

Kap 2. Wie eine Legende entsteht - das Märchen von der Kostenexplosion

Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung

2. Wie eine Legende entsteht - das Märchen von der Kostenexplosion

1974/75, mit dem Beginn der Massenarbeitslosigkeit und dem Ende des >Wirtschaftswunders<, tauchte der Begriff »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen erstmals auf. Ganz im Einklang mit der neuen Sprachregelung betitelte der *Spiegel* 1975 eine Serie über das Gesundheitswesen mit: »Krankheitskosten: Die Bombe tickt«. Mit der Explosions-Metapher wurde die Vorstellung eines äußerst dramatischen, aus der Kontrolle geratenen Sachverhalts heraufbeschworen. Über 20 Jahre hinweg bis in die aktuelle Diskussion hinein hat sich die Rede von der Explosion gehalten. Sie suggeriert eine akute Bedrohung, die unverzügliches Handeln erfordert und angesichts derer zeitraubende Bedenken zurückgestellt werden müssen.

Bei näherer Betrachtung erweist sich jedoch die Grundlage für die These von der Kostenexplosion als wenig aussagekräftig. Die Metapher legt ständig steigende Ausgaben nahe. Gemessen wird die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen jedoch an den Steigerungsraten der Beitragssätze. Der Beitragssatz gibt zunächst nur Auskunft darüber, in welchem Verhältnis Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitswesens zueinander stehen. Steigt der Beitragssatz, hat sich dieses Verhältnis verschlechtert. Tatsächlich stieg der jahresdurchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 8,2% (1970) über 11,4% (1980) auf 13,41 % 1993, ein Niveau, auf dem er auch noch im 1. Halbjahr 1997 (13,42%) verweilte (*Abbildung 2.7*). Unbeantwortet bleibt bei einer isolierten Betrachtung der Beitragssätze, ob die Ursache in einem Anstieg der Kosten oder einer Verringerung der Einnahmen zu suchen ist.

