

Kostenexplosion und demographischer Kollaps.

Empirische und systematische sozialwissenschaftliche Präzisierungen zu einigen verbreiteten Annahmen

Zusammenfassung

Die Diskussion um die Gestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist geprägt von einigen Annahmen über die Kosten- und Einnahmenentwicklung, die gelegentlich der Präzisierung bedürfen. Im vorliegenden Beitrag werden solche Annahmen auf ihre Stichhaltigkeit überprüft, beispielsweise unter dem Gesichtspunkt, welche empirische Faktenlage tatsächlich hinter der als ‚Kostenexplosion‘ diskutierten Ausgabenentwicklung steht. Wie entwickelte sich beispielsweise der Anteil, den Arbeitgeber, Arbeitnehmer sowie schließlich die Kranken selbst an den Kosten tragen? Zugleich werden Zusammenhänge problematisiert, die in den Diskussionen häufig unreflektiert unterstellt werden: In welchem Zusammenhang steht etwa die Ausgabenentwicklung mit der demographischen Entwicklung? Einige der Annahmen erweisen sich als fragwürdig, andere als der Differenzierung bedürftig. Insgesamt verweist der Beitrag auf erhebliche Spielräume für die politische und soziale Gestaltung, mithin darauf, dass die Gesundheitsversorgung nicht als Ensemble von Sachzwängen zu interpretieren ist, sondern als politische Herausforderung.

Schlüsselwörter

Gesundheitspolitik – Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen – Einnahmenentwicklung im Gesundheitswesen – demographische Entwicklung – Public Health

VORBEMERKUNGEN

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt in seinen letzten Gutachten¹ fest, dass das Deutsche Gesundheitswesen auch in internationaler Perspektive für alle Bürger und Bürgerinnen ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen mit einem hohen Versorgungsstandard bietet. Mit ökonomisch vergleichbaren Ländern werde ein umfangreicher Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit vorgehalten. Rationierungen, also Nichtgewährung von medizinisch notwendigen Leistungen aus Alters- bzw. Finanzgründen, obwohl

¹ Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bonn 2001; *Ders.*, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn 2003; *Ders.*, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bonn 2005; alle online unter <<http://www.svr-gesundheit.de>>, abgerufen 09.03.2006, bzw. unter <<http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>>, abgerufen 09.03.2006.

sie einen unbestrittenen Nutzen haben, seien – anders als in anderen Ländern – kaum zu beobachten. Dennoch seien Formen von Unter-, Über- und Fehlversorgung und Potenziale zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität zu erkennen. Es fehle an einer aussagefähigen Transparenz über die Kosten-Nutzen-Beziehungen in dem komplexen und wenig transparenten Gefüge aus öffentlichen, betrieblichen und privaten Kostenträgern bzw. Leistungserbringern.

In der Studie des Kieler Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung über das Verhältnis von Kosten zu den Gesundheits- und Geldleistungen in Gesundheitssystemen von 14 Industrieländern wird das deutsche System als umfassend, preiswert und überdurchschnittlich effizient bezeichnet.² Allerdings ist nicht die Realität der Gesundheitsversorgung, sondern das Anspruchsniveau der Patienten bzw. Bürger/Bürgerinnen für die Zufriedenheit ausschlaggebend, wobei das Unzufriedenheitsdilemma von Wohlstandsgesellschaften zu bedenken bleibt.³ Wird die Qualität der Versorgung aus Sicht der Konsumenten ermittelt, dann wird jedenfalls eine beträchtliche Unzufriedenheit artikuliert. Fast jeder dritte chronisch kranke Patient ist in Deutschland der Meinung, dass das System von Grund auf umgestaltet werden sollte. Ähnlich häufig äußern sich schwerkranke Patienten in den USA und Australien. In Neuseeland, Kanada und Großbritannien sind die Patienten zufriedener.⁴ In den repräsentativen Umfragen der Bertelsmannstiftung zur ambulanten Versorgung aus Sicht der Bevölkerung fallen die Beurteilungen nicht so negativ aus.⁵ Der Europa-Gesundheitskonsumenten-Index bescheinigt Deutschland nach den Niederlanden und der Schweiz ein hochrangiges Versorgungsniveau, gemessen an Patientenrechten, Patienteninformationen, Kundenfreundlichkeit, Wartezeit, Behandlungsergebnisse und Zugang zu Arzneimitteln.⁶ Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes fielen im Jahre 2002 insgesamt 234,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben an. Dies waren 11,3% des Bruttoinlandsproduktes. Fast 60% davon wurden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aufgebracht, die 87,7% der Wohnbevölkerung versichern. Nachfolgend wird die Diskussion über Kosten und Demographie bei der Gesundheitssicherung auf die Gesetzliche Krankenversicherung beschränkt. Die vorliegende Literatur nimmt fast ausschließlich ebenfalls diese Fokussierung auf die GKV vor. Bei der

² Vgl. *Fritz Beske/Thomas Drabinski/Ute Goldbach*, Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern (2 Bde./Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystemforschung Bd. 104), Kiel 2005.

³ Vgl. *Wolfgang Zapf*, Lebensbedingungen und wahrgenommene Wohlfahrt, in: *Wolfgang Glatzer/Wolfgang Zapf* (Hg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt/New York 1984.

⁴ Vgl. *Peter T. Sawicki*, Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechsländer-Vergleich aus Patientensicht, in: *Medizinische Klinik* 100 (2005) 755-768.

⁵ Vgl. *Jan Böcken/Bernard Braun/Melanie Schnee* (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2003*, Gütersloh 2003;

Jan Böcken/Bernard Braun/Melanie Schnee (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2004*, Gütersloh 2004;

Jan Böcken/Bernard Braun/Melanie Schnee/Robert Amhof (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2005*, Gütersloh 2005.

Diskussion über Kostenentwicklung und demographisch bedingte Problemlagen hat man sich zu vergegenwärtigen, dass im internationalen Vergleich alle Gesundheitssysteme, erst recht in den entwickelten Industrieländern, mit wachsenden Kosten konfrontiert sind und mit der Finanzierung große Probleme haben.

**Übersicht 1:
Gesundheitsausgaben insgesamt
im Jahre 2003**
Quelle: Statistisches Bundesamt

Insgesamt 239,7 Milliarden Euro	%
Gesetzliche Krankenversicherung	56,7
Private Haushalte	12,3
Private Krankenversicherung	8,6
Öffentliche Haushalte	7,8
Gesetzliche Pflegeversicherung	6,9
Arbeitgeber	4,1
Gesetzliche Rentenversicherung	1,8
Gesetzliche Unfallversicherung	1,7

Gesundheitssicherung in Public-Health-Perspektive

Zu den Einsichten des alltäglichen Lebens und ebenso zu den gesicherten Erkenntnissen von *Public Health* gehört es, dass Gesundheit etwas Relatives ist, also zwischen den Polen eindeutig gesund und sterbenskrank schwanken kann. Bereiche mit leichten bzw. kompensierten Störungen können auftreten und die Person kann sich durchaus gesund fühlen.⁷ Wie Personen abhängig von ihrer sozialen Umgebung bzw. ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit mit Unwohlsein und erfahrenen gesundheitlichen Störungen umgehen und unter welchen Bedingungen sie das etablierte Hilfesystem (also einen Arzt) aufsuchen, ist ebenfalls von der *Public Health*-Forschung untersucht worden. Der überwiegende Anteil von Gesundheitsstörungen wird auch heute noch im Laienbereich

⁶ Vgl. Health Consumer Powerhouse, online unter <<http://www.healthpowerhouse.com>>, abgerufen 10.06.2005.

⁷ Vgl. Wolfgang Haber, Gesundheit und Krankheit aus ökologischer und humanökologischer Sicht, in: Barbara P. Hazard (Hg.), Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung, Opladen 1997, 13-36.

ohne Arztkonsultation bewältigt. Die Größenordnung wird auf 60-80% der Fälle geschätzt.⁸ Der Familie und hier insbesondere den Müttern und (Ehe-) Partnerinnen kommt eine hohe Leistungskompetenz zu⁹. Zwar sind die Verständnisse und Handlungsmuster der Laien von der Biomedizin mehr oder weniger stark beeinflusst, doch gibt es eine gewisse Selbstregulation, die auch bei der so genannten alternativen Medizin Anleihen macht.¹⁰ Selbst wenn ein Arzt in der ambulanten Praxis aufgesucht wird, wird ein Großteil der gesundheitlichen Störungen bzw. Klagen nicht geklärt. Nur 30-40% der ambulanten Behandlungsanlässe sind einer wissenschaftlich-medizinischen Diagnose zuzuordnen.¹¹ Nur zum Teil sind die nicht klärbaren Erkrankungen der Psychosomatik zuzurechnen. Von den ambulant versorgten Patientinnen und Patienten kommt wiederum nur ein geringer Teil in die Klinik. Zu den Grunderkenntnissen von *Public Health* gehört es also, dass Gesundheit, auch als Leistungs-, Arbeits- und Genussfähigkeit, also als Kompetenz zur gesellschaftlichen Teilhabe gedeutet, von der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt abhängt. Risiken wie Ressourcen in seiner Person wie in seiner Umwelt spielen eine gewichtige Rolle. Das Niveau eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Qualität von Lebens- und Arbeitsbedingungen haben einen starken Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit. Der Prozess der Vernaturwissenschaftlichung und Technisierung der Biomedizin, der zur Zeit einen sehr starken neuen Impuls erhält, hat den interpretativen, subjektiven Anteil in der Erkrankung und im Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozess an den Rand gedrängt. Die hermeneutische Tradition der Medizin mit ihren elaborierten Theorien und Handlungsweisen zur biographischen bzw. psychosomatischen Medizin steht einer übermächtigen naturwissenschaftlichen Biomedizin gegenüber.¹²

