

Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt:

Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen?

Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft

Von Gerd Bosbach und Klaus Binger

„Überalterung treibt Gesundheitskosten in die Höhe“, titelten die Kieler Nachrichten am 22. September 2007. „Experten: Gesundheit ist bald unbezahlbar“, hieß es am gleichen Tag im Kölner Stadt-Anzeiger. Das ARD-Magazin plusminus setzte in seiner Sendung am 22. Januar 2008 zumindest ein Fragezeichen: „Wird Krankenversicherung unbezahlbar?“ Gemeint sind die Auswirkungen der Demografie und des medizinischen Fortschritts auf die Kosten im Gesundheitswesen. Das Kieler Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung kam dazu jüngst in einer Studie zu dramatischen Ergebnissen. Im Folgenden wird untersucht, inwiefern zum einen die demografische Alterung und zum anderen der medizinisch-technische Fortschritt – wie oft behauptet – als Kostentreiber zwingend für Leistungsreduktionen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder höhere Zuzahlungen verantwortlich sind. Da diese Thesen auf den ersten Blick relativ plausibel wirken und deshalb von den so genannten Reformern gerne benutzt werden, erscheint eine Auseinandersetzung damit dringend geboten.

In einem Artikel von uns für die Ausgabe 9/2007 der Sozialen Sicherheit¹ wurde aufgezeigt, dass die Probleme bei der Finanzierung im Gesundheitswesen ihre Ursache nicht in einer „Kostenexplosion“ haben, sondern in einer Schwäche bei den Einnahmen. In dieser Ausgabe werden wir uns mit zwei sehr verbreiteten Argumentationsmustern befassen. Sie besagen, dass sowohl die zunehmende Alterung der Gesellschaft als auch der medizinisch-technische Fortschritt die Kosten im Gesundheitswesen enorm in die Höhe treiben werden.

So erwartet das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF)² bis zum Jahr 2050 „eine Verdoppelung der Ausgaben für Krankheitskosten“.³ Diese „dramatische Entwicklung“ werde ausgelöst „durch die zwangsläufige Zunahme von altersbedingten Erkrankungen wie Demenz, Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-erkrankungen“. „Allein demografiebedingt würde der Beitragssatz“ der gesetzlichen Krankenversicherung „auf 17,5 Prozent 2050⁴ steigen. [...] Bei einer Steigerung der Ausgaben der GKV durch den medizinischen Fortschritt um ein Prozent jährlich steigt der Beitragssatz bis 2050 auf 27, bei zwei Prozent auf 43 Prozent.“⁵

Auch bei der Pflegeversorgung wird mit dramatischen Zuwächsen gerechnet. Die Zahl der Pflegebedürftigen werde sich bis 2050 „auf rund 4,4 Millionen mehr als verdoppeln“⁶, prognostiziert das IGSF. Ein Gutachten über „Die Situation der Pflege bis zum Jahr 2050“ für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), die von den Arbeitgeberverbänden der Metall- und Elektroindustrie finanziert wird, geht noch höher. Danach wächst die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 gar auf 4,7 Millionen.⁷ Der Freiburger Finanzwissenschaftler und INSM-Berater Prof. Bernd Raffelhüschen geht davon aus, dass wegen steigender Kosten für die Pflege alter Menschen der Beitragssatz

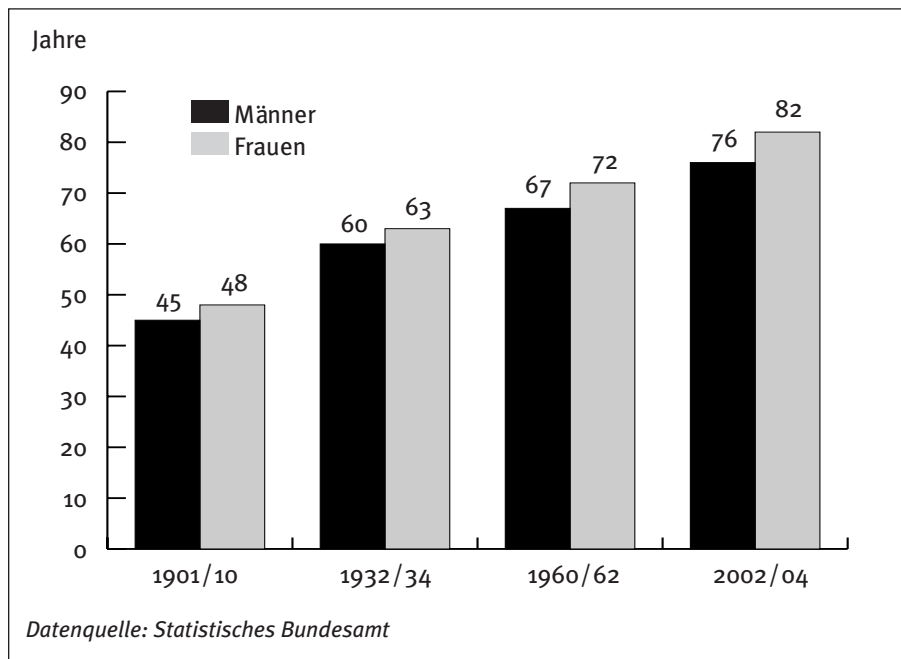
zur gesetzlichen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2045 auf sieben Prozent – und damit gegenüber heute um mehr als 400 Prozent – steigen müsse, wenn das System nicht reformiert werde.⁸

1. Blick in die Vergangenheit – eine empirische Betrachtung

Würde es zutreffen, dass technischer Fortschritt und Alterung eine erhebliche kostentreibende Wirkung ausüben, so müsste es in der Vergangenheit Belege für diesen Wirkungsmechanismus geben. Denn in den zurückliegenden Jahrzehnten kam es sowohl zu massiven Veränderungen in der Altersstruktur (insbesondere einer deutlichen Zunahme des Anteils alter Menschen) als auch zu großen technischen Errungenschaften im Medizinbereich.

