

**Deutschland als Beispiel**

Das andere Problem: Für die australische Ärzteorganisation ist dadurch eine neue Situation eingetreten, daß sie quasi einen Monopolpartner hat. Und man befürchtet, daß ihr Einfluß auf die Gestaltung der Gebührenordnung schwinden wird – nicht zuletzt deswegen, weil die Ärzteorganisation auf freiwilliger Mitgliedschaft beruht. Angesichts der starken Position, die der Staat im Gesundheitswesen eingenommen hat, ist in Ärztekreisen der Gedanke entstanden, die Einrichtung einer Ärzteorganisation als Körperschaft öffentlichen Rechts zu verlangen. Eine Delegation der Medical Association des Bundesstaates New South Wales will deshalb die Bundesrepublik Deutschland besuchen und am Beispiel der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung studieren, wie Körperschaften öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen funktionieren.

Dr. Hanns Pacy  
Hough Street  
Tea Gardens N.S.W. 2324

**ZITAT****„Die Provinz des Menschen“**

„Es ist sehr sonderbar zu denken, daß Leute unter uns herumlaufen, die Tag für Tag menschliche Körper in allen Einzelheiten besehen, häßliche, unbekleidete, entstellte, jeden Geschlechts und Alters, und daß sie nie genug davon haben: Ärzte. In der Zwischenzeit sitzen sie unter uns, mit unschuldigen Gesichtern, und sprechen zu uns wie andere, und wir fürchten sie nicht, grüßen sie und geben ihnen freundlich die Hand.“

Elias Canetti, „Die Provinz des Menschen. Aufzeichnungen 1942–1972“.

# Es gibt keine systemimmanente Kostenexplosion

Neun Thesen zur aktuellen sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion

Internationaler Fortbildungskongreß in Davos

Nicht erst zum Auftakt des Wahljahres wird die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland mehr denn je emotional geführt und tendenziös-unsachlich argumentiert. Die Öffentlichkeit wird zuweilen auch von höchsten Stellen mit recht fragwürdigen statistischen Angaben über Arzteinkommen falsch informiert. Nichts Neues ist es, daß weder ein Großteil der Presse noch die meisten Politiker die Begriffe Umsatz, Brutto- und Nettoeinkommen auseinanderhalten und die wachsenden Kosten der ärztlichen Praxen nicht angemessen berücksichtigen oder völlig ignorieren. So ist es ein leichtes, der Ärzteschaft den Schwarzen Peter zuzuschieben und ihr die Alleinschuld für die seit Jahren zu verzeichnende überproportionale Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzulasten.

## Lektion für Sozialpolitiker

Eine Lektion für den Umgang mit sozialstatistischen Daten bot das Gesundheits- und Sozialpolitische Seminar anlässlich des XXIV. Internationalen Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer (BÄK) in Davos (vom 8. bis 20. März 1976), das von BÄK-Hauptgeschäftsführer Professor J. F. Volrad Deneke, Köln, geleitet wurde. Nicht nur das berufspolitische Hauptreferat Denekes sowie die daran anschließende Podiumsdiskussion bot den fortbildungsbeflissenen Ärzten in

Davos eine Menge Anschauungsunterricht darüber, was es heißt, verantwortungsbewußt mit Zahlen umzugehen und das vermeintliche statistische Vakuum anzupapfen. Die sachlich fundierten Referate während des 14tägigen Seminars gaben den Ärzten darüber hinaus Daten und Argumente an die Hand, um in der gesundheits- und sozialpolitischen Auseinandersetzung beweiskräftig bestehen zu können.

Sachinformationen und hieb- und stichfeste Argumentationen sind in der breiten Ärzteschaft gefragt; sie stoßen – gerade auch während großer medizinischer Fortbildungsveranstaltungen – auf lebhaftere Resonanz. Davos war ein Beweis dafür, daß es den Veranstaltern gelungen ist, die Sozial- und Gesundheitspolitik durch zwei Parallelseminare (auch der Verband der leitenden Krankenhausärzte veranstaltete wiederum sein berufspolitisches Seminar) in das Fortbildungsprogramm einzubinden.

