

# Das Gesundwerden darf nicht unerschwinglich teuer werden

Voraussetzungen für eine finanzierbare Gesundheitspolitik

**Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung, die einen immer größeren Raum in der Gesellschaftspolitik einnimmt, wird in Zukunft vor ungewöhnlichen Problemen und dabei besonders vor gravierenden Finanzproblemen stehen. Die Grenze der Belastbarkeit für die Steuer- und Beitragszahler ist erreicht.**

Aus diesem Grunde werden zum 1. Januar 1975 Steuerentlastungen in Milliardenhöhe wirksam werden. Zugleich besteht Einigkeit, daß der Beitragssatz in Höhe von 18 % in der Rentenversicherung nicht erhöht werden soll. Demgegenüber entwickeln sich die Kosten bei den über 1500 gesetzlichen Krankenkassen weitgehend von der Öffentlichkeit unbemerkt und ohne hinreichende Transparenz von 43 Milliarden DM im Jahr 1973 bis knapp an die 100-Milliarden-Grenze im Jahre 1978. Die Beitragszahler werden damit rechnen müssen, daß der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von zur Zeit 9,5 % auf 13,1 % im Jahre 1978 ansteigen wird. Dieser Widerspruch zeigt eine auffällig gesplattete offizielle Sozialpolitik. Kurzfristige Patentrezepte schaffen hier keine Abhilfe. Vielmehr sollten alle am Gesundheitswesen Beteiligten zu gemeinsamen Beratungen veranlaßt werden, wie der Kostenanstieg gedämpft werden kann. Mit der Vorlage der Dokumentation der Planungsgruppe für Gesellschaftspolitik des Sozialministeriums von Rheinland-Pfalz wird versucht, durch Information die notwendigen Voraussetzungen für eine sachgerechte und zugleich finanzierbare Gesund-

heitspolitik der kommenden Jahre zu schaffen. Nur so wird es möglich sein, die Teilnahme der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt auch künftig zu sichern. Aus der Dokumentation selbst ist folgendes im einzelnen festzuhalten:

### **1) Mit der „Als-Ob“-Politik muß jetzt endlich Schluß sein**

In einer auch für den aufmerksamen Beobachter fast verwirrenden Fülle von komplizierten Gesetzesbestimmungen, unklaren Verantwortlichkeiten und vielfältig gewachsenen Organisationsstrukturen ist kaum mehr auszumachen

- welcher Teil dieser Entwicklung auf medizinische und pharmazeutische Fortschritte zurückzuführen ist,
- was durch überhöhte Preise und Einkommen bedingt ist,
- welche Rolle eine evtl. medizinisch nicht erforderliche Inanspruchnahme durch die Versicherten spielt,
- ob unwirtschaftlich gearbeitet wird,
- wer welche Belastungen auf die gesetzliche Krankenversicherung abwälzt und
- wie die Entwicklung weitergehen wird.

Die vorliegende Dokumentation versucht — soweit das anhand des zur Verfügung stehenden Materials möglich ist —, Licht in dieses Dunkel zu bringen.

Die Vorausschätzung zeigt, was passiert, wenn die Entwicklung auf dem gesundheits- und krankenversicherungspolitischen Gebiet in Zukunft weiter in den bisherigen Bahnen verläuft (Status-quo-Vorausschätzungen). Der Vorausschätzung liegen Annahmen der neuesten gesamtwirtschaftlichen Zielprojektion der Bundesregierung zugrunde, um die Vergleichbarkeit mit anderen Vorausschätzungen der Bundesregierung (Finanzplan, Sozialbudget) zu ermöglichen.

Die Dokumentation soll einen Beitrag zur besseren Transparenz auf einem besonders wichtigen Sektor des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland leisten. Gesundheitspolitik darf nicht länger „eine Politik des ‚Als-Ob‘ sein, des als ob wir über die erforderlichen Informationen (z. B. Zahlen) und die angemessenen Maßstäbe verfügten“.