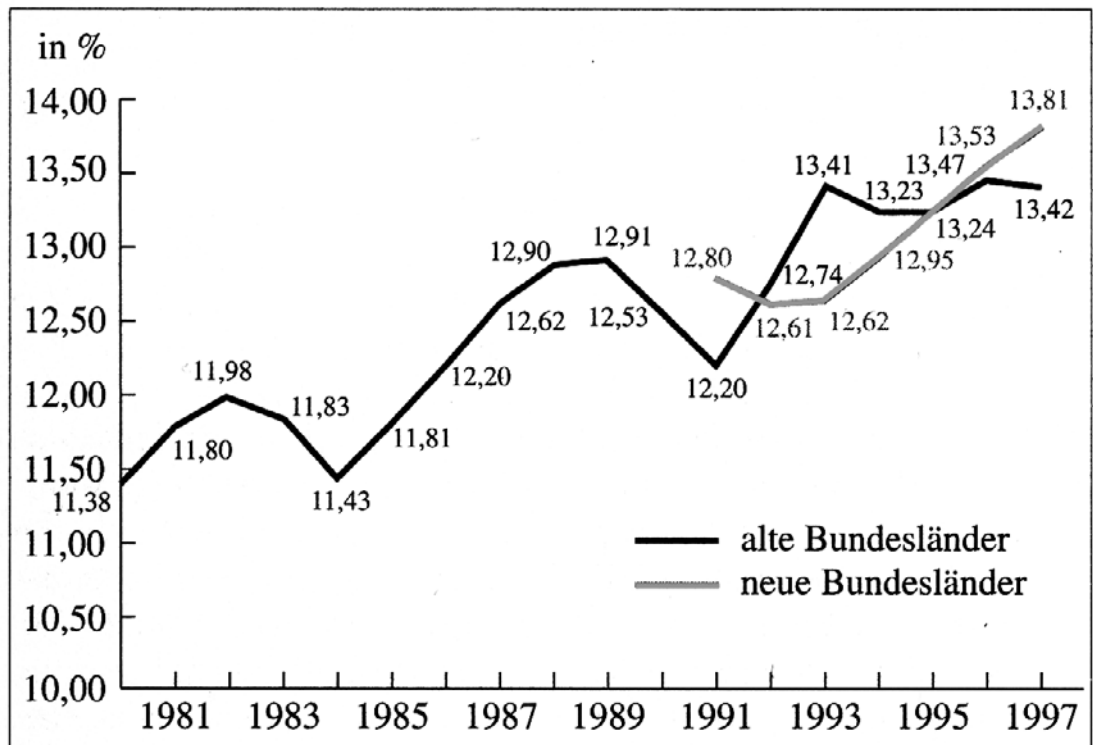


Abbildung 2.1

Entwicklung des jahresdurchschnittlichen Beitragssatzes der GKV

Quelle: Daten des Gesundheitswesens, 1997

- Sobald die finanzielle Entwicklung im Gesundheitswesen jedoch jenseits der »Explosions«-Rhetorik differenziert analysiert wird, zeigen sich zwei deutliche Trends:
- Der Anteil am Bruttosozialprodukt (BSP), der für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, hat sich seit 1975 nicht wesentlich gesteigert.
- Die Einnahmen der GKV sind deutlich zurückgegangen.
- Aufschluß darüber, wie sich die Explosions-Metapher trotz dieser unbestreitbaren Fakten als gängiger Topos in der Gesundheitsdebatte etablieren und halten konnte, gibt ihre Entstehungsgeschichte.

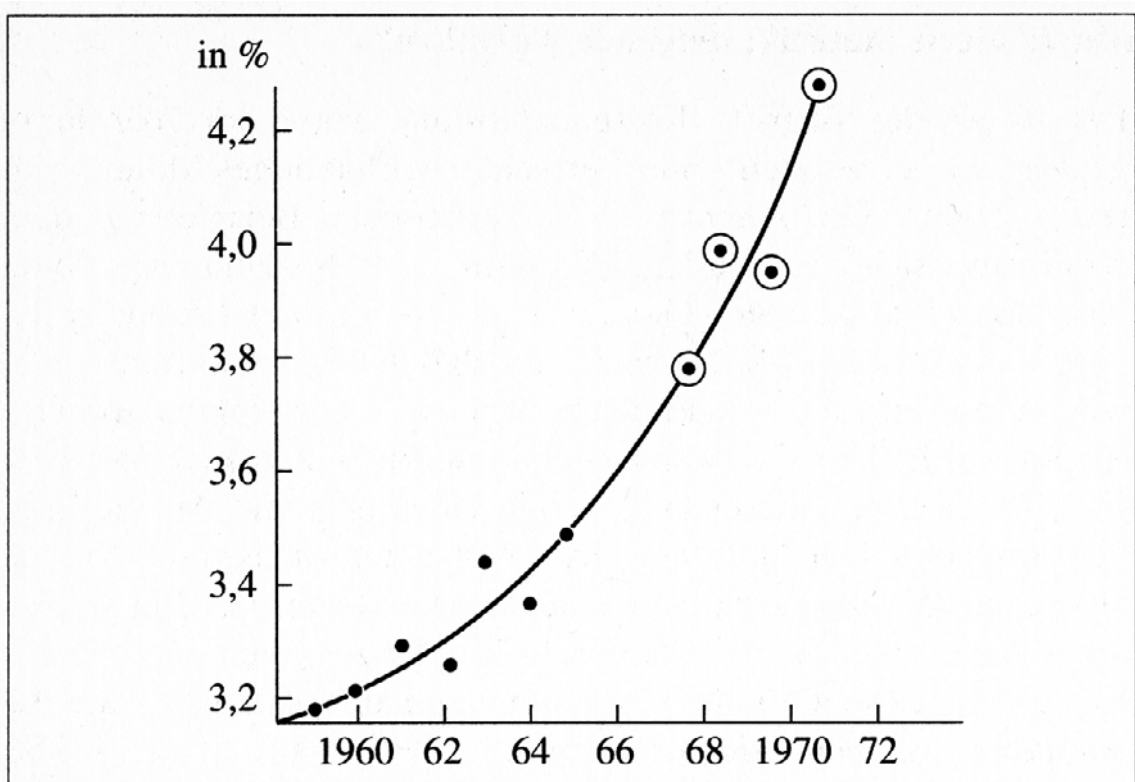
Manipulierte Statistik: steigende Ausgaben?

