

Kap 3. Wie eine Legende überlebt - das Märchen von der Kostenexplosion, Teil II

Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung

3. Wie eine Legende überlebt - das Märchen von der Kostenexplosion, Teil II

Das Märchen von der »Kostenexplosion« scheint entmystifiziert. Trotzdem hält sich hartnäckig die Ansicht, die Ausgaben für das Gesundheitswesen gerieten in der Zukunft aus der Kontrolle. Hinter dieser Prognose steckt die Überzeugung, eine soziale Krankenversicherung berge zwangsläufig so viele Kostentreiber in sich, daß sie auf die Dauer nicht mehr - oder nicht mehr auf dem derzeitigen Niveau - zu finanzieren sei. Bei diesen Kostentreibern muß es sich also um Faktoren handeln, die bis jetzt entweder nicht existiert haben oder von denen mit guten Gründen behauptet werden kann, daß ihre ausgabensteigernden Effekte künftig weitaus stärker sein werden als bisher.

Von dieser Annahme geht auch der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR)« in seinem Gutachten 1995 aus. Der SVR ist ein Gremium, das von der Bundesregierung eingesetzt wurde mit dem ausdrücklichen Auftrag, Informationen zur Versachlichung der Debatte beizubringen. Die Sachverständigen bieten in ihrem Gutachten ein umfassendes Erklärungsmodell. Sie berücksichtigen insgesamt neun Faktoren als potentielle Kostentreiber, die sie in »nachfrageseitig« und »angebotsseitig« wirkende unterteilen. Zu den angebotsseitigen Faktoren gehören die Leistungsausweitung durch Anbieter, der medizinische Fortschritt, die Preisentwicklung und Leistungsintensivierung durch »Defensivmedizin«¹. Zu den nachfrageseitigen (also auf die

¹ Darunter versteht man medizinische Maßnahmen, die von den Ärzten nur aus dem Grund der Abwehr gegen drohende Klagen der Patienten getätigt werden. Auch hier gibt es sicher zahlreiche Einzelfälle, aber ein tatsächlich errechenbarer Beitrag zur Ausgabenentwicklung konnte bislang nicht einmal in den USA nachgewiesen werden,

Versicherten zurückgehenden) Faktoren zählt man die Verschiebung der Altersstruktur, die Zunahme von Einzelhaushalten, die Veränderung des Krankheitsspektrums vor allem in Richtung auf mehr chronische Erkrankungen, die gestiegene Anspruchshaltung (der Versicherten) und »der insbesondere durch den umfassenden Versicherungsschutz gegebene Anreiz zu einer übermäßigen und mißbrauchenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*moml hazard*)«.

Angesichts der Faktoren, die in der Aufzählung fehlen, wird deutlich, daß die Gutachter so neutral und politisch interessenlos nicht verfahren sein können. Nicht berücksichtigt wurden u. a. zwei entscheidende Bereiche, die die Entwicklung der Ausgaben immer wieder aktiv beeinflußt haben: zum einen die Politik der Bundesregierungen, die seit Mitte der 70er Jahre immer wieder andere Haushalte zu Lasten der GKV-Ausgaben entlastet haben, und zum anderen der politische Einfluß mächtiger Interessengruppen, seien es die ärztlichen Standesorganisationen, die pharmazeutische Industrie oder die privaten Krankenversicherungen. Ausgaben sind das Produkt von Mengen und Preisen, und die »Preise« im Gesundheitswesen entstehen nicht als Ergebnis von Angebot und Nachfrage auf den anonymen Märkten der Ökonomielehrbücher, sondern resultieren aus Machtverhältnissen. Das war dem SVR in seinem Gutachten von 1995 (und ist auch den meisten anderen Experten) nicht einmal eine Erwähnung wert.

Die Illusion von der Nachfragesteuerung

Nach allen empirischen Erkenntnissen sind an der Entwicklung des gesundheitlichen Leistungsangebotes in den westlichen Industrieländern zwar eine Reihe der Faktoren beteiligt, die der SVR anführt. Angebots- und nachfrageseitigen Faktoren kommt dabei aber jeweils so unterschiedliches Gewicht zu, daß es irreführend ist, sie

wo Schadensersatzklagen und Kunstfehlerprozesse an der Tagesordnung sind. Stoff für weitere Legenden.

gleichberechtigt nebeneinanderzustellen. Die Schlüsselrolle bei der Leistungsentwicklung nimmt eindeutig das medizinische Versorgungssystem und die ärztliche Profession ein. Sehen wir uns einmal die Verteilung der Ausgaben auf die Versicherten an: In den westlichen Industrieländern verbrauchen pro Jahr 1 % der Versicherten ungefähr 30 % der Ausgaben; auf die 5 % der Versicherten mit den höchsten Kosten entfallen bereits ca. 60 % der gesamten Ausgaben (Evans 1996).¹ Zumindest diese 5 % der Versicherten sind in der Regel schwer krank. Über den Aufwand, der für sie entsteht, entscheiden Kliniken und spezialisierte Ärzte, und nicht die Konsumenten selbst. In diesen Fällen das Nachfrageverhalten eines wählerischen Kunden zu unterstellen, ist absurd. Am ehesten kommen diejenigen Versicherten als freiwählende Konsumenten in Frage, die in der Regel gesund sind. Zu dieser Gruppe gehören etwa die Hälfte aller Versicherten; sie verbrauchen jedoch nur ca. 3 % der gesamten Behandlungsausgaben. Aus ihrem Verhalten läßt sich also kaum auf katastrophale Steigerungen der Ausgaben schließen.

Ohne Zweifel spielen Faktoren der Nachfrageseite eine Rolle wie das Krankheitsgeschehen, die soziale Selbsthilfefähigkeit (z.B. bei Einzelhaushalten) oder auch das (meist schichtenspezifische) Erwartungsniveau. Aber die tatsächliche Inanspruchnahme und die dabei aufgewendeten Ressourcen lassen sich damit nicht erklären und schon gar nicht eine künftig ausufernde, nicht mehr zu finanzierende Ausgabenentwicklung. Auch können international unterschiedliche Ausgabenentwicklungen nicht mit solchen Faktoren erklärt werden und schon gar nicht können damit dramatische Veränderungen prognostiziert werden, da diese Faktoren sich nur sehr langsam verändern.

Über das tatsächliche Nachfrageverhalten von Versicherten bzw. Patienten, unabhängig von dem, was ihnen durch Ärzte empfohlen, verordnet, nahegelegt wird, gibt es kaum empirisches Wissen. Es konnte bislang nicht einmal ermittelt werden, ob gut informierte Patienten mehr oder weniger nachfragen würden, als es jetzt die Ärzte

¹ Um die hier von Evans (1996) übernommene Anhaltszahl schwanken auch die Werte der GKV.

für sie tun. Wennberg (1990), einer der renommiertesten Forscher der medizinischen Wirkungsforschung (*outcomes research*) in den USA, geht sogar davon aus, daß Patienten, die die spezifischen Risiken von Behandlungsoptionen kennen, im Durchschnitt nicht mehr, sondern weniger hochtechnische Leistungen nachfragen würden als derzeit die Ärzte. Die häufige Behauptung, die Ärzte würden »auf Druck der Patienten« den Aufwand erhöhen, wird dadurch nicht glaubwürdiger.