### **2) Die Ausgaben der Krankenversicherung bald vor der 100 Milliarden-Grenze!**

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wachsen mit einem fast unglaublichen Tempo: Immerhin 9 Jahre brauchten sie, um im Zeitraum von 1960 bis 1969 von 9,5 Mrd. DM auf 24 Mrd. DM zu wachsen. 4 Jahre brauchten sie nur noch, um in der Zeit zwischen 1969 und 1973 von 24 Mrd. DM auf 43

Mrd. DM zu steigen. Im Zeitraum von 1973 bis 1978 — also in 5 Jahren — werden die Ausgaben aus heutiger Sicht von 43 Mrd. DM auf mindestens 93 Mrd. DM emporschnellen.

Dies bedeutet: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dicht an der 100-Mrd.-DM-Grenze. Ausgaben im Jahr 1978, die fast das 10fache dessen betragen, was 1960 im Rahmen der GKV aufgewandt werden mußte. Die Lohnfortzahlung, die nach Angaben der Sozialberichte der Bundesregierung die GKV im Jahre 1970 um rd. 2,5 Mrd. DM entlastet hat, ist in diesem Ausgabestrudel schnell verpufft.

### Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung — in Mrd. DM —

	1960	1969	1973	1978
1. Krankenbehandlung in Anstalten (Krankenhaus)	rd. 1,6	rd. 5,1	rd. 11,3	rd. 28,6
2. Behandlung durch Ärzte	rd. 1,9	rd. 4,8	rd. 8,8	rd. 16,3
3. Arzneien, Heil- u. Hilfsmittel aus Apotheken sowie sonstige Heil- und Hilfsmittel	rd. 1,3	rd. 4,5	rd. 8,4	rd. 18,0
4. Behandlung durch Zahnärzte sowie Zahnersatz	rd. 0,7	rd. 2,2	rd. 4,5	rd. 9,0
5. Krankenhilfe-Barleistung (Krankengeld)	rd. 2,7	rd. 4,3	rd. 3,9	rd. 6,4
6. Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhütung	rd. 0,1	rd. 0,2	rd. 0,8	rd. 2,0
7. Übrige Leistungsausgaben	rd. 0,7	rd. 1,7	rd. 3,3	rd. 5,0
Gesamte Leistungsausgaben	rd. 9,0	rd. 22,8	rd. 41,0	rd. 85,3
8. Verwaltungskosten	rd. 0,5	rd. 1,1	rd. 2,0	rd. 3,7
9. Kosten aufgrund neuer oder geplanter Maßnahmen	—	—	—	rd. 4,2
Gesamtausgaben	rd. 9,5	rd. 23,9	rd. 43,0	rd. 93,2

Welche verteilungspolitische Brisanz in einem solchen explosionsartigen Wachstum der Ausgaben der GKV liegt, erhellt die Tatsache, daß die GKV auf dem Sprung liegt, die Rentenausgaben der Arbeiter- und Angestelltenversicherung vom 1. Platz unter den Ausgaben des Sozialleistungssystems in der Bundesrepublik Deutschland zu verdrängen. 16,7 v. H. des gesamten Sozialbudgets beanspruchte 1972 die GKV für sich. 1978 werden es schon 21,7 v. H. sein. Der Abstand zwischen den Rentenausgaben und den Gesamtausgaben der GKV, der 1960 noch mehr als 50 v. H. betragen hatte, wird bis 1978 auf weniger als 8 v. H. zusammengeschrumpft sein.

Eine solche Veränderung der Anteile am Leistungskatalog der Sozialpolitik wirft größte Verteilungsprobleme auf, für deren Lösung bisher keine Vorsorge getroffen worden ist.