- 1 vgl. Klaus Binger/Gerd Bosbach: Der Mythos von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wie mit statistischen Tricks ein Zerrbild erhalten wird – und wie die Fakten sind, in SozSich 9/2007, S. 299–305
- 2 Das ist eine „gemeinnützige Stiftung in Verbindung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein“.
- 3 Pressemitteilung des IGSF zu seiner Studie „Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein“ vom 20. 09. 2007
- 4 In einer ähnlichen Studie aus dem Jahr 2005 hatte das Institut noch angegeben, dass „allein die demographische Komponente den Beitragssatz [...] auf etwa 18,0 Prozent im Jahr 2050“ erhöhe (vgl. Pressemitteilung des IGSF zur Studie „Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Prognose 2005 – 2050“ vom 28. 9. 2005).
- 5 Pressemitteilung des IGSF vom 20. 9. 2007
- 6 ebenda
- 7 vgl. www.insm-tagebuch.de/index.php?s=pflegeversicherung (Abfrage am 23. 1. 2008)
- 8 vgl. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 29. 7. 2007

Abbildung 1: Entwicklung der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert in Deutschland



Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, stieg die Lebenserwartung in Deutschland allein von 1960 bis 2004 um gut neun Jahre. Für den gleichlangen Zeitraum bis 2050 geht das Statistische Bundesamt von weiteren sieben bis neun Jahren aus.^{9, 10} Das bedeutet, dass wir in punkto Alterung in den vergangenen Jahrzehnten größere Veränderungen „verkräften“ konnten, als dies für die Zukunft angenommen wird.

Ähnliches gilt für den medizinisch-technischen Fortschritt. Wer kann sich noch an die technische Ausstattung von Praxen und Kliniken im Jahre 1960 erinnern? Die meisten von uns würden sich heute nur widerstrebend dem penetranten Karbolgeruch aussetzen, der damals jedem Krankenhausbesucher um die Nase wehte. Um die gewaltigen Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizintechnik zu verdeutlichen, wollen wir uns hier nur auf einige wenige Beispiele beschränken:

- Krampfaderoperationen waren wegen der Schwere des Eingriffs mit mindestens zwei bis drei Wochen Stationsaufenthalt verbunden – heute können sie ambulant vorgenommen werden.
- Röntengeräte waren sowohl teurer als auch deutlich strahlungsintensiver.
- Ultraschalluntersuchungen waren noch weitgehend unbekannt.
- Die dreidimensionale Darstellung (von Körperteilen) in Schichten lag außerhalb jeder Vorstellung.

Fast alles, was heute durch die Computertechnologie ermöglicht wird – von der Bildgebung und Übertragung bis zur Abrechnung –, war 1960 entweder unmöglich oder enorm aufwändig.

Auch die ärztliche Versorgungsrelation hat sich enorm verbessert. Kamen in Deutschland 1960 auf jeden berufstätigen Arzt 793 Einwohner, so war die Relation Ende 2005

drei Mal günstiger: Der einzelne berufstätige Arzt hatte sich jetzt statistisch gesehen nur noch um 268 Einwohner zu kümmern.¹¹

Wären also Alterung und technischer Fortschritt große Kostentreiber, so wären die Gesundheitskosten schon in den letzten Jahrzehnten explodiert. Aber genau das ist nicht passiert. Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt schwankt seit Jahren um einen Wert von sechs Prozent¹² und die allgemeinen Gesundheitsausgaben betragen früher wie heute zehn bis elf Prozent der gesamtwirtschaftlichen Leistung.¹³ Die realen Mehrausgaben, die im Laufe der Zeit entstanden sind, liegen also in der Größenordnung des allgemeinen Wirtschaftswachstums. Wenn dar-

über hinaus leicht überproportionale Steigerungen aufgetreten sind, so lassen sich diese durch Verschiebungen im Konsumverhalten erklären: Da im Laufe der Jahre verhältnismäßig weniger Mittel für existenziell notwendige Güter aufgebracht werden mussten, konnte mehr Geld für Dinge ausgegeben werden, die den Bereichen Urlaub, Freizeit, Erholung und Gesundheit zuzuordnen sind.

Natürlich sollen die Finanzierungsprobleme, mit denen die gesetzlichen Kassen seit Jahren zu kämpfen haben, an dieser Stelle nicht geleugnet werden. Nur sollte man sich klar machen, dass der Kern des Problems nicht in der Ausgaben-, sondern auf der Einnahmeseite liegt. Ein Blick auf die Abbildung 2 macht deutlich, dass die Kluft zwischen Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im Laufe der Zeit immer größer geworden ist.

Da die Einkommen der Beitragszahler deutlich geringer als das Bruttoinlandsprodukt gestiegen sind, konnte das Beitragsaufkommen, das ja aus einem gewissen Prozentsatz der Löhne resultiert, mit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung nicht Schritt halten. Die finanzielle Situation der GKV würde dementsprechend besser aussehen, wenn das Lohn- und Beschäftigungsniveau höher wären.

Es ist also keineswegs so, dass wir „über unsere Verhältnisse leben“ und uns ein Gesundheitssystem leisten würden, das nicht bezahlbar wäre. In Wahrheit verbirgt sich

9 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis des Bevölkerungsstandes des Jahres 2005

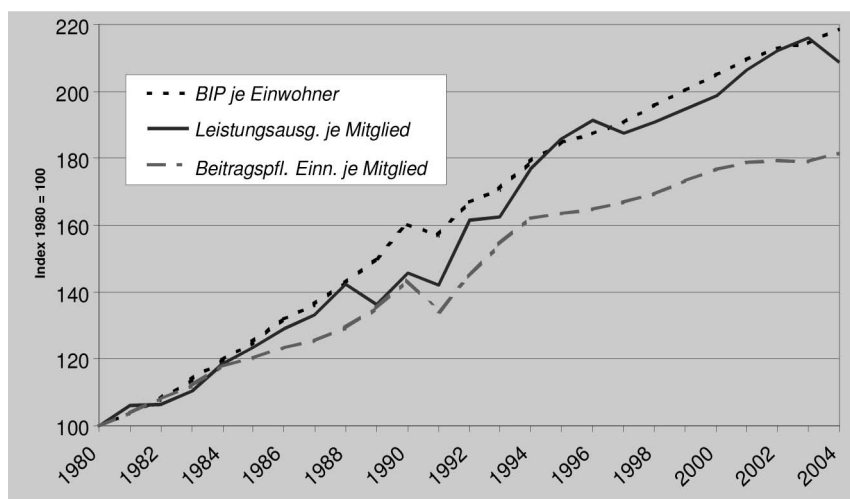
10 zur Auseinandersetzung mit diesen Annahmen siehe auch Gerd Bosbach: Demografische Entwicklung – kein Anlass zur Dramatik, in Gewerkschaftliche Monatshefte 2/2004 (www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/gbosbach_demogr.pdf)

