

Erbe, Susanne

Article — Digitized Version

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Susanne (2000) : Kostenexplosion im Gesundheitswesen?,
Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 80, Iss. 5, pp. 308-311

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/40553>

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.

Susanne Erbe

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Reformen des Gesundheitswesens stehen schon seit mehr als 20 Jahren auf der politischen Agenda. Wie hat sich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich entwickelt? Wo liegen die Probleme?

Das deutsche Gesundheitswesen steht schon seit langer Zeit im Mittelpunkt von Reformdiskussionen und -versuchen, in denen vor allem die direkt Beteiligten (Leistungsanbieter, Krankenkassen, Arbeitgeber, Versicherte) bemüht sind, ihre unterschiedlichen Interessen durchzusetzen. Bei all diesen Auseinandersetzungen entstand der Eindruck, als gäbe es eine Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen und als hätte sich das Krankenversicherungssystem in Deutschland merklich anders entwickelt als in anderen Industrieländern.

Tatsächlich lag der Anteil der deutschen Gesundheitsausgaben am BIP 1997 mit 10,4% über dem EU-Durchschnitt von 7,9% und hat seit 1980 um 1,6 Prozentpunkte zugenommen (vgl. Tabelle 1). Diese Zunahme ist nicht rasant, liegt aber ebenfalls über dem EU-Durchschnitt von 0,9 Prozentpunkten. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die hier zugrundegelegte OECD-Statistik die Pflegeversicherung in Deutschland mit in die Daten einbezieht (auf die Pflegeversicherung entfallen ca. 0,6 Prozentpunkte der Ausgabenquote). Einen vergleichbar hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP hatte in der EU nur Frankreich und in der OECD die Schweiz und Kanada. Weitaus höher sind aber die Gesundheitsausgaben in den USA, die von 9,1% (1980) auf 14% des BIP (1997) anstiegen.

Das Beispiel USA zeigt, daß eine weitgehend private Orientierung und Finanzierung des Gesundheitswesens – weniger als die Hälfte der Ausgaben werden öffentlich finanziert – nicht mit einer moderaten Ausgabenentwicklung einhergehen muß. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in Griechenland, Portugal und der Schweiz feststellbar – mit langfristig stark steigenden Gesundheitsausgaben und relativ hohen privaten Finanzierungsanteilen. Demgegenüber hatten Schweden und Dänemark bei einem stark öffentlich orientierten Gesundheitswesen rückläufige Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP zu verzeichnen (vgl. Tabelle 1).

Welche Ursachen einem hohen oder steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben zugrunde liegen, soll

hier nicht näher untersucht werden. Umfangreiche Gesundheitsausgaben können Ausdruck einer mengenmäßigen Ausweitung des Gesundheitsangebots aufgrund entsprechender Konsumentenpräferenzen für Gesundheitsleistungen sein, wobei zu erwarten ist, daß mit steigenden Einkommen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional zunimmt. Sie können aber auch das Ergebnis von hohen und steigenden Leistungspreisen oder von gesundheitspolitisch unnützen Mengenausweitungen sein, die dadurch zustande kommen, daß die Anbieter selbst die Nachfrage und damit ihre eigenen Einkommen steuern.