### **3) Der Beitragszahler wird für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1978 schon mehr als 13 v. H. zahlen müssen**

Während der Bundesarbeitsminister davon spricht, daß die „Grenze der Belastbarkeit“ der Beitragszahler erreicht sei, müssen die gesetzlichen Krankenversicherten immer tiefer in die Tasche greifen. Während 1960 ein gesetzlich Krankenversicherter mit Anspruch auf Lohnfortzahlung noch einen Beitrag in Höhe von 5,7 v. H. und 1973 in Höhe von 9,2 v. H. seines Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (einschließlich Arbeitgeberanteil) entrichtet, wird der Beitragszahler für seinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bereits 13,1 v. H. seines Einkommens an Beitrag aufbringen müssen. Dabei sind die finanziellen Auswirkungen der vom Bundesarbeitsminister geplanten Reform der Krankenversicherung der Rentner bereits berücksichtigt.

Die 1971 eingeführte Dynamisierung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen in der Krankenversicherung hat sich entgegen den Erwartungen kaum dämpfend auf die Entwicklung der Beitragssätze ausgewirkt. Lediglich die Höchstbeiträge sind rascher gestiegen. So mußte bzw. muß der oben bezeichnete Versicherte folgende durchschnittliche Höchstbeiträge einschließlich Arbeitgeberanteil entrichten:

1960	:	37,75 DM
1973	:	158,01 DM
1978	:	363,52 DM.

Der Höchstbeitrag im Jahr 1978 wird also fast das 10fache des Standes von 1960 betragen und den Stand von 1973 um mehr als das Doppelte übertreffen. Ähnliche Steigerungsraten gelten auch für den Durchschnittsverdiener.

Das überproportional wachsende Bedürfnis der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen ist sicher nicht umsonst zu haben. Dies gilt für die gesetzliche wie für die private Krankenversicherung, das gilt national wie international. So hat in der Vergangenheit die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung pro Kopf immer über der Einkommensentwicklung gelegen. Die entscheidende Frage ist nur, ob der Abstand so groß sein muß und ob er in dieser Größenordnung tatsächlich auf den verwirklichten Wunsch der Bevölkerung nach vermehrten Gesundheitsleistungen zurückgeführt werden kann, zumal in die Vorausschätzung mit Ausnahme der genannten Kosten für neue oder bereits jetzt geplante Gesetze keine Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung eingegangen ist.

Der Abstand zwischen Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung pro Kopf und der Einkommensentwicklung der Versicherten — der hier soge-

nannte „Übergangsfaktor“ — wird im Vorausschätzungszeitraum von 1973 bis 1978 bei 5,4 Prozentpunkten liegen. Der hier sogenannte „Elastizitätskoeffizient“ — er zeigt an, um wieviel die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung pro Kopf schneller als die Einkommen der Versicherten steigen — beträgt 1,52. Einem Anstieg der Einkommen von 1 v. H. entspricht also eine Steigerung der GKV-Kosten von 1,52 v. H. Mit anderen Worten, die Krankenversicherungskosten wachsen um die Hälfte schneller als die Einkommen. Auch die Beitragssätze der GKV müssen nach geltendem Recht um die Hälfte steigen, wenn die Ausgaben so weiter wachsen werden, wie das ohne einschneidende Maßnahmen vorprogrammiert ist.

#### **4) Die Last der ungedeckten Krankheitskosten der Rentner wird immer drückender**

Die relativen Krankheitskosten der Rentner sind in der Vergangenheit stärker als die der Beitragszahler gewachsen. Dies wird auch in absehbarer Zukunft so sein. Nicht nur die Zahl der Rentner ist stärker als die der Beitragszahler gestiegen, sondern auch die entsprechenden Kosten pro Kopf. Rentner benötigen mehr Medikamente, sie gehen häufiger zum Arzt. Sie nehmen Leistungen der GKV in Anspruch, die tendenziell rascher im Preis steigen, als die von den Beitragszahlern hauptsächlich nachgefragten Leistungen. 1960 mußte die GKV nur rd. 1,3 Mrd. DM für Leistungen zugunsten der Rentner aufwenden, 1978 werden es wenigstens 28,5 Mrd. DM sein, also mehr als 21 mal so viel wie 1960. Dagegen nimmt sich der prozentuale Zuwachs der Leistungsausgaben für die Beitragszahler von 7,6 Mrd. DM auf 56,8 Mrd. DM — die Ausgaben werden 1978 also mehr als 7 mal so hoch sein wie 1960 — verhältnismäßig „bescheiden“ aus. Die besondere Kostenproblematik der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ist vor allem in den Jahren seit 1969 entstanden.

