

Hagen Kühn

## Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«

Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform

### »Kostenexplosion«: eine Metapher im Kontext

Der Große Duden versteht unter einer »Explosion« ein »durch starken inneren (Gas)druck verursachtes, mit einem heftigen Knall verbundenes plötzliches Zerplatzen oder Zerbersten eines Körpers« als Beispiele für den Wortgebrauch wird genannt »die Explosion eines Dampfkessels« und »eine Atombombe zur Explosion bringen.« Mit der Explosions-Metapher wird ohne Zweifel die Vorstellung eines äußerst dramatischen, aus der Kontrolle geratenen Sachverhalts heraufbeschworen, also eine unmittelbare Bedrohung, die unverzügliches Handeln bei Zurückstellung zeitraubender Bedenken erforderlich macht. »Krankheitskosten: »Die Bombe tickt«, so titulierte der *Spiegel* denn auch 1975 eine Serie.

Wie kann eine Metapher, die ein gewaltiges Katastrophen-Ereignis suggeriert, über einen Zeitraum von zwanzig Jahren im Gebrauch sein? Wie kann etwas zwanzig Jahre lang explodieren? Blicken wir zunächst auf die Situation Mitte der siebziger Jahre zurück, als ihre Karriere begann. Zwei Beispiele charakterisieren das empirische Fundament, auf dem sie errichtet wurde: Der damalige Sozialminister Geißler legte 1974 ein aufsehenerregendes »Krankenversicherungs-Budget« vor, in dem eine erschreckende Hochrechnung über die Gesundheitsausgaben vorgestellt wurde.<sup>1</sup> Danach wuchs der Index der GKV-Ausgaben von 100 (1960) auf 457,4 (1973). Oft zitiert wurden auch graphische Darstellungen der Gesundheitsausgaben wie die des damals wohl einflußreichsten Sozialmediziners Hans Schaefer (Abb.1), die einen Trendverlauf mit steigenden Steigerungsraten aufwies.<sup>2</sup>

Das Dramatische an Geißlers und Schaefers Darstellungen verdankte sich zwei ganz einfachen statistischen Kunstgriffen<sup>3</sup>: Die Steigerungen eines Index' hängen vom Wert im Basisjahr ab, d.h. je kleiner dieser ist, desto größer die Steigerungen. Obwohl in Geißlers Studie anderen Indices das Basisjahr 1970 (gleich 100) zugrunde lag, war bei den GKV-Ausgaben 1960 gewählt worden. Mit dem

Abbildung 1

Ausgaben der GKV in Prozent des BSP, 1958-1972

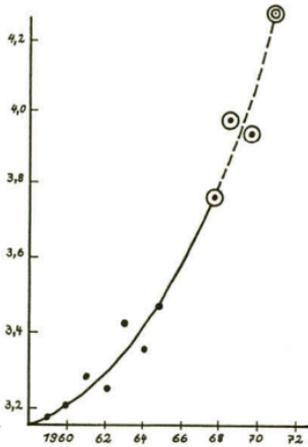
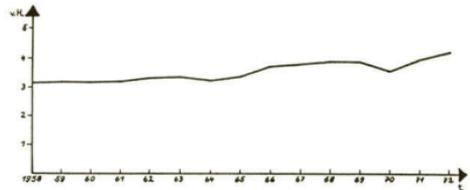


Abbildung 2

Die Ausgaben der GKV in Prozent des BSP, 1958-1972



Quelle: Kühn, H. (1976), Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung des Gesundheitswesens, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.1, Berlin, S.179-195

Basisjahr 1970 hätte die Differenz zwischen 1960 und 1973 anstatt 357,4 nur 134,5 ausgemacht.

Schaefers Ausgabenkurve (Abb.1) unterlegt eine Parabel als Kurvenfunktion. Diese Vorstellung verdankt sich allein den gewählten Relationen auf den Koordinaten. Statistiker sprechen von einer »dressierten Kurve«, deren Effekt hier vor allem dadurch zustande kommt, daß die Ordinate mit dem Wert 3,2 % beginnt und mit 4,2 % endet, also gegenüber den Abszissenwerten überaus gedehnt wird. Wählt man statt dessen 1 bis 6 %, dann ergibt sich aus den selben Werten eine flach steigende lineare Funktion (Abb.2). Obwohl zwischen 1970 und 1975 die GKV-Ausgaben (auch im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt) wirklich stark angestiegen waren, hätte man damals leicht erkennen können, daß die Kurvenfunktion des Trends nicht exponentiell, sondern linear und leicht ansteigend ist. Ein Streit darüber hat sich in der Zwischenzeit durch die Tatsachen erledigt. Aber die Chuzpe der beiden Darstellungen charakterisiert noch immer das Maß an Willkür und politischer Instrumentalisierung in der Kosten-Debatte, trotz des heute – nicht zuletzt durch den Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SvDKA) verfügbaren – verbesserten Datenmaterials.

Im ersten »Jahrbuch für kritische Medizin« (1976) habe ich zu zeigen versucht, daß und warum der Ausgabenanteil am Sozialprodukt

keineswegs explosionsartig, auch nicht expotentiell, sondern linear mit leicht ansteigender Tendenz wachsen wird, solange die Macht-preisbildung in Grenzen gehalten, institutionelle und (mehr noch) strukturelle Ineffizienzen vermindert sowie die erforderlichen Personalkosten einigermaßen so gedeckt werden, daß sie etwa mit dem durchschnittlichen Lohnwachstum Schritt halten. Das hat sich bis heute ganz und gar bestätigt.

### *Kosten- oder Einnahmekrise?*

Kein Rauch ohne Feuer. Ein Körnchen Wahrheit enthält auch die Explosions-Metapher. Das öffentlich durch Erfahrung nachvollziehbare Realitätselement, durch das sie scheinbar bestätigt wird, sind die kontinuierlich ansteigenden Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (Tab.1, Abb.4).