## Volkswirtschaftlich untermauerte Thesen

Im Gegensatz zu Ivan Illich, der vor Jahresfrist in Davos mit seiner These von der „Enteignung der Gesundheit“ Furore machte, zog es Volkswirt Albert Schiefer, Köln, vor, seine Thesen zur Sozial- und Gesundheitspolitik volkswirtschaftlich und mit sozialstatistischen Daten versehen zu untermauern. Schiefer wies in seinem Referat unter anderem nach, daß es über-

haupt keine systemimmanente „Kostenexplosion“ in der Krankenversicherung gebe. Sodann vertrat er die Auffassung, daß die so erschreckende Aufwärtsbewegung der Beitragssätze nicht nur ein Problem der Kosten, sondern in erster Linie auf konjunkturelle Auswirkungen zurückzuführen sei. Die Statistik beweist nach Schiefers Darlegungen auch, daß der Anteil der freipraktizierenden Ärzte an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Zukunft zurückgeht. Schließlich belegte er seine These, daß prominente Sprecher der Krankenkassen wieder zu einer Art Kassenmedizin zurückfinden wollen. Im folgenden geben wir — zusammengefaßt — die Thesen Albert Schiefers, Chefredakteur des „Dienstes für Gesellschaftspolitik“, eines gewiß überparteilichen Beobachters der sozial- und gesundheitspolitischen Szene, wieder:

These 1: Die Sozialleistungen nehmen ständig zu, und zwar nicht nur absolut, sondern auch relativ.

Die im Sozialbudget der Bundesregierung ausgewiesenen Sozialleistungen haben sich von 93 Milliarden DM im Jahr 1965 auf über 275 Milliarden DM im Jahr 1974 erhöht, das heißt, binnen neun Jahren um 175 Prozent zugenommen, in den letzten zehn Jahren sogar vervierfacht. Die Soziallastquote, der Anteil der Sozialleistungen, gemessen am Bruttosozialprodukt, erhöhte sich innerhalb von zehn Jahren von 24,5 Prozent auf mehr als 29 Prozent.

Auf das „sozialpolitische Selbstverständnis“ ist es zurückzuführen, daß die heute meist dynamisierten Sozialleistungen nicht an den Lebenshaltungskosten orientiert sind, sondern an der Entwicklung der Löhne und Gehälter. Die wachsende Soziallastquote wurde überdies durch politische Motive induziert: Insbesondere in den Wahljahren wurden regelmäßig kostenträchtige Sozialgesetze beschlossen, die vor

allem bei der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung teuer zu Buche schlugen. Außerdem haben „ideologische Motive“ die Soziallastquote hochgetrieben. Dazu zählen Bestrebungen, immer mehr Bevölkerungskreise in die Sozialversicherung einzubeziehen (Stichwort: Volksversicherung). Durch die Vermengung familienpolitischer und sachfremder Leistungen mit den eigentlichen Aufgaben der Krankenversicherung wurde überdies die GKV über Gebühr strapaziert.

Die Folge dieser Entwicklung: Ein immer größer werdender Anteil der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung (Bruttosozialprodukt) wird durch Sozialleistungen aufgezehrt. Damit sinkt automatisch der Anteil, der dem einzelnen Bürger als verfügbares Einkommen übrig bleibt. Dieser Anteil schrumpft in der Zukunft um so mehr, je schneller die Sozial- und Steuerlastquote im Vergleich zum Bruttosozialprodukt wächst.

#### Beitragsfinanzierung beibehalten!

These 2: Die Ausweitung der Sozialleistungen wird in erster Linie nicht über die öffentliche Hand, sondern über Beiträge finanziert.