Die vom Bundesarbeitsministerium geplante Neuregelung der Finanzierung der KVdR wird entgegen den Verlautbarungen der Bundesregierung nicht zu einer „finanziellen Entlastung“ der GKV führen. Im Gegenteil. Während die Zahlungen der Rentenversicherung 1968 noch 80 v. H. der Krankheitskosten der Rentner abdeckten und 1973 immerhin noch 70 v. H., werden es nach dieser Neuregelung im Jahr 1977 nur noch 46,1 v. H. sein. Zwar wird der Anteil im Jahre 1978 wieder auf 49,4 v. H. steigen, um aber danach gleich wieder abzufallen. Hierbei sind die Mehrkosten aufgrund der geplanten oder beschlossenen Maßnahmen beim Sterbegeld und beim Zahnersatz noch nicht berücksichtigt. Das Ergebnis für die Krankenversicherung wird deshalb noch ungünstiger sein. In absoluten Zahlen wird dieser Sachverhalt noch deutlicher. Die von der Rentenversicherung nicht gedeckten Krankheitskosten der Rentner betragen:

1968	:	868 Mio. DM
1974	:	3.417 Mio. DM
1978	:	13.313 Mio. DM

## **5) Der Familienlastenausgleich in der Krankenversicherung übertrifft den Wert des staatlichen Familienlastenausgleichs bei weitem**

In der gesetzlichen Krankenversicherung findet ein umfassender Familienlastenausgleich statt. Familienangehörige erhalten in der GKV in der Regel ohne zusätzlichen Beitrag einen vollen Krankenversicherungsschutz. Der Bruttowert des Familienlastenausgleichs in der GKV, der größenordnungsmäßig für das Jahr 1971 auf 10 Mrd. DM veranschlagt werden kann, wird bis 1978 auf eine Größenordnung von 30 Mrd. DM anwachsen. Bedenkt man, daß der staatliche Familienlastenausgleich nach der Steuerreform von 1974 jährlich rd. 15 Mrd. DM betragen wird und daß die Bundesregierung behauptete, eine gesetzliche Anpassungsverpflichtung bezüglich des Kindergeldes finanziell nicht verantworten zu können, so wird deutlich, mit welcher unterschiedlichem Maß, je nach dem Grad der Transparenz, gemessen wird.

Über den Familienlastenausgleich liegen bei den Trägern der GKV nur sehr vereinzelt überhaupt Unterlagen vor. Anhand einer Repräsentativerhebung des Statistischen Bundesamtes läßt sich nur sagen, daß im Jahr 1971 jeweils 100 Mitglieder der GKV die Kosten für jeweils rd. 73 mitversicherte Familienangehörige aufzubringen hatten. Weiterhin läßt sich anhand von Erhebungen der Ersatzkassen sagen, daß die Zahl der Familienangehörigen pro Rentner mit weniger als 25 pro 100 viel niedriger liegt, als die Zahl der Familienangehörigen pro Beitragszahler, die bei den Angestelltenkrankenkassen etwa 75 pro 100 beträgt. Während die Zahl der Familienangehörigen pro Rentner sinkt, ist die Zahl der Familienangehörigen pro Beitragszahler in den letzten Jahren vor allem wegen der verlängerten Ausbildungszeiten noch gestiegen. Hier werden Folgekosten staatlicher Bildungspolitik auf den einzelnen Beitragszahler der GKV verlagert.