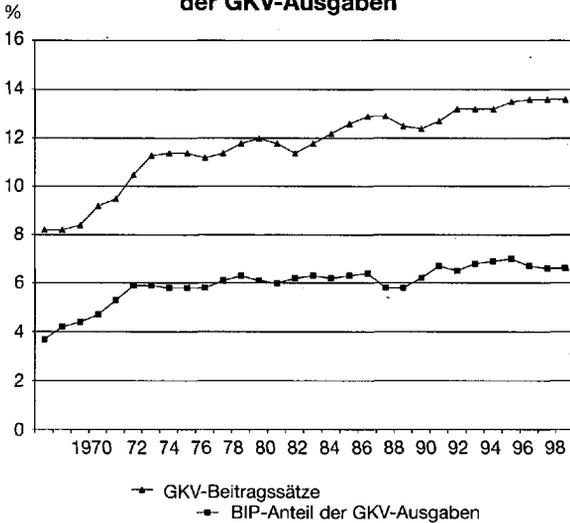
Unabhängig davon, ob steigende Gesundheitsausgaben auf Mengen- oder Preissteigerungen zurückzuführen sind, stellt sich die Qualitätsfrage in einem Gesundheitssystem, d.h. die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Gesundheitszustand der Bevölkerung. Offenbar besteht nach den verfügbaren Daten hier nur eine sehr lockere Korrelation: Gemessen an einem von der OECD entwickelten Index für die vorzeitige Mortalität¹ schneiden die USA trotz ihrer hohen Gesundheitsausgaben wesentlich schlechter ab als die EU-Länder im Durchschnitt, während beispielsweise Großbritannien trotz relativ niedriger Gesundheitsausgaben diesen Durchschnitt erreicht. Offensichtlich haben andere gesellschaftliche Bedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung eine weitaus größere Bedeutung als die Höhe der Ausgaben für Gesundheitsleistungen.

Ausgabenentwicklung in Deutschland

In Deutschland kreist die gesundheitspolitische Diskussion vor allem um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die durch die Finanzierung dieser Ausgaben entstehende Belastung durch die Lohnnebenkosten. Nach einem OECD-Vergleich lag der von öffentlichen Haushalten und über die GKV finanzierte Anteil an den gesamten deutschen

¹ OECD: Pressemitteilung zu den OECD Health Data 1999, Tabelle 3, www.oecd.org/news_and_events/publish/pb99-13a.htm

GKV-Beitragsätze und BIP-Anteil der GKV-Ausgaben



Quellen: 1970-1983: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Wiesbaden 1996; 1994-1998: Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 122, Baden-Baden 1999; 1999: Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung vom 3. 3. 2000.

Gesundheitsausgaben 1997 bei 77,1%. Er war damit deutlich höher als in Griechenland, Portugal und den USA, aber niedriger als in Dänemark, Schweden und Großbritannien (vgl. Tabelle 1).

Langfristig ist in Deutschland der GKV-finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP moderat gestiegen (vgl. Abbildung). Nach einem Schub zu Beginn der 70er Jahre, der tatsächlich als Kostenexplosion bezeichnet werden könnte, pendelte der Anteil bis 1991 um 6% und stieg erst in den 90er Jahren um einen Prozentpunkt. Die Wiedervereinigung war für diese Entwicklung der entscheidende Impuls. Betrachtet man die Ausgabenquote allein für das frühere Bundesgebiet, ist bis 1994 nur eine geringe Steigerung festzustellen (danach wird das BIP nicht mehr getrennt nach West und Ost ausgewiesen), während der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP in den neuen Bundesländern von 10,8% (1991) auf 11,3% (1994) anstieg. Diese unterschiedliche Entwicklung ist im übrigen keineswegs auf überschießende Gesundheitsausgaben im Osten zurückzuführen, da hier die Ausgaben pro Mitglied 1991 nur knapp 50% der Westausgaben erreichten und bis 1998 auf 78% anstiegen, sondern auf ein niedrigeres BIP in Ostdeutschland. Insgesamt wuchsen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen demnach etwas rascher als das BIP, seit Mitte der 70er Jahre kann aber von einer Kostenexplosion nicht gesprochen werden.

Tabelle 1
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich
(in %)

Land	1980	1990	1997	Öffentliche Ausgaben ¹
Belgien	6,5	8,1	7,6	87,6
Dänemark	8,7	8,2	7,7	83,8
Deutschland	8,8	8,7	10,4	77,1
Finnland	6,5	8,0	7,3	76,0
Frankreich	7,6	8,9	9,9	74,2
Großbritannien	5,6	6,0	6,7	84,6
Griechenland	3,6	4,2	7,1	57,7
Irland	8,7	6,7	7,0	76,7
Italien	7,0	8,1	7,6	69,9
Luxemburg	6,2	6,6	7,1	91,8
Niederlande	7,9	8,3	8,5	72,6
Österreich	7,7	7,2	7,9	73,0
Portugal	5,8	6,5	8,2	60,0
Schweden	9,4	8,8	8,6	83,3
Spanien	5,6	6,9	7,4	76,1
EU-Durchschnitt	7,0	7,4	7,9	76,3
nachrichtlich:				
USA	9,1	12,6	14,0	46,4
Schweiz	6,9	8,3	10,2	69,9

¹ Anteil der öffentlichen Ausgaben in % der Gesamtausgaben 1997.