*Tabelle 1: Entwicklung des allgemeinen jahresdurchschnittlichen Beitragssatzes 1970-1993 (alte Bundesländer)*

Jahr	GKV	OKK	BKK	EAN
1970	8,20	8,15	7,51	8,89
1975	10,47	10,64	9,43	10,70
1980	11,38	11,70	10,49	11,22
1981	11,79	12,11	10,69	11,87
1982	12,00	12,39	10,90	11,94
1983	11,83	12,17	10,60	11,91
1984	11,44	11,80	10,13	11,51
1985	11,80	12,09	10,29	12,10
1986	12,20	12,69	10,76	12,10
1987	12,62	13,16	11,18	12,42
1988	12,90	13,46	11,45	12,69
1989	12,92	13,48	11,48	12,68
1990	12,53	13,13	11,10	12,32
1991	12,20	12,75	10,84	12,04
1992	12,74	13,46	11,33	12,37
1993	13,41	14,05	11,86	13,18

GKV: insgesamt; OKK: Ortskrankenkassen

BKK: Betriebskrankenkassen; EAN: Ersatzkassen d. Angestellten

Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, 1994, S.330

In den Beitragssatzsteigerungen drückt sich tatsächlich eine krisenhafte ökonomische Entwicklung aus, jedoch nicht die Behauptete. Auf der *Ausgabenseite* (den »Kosten«) kam zwar es zu sehr hohen Steigerungsraten. Diese hatten jedoch in der Entstehungszeit der

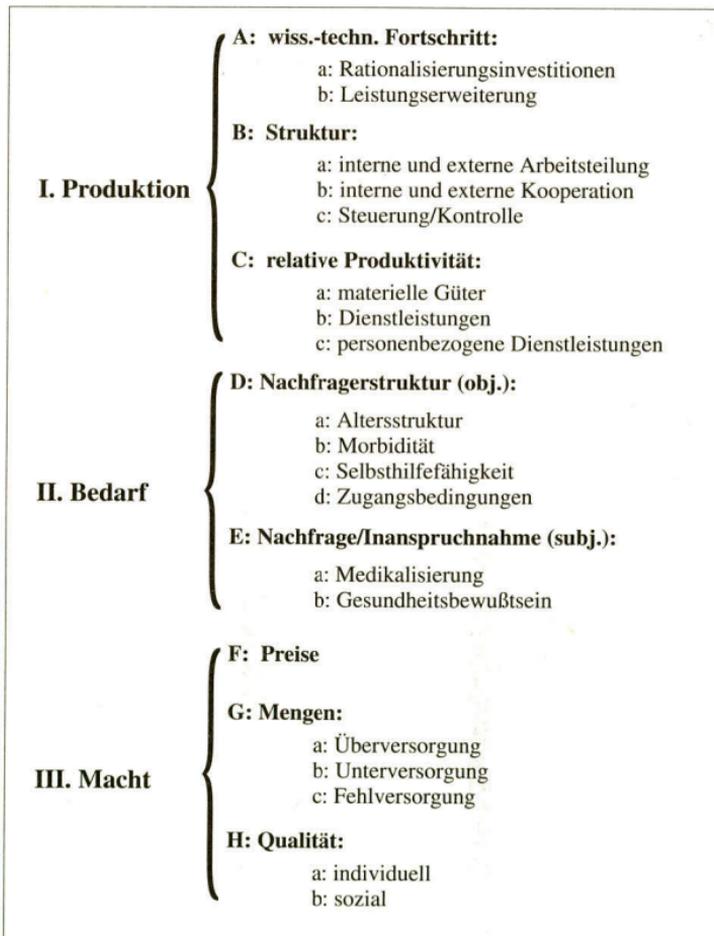
Explosionsmetapher eindeutig einen Sondercharakter. Die 1969/70 ins Amt gekommene sozialliberale Regierung hatte den versicherten Personenkreis der GKV erweitert und neue Leistungen eingeführt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und der Bundespflegesatzverordnung (BpflVO) von 1973 war der finanzpolitische Spielraum für die Sanierung des heruntergekommenen, unterfinanzierten und personell ausgelaugten Krankensektors geschaffen worden. Die hohen Wachstumsraten der Ausgaben für die stationäre Versorgung zeigen lediglich an, daß dieser Modernisierungsaufwand zum großen Teil über die Pflegesätze finanziert wurde.<sup>4</sup> Ausgabensteigernd wirkte sich ferner aus, daß in den fünf Jahren zwischen 1970 und 1975 der Anteil der GKV an den Ausgaben aller Institutionen im Gesundheitsbereich von 35,0 % auf 44,2 % gestiegen war. Auch das keine Steigerung, sondern eine Umverlagerung von »Kosten«.<sup>5</sup> Durch solche Mehraufwendungen wurde der Kostentrend überlagert, ohne ihn tatsächlich auszumachen. Das war für jeden, der es wissen wollte ersichtlich. Wie die Tabelle 2 zeigt, ist dann seit Ende der siebziger Jahre der Teil des gesellschaftlichen Reichtums (ausgedrückt im Bruttosozialprodukt), den die Deutschen für das Gesundheitswesen (GW) bzw. für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgegeben haben nahezu konstant geblieben. Nimmt man wegen der zyklischen Schwankungen Mehrjahresdurchschnitte, so ergibt sich folgendes Bild: während zwischen 1975 und 1980 im Durchschnitt 5,74 % des BSP für die GKV aufgewendet wurden, waren es in den fünf Jahren von 1989 bis 1993 5,73 %. Wozu also die Aufregung?

Auf der Einnahmeseite hingegen war tatsächlich eine Trendwende eingetreten, die bis zum heutigen Tag anhält. Die Jahre 1974/75 markieren einen Konjunkturereinbruch, der zugleich das Ende des durch hohes Wachstum und Vollbeschäftigung charakterisierten deutschen »Wirtschaftswunders« einleitete. Es kam erstmals nach den dreißiger Jahren wieder zur Massenarbeitslosigkeit.<sup>6</sup> Der Arbeitsmarkt wurde zum »Käufermarkt«. Damit geriet der Lohnanteil am gesellschaftlichen Reichtum – und somit die Finanzierungsbasis der Sozialversicherung – allmählich auf die abschüssige Bahn. Gewerkschaften, Tarifrucht und Sozialstaat konnten dies zwar abbremsen, aber nicht verhindern.