Wurde im Kontext von *Public Health* bereits schon ab etwa Mitte des 19. Jahrhunderts auf die soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankheit verwiesen und entsprechende Präventionskonzepte entworfen, so haben in jüngster Zeit kultur-, sozial- und

⁸ Vgl. Jürgen von Troschke, Selbstbehandlung und Selbstmedikation medizinischer Laien. BMA-Forschungsbericht Nr. 67, Bonn 1981; Dieter Grunow, Selbsthilfe im Gesundheitswesen, in: Christian von Ferber (Hg.), Gesundheitsselbsthilfe, München 1988.

⁹ Vgl. Uta Gerhardt, Patientenkarrieren, Frankfurt am Main 1986; Leonard A. Sagan, Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich, Reinbek 1992; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. Fünfter Familienbericht, Bundestagsdrucksache 12/7560, Bonn 1994.

¹⁰ Vgl. Markus Kahrs, Alternative Medizin. Quantitative Befunde zum Laienverständnis alternativer Heilverfahren, in: Gerd Marstedt/Dietrich Milles/Rainer Müller (Hg.), Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen, Bremerhaven 1999, 133-154; Thomas Schulz, Alternative Medizin in subjektiver Deutung chronisch Kranker, in: Gerd Marstedt/Dietrich Milles/Rainer Müller (Hg.), Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen, Bremerhaven 1999, 155-173; Sarah Cant/Ursula Sharma, Alternative Health Practise and Systems, in: Gary L. Albrecht/Ray Fitzpatrick/Susan C. Scrimshaw (Hg.), Handbook of Social Studies in Health and Medicine, London u.a. 2000, 426-439.

¹¹ Vgl. Heinz-Harald Abholz, Standardisierung in der hausärztlichen Versorgung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 29 (1998) 23-33.

¹² Vgl. Thure von Uexküll/Wolfgang Wesiack, Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde, in: Thure von Uexküll (Hg.), Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München 1981, 7-21; Axel W. Bauer, Naturwissenschaftliche und hermeneutische Methode in der wissenschaftlichen Medizin: Unvereinbarer

humanwissenschaftliche Forschungen eine salutogenetische Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit möglich gemacht.¹³

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Die OECD-Daten erlauben im internationalen Vergleich Aussagen zu Finanzproblemen über einen längeren Zeitraum. Nach Art der Finanzierung lassen sich die OECD-Staaten in drei Gruppen teilen: eher staatlich organisiert und steuerfinanziert (zum Beispiel Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, Schweden), eher über Sozialversicherungen finanziert (zum Beispiel Belgien, Deutschland, Niederlande, Österreich) und eher privat und marktwirtschaftlich gesteuert (USA). Übersicht 2 zeigt die Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1977 bis 2002 für neun Länder.

Übersicht 2:
Anteil Gesundheitsausgaben in % am Bruttoinlandsprodukt (BIP) –
Internationaler Vergleich
(Quelle: OECD Health Data¹⁴)

Länder	1977	1980	1985	1990	1995	2000	2002	Steigerung 2002 gegenüber 1977
USA	8,2	8,7	10	11,9	13,3	13,1	14,6	178,0
Schweiz	7,2	7,3	7,7	8,3	9,7	10,4	11,2	155,6
Deutschland	8,4	8,7	9	8,5	10,6	10,6	10,9	129,8
Frankreich	6,5	7,1	8,2	8,6	9,5	9,3	9,7	149,2
Schweden	8,4	9,1	8,7	8,4	8,1	8,4	9,2	109,5
Niederlande	7,1	7,5	7,4	8,0	8,4	8,2	9,1	128,2
Italien	6,3	6,5	7,3	8	7,4	8,1	8,5	134,9
Japan	5,8	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	137,9
Großbritannien	5,3	5,6	5,9	6	7	7,3	7,7	145,3

Gegensatz oder fruchtbarer Dialog?, in: *Reinhold Haux u.a.* (Hg.), *Wissenschaftlichkeit in der Medizin*, Frankfurt 1998, 15-38.

¹³ Vgl. *Jürgen Margraf/Johannes Siegrist/Simon Neumer*, (Hg.), *Gesundheits- und Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*, Berlin/Heidelberg/New York 1998; *Aaron Antonovsky*, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke, Tübingen 1997; *Jürgen Bengel/Regine Strittmatter/Hildegard Willmann*, *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (herausgegeben von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*), Köln 1998.

¹⁴ *Institut für Wirtschaft und Soziales (WISO)*, *Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV*, Berlin 2005, 2.

Alle Länder weisen innerhalb der 25 Jahre eine starke Zunahme auf (Ausnahme Schweden), besonders betroffen davon waren die USA. Deutschland nimmt im Jahre 2002 mit 10,9% hinter den USA und der Schweiz Rang 3 ein.

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung, dann liegt die Bundesrepublik deutlich hinter den USA und mit den Niederlanden oder Dänemark auf etwa gleicher Höhe (Übersicht 3).

Übersicht 3:
Wartezeiten, Finanzierung und Struktur von
Gesundheitssystemen ausgewählter Länder
 (Quelle: OECD Health Data¹⁵)

Länder	Wartezeiten	Pro-Kopf-Ausgaben in Euro	Anteil Steuerfinanzierung in %	Staatliche Organisation des Gesundheitswes.
Australien 2001	Ja	1 979	73	Ja
Belgien 2000	Nein	2 819	27	Nein
Dänemark 2001	Ja	3 776	78	Ja
Deutschland 2001	Nein	3 566	8	Nein
Frankreich 2001	Nein	3 027	2	Nein
Großbritannien 2001	Ja	2 471	63	Ja
Italien 2000	Ja	2 136	56	Ja
Kanada 2000	Ja	2 355	70	Ja
Niederlande 2002	Ja	3 502	4	Nein
Österreich 2002	Nein	3 115	24	Nein
Schweden 2000	Ja	3 963	61	Ja
Schweiz 2000	Nein	4 599	24	Nein
USA 2000	Ja	4 334	34	Nein

Interessant sind Zusammenhänge zwischen Wartezeiten, Steuerfinanzierung und staatlicher Organisation sowie Pro-Kopf-Ausgaben. Die Angabe zu den USA und der Schweiz zeigen, dass es in eher marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen mit wenig staatlicher Steuerung nicht unbedingt zu höherer Effizienz und niedrigeren Gesundheitsausgaben mit einer Stabilität der Ausgaben kommt. Für Deutschland lässt sich seit Mitte der 90er Jahre eine Stabilität der Gesundheitsausgaben beobachten. Werden die Gesundheitssysteme überwiegend über die Steuer finanziert (zum Beispiel Australien, Kanada, Großbritannien), so kommt es zu den niedrigsten Ausgaben. Allerdings machen Dänemark und Schweden deutlich, dass ein hoher Anteil an Steuerfinanzierung nicht notwendigerweise zu niedrigen Ausgaben führt. Nimmt man Wartezeiten als ein Kriterium für Qualität und Zugang zur Leistung, dann lässt sich kein besonders erfolgreiches System feststellen. Systeme mit einer Mischung aus steuerlicher, sozialversicherungsrechtlicher und privater Finanzierung scheinen eher in der Lage zu sein, Effizienz und Qualität mit Kostensteuerung verbinden zu können. Neuere vergleichende Studien belegen eine tendenzielle Entwicklung zu Mischsystemen. In Staaten mit stark privater Finanzierung (zum Beispiel USA) nimmt der Anteil der öffentlichen Finanzierung zu, während bei steuer- bzw. sozialversicherungsfinanzierten Systemen die privaten Finanzierungen einen steigenden Anteil aufweisen.¹⁶

¹⁵ Ebd. 4.

¹⁶ Vgl. *Heinz Rothgang/Mirella Cacace/Simone Grimmeisen/Claus Wendt, The Changing Role of the State in Health Care Systems*, in: *European Review* 13, Supp. 1 (2005) 187-212.