11 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006, S. 12

12 vgl. Klaus Bingler und Gerd Bosbach (2007), a. a. O., Abb. 4 auf S. 301

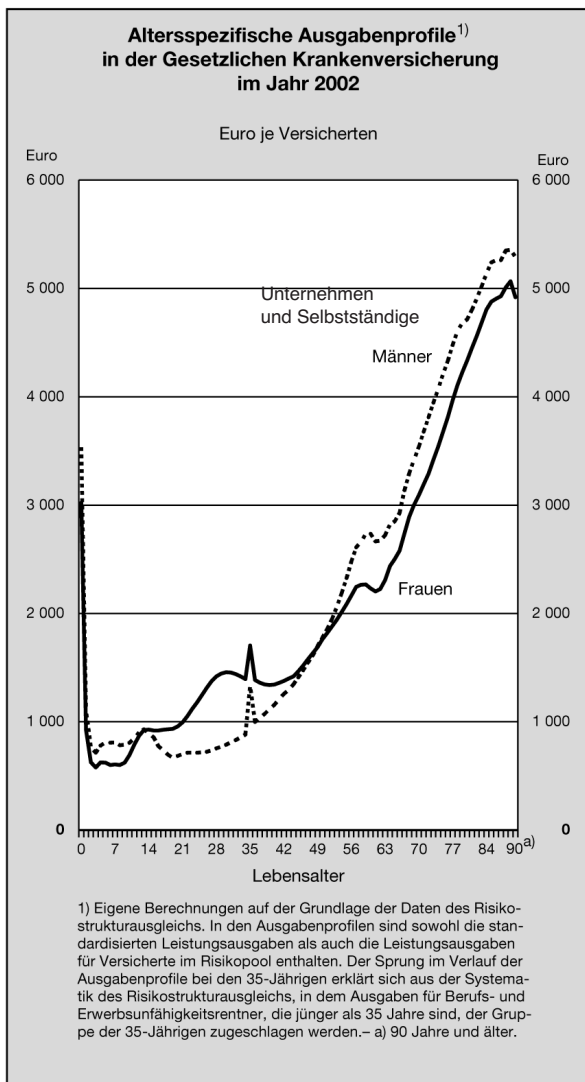
13 vgl. ebenda, Abb. 5 auf S. 302

Abbildung 2: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Solidarität und Qualität stärken; ver.di Positionen zur Gesundheitspolitik

Abbildung 3:



Quelle: SVR zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

hinter dem Finanzierungs- ein Verteilungsproblem.

Diese Sichtweise hat allerdings kaum Einfluss auf die öffentlichen Debatten. Hier geht es fast ausschließlich um die Kostenfrage, die eifrig instrumentalisiert wird, um ein Klima der Sorge und Angst zu schaffen. Diese Strategie hat durchaus Tradition. So nannte das Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL bereits 1975 die Kosten im Gesundheitswesen eine „tickende Bombe“¹⁴ und brachte die abstrusesten „Prognosen“. Wenn alles so weiterginge, könnten im Jahr 2000 „die Westdeutschen das ganze Jahr hindurch nur für den Gesundheitsdienst arbeiten“, konnte man in dem Artikel lesen.¹⁵

Wir wissen heute alle, dass dieses schreckliche Ende nicht eingetreten ist. Da sich jedoch niemand für falsche Prophezeiungen im Nachhinein verantworten muss, erfreut sich die Schwarzmalerei auch weiterhin großer Beliebtheit. Warum die düsteren Prognosen, mit denen vor einem Zusammenbruch unseres Gesundheitssystems wegen Alterung und technischem Fortschritt gewarnt wird, einer Überprüfung nicht Stand halten können, soll im Folgenden gezeigt werden.

2. Alterung und Gesundheitskosten

Dass für ältere Menschen im Durchschnitt höhere Gesundheitsausgaben anfallen als für jüngere, war und ist eine offensichtliche Tatsache. Dies hat der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004/05 detailliert nachgerechnet.¹⁶

Wie in der Abbildung 3 sichtbar wird, steigt (im Jahr 2002) die Kostenkurve für Menschen mit zunehmendem Alter deutlich an. Die gängige Schlussfolgerung, die man aus diesem Sachverhalt zieht, lautet: Wenn die Gruppe der Älteren aufgrund steigender Lebenserwartung bis 2050 noch wesentlich stärker anwächst, so müsste dies zu noch viel stärker steigenden Ausgaben führen.

2.1 Schlussfolgerung mit Denkfehler

Genau hier jedoch handelt es sich um einen gravierenden Denkfehler. Man unterstellt dabei nämlich für das Jahr 2050 das gleiche altersspezifische Ausgabenprofil wie heute. Das hieße aber, dass wir die sieben bis neun Jahre, die wir laut Schätzung länger leben, im gleichen Gesund-

¹⁴ Krankheitskosten: Die Bombe tickt (1), in DER SPIEGEL vom 5. 5. 1975, S. 56

¹⁵ ebd.

¹⁶ vgl. SVR zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, S. 256.

heitszustand verbringen wie die heutigen Alten. Dies widerspricht jedoch allen Erfahrungen.

