

Keine „Kostenexplosion“ in Deutschland

Alles eine Frage der Relation

Einmal verfestigte Vorurteile haben ein langes Leben. Man sollte meinen, spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates von 2003 hätte sich herumgesprochen, dass das Gesundheitssystem in Deutschland gerade nicht unter einer „Kostenexplosion“ leidet.

Der Blick in aktuelle volkswirtschaftliche Lexika¹⁾ belehrt indes eines Besseren. Man liest von einer angeblichen „Ausgabenexplosion als zentrales Problem“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), obschon doch das seit 1977 auch gesetzliche normierte Ziel der Beitragssatzstabilität die Gesundheitspolitik der vergangenen 25 Jahre entscheidend bestimmte. Begrenzten Erfolgen zum Trotz – Beitragssatzsprünge wie in der ersten Hälfte der siebziger Jahre traten seither nicht wieder auf – wurde das Ziel eines stabilen durchschnittlichen Beitragssatzes nachhaltig verfehlt. Die Erhöhung

der Beitragssätze der GKV (Abb. 1), die auch ein Jahr nach dem GMG bei durchschnittlich mehr als 14 Prozent liegen, hat vielmehr im öffentlichen Bewusstsein die Wahrnehmung einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem maßgeblich geprägt.

FREMDKÖRPER IM SYSTEM

Besonders exponiert gegenüber dieser irreführenden Wahrnehmung ist der Arzneimittelsektor, der manchem schon deshalb verdächtig sein mag, weil er, privatwirtschaftlich organisiert, als ein Fremdkörper in einem vorherrschenden

System kollektiver sozialer Sicherung erscheint. Auch manche eigentlich Sachkundigen zögern nicht, bei sich bietender Gelegenheit die Öffentlichkeit mit Tartarenmeldungen drastischer Ausgabensteigerungen zu beunruhigen²⁾ und so zum Eindruck unkontrollierbarer Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beizutragen.

Die Fakten indes sehen anders aus. So wiesen Volker Meinhardt und Erika Schulz im Wochenbericht 07/2003 des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin darauf hin, dass sich der Anteil der Leistungsausgaben der GKV in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Zeit von 1975 bis 1998 nur mäßig von 5,7 Prozent auf 6,0 Prozent erhöhte (Abb. 1). Ähnlich verhielt sich die Entwicklung der Behandlungsausgaben der GKV (Anstieg von 4,7 auf 5,1 Prozent im gleichen Zeitraum). Genau an diesen Bezugsgrößen aber müsste sich eine Kostenexplosion aufzeigen lassen. Entsprechendes gilt für die Entwicklung des Arzneimittelmarktes, der – gemessen anhand der realen (inflationsbereinigten) Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung – im vergangenen Jahrzehnt in keinem Land der OECD langsamer wuchs als in Deutschland³⁾.

EINE WEITERE PERSPEKTIVE: BEITRAGSFINANZIERTER GKV

Ein völlig anderes Bild ergibt sich, wenn als Bezugsgröße nicht das BIP, sondern die beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder gewählt werden. Denn deren Wachstum blieb, wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

ebenfalls schon 2003 nachwies, seit 1980 um mehr als 30 Prozentpunkte hinter diejenigen des BIP je Erwerbstätigen zurück (Abb. 2). Die – unbeschadet der regelmäßigen Anpassungen der Beitragsbemessungsgrenze – daraus entstandene Lücke wurde folgerichtig durch die Erhöhungen des durchschnittlichen allgemeinen GKV-Beitragsatzes ausgeglichen. Eindrucksvoll ist eine vom Sachverständigenrat vorgelegte Berechnung, wie sich der Beitragssatz fiktiv entwickelt hätte, wären die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nicht hinter dem BIP zurückgeblieben (Abb. 1). Unter dieser Annahme wäre das politische Ziel der Beitragssatzstabilität weitgehend erreicht worden. Der Beitragssatz wäre dann nur mäßig von 11,38 Prozent im Jahr 1980 fiktiv auf 11,57 Prozent im Jahr 2000 angestiegen⁴⁾.

NICHT PRIMÄR DIE AUSGABENENTWICKLUNG

Die Entwicklung der Einnahmensituation der zu 97 Prozent beitragsfinanzierten GKV und die vom Sachverständigenrat vorgelegten Berechnungen offenbaren somit, dass die gegenwärtige Krise der GKV nicht primär der Ausgabenentwicklung, sondern ihrer – im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Leistungskraft – erodierenden Finanzierungsbasis zuzuschreiben ist. In Umkehrung lässt sich folgern, dass die seit 1977 verfolgte Politik der Kostendämpfung in Deutschland insoweit erfolgreich war, als sie eine Steigerung der GKV-Ausgaben gemessen am Wachstum des BIP verhinderte (Abb. 1).