Das Märchen von der Kostenexplosion

Die gesundheitspolitische Debatte ist beeinflusst durch Stereotypen, Legenden und Irrtümer, die es für Bürgerinnen und Bürger schwer machen, sich in dieser komplexen Materie zu orientieren und ein eigenes Urteil zu bilden. Als eine solche Legende ist neben dem Gerede von der Vollkaskomentalität, dem massenhaften Missbrauch von Leistungen oder der Trittbrettfahrermentalität, besonders das Märchen von der Kostenexplosion populär gemacht worden. Diese Rhetorik soll die Legitimität der sozialen Sicherung und Loyalität der Bürgerinnen und Bürger für die Institutionen und Akteure in diesem System unterminieren und Regelungsmechanismen, wie das Sachleistungs-, Egalitäts- und Solidaritätsprinzip, in Frage stellen. Verbunden wird diese Diskreditierung der sozialen und gesundheitlichen Sicherung durch Bedrohungsszenarien der Gefährdung des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Es wird behauptet, dass durch die Finanzierungsmodi der sozialen Sicherungssysteme, nämlich durch die Anteile der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die Produktivität, Rentabilität und Profitabilität der Unternehmen gefährdet werde. Richtig ist, dass in absoluten Zahlen gemessen, die Ausgaben für Behandlung, vorbeugende und betreuende Maßnahmen von 163,1 Milliarden Euro (1992) auf 239,7 Milliarden Euro (2003) um 47% gestiegen sind. Übersicht 4 macht deutlich, dass dagegen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 37,4%, abgesehen von der Rentenversicherung (16,3%), die niedrigste Steigerung aufweist. Die Ausgaben der GKV machten 1992 60,7% und 2003 56,8% an den Gesamtausgaben aus. Sie sind also leicht zurückgegangen, während diejenigen der öffentlichen und privaten Haushalte etwas gestiegen sind.

Übersicht 4:
Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Trägern
(Quelle: Statistisches Bundesamt [1992-2003]¹⁷)

Träger	Millionen Euro		%
	1992	2003	2003/1992
Alle Träger	163 087	239 701	47,0
Gesetzliche Krankenversicherung	98 972	136 031	37,4
Alle Träger ohne GKV	64 115	103 670	61,7

¹⁷ WISO, Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen (Anm. 14), 19.

Öffentliche Haushalte ¹	21 151	35 285	66,8
Private Haushalte ²	17 391	29 409	69,1
Private Krankenversicherung	11 946	20 612	72,5
Arbeitgeber	6 969	9 923	42,4
Gesetzliche Rentenversicherung	3 735	4 344	16,3
Gesetzliche Unfallversicherung	2 923	4 097	40,2

¹ einschließlich Pflegeversicherung
² einschließlich Private Organisationen ohne Erwerbscharakter

Aufschlussreich ist ebenso die Entwicklung des Anteils der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 1977 bis 2003. Vor der Wiedervereinigung war der Anteil der GKV in der alten Bundesrepublik mit 5,17% (1977) bzw. 5,58% (1992) relativ stabil. Durch die Wiedervereinigung stiegen die Ausgaben auf 6,14% (1992) für Gesamtdeutschland und pendelten in den folgenden Jahren zwischen 6,0% (1993), 6,36% (1996), 6,13% (2000) und 6,39% (2003)¹⁸. Übersicht 5 zeigt den moderaten Anstieg der GKV gegenüber allen Trägern, insbesondere gegenüber der Privaten Krankenversicherung.

Übersicht 5:
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt¹⁹
 (Angaben in % des BIP)

Träger	<i>Altes Bundesgebiet</i>			<i>Deutschland</i>			
	1977	1992	Steigerung 1992 gegen 1977 in %	1992	2003	Steigerung 2003 gegen 1992 in %	Steigerung 2003 gegen 1977 in %
GKV	5,17	5,58	+ 8,1	6,14	6,39	+ 4,2	+ 23,6
PKV	0,49	0,66	+ 34,9	0,74	0,97	+ 30,8	+ 98,0
Alle Träger	8,82	9,63	+ 9,3	10,11	11,26	+ 11,4	+ 27,7

¹⁸ Ebd. 21.

In absoluten Zahlen sind die Ausgaben der GKV je Mitglieder in Gesamtdeutschland von 2 007 Euro im Jahre 1992 auf 2 684 Euro im Jahre 2003 gestiegen. Die jährlichen Steigerungsraten lagen 1998 bis 2003 bei etwa 2% mit Ausnahme 2001 (3,8%) und 2002 (2,85%).²⁰

Die Rhetorik der Kostenexplosion wird ebenfalls mit dem Hinweis auf die Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung geführt. 1980 betrug der Satz 11,4%, 1989 12,9%, 1993 13,4%, 1996 13,2% und 2004 14,3% in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern stieg er von 12,8% (1991), 12,6% (1993) über 13,5% (1996) auf 14,0% (2004).²¹ Bei dieser ausschließlichen Betrachtungsweise der Beitragssätze bleibt außen vor, ob die Ursachen in einem Anstieg der Ausgaben oder in einem Abfall der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen liegen.

Mit der Behauptung einer angeblichen Kostenexplosion wird meistens die Unterstellung verbunden, der Standort Deutschland verliere wegen zu hoher Lohnnebenkosten seine Wettbewerbsfähigkeit. Der Anstieg der Beitragssätze zu den gesetzlichen Sozialversicherungen wird nicht selten als Ursache für nachlassendes Wirtschaftswachstum und unbefriedigende Beschäftigungsentwicklung angesehen.²² Empirisch lässt sich diese Vermutung allerdings nicht belegen. Die Lohnkosten, die die Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungen sowie freiwilligen Zuschüssen enthalten, haben sich in Deutschland günstiger als in Vergleichsländern entwickelt.²³ Sozialversicherungsbeiträge sind jedoch keine verzichtbaren *Nebenkosten*, sondern elementare Lebenshaltungskosten und müssen entweder durch Beiträge über den Lohn oder durch Steuern aufgebracht werden, wenn eine soziale Sicherung im Falle von Krankheit, Pflege, Arbeitslosigkeit bzw. Alter entsprechend zivilisatorischer bzw. sozialstaatlicher Standards erfolgen soll.²⁴ Für internationale Standortvergleiche sind nicht die Sozialabgaben allein, sondern diese zusammen mit den Steuern als Abgabenquote relevant. Hieran gemessen liegt Deutschland unter den OECD-Staaten der Europäischen Union knapp unter dem Durchschnitt.²⁵ Bezieht man die Gesundheitskosten auf den einzelnen Arbeitsplatz, so liegt international betrachtet Deutschland im Jahre 2003 mit 3 012 Euro

¹⁹ Ebd. 13.

²⁰ Ebd. 27.

²¹ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, Sozialbudget 1997, Bonn 2003, online unter <<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/datensammlung/6/abb/abbVI23.pdf>>, abgerufen 09.03.2006.

²² Vgl. *OECD*, *The OECD Jobs Study: Evidence and Explanations*, Part II: The Adjustment Potential of the Labour Market, Paris 1994.

²³ Vgl. *Friedrich Breyer u.a.*, *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union*, in: *Bundesministerium für Gesundheit* (Hg.), *Zukunftsmarkt Gesundheit* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 145), Baden-Baden 2002, 67-234, 95-105.

²⁴ Vgl. *Thomas Schönwälder*, *Begriffliche Konzeption und empirische Entwicklung der Lohnnebenkosten in der Bundesrepublik Deutschland – eine kritische Betrachtung*, Düsseldorf 2003.

²⁵ Vgl. *Hartmut Reiners*, *Lohnnebenkosten – Mythen und Fakten*, in: *Die Ersatzkasse*, Heft 11 (2005).

gegenüber Frankreich mit 3 792 Euro und den USA mit 4 256 Euro ebenfalls im Mittelfeld.²⁶ Der Effekt von einem Beitragssatzpunkt auf die Arbeitskosten wird vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung je nach Branche auf 0,38 bzw. 0,42 % bewertet.²⁷

Im personalintensiven Handwerksbereich wurden 2003, bei 43 Euro Kosten für eine Handwerkerstunde, 4,70 Euro (10,9%) für Sozialabgaben berechnet (13,60 Euro Betriebskosten und Gewinn, 12,30 Euro Bruttolohn, 6,50 Euro tarifliche und freiwillige Sozialleistungen und 5,90 Euro Mehrwertsteuer). Eine Senkung der Sozialabgaben um 2% würde die Kosten je Handwerkerstunde um 25 Cent senken. Eine Senkung der Sozialabgaben mit Erhöhung der Mehrwertsteuer zu finanzieren, erhöht die Handwerkerstunde allerdings insgesamt.²⁸