Denn mit einer gestiegenen Lebenserwartung verändert sich auch der altersspezifische Gesundheitszustand. Mediziner sprechen davon, dass die körperliche Konstitution eines heute 60-Jährigen derjenigen eines 50-Jährigen von vor 30 Jahren entspricht. Inzwischen gibt es Untersuchungen, die solche Annahmen auch empirisch belegen. So haben Wissenschaftler des Max-Planck-Institutes für demografische Forschung Daten für die Jahre 1991 bis 2003 ausgewertet und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass der Anstieg der Lebenserwartung generell mit einer besseren Gesundheit einhergeht.¹⁷

Es wird also 2050 ein anderes Ausgabenprofil geben als heute. Die einfache Logik, die dieser Erkenntnis zu Grunde liegt, wird in der Wissenschaft leider allzu häufig übersehen.¹⁸ Damit verzichtet man zugleich auf einen wichtigen Erklärungsschlüssel, der dabei hilft, entscheidende Zusammenhänge zu begreifen. Denn nur so wird verständlich, warum die Alterung in der Vergangenheit nicht zu einer Kostenexplosion geführt hat. Schließlich stieg der Anteil der über 65-Jährigen allein von 1960 bis 2005 von 11,5 Prozent auf 19,3 Prozent der Bevölkerung. Diese Alterung hatte ihre Ursache jedoch auch in einer verbesserten Gesundheit und verursachte deshalb keine nennenswerten zusätzlichen Kosten.

Wie sich die Krankheitskosten in Zukunft verändern werden, lässt sich nur schwer voraussehen und hängt nicht zuletzt auch von sozialpolitischen Entscheidungen ab. Um trotzdem noch einmal zu verdeutlichen, welchen hohen statistischen Stellenwert die zusätzlichen, „gesunden“ Jahre hätten, wenn es wirklich zu einer höheren Lebenserwartung kommen würde, haben wir einige Berechnungen für die so genannten Hochbetagten (hier gemeint: Menschen ab 85 Jahren) erstellt. Damit wollen wir einer weit verbreiteten Auffassung entgegentreten, die mit einer angeblichen „Horrmeldung“ im Zusammenhang steht, welche seit Beginn des neuen Jahrtausends – auch durch eine Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) – in den Medien kursiert. Der Anteil der Hochbetagten, so heißt es dort, „könnte sich von jetzt 1,5 Millionen bis zum Jahr 2020 nahezu verdoppeln und bis 2050 sogar vervierfachen.“¹⁹ Die Öffentlichkeit ist erschreckt, denn „hochbetagt“ wird von vielen Menschen im-

mer noch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt. Aktuelle Grundlage dieser Prognose ist die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. In ihren Hauptvarianten wird bis zur Mitte des Jahrhunderts eine Steigerung der Lebenserwartung von sieben Jahren angenommen. Auf Grund dieser Modellrechnung soll der Anteil der 85-Jährigen und Älteren von heute etwa 1,9 Prozent auf 7,7 Prozent wachsen. Nach gängiger Lesart eine teure Perspektive für die Gesundheits- und Pflegekosten...

Allerdings nur dann, wenn man unterstellt, dass die über 85-Jährigen im Jahre 2050 genauso krank und pflegebedürftig sein werden wie ihre heutigen Altersgenossen. Das aber würde nichts anderes heißen, als dass die Menschen die gewonnenen sieben Lebensjahre überwiegend krank verbringen werden – eine Vorstellung, die bei näherer Betrachtung alles andere als plausibel erscheint. Denn warum sollten wir überhaupt sieben Jahre länger leben, wenn die schweren Gebrechen im selben Lebensalter einsetzen, wie sie es heute tun? Und aus welchem Grund sollte der medizinisch-technische Fortschritt uns nicht in die Lage versetzen, nicht nur ein längeres, sondern auch ein gesünderes Leben zu führen?

Doch diese Fragen werden in der Regel gar nicht gestellt. Denn in erster Linie dürfte es denen, die den Zeigefinger warnend erheben und mit einer Vervierfachung des Anteils der Hochbetagten drohen, wohl hauptsächlich darauf ankommen, der Öffentlichkeit ein paar „brisante“ Zahlen aufzutischen. Ob sich dahinter lediglich „naives Denken“ verbirgt oder reine Demagogie, soll an dieser Stelle nicht untersucht werden.

2.2 Realistischere Annahmen

Ein völlig anderes Bild der Sachlage ergibt sich, wenn man mit realistischeren Annahmen operiert: Setzen wir voraus, dass die Menschen die Hälfte der gewonnenen sieben Lebensjahre in weitgehend gesunder Verfassung verbringen, so stiege der Anteil der nach heutigem Verständnis „Hochbetagten“ – d. h. überwiegend Kranken und Gebrechlichen – nicht mehr um das Vierfache, sondern nur noch halb so hoch. Und würden die Alten die zusätzlichen Jahre auf Grund einer verbesserten Medizin und Ernährung weitgehend gesund erleben, die physische Konstitution eines 92-Jährigen im Jahr 2050 demnach der eines 85-Jährigen von heute entsprechen, so bliebe der Prozentsatz der kranken und gebrechlichen „Hochbetagten“ sogar konstant.

Mediziner halten es immerhin durchaus für möglich, dass auf Grund der Fortschritte in der Therapie die Anzahl der kranken Lebensjahre reduziert werden kann.²⁰ Träfe dies zu, würde der Anteil der gebrechlichen „Hochbetagten“ künftig sogar fallen!

Auch wenn die Zukunft immer ungewiss ist, so kann man doch nicht einfach stillschweigend davon ausgehen, dass bei steigender Lebenserwartung die Morbidität altersabhängig konstant bleibt.²¹

Die politischen Konsequenzen, die aus den demografischen Veränderungen zu ziehen sind, müssten übrigens

17 vgl. Uta Ziegler/Gabriele Doblhammer: Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher, in Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hrsg.): Demografische Forschung aus Erster Hand Nr. 1/2005, S. 1–2

18 Um es wissenschaftlich zu formulieren: Man wendet eine Querschnittsanalyse des Jahres 2002 unerlaubterweise auf eine Längsschnittbetrachtung bis 2050 an.

19 DIW Wochenbericht, Nr. 51–52/2005, 21. Dezember 2005, S. 769

20 Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Kompressionstheorie“, so z. B. Peter Zweifel/Stefan Felder/Markus Meier: Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in Peter Oberender (Hrsg.): Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, S. 29–46.