Die Steuerquote wuchs in der Vergangenheit langsamer als die Soziallastquote. Von 1965 bis 1974 erhöhte sich diese von 22,9 auf 24,1 Prozent (also nur um 1,2 Prozentpunkte), jene hingegen stieg im gleichen Zeitraum um 4,4 Prozentpunkte. Berücksichtigt man außerdem, daß bestimmte Sozialleistungen (zum Beispiel Sozialhilfe) ausschließlich aus Steuermitteln finanziert werden, so ergibt sich für den klassischen Bereich der Sozialversicherung, daß diese *in bestimmtem Maße* durch Versichertenbeiträge finanziert werden. Zwei Reaktionen der Versicherten sind bei wachsender Beitragslast denkbar: der Versuch, so viel wie nur möglich aus seiner Krankenkasse

wieder herauszuholen, was in der Vergangenheit einwandfrei geschehen ist. Die andere Alternative wäre, daß der Versicherte zu einem rationellen, wirtschaftlichen Verhalten bewegt wird. Dies ist aber heute unwahrscheinlich, da es kein Regulativ gibt, das wirtschaftliches Verhalten belohnt.

Trotz steigender Beiträge böte eine teilweise Abkehr von der geltenden Beitragsfinanzierung und ein Übergang zu einem öffentlich finanzierten Gesundheitsdienst keinen Ausweg. Bei einer auch nur teilweisen Staatsfinanzierung könnte der Staat die Rechte der Selbstverwaltung beschneiden, vielleicht sogar einseitig über Leistungsansprüche und Entgelte bestimmen, möglicherweise auch die Art und Weise und den Standard der medizinischen Versorgung.

Die Steuerungseffizienz des derzeit gegliederten Krankenversicherungssystems muß verbessert werden. Dazu zählen nicht nur freiwillige Selbstbeschränkungen der Vertragspartner, sondern auch der Einsatz von Instrumenten, die auf die Leistungsempfänger Einfluß nehmen. Allerdings ist weder mit einer Reduzierung der 1970 eingeführten vollen Lohnfortzahlung noch mit einer wirksamen Selbstbeteiligung zu rechnen (Wahljahr!).

#### Unterschiedliches Wachstum

These 3: Das Wachstum der einzelnen Sozialleistungen ist unterschiedlich. Es ist zum Teil beeinflussbar, weil politisch bedingt, zum Teil auch nicht beeinflussbar, nämlich systemimmanent.

In den vergangenen neun Jahren stiegen die Sozialleistungen um insgesamt 175 Prozent. Überproportional stiegen die Ausgaben der Rentenversicherung (plus 185 Prozent) und die der gesetzlichen Krankenversicherung (plus 222 Prozent).

Die sprunghaft gestiegenen Leistungsausgaben der GKV waren in der Vergangenheit eindeutig politisch motiviert, nämlich infolge einer vom Gesetzgeber angestrebten Ausweitung des Versichertenkreises und infolge der Anhebung der Höchstbeiträge. Die Öffnung der Krankenversicherung für nicht versicherungspflichtige Angestellte (1971), die Anhebung und Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze sowie der verschärfte Konkurrenzkampf der Kassen zogen vermehrt freiwillige Leistungen nach sich, zum Teil auch die Gewährung nicht zulässiger Leistungen (Barerstattungen).

Von einer „Kostenexplosion“ in der GKV kann nicht die Rede sein. Die Kostenentwicklung war vielmehr stetig und infolge der demographischen Daten (Rentnerberg) auch voraussehbar.

These 4: Der Beitragssatz in der Rentenversicherung hat aus politischen Gründen Priorität vor einer Vermehrung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Den 24 Millionen Mitgliedern der GKV in arbeitsfähigem Alter stehen rund 10 Millionen Rentner gegenüber. Die Zahlungen der Rentenversicherungsträger für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) reichen nicht aus und verursachen bei den Krankenkassen spürbare Defizite. Bereits heute werden die aktiven Versicherten mit durchschnittlich 218 DM jährlich durch die Zuschußzahlungen für die KVdR belastet. 1978 würden die Allgemeinversicherten sogar mit 766 DM jährlich belastet, würde die Reform der Rentnerkrankenversicherung so realisiert, wie sie geplant ist.

Demgegenüber beträgt der GKV-Aufwand je Versicherten für die ambulante ärztliche Behandlung derzeit rund 330 DM. In absehbarer Zeit wird demnach der Aufwand des erwerbstätigen Versicherten für die Krankenversicherung der

Rentner höher sein als der Aufwand für seine eigene ambulante ärztliche Behandlung.