Die Ausgaben – gleichgültig ob man sie als bedarfsabhängig oder als anbieterinduziert ansieht – sind in Niveau und Dynamik jedoch weitgehend unabhängig von Löhnen, Beschäftigung und Wachstum. Daher stiegen sie weiter. Verstärkend kam hinzu, daß die politische

Kraft der Regierungskoalition nicht zu einer Strukturreform gereicht hatte. Damit blieben nicht nur strukturelle Ineffizienzen, sondern auch die *Machtpositionen*, vor allem der Kassenärzte und Zulieferindustrien, unangetastet. Durch die Vernachlässigung zweier so entscheidender Determinanten der Ausgaben im Gesundheitswesen (Abbildung 3) wurde ein Teil der Steigerungen zum einen durch strukturelle Mängel und Fehlsteuerung und zum anderen durch machtbedingte Honorar- und Gewinnsteigerung absorbiert.<sup>7</sup> So stieg der jahresdurchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung von 8,2 % (1970) über 11,4 % (1980) auf 13,41 % 1993 (Tab.1).

Abbildung 3: Determinanten der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen



Durch die Thematisierung des Beitragsproblems als »Kostensexpllosion« mußten sich die Lösungsversuche der Kostendämpfungs-Gesetze vor dem GSG vornehmlich auf die Ausgaben und hier wiederum (machtbedingt) nicht auf die Anbieter medizinischer Leistungen, sondern auf die Versicherten und Patienten konzentrieren. Der vorgegebene Interpretationsrahmen konzentrierte die Anstrengungen auf nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlichen und möglichen Bestimmungsgründe der Ausgabenhöhe (Abbildung 3), auf den des geringsten politischen Widerstands. Den Beitragssatzsteigerungen kam (und kommt) dabei die Funktion zu, den auf solcherart »Kostendämpfung« eingestellten politisch-institutionellen Apparat mit Legitimation zu versorgen. •

Abbildung 4: Entwicklung des jahresdurchschnittlichen Beitragssatzes der GKV



Begriffe wie relativer Einnahmerückgang, Machtkonzentration und strukturelle Ineffizienz hätten die steigenden Beitragssätze weitaus treffender bezeichnet. Sie schwanken – wie die Abbildung 4 zeigt – deutlich mit dem konjunkturellen Zyklus, in dem die Einnahmen sich periodisch relativ zu den Ausgaben verschlechtert und als staatliche Reaktion dann jeweils ein Kostengesetz provoziert haben.<sup>8</sup> Die *Dynamik* geht also ganz eindeutig von der Einnahmeseite aus.

## Die GKV und das Phantom »Lohnnebenkosten«

Ebenso wie der Betrachter vom distanziert abwägenden Blick auf die Ausgabenseite durch Katastrophenmetaphern abgehalten wird (zur »Explosion« hat sich neuerdings noch die »Kostenflut« gesellt), geschieht dies bei den Einnahmen mit dem Schlag-Wort »Lohnnebenkosten«. Von diesen soll der Bundesbürger gelernt haben, daß er sie sich nicht leisten kann, da die Weltmarktkonkurrenz nicht schläft, sondern seinen »Arbeitsplatz« bedroht. Schauen wir dennoch hin:

Tabelle 2: Lohnanteile am Volkseinkommen, Ausgaben für die medizinische Versorgung und GKV am Bruttosozialprodukt, in Prozent, alte Bundesländer

Jahr	ANQ (1)	BLQ (2)	BBLQ (3)	BNLQ (4)	GW (5)	GKV (6)
1960	77,0	60,1	65,0	47,3	–	–
1970	83,4	68,0	68,0	45,0	–	3,53
1975	86,0	74,2	71,9	43,8	–	5,66
1980	88,3	75,8	71,6	41,2	8,4	5,82
1981	88,4	76,8	72,4	42,3	–	5,99
1982	88,4	76,9	72,5	42,2	–	5,83
1983	88,4	74,6	70,4	40,2	–	5,72
1984	88,4	73,4	69,2	38,9	–	5,67
1985	88,7	73,0	68,6	38,2	8,7	5,93
1986	88,6	72,1	67,8	37,8	8,6	5,89
1987	88,8	72,6	68,1	37,6	8,7	5,94
1988	89,0	71,5	67,0	37,1	8,8	6,07
1989	89,1	70,3	65,8	36,1	8,3	5,69
1990	89,4	69,6	64,9	36,6	8,3	5,48
1991	89,5	69,6	64,8	35,5	8,4	5,68
1992	89,6	70,7*	65,8*	35,4*	8,7	5,95
1993	89,4	72,1*	67,2*	36,1*	–	5,84*

(1) ANQ: Arbeitnehmerquote, Arbeitnehmer in % der Erwerbstätigen

(2) BLQ: Brutto-Lohnquote, Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit, incl. Arbeitgeberbeiträge zur SozVers. am Volkseinkommen in %

(3) BBLQ: strukturbereinigte Brutto-Lohnquote, ANQ = 1970

(4) BNLQ: strukturbereinigte Netto-Lohnquote, BLQ ohne Lohnsteuer und Arbeitnehmerbeiträge zur SozVers. (incl. Arbeitgeberbeiträge!), Arbeitnehmerquote von 1970

(5) GW: Gesundheitswesen in % des Brutto-Sozialprodukts

(6) GKV: GKV in % des Brutto-Sozialprodukts

\* vorläufige Ergebnisse

Quellen: Eigene Berechnung n. (1)-(4): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1994/95, BT-Drucksache 13/26, S.345, 353; (5) Schieber, G.J./Poullier, J.-P./Greenwald, L.M.: Health System Performance in OECD Countries, Health Affairs, Fall 1994, S.101; (6) SVRdKA 1994, S.309

Zunächst sei einmal unterstellt, bei den »Lohnnebenkosten« handele es sich tatsächlich um eine für den Bestand in der Weltmarktkonkurrenz relevante Kategorie.<sup>9</sup> Aus der Tabelle 2 läßt sich entnehmen, daß seit Ende der siebziger Jahre der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit, also der Löhne und Gehälter, am Volkseinkommen<sup>10</sup> kontinuierlich abnimmt, komplementär dazu nehmen die »Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen« zu. Lediglich in den konjunkturellen Abschwüngen äußert sich das zeitlich verzögerte Sinken der Löhne kurzzeitig in steigenden Anteilen. Verglichen mit dem Durchschnitt von 1975/80 sank der Brutto-Lohnanteil bis zum Jahrfünft von 1989/93 von 75,0 % auf 70,46 % des Volkseinkommens. Berücksichtigt man den inzwischen (seit 1970) gestiegenen Anteil der Arbeitnehmer an den Erwerbstätigen (der ja auch Leistungen beansprucht) durch die »bereinigte Brutto-Lohnquote«, dann ging der Lohnanteil von 71,75 auf 65,7 % des Volkseinkommens zurück. Noch deutlicher wird die Verschlechterung der Verteilungsposition der Arbeitnehmer durch die bereinigten Netto-Lohnquote ausgedrückt: sie sank von 42,5 % (1975/80) auf 35,9 % (1989/93).