Für die Bewertung der Leistungsfähigkeit des Deutschen Gesundheitssystems ist es notwendig, sich die quantitativen und qualitativen Veränderungen bei den Leistungserbringern und den Dimensionen des medizinischen Fortschritts in Diagnostik und Therapie zu vergegenwärtigen. Die Zahl der Ärzte hat sich von 1975 bis 2002 verdoppelt. Je Einwohner kam 1975 ein Arzt auf 524 Einwohner und 2002 auf 274 Einwohner. Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (vornehmlich im ambulanten Bereich), welche Leistungen zu Lasten der GKV erbringen, hat sich von 1977 bis 2002 mehr als verdoppelt. Die Zahl stieg von 61 062 auf 129 478 Ärzte.²⁹ Die technologische Ausstattung hat eine rasante Entwicklung genommen. So hat sich die Zahl der Computertomographen in Kliniken von 1992 bis 2001 auf 1 096 verdoppelt, die der Magnetresonanzgeräte auf 451 verfünffacht.³⁰ Die angesprochenen Indikatoren zur Infrastruktur erlauben allerdings keine Aussagen zur Qualität und den Ergebnissen medizinisch-ärztlich-pflegerischer Leistungen.³¹

Das Versorgungsniveau der GKV-Versicherten hat sich in den letzten Jahrzehnten bei Konstanz der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt auf einem hohen Standard weiterentwickelt. Es kam nicht zu einschneidenden Leistungskürzungen bzw. einem Abbau des Leistungskatalogs. „Darüber hinaus kann unser System für sich in Anspruch nehmen, dass bei einem umfassenden Leistungskatalog praktisch niemand von der Teilnahme am medizinischen Fortschritt ausgeschlossen wird. Auch das

²⁶ Vgl. *Thomas Ecker/Bertram Häusler/Markus Schneider*, Belastungen der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrage der Techniker Krankenkasse, Berlin 2003, zitiert nach *Hartmut Reiners*, Lohnnebenkosten – Mythen und Fakten (Anm. 25).

²⁷ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung, Bonn 2003, Abschnitt 2.2.3, online unter <<http://dip.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf>>, abgerufen 09.03.2006; Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Bonn 1997, Abschnitt 1.4.

²⁸ Vgl. *Hartmut Reiners*, Lohnnebenkosten (Anm. 25).

²⁹ *WISO*, Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen (Anm. 14), 70.

³⁰ Ebd. 74.

³¹ Vgl. die Gutachten des *Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Anm. 1).

ist weltweit die absolute Ausnahme“.³² In der schon erwähnten Studie des Kieler Fritz Beske Instituts wurde ein Versorgungsindex für Gesundheitsleistung (ambulante, stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflege, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten) und Geldleistung (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Unfall-, Invalidenrente) erarbeitet und auf 14 Länder angewandt. Deutschland steht, gemessen an diesem Index, an der Spitze und die USA am Ende dieser Länder.³³

Das Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV finanziert sich fast gänzlich aus Beiträgen von Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern, Arbeitslosen und Rentnern, die einen gewissen Prozentsatz der Löhne und Gehälter bzw. Lohnersatzleistungen und Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze ausmachen. Deshalb hängt die Entwicklung der Einnahmen der GKV wesentlich von der Zahl der Beitragszahler, also den versicherten Beschäftigten, dem Niveau der Löhne und Gehälter und der Struktur der Mitglieder und Versicherten ab. Seit 1974/1975 sind die Einnahmen der GKV gesunken. Mitte der 70er Jahre war das *Wirtschaftswunder* zu Ende und Massenarbeitslosigkeit wurde bis heute Realität. Der Anteil der Löhne und Gehälter am Bruttoinlandsprodukt (Bruttolohnquote) sank in Westdeutschland von ca. 76% Anfang der 80er Jahre auf rund 70% Mitte der 90er Jahre und liegt 2003 bei 72,1%. Stellt man den seit 1970 gestiegenen Anteil der Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen in Rechnung (bereinigte Bruttolohnquote), so ging der Lohnanteil von 71,75% auf 65,7% des Volkseinkommens zurück. Wäre seit den 80er Jahren Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz bei gegebener Ausgabenentwicklung etwa dem des Jahres 1980 (11,4%) entsprechen. Wäre die Lohnquote sogar gestiegen, dann hätte der Beitragssatz fallen können.³⁴

Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis zeigt sich, wenn man das Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigen zu den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV in Beziehung setzt. Gemäß Abbildung 1 blieben die Einnahmen im Zeitraum von 1980 bis 2000 im Wachstum um gut 20% hinter der Beitragsbemessungsgrenze und fast 31% hinter dem BIP je Erwerbstätigen zurück. Hätten die Einnahmen je Mitglied, wie das BIP je Erwerbsbeteiligten, zugenommen, dann hätte sich die fiktive Mehreinnahme auf fast 43 Milliarden DM belaufen und der durchschnittliche Beitragssatz hätte bei knapp 11,6% wie etwa 1980 gelegen.³⁵

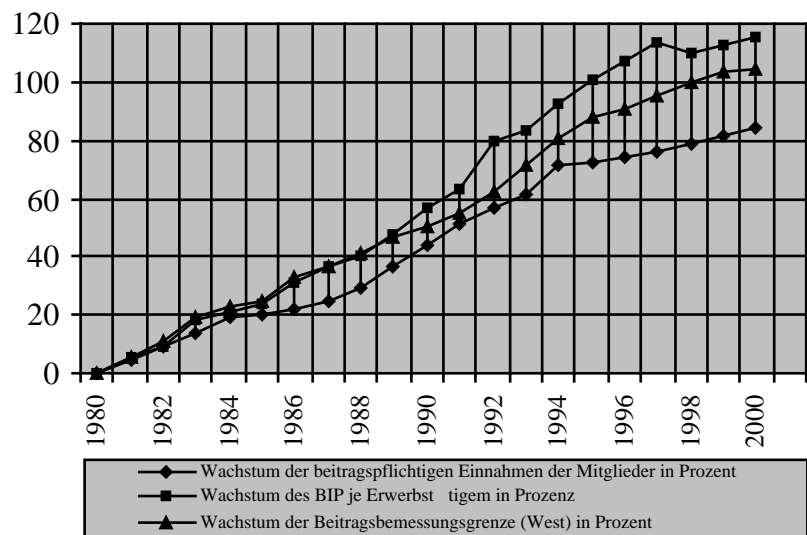
³² WISO, Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen (Anm. 14), 102.

³³ Vgl. Fritz Beske/Thomas Drabinski/Ute Goldbach, Leistungskatalog des Gesundheitswesens (Anm. 2), Bd. 1, 191.

³⁴ Vgl. Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt 1998, 31-33.

³⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 (Anm. 27), 31-35.

Abbildung 1:
Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied,
der Beitragsbemessungsgrenze und des
BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)



Für die sinkenden und stagnierenden Einnahmen der Krankenversicherungen sind auch andere Prozesse ursächlich. Bis zum 01.07.1977, nämlich bis zum Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz, war es die Regel, dass nahezu alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Zahlung der einkommensbezogenen Beiträge abgedeckt waren. Beitragszahlungen und ihre Höhe waren also nicht vom individuellen Krankheitsrisiko oder der Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen abhängig (Sachleistungsprinzip, Solidaritätsprinzip). Seit 1977 wurde die Inanspruchnahme von Leistungen mehr und mehr von Zuzahlungen abhängig. 1998 waren nur noch 25% des gesamten Versorgungsgeschehens von Zuzahlungen frei. Zuzahlungen, auch als Selbstbeteiligung bezeichnet, stellen also einen ‚zweiten Beitrag‘ der versicherten Erwerbstätigen, aber hier der Erkrankten, für die Gesetzliche Krankenversicherung dar. Hier drückt sich also eine ordnungspolitische Brisanz aus. Die paritätische Finanzierung zwischen Versicherten und Arbeitgebern, zwischen Gesunden und Kranken wird hiermit unterlaufen. 1980 betrug die Zuzahlung 6% der gesamten Mitgliedsbeiträge der GKV, 1998 waren es bereits 15%.³⁶

³⁶ Vgl. *Bernard Braun*, Härtefälle in der Gesetzlichen Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bremen/Zentrum für Sozialpolitik 1999.