Bereits als der Begriff »Kostenexplosion« Mitte der 70er Jahre geprägt wurde, setzten seine Verfechter vorhandenes Material interessegeleitet ein. An zwei charakteristischen Beispielen - dem Krankenversicherungsbudget des damaligen Sozialministers von Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, und Material des Sozialmediziners Hans Schaefer - läßt sich zeigen, daß die Explosionsmetapher von Anfang an auf einem Fundament statistischer Manipulation errichtet wurde. Das Krankenversicherungsbudget, das Geißler 1974 vorlegte, lieferte eine erschreckende Hochrechnung der Gesundheitsausgaben. Der Index der GKV-Ausgaben wuchs vom Wert 100 (1960) auf 457,4 im Jahre 1973, eine enorme Steigerung. Ein graphisches Äquivalent lieferte Hans Schaefer. Er zeigte eine Kurve der Kosten, die exponentielle Wachstumsraten aufweist, also - wie die *Abbildung 2.2* zeigt - sich überstürzt.

Die dramatische Wirkung der von Geißler präsentierten Ausgabenentwicklung (*Abbildung 2.1*) verdankte sich einem einfachen statistischen Kunstgriff: Die Steigerungen eines solchen Index hängen vom Wert des Jahres ab, das als Ausgangsjahr gewählt wird (Basisjahr). Je kleiner dieser Wert bzw. je weiter entfernt das Ausgangsjahr ist, desto größer sind die Steigerungen. Obwohl in Geißlers Studie allen anderen Indices das Basisjahr 1970 (gleich 100) zugrunde lag, hatten seine Mitarbeiter bei den GKV-Ausgaben 1960 gewählt. Wäre nämlich als Basisjahr 1970 genommen worden, dann hätte die Differenz zwischen 1960 und 1973 anstatt 357,4 nur 134,5 betragen, eine Steigerung zwar, aber keine Katastrophe.

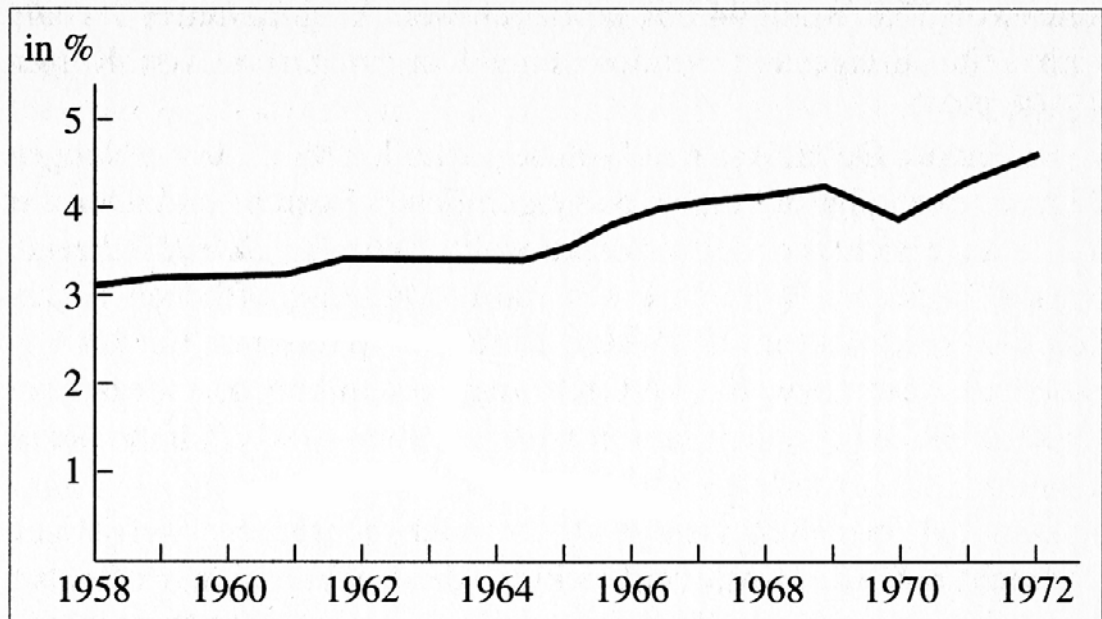
Bei Schaefers Ausgabenkurve (*Abbildung 2.2*) handelt es sich um eine »dressierte Kurve«¹. Schaefer verbindet die jährlichen Werte durch eine Parabel. Damit unterstellt er eine Kurve, deren Steigerungsraten von Jahr zu Jahr ansteigen. Verlängert in die Zukunft erweckt diese Darstellung den Eindruck, das gesamte Brutto-sozialprodukt werde in absehbarer Zeit von den GKV-Ausgaben

¹ Es ist dies auch ein Beispiel dafür, daß in der Regel kein Experte seine Reputation ernsthaft gefährdet, solange seine »Irrtümer« im Trend liegen.