Die Abbildung 5 macht deutlich, wie mit dieser Entwicklung die *Finanzierungsbasis* der gesetzlichen Krankenversicherung geschrumpft ist. Darauf hat man reagiert, indem – wie Abbildung 6 zeigt – neben Kostenverlagerungen auf die Versicherten (Selbstbeteiligung) und Erhöhungen des Beitragssatzes – der Teil der Löhne und Gehälter, nach dem der Beitrag bemessen wird, erhöht worden ist.<sup>11</sup> Was heißt das? Während es bei Explosionen und Fluten in zivilisierten Gesellschaften üblich ist, die Lasten solidarisch auch auf die breiten Schultern der Starken zu legen, hat man das in der GKV bisher nicht einmal andeutungsweise getan. D.h. anstatt die höheren Einkommen über die Erhöhung oder Abschaffung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze am Solidarausgleich zu beteiligen und damit den Beitragssatz zu senken (!), zieht man immer weitere Anteile der unteren und mittleren Löhne und Gehälter zur Finanzierung heran. Solidarität? Nein, die große Koalition der Gesundheitspolitiker reserviert den Markt für günstige Risiken und hohe Einkommen den privaten Krankenversicherungen und läßt sich dabei auch vom eigenen Notgeschrei nicht stören.

Vergleicht man jeweils das Wachstum von Brutto- und Nettolöhnen sowie -gewinnen (ohne Arbeitgeberbeitrag) zwischen 1970 und 1992, dann stellt sich heraus, daß bei den Löhnen das Bruttowachstum weitaus höher ist als das Netto-Wachstum (4,2 : 3,4),

während bei Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen die Nettogrößen stärker zunehmen als die Bruttogrößen (3,7 : 3,9).<sup>12</sup> Auch die den »Standort Deutschland« angeblich gefährdende Last staatlicher Umverteilung wurde also weitgehend aus den – im Anteil sinkenden – Bruttolöhnen und -gehältern finanziert.

Abbildung 5: Veränderung von Bruttolohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer und beitragspflichtige Einnahmen der GKV je Mitglied gegenüber Vorjahr in %, Alte Bundesländer

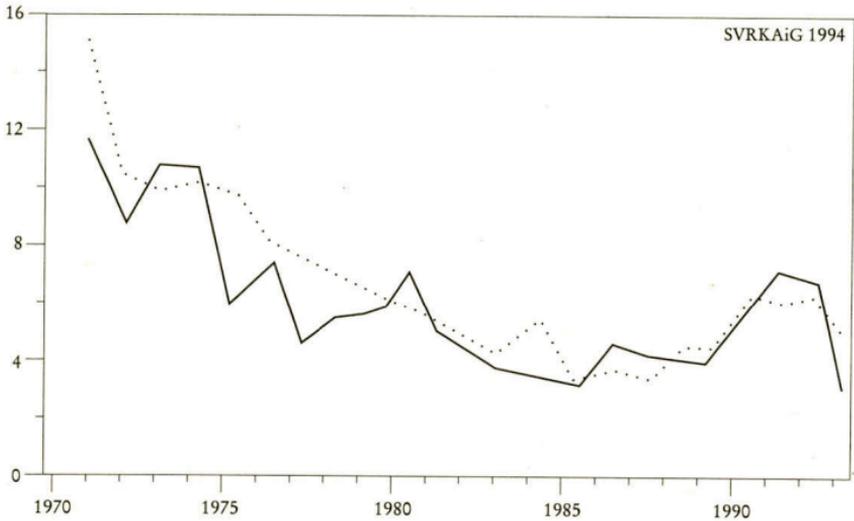
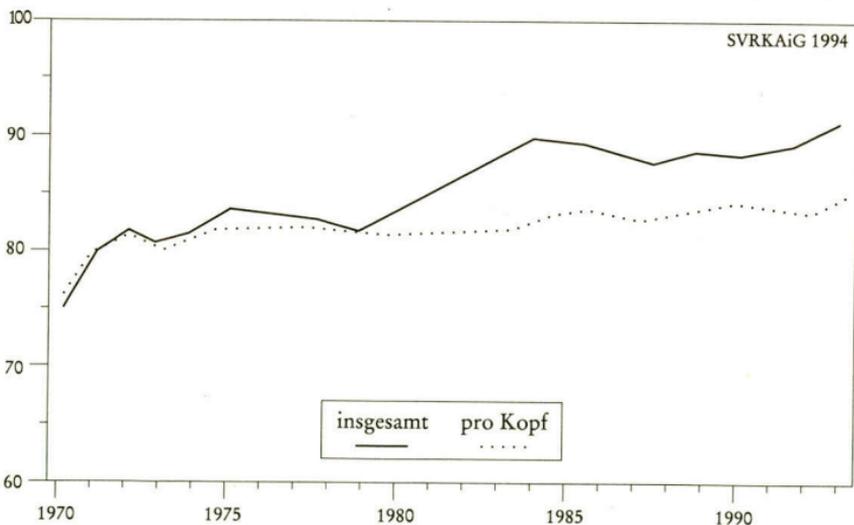


Abbildung 6: Beitragspflichtige Einnahmen der GKV in % der Bruttolohn- und Gehaltssumme, alte Bundesländer (Quelle: SVRdKA 1994, S.290)