Seit Anfang der 90er Jahre lässt sich in der Gesetzgebung eine zunehmende Privatisierung von Krankheitskosten beobachten. Das Hauptanliegen ist die Entlastung der Arbeitgeber. Die Finanzierung zu Lasten der Versicherten bzw. Patienten erfolgt über (a) Einführung neuer Zuzahlung (zum Beispiel Praxisgebühr, häusliche Krankenpflege), (b) Anhebung geltender Zuzahlungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel), (c) Ausgliederung von Leistungen aus der Erstattungspflicht der GKV (zum Beispiel nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel), (d) Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen (zum Beispiel Verhütung, Schwangerschaftsabbruch) über Steuern, (e) alleinige Finanzierung von Leistungsarten durch die Versicherten, so Zahnersatz ab 2005 und Krankengeld ab 2006, zusammen etwa 4 Milliarden Euro.³⁷ Seit Juli 2005 wird ein zusätzlicher Beitragssatz von 0,9% allein von Arbeitnehmern und Rentnern an die GKV gezahlt und Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungen entsprechend entlastet. Damit ist die paritätische Finanzierung aufgehoben. Arbeitnehmer und Rentner wurden 2005 dadurch um 2,25 Milliarden Euro mehr belastet.³⁸

Folgende Einflussfaktoren werden sich ebenfalls auf die Einnahmeseite negativ auswirken: (a) schwaches Wachstum der Arbeitsentgelte (zum Beispiel durch veränderte Arbeitsverhältnisse und Berufskarrieren, unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Werkverträge), (b) Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung von Weihnachtsgeld im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge (zum Beispiel Riester-Rente), (c) Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der legalen Eigenwirtschaft, (d) vorgezogene Verrentung und längere Lebens- und Rentenbezugszeit, (e) Wechsel von Versicherten in Krankenkassen mit hohen Beitragssätzen zu solchen mit niedrigen Beitragssätzen bei gleich bleibendem Behandlungsbedarf.³⁹

*Determinanten der Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem
bzw. in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Die Ausgaben im Gesundheitssystem und ihre Entwicklung hängen von Determinanten des Angebots und der Nachfrage ab. Zur *Angebotsseite* können folgende Faktoren gezählt werden: (a) medizinisches Versorgungssystem und hier insbesondere die ärztliche Profession in der ambulanten wie stationären Versorgung, (b) medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt, (c)

³⁷ Thomas Gerlinger, Privatisierung, Liberalisierung, Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen 9/2004, 501.

³⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/2006, Wiesbaden 2005, 340, online unter <<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-content.php?gaid=45&node=a>>, abgerufen 09.03.2006.

³⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 (Anm. 27), 39f.

Preisindex für Gesundheitsgüter (wächst schneller als das allgemeine Preisniveau), (d) angebotsinduzierte Nachfrage (Asymmetrie Arzt – Patient), (e) Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin, das heißt Maßnahmen von Ärzten zur Abwehr von drohenden Klagen seitens der Patienten. Zur *nachfragenden Seite* werden folgende Faktoren gezählt: (a) demographische Entwicklung, das heißt also Veränderung bei Altersstruktur und Migration, (b) Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen, (c) Veränderung des Krankheitsspektrums, vor allem in Richtung chronischer Erkrankungen, (d) gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber medizinischer und paramedizinischer Versorgung, (e) durch umfassenden Versicherungsschutz gegebener Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*Moral hazard*).⁴⁰

Einen sehr wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Ausgaben haben Entscheidungen der Politik zur Einschränkung oder Ausweitung von Leistungen und zur Verschiebung von Leistungen. So wurden seit Mitte der 70er Jahre immer wieder andere Haushalte zu Lasten der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung entlastet. 1977 wurde durch die sozial-liberale Koalition der GKV-Beitrag der Rentenversicherung von kostendeckenden 17% auf 11,8% gesenkt. Später wurde von CDU-Sozialminister Blüm der GKV-Beitrag der Arbeitslosenversicherung um 20% gekürzt.⁴¹ Die finanzielle Belastung der GKV durch den *Verschiebepbahnhof* wurde für den Zeitraum 1995 bis 2003 auf fast 30 Milliarden Euro geschätzt.⁴² Einfluss auf die Ausgaben haben neben der Politik außerdem die verschiedenen Interessensgruppen und Konstellationen des medizinisch-industriellen Komplexes, also die ärztlichen Standesorganisationen, die pharmazeutische und elektrotechnische Industrie, Forschungseinrichtungen, klinische Medizin und private Krankenversicherungen. In westlichen Industrienationen konsumieren pro Jahr nur 1% der Versicherten ungefähr 30% der Ausgaben; 5% der Versicherten mit den höchsten Kosten verursachen bereits ca. 60% der gesamten Ausgaben⁴³. In Westdeutschland wurde die Verteilung für das Jahr 1991 ermittelt. 7,7% aller Leistungsausgaben (ohne die Kosten für Dialyse und Mutterschaft) entfielen auf 50% aller Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, während die andere Hälfte 92,3% auf sich vereinte. 90% der Mitglieder mit geringer Inanspruchnahme benötigen nur 47,3% aller

⁴⁰ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden 1995, 39-45.

⁴¹ Vgl. *Bernard Braun/Hartmut Reiners*, Über Notwendigkeit politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 44 (1999) 1083-1091, 1087.

⁴² Vgl. *Fritz Beske/Thomas Drabinski/Claus Michel*, Politische Entscheidungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung/Finanzielle Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates (igsf-Schriftenreihe Bd. 91), Kiel 2002.

⁴³ Vgl. *Roger G. Evants* The Market and the State: What are Their Responsive Roles in the Regulation of Health Care Systems? Vortrag auf dem 9. Kongress der International Association of Health Policy, Montreal, Kanada, 13.-16.06.1996, zitiert nach *Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners*, Das Märchen von der Kostenexplosion (Anm. 34), 37.

Leistungsausgaben und die restlichen 10% mehr als die Hälfte. Nur 5% der Vielfachinanspruchnehmer verbrauchten 37,6% der Ausgaben für ihre Behandlung.⁴⁴

Demographische Entwicklung

Die Entwicklung der demographischen Struktur einer Bevölkerung hängt von den Geburten, den Sterbefällen bzw. der Lebenserwartung und dem Wanderungssaldo ab. In den Ländern der OECD zeigt sich seit etwa 50 Jahren eine starke Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung. So wird der Anteil der Betagten an der Gesamtbevölkerung, speziell derjenigen über 80 Jahre, laufend größer. Als die wichtigsten Ursachen werden für diesen demographischen Wandel einerseits der Rückgang der Geburtenrate und andererseits der Anstieg der Lebenserwartung genannt. Beide Faktoren werden auf Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und zum Teil auf die Errungenschaften der Medizin zurückgeführt. Mit der gestiegenen Lebenserwartung sind in allen OECD-Ländern auch die Ausgaben der Gesundheitssicherung gestiegen.⁴⁵

Die Nettoerproduktionsrate, welche angibt, wie viele lebend geborene Mädchen von 1 000 Frauen einer Generation bei gegebener Fertilität und Mortalität geboren werden, lag in Deutschland seit 50 Jahren bis auf einen kurzen Zeitraum in den 60er Jahren unter dem Bestandserhaltungswert von 1 000. Für die deutsche wie ausländische Bevölkerung liegt er derzeit bei 650. Gemessen in der zusammengefassten Geburtenziffer (*total fertility rate: TFR*) gehört Deutschland im Jahr 2000 mit 1,38 zu den Staaten mit der niedrigsten Geburtenhäufigkeit (Spanien 1,23, Italien 1,24, Frankreich 1,88).⁴⁶ Ein Wert von ca. 2,1 würde den Bevölkerungsstand sichern. Deutschland gehört also zu den ‚schrumpfenden Gesellschaften‘⁴⁷. Kaufmann sieht das zentrale Problem der demographischen Entwicklung nicht in der Zunahme alter, sondern im Fehlen junger Menschen. Die vielfältigen Folgen des demographischen Alterns auch in Fragen der Stabilisierung der Sozialversicherungssysteme hängen seines Erachtens maßgeblich davon ab, ob sich dieser Alterungsprozess bei einer wachsenden, stationären oder schrumpfenden Bevölkerung vollzieht. Er hält Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung bzw. Arbeitsproduktivität für Deutschland für viel zu optimistisch und rechnet eher mit Wohlstandsverlusten und intensivierten Verteilungskonflikten um Anteile des Volkseinkommens.⁴⁸ Die Generationensterbetafel 2002 zeigt, dass 75% der heute geborenen Mädchen mindestens 82,4 Jahre (Jungen 73,4 Jahre), 50% mindestens 88,8 Jahre

⁴⁴ Vgl. Anita B. Pfaff/Susanne Busch/Christian Rindsfüßer, Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebungen 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt/New York 1994.

⁴⁵ Vgl. OECD, Health Data Comparative Analysis of 29 Countries, Paris 1998.

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003.

⁴⁷ Vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Schrumpfende Gesellschaften. Vom Bevölkerungsrückgang und seine Folgen, Frankfurt 2005.

⁴⁸ Ebd. 91-94.

(Jungen 82,3 Jahre) und 25% sogar mindestens 93,8 Jahre (Jungen 89,2 Jahre) alt werden.⁴⁹ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug dagegen in Deutschland die Lebenserwartung der Neugeborenen bei den Frauen 48,3 Jahre und bei den Männern 44,8 Jahre. Die Überlebenskurve hat sich seit 125 Jahren stark verändert (*Rektangularisierung*). Der Tod wurde immer weiter ins hohe Alter verdrängt. Vor 100 Jahren starben zwei Drittel der Deutschen vor ihrem 60. Lebensjahr, heute sind es weniger als 10%. Übersicht 6⁵⁰ zeigt den Zugewinn an Lebensjahren im Zeitverlauf.