In der gesundheitspolitischen Debatte wird oft mit Lehrsätzen aus der Ökonomie argumentiert. Danach sind die »menschlichen Bedürfnisse« grundsätzlich »unbegrenzt«, während die Ressourcen stets »knapp« sind. Aus diesen Annahmen werden oft weitgehende gesundheitspolitische Schlußfolgerungen (z.B. die angeblich notwendigen Zuzahlungen) abgeleitet. Dabei ist zumindest ihre Anwendung auf das Gesundheitswesen unsinnig. Warum sollten die Menschen ein grenzenloses Bedürfnis nach Krankenhaustagen, Herzkathetern oder Röntgenbildern haben?¹ Und warum sollten sie es in der Zukunft haben, wenn sie es bisher noch nicht hatten?

Es sind vor allem die behandelnden Ärzte, die darüber entscheiden, welche Leistungen ihre Patienten in Anspruch nehmen, und es ist das medizinische System, das den Ärzten die Handlungsmöglichkeiten bereitstellt. In den Vereinigten Staaten liegt eine große Anzahl von Studien vor, die im regionalen Vergleich eine fast unglaubliche Variationsbreite in den ärztlichen Behandlungsmustern nachweisen, die sich unmöglich auf Patienten und ihr Verhalten zurückführen lassen (Detsky 1995).

Brook und Lohr (1986) geben Beispiele für relevante Leistungsarten, bei denen die regionalen Häufigkeiten bestimmter Leistungsarten zwischen 700 % (bei Computertomographien) und 60 % (Krankenhaus-Inanspruchnahmen) variieren, ohne daß sich die Patientenmerkmale Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus sowie andere

¹ Auch ist in den westlichen Industrieländern sicher nicht eine zeitlose »Knappheit« der zentrale limitierende wirtschaftliche Faktor, sondern Krisenursache ist gerade der relative Überfluß an Waren, die keine Käufer finden, Arbeitskräfte, die keine Beschäftigung finden, weil die Märkte langsamer wachsen als das Produktionspotential usw.

demographische und soziale Faktoren unterscheiden. Die ärztlichen Behandlungsmuster variieren bei vergleichbaren Erkrankungen und Altersgruppen in sehr hohem Maße, auch in Abhängigkeit von den jeweiligen monetären Anreizen sowie der Organisationsform der ärztlichen Versorgung. Das legt die Schlußfolgerung nahe, daß der Behandlungsaufwand nicht sehr stark vom Verhalten der Patienten und der vorhandenen Technologie bestimmt sein kann, sondern sehr wesentlich durch die Anbieter festgelegt wird. Es entspricht im übrigen auch der Erwartung an den Berufsstand der Ärzte, daß sie festlegen, wann zum Beispiel eine bestimmte diagnostische Maßnahme oder eine Einweisung in das Krankenhaus zu erfolgen hat. Der ökonomische Fachausdruck für genau diese Tätigkeit ist dann die »angebotsinduzierte Nachfrage«.

Die Dominanz der Anbieterseite wird erheblich durch außergesundheitliche Faktoren verstärkt. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform, die zu keinerlei Kostendämpfung geführt hat, sondern zu erheblichen Kostenübernahmen durch die Patienten, wäre ohne die erhebliche Macht der ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen, der Arzneimittelindustrie (z. B. Wegfall der Positivliste), der Technologie-Anbieter (z. B. Verzicht auf Großgeräteplanung) und der Versicherungskonzerne so nicht zustande gekommen. Experten, die ohne empirische Belege die »Ansprüche« der Patienten als Ursache ausufernder Bedrohungsszenarios einsetzen, sind ebenfalls Akteure in diesem Interessenkampf. Indem sie z. B. überhöhte Gewinne von Anbietern und entsprechende Ausgabenerhöhungen umdeuten als Folge der unersättlichen Bedürfnisse von »Nachfragern«, beziehen auch sie Position.

Neue Kostenfaktoren für alte Argumente

Kostenfaktor Preisstruktur?

Ein weiterer der vom Sachverständigenrat aufgelisteten »angebotsseitigen« Faktoren ist der »Preisstruktureffekt«. Er besteht darin, daß die Preise für Gesundheitsleistungen im Vergleich zum Durch-

schnitt langfristig stärker ansteigen. Dieser Effekt kann sowohl empirisch nachgewiesen als auch in der Theorie systematisch erklärt werden. Er geht darauf zurück, daß Sektoren mit starken Anteilen von personenbezogenen Dienstleistungen in Industrieländern die Tendenz haben, sich auszuweiten. Der Anteil der Arbeitskräfte, die in diesen Sektoren arbeiten, nimmt zu und ebenso deren Beitrag zum Sozialprodukt. Ursache ist der Umstand, daß die Produktivität bei der Erstellung personenbezogener, hochkomplexer Dienstleistungen weit weniger gesteigert werden kann, als das bei der Herstellung industrieller Güter der Fall ist. Während beispielsweise heute tausendmal so viele Daten in einer Sekunde übermittelt werden können wie noch vor einem Jahrzehnt, erfordert das Gespräch zwischen einer Ärztin und ihrer schwerkranken Patientin eher mehr als weniger Zeit.

Wiegt man Dienstleistungs- gegen Industrieprodukte auf, dann kosten im Zeitverlauf eine Stunde Krankenpflege, Physiotherapie oder Psychoanalyse langsam, aber stetig mehr als materielle Industrieerzeugnisse wie Kaffeemaschinen, Kühlschränke oder Videorecorder, selbst wenn die Löhne der Krankenpfleger und der Arbeiter in der Kühlschrankfabrik sich im Gleichschritt entwickeln. Das trifft jedoch generell für alle personenbezogenen Dienstleistungen zu, ob sie nun privat oder öffentlich sind. Die Bevölkerung in den Industrieländern hat sich seit langem auf das relative Wachstum dieser Dienstleistungsbereiche eingestellt und findet dort in zunehmendem Maß Beschäftigung. Es gibt jedoch keinerlei Anhaltspunkte, die darauf schließen ließen, dieser stetige und langfristige Prozeß führe ausgerechnet im Gesundheitswesen und ausgerechnet in der Zukunft zu bedrohlichen Ausgabenentwicklungen.

Das politische Problem, das hier gelöst werden muß, ist ein anderes: da der relative Preis der Gesundheitsdienstleistungen - ohne Lohnverfall in diesem Bereich - steigt, könnten solche Dienstleistungen ohne sozialstaatliche Umverteilung nur von Empfängern überdurchschnittlicher Einkommen gekauft werden. Der Kreis dieser überdurchschnittlichen Verdienner wird jedoch immer kleiner. Bei gleicher Leistungsfähigkeit und bei Aufrechterhaltung des Ziels, alle Bürger unabhängig vom Einkommen mit medizinischen

Leistungen bedarfsorientiert zu versorgen, wird der Umverteilungsbedarf also eher wachsen als abnehmen. Das auf längere Sicht absehbar Krisenhafte daran ist nun, daß die Finanzierung der Gesundheitsausgaben an die Lohnquote gebunden ist, also eine tendenziell schrumpfende makroökonomische Größe. In dem Maße, in dem die Lohnquote sinkt (und das Gesundheitswesen weiterhin nicht reformiert wird), werden in periodischen Abständen »Defizite« und Beitragssatzsteigerungen automatisch die Folge sein. Realwirtschaftlich ist aber eine solche Umverteilung keineswegs krisenhaft, denn durch die weit schnellere Produktivitätssteigerung in den Bereichen der Industrieproduktion werden ausreichend viele Arbeitskräfte freigesetzt, die dann der Erstellung personenbezogener Dienstleistungen zur Verfügung stehen könnten.

Kostenfaktor medizinisch-technischer Fortschritt?