21 Wir wollen an dieser Stelle nicht die Annahme problematisieren, dass die Lebenserwartung immer weiter steigt, sondern lediglich aufzeigen, zu welchen Widersprüchen es führt, daraus generell drastische Konsequenzen für das Gesundheitssystem abzuleiten.

ganz andere sein, als sie aus der einfachen Dramatisierung des Alterungsprozesses abgeleitet werden. Denn Alterung ist nicht nur eine demografische, sondern auch eine soziale Frage. So sprechen Untersuchungen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes dafür, dass die oberen sozialen Schichten überwiegend gesund altern. Bei den Angehörigen der unteren Schichten fällt dagegen das Wachstum der Lebenserwartung weniger hoch aus. Außerdem sind sie während dieser gewonnenen Lebensjahre viel seltener gesund.²²

Statt immer wieder die Kürzungen oder Privatisierungen medizinischer Leistungen zu fordern, käme es daher darauf an, die medizinische Vorsorge – insbesondere der ärmeren Bevölkerungsschichten – zu verbessern, die Arbeitswelt zu humanisieren und letztendlich die Armut abzubauen.

2.3 Nicht das Altsein ist teuer, sondern der Sterbeprozess

Abschließend wollen wir einen weiteren Sachverhalt anführen, der die Dramatik im Verhältnis von Alterung und Krankheitskosten entschärft. Dabei geht es um die Verteilung der Kosten nach Lebensabschnitten. Eine große Studie mit über 400.000 AOK-Versicherten²³ kam diesbezüglich zu folgenden Ergebnissen:

- Der überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben für eine Altersgruppe entfällt auf die Personen, die im betreffenden Alter versterben.
- Die „Sterbekosten“ für die „jüngeren“ Alten sind deutlich höher als für die „älteren“ Alten.²⁴

Salopp formuliert könnte man es so ausdrücken: Nicht das Altsein ist teuer, sondern der Sterbeprozess. Je jünger die Sterbenden sind, desto aufwändiger werden sie medizinisch behandelt.²⁵ Letzteres wird auch durch die Erfahrungen des medizinischen Alltags bestätigt. Während bei „jüngeren Alten“ in der Regel alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, beschränkt man sich bei den wirklich Hochbetagten oft auf einfache, schmerzlindernde Maßnahmen. Die Bundeszentrale für politische Bildung drückt diesen Sachverhalt so aus: „Nicht das Alt-Sein ist teuer, sondern das Sterben.“²⁶ Da jeder Mensch nur einmal stirbt, ist daher von einer weiteren Alterung kein massiv kostentreibender Effekt zu erwarten.

Diese Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Gesundheits- und Krankheitskosten und können nicht ohne weiteres auf die Pflegekosten übertragen werden.

Fassen wir noch einmal zusammen: Eine deutlich kostentreibende Auswirkung des Alterungsprozesses ist nur dann zu erwarten, wenn die Menschen die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre künftig im Zustand schwerer Krankheit und Gebrechlichkeit verbringen. Leider gehen viele Studien stillschweigend von dieser Annahme aus und schreiben die heutige Alters- und Kostenstruktur einfach für die Zukunft fort. Damit werden aber alle Erfahrungen der Vergangenheit, sowohl national als auch international, schlichtweg ignoriert. Zugleich impliziert eine solche Un-

terstellung, dass die Fortschritte in der Medizin zwar die Lebenserwartung steigern, aber in punkto Gesundheit keine Verbesserung bringen.

3. Technischer Fortschritt und Gesundheitskosten

Zum Schluss wollen wir das häufig benutzte Argument von der kostentreibenden Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts unter die Lupe nehmen. Mancher, der bereits öfter mit einem teuren Computer- oder Kernspintomografen in Kontakt gekommen ist, mag vielleicht geneigt sein, sich diesem Denkmuster anzuschließen. Dennoch sind Zweifel angebracht. Denn der Zusammenhang von medizinisch-technischer Innovation und Kostensteigerung ist keineswegs so eindeutig, wie er auf den ersten Blick erscheinen mag.

Da sich medizinisch-technischer Fortschritt kaum exakt messen lässt und seine Folgen weder isoliert erfassbar noch quantifizierbar sind, gibt es diesbezüglich kein seriöses Datenmaterial, auf das man sich bei einer wissenschaftlichen Untersuchung stützen könnte. Wir werden uns daher auf einige prinzipielle Überlegungen beschränken und am Schluss erörtern, auf welche bizarre Weise versucht wird, Kostensteigerungen trotz der genannten Schwierigkeiten quantitativ zu erfassen.

3.1 Rückblick in die Vergangenheit

Beginnen wir – anknüpfend an Abschnitt 1 – wieder mit dem Rückblick in die Vergangenheit. In den letzten 30 bis 40 Jahren gab es, nicht zuletzt begünstigt durch die rasante Entwicklung in der Computertechnologie, einen medizinisch-technischen Fortschritt, dessen Auswirkungen sich aus heutiger Sicht kaum noch ermessen lassen. Man denke z. B. nur an die oben bereits erwähnten Tomografen, an die Lasertechnik oder die Schlüssellochtechnologie bei Operationen. Gewaltige Verbesserungen gab es auch bei der medizinischen Versorgung von Säuglingen. So waren Ärzte vor 50 Jahren kaum in der Lage, Babys, die zu früh geboren wurden und daher meistens untergewichtig waren, zu helfen.

²² vgl. Karl W. Lauterbach u. a.: Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung, in Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Nr. 1/2006; Hagen Kühn: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel, in Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2004, S. 742–751

²³ vgl. Hilke Brockmann: Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in Social Science & Medicine 2002, Heft 55, S. 593–608

²⁴ Weitere empirische Belege können auch den Arbeiten von Prof. Andreas Kruse (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg) oder Prof. Friedrich Breyer (Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz) entnommen werden.

²⁵ Dadurch wird auch der altersabhängige Anstieg der Gesundheitskosten verständlich, wie er aus Abbildung 3 des SVR sichtbar wird. Denn je höher die Altersgruppe, desto größer der Anteil der Versterbenden. Sobald sich aber die Lebenserwartung erhöht, verschiebt sich die Kostenkurve ins (noch) höhere Alter.