Übersicht 6:
Altersverteilung des Anstiegs der Lebenserwartung
pro Vierteljahrhundert, 1900-2000
 (Quelle: Max-Planck-Institut für demograph. Forschung, Rostock)

Männer

Altersintervall	1900-1925	1925-1950	1950-1975	1975-2000	Total
<1	4,85	3,13	2,86	1,24	12,08
1-14	2,65	1,55	0,67	0,35	5,22
15-34	0,67	1,45	0,40	0,72	3,24
35-54	1,64	0,82	0,25	1,00	3,72
55-74	1,10	1,03	-0,44	2,59	4,28
75+	0,13	0,28	-0,08	1,45	1,79
Total	11,05	8,26	3,66	7,36	30,32

Frauen

Altersintervall	1900-1925	1925-1950	1950-1975	1975-2000	Total
<1	4,10	3,02	2,42	1,02	10,56
1-14	3,02	1,59	0,58	0,28	5,47
15-34	0,97	1,80	0,62	0,36	3,75
35-54	0,93	1,43	0,61	0,68	3,64
55-74	0,88	1,50	1,33	1,98	5,69
75+	0,17	0,36	0,62	2,18	3,32
Total	10,06	9,70	6,18	6,50	32,44

Der Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit (bis unter 15 Jahren) machte über das gesamte Jahrhundert etwa die Hälfte der gewonnenen Lebensjahre von 30,32 Jahren (Männer) bzw.

⁴⁹ Eckart Bomsdorf, Der demographische Wandel und seine Folgen für die sozialen Sicherungssysteme. Eine Betrachtung aus der Sicht von Wissenschaft und Politik, in: Rembrandt Scholz/Jürgen Flöthmann (Hg.), Lebenserwartung und Mortalität (Materialien zur Bevölkerungsforschung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung Heft 111), Wiesbaden 2004, 9-21, 12.

⁵⁰ Vgl. Stefan Felder, Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie (Plenumsvortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Bonn 28.09.2005), online unter <<http://www.socialpolitik.org/docs/oldtag/2005/Felder%20Vortrag.pdf>>, abgerufen 09.03.2006, 4.

32,44 Jahre (Frauen) aus. Allerdings gehen gut 70% dieser Gewinne auf die Zeit vor 1950 zurück. Dies ist eher der Hygiene und Ernährung, weniger der Medizin zuzuschreiben. Von 1950 bis 1975 gingen die gewonnenen Lebensjahre insbesondere bei den Männern zurück. Die Zugewinne seit 1975 gehen auf das Konto der älteren Menschen. Hier trat die reduzierte Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen in den Vordergrund (Übersicht 7).⁵¹

Übersicht 7:
Gewonnene Lebensjahre auf Grund reduzierter Sterblichkeit,
Ausgewählte Ursachen, 1980-2000*
 (ab 1990 Deutschland, 1980-1990 nur Westdeutschland;
 Quelle: WHO, ICD-spezifische Sterblichkeitsrate)

<i>Erkrankungen</i>	<i>Männer</i>			<i>Frauen</i>		
	1980 bis 1990	1990 bis 2000	Total	1980 bis 1990	1990 bis 2000	Total
Säuglingssterblichkeit	0.59	0.31	0.90	0.42	0.30	0.73
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0.71	1.41	2.12	0.59	1.22	1.82
Krebs	0.13	0.43	0.55	0.32	0.34	0.66
Stoffwechsel	-0.01	-0.04	-0.05	0.01	0.02	0.02
Unfall	0.36	0.41	0.77	0.32	0.38	0.70
Andere	0.22	0.71	0.93	0.08	0.35	0.43
Total	2.00	3.23	5.23	1.75	2.62	4.36

In den 80er Jahren machte der Rückgang hier gut ein Drittel und in den 90er Jahren sogar 45% aus. Dieser Zugewinn an Lebensjahren ist im Vergleich mit anderen OECD-Ländern einzigartig und stellt einen Nachholeffekt in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung dar.⁵²

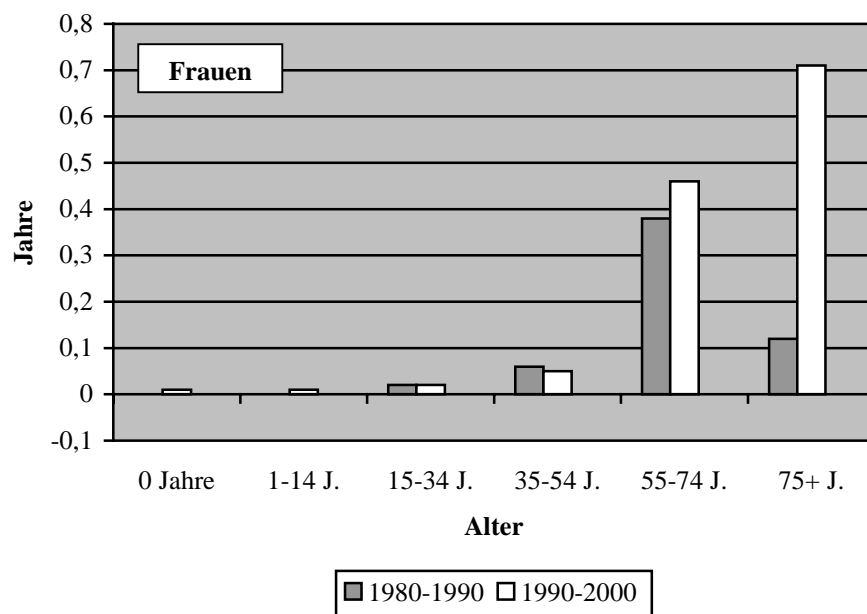
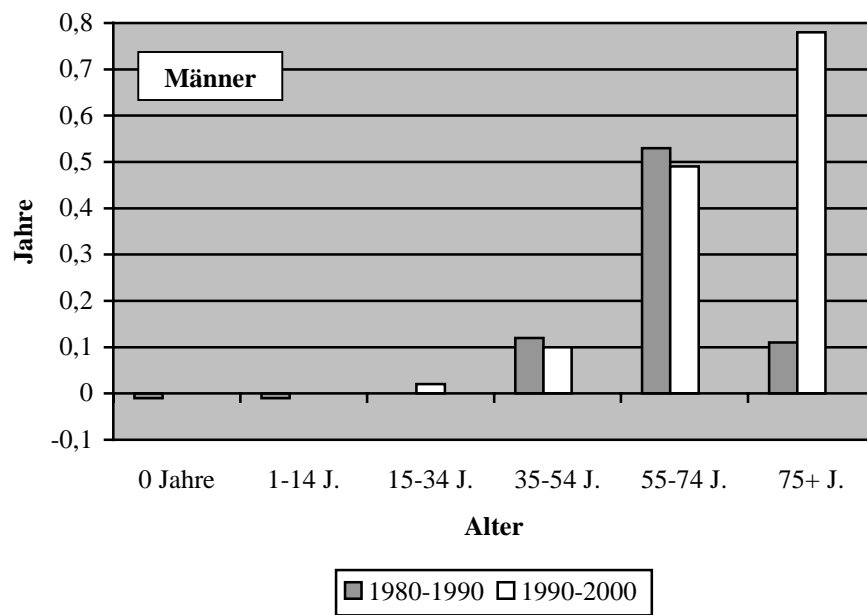
Abbildung 2⁵³ zeigt, dass von den gewonnenen Lebensjahren bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Altersgruppe über 55 Jahre besonders profitierte. Vor allem war dies in den 90er Jahren bei 75-Jährigen und Älteren der Fall.

⁵¹ Ebd. 5.

⁵² Vgl. ebd.

⁵³ Ebd. 15.

Abbildung 2:
Altersverteilung der gewonnenen Lebensjahre
in der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
aufgeteilt nach Geschlecht, Deutschland 1980-2000
 (Quelle: WHO online, Mortalitätsstatistik)



In der Altersgruppe der 35- bis 54-Jährigen gingen die Erfolge sogar zurück. Der medizinische Fortschritt erzielte zusätzliche Erfolge bei den älteren Menschen, wobei jedoch die residuale Lebenserwartung mit zunehmendem Alter sank und, ökonomisch betrachtet, die Grenzkosten stiegen. Fragen der Verbesserung der Versorgung und der Qualität des Lebens der Älteren kommen dadurch stärker in den Blick.⁵⁴

Gemäß der Variante 5 der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes⁵⁵ (Übersicht 8) weist die demographische Situation, gemessen in der Zahl der zu Versorgenden (Alte ab 60 Jahre plus Junge unter 20 Jahre), bis 2020 keine besonderen Herausforderungen auf. Pro 100 Erwerbsfähigen lag die Zahl im Jahre 2000 bei 78, 2010 wird sie auf 79,5 und 2020 auf 87,7 steigen. Danach allerdings wird eine deutliche Steigerung prognostiziert. Eine Dramatik lässt sich beschreiben, wenn lediglich der Altenquotient herangezogen wird. Er nimmt von 39,9 (2000) über 46,0 (2010), 54,8 (2020) auf 77,8 (2050) zu. Das Statistische Bundesamt ist jedoch kritisch gegenüber langfristigen Prognosen: „Da der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt immer schwerer vorhersehbar ist, haben solche langfristigen Rechnungen Modellcharakter.“⁵⁶

⁵⁴ Ebd. 16-20.