Da der derzeitige Rentenversicherungsbeitrag von 18 Prozent als politischer Eckwert gilt, besteht die

#### ZITAT

##### Anreize zur Unwirtschaftlichkeit

„Analysiert man die neue Krankenhausgesetzgebung, dann muß man feststellen, daß Art der Finanzierung und Preisbildung keineswegs dazu angetan sind, um das Krankengeschehen automatisch nach dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit auszurichten. Im Gegenteil, die gesetzlichen Regelungen implizieren geradezu Anreize zur Unwirtschaftlichkeit...“

Professor Dr. rer. pol. Siegfried Eichhorn, Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts, Düsseldorf, in einem Vortrag anlässlich des XXIV. Internationalen Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer 1976 in Davos.

Gefahr, daß die Reform der Rentnerkrankenversicherung allein auf Kosten der GKV geht (prognostizierter Beitragssatzbedarf: 1 bis 1,2 Beitragssatzpunkte).

These 5: Es gibt keine systemimmanente „Kostenexplosion“ in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese ist willkürlich erzeugt worden.

Zwischen 1960 und 1970 stiegen die Leistungsausgaben der GKV jährlich um rund 10 Prozent. Erst seit 1971 hat sich der Kostenanstieg beschleunigt und lag zwi-

schen 15 und 20 Prozent. Zunahme der chronischen Erkrankungen und der Gesundheitsgefahren, Überalterung der Bevölkerung, Fortschritte der Medizin und das gestiegene Gesundheitsbewußtsein beflügelten die Kostenexpansion. Folgende Kostenursachen, die dem System nicht innewohnen, schlugen bei den Kassen teuer zu Buche:

- ▶ forcierte Ausweitung der sozialen und medizinischen Leistungen;
- ▶ vielfältige Kostenüberwälzungen der öffentlichen Haushalte auf die Sozialleistungsträger;
- ▶ vorwiegend quantitative Ausweitungen, statt qualitative und strukturelle vorzunehmen.

Diese politischen Einwirkungen haben die Kostenentwicklung mehr beeinflußt als die dem System innewohnenden Gesetzmäßigkeiten. Hierzu zählen:

- ▶ Ausdehnung des Versichertenkreises;
- ▶ Öffnung der GKV für weitere Personenkreise (Angestellte, Rentner, Landwirte sowie Studenten);
- ▶ Leistungsausweitungen wie beispielsweise Wegfall der Aussteuerung bei Krankenhauspflege;
- ▶ „Oma auf Krankenschein“ sowie Einbeziehung der kieferorthopädischen und zahnprothetischen Maßnahmen;

▶ Einführung von Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen und flankierenden Maßnahmen zum § 218 als Kassenpflichtleistungen;

▶ Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung mit der Wirkung voll pauschalierter, voll kostendeckender Pflegesätze;

▶ nicht kostendeckende Krankenversicherung der Rentner und Wegfall des früheren Mitfinanzierungsanteils der Rentner in Höhe von zwei Prozent. ▷

Fazit: Wenn es keine systembedingte Kostenexplosion in der GKV gibt, kann man dieser auch nicht mit Systemänderungen begegnen.

### Die konjunkturelle Komponente

These 6: Die Explosion der Beitragssätze ist nicht allein ein Problem der Kostenentwicklung, sondern in erster Linie konjunkturell bedingt.

Der Konjunkturabschwung hat die jetzt bedrohlich erscheinenden Probleme nicht geschaffen, sondern sie lediglich übergröß deutlich gemacht. Es ist festzustellen, daß diese zweifellos beunruhigende Entwicklung keine spezifische Eigentümlichkeit des Gesundheitswesens ist. Vielmehr tat sich die Kostenschere auch in anderen großen Bereichen unseres gesellschaftlichen Lebens auf. In der Zukunft muß mit flacheren Konjunkturverläufen als bisher gerechnet werden. Für die GKV ergibt sich daraus, daß die Kostenentwicklung gebremst werden muß, will man die Beitragssteigerungen zügeln.

These 7: Nicht die Versicherten, sondern Dritte sollen belastet werden, um das Kostenproblem zu lösen.