Auch wenn es um den medizinisch-technische Fortschritt geht, widerspricht die Gewißheit, mit der diesem eine stark ausgabensteigernde Wirkung zugemessen wird, dem empirischen Wissen. Der medizinisch-technische Fortschritt kann die Ausgaben durchaus in die Höhe treiben, er muß es aber nicht. In einigen Fällen spart er sogar Kosten. Wie der medizinisch-technische Fortschritt wirkt, hängt davon ab, in welchem wirtschaftlichen Zusammenhang er eingesetzt wird.

Ähnlich wie in anderen technischen Industrien bestimmen in der Medizintechnik und -chemie wenige industrielle Hersteller, wann ihre Geräte, Medikamente und Verfahren »veraltet« sind und durch neue ersetzt werden müssen: nämlich dann, wenn sie selbst neue anbieten, auch wenn der therapeutische Nutzen daraus entweder minimal oder gar nicht nachweisbar ist. Diese Dynamik ist primär eine Dynamik des Geldverdienens und keine des medizinisch-technischen Fortschritts. Die primär »angebotsinduzierte Nachfrage« nach medizinisch-technischen Leistungen erfordert eine sorgfältige, bedarfsorientierte gesundheitspolitische Steuerung. Was geschieht aber - gerechtfertigt von den meisten Experten - in der Gesund-

heitspolitik? Mit der Großgeräteverordnung hatte man in den 70er Jahren halbherzig eine Bremse in dieses System einbauen wollen. Diese hat ohne Zweifel versagt. Die Konsequenz der Bundesregierung bestand darin, die Verordnung 1997 ersatzlos zu streichen mit der Begründung, sie habe sich nicht bewährt. Nach dieser Logik müßte man eine defekte Bremse am Dienstwagen des Gesundheitsministers ersatzlos ausbauen, anstatt sie durch eine bessere zu ersetzen.

Ein anderes Beispiel: Die Technik der Diagnostik entwickelt sich um ein Vielfaches schneller als die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten, die solche Verbesserungen für die Patienten überhaupt erst sinnvoll machen. Auf diesem Gebiet wäre also kritische Wirkungsforschung, transparente Planung und Steuerung erforderlich. Viele Ausgaben für Technik und technische Vorrichtungen, die nicht selten mit sinnlosen Belastungen für die Patienten verbunden sind, könnten damit vermieden werden. Da dies aber nicht geschieht, rechnet man die entsprechenden Ausgaben dem Faktor »medizinischer Fortschritt« zu und verdeckt damit das Problem.

Auch die Mehrausgaben für den doppelten Aufbau medizinisch-technischer Kapazitäten, der das deutsche Gesundheitswesen prägt, sind nicht dem »medizinisch-technischen Fortschritt« geschuldet. In Ländern wie England, Kanada oder Schweden werden viele Ressourcen mehr oder weniger exklusiv in Krankenhäusern vorgehalten, während in Deutschland auf Kosten der GKV dieselbe Ausrüstung noch einmal in den Praxen der niedergelassenen Ärzte aufgebaut worden ist und nun ausgelastet werden will. Die entsprechenden Mehrausgaben verweisen eher auf einen schwachen Staat, schlecht beratene Regierungen, hilflose Krankenversicherungen und die Macht der Sonderinteressen als auf eine technologische Entwicklung.

Völlig übersehen wird zudem häufig, daß medizinischer Fortschritt nicht nur ausgabentreibend wirken muß. Es gibt auch zahlreiche Beispiele für ein kostensparendes Potential medizintechnischer Entwicklungen. So können Herzoperationen, die früher große Öffnungen im Brustkorb erforderten, heute unter minimalen Verletzungen des Körpers mittels Kathetern durchgeführt werden,

ähnliche Erleichterungen gibt es auch bei der Entfernung von Gallenblasen, bei Knieoperationen usw. Dadurch verkürzen sich die Krankenhausaufenthalte der Patienten. Wenn eine Regierung Krankenhäusern und ihrem hochspezialisierten Personal nicht die Möglichkeit gibt, einen Teil ihrer stationären Kapazitäten in solche der ambulanten Versorgung umzuwidmen, ohne sich dabei selbst wirtschaftlich zu ruinieren, dann ist auch dies nicht ein Problem des »medizinisch-technischen Fortschritts«, sondern eines der Gesundheitspolitik, die den Konflikt mit mächtigen Interessen scheut.

Aber selbst im Rahmen des bestehenden, desintegrierten Gesundheitssystems werden durch die verbesserte Medizin Menschen früher wieder arbeitsfähig, bleiben insgesamt länger »funktionsfähig«, so daß Kosten eingespart werden. Es muß also durchaus als offen gelten, in welchem Verhältnis die ausgabensteigernden und ausgabenkenden Elemente des medizinischen Fortschritts stehen.

Die Annahme, eine Privatisierung könne in diesem Zusammenhang kostensenkend wirken, läßt sich am amerikanischen Beispiel nicht belegen. Im privatwirtschaftlichen amerikanischen Gesundheitswesen sind nicht nur die Zulieferer, sondern ein wachsender Teil der medizinischen Einrichtungen selbst Kapitalunternehmen, und die ungehemmte Entfaltung des entsprechenden Angebotes wird durch den Gesetzgeber nicht eingeschränkt (U.S. Congress 1995). Geld als quantitatives Wirtschaftsziel, so zeigt sich auch hier, signalisiert kein »Zuviel«, es gibt keine »zu hohen« Dividenden, keine »zu geringen« Betriebskosten usw. Kommerzialisierte Medizin findet in einem auf Grenzenlosigkeit eingestellten Kontext statt. Es muß unverständlich bleiben, wieso Experten gerade hiervon eine gesamtwirtschaftlich spürbare Ausgabendämpfung erwarten. Medikamente, Geräte und das hochspezialisierte Können von Ärzten sind in diesem System zunächst einmal Kapital, das investiert wird, um sich zu vermehren, und zwar tatsächlich schrankenlos.

Kostenfaktor Altersstruktur?

Dem medizinisch-technischen Fortschritt wird die Fähigkeit zugeschrieben, das Leben der Menschen zu verlängern. Kritiker sehen darin allerdings eine zwiespältige Errungenschaft. Die gewonnenen Lebensjahre, so ihre Behauptung, würden begleitet von einer Vielzahl chronischer Krankheiten, die wiederum die Ausgaben für medizinische Versorgung in die Höhe trieben. Diese Entwicklung führe zwangsläufig dazu, daß die GKV auf ihrem derzeitigen Niveau auf die Dauer nicht finanzierbar sei.

Allein schon die meist als Selbstverständlichkeit hingegenommene Behauptung, steigende Lebenserwartung verdanke sich dem medizinischen Fortschritt, bedürfte eingehender Untersuchungen und müßte im konkreten Fall für konkrete Krankheiten nachgewiesen werden. Wie McKeown (1982) nachgewiesen hat, kamen die medizinischen Instrumente gegen die großen Infektionskrankheiten erst, als diese schon lange rückläufig waren. Ein anderes Beispiel liefern McKinley et al. (1989), deren Untersuchung am Beispiel der (rückläufigen) Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit die Rolle des medizinischen Fortschritts auch hier relativiert. Die medizinische Hilfe ist für den individuellen Patienten unerlässlich, aber das Verdienst für die gesundheitlichen Verbesserungen der Bevölkerung insgesamt muß sie mit einer Reihe anderer Faktoren, je nach Krankheit in unterschiedlichem Maße, teilen. Der von Gesundheitsökonomien oft noch stereotyp behauptete Kurzschluß von medizinischem Fortschritt auf höhere Lebenserwartung weist auf Unkenntnis der wissenschaftlichen Literatur hin. Bereits 1990 warnte der kanadische Ökonom Evans davor, das Altersargument politisch zu instrumentalisieren¹: »Demographische Faktoren sind ein bequemes rhetorisches Mittel, um die politische Aufmerksamkeit von den tatsächlich wirksamen Kräften im Gesundheitswesen durch einen oberflächlich plausiblen externen Faktor abzulenken.« Er verglich die Wirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben

¹ Es dient in einigen Ländern auch dazu, die Rationierung, d. h. Verweigerung wirksamer medizinischer Hilfen gegenüber alten Menschen zu begründen (Kühn 1991).

zutreffend mit einem Gletscher, der zwar in einem Zeitraum von 50 oder 100 Jahren die Landschaft verändern kann, aber kurzfristig wenig Wirkungen zeigt.