AUCH KÜNFTIG POLITIK DER AUSGABENBEGRENZUNG

Künftige Reformen der GKV werden deshalb an zentraler Stelle die Finanzierungsbasis in den Blick nehmen müssen. Dennoch wird die inhärente Dynamik des Gesundheitssektors auch in Zukunft eine Politik der Ausgabenbegrenzung erfordern. Denn die relative Stabilität der Ausgabenentwicklung der vergangenen Jahre kam nicht von selbst, sondern als Ergebnis nicht selten schmerzhafter regulatorischer Eingriffe zustande. Infrage gestellt werden sollte jedoch die einseitige Kostenfixierung zugunsten einer ausgeglicheneren Be-

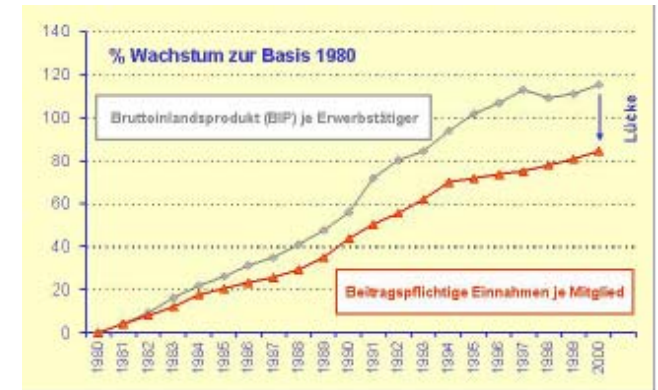


Abb. 2: Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied und das BIP je Erwerbstätigen (in Prozent zur Basis 1980); Quelle: Sachverständigenrat, Gutachten 2003, S. 66 und 174

trachtung des Systems der GKV, welche einerseits die strukturellen Aspekte der Einnahmenseite berücksichtigt und andererseits nicht isoliert die Kosten medizinischer Maßnahmen, sondern primär deren Relation zum gestifteten Nutzen ins Kalkül zieht.

Prof. Dr. med. Michael Schlander

1) wie zum Beispiel M. Hohlstein et al., Lexikon der Volkswirtschaft. München: C.H. Beck / Deutscher Taschenbuchverlag (dtv), 2. Auflage 2003; Seite 303.

2) Exemplarisch ist die von interessierter Seite verbreitete Aufregung um die Arzneimittelausgaben der GKV im ersten Quartal 2005, die den Ver-

gleichwert von 2004 wegen der reformbedingten Vorzieheffekte gegen Ende des Vorjahres natürlich eine Steigerung aufweisen mussten, jedoch auf dem Niveau der Jahre 2002 und 2003 verharrten.

3) vgl. M. Schlander: „Steigende Arzneimittelausgaben in Deutschland: Gesundheitsökonomische Aspekte aus einer internationalen Perspektive. Pharm. Ind. 66 (2004), Nr. 5, S. 513-515 (Teil 1) und S. 705-709 (Teil 2).

4) vgl. dazu auch E. Wille: „Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Arbeitsbericht Nr. 199, Dezember 2001. Seite 4.

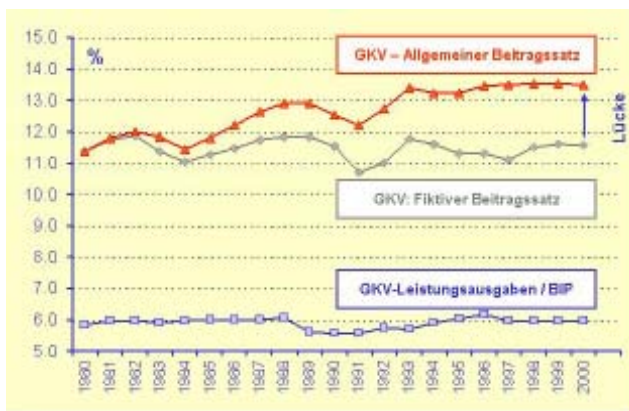


Abb. 1: GKV: Allgemeiner Beitragssatz Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen GKV-Beitragsatzes (alte Bundesländer) und fiktive Entwicklung, wenn die Einnahmentwicklung mit dem BIP Schritt gehalten hätte. Zum Vergleich: Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben als Anteil am BIP. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates: Gutachten 2003, S. 82 und 174



PROF. DR. MED. MICHAEL SCHLANDER, M.B.A.

- Gründer und Vorstandsvorsitzender von InnoVal^{HC}
- Lehrt Gesundheitsökonomie und Innovationsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft in Ludwigshafen/Rhein und an der Privatuniversität Witten/Herdecke

Kontakt: schlander@kassenarzt.de
www.michaelschlander.com