Wo aber sind die Lohn»neben«kosten? Kann es sein, daß diese die für Unternehmen so erfreuliche Entwicklung wieder »auffressen«, also hinfällig machen? Zur Beantwortung dieser Frage würde es genügen, wenn die Experten und Journalisten, die uns dies täglich suggerieren, einen Blick ins Kleingedruckte der Statistik riskierten. Dort ist nämlich zu lesen, daß in der Brutto-Lohnquote die »tatsächlichen und unterstellten Sozialbeiträge der Arbeitgeber« enthalten sind.<sup>13</sup>

Auch die Bundesregierung übersieht dies in ihrem »Standortbericht« und addiert zu den Lohnkosten die Arbeitgeberbeiträge ein zweites Mal hinzu.<sup>14</sup> Da nun die GKV gänzlich aus diesen Beiträgen finanziert wird, *gibt es buchstäblich nichts mehr »neben« der Brutto-Lohnsumme, deren Anteil deutlich und im Trend nicht steigt, sondern rückläufig ist.*

Und die Weltmarktkonkurrenz? Huffschmid faßt seine faktenreiche Kritik an der wirtschaftspolitischen Krisenrhetorik zum »Standort Deutschland« wie folgt zusammen: »Die Position der deutschen Wirtschaft auf dem Weltmarkt ist ... nach den üblichen Kriterien sehr stark. Sie wird auch weder durch zu hohe Löhne, Lohnnebenkosten, niedrige Arbeitszeiten<sup>15</sup> oder zu viel Staatsstätigkeit und Staatsverschuldung bedroht; denn in allen diesen Bereichen befindet sich Deutschland in einer besseren Lage als die meisten EG-Länder und die USA, in einigen auch gegenüber Japan. Wenn das Gefühl der bedrohten Weltmarktposition aufkommt, so liegt dies, sofern es sich nicht um bloße Propaganda handelt, offensichtlich an anderen Faktoren. Sie bestehen, kurz gesagt in den Wachstums- und Expansionszwängen moderner kapitalistischer Ökonomien. Denn diese sind nicht auf Stabilität und internationalen Ausgleich, sondern auf Instabilität und Eroberung von Marktanteilen ausgerichtet. Mit einer solchen Strategie treffen die deutschen Unternehmen aber auf die Konkurrenz und den Widerstand der ebenfalls weltmarktorientierten Marktführer aus den USA, Japan, Frankreich, England und einer Handvoll anderer Länder. Hieraus ergeben sich ständige Bedrohungen und Positionsgefährdungen. Sie veranlassen die Unternehmen, Ruhe und Bescheidenheit an der Heimatfront zu fordern und immer neue Maßnahmen zur Unterstützung ihres Kampfes um Weltmarktanteile zu verlangen.«<sup>16</sup>

Letztlich ist also die – den meisten nicht einmal bewußte – reale Position, die mit dem Phantom-Argument »Lohnnebenkosten« ausgedrückt wird, daß der Lohnanteil ohne oder mit geringeren GKV-Ausgaben noch weiter sinken würde (und sollte) und daß seine

Komplementärgröße, die Gewinn- und Vermögenseinkommen niemals zu hoch sein können.

Kommen wir trotzdem noch einmal auf den internationalen Vergleich zurück. Die OECD berechnet seit einigen Jahren die Ausgaben-Anteile des Gesundheitswesens am BSP in international vergleichbarer Weise (Tab.3). Bei der Höhe der Ausgaben liegt Deutschland besser als USA, Frankreich und Kanada. Beim Wachstum liegt nur Schweden (minus 7,1 %) unter dem deutschen Wert von 0,3 % für die Jahre 1980-1992. Das wirtschaftlich schwächste Land, Großbritannien weißt bis 1991 den niedrigsten, das stärkste Land, die USA das weitaus höchsten Anteil am BSP auf. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen diesen Größen und der nationalen Position auf den Weltmärkten.

Aber die Beteiligten an der gegenwärtigen Euphorie über den Segen von wirtschaftlichem Wettbewerb im Gesundheitswesen sollten ins Grübeln kommen<sup>17</sup>: Die USA, mit einem im Wesentlichen wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen liegt sowohl mit der Ausgabenhöhe (13,2 %), als auch mit der durchschnittlichen Wachstumsrate (3,2 %) weitaus an der Spitze. Schweden, mit einem nationalen Gesundheitssystem, hat als einziges Land den Ausgabenanteil sogar erheblich senken können (der 1980 noch höher war als derjenige der USA). Interessant ist auch, daß Großbritanniens Anstieg exakt in die Jahre seit 1991 fällt, in denen die »internen Märkte« innerhalb des National Health System begonnen haben, ihre Wirkung zu tun.<sup>18</sup>

Tabelle 3: Ausgaben für das Gesundheitswesen in OECD-Ländern in % des Brutto-Sozialprodukts, 1980-1992

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	WR*80/92
D(W)	8,4	8,7	8,6	8,7	8,8	8,3	8,3	8,4	8,7	0,3
F	7,6	8,5	8,5	8,5	8,6	8,7	8,9	9,1	9,4	1,8
GB	5,8	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0	6,2	6,6	7,1	1,7
Japan	6,6	6,5	6,6	7,0	6,8	6,7	6,6	6,7	6,9	0,4
Can	7,4	8,5	8,8	8,9	8,8	9,0	9,4	10,0	10,3	2,8
S	9,4	8,9	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,5	7,9	-7,1
USA	9,3	10,8	10,9	11,1	11,5	11,9	12,6	13,2	13,6	3,2