²⁶ Bundeszentrale für politische Bildung: „Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV“ (www.bpb.de/themen)

Sie starben daher in der Regel auf Grund einer insuffizienten Lungenfunktion. Seither jedoch wurden die Methoden bei der Behandlung von Frühgeborenen – insbesondere durch die ständige Verbesserung der Inkubatoren – so sehr revolutioniert, dass die Sterblichkeit deutlich reduziert werden konnte.

Dieser Fortschritt hat keineswegs, wie häufig behauptet wird, nur Geld gekostet. Ganz im Gegenteil: Durch eine genauere Diagnose und bessere Behandlung wurde man zugleich in die Lage versetzt, große Summen einzusparen. Einige wenige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- Ambulantes Operieren erspart lange Krankenhausaufenthalte.
- Sanftere Behandlungsformen, wie sie sich z.B. seit einigen Jahren in der Behandlung von Krampfadern durchgesetzt haben, schränken Nebenwirkungen wie Thrombosen oder Beingeschwüre ein.
- Neuartige Methoden wie die Kathetertechnik und die Endoskopie können offene Operationen z.B. an der Bandscheibe überflüssig machen.
- Darüber hinaus ist es möglich, durch genauere Untersuchungsmethoden wie z.B. die Magnet-Resonanz-Tomografie den Patienten frühzeitiger und treffsicherer, also doppelt kostengünstiger zu behandeln.

Die Folgen dieser und anderer verbesserter Therapiemöglichkeiten lassen sich auch statistisch belegen. So hat das Statistische Bundesamt ermittelt, dass die durchschnittliche Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern von 28,7 Tagen im Jahre 1960 auf 8,5 Tage im Jahre 2006²⁷ gesunken ist. In dieser Berechnung ist die Zunahme ambulanter Operationen noch nicht einmal berücksichtigt! Zwar hat der Rückgang der Krankenhausverweildauer auch etwas mit einer geänderten Abrechnung der stationären Behandlung – u.a. Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups) – zu tun. Doch ohne den Fortschritt in der Medizin wäre ein derartiger Rückgang nicht möglich gewesen.

3.2 Medizinischer Fortschritt bringt auch Einsparungen

Es sei uns an dieser Stelle einmal erlaubt, ein Gedankenexperiment zu wagen: Würde man durch die Forschung einen Wirkstoff entwickeln, der eine häufige Krebsart vermeidet oder auch nur reduziert, so könnten dadurch hohe Einsparungen erzielt werden. Man denke dabei an die riesigen Kosteneinsparungen, die im vergangenen Jahrhundert

durch die Impfungen gegen Tuberkulose ermöglicht wurden.

Auch dort, wo Medizintechnik tatsächlich mit enormen Kosten verbunden ist, hängt dies keineswegs immer allein mit medizinischen Erfordernissen zusammen. Erinnert sei in diesem Zusammenhang nur an das Phänomen der überflüssigen Doppeluntersuchungen. Zahlreiche Einspareffekte würden sich ergeben, wenn der Einsatz teurer Technik besser gesteuert würde. Dass die finanziellen Ressourcen stattdessen vielfach einfach verschleudert werden, lässt sich sicher nicht nur auf organisatorische Schlamperei zurückführen, sondern hat auch „System“. Immerhin rentiert sich die Investition für ein teures Gerät nur dann, wenn es auch eingesetzt wird. Welche therapeutische Maßnahme im Einzelfall angewandt wird, wird teilweise von den ärztlichen Abrechnungsprogrammen mitbestimmt, die genau ermitteln, welche Leistungen in einem Quartal oder Jahr noch mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Die immer noch zu starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trägt ein Übriges zur überflüssigen Nutzung von Technik bei.

Dies sollte nur bedingt als Kritik an den niedergelassenen Ärzten verstanden werden. Denn diese befinden sich in der Regel in einem Teufelskreis: Um neue Patienten – insbesondere lukrative Privatpatienten – zu gewinnen, müssen kostspielige moderne Geräte angeschafft werden. Und nach dem Kauf müssen sich diese amortisieren. Die medizinisch-technische Industrie fördert diese Situation, indem sie ihre Informationen – oft geschickt als Fachartikel getarnt – verkaufsfördernd aufbereitet. Dass sich medizintechnische Untersuchungen besser abrechnen lassen als Gespräche und Naturheilmittel, verschärft die Situation zusätzlich. Es ist also durchaus nicht immer der „medizinische Sachverstand“, der ärztlichen Entscheidungen zu Grunde liegt. Überraschenderweise belegen Untersuchungen auch, dass der regionale Arzneimittelverbrauch in den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland im Jahre 2000 deutliche Unterschiede aufwies: In der KV Nordwürttemberg etwa lagen die verschriebenen Arzneimittel pro Kopf (gemessen als definierte Tagesdosen, DDD) um 22,3 Prozent niedriger als im Bundesdurchschnitt. Fast doppelt so hoch wie in Nordwürttemberg dagegen waren sie in Mecklenburg-Vorpommern.²⁸

Auch hinter medizinischen Diagnosen verbirgt sich manchmal wirtschaftliches Kalkül. Dies belegt ein Beispiel aus Frankfurt. Dort führte ein privates Herzzentrum eine hohe Zahl von Notfallindikationen an, um die Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten zu begründen. Fachleute bezweifelten jedoch, dass es eine so große Anzahl von Notfällen im strengen Sinne in der entsprechenden Region überhaupt gibt.²⁹ Es sollte übrigens generell zu denken geben, dass Ärzte laut einer früheren Umfrage im eigenen Erkrankungsfall zum großen Teil auf Leistungen verzichten würden, die sie bei ihren Patienten erbringen.³⁰ Man wird also, ohne es quantitativ exakt belegen zu können, behaupten dürfen, dass gewisse kostentreibende Effekte im Abrechnungssystem selbst ihre Ursache haben. Versuche, dies zu ändern, werden nicht zuletzt durch die medizin-

27 vgl. Statistisches Bundesamt: Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, 31.8.2007

28 vgl. Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2001, Berlin, Heidelberg, New York 2001, S. 771, Zitiert nach Hans-Ulrich Deppe: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, 3. aktualisierte Aufl., Frankfurt a.M., 2005, S. 194

29 „Dem Frankfurter Herzzentrum droht das Aus“, in Frankfurter Rundschau vom 28./29. Mai 1997, S. 23 f., zitiert nach Deppe (2005), a.a.O., S. 193

30 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland, Bd 1, Sondergutachten 1996, Punkt 242. Zitiert nach Deppe, S. 192

technische Industrie massiv behindert. Schließlich geht es hier um Umsätze in Milliardenhöhe.