⁵⁵ *Statistisches Bundesamt* (Hg.), *Statistisches Jahrbuch 1998*, Wiesbaden 1998, 58; vgl. *Statistisches Bundesamt* (Hg.), *Bevölkerung Deutschlands* (Anm. 46).

⁵⁶ Ebd. 9.

Übersicht 8: Wohnbevölkerung und demographische Belastungsquotienten, 1960 bis 2050

	Personen in Mio. im Alter von				Kinder- und Jugend- anteil an der Bevöl- kerung = $(1)/(4)$ in %	Alten- anteil an der Bevöl- kerung = $(3)/(4)$ in %	Kinder- und Jugend- quotient = $(1)/(2)$ in %	Alten- quotient = $(3)/(2)$ in %	Gesamt- quotient = $(1)+(3)/$ (2) in %	Hochbe- tagten- Quotient* = $(>80-J.)/$ (2) in %
	unter 20 (1)	20 bis unter 60 (2)	60 und mehr (3)	insges. (4)						
1960	22,1	38,3	12,7	73,1	30,2	17,4	57,7	33,2	90,0	-
1970	24,5	38,0	15,6	78,1	31,4	20,0	64,5	41,1	105,5	-
1980	22,2	41,0	15,2	78,4	28,3	19,4	54,1	37,1	91,2	-
1990	18,4	45,1	16,3	79,8	23,1	20,4	40,8	36,1	76,9	-
1995	18,5	46,1	17,2	81,8	22,6	21,0	40,1	37,3	77,0	5,4
2000	17,6	46,1	18,4	82,0	21,3	22,4	38,2	39,9	78,0	4,8
2010	15,5	46,3	21,3	83,1	18,7	25,6	33,5	46,0	79,5	6,5
2020	14,6	44,1	24,2	82,8	17,6	29,2	33,0	54,8	87,7	8,7
2030	13,9	39,4	27,9	81,2	17,1	34,3	35,4	70,9	106,2	9,0
2040	12,9	38,0	27,7	78,5	16,4	35,3	33,9	72,8	106,6	11,6
2050	12,1	35,4	27,6	75,1	16,1	36,8	34,1	77,8	112,0	15,6

Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsberechnung: mittlere Zunahme der Lebenserwartung (im Jahr 2050 Lebenserwartung der Neugeborenen: 81,1 Jahre/Jungen und 86,6 Jahre/Mädchen), mittlerer Wanderungssaldo von mindestens 200.000 Personen im Jahr. Gesamtdeutschland bei einem langfristigen Zuwanderungssaldo von 200.000 Personen im Jahr.

* Enquete-Kommission Demographischer Wandel, Bundestagsdrucksache 14/8800.

Zu den Bevölkerungsprognosen äußern sich kritische Stimmen.⁵⁷ Nicht nur die unterstellte Konstanz einer Geburtenziffer von 1,4 für die Zukunft wird in Zweifel gezogen, sondern es werden methodische Probleme angesprochen. Wird nämlich statt auf das Querschnittsmaß (zusammengefasste Geburtenziffer TFR; 1,4 Kinder pro Frau je Stichjahr) auf Jahrgänge (Kohorten) in der Längsschnittperspektive abgestellt, so kommt die Verschiebung des mittleren Gebäralters in ein höheres Alter in den Blick (Tempoeffekt). In dieser Art der Berechnung steigt die

⁵⁷ Vgl. Hein Eckard/Bernd Mühlhaupt/Achim Truger/Klaus Bartsch, VSI-Standortbericht 2004: Demographischer Entwicklung – ein Standortproblem?, in: WSI-Mitteilungen 6 (2004) 291-303; Hagen Kühn, Demographische Wandel und GKV – kein Grund zur Panik, in: Die Krankenversicherung Heft 6/7 (2005) 178-182.

Geburtenziffer für die EU von 1,46 auf 1,71 und der jährliche Bevölkerungsrückgang liegt statt bei 1,1% bei 0,60%.⁵⁸

*Wirkungen der demographischen Entwicklung
auf Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Gesundheitsökonomische Studien haben gezeigt, dass es keinen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der Alterung und den Ausgaben für die Gesundheit gibt. Werden nämlich die Ausgaben für medizinisch-ärztliche Leistungen für den gesamten Lebenszyklus betrachtet, so zeigt sich ein U-förmiger Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und den Ausgaben für medizinische Leistungen. Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten hat jedoch nichts mit dem Kalenderalter der Individuen zu tun, sondern geht auf die mit dem Alter zunehmende Sterberate zurück. Hier ist insbesondere die zeitliche Nähe zum Tode ausschlaggebend. Von Bedeutung ist hier ebenso, dass die Kosten für sehr alte Patienten niedriger sind als für jüngere Alte. In einer Analyse dieser Zusammenhänge auf der Basis der Daten der Medicare-Versicherung in den USA (Sozialversicherung für Senioren) wurden zwischen 27 bis 30 % aller Ausgaben pro Jahr für 5 bzw. 6 % der Patienten ausgegeben, die in diesem Jahr starben.⁵⁹ Für die 65- bis 69jährigen wurden im Durchschnitt 15.436 \$, während für die 90 Jahre und älteren nur 8.888 \$ ausgegeben wurden. Die Kosten im letzten Lebensjahr (Sterbekosten) liegen etwa zehnmal höher als die Jahreskosten der Überlebenden.⁶⁰ Auf der Basis von Krankenkassendaten aus der Schweiz haben Zweifel u. a. den oben beschriebenen Zusammenhang ebenso dargestellt.⁶¹

Stefan Felder ist mit Schweizer Krankenkassendaten von 5 000 Versicherten, die zwischen dem 01.01.2001 und dem 31.12.2004 verstarben, sowie 57 000 Versicherten, welche in dieser Zeit überlebten, der Frage nach den Wirkungen der demographischen Entwicklung auf die Finanzierung der GKV nachgegangen.⁶² Die Gesetzliche Krankenversicherung deckt im Gegensatz zu Deutschland die Pflegekosten ab. Bei den verstorbenen 95-Jährigen machen Pflegekosten 75% der Gesamtausgaben aus. Bei den überlebenden 95-Jährigen immerhin 50%. Pflegekosten bei unter 65-Jährigen waren vernachlässigbar. Die Gesundheitsausgaben ohne Pflegekosten zeigten einen

⁵⁸ Tomas Sobotka, zitiert nach Hagen Kühn, Demographischer Wandel und GKV (Anm. 57), 179.

⁵⁹ James D. Lubitz/Ronald Prihoda, The Use and Costs of Medicare Services in the Last Two Years of Life, in: Health Care Financing Review 5 (1984) 117-131.

⁶⁰ James D. Lubitz/Gerald F. Riley, Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life, in: New England Journal of Medicine 15 (1993) 1092-1096.

⁶¹ Peter Zweifel, Stefan Felder, Markus Meier, Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Peter Oberender, (Hg.), Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, 29-46.

⁶² Stefan Felder, Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben (Anm. 50).

signifikanten positiven Zusammenhang mit der Nähe zum Tod. In seiner Modellrechnung bis 2060 kommt Felder zum Ergebnis, dass eine allein durch den Anstieg der Lebenserwartung bedingte Steigerung der Ausgaben pro Kopf nicht dramatisch ist. Alterung hat zwar einen gewissen Effekt, bleibt aber – verglichen mit einem moderat unterstellten technischen Fortschritt der Medizin – weit hinter diesem zurück.⁶³

Für die Bundesrepublik Deutschland hat Brockmann auf der Basis von Krankenhausunterlagen der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Westfalen-Lippe und in Thüringen für das Jahr 1997 die Befunde bestätigt, dass also nicht chronologisches Alter, sondern die Nähe zum Tod die Höhe der Kosten bestimmt. Sie fand sogar heraus, dass ältere Patienten für dieselbe Erkrankung geringere Behandlungskosten aufwiesen als jüngere Patienten.⁶⁴ Für Brockmann belegen die Zahlen, dass im deutschen Gesundheitswesen eine altersbezogene Rationierung, obwohl legal nicht zulässig, implizit existiert. Explizite Rationierung, auch nach Alter, mit entsprechenden Prioritätensetzungen wird in einigen Ländern praktiziert.⁶⁵ Gesundheitsökonomische Studien hierzu zeigen jedoch, dass Rationierung nach Alter zu Inkonsistenzen und allokativen Fehlentscheidungen auch in ökonomischer Perspektive führen kann.⁶⁶

Das Sondergutachten 1995 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat Abschätzungen zukünftiger Ausgabenentwicklungen durch die demographische Entwicklung vorgenommen. Ermittelt wurden Steigerungen der GKV-Behandlungsausgaben vom Jahre 2000 bis zum Jahre 2040 in Höhe von 1,7% (Variante 1) bis zu 12,7% (Variante 3). Variante 3 geht von einer höheren Nettozuwanderung als Variante 1 aus.⁶⁷ Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum demographischen Wandel kommt für die Variante 1 sogar zu einem Ausgabenrückgang und für die Variante 3 zu einer Steigerung von weniger als 10%.⁶⁸ Die Auswirkungen des demographischen Wandels werden für die Pflegeversicherung als stärker kalkuliert als in der Krankenversicherung, allerdings sind selbst in

⁶³ Ebd. 20; vgl. auch *Andreas Werblow/Stefan Felder/Peter Zweifel*, Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of 'Red Herrings'?, FEMM Working Paper Series 05011 (Nr. 11/2005), Magdeburg 2005.