Tatsächlich wurden in verschiedenen Ländern die demographiebedingten Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitswesen jeweils deutlich unter 1 % jährlich geschätzt. In der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland schätzte man in den 80er Jahren eine 0,5%ige Ausgabensteigerung (Schwartz/Busse 1994). Der SVR kam in seinem Gutachten von 1994 auf 0,5 bis 0,6 % pro Kopf und Jahr und korrigierte sich auf Werte zwischen 0,74% und 0,86% (SVR 1995). Selbst wenn die Prognose zuträfe, wäre sie nicht gerade dramatisch zu nennen.

Hingegen läßt sich zeigen, daß

- die Behauptung einer dramatisch ansteigenden Krankheitslast wahrscheinlich falsch ist und mit Sicherheit weit übertrieben wird;
- die Ausgaben für medizinische Versorgung nicht (bzw. zumindest erheblich weniger als angenommen) mit dem Alter steigen, sondern mit der Nähe zum Tod. Die Ausgabeneffekte steigender Lebenserwartung, bei der es sich ja um eine Verschiebung des Todeszeitpunktes handelt, dürften also ausbleiben;
- es sogar einige Hinweise gibt, die auf eine eher geringere Krankheitslast im Alter hoffen lassen.

Da die Statistik allein nicht viel erklärt, ist es notwendig, die inhaltlichen Zusammenhänge zwischen Ausgaben bzw. Verbrauch und Altersstruktur zu untersuchen. Unter zahlreichen erhellenden Untersuchungen, die mehr in die Tiefe gehen, als die statistische Faktorenanalyse es vermag, sei die von Scitovsky (1989) angeführt. Sie fragte nach den Gründen dafür, daß 6 % der Medicare-Versicherten (Sozialversicherung für Senioren in den USA) in ihrem letzten Lebensjahr 28 % ihrer lebenslangen Ausgaben verursachten. Die detaillierte Analyse der Daten von Krankenhauspatienten ergab einen Zusammenhang, der inzwischen von einer Vielzahl anderer Studien bestätigt wurde: Die Gruppe der über 80jährigen (43%) wies erheblich weniger Krankenhauskosten (28%) und Arztkosten (23%) auf als die Gruppen der unter 65jährigen und der 65- bis

79jährigen Medicare-Patienten. Die intensivmedizinischen Kosten sind ebenfalls unterdurchschnittlich. Unterteilt nach ihrem funktionalen Status (z.B. danach, welche Tätigkeiten sie verrichten können) ergab sich, daß 96 % der Ausgaben für Patienten ohne funktionale Einschränkungen medizinischer Art waren, bei Patienten mit teilweisen Einschränkungen waren es 73 %, bei den gänzlich eingeschränkten Patienten nur noch 25 %. Der jeweils andere Teil sind Haus- oder Heimpflege, die mit zunehmendem Alter und schlechtem funktionalen Status überproportional ansteigen (was kein Problem der medizinischen Versorgung ist).

Was das letzte Lebensjahr angeht, so verteilt sich der überwiegende Anteil der Kosten für hochtechnologische, intensivmedizinische Behandlung auf die Gruppe der »jüngeren Alten« (65 bis 79 Jahre) bzw. der Patienten mit gutem funktionalen Status. Solche Ergebnisse hängen davon ab, wie stark Einweisung und Aufenthalt in Krankenhäusern auf diejenigen beschränkt sind, die tatsächlich auch die technischen und personellen klinischen Ausstattungen benötigen und nicht aufgrund fehlender anderer Pflegemöglichkeiten stationär versorgt werden. Wenn diese Differenzierung gesichert ist, werden die Unterschiede zwischen den Altersgruppen eher noch stärker sein. Das weist darauf hin, daß die großen Ausgabenposten der schwer und chronisch Kranken weniger vom Alter abhängen als von der Nähe zum Tod. Und - so zeigte die zitierte Fallstudie - im letzten Lebensjahr ist der medizinische Aufwand für die »jüngeren Alten« (erwartungsgemäß) deutlich höher als für die »alten Alten«, deren Belastbarkeit bei extremen Behandlungen weit höher ist. Dieser Zusammenhang wurde inzwischen vielfach auf breiter statistischer Basis belegt und bestätigt. So ist im vergangenen Jahr der schweizerische Gesundheitsökonom Zweifel zu dem vielbeachteten (wenn auch in den englischsprachigen Ländern schon lange bekannten) Ergebnis gekommen, »daß ein systematischer Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsaufwendungen nicht nachgewiesen werden kann. Dieser Befund steht in eklatantem Widerspruch zur Erfahrung der Krankenversicherer, die regelmäßig für ältere Versicherte höhere Aufwendungen ausweisen. Der Widerspruch läßt sich auflösen, wenn man sich klarmacht, daß es die

Nähe zum Tod sein könnte, welche die Gesundheitsausgaben in die Höhe treibt.« (Zweifel 1997) Da jeder Mensch nur einmal stirbt und ein hoher Mehraufwand dem letzten Lebensjahr zugerechnet werden muß, wächst dieser nicht dadurch, daß das Sterbealter sich erhöht. Man kann sogar noch hinzufügen: die Ausgaben in der zeitlichen Nähe des Todes sind sogar um so höher, je jünger die Patienten in ihrem letzten Lebensjahr sind. Die Behauptung, es kämen »bei Patienten mit höherem Lebensalter (...) lebenserhaltende Therapien zusätzlich bzw. vermehrt zum Einsatz« (SVR 1995), trifft nicht zu.

Kostenfaktor Krankheitslawine?

Obwohl Prognosen steigender Ausgaben meist mit der wechselseitigen Verstärkung der Faktoren Alter und Krankheit begründet werden, taucht die Erwartung einer künftigen Krankheitslawine auch unabhängig von der Altersstruktur auf. Im Unterschied zum Anspruchs- und Mißbrauchsstereotyp gesteht die These von der Krankheitslawine den Versicherten immerhin zu, daß hinter ihrer Inanspruchnahme tatsächliche Gesundheitsprobleme stecken. Obwohl sie nicht selten von tatsächlicher Besorgnis um die Gesundheit getragen wird, liefert sie Stoff für Vergeblichkeitsiegenden: Was immer »wir« an medizinischer Versorgung finanzieren, es führt allenfalls zu einem längeren Leben mit längeren und häufigeren chronischen Krankheiten.

Das empirische Wissen über die Entwicklung der Krankheiten und deren Verteilung in der Bevölkerung (Epidemiologie) ist noch immer enttäuschend gering und läßt brauchbare Vorhersagen in der Regel nicht zu. Zusammenfassend betrachtet existieren mehr Hinweise, die auf eine Abnahme der Krankheitslast schließen bzw. hoffen lassen, als solche, die auf starke Zunahmen hinweisen würden.