**Abbildung 2.2****Ausgaben der GKV in Prozent des Bruttosozialprodukts 1958-1972***Quelle: Schäfer, 1973*

»aufgefressen«. Dieser optische Eindruck entsteht allein durch die gewählten Relationen auf der senkrechten Achse. Als niedrigster Wert wird 3,2 % und als oberster Wert 4,2 % genommen, während auf der waagerechten Achse die Jahre 1960 bis 1972 im Zweierrhythmus auf engstem Raum abgetragen sind. Die gleichen Werte vermitteln bei anderer Beschriftung der Achsen ein völlig anderes Bild. In *Abbildung 2.3* reicht die senkrechte Achse von 1 % bis 6 %, und auf der waagerechten Achse sind die Jahre im Einerrhythmus abgetragen. Resultat ist eine flach steigende, lineare Kurvenfunktion.

Beide Beispiele aus den Geburtsjahren der Explosionsmetapher zeigen deutlich, wie willkürlich Einzelinformationen instrumentalisiert werden, ein Vorgang, der nicht nur in der Kostendebatte immer wieder zu beobachten ist. Tatsächlich signalisierten die damals fest-

**Abbildung 2.3****Ausgaben der GKV in Prozent des Bruttosozialprodukts 1958-1972***Quelle: nach Kühn, 1976*

gestellten Steigerungen der Beiträge eine krisenhafte ökonomische Entwicklung, die jedoch auf andere Ursachen zurückging, als die Vertreter der Explosionsmetapher behaupteten. Die sehr hohen Steigerungsraten, die zwischen 1969 und 1975 auf der Ausgaben-seite entstanden waren, hatten eindeutig einen Sondercharakter. Die sozialliberale Regierung, die seit 1969/70 im Amt war, hatte den versicherten Personenkreis der GKV erweitert und neue Leistungen eingeführt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und der Bundespflegesatzverordnung (BPflVO) von 1973 schuf sie den finanzpolitischen Spielraum, um den schlecht ausgestatteten, unter Finanznot leidenden und personell unterbesetzten Krankenhaussektor zu sanieren. Die hohen Wachstumsraten der Ausgaben für die stationäre Versorgung zeigen lediglich an, daß dieser Modernisierungsaufwand zum großen Teil über die Pflegesätze finanziert wurde (Kühn 1980). Ausgabensteigernd wirkte sich ferner aus, daß in den fünf Jahren zwischen 1970 und 1975 der Anteil der GKV an den Ausgaben aller Institutionen im Gesundheitsbe-

Wie eine Legende entsteht

reich von 35,0% auf 44,2% gestiegen war. Auch dahinter verbarg sich keine Steigerung, sondern eine Umverlagerung von Kosten (SVR 1994).

Indem die Debatte sich auf solche partiellen Mehraufwendungen konzentrierte, ignorierte sie den eigentlichen Kostentrend. Der war für jeden ersichtlich, der es wissen wollte. Wie die *Tabelle 2.2* zeigt, ist seit Ende der 70er Jahre der Teil des gesellschaftlichen Reichtums (ausgedrückt im BSP), den die Bundesdeutschen für das Gesundheitswesen bzw. für die GKV ausgegeben haben, nahezu konstant geblieben. Bei den Jahren zwischen 1969 und 1975 handelte es sich um eine gesonderte Nachholphase.

Dennoch beziehen viele Autoren noch heute bei langfristigen Betrachtungen zur Kostenentwicklung diese Jahre mit ein, offenbar deshalb, weil sie einen Trend mit steigenden Wachstumsraten zeigen möchten, den es aber seit Ende der 70er Jahre nicht mehr gibt.

Ohnehin muß man mit Statistiken zu den Ausgaben (>Kosten<) für die Gesundheitsversorgung sehr vorsichtig umgehen. Es hat sich eingebürgert, die Ausgaben jeweils auf das Bruttosozial- bzw. Bruttoinlandsprodukt (BSP, BIP) zu beziehen. Der jeweilige Prozentsatz gibt dann Auskunft auf die Frage: Welcher Anteil des wirtschaftlichen Reichtums wird im Jahr x für das Gesundheitswesen insgesamt oder von der GKV ausgegeben? Der zeitliche Vergleich solcher Ausgabenquoten ist zwar sinnvoll, aber man muß sich bewußt sein, daß nicht jede Veränderung dieses Wertes auch tatsächlich auf eine entsprechende Veränderung der Kosten schließen läßt.