## **6) Und die Krankenhauskosten steigen und steigen . . .**

Der Löwenanteil der Kostenexplosion der GKV entfällt auf den Krankenhausbereich. Dabei sollte das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 nicht zuletzt auch für speziell tragbare Pflegesätze sorgen. Das Gegenteil ist der Fall.

Im Zusammenhang mit der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung stellte die Bundesregierung fest, daß es „Aufgabe eines sozialen Rechtsstaates sei, dafür zu sorgen, daß auch die Krankenhausleistungen für den Benutzer erschwinglich bleiben. Vorstellungen, die die Benutzer und ihre Krankenkassen belasten, sind unsozial“.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist von der Bundesregierung als Beitrag zur Sicherung „sozial tragbarer Pflegesätze“ gewertet worden, während die Sprecher der Opposition in der abschließenden Lesung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Deutschen Bundestag diese Auffassung als irrig bezeichneten. Die tatsächliche Entwicklung gibt der Opposition leider nur zu recht. Mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist aus der „trabenden“ Inflation der Pflege-

sätze eine „galoppierende“ Inflation geworden. So stiegen z. B. in Berlin die durchschnittlichen Krankenhauspflegesätze in einem einzigen Jahr von 1973 auf 1974 um 34,7 v. H.! In Rheinland-Pfalz sind die Krankenhauspflegesätze in diesem Zeitraum im Durchschnitt um 20,6 v. H. gestiegen. Irgendeine praktikable Kostenbremse ist im geltenden Bundesrecht nirgendwo verankert.

Vier Faktoren haben im Zeitraum von 1960 bis 1972 jeweils in folgendem Maß zum Gesamtanstieg der Kosten der Ortskrankenkassen für ärztliche Behandlung beigetragen:

Zuwachs an Mitgliedern und Rentnern	12,4 v. H.
Zuwachs an Morbidität	17,4 v. H.
Zuwachs des Honorarfaktors	21,3 v. H.
Zuwachs des Leistungsbedarfs je Fall	48,8 v. H.
Summe	rd. 100,0 v. H.

Der durch neue Gesetze und Veränderung der Altersstruktur bedingte Zuwachs an Versicherten hat bei den Ortskrankenkassen nur in geringem Maß zum Gesamtkostenanstieg für ärztliche Behandlung beigetragen, nämlich nur zu 12,4 v. H. Auch der Anteil, den die Versicherten am Gesamtkostenanstieg der GKV für ärztliche Behandlung hatten, indem sich mehr Versicherte entschlossen, einen Arzt zu konsultieren, hält sich in verhältnismäßig engen Grenzen: Er beträgt 17,4 v. H. Die Preispolitik der Ärzte ist ebenfalls nicht der Hauptgrund für den Kostenanstieg für ärztl. Behandlung in der GKV. Die im wesentlichen lineare Erhöhung der Preise für ihre Leistungen, die die Ärzte in den Honorarverhandlungen erzielten, hat zu 21,3 v. H. zum Kostenanstieg beigetragen.

Es ist die ausgeprägte Entwicklung der Zahl und des Wertes der abgerechneten Leistungen pro Fall, die vor allen anderen Faktoren den Kostenanstieg der GKV für ärztliche Leistungen verursacht hat: mit vollen 48,8 v. H. ist dieser Faktor an der Kostenentwicklung beteiligt. Die Frage, ob diese Entwicklung vom Wunsch der Versicherten nach umfassender Untersuchung des Arztes und teureren Leistungen oder von wirtschaftlichen Erwägungen des einzelnen Arztes geprägt ist, kann anhand dieser Zahl nicht beantwortet werden. Beantwortet werden kann aber die Frage, ob die Preise oder die Mengen und Strukturen die ärztliche Einnahmewicklung stärker beeinflussen: bei einem Verhältnis von 48,8 v. H. zu 21,3 v. H. ist es offenkundig, daß die „Preispolitik“ gegenüber der „Mengen- und Strukturpolitik“ eine untergeordnete Rolle spielt.