Zunächst einmal muß man unterscheiden zwischen z.T. erheblichen Gesundheitsproblemen einzelner Bevölkerungsgruppen, die besonderen Belastungen durch Arbeit, Umwelt, Wohnbedingungen, familiärer Umstände usw. ausgesetzt sind, und Gesamttrends.

Während ersteres von großer Bedeutung für erfolgreiche Präventionsstrategien ist, interessieren im Zusammenhang mit der Ausgabenentwicklung nur die Gesamttrends. Die heute dominierenden Krankheiten

- verlaufen meist chronisch und überwiegend degenerativ,
- haben meist eine lange, überwiegend medizinisch symptomlose Frühphase,
- äußern sich danach häufig nur durch subjektiv wahrnehmbare, aber hoch indikative Befindensstörungen (die in diesen Fällen keine »Bagatellen« sind),
- können nach ihrem Ausbruch medizinisch nur noch gelindert, aber nicht mehr geheilt werden und
- sind in Abhängigkeit von Lebenslage und Lebensweise sozial ungleich verteilt.

Wie die Ergebnisse mehrjähriger Mikrozensusserhebungen bis zu Beginn der 90er Jahre zeigten, sind etwa zwei Drittel der zu einem bestimmten Zeitpunkt kranken Menschen chronisch krank, bei den 15- bis 40jährigen 33%, den 40- bis 65jährigen 72% und bei den über 65jährigen 86 %. Nur die Minderheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erreicht einigermaßen gesund das Rentenalter, während die Mehrzahl - überwiegend aufgrund der genannten chronischen Erkrankungen - vor Erreichen des Rentenalters bereutet wird oder verstirbt (Rosenbrock 1993). Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden und Süchte kontinuierlich ihren Anteil. Der Zugang zur Rentenversicherung wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit geht zu vier Fünfteln auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma, Krebs und psychiatrische Erkrankungen zurück. In der Bundesrepublik entfallen bei durchschnittlich noch langsam steigender Lebenserwartung mehr als drei Viertel der Sterbefälle, die als vorzeitig oder vermeidbar gelten, auf die vier Todesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Die Sterblichkeit an den beiden häufigsten Todesursachen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, nimmt ab. Beschränken wir uns auf

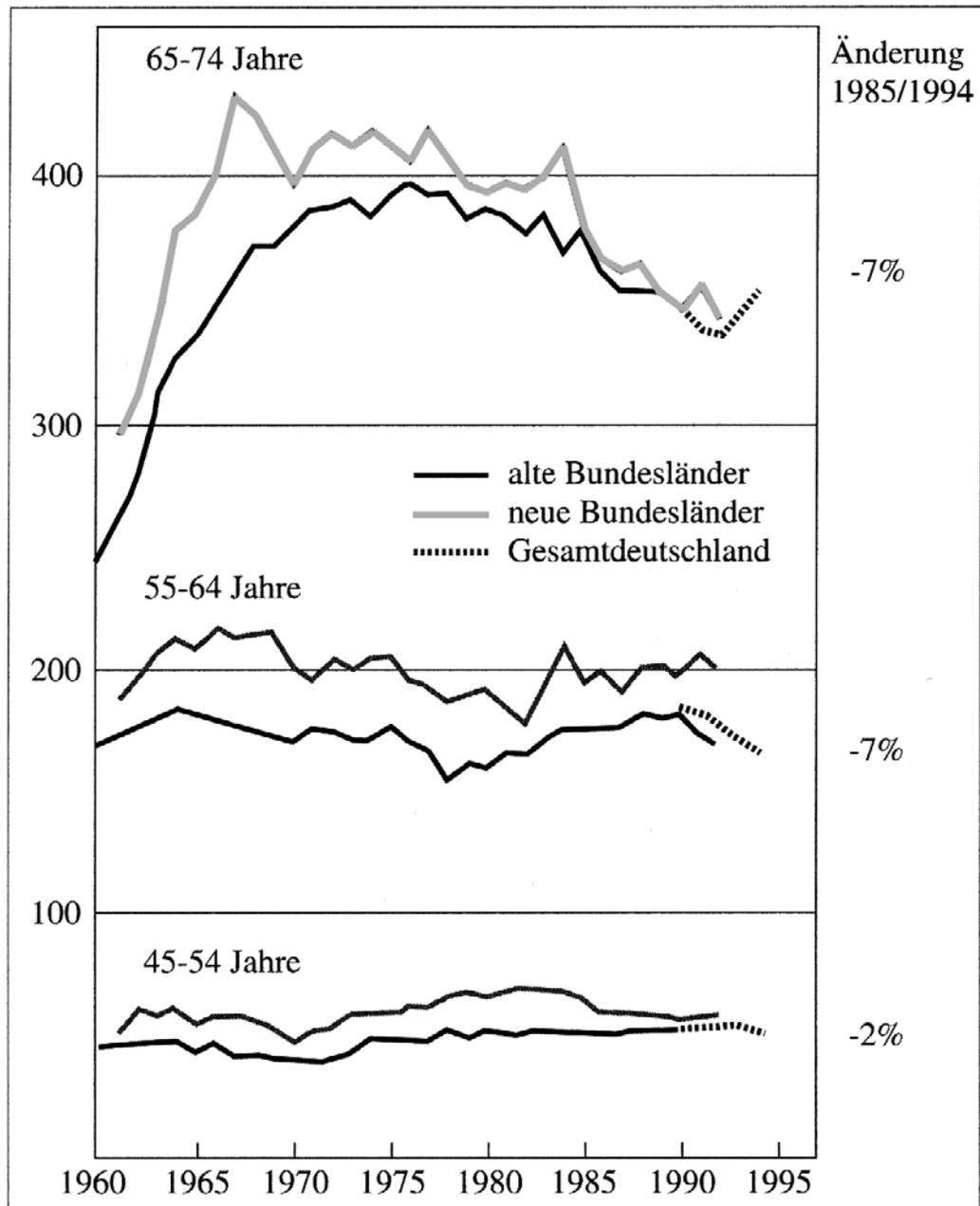


Abbildung 3.1
Lungenkrebs-Sterbeziffern im zeitlichen Verlauf bei Männern dreier
Altersgruppen und prozentuale Änderung 1985/1994
(Gestorbene je 100 000, Männer)

Quelle: Jahrbuch Sucht '97, S.27

das Beispiel Krebs. Der aktuelle Krebsatlas für die Bundesrepublik Deutschland (Becker/Wahrendorf 1997) zeigt die in den letzten Jahren erheblich gesunkene Sterblichkeit an Magenkrebs und die nur gelegentlich in letzter Zeit noch ansteigende, stagnierende oder in Untergruppen (Ost-West oder Geschlechter) sogar leicht zurückgehende Entwicklung bei Brustkrebs, Prostatakrebs oder Speiseröhrenkrebs. Dort, wo in den letzten Jahren eine Steigerung der Sterblichkeit an diesen Krebserkrankungen zu beobachten ist, war diese in der Regel auch in früheren Fünf-Jahres-Betrachtungsräumen größer als der Durchschnitt. Für Krebserkrankungen insgesamt weist der Krebsatlas bei den Männern in Westdeutschland eine seit 1990 sinkende Sterblichkeit aus, ein Trend, der bei den westdeutschen Frauen seit den 50er Jahren existiert.¹

Auch hier verbergen sich hinter der Statistik komplexere Zusammenhänge. Lungenkrebs z.B. wird in gesundheitspolitischen Zusammenhängen häufig genannt, um auf die Wichtigkeit von Prävention hinzuweisen (Rauchen, Arbeitsplätze, Luftverschmutzung). Es gibt rund 35 000 Neuerkrankungen an Lungenkrebs pro Jahr. Da die Heilungsrate nach seiner Entdeckung sehr gering sind, kommt der Prävention besonderes Gewicht zu. Die *Abbildungen 3.1* und *3.2* zeigen die langjährige Entwicklung der Sterbeziffern an Lungenkrebs in West- und Ostdeutschland bzw. der früheren DDR.