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 122, Baden-Baden 1999; OECD: OECD Health Data 99.

Kostendämpfungs-Politik

Ist der nur langsam wachsende Anstieg der Gesundheitsausgaben Folge einer moderaten Nachfrage der Konsumenten nach Gesundheitsleistungen? Dagegen spricht, dass die Politik nach dem ersten Kostenschub in den 70er Jahren immer wieder damit beschäftigt, die Ausgabenentwicklung zu bremsen. Diese Bemühungen fanden in einer langen Kette von Gesetzen Ausdruck. Zu nennen sind dabei:

- das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977, das vor allem eine freiwillige Globalsteuerung durch die neugeschaffene Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und Arzneimittelhöchstbeträgen zum Gegenstand hatte,
- das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1982 mit einer Negativliste für Bagatell-Arzneimittel,
- das Gesundheitsreformgesetz von 1988, das sich mit einer Negativliste, einer Festbetragsregelung und der Einführung von Zuzahlungen ebenfalls vor allem auf die Arzneimittelversorgung konzentrierte,
- das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, das demgegenüber auf die Einführung von Ausgaben-

Tabelle 2
Versicherte in der GKV¹
(in %)

Jahr	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Mitversicherte Familienangehörige ²
1970	58,2	15,7	26,1	- ³
1975	57,1	14,1	28,8	- ³
1980	58,3	12,6	29,1	- ³
1985	58,3	12,4	29,3	0,502 ⁴
1990	59,6	11,6	28,8	0,459
1995	59,4	11,2	29,4	0,413
1999	57,8	12,2	30,0	0,404

¹ Bezogen auf alle Mitglieder; ² Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Mitglieder; ³ Nicht verfügbar; ⁴ 1986.

Quellen: 1970-1995: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Wiesbaden 1996; 1999: Bundesministerium für Gesundheit; Pressemitteilung vom 3. 3. 2000.

obergrenzen (Budgetierung) aller Leistungsbereiche setzte,

□ das GKV-Neuordnungsgesetz von 1997, das den Kassenwettbewerb stärkte, die Zuzahlungen für Arzneimittel erhöhte und Beitragssatzsteigerungen an eine Erhöhung der Zuzahlungen koppelte,

□ die Gesundheitsreform 2000, die letztlich wieder auf eine Budgetierung der Leistungen hinauslief.

Auffällig ist, daß jedes der Kostendämpfungsge-setze nach einer Phase der Kostensteigerungen beschlossen wurde und dann zu einem kurzfristigen Abflachen der Kostenkurve führte, daß aber Anbieter und Nachfrager nach einer kurzen „Gewöhnungsphase“ offenbar immer Wege fanden, die kostendämpfenden Regelungen zu umgehen.

Einnahmenentwicklung

In der gesundheitspolitischen Diskussion hört man häufig das Argument, daß die Krankenkassen in der Vergangenheit aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit und der ungünstigen Einkommensentwicklung der Beitragszahler auf der Einnahmenseite mit Problemen zu kämpfen hatten. In der Tat sind die durchschnittlichen Beitragssätze deutlich gestiegen, allerdings fiel dieser Anstieg nicht stärker aus als der Anstieg des Anteils der GKV-Ausgaben am BIP (vgl. Abbildung).

Die Beitragssätze hätten allerdings weitaus stärker angehoben werden müssen, wenn die Krankenkassen nicht auf anderem Wege zusätzliche Einnahmen erhalten hätten. So ist der Finanzierungsbeitrag der

² Die Rentner müssen seit 1983 einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung leisten, der zunächst nur 1% betrug. Mittlerweile zahlen die Rentner wie die anderen Mitglieder die Hälfte des Beitragssatzes ihrer Kasse.

