

Gesundheitswesen in Deutschland Kostenfaktor und Zukunftsbranche

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band I: Demographie, Morbidität,
Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung

Sondergutachten 1996

Kurzfassung

Inhalt

Vorwort	7
Kurzfassung	15
1. Beschäftigung und Standort Deutschland als gesundheitspolitische Herausforderung	15
2. Sozialabgaben im internationalen Vergleich	19
3. Demographische Entwicklung	23
4. Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter	26
Kosten der Versorgung	26
Konsequenzen für die Versorgung	29
Vorausschauende Gesundheits- und Sozialpolitik	31
5. Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen und Ansätze zu ihrer Mobilisierung	31
Ansätze und Wege zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven	33
Wettbewerbliche Ausrichtung des Vertrags- und Versicherungsrechts	36
Abbau von Regulierungen	37
6. Beschäftigung im Gesundheitswesen	38
7. Beschäftigungswirkungen von Beitragssatzveränderungen	43
Beschäftigungswirkungen in einer Volkswirtschaft ohne Auslandsbeziehungen	44
Beschäftigungswirkungen in einer Volkswirtschaft mit Auslandsbeziehungen	44
Auftrag zu einem Sondergutachten	49
Errichtungserlaß	49
Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	53

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Zukünftige Bevölkerungsniveaus nach den jüngsten Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamtes, in Mio.	25
Tabelle 2:	Besetzungsziffern der Alten und sehr Alten bei unterschiedlichen Prognosemodellen der altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten	26
Tabelle 3:	<u>Geschätzter mittelfristiger Zusatz-/Minderbedarf nach medizinischen Bereichen</u>	30
Tabelle 4:	Vergleich der Kosten der offen-chirurgischen mit der laparoskopischen Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie), in DM	34
Tabelle 5:	Fallkostenunterschiede bei gleicher Behandlungsmethode: Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie), elektiv, offen-chirurgisch, in DM	35
Tabelle 6:	Anzahl der Beschäftigten nach Gesundheitsberufen	40
Tabelle 7:	Die 20 Branchen mit den höchsten Beschäftigungsgewinnen an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (alte Länder), absolute Veränderungen	42

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Die Entwicklung von Steuer- und Sozialabgabenquote in Deutschland von 1950 bis 1994	16
Abbildung 2:	Die Entwicklung der Sozialabgaben in Prozent vom Bruttoinlandsprodukt, nach Sozialversicherungsträgern	18
Abbildung 3	Die Entwicklung ausgewählter Abgabenquoten von 1965 bis 1993	20

Vorwort

1. Die Fertigstellung und Übergabe des Gutachtens fallen in eine Zeit (Herbst 1996), in der die Gesundheitspolitik in unserem parlamentarischen System wieder einmal - wie so oft seit dem Jahre 1977 - zur Kostendämpfung zu verkümmern droht. Daher möchte der Rat seine letzten beiden Gutachten, den Sachstands- und den Ergebnisbericht "Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000" mit den Schwerpunkten Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen und der Forderung nach mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit erneuter Aufmerksamkeit empfehlen.

2. Ohne in die wichtige Diskussion über Fragen rationaler Politik, der Rolle von wissenschaftlichen Beratungsgremien und der "Umsetzungskultur" der Empfehlungen von Sachverständigenräten einzutreten, möchte der Rat an dieser Stelle noch einmal die von ihm vertretene Ergebnis- bzw. Patientenorientierung im Gesundheitswesen ansprechen. Dort stehen die Ziele der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung im Vordergrund. Angesichts der demographischen und politischen Entwicklung hat der Rat folgende Gesundheitsziele herausgestellt:

- Förderung der Gesundheit heranwachsender Generationen;
- Steigerung des individuellen Gesundheitsbewußtseins in der Bevölkerung;
- Erhaltung der selbständigen Lebensführung im Alter;
- integrative gesundheitliche Betreuung von Zuwanderern;
- Erhaltung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit älterer Menschen.

3. Im Zusammenhang mit den genannten konkreten Zielen der Gesundheitspolitik seien auch die ebenfalls und dauerhaft geltenden Rahmenbedingungen in Erinnerung gerufen:

- Gleicher Zugang zu einer "erforderlichen" Krankenversorgung mit breit verfügbarer Qualität,
- Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten (freie Arztwahl, Freiberuflichkeit, Selbststeuerungskräfte, etc.),
- einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringung und gesamtwirtschaftlich vertretbare Höhe der Gesundheitsausgaben und Beitragssätze,
- Sicherung des sozialen und intergenerativen Ausgleichs innerhalb von Solidargemeinschaften und
- Verminderung von sozialen Unterschieden in Mortalität und Morbidität.