Die *Abbildung 3.2* zeigt, wie die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei den Männern seit der zweiten Hälfte der 60er Jahre in allen Altersgruppen und besonders deutlich bei den älteren Männern abnimmt. Bei den Frauen hingegen nimmt die Lungenkrebssterblichkeit in allen Altersgruppen zu. Bei genauerem Hinsehen erkennt man aber, daß die Häufigkeit, mit der Frauen an Lungenkrebs sterben, nur rund ein Zehntel von derjenigen der Männer beträgt, so daß für die Bevölkerung insgesamt ein sinkender Trend vorliegt. Sofern man von einer epidemischen Ausweitung sprechen will, ist das für die männliche Bevölkerung allenfalls für die Entwicklung in den 60er

¹ Hierbei handelt es sich um Thesen des Epidemiologen und Sozialmediziners Dieter Borgers, die er auf der diesem Band zugrundeliegenden Tagung des Zentrums für Sozialpolitik in Bremen ausführlich vorgestellt hat. Wir stützen uns in vielen Punkten auf sein unveröffentlichtes Manuskript.

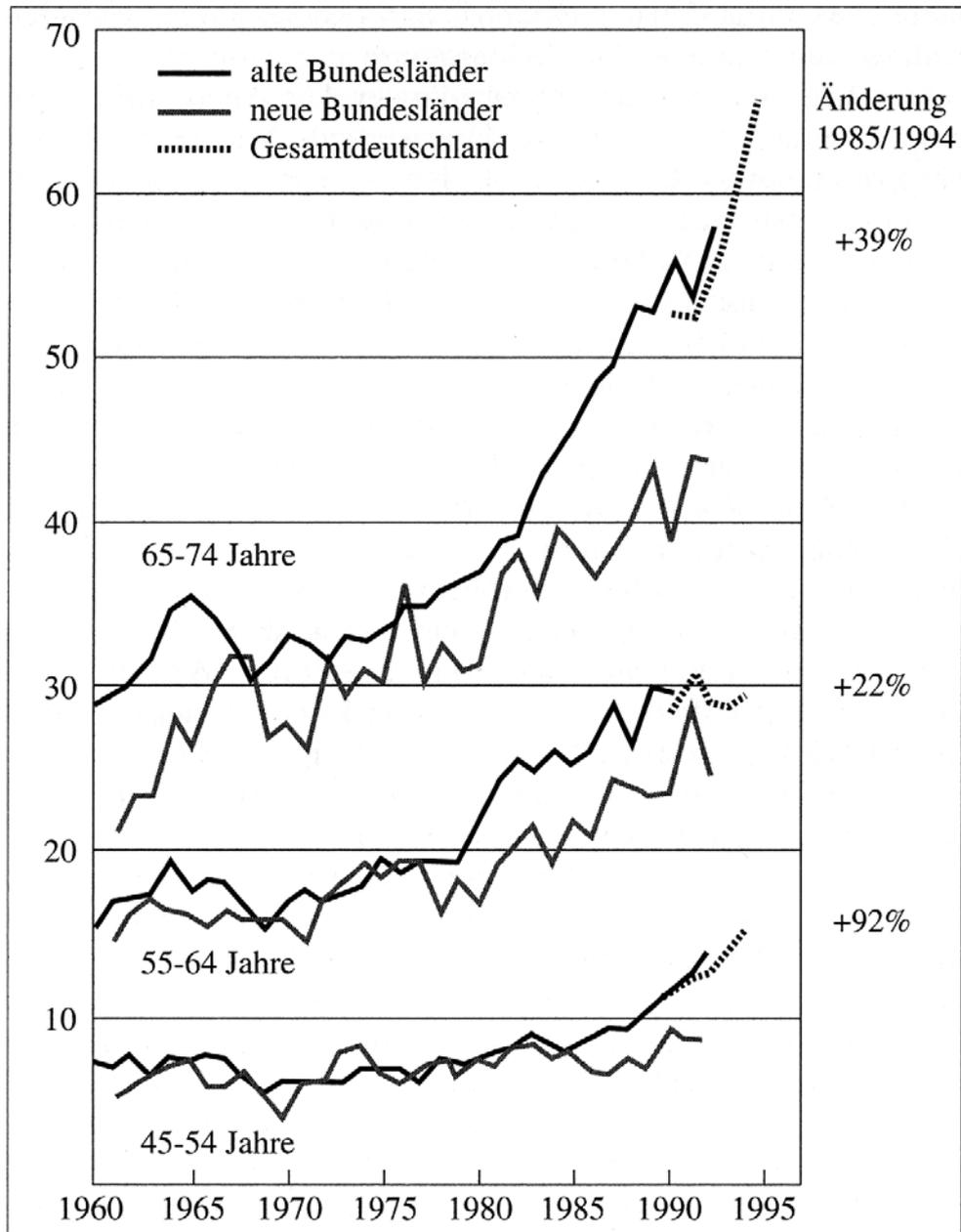


Abbildung 3.2
Lungenkrebs-Sterbeziffern im zeitlichen Verlauf bei Frauen dreier
Altersgruppen und prozentuale Änderung 1985/1994
(Gestorbene je 100 000, Frauen)

Quelle: Jahrbuch Sucht '97, S. 28

Jahren berechtigt. Bei den Frauen bedarf es einer differenzierteren und zurückhaltenderen Darstellungsweise.

Den Legenden von der altersbedingten Krankheitslawine liegt unter anderem folgender Denkfehler zugrunde. Man vermutet (wie oben zitiert der SVR), je höher die durchschnittliche Lebenserwartung werde (sie wuchs in den letzten Jahrzehnten bei Männern auf 73 und Frauen auf 80 Jahre), desto häufiger und anhaltender litten diese an chronischen Erkrankungen. Übersehen wird dabei aber die Tatsache, daß die Verlängerung der Lebenserwartung nicht vom Himmel gefallen ist, sondern hauptsächlich durch die Minderung der Häufigkeit und des Schweregrades chronischer Krankheiten verursacht worden ist und wird. Tatsächlich hat sich das Erstauftreten (Inzidenz) bzw. der Bestand (Prävalenz) schwerer chronischer Erkrankungen in ein höheres Lebensalter verschoben.¹ Aus dem gleichen Grund ist auch die Sterblichkeit an Herzinfarkt im mittleren Lebensalter zurückgegangen. Empirisch wird dies durch die Erhöhung des Durchschnittsalters von Lungenkrebserkrankten und Herz-Kreislauf-Erkrankten von 65 und 75 Jahren im Jahre 1979 auf 71 und 78 Jahren im Jahre 1995 bestätigt (Borgers 1997).

Um nicht mißverstanden zu werden: keineswegs sollen damit die Bedeutung der Erkrankung und Sterblichkeit an diesen oder anderen Leiden bagatellisiert oder Präventionsbemühungen abgeblockt werden. Im Gegenteil, es gibt einen enormen Forschungs- und Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Identifikation von sozialen Gruppen, für die trotz abnehmenden Gesamttrends die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken noch zunehmen. Hier geht es allein darum zu zeigen, daß die Entwicklung der Morbidität kaum zu so enormen Steigerungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen und entsprechend ausufernden Kosten führen wird, wie das interessierte Apokalyptiker darstellen.