Seit geraumer Zeit kursieren Vorschläge, den Kostenanstieg zu Lasten der als „Lieferanten von Gesundheitsgütern“ am System Beteiligten zu mindern. (Ärzte, Zahnärzte, Pharmaindustrie, Pharmagroßhandel und Apotheker sollen Honorar- beziehungsweise Preiszugeständnisse machen, einen Preisstopp hinnehmen oder sich an allgemeinen volkswirtschaftlichen Daten orientieren.) Der Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) postulieren, nicht allein die „Preise“ der einzelnen ärztlichen Leistungen sollen Gegenstand vertraglicher Regelungen sein, sondern ebenso die Vergü-

tung für die *gesamte ärztliche Tätigkeit*. Solche Vorschläge laufen selbst bei gleichzeitiger Ablehnung eines Pauschalhonorierungssystems auf nichts anderes hinaus als dieses: Von einer bestimmten Grenze an wird die ärztliche Einzelleistung nicht mehr voll vergütet

#### ZITAT

##### Nicht gottgegeben

„Auch wenn das Krankenhaus ein personalintensiver Betrieb ist, dann ist der damit verbundene Aufwand nicht gottgegeben, sondern durchaus beeinflussbar, nach oben ebenso wie nach unten.“

Professor Dr. rer. pol. Siegfried Eichhorn, Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts, vor dem XXIV. Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer 1976 in Davos.

(Quotierung). Darüber hinaus wird angestrebt, medizinisch-technische Leistungen in Medizinisch-Technische Zentren (MTZ) zu verlagern.

### Gebremste Honorarentwicklung

These 8: Der Anteil der freipraktizierenden Ärzte an den Leistungsausgaben der Krankenkassen geht zurück.

In Zukunft wird sich der Trend der vergangenen Jahre fortsetzen: Der Anteil der Kassenarzhonorare an den Gesamtausgaben der GKV nimmt sukzessive ab. Heute liegt er bereits unter der seit Jahren gehaltenen magischen 20-Prozent-Marke. Dafür beansprucht die stationäre Behandlung einen immer größer werdenden Anteil (heute bereits 29,5 Prozent).

Nimmt aber der Anteil an der Zuwachsrate nicht zu, dann wird der Anteil der Ärzte an den Gesamtausgaben der GKV zwangsläufig weiter sinken. In Zukunft ist zu befürchten, daß der Anteil der Kassenärzte an den Gesamtleistungsausgaben noch schneller als bisher sinkt. Dies ist dann zu erwarten, wenn sich die übrigen Marktbeteiligten nicht zu Selbstbeschränkungen in dem Maße bereit finden, wie es die Kassenärzte durch ihre Honorarvereinbarungen bereits getan haben.

These 9: Es gibt Hinweise, daß die Kassen wieder zurück zu einer Art „Kassenmedizin“ wollen.

Ungeachtet der Sparabsichten der Krankenkassen gibt es Hinweise, daß bei der Behandlung der Versicherten die Maßstäbe des „Wirtschaftlichen“ und „Notwendigen“ wieder stärker beachtet werden sollen. So empfahl der neue BdO-Vorsitzende und Gewerkschaftsfunktionär Alfred Schmidt bereits auf einem BdO-Presseseminar im Dezember 1975, daß der Arzt bei Arzneiverordnungen sich so zu verhalten habe, daß der Kostenzuwachs das Ausmaß der Grundlohnsteigerung nicht überschreitet. Dies bedeutet nichts anderes, als daß dem Arzt zu Beginn des Jahres vorgeschrieben werden soll, bis zu welcher Geldsumme er im Laufe des Jahres Arzneien verschreiben darf.

Ferner streben die Kassenspitzenverbände eine Regelung an, nach der oberhalb einer bestimmten Zahl medizinisch-technischer Leistungen die Bezahlung hierfür *degressiv* gestaffelt wird; ab einer bestimmten Leistungszahl sollen die Ärzte völlig leer ausgehen. Schließlich hat der Stellvertretende BdO-Vorstandsvorsitzende und Arbeitgebervertreter, Horst Ruegenberg, gefordert, eine „schlichte, weniger anspruchsvolle Ausführung des Zahnersatzes“ einer aufwendigeren Ausführung vorzuziehen.

HC