Ganz anders verhält es sich bei den Zahnärzten. 72,5 v. H. des Aufwandanstieges sind hier auf gestiegene Honorare zurückzuführen.

Ausweislich der Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes lag der Reinertrag des ärztlichen Praxisinhabers nach Abzug der Praxiskosten 1971 bei durchschnittlich 113 543 DM. Er dürfte mittlerweile bei über 140 000 DM liegen. Besonders günstig schnitten 1971 die Röntgenärzte mit 177 582 DM ab, während

die Kinderärzte sich mit 90 704 DM begnügen mußten. Dies signalisiert eine bedenkliche Unterbewertung der „eigentlichen“ ärztlichen Tätigkeit gegenüber den „technischen“ Leistungen.

## **7) Die Schätzergebnisse der Sozialberichte der Bundesregierung im Lichte der tatsächlichen Entwicklung**

Die im Rahmen der Sozialberichte der Bundesregierung angestellten Schätzungen über die Finanzentwicklung der GKV haben durchweg die tatsächliche Kostenentwicklung deutlich verfehlt.

Auffällig ist, daß die tatsächliche Kostenentwicklung immer über den Schätzergebnissen lag.

Die bisherigen Sozialberichte haben bereits für das jeweils 1. Vorausschätzungsjahr — was noch am ehesten vorausschätzbarer ist — die tatsächliche Kostenentwicklung in der GKV weit unterschätzt. Der Schätzfehler für das erste Jahr der Schätzperiode bei den Leistungsausgaben der GKV betrug bis zu 13,4 v. H.

Für das letzte Jahr der jeweils 5jährigen Vorausschätzung sind die Schätzergebnisse der Sozialberichte fast ohne irgendeinen Aussagewert.

## **8) Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung**

Im Zusammenhang mit einer Eindämmung des Kostenanstiegs bei der Krankenversicherung wird immer wieder als „Patentrezept“ die Einführung einer Selbstbeteiligung angeführt. Erfahrungen liegen bei der sog. Rezeptblattgebühr vor.

Der absolute Pro-Kopf-Verbrauch an Medikamenten betrug pro Rentner im Jahre 1960 61,74 DM und pro Beitragszahler 34,96 DM. Bis 1973 ist dieser Unterschied weiter gewachsen: Renter — 345,70 DM, Beitragszahler — 150,89 DM. Die prozentuale Rezeptblattgebühr hat dazu geführt, daß im Jahr 1970 der Aufwand pro Mitglied nur um 3,8 v. H. stieg, während der Aufwand pro Rentner um 15,1 v. H. wuchs. Die Wachstumsraten des Aufwandes pro Mitglied haben sich seitdem wiederum kräftig erhöht. So betragen die Zuwachsraten bei den Mitgliedern 13,1 v. H. (1970) und 11,9 v. H. (1971/72), während die entsprechenden Zahlen für die Rentner 15,7 v. H. bzw. 13,3 v. H. lauten. Die niedrige Zuwachsrate bei dem Aufwand der Mitglieder aus 1970 ist jedoch nicht wieder kompensiert worden. M. a. W. die Einführung der prozentualen Rezeptblattgebühr hat nicht zu einer Eindämmung des langfristigen Kostentrends beim Arzneimittelverbrauch der Mitglieder geführt. Sie hat lediglich dafür gesorgt, daß das relative Niveau des über die GKV abgerechneten Arzneimittelverbrauchs der Mitglieder gesenkt wurde. Ein Rückgang des gesamten Arzneimittelverbrauchs der Mitglieder (des über die GKV abgerechneten und des nicht über die GKV abgerechneten Verbrauchs) konnte nicht festgestellt werden.