3.3 Keine exakten Zahlenangaben möglich

Exakte Zahlen, mit denen sich die Ausgaben für den medizinisch-technischen Fortschritt darstellen ließen, wird niemand vorlegen können. Denn hier geht es um komplizierte Wechselwirkungen, die nicht eindeutig zu berechnen sind. Wer könnte beispielsweise bei einer neuen Gerätegeneration angeben, welcher Anteil an den Mehrausgaben allein einem profitgeschuldeten Preisaufschlag, den Kosten für neues Design und dem wirklichen technischen Fortschritt zuzuschreiben ist. Es ist einfach nicht möglich, die positiven und negativen finanziellen Folgen der neuen Geräte zu beziffern, da man es in der Medizin niemals mit einfachen Kausalketten zu tun hat. Wie sollte man ermitteln können, wodurch sich ein Behandlungserfolg tatsächlich erklären lässt? Sind es bessere Medikamente, eine gesündere Ernährung oder die Folgen einer verbesserten Apparatemedizin? Und wie wollte man schlüssig darlegen, welchen „ökonomischen Gewinn“ eine therapeutische Maßnahme im Einzelfall wirklich bringt?

Auch wenn man sich bei jedem Versuch, die Ausgaben für den medizinisch-technischen Fortschritt exakt zu berechnen, zwangsläufig auf Glatteis begeben muss, gibt es dennoch zahlreiche Expertisen, die den Anschein erwecken, dazu in der Lage zu sein. Sie geben genaue Korridore an, in denen sich künftige Kostensteigerungen bewegen. Mit solchen „wissenschaftlichen“ Ergebnissen wird dann die breite Öffentlichkeit erschreckt, während Politiker sie vielfach nutzen, um weitere Einschnitte bei den Leistungen zu begründen. So rechnete das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung schon für seine Studie aus dem Jahr 2005: „Bei einer durch den medizinischen Fortschritt ausgelösten jährlichen Ausgabensteigerung von ein Prozent der Ausgaben führt dies bis zum Jahr 2050 zu einer Verdoppelung des heutigen Beitragssatzes von 14,2 und damit auf rund 28 Prozent. Wird die Steigerungsrate des medizinischen Fortschritts mit jährlich zwei Prozent unterstellt, kommt es bis 2050 mit 43 – 44 Prozent zu einer Verdreifachung.“³¹

Finanzexperten der TU Berlin unter Leitung des Finanzwissenschaftlers und Gesundheitsökonomen Prof. Klaus-Dirk Henke wiederum benutzten Prognosen, denen zufolge die Beitragssätze im Jahre 2050 bei 23,9 bis 30,1 Prozent liegen, und liefern die passenden „Patentrezepte“ gleich mit:

- Teilweise Umstellung auf Kapitaldeckungsverfahren
- Förderung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern oder Apotheken und Versicherern.³²

In die gleiche Richtung (mehr kapitalgedeckte Privatvorsorge, mehr Eigenbeteiligung) gehen übrigens auch stets die Schlussfolgerungen von Bernd Raffelhüschens als Berater der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft.³³ Und Prof. Fritz Beske sowie der Vorstandsvorsitzende der KV Schles-

wig-Holstein meinen unisono, „dass Leistungen gestrichen werden müssen“³⁴ und die gesetzliche Krankenversicherung sich auf „das Notwendige“³⁵ beschränken solle.

Unabhängig von der Tatsache, dass verschiedene Experten zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen und Ergebnissen kommen, gibt vor allem die Entstehung der Zahlen zu denken. Sie beruhen nicht auf detaillierten wissenschaftlichen Untersuchungen, sondern auf schlichtesten Unterstellungen. So nimmt Prof. Fritz Beske einfach an, dass der medizinisch-technische Fortschritt zu Ausgabensteigerungen von ein oder von zwei Prozent pro Jahr führe, während sein Kollege Prof. Klaus-Dirk Henke – ohne dies nennenswert zu begründen –, die Ausgabensteigerung auf 0,5 oder ein Prozent pro Jahr festsetzt.

Die dargestellten drastischen Steigerungen der Beitragssätze bis 2050 sind also nichts anderes als Hochrechnungen, die auf der eigenen Annahme basieren, dass der medizinisch-technische Fortschritt zu bestimmten Ausgabensteigerungen pro Jahr führe. Würde man der Logik, die hinter diesen Berechnungen steht, konsequent folgen, so müssten die GKV-Beiträge noch langfristiger gerechnet mehr als 100 Prozent des Lohnes ausmachen. Doch dies scheint die Autoren nicht zu stören und wird von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen. Dort bleibt meist nur ein Eindruck haften: Der medizinisch-technische Fortschritt steigert die Gesundheitsausgaben massiv, es müsse also unbedingt rationiert oder privatisiert werden. Nichts gegen Prognosen, die sich auf längere Zeiträume beziehen – sie müssen aber als solche ausgewiesen sein und dürfen nicht als Ergebnis gründlicher und gewissenhafter wissenschaftlicher Untersuchungen verkauft werden.