\* WR: durchschnittliche Wachstumsrate

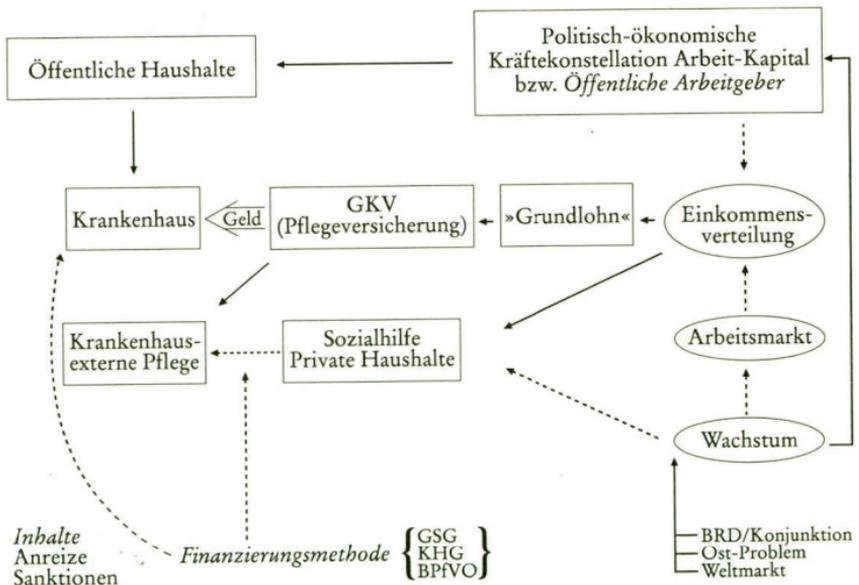
Quelle: Schieber, G.J./Poullier, J.-P./Greenwald, L.M.: Health System Performance in OECD Countries, Health Affairs, Fall 1994, S.101

*Zum sozialen Gehalt des Imperativs der »Beitragsatzstabilität«*

Unter den vielen möglichen Formen einer »Budgetierung« des Gesundheitswesens ist in Deutschland das Prinzip der »Beitragsstabilität« sogar gesetzlich verankert. Es besagt, daß das Finanzvolumen der GKV höchstens mit der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter steigen darf. Unabhängig von den vielfältigen Umsetzungsmöglichkeiten, auf die hier nicht einzugehen ist, lassen sich aus dem bisher gesagten einige Feststellungen zum sozialen Gehalt einer solchen globalen Budgetierung treffen.

Zunächst ein Fazit aus der bisherigen Betrachtung: Während der GKV-Anteil am BSP seit 1975/80 unverändert ist, ist der Anteil der Löhne und Gehälter gesunken. Wären also in den achtziger Jahren bis heute Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: wäre bei der gegebenen empirischen Ausgabenentwicklung (also gegebener »Kostenexplosion«!) der Lohnanteil am Sozialprodukt gestiegen, dann wäre der Beitragssatz

*Abbildung 7: Abhängigkeit der Finanzierung von Wirtschaftswachstum und politisch-ökonomischem Kräfteverhältnis bei globaler Budgetierung (Beitragssatzstabilität), Beispiel Krankenhaus und Pflege*



Quelle: Kühn, H. (1994): Zur Zukunft der Pflege, in: D. Schaeffer, M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994, S.194

sogar *gefallen*. Mit der scheinbar sachlich-neutralen Anbindung der Finanzierung an die Lohnentwicklung werden also tatsächlich fundamentale inhaltliche Entscheidungen getroffen, die möglicherweise von vielen Beteiligten nicht einmal intendiert sind.

Das politisch-ökonomische Abhängigkeitsgefüge – hier am Beispiel der Krankenhaus- und Pflegeversorgung – läßt sich an der Abbildung 7 erkennen. Die wenigsten Beteiligten sind sich darüber im klaren, an welche sozialen Beziehungen und ökonomischen Entwicklungen dadurch die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung geknüpft ist.<sup>19</sup> Die wichtigsten Implikationen sind:

Die Koppelung staatlicher Ausgaben an »objektiv« vorgegebene Wirtschaftsdaten ist ein Verfahren, mit dem die Finanzierung der demokratischen Entscheidung und Kontrolle entzogen wird. Mit der Formel, die Gestaltungsmacht werde der »Selbstverwaltung« im Gesundheitswesen überantwortet, wird sie in die Hände von demokratisch kaum legitimierten Verbandsspitzen und Ministerialbeamten gelegt, deren Entscheidungsprozesse für die Öffentlichkeit intransparent sind und wohl auch sein sollen.<sup>20</sup> Hier finden alle möglichen Interessen ihren organisatorischen Ausdruck – außer den Interessen der Patienten, von denen lediglich einige Verbände vorgeben, sie »mitzuvertreten«.

Die scheinbare Versachlichung der mechanischen Anbindung an die politische Ökonomie der Einkommensverteilung verbirgt ferner, daß mit einem solchen Verfahren der Umfang und in mancher Hinsicht auch die Qualität sozialstaatlicher Dienstleistungen vom sozialpolitischen *Bedarfsziel* abgekoppelt werden.

Die Lohnsumme (Tabelle 2), von der die Beiträge erhoben werden können, ist letztlich das Produkt von Lohnhöhe und Beschäftigung. Ihre Höhe und ihr Wachstum hängt also ab von der politisch-ökonomischen *Kräftekonstellation* zwischen Arbeit und Kapital bzw. öffentlichen Arbeitgebern und in gleich doppelter Weise vom *Arbeitsmarkt*. Zum einen weil sinkende Beschäftigung die Lohnsumme direkt verringert und zum anderen, weil das »Überangebot« an Arbeitskräften der zentrale Mechanismus ist, mit dem in den industriellen Marktgesellschaften die Schwächung des Solidarkartells der Gewerkschaften und die relative Senkung der Lohnhöhe »sich durchsetzen«. Das scheinbar so sachliche Prinzip der Beitragsatzstabilität unterwirft nun die zur GKV umverteilten Lohnbestandteile den Mechanismen Markt und *Macht*.

Ist dieser Kontext erst einmal fixiert und legitimiert, dann müssen alle Steuerungsmedien, ob Markt, Recht, professionelle Norm oder

Expertise so eingesetzt werden, daß sie zu Transformationsmechanismen werden, die dafür sorgen, daß die makroökonomischen Imperative in den mikroökonomischen, institutionellen Entscheidungen der Arztpraxis, des Krankenhauses oder der Sozialstation auch nachvollzogen, d.h. gegenüber den Patienten exekutiert werden. Das ist um so reibungsloser der Fall, je gutgläubiger der Patient darauf vertraut, daß der Arzt als sein Agent handelt und nicht als Agent der Institution, der Krankenkasse, des Staates oder künftiger Generationen. Die individuelle Chance, im Bedarfsfall auf die Hilfe eines loyalen Arztes zählen zu können, ist eine individuelle Chance aller, ein »öffentliches Gut«, das hier geopfert wird.