Wenn zum Beispiel die Wachstumsrate des BIP (der Nenner des Quotienten) konjunkturbedingt abnimmt, steigt rechnerisch der Ausgabenanteil, da die medizinische Versorgung von der Wirtschaftskonjunktur unabhängig ist. Umgekehrt sinkt im Konjunkturaufschwung die Ausgabenquote, ohne daß darum auch die Kosten gesunken sein müssen. Zu Verzerrungen kommt es auch, wenn beispielsweise ein Gesetz angekündigt wird, das den Versicherten höhere Zuzahlungen bringt. Diese ziehen dann verschiebbare Leistungen (z. B. Zahnersatz) zeitlich vor. Dadurch steigt der Wert des Vorjahres einer >Reform<, und danach macht es den Eindruck, Kosten seien gesunken. (Beispiel ist das »Gesundheitsreformgesetz«

1989). Veränderungen der Ausgabenquoten in kurzen Zeiträumen sagen also allein nichts aus. Hier kommt es auf die genaue Betrachtung der Einzelheiten an. Will man aber auf der Basis vorhandener Statistiken einen Trend analysieren und statistisch darstellen, dann sollten besser Durchschnitte mehrerer Jahre miteinander verglichen werden¹, um die Schwankungen des BSP auszugleichen.

Was die Ausgabenzahlen unter diesen Vorbehalten wirklich zeigen können, ist in keiner Weise dramatisch zu nennen, von »Kostens-
explosion« ganz zu schweigen. Die Betrachtung seit 1980 stützt die These, daß die gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen als Anteil am BIP langfristig einen leichten, linear ansteigenden Trend aufweisen, wie das für alle Sektoren, in denen personenbezogene Dienstleistungen eine wesentliche Rolle spielen, üblich ist. Wie im nächsten Kapitel gezeigt wird, hängt das vor allem damit zusammen, daß die Produktivität personenbezogener Dienstleistungen (nicht nur im Gesundheitswesen) unterdurchschnittlich wächst und diese somit langfristig, verglichen mit materiellen Gütern, relativ teurer werden. Von einer modernisierten Struktur des Gesundheitswesens könnte erwartet werden, daß dieser leichte Anstieg durch verbesserte Wirtschaftlichkeit² sogar für einen gewissen Zeitraum >ausgesetzt werden kann.

Die *Tabelle 2.1.* zeigt zunächst die gesamten Aufwendungen für das Gesundheitswesen als Anteil des Bruttosozialprodukts im internationalen Vergleich. Hier geht es also noch nicht um die GKV, die nur knapp die Hälfte davon finanziert, sondern um die Gesamtausgaben. In allen Industrieländern mit Ausnahme Schwedens steigen die Quoten erwartungsgemäß im Trend seit 1980 in jedem Land.

Selbst wenn man für Deutschland die aufgrund der niedrigen Wachstumsraten des BIP >übertreibenden< Werte der Jahre 1993 und 1994 heranzieht, ist die Quote seit 1980 nur um 1,1 Prozentpunkte gestiegen. Nur Japan und Schweden liegen darunter. Die USA (4,6), Kanada (2,4) und die Schweiz (2,3) liegen an der Spitze.

1 Z. B. werden bei Fünfjahresdurchschnitten für das jeweilige Jahr die beiden vorherigen und die beiden nachfolgenden Jahre einbezogen.

2 »Wirtschaftlichkeit« heißt: Gleiche Qualität mit geringerem Aufwand bzw. gleicher Aufwand bei höherem Leistungsniveau.