Tabelle 3
Leistungsausgaben der GKV
(in %)

	1980	1990	1998	1999
Ärztliche Behandlung	17,9	18,2	17,3	17,2
Zahnärztliche Behandlung	15,0	9,7	9,0	8,9
Arzneimittel aus Apotheken	14,6	16,3	14,3	15,1
Heil-, Hilfsmittel und Dialyse	- ¹	- ¹	7,9	7,4
Krankenhaus	29,6	33,2	36,3	35,6
Krankengeld	7,7	6,6	5,9	5,8
Übriges	15,2	16,1	9,6	10,0
Insgesamt (Mrd. DM)	85,96	134,24	234,94	240,5
nachrichtlich: Verwaltungskosten (Mrd. DM)	3,75	7,28	13,33	13,85

¹ 1980, 1990 unter „Übriges“.

Quellen: 1980-1990: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1996/97, Wiesbaden 1996; 1999: Bundesministerium für Gesundheit; Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 122, Baden-Baden 1999; 1999: Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung vom 3. 3. 2000.

Rentner angestiegen, seitdem die Rentenversicherung nicht mehr die gesamten Beiträge ihrer Mitglieder an die GKV abführt². Auch von der überdurchschnittlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze konnten die Kassen profitieren³. Einen wichtigen Beitrag zur Einnahmenentwicklung leistete außerdem der gesellschaftliche Wandel: Die zunehmende Partizipation der Frauen am Arbeitsleben und die Verkleinerung der Haushalte führten dazu, daß mitversicherte Familienangehörige wesentlich weniger belastend auf das Kassenbudget wirkten. Während 1986 zehn Mitglieder fünf Mitversicherte finanzieren mußten, entfielen 1999 auf zehn Mitglieder noch vier mitversicherte Familienangehörige (vgl. Tabelle 2).

Den Krankenversicherungen ist es also in der Vergangenheit gelungen, die Einnahmenentwicklung ohne wesentliche Brüche zu gestalten. Dies muß aber in Zukunft nicht so bleiben. Vor allem von einem steigenden Rentneranteil an der Bevölkerung werden große Probleme für das Versicherungssystem erwartet. In den letzten 20 Jahren war der Rentneranteil in der GKV kaum gestiegen (vgl. Tabelle 2). Legt man aber beispielsweise die DIW-Berechnungen zum Altersquotienten (Zahl der 65jährigen und Älteren bezogen auf die Zahl der 20 bis 65jährigen) zugrunde, so ist bis 2010 im Vergleich zu 1997 mit einer Zunahme des Altersquotienten um ca. 8 Prozentpunkte zu rechnen⁴. Auf der Einnahmenseite wird dies aufgrund des

³ Die Beitragsbemessungsgrenze wurde rascher angehoben als der Index der durchschnittlichen Bruttonomatsverdienste der Angestellten im produzierenden Gewerbe, Handel, Kredit- und Versicherungsgewerbe stieg; vgl. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1999, Wiesbaden 1999.

niedrigeren Rentnereinkommens zu einem flacheren Anstieg der Einnahmen führen. Zum Problem wird diese Entwicklung vor allem auf der Ausgabenseite, denn die Kostenschere zwischen Rentnern und anderen Mitgliedern wird zunehmend größer: Die Leistungsausgaben pro Mitglied nahmen in der Krankenversicherung der Rentner von 821 DM (1970) auf 7101 DM (1998) zu, in der Allgemeinen Krankenversicherung betragen die Vergleichszahlen demgegenüber 763 DM (1970) und 3872 DM (1998)⁴.