Schließlich ist noch auf die selten beachtete Eigenschaft von Budgetierungsstrategien hinzuweisen, die »Geldillusion« zu fördern. D.h. der Verlauf der Geldströme und deren Steuerung wird für die Sache selbst genommen und ersetzt Anstrengungen, unmittelbar die Realprobleme der Versorgung zu lösen. Exemplarisch für diese Illusion ist die Budgetierung (»Deckelung«) der Arztvergütung, bei der durch den Verfall der Punktwerte für die Einzelleistungen eine unerwünschte Mengenausweitung über die vorgegebene Wachstumsrate (z.B. der Einnahmen) hinaus kompensiert wird. So kann beispielsweise die Mengenausweitung in einem Kassenarztbezirk innerhalb von vier Jahren zu einem Punktwertverfall von 40 Prozent führen. Die Ärzte haben das gleiche kollektive Einkommen, das sie auch ohne Mengenausweitung erzielt hätten. Das »Kostenproblem« ist damit nur scheinbar gelöst, denn die Ressourcen (z.B. 40 Prozent, d.h. zwei von fünf Wochentagen der ärztlichen Arbeitszeit) wurden ja real verbraucht und stehen keiner alternativen und nützlicheren Verwendung mehr zur Verfügung. Lediglich wurden sie nicht von den Kassen bezahlt, sondern von den Anbietern selbst.

### *Flexibles Budget als Kompromiß zwischen Ökonomie und Bedarf*

Es gilt, unter gegebenen Bedingungen Kompromisse zwischen der Orientierung am gesundheitlichen, sozialen und ethischen Bedarf und den Imperativen der dominierenden politischen Ökonomie zu finden. Das spricht gegen eine globale Budgetierung (z.B. mittels einer prospektiven Festsetzung des Höchstbeitragsatzes) und statt dessen für eine nicht kurz-, sondern mittelfristig angelegte, nicht global, sondern bereichs- und regionsspezifische (aber durchaus integrierte) flexible Budgetierung.

Umfang und Profil der Finanzierung sollte ein deutlicher Ausdruck gesundheitspolitisch-gestalterischen Willens sein. Transparent und demokratisch sollte entschieden werden, welche Bereiche wachsen und welche schrumpfen sollen, anstelle der schematischen Anbindung des finanziellen Spielraums an makroökonomische Parameter (»Beitragssatzstabilität«), die mit den Erfordernissen der Gesundheits- und Sozialpolitik nichts zu tun haben.

Insbesondere die weit überdurchschnittlich hohe Arbeitsintensivität der personen- und krankenbezogenen Dienstleistungen stellt ein Dilemma dar – und zwar für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung. Die Marktverteilung kann die Bedarfsträger nicht mit der individuellen Kaufkraft ausstatten, die zur Deckung des Bedarfs erforderlich ist. Gerade weil ihr relativer Preis steigt, könnten diese Dienstleistungen in guter Qualität ohne Umverteilung nur Empfängern von überdurchschnittlichen Einkommen verfügbar sein.<sup>21</sup>

Eine Budgetierung, die auf längere Sicht an einem gleichen Prozentsatz am Sozialprodukt (oder gar an einer sinkenden Lohnquote) orientiert ist, muß bei den personen- und krankenbezogenen Dienstleistungen nicht Stagnation, sondern Einschränkung nach sich ziehen, die jene große Gruppe betrifft, die das nicht durch eigenes Auftreten am Markt zu kompensieren können.<sup>22</sup>

Unter der Bedingung, daß machtpreisbedingte Inflation und Unwirtschaftlichkeit möglichst klein gehalten werden können, wäre ein steigender Ausgabenanteil sozial erwünschter personenbezogener Dienstleistungen geradezu ein positiver Ausdruck des gesamtwirtschaftlichen Produktivitätswachstums. Denn durch die ständig wachsende Arbeitsproduktivität kann die Masse der materiellen Güter von einem stets abnehmenden Teil der Arbeitskräfte hergestellt werden. Im Produktivitätswachstum der Industrie, das heute vor allem in der Massenarbeitslosigkeit und im Überfluß materieller Gegenstände (z.B. Müll) seine unheilvollen Ausdrucksformen findet, läge gerade auch die ökonomische *Voraussetzung* vor für die Erweiterung und Verbesserung der sozialen Dienstleistungsbereiche. Da dies gleichermaßen für alle Industrieländer zutrifft ist hier das Standortargument besonders überflüssig.

Ein Budget sollte also nicht mit der kurzfristigen Entwicklung von Wachstum und Verteilung verknüpft werden, sondern *bedarfsbezogen* sein (d.h. nach gesundheitspolitischen Kriterien den einzelnen Sektoren unterschiedlich viel Ressourcen zuteilen) sowie *mittelfristig* angelegt und leicht *über dem Wachstumspfad des BSP*. Eine gewisse *Regionalisierung* wäre ebenfalls angebracht, allerdings nur,

wenn das regionale Finanzvolumen nicht an den wirtschaftlichen Reichtum der Region gebunden wird.

Sowohl die Makrosteuerung durch Budgetierung als auch die wirtschaftlichen und institutionellen Mikrobedingungen müssen Raum lassen für die *außerökonomischen, d.h. gesundheitlichen, kulturellen und moralischen Dimensionen* der Krankenversorgung. Die Verwandlung der Institutionen in borniert-einzelwirtschaftlich handelnde Unternehmen, die unter den finanziellen Druck eines globalen Budgets gesetzt werden, das zudem an der tendenziell sinkenden Lohnquote ausgerichtet ist, schließt dies aus. Mehr noch: selbst bei völliger Unversehrtheit des Leistungskatalogs der GKV kann tendenziell auf der Ebene der Leistungserbringung das Solidaritätsprinzips ausgehöhlt werden.<sup>23</sup>