4. Resümee

Aus den Überlegungen dieses Beitrags und auch unseres vorangegangenen Artikels in der Ausgabe 9/2007 dieser Zeitschrift geht eindeutig hervor, dass sich eine immer reicher werdende Gesellschaft, wie es die unsrige ist, die notwendigen Ausgaben für die Gesundheit gut leisten kann. Da die Kosten ungefähr im Rahmen der allgemeinen wirtschaftlichen Leistungssteigerungen wachsen, sind sie volkswirtschaftlich gesehen durchaus zu verkraften. Auch leicht überproportionale Wachstumsraten im Gesundheitswesen sollten für eine Volkswirtschaft, deren Reichtum insgesamt zunimmt und die infolgedessen immer geringere Anteile für den materiellen Konsum benötigt, akzeptabel sein. Denn zumindest für Besserverdienende dürfte es eine sinnvolle Alternative sein, mehr für das persönliche Wohl-

31 Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Pressemitteilung zur Pressekonferenz am 28. September 2005 in Berlin zur Studie „Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Prognose 2005 – 2050“, Langfassung

32 Klaus-Dirk Henke/Lutz Reimers: Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Medieninformation der TU Berlin vom 26.1.2007

33 vgl. u. a. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 29. 7. 2007

34 vgl. Kieler Nachrichten vom 22. 9. 2007

35 vgl. Kölner Stadt-Anzeiger vom 22. 9. 2007

befinden auszugeben und sich Lebensqualität eher durch Urlaub, sportliche Aktivitäten und eine bessere Gesundheitsvorsorge zu verschaffen, statt sich einen vierten Fernseher oder ein drittes Auto zu kaufen.

Damit aber auch breitere Bevölkerungskreise in den Genuss einer besseren gesundheitlichen Versorgung kommen können, müsste allerdings die Einnahmeschwäche der GKV³⁶ behoben werden. Die beste Methode dazu wäre sicherlich, mehr sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze zu schaffen und die Löhne im Rahmen der Preis- und Produktivitätsentwicklung zu steigern. Aber auch darüber hinaus gibt es eine breite Palette guter und einfach durchzusetzender Ideen. So ließen sich etwa mit Hilfe einer solidarischen Bürgerversicherung zusätzliche finanzielle Ressourcen abschöpfen. Auf diese Weise könnten nicht nur Beamte und Selbstständige, sondern – über die Einbeziehung von Einkommen aus Zinsen und Vermietungen – auch die Reichen endlich gerechter an den Ausgaben für das Gesundheitswesen beteiligt werden. Außerdem würde allein die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung³⁷ Milliarden bringen.

Vorschläge von Gewerkschaften, attac, alternativen Wirtschaftspolitikern, Sozialverbänden und einigen Parteien sind detailliert ausgearbeitet und auch der Politik in

³⁶ vgl. dazu Klaus Bingler/Gerd Bosbach (2007), a. a. O., S. 303 ff.

³⁷ Diese liegt 2008 in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung bei 5.300 (neue Länder: 4.500) Euro pro Monat, in der Krankenversicherung aber nur einheitlich bei 3.600 Euro, vgl. Wichtige (Grenz-)Werte in der Sozialversicherung, in SozSich 12/2007, S. 427.

Berlin bekannt. Dass darüber hinaus ein Mehr an Gesundheitsausgaben positive Impulse für den Arbeitsmarkt bringt, ist hinreichend nachgewiesen. Immerhin liegt schon heute etwa jeder zehnte Arbeitsplatz im Gesundheitsbereich.

Natürlich kann es bei der Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens nie ausschließlich um „Fakten“ oder rein wissenschaftliche, „objektive“ Analysen gehen. Vielmehr handelt es sich immer auch um höchst politische Wertungen und Entscheidungen. Dies trifft prinzipiell für beide Seiten der gesellschaftspolitischen Front zu, mit dem Unterschied, dass die andere Seite ihre Position fast immer nur mit der „Macht des Faktischen“ legitimiert und jede ideologische Implikation strikt von sich weist. Unsere Argumente sollen einen kleinen Beitrag dazu leisten, die Verzerrungen, die sich hinter solch einer verschleiernenden Sichtweise verbergen, aufzudecken und der Mär von der Kostenexplosion den Boden zu entziehen. Auf diese Weise hoffen wir die Durchsetzung solidarischer Modelle zu erleichtern. ■

Die Autoren:

Prof. Dr. Gerd Bosbach lehrt an der FH in Remagen Statistik, Mathematik und empirische Wirtschafts- und Sozialforschung; Klaus Bingler ist freier Journalist und arbeitet für verschiedene Zeitschriften, die sich mit Gesundheit, Gesundheitswesen und Sozialpolitik befassen

Kassenwechsel zur Durchsetzung von Versicherteninteressen?

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von GKV-Versicherten

Von Stefan Greß, Bernhard Braun, Heinz Rothgang und Jürgen Wasem

Wie gut sind gesetzlich Krankenversicherte über die Möglichkeit informiert, ihre Kasse wechseln zu können? Wann und warum würden sie wechseln oder haben sie gewechselt? Droht den Kassen bei Unzufriedenheit ihrer Versicherten die Abwanderung? Der Beitrag untersucht, inwieweit der Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen taugt. Im Mittelpunkt steht dabei eine repräsentative Befragung bei 900 Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).¹

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes Ende des Jahres 1992 hat der Gesetzgeber sich in Deutschland bewusst für ein Krankenversicherungssystem entschieden, in dem die Versicherten weitgehend frei unter konkurrierenden Krankenkassen wählen können.² Die Ver-

sicherten können damit ihre Unzufriedenheit mit ihrem Anbieter des Produktes Krankenversicherungsschutz nicht nur im Rahmen der Selbstverwaltung signalisieren, sondern auch durch den Wechsel zu einem anderen Anbieter. In der Terminologie des Ökonomen Albert Hirschmann ha-

¹ Die diesem Beitrag zugrunde liegenden und weitere Untersuchungen (vgl. auch den Beitrag der gleichen Autoren in der Ausgabe 11/2007 dieser Zeitschrift mit dem Titel „Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV – Ergebnisse von Umfragen bei Selbstverwaltern und Versicherten“) erfolgten im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) geförderten Forschungsprojektes „Repräsentation von Versicherten-

interessen in der GKV durch Selbstverwaltung und Kassenwechsel“. Wir bedanken uns bei der HBS für die Förderung dieses Projekts. Eine Buchveröffentlichung der Projektergebnisse ist in Vorbereitung. Neben den Autoren dieses Aufsatzes trugen zu einzelnen Ergebnissen noch Martin Buitkamp, Karin Höppner, Daniel Lüdecke und Gerd Marstedt (alle Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen) und Marcus Tamm (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung Essen) bei.