⁶⁴ Vgl. *Hilke Brockmann*, Why is Health Treatment for the Elderly Less Expensive than for the Rest of the Population? Health Care Rationing in Germany, Arbeitspapier des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung, Rostock 2000, online unter <<http://www.demogr.mpg.de>>, abgerufen 09.03.2006.

⁶⁵ Vgl. *Bernhard J. Güntert*, Rationalisierung, Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen?, in: *Ulrich Laaser/Andrea Schwalbe* (Hg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung, Lage 1999, 51-77.

⁶⁶ Vgl. *Reiner Leidl/Andre Ament/Rob Baltussen*, Kosten-Effektivitätsanalyse und Lebensalter, in: *Peter Oberender* (Hg.), Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, 197-220.

⁶⁷ Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1995 (Anm. 40), 43.

⁶⁸ Vgl. den Zweiten Zwischenbericht der Enquete-Kommission 'Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik', Bundestagsdrucksache 13/11460, Bonn 1998, online unter <<http://dip.bundestag.de/btd/13/114/1311460.pdf>>, abgerufen 09.03.2006.

der Gesetzlichen Pflegeversicherung die Ausgabensteigerungen durch demographische Veränderungen bei unter 1% per Jahr zu veranschlagen.⁶⁹

In der Diskussion um die Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und den damit einhergehenden Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher oder pflegerischen Leistungen werden zwei Positionen unterschieden. Nach James Fries⁷⁰ wird bei steigender Lebenserwartung die Morbidität in ein höheres Lebensalter verlagert. Es wird von der *Kompressionsthese* gesprochen. Lois Verbrugge vertritt die *Medikalisierungsthese*.⁷¹ Nach dieser Auffassung verlängert sich die Morbiditätsphase bei höherer Lebenserwartung. Leider liegen alters- und geschlechtsspezifische Längsschnittdaten zur Morbidität und zur Inanspruchnahme von medizinisch-ärztlichen und sonstigen Leistungen, insbesondere Pflegeleistungen mit den entsprechenden Kostenberechnungen der notwendigen Differenziertheit, nicht vor, so dass keine gesicherten Erkenntnisse zu dieser Frage vorliegen. In Anlehnung an Uwe Fachinger und Heinz Rothgang⁷² lassen sich folgende bilanzierende Aussagen jedoch machen: (a) Nationale und internationale epidemiologische Studien sprechen dafür, dass die altersspezifische Prävalenz von chronischen Krankheiten – allerdings ist hier zwischen verschiedenen Krankheitsbildern zu differenzieren – im Zeitverlauf insgesamt rückläufig ist.⁷³ (b) Repräsentative Befragung zur subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes weisen im Zeitverlauf eine abnehmende altersspezifische Morbidität auf.⁷⁴ Für die Entwicklung der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nach Altersgruppen lassen sich die Ergebnisse des Mikrozensus seit 1978 heranziehen.⁷⁵ Es wird deutlich, dass auch die subjektiv wahrgenommene Krankheitshäufigkeit bzw. -last in allen Altersgruppen abnimmt. In diesem Zusammenhang muss darauf verwiesen werden, dass Morbidität und Mortalität vom sozioökonomischen Status abhängt

⁶⁹ Vgl. Heinz Rothgang, Umverteilung und Pflegeversicherung. Verteilungswirkungen der Einführung auf Grund der langfristigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung, in: Gerhard Igl/Gerhard Naegele (Hg.), Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, Oldenburg 1999, 65-81.

⁷⁰ James F. Fries, Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine 303 (1980) 130-135.

⁷¹ Lois M. Verbrugge, Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Age and Older Persons, in: Milbank Memorial Fund Quarterly 62 (1984) 474-519.

⁷² Uwe Fachinger/Heinz Rothgang, Zerstört der demographische Wandel die Grundlagen der sozialen Sicherheit?, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12 (1997) 814-838; Heinz Rothgang, Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: Judith Kerschbaumer/Wolfgang Schroeder (Hg.), Sozialstaat und demographischer Wandel, Wiesbaden 2005, 119-146.

⁷³ Vgl. Dieter Borgers/Bernard Braun/Uwe Helmert, Größenordnung und Relevanz der Entwicklung chronischer Krankheiten und von subjektiver Morbidität für das Sozialversicherungssystem. Gibt es eine ‚Epidemie chronischer Krankheiten‘?, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bremen/Zentrum für Sozialpolitik 1999; Reiner Hans Dinkel, Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten, in: Heinz Häfner (Hg.), Gesundheit, unser höchstes Gut? Berlin 1999, 61-83.

⁷⁴ Vgl. Günter Butler/Norman Fickel/Bernd Lautenschläger, Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Kosten im Gesundheitswesen, in: Allgemeines Statistisches Archiv 83 (1999) 120-136.

⁷⁵ Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion (Anm. 34), 54.

und dass diejenigen mit einem niedrigen Status von den positiven Entwicklungen weitgehend ausgeschlossen sind.⁷⁶ (c) Bei den Gesundheitsausgaben zeigt sich eine *Versteilerung* der Altersprofile. Die Ausgaben für die Älteren steigen wesentlich stärker als die für die jüngeren Bevölkerungsgruppen.⁷⁷ Norman Fickel untersuchte die Effekte einer Versteilerung der Ausgabenprofile nach dem Alter und kommt zu einer demographisch bedingten Ausgabensteigerung von jährlich 0,7% für die Jahre 2000 bis 2010, von 0,3% für die Jahre 2010 bis 2020, von 0,1% für 2020 bis 2030 und -0,3% für die Zeit von 2030 bis 2040. Er kommt zu der bilanzierenden Feststellung, dass „der demographische Effekt auch zukünftig keinen dominierenden Einfluss auf die Ausgabedynamik besitzt“.⁷⁸ (d) Weniger das chronologische Alter als vielmehr die Nähe zum Tod ist entscheidend für die Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher und pflegerischer Leistungen.⁷⁹ (e) Ältere Patienten sterben ‚billiger‘ als jüngere.⁸⁰ Die Befunde werden als Hinweise für die Gültigkeit der Kompressionsthese nach Fries angesehen.

Fazit

Der Forschungsstand zur Entwicklung der Kostensituation im Gesundheitswesen wie auch zur Entwicklung der demographischen Alterung zeigt weniger eine Dramatik als Spielraum für politische und soziale Gestaltung. Als Stichworte seien genannt: Einflussnahme auf Fertilität und Mortalität, Migration und Zuwanderung, Rentenzugangsalter und Ausbildungsdauer, Erwerbsneigung der Personen im erwerbsfähigen Alter, arbeitsmarktpolitische Einflussnahme auf Arbeitskräfteangebot und Arbeitskräftenachfrage, Regelungen zur Sozialversicherungspflicht, Bemessungsgrundlage für die beitragspflichtigen Entgelte, Ausschöpfung der Rationalisierungspotentiale in den Gesundheitssystemen und, nicht zu vergessen, Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation. Eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ohne einen exorbitanten oder dramatischen Anstieg des Beitragssatzes möglich, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts angeglichen werden, ohne dass es zu intensiven Verteilungskonflikten kommt.

⁷⁶ Vgl. *Andreas Mielck*, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.

⁷⁷ Vgl. *Florian Buchner*, Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Baden Baden 2002.

⁷⁸ *Norman Fickel*, Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben für Gesundheit, Frankfurt 1995, zitiert nach *Heinz Rothgang*, Umverteilung und Pflegeversicherung (Anm. 69), 138.

⁷⁹ *Peter Zweifel/Stefan Felder/Markus Meier*, Demographische Alterung und Gesundheitskosten: eine Fehlinterpretation, in: *Peter Oberender* (Hg.), Gesundheit und Alter (Anm. 66), 29-46.

⁸⁰ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1996. Band 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Sondergutachten 1996, Bonn 1996, Ziffer 90; vgl. *Volker Ulrich*, Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt – mehr als ein potentieller Sprengsatz für die GKV?, in: *Winfried Schmähl/Volker Ulrich* (Hg.), Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Tübingen 2001, 23-44.