### Anmerkungen

- 1 Krankenversicherungs-Budget. Vorgelegt von Staatsminister Dr. Heinrich Geißler (1974), Mainz.
- 2 *Schaefer, H. (1973)*, Die Zukunft des Gesundheitswesens, in: Aufgabe Zukunft. Qualität des Lebens, Bd.5, Frankfurt a.M., S.24.
- 3 *Kühn, H. (1976a)*, Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung des Gesundheitswesens, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.1, Berlin, S.179-195.
- 4 *Kühn, H. (1976b)*, Gesamtwirtschaftlicher Bedingungswandel der Krankenhauspolitik, in: Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen, Argument-Sonderband AS 12, Berlin, 26-52; *Kühn, H. (1980)*, Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Königstein/Ts.
- 5 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994)*, Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich verändernden Rahmenbedingungen, Baden-Baden (Nomos), S.312 (im folgenden zitiert als »SVR KA 1994«).
- 6 Ähnlich einmütig wie man heute vom Segen eines – durch einen ordnungspolitischen Rahmen funktionalisierten – Wettbewerbs im Gesundheitswesens überzeugt ist bzw. zu sein hat, waren sich damals die Experten, Massenarbeitslosigkeit sei im »ordnungspolitischen Rahmen« der »Sozialen Marktwirtschaft« und speziell des »Stabilitätsgesetzes« prinzipiell vermeidbar und gehöre der Vergangenheit an.
- 7 *Kühn, H. (1976b)*; *Kühn, H. (1980)*.
- 8 *Pfaff, A.B./Busch, S./Rindsfüßer, C. (1993)*: Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/M u. New York.
- 9 Dies wird faktenreich und schlagend widerlegt von *Huffschmid, J.*: Krise und Krisenrhetorik – Die wahren Stärken und Schwächen des Wirtschaftsstandorts Deutschland, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, N3.3/1994, S.281-296.
- 10 Vereinfacht ausgedrückt ist das »Volkseinkommen« derjenige Teil des BSP, der zur Verteilung verfügbar ist (BSP minus Abschreibungen und indir. Steuern plus Subventionen).

- 11 Zu Einzelheiten und Erläuterungen s. bei *Pfaff, A.B./Busch, S./Rindsfüßer, C. (1993)* und *SVRdKA 1994*.
- 12 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1994/95, Bundestags-Drucksache 13/26, Bonn 1994, S.353.*
- 13 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1994/95, Bundestags-Drucksache 13/26, Bonn 1994, S.353.*
- 14 *Bundesministerium für Wirtschaft: Zukunftssicherung des Standorts Deutschland, Bonn 1993; s. Huffschnid, J. (1994).*
- 15 Die verkürzten Arbeitszeiten werden ebenfalls, obwohl in den »Lohnstückkosten« bereits enthalten, regelmäßig ein zweites Mal in Anschlag gebracht.
- 16 *Huffschnid, J. (1994), S.291.*
- 17 Siehe *Kühn, H.:* Wettbewerb im Gesundheitswesen: Neun Thesen zu den Folgen für die medizinische Versorgung, in: Dr.med.Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, Jg.20 (1995), Nr.94, 38-41.
- 18 *Glennister, H./Matsaganis, M.:* The English and Swedish health care reform, in: International Journal of Health Services, Vol. 24 (1994), S.231-251; *Saltman, R.B./von Otter, C.:* Planned markets and public competition, Buckingham, Philadelphia (Open University Press) 1992.
- 19 Vgl. Kapitel: »Ökonomisierung der Staatstätigkeit versus soziale Demokratie«, *Kühn, H.:* Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Königstein/Ts 1980, S.203-221.
- 20 Verbandsvertreter drücken das meist dadurch aus, daß sie sagen, eine Entscheidung (z.B. zur Krankenhausfinanzierung) dürfe nicht »politisiert« werden. Worin, wenn nicht auf der Politisierung gesellschaftlich relevanter Entscheidungen und ihrer Öffentlichkeit besteht eigentlich das Wesen einer Demokratie?
- 21 Viele andere Aspekte und Gründe für dieses Dilemma bietet die originelle Arbeit von *Hirsch, F.:* Social Limits to Growth, Cambridge, Mass. 1976.
- 22 Beispiel: Es gibt kaum Waren, die man über lange Perioden vergleichen kann. Nehmen wir daher ein Ei (ein agrar-industrielles Produkt) und einen Männer-Haarschnitt (MH) für eine personenbezogene Dienstleistung. Auf beiden Warenmärkten spielen Monopol- und andere Machtpreisbildungen keine Rolle. Nach Gründung der Bundesrepublik dürfte ein Ei um 0,20 DM und ein MH um 2,50 DM gekostet haben. Nehmen wir die DM von 1950 als 0,25 DM heute, dann kostet ein Industrie-Ei zum heutigen Preis von 0,40 DM in DM von 1950 0,10 DM. Es ist real um die Hälfte billiger. Der MH kostet heute 25 DM, also in DM von 1950 6,25 DM und ist um das 2,5fache teurer geworden. Das Preisverhältnis zwischen dem materiellen Produkt und der Dienstleistung hat sich von 1: 12,5 (1950) auf 1: 62,5 (1990), also um das 5fache verändert. – Welche Folgen hätte eine »globale Budgetierung«? Nehmen wir an, ein Individuum verbrauchte 1950 fünf Eier wöchentlich (Kosten 4 DM/Monat) und ging alle zwei Wochen zum Friseur (5 DM/Monat). Wären diese Budgets mit der durchschnittlichen Inflationsrate fortgeschrieben worden, dann würde das heutige Budget den Verbrauch der doppelten Anzahl von Eiern (40 statt 20) erlauben, aber der Gang zum Friseur wäre nur noch alle fünf Monate statt zweimal im Monat möglich. Die Friseure würden (real) entweder nur noch ein Fünftel ihres Einkommens von 1950 verdienen oder ihre Anzahl wäre auf 20 Prozent gesunken, während die Eier-Hersteller entweder ebensoviele Arbeitskräfte mit doppelter Produktivität beschäftigen oder mit noch höherer Produktivität und höheren Gewinnen.
- 23 *Kühn, H.:* Wettbewerb im Gesundheitswesen: Zur Rationalität der Reformdebatte, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd.22, Hamburg 1994, S.7-28; *Kühn, H.:* Wettbewerb im Gesundheitswesen: Neun Thesen zu den Folgen für die medizinische Versorgung, in: Dr.med.Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, Jg.20 (1995), Nr.94, 38-41.