Tabelle 2.1

Gesamte Ausgaben für medizinische Versorgung* in Prozent des Bruttosozialprodukts, ausgewählte Länder 1980 bis 1994								
Land	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1980-94
Deutschld.	8,4	8,7	8,3	8,4	8,6	9,3	9,5	1,1
Frankreich	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	2,1
Italien	6,9	7,0	8,1	8,4	8,5	8,6	8,3	1,5
Japan	6,6	6,6	6,8	6,7	7,0	6,6	6,9	0,3
Kanada	7,4	8,5	9,4	10,0	10,2	10,2	9,8	2,4
Niederld.	7,9	7,9	8,0	8,3	8,5	9,0	8,8	1,1
Schweden	9,4	8,9	8,6	8,4	7,6	7,6	7,7	1,7
Schweiz	7,3	8,1	8,4	9,0	9,4	9,5	9,6	2,3
UK	5,6	5,9	6,0	6,5	7,0	6,9	6,9	1,3
USA	8,9	10,2	12,1	12,9	13,4	13,6	13,5	4,6
* Abgrenzung nach OECD								

Quelle: OECD, zitiert nach: U. S. National Center for Health Statistics, Health United States 1996-97, Hyattsville, Maryland, USA

Im Zeitraum 1980 bis 1991 hat die Quote überhaupt nicht zugenommen. Ein systematischer Zusammenhang zwischen der jeweiligen Ausgabenquote und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes (vgl. das »Standort-Argument«, Kapitel 5) besteht offensichtlich nicht. Weder ist die Wirtschaft Großbritanniens, das einen niedrigen Wert aufweist, besonders stark, noch könnte die USA mit dem weitaus größten Anteil als ein wirtschaftlich besonders wenig >wettbewerbsfähiges< Land bezeichnet werden.

Bei den deutschen Quoten fallen die Jahre 1993 und 1994 auf, da sich die stark erhöhten Werte von dem bis dahin fast gleichbleibenden Trend entfernt zu haben scheinen. Ohne das auf der Grundlage veröffentlichter Daten genau zurechnen zu können, sind - nicht an der Steigerung schlechthin, aber an ihrer außerordentlichen Höhe - zwei Gründe wesentlich beteiligt, die über den Trend keine Schlüsse zulassen. Das sind zum einen die konjunkturbedingt rückläufigen

Tabelle 2.2

Ausgaben für Behandlung, vorbeugende und betreuende Maßnahmen, in Mrd. DM und Prozent des Bruttoinlandprodukts 1980 bis 1994						
Jahr	1980	1990	1991	1992	1993	1994
alte Länder						
Mrd DM	122,3	198,1		244,7	247,2	
Prozent	8,3	8,2	1,5 8,4	8,7	8,7	1,3 8,8
Deutschland						
Mrd DM	x	x		285,1	290,4	
Prozent	x	x	9,7 8,8	9,3	9,2	9,5 9,3

Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1997, eig. Berechnungen

Wachstumsraten des BIP von durchschnittlich 8,1 % in den Jahren 1990-92 auf durchschnittlich 2,7% 1993/94 (Daten des Gesundheitswesens 1997, 342)¹. Zum anderen zeigt die *Tabelle 2.2*, daß hier auch Vereinigungsfolgen eine Rolle spielen. Während in den alten Bundesländern die Ausgabenanteile für Behandlung, vorbeugende und betreuende Maßnahmen auf 8,7 bzw. 8,8 % des BIP kletterten, erreichten sie für Deutschland insgesamt 9,2 bzw. 9,3 %. Während nämlich die Leistungsausgaben pro Versicherten in den neuen Bundesländern sich auf 90,2 % der westdeutschen Werte angeglichen haben, ist der ostdeutsche Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt pro Erwerbstätigem (also dem >Nenner< des Ausgabenanteils) mit 51,5 % nur gering². Obwohl in den neuen Ländern nur noch 18,9 % der Bevölkerung leben, wird die Gesamtquote durch dieses Mißverhältnis stark erhöht.

Die Diskussion um die >Kostenexplosion< bezieht sich nun aber nicht auf diese gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen, sondern auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die kurz-

1 In den neuen Ländern ging die Wachstumsrate von 27,5 % (1992) auf 16,3 % (1993/94) zurück und hat sich mittlerweile noch weiter nach unten angeglichen.

2 Daten des Gesundheitswesens 1997, Jahresgutachten 1997/98 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, eigene Berechnung.

Tabelle 2.3

Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt 1980 bis 1996			
Jahr	GKV	BIP	GKV:BIP
1980	85956	1472040	5,84
1981	92203	1534970	6,01
1982	92677	1588090	5,84
1983	95897	1668540	5,75
1984	103562	1750890	5,89
1985	108704	1 823 180	5,96
1986	114061	1925290	5,92
1987	118930	1990480	5,97
1988	128059	2095980	6,11
1989	123242	2224440	5,54
1990	134238	2426000	5,53
1991	151634	2647600	5,73
1992	167850	2813000	5,97
1993	166092	2844100	5,84
1994	178463	2965900	6,02
1995	190289	3076700	6,18
1996	196258	3143300	6,29

Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1997, eig. Berechnungen

fristigen Veränderungen der GKV-Ausgabenanteile am BIP (Tabelle 2.3) gilt das bereits Gesagte.