Ausgabenstruktur

Hatten die Bemühungen um eine Reform des Gesundheitswesens, die sich in der Vergangenheit vor allem auf die Arzneimittelverordnungen und die Abrechnungen der Ärzte und Zahnärzte mit den Krankenkassen richteten, Auswirkungen auf die Ausgabenstruktur? Die verfügbaren Daten zeigen (vgl. Tabelle 3):

- Der Anteil der Ausgaben für ärztliche Behandlungen am Gesamtbudget der Krankenkassen hat sich langfristig etwas verringert, und dies obwohl die Zahl der niedergelassenen Ärzte deutlich zugenommen hat⁵.
- Der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung ging sogar relativ stark zurück.
- Der Kostenanteil für Arzneimittel blieb relativ konstant.
- Der Anteil des Krankengeldes an den Gesamtausgaben der Krankenkasse nahm ab.
- Eine Sonderstellung nimmt demgegenüber die Entwicklung im Krankenhausbereich ein. Der Anteil der stationären Behandlung ist im Betrachtungszeitraum stark gewachsen.

Die Entwicklungen in den Einzelbereichen zeigen, daß die kostendämpfenden Maßnahmen der verschiedenen Reformgesetze sich im ambulanten Bereich stärker ausgewirkt haben als bei der stationären Behandlung. Dies gibt zumindest Hinweise darauf, wo eine künftige Gesundheitsreform ansetzen könnte. Kostensteigerungen im stationären Bereich bedeuten allerdings nicht automatisch, daß hier die größten Effizienzreserven liegen; sie können auch durch die

hohe Personalintensität verbunden mit hohen Lohnkostensteigerungen verursacht worden sein, vor allem aber dürfte der rasche Fortschritt in der medizinischen Technologie für den Anstieg verantwortlich sein.

Im Krankenhausbereich ist für die Zukunft weiterhin mit einem Ausgabenzuwachs infolge des steigenden Altersquotienten zu rechnen. Zugleich ist es hier besonders schwierig, Reformen durchzuführen, da die Krankenhäuser von den Ländern (vor allem die Investitionskosten) und von den Krankenkassen (vor allem die laufenden Kosten) finanziert werden und hier unterschiedliche Interessen aufeinandertreffen. Außerdem ist der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht so leicht mit Maßnahmen wie Zuzahlungen und Selbstbehalten beizukommen, wie sie immer wieder vorgeschlagen werden. Solche Maßnahmen wirken sich hier nicht auf die nachgefragte Menge der Leistungen aus, sie führen lediglich zu einer Verlagerung der Finanzierungskosten auf die Kranken.

Fazit

Deutschland hat im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben mit relativ hohen Zuwachsraten, die jedoch vorwiegend auf die Wiedervereinigung und die Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen sind. Auch andere OECD-Länder hatten hohe Zuwächse zu verzeichnen, wobei auffällig ist, daß die Gesundheitskosten vieler privat orientierter Systeme stark expandierten.

Das deutsche Gesundheitswesen, das nach der Kategorisierung der OECD überwiegend öffentlich finanziert ist, unterscheidet sich hinsichtlich der Ausgabenentwicklung nicht wesentlich von den meisten anderen europäischen Systemen. Die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben sind dabei stärker gestiegen als das BIP, eine Kostenexplosion ist aber nicht feststellbar.

Die Beitragssätze zur GKV sind ebenfalls deutlich gestiegen, jedoch nicht stärker als der GKV-Anteil am BIP. In der Vergangenheit wären die Beiträge allerdings noch stärker gestiegen, wenn die Krankenkassen nicht von der stärkeren Belastung der Rentner, der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und dem sinkenden Anteil mitversicherten Familienmitglieder profitiert hätten.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung läßt für die Zukunft weiter steigende Ausgaben erwarten, die vor allem auf den Krankenhausbereich zukommen werden. Hier ist eine Reform wohl am dringendsten erforderlich.

⁴ DIW-Wochenbericht 42/99, Tabelle 7.

⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 122, Baden-Baden 1999, S. 410.

⁶ Im früheren Bundesgebiet nahm die Zahl der ambulant tätigen Ärzte von 62029 (1980) auf 106182 (1998) zu; vgl. ebenda, S. 249.