Wenn die Verschiebung der chronischen Krankheiten in relevantem Umfang ins höhere Lebensalter insgesamt erreicht bzw. bei-

¹ Die Ausnahme bilden Angehörige der unteren sozialen Schichten, bei denen chronische Mehrfachbelastungen bereits in der mittleren Lebensphase häufig auftreten (House 1990).

behalten werden könnte - was durch die derzeit starken Tendenzen zur sozioökonomischen Polarisierung gefährdet scheint -, nimmt, einige Faktoren vorausgesetzt (z.B. gleiche Anzahl Geborene wie Gestorbene), die Anzahl der gesunden Lebensjahre im Verhältnis zu den kranken zu und die Morbiditätslast sinkt auf längere Sicht sogar. Aber selbst wenn dies aufgrund anderer negativer Bedingungen nicht eintritt, ist die Apokalypse weit entfernt. Somit sind auch die ethisch fragwürdigen Konzepte zur »Rationierung« medizinischer Leistungen nach dem Alterskriterium haltlos.

Auch die Erhebungen zur subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der eine Bedeutung bei der Erstinanspruchnahme zukommt, bestätigt nicht die Verschlechterungsthese. Die vom Statistischen Bundesamt im Rahmen des Mikrozensus seit 1978 vergleichbar erhobene Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (*Abbildung 3.3*) zeigt, daß auch die subjektiv wahrgenommene Krankheitshäufigkeit oder -last abnimmt, und zwar in allen Altersgruppen. Auch dies wäre unerklärlich, würde man den Legenden von der Anspruchsinflation und der steigenden Wehleidigkeit im »Freizeitpark Bundesrepublik« folgen.

Ausgaben abgewälzt: Verschiebebahnhöfe

Zu den Kostenfaktoren, denen tatsächliche Bedeutung zukommt, die aber dennoch meist unerwähnt bleiben, gehört die Politik des Bundes. Für das Gesundheitswesen ist besonders das Phänomen der »Verschiebebahnhöfe« interessant. Mit dieser Politik hat der Bund des öfteren eigene Ausgaben auf die GKV abgewälzt, um im Anschluß mit Verweis auf die »Milliardendefizite« die Notwendigkeit von Einschnitten zu begründen.

Schon von der sozialliberalen Koalition wurden Lasten »verschoben«, und ihre christlich-liberale Nachfolgerin brachte diese Technik zur Perfektion. Allein zwischen 1977 und 1984 wuchs das Volumen dieser »Verschiebevorgänge« zu Lasten der Krankenkassen von 2,4 Mrd. DM auf 14,7 Mrd. DM. Maßgeblich dafür waren vor allem drei Maßnahmen (Berg 1986):

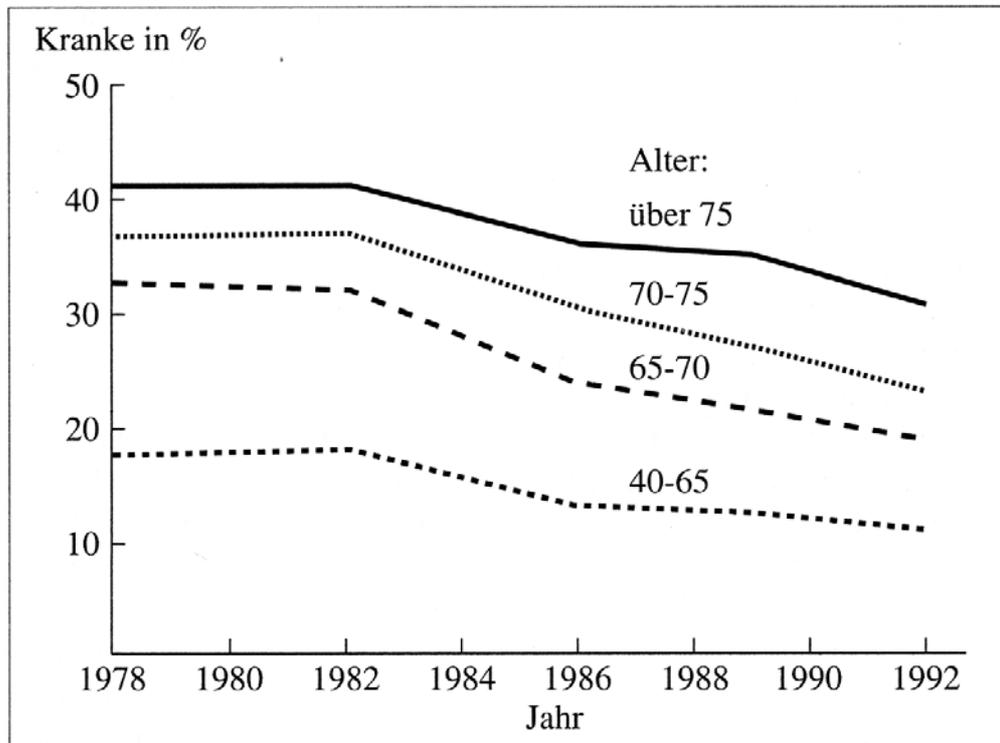


Abbildung 3.3
Gefragte Krankheitsprävalenz bei Frauen im zeitlichen Verlauf:
Prävalenz im April (1992 im Mai) des jeweiligen Jahres;
alte Bundesländer

- die Kürzung des Beitrags der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner von 17 % auf 11 % der Renten sowie weitere Entlastungen der Rentenversicherung, die allein für das Jahr 1984 die Einnahmen der GKV um 12,4 Mrd. DM verringerten,
- die Übernahme der TBC-Behandlung von der Rentenversicherung, was zu Mehrausgaben der GKV von 270 Mio. DM pro Jahr führte,
- die Einführung eines Sozialversicherungsanteils bei Krankengeldzahlungen, die die GKV 1984 mit 605 Mio. DM belastete.

In den letzten fünf Jahren hat das Finanzvolumen des »Verschiebebahnhof« einsame Höhen erreicht. Nach Berechnung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) belief sich 1997 das Ausmaß der politisch zu verantwortenden finanziellen Belastungen, denen die GKV allein seit 1993 ausgesetzt war, auf knapp 40 Mrd. DM. Allein 1997 hatte diese Art der finanziellen Belastungen der Krankenkassen ein Volumen von 16,25 Mrd. DM, was umgerechnet 0,92 Beitragssatzpunkte sind. Bei den größten Waggonen auf diesem Verschiebebahnhof handelt es sich um:

- die 1992 auf Dauer beschlossene Absenkung der Bemessungsgrundlage für Krankenkassenbeiträge der Arbeitslosen von 100 % auf 80 % des letzten Bruttoentgelts. Das bedeutete für die GKV allein zwischen 1995 und 1997 einen Einnahmeverlust von 13,5 Mrd. DM,
- die dauerhafte Anhebung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge, die Bezieher von Krankengeld an die Rentenversicherung abführen, vom Nettoentgelt auf 80 % des letzten Bruttoentgelts, was von 1995 bis 1997 ein Transfer von der GKV zur Rentenversicherung in Höhe von 3 Mrd. DM mit sich brachte,
- die Absenkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 100 % auf 80 %, was den Krankenkassen Einnahmeverluste allein 1997 von ca. 200 Mio. DM bescherte,
- die Absenkung des Beitragssatzes der Rentner im Zeitraum vom 1. 7. 1997 bis 30. 6. 1998, die die GKV-Einnahmen um 1,4 Mrd. DM verringert.