Um die jährlichen Schwankungen der GKV-Ausgaben (auch des Anteils der GKV-Ausgaben an den Gesamtausgaben) nicht als Trend zu interpretieren, ist es sinnvoll, die Durchschnitte mehrerer Jahre zu vergleichen. Der GKV-Anteil am BIP stieg von 5,87 % im Jahrfünft 1980/1984 auf 5,95 % in den Jahren 1991 /1995. Das ist eine

Steigerung um 0,08 Prozentpunkte, d. h. um acht Zehntausendstel des BIP. Vor allem, wenn man das mit den Bedrohungsvisionen im Zusammenhang mit der »Standort«-Debatte vergleicht (dazu Kapitel 5), muß diese Steigerung der Ausgaben als unerheblich bezeichnet werden und kann schwerlich als Grund der Beitragssatzsteigerungen (*Abbildung 2.1*) herangezogen werden.

Langfristiger Trend: zurückbleibende Einnahmen

Auf der Einnahmeseite hingegen war Mitte der 70er Jahre tatsächlich eine Trendwende eingetreten, die bis zum heutigen Tag anhält. Die Jahre 1974/75 markieren einen Konjunkturunbruch, der zugleich das Ende des durch hohes Wachstum und Vollbeschäftigung charakterisierten deutschen »Wirtschaftswunders« einleitete. Es kam erstmals nach den 30er Jahren wieder zur Massenarbeitslosigkeit.¹ Der Arbeitsmarkt wurde zum »Käufermarkt«. Damit schrumpfte der Lohnanteil am gesellschaftlichen Reichtum- und auch die Finanzierungsbasis der Sozialversicherung. Gewerkschaften, Tarifrecht und Sozialstaat konnten diese Entwicklung zwar abbremsen, aber nicht verhindern.

Indem die Steigerung der Beitragssätze als »Kostenexplosion« thematisiert wurde, gelang es, den öffentlichen Blick von der Entwicklung der Einnahmen und damit von Arbeitslosigkeit und sinkender Lohnquote abzulenken. Begriffe wie relativer Einnahmerückgang, Machtkonzentration und rückständige Strukturen hätten die vermeidbaren Gründe steigender Beitragssätze weitaus treffender bezeichnet². Letztere schwankten - wie die *Abbildung 2.1* zeigt - deutlich mit dem konjunkturellen Zyklus, in dem die Ein-

1 Ähnlich einmütig, wie man heute vom Segen eines - durch einen ordnungspolitischen Rahmen funktionalisierten - Wettbewerbs im Gesundheitswesen überzeugt ist, waren sich zuvor die Experten einig darüber gewesen, daß Massenarbeitslosigkeit im »ordnungspolitischen Rahmen« der »Sozialen Marktwirtschaft« und speziell des »Stabilitätsgesetzes« prinzipiell vermeidbar sei und der Vergangenheit angehöre.

2 Wie noch gezeigt wird, gibt es, auf lange Sicht betrachtet, auch unvermeidbare Gründe für Ausgabenerhöhungen, die jedoch undramatisch sind.

nahmen sich periodisch relativ zu den Ausgaben verschlechterten und als staatliche Reaktion jeweils ein Kostengesetz provozierten (Pf äff/Busch/Rindsfüßer 1993).

Die Dynamik der Steigerung der Beitragssätze geht also ganz eindeutig von der Einnahmeseite aus. Da die GKV aus Beiträgen finanziert wird, die einen Prozentsatz der Löhne und Gehälter ausmachen, hängt die Entwicklung der Einnahmen grundsätzlich von zwei Faktoren ab: der Zahl der Beitragszahler (d.h. versicherten Beschäftigten) und dem Niveau der Löhne und Gehälter.¹ Seit Mitte der 70er Jahre hat die Massenarbeitslosigkeit eingesetzt, und seit Anfang der 80er Jahre nimmt der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit (Löhne und Gehälter) am Volkseinkommen² kontinuierlich ab (*Tabelle 5.1*, S. 89), entsprechend nehmen die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen (*Tabelle 5.2*, S. 91) 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 seit 1970 gestiegenen Anteil der Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen (der ja auch Leistungen beansprucht) durch die bereinigte Brutto-lohnquote, dann ging der Lohnanteil von 71,75% auf 65,7% des Volkseinkommens zurück. Entscheidend ist, daß mit dieser Entwicklung der Arbeitnehmereinkommen die Finanzierungsbasis der GKV geschrumpft ist und daher die Beitragssätze (als Prozentsatz