4. Ende Oktober 1995 erteilte der Bundesminister für Gesundheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag, über die Auswirkungen von Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen im Gesundheitswesen und in der GKV auf Beschäftigung und Wirtschaftswachstum ein Sondergutachten zu erstellen. In einem zweistufigen Beratungsprozeß sollen folgende Fragen der medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklung geprüft werden:

- 1) Inwiefern erfordern ein Wandel der Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung und der sich weiterentwickelnde medizinische Fortschritt Veränderungen in den Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens? Lassen sich einerseits Bereiche identifizieren, in denen eine Erhöhung der Aufwendungen sinnvoll ist und andererseits Bereiche erkennen, in denen Rationalisierungsmöglichkeiten durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Abbau von Überkapazitäten bestehen?
- 2) Welche Ausgaben- und Beitragssatzentwicklungen lassen sich abschätzen, wenn unter Einbeziehung von Wirtschaftlichkeitsreserven notwendiger medizinischer Fortschritt im Gesundheitswesen und in der GKV zur Anwendung kommt?
- 3) Welche Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen haben entsprechende Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen
 - im Gesundheitswesen
 - in Branchen mit unterschiedlicher Kapital- und Personalintensität und in der gesamten Volkswirtschaft?

5. Mit diesem Auftrag und dem vorliegenden Gutachten wird ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik eingeleitet. Fragen der Beschäftigung und des Wachstums im und durch das Gesundheitswesen treten in den Vordergrund. Zusammen mit den Perspektiven einer Flexibilisierung des Vertrags- und des Versicherungsrechts erscheint das Gesundheitswesen in einem anderen Licht. Neben das Gesundheitswesen als Kostenfaktor tritt das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor mit seinen Wachstums- und Produktivitätseffekten wieder stärker in den Mittelpunkt. Diese Gratwanderung zwischen Kostendämpfung und Wachstum gehört auch zu den Herausforderungen im Gesundheitswesen.

6. Im vorliegenden Gutachten mit dem Titel "Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche" werden sieben Themenbereiche behandelt:

- a) Im ersten Kapitel wird unter der Überschrift "Beschäftigung und Standort Deutschland als wirtschafts- und sozialpolitische Herausforderung" das Gesundheitswesen in den beschäftigungs- und sozialpolitischen Zusammenhang gestellt, der letztlich Anlaß für den Auftrag des Sondergutachtens war. Das vorliegende Gutachten möchte

u.a. dazu beitragen, die Diskussion um das beschäftigungspolitische Für und Wider steigender Beitragssätze zur GKV zu versachlichen.

- b) Im zweiten Kapitel wird die Entwicklung der Abgabenquote im internationalen Vergleich dargestellt. Ferner werden einige ausgewählte Standortkennziffern zu einer ersten Charakterisierung der Position Deutschlands im internationalen Wettbewerb der Standorte verglichen.
- c) Im dritten Kapitel werden Aufgaben, Annahmen, Ergebnisse und Varianten von Bevölkerungsprognosen erörtert. Angelehnt an das Sondergutachten 1995 soll noch einmal die Bedeutung der demographischen Komponente für die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Sozialversicherung herausgestellt werden. Die Ergebnisse der beiden erörterten Bevölkerungsprognosen dienen nicht zuletzt als Entscheidungshilfe in der Sozial- und Gesundheitspolitik.
- d) Im vierten Kapitel wird die demographische Entwicklung auf ihre Bedeutung für Morbidität und Mortalität insbesondere im höheren Lebensalter untersucht. Dabei stehen auftragsgemäß die sich aus dem Wandel im Krankheits- und Sterblichkeitsgeschehen ergebenden Veränderungen für die Versorgungsstrukturen im Vordergrund. Einzelthemen sind die "vermeidbare" Mortalität, die sozioökonomischen Bestimmungsfaktoren der Sterblichkeit und Angaben zur Krankheitshäufigkeit in einer organbezogenen Darstellung (Herz-Kreislauf, Atemwege, etc.). Beeinträchtigt wird dieser Überblick durch unveränderte Defizite der Gesundheitsberichterstattung. Eine Krankheitstypologie, die die Beziehung zwischen physiologischen Alterungsprozessen und pathologischen Entwicklungen berücksichtigt, schließt sich an. Für die Prävention, für die medizinische Versorgung - auch im Sinne eines Mehr- oder Minderbedarfs - sowie für die Gesundheitspolitik ergeben sich angesichts der beschriebenen Veränderungen und der steigenden Lebenserwartung neue Aufgaben