Man sieht: »Es gibt einen Hauptkostentreiber für die GKV, und das ist der Staat. Es ist der Staat auf allen Ebenen und die Länder und Kommunen. Der Bund hat alleine den Einnahmeausfall von 6 Mrd. DM zu verantworten.« Diese klaren Worte sprach der Bundesgesundheitsminister auf dem Apothekertag am 27. 9. 1995 in München, und der muß es schließlich wissen.

Die Absicht hinter der Rhetorik

Der Ausgabenanteil am Sozialprodukt muß also auch in Zukunft keineswegs explosionsartig, auch nicht exponentiell steigen. Kurz- und sogar mittelfristig ließe er sich bei gezielten Umverteilungen und Strukturverbesserungen im Gesundheitswesen durchaus konstant halten. Die Aussagen, die über künftige Ausgabenentwicklungen gemacht werden, sind zu einem Gutteil Rhetorik im Verteilungskampf sowohl um den »Kuchen« der GKV als auch makroökonomisch um die Gewinne der Unternehmen. Das tatsächlich vorhandene Wissen reicht nicht aus, um sichere Prognosen zu machen. Es genügt aber völlig, um zu erkennen, daß die Faktoren »Relative Preise und Altersstruktur« zu moderat ansteigenden Ausgaben führen können, während zugleich aber die Faktoren »medizinisch-technischer Fortschritt«, »Integration des Gesundheitswesens« sowie »Steuerung« in die entgegengesetzte Richtung wirken können. Unvermeidlich ist lediglich der »Preisstruktureffekt«, da die Produktivität bei personenbezogenen Dienstleistungen unterdurchschnittlich steigt. Solange jedoch die Löhne im Gesundheitswesen einigermaßen mit dem durchschnittlichen Lohnwachstum Schritt halten, resultieren daraus keine dramatischen Steigerungen. Das hat sich bis heute ganz und gar bestätigt. Die GKV könnte also auch ohne Kürzungen und weitere Zuzahlungen von dramatischen Ausgabenexplosionen verschont und somit finanzierbar bleiben.

Falls der Trend der fallenden Lohnquote anhält (für diese Annahme >garantiert< die Massenarbeitslosigkeit), steigen jedoch auch bei konstanter Ausgabenquote am Bruttoinlandsprodukt die Beitragssätze. Da der Bedarf an Versorgungsleistungen mit sinkender Lohnquote eher steigt als fällt, wird man das Solidarprinzip nur aufrechterhalten können, wenn die hohen (und wachsenden) Einkommen in den Solidarausgleich einbezogen werden und/oder von der reinen Lohnfinanzierung abgegangen wird. Die Beitragssätze würden darüber hinaus zweifellos weniger steigen, wenn erstens solche im Gesundheitswesen erzielten Einkommen, die weder in die Lebenshaltung der dort Arbeitenden noch in gesundheitspolitisch erwünschte Reinvestitionen eingehen, beschränkt würden, und wenn

zweitens Leistungen sinnvoll nach ihrer Wirksamkeit beurteilt werden könnten.

Ob die soziale Krankenversicherung »finanzierbar« sein wird, ist kein objektiv feststellbarer Sachverhalt, sondern Ausdruck der in einer Gesellschaft dominierenden Werthaltungen und der politisch-ökonomischen Kräfteverhältnisse. Diese Verteilungskämpfe werden häufig nicht offen ausgetragen und verbergen sich nicht selten hinter vermeintlich sachlichen Argumenten von Experten. Diese werden ihrer gesellschaftlichen Aufgabe, die Öffentlichkeit zu informieren, nicht gerecht, sei es absichtlich oder - das dürfte die Regel sein - weil sie bequeme Stereotypen übernehmen.

Ihre Argumente weisen allzuoft Merkmale auf, die vermuten lassen, daß sich ihre Beliebtheit eher politisch-ideologischen als sachlichen Gründen verdankt:

- Sie werden unabhängig von Zeit, Anlaß und Nation seit Jahrzehnten von Konservativen und Wirtschaftsliberalen in den westlichen Ländern (vgl. Evans 1990) immer wieder vorgebracht, um Restriktionen im Sozialstaat zu legitimieren, sind also weder neu noch spezifisch auf eine künftige Entwicklung bezogen.
- Sie können entweder politisch nicht verändert (und damit auch nicht verantwortet) werden (Alterungsprozeß, medizinischer Fortschritt) und/oder liegen in der Verantwortung des auf den Sozialstaat angewiesenen Bevölkerungsteils (Anspruchshaltung, Mißbrauch).

Gleichzeitig enthält eine solche Rhetorik zwei unausgesprochene »herrschaftliche« Botschaften an die Bevölkerung. Die erste lautet: »Uns als Experten/Politikern sind die Hände gebunden, denn die Entwicklung ist naturgegeben.« Und die zweite lautet: »Ihr seid selbst schuld und habt die Konsequenzen selbst zu verantworten.« Ein bedauerliches Beispiel für diese Art von Experteninformation liefert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ihm kommt ohne Zweifel das Verdienst zu, seit seinem Bestehen der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit immer wieder Materialien geliefert zu haben, die die Debatte hätten versachlichen können. Das gilt besonders für das letzte Gutachten 1996. Zu bestimmten Fragen werden allerdings Schlußfolgerungen

gezogen, die international verfügbares Wissen, einfache Plausibilität und sogar selbst präsentierte Daten ignorieren. Von den insgesamt neun Ausgaben-Faktoren, die der SVR 1995 zur künftigen Ausgabenentwicklung der GKV erörtert, bringt er nur für zwei (Preisstruktur und Altersstruktur) überhaupt empirische Belege. Auf den Zusammenhang zwischen Todesnähe und Ausgaben, der spätestens seit 1989 in der Literatur bekannt ist, kommt das Gutachten überhaupt nicht zu sprechen. Auch die Gesundheitspolitik und andere Machtverhältnisse werden nicht erwähnt.

Während die Experten sich bei der Berechnung des Altersstruktureffekts mit Hundertsteln herumplagen, steigern sie sich bei der Prognose des gesamten Ausgabenanstiegs auf enorme Vervielfachungsraten, ohne jeglichen Beleg anzuführen. Trotz fehlender Beweise scheint ihnen nicht nur offensichtlich, daß die genannten Faktoren in einem additiven Verhältnis stehen, sondern sich »multiplizieren«, ja »in einzelnen Fällen möglicherweise potenzieren«. »... Neue Behandlungsmethoden wecken ihrerseits zusätzliche Ansprüche an das Gesundheitswesen, die vor allem dann nach einer umgehenden Befriedigung verlangen, wenn die Patienten diese medizinischen Leistungen ohne spezielles Entgelt erhalten. Diese organisatorischen Aspekte, die als Einflußfaktoren des Ausgabenwachstums eher qualitativen Charakter besitzen, wirken ebenfalls in Kombination mit den genannten angebots- und nachfrageseitigen Determinanten auf die Ausgaben der GKV ein. Insgesamt gesehen resultiert das Wachstum der GKV-Ausgaben somit (? , d.V.) nicht nur aus einer Addition der Effekte einzelner isolierter Einflußgrößen, sondern aus einem Wirkungsgeflecht von angebots- und nachfrageseitigen Determinanten, deren Effekte sich meist multiplizieren, in einzelnen Fällen möglicherweise potenzieren.« (45)

Der kritische Beobachter muß sich fragen, welche Absichten hinter solchen unhaltbaren Behauptungen stehen, die lediglich bekannte Klischees reproduzieren.