1 Diese Größen werden gesetzlich noch modifiziert durch die »Beitragsbemessungs und Versicherungspflichtgrenze«, d. h. die Lohnhöhe von monatlich 6300 DM (West) bzw. 5250 DM (Ost), bis zu der der Beitragssatz erhoben wird bzw. eine Versicherungspflicht besteht. Freiberuflich Tätige und Beamte unterliegen auch bei geringen Einkommen nicht der Versicherungspflicht. Wer zur freiwilligen Versicherung in der GKV berechtigt ist, kann zwischen GKV und PKV wählen. Diese Regelungen sind rein politischer Natur, die a) den Versicherungsunternehmen einen Markt, b) den Anbietern von Gesundheitsleistungen zusätzliche Einnahmen und c) der oberen Mittelschicht das Gefühl sichern sollen, privilegiert zu sein.

2 Vereinfacht ausgedrückt ist das »Volkseinkommen« derjenige Teil des BSP, der zur Verteilung verfügbar ist (BSP minus Abschreibungen und indir. Steuern plus Subventionen).

der Finanzierungsbasis) steigen mußten. Darauf haben die Bundesregierungen reagiert, indem sie Kosten auf die Patienten (Selbstbeteiligung) verlagert und die Beitragsbemessungsgrenze erhöht haben.

Ablenkungsmanöver: stabile Beiträge

Während der GKV-Anteil am BSP sich seit 1975/80 kaum verändert hat, ist der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen gesunken. Wären also seit den 80er Jahren Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz etwa dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: Wäre bei der gegebenen Ausgabenentwicklung der Lohnanteil am Sozialprodukt konstant geblieben, dann wäre der Beitragssatz noch etwa auf der Höhe von 1980, wäre die Lohnquote gestiegen, dann hätte der Beitragssatz *sogar fallen* können.

Hinter der Debatte um die Stabilität der Beiträge unter dem Schlagwort »Kostenexplosion« stehen politische Interessen. Solange im öffentlichen Bewußtsein die Stabilität der Beiträge als dringliches Problem präsent ist, wird weder nach der Einkommensverteilung noch nach der Kostenentwicklung oder gar nach dem Nutzen von Leistungen und der Entwicklung des Bedarfs gefragt. Die Beitragsstabilität ist automatisch bedroht, wenn sich die Senkung der Lohnquote nicht in relativen Ausgabensenkungen der GKV niederschlägt. So entsteht eine Atmosphäre galoppierender Dringlichkeit. Permanent müssen »Defizite« ausgeglichen werden. Für Überlegungen zur Bedarfsorientierung, zu Qualität und Nutzen, für Strategien zur Abschöpfung von Gewinnen an der Gesundheit etc. bleibt keine Zeit.

Doch auch der Fokus auf die Kostenseite und die Kostendämpfungs-Gesetze seit 1977 führte nicht dazu, an den vermeidbaren Ursachen der Ausgabensteigerung anzusetzen. Ginge es darum, wie Wirksamkeit und Bedarfsorientierung möglichst kostengünstig erzielt werden könnten, dann stünden Strukturen, Qualitäten, Verteilung von Nutzen und Einkommen im Gesundheitswesen zur Dispo-

sition. Dazu hätten die Bundesregierungen jedoch den Konflikt mit den im Gesundheitswesen engagierten Konzerninteressen und der organisierten Ärzteschaft riskieren müssen.

In der Reformdebatte hat sich inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Steigerung bei den Beitragssätzen von der Entwicklung bei den Einnahmen abhängt. Das Märchen von der Kostenexplosion kann also zumindest im Kreis der Experten nicht mehr so leicht aufgetischt werden. Dennoch bleibt das Thema steigender Kosten aktuell. Das Problem wird jetzt im System der GKV selbst gesehen und seine Kritiker fordern mit neuen Begründungsmustern eine Beschneidung der bestehenden Regelungen.