelle 3 wird wieder die überragende Bedeutung der Mengenkompente deutlich. Die Preise stiegen dagegen unterdurchschnittlich und auch weniger als Löhne und Gehälter an.

Noch weitaus drastischer tritt dieser Vorrang der Mengenkompente in der zahnärztlichen Versorgung zu Tage. Die Preisentwicklung verlief hier etwa parallel zur Humanmedizin. Im Gegensatz dazu stiegen die Gesamtausgaben etwa für Zahnersatz im Untersuchungszeitraum um 219 %.

Konsequenzen für die Gesundheitspolitik

Die für die praktische Gesundheitspolitik zentrale Folgerung der vorliegenden Überlegungen drängt sich unmittelbar auf: Zur Eindämmung der Kostenflut im Gesundheitswesen sind Preiskontrollen wirkungslos. Solange man nicht auch die Menge der produzierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen beschränkt, verläuft das Wachstum der Gesamtausgaben weiter ungebremst.

Diese Einsicht erfordert unter anderem und als erstes eine Abkehr von dem Prinzip der Deckung des „Bedarfs“. Nicht alles, was medizinisch machbar und auch nutzbringend ist (wonach in diesem Sinne ein „Bedarf“ besteht), darf in Zukunft allein schon deshalb möglich sein. Denn „there is no end to the good things that can be done . . . in medical care“, wie die amerikanische Autorin Louise Russell in ihrer Analyse von Krankenhauskosten in den USA zutreffend feststellt und an zahlreichen Beispielen belegt⁷. Mit anderen Worten: Der „Bedarf“ an zusätzlichen Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist unbegrenzt! Überläßt man der Gesundheitsindustrie weiterhin mehr oder weniger offen die Requirierung der Mittel zu seiner Deckung, so ist ein eventueller allgemeiner Krankenkassenbeitragssatz von 90 % des Einkommens des Versicherten keine grundsätzlich von der Hand zu weisende Utopie.

Die Abwehr dieser Entwicklung erfordert zwingend eine von politischen Instanzen vorzunehmende Begrenzung des Ressourcenverbrauchs im Gesundheitswesen, und zwar auch dann, wenn die letzte eingesetzte Einheit noch einen medizinischen Nutzen bringt. Ein erster und dringend notwendiger Schritt in diese Richtung ist für den Bereich der ambulanten Versorgung und des Arzneimittelverbrauchs mit dem Kostendämpfungsgesetz getan. Solange eine ähnliche Regelung nicht auch für die stationäre Behandlung gilt, wird die jünger beobachtete Abflachung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen sicher nicht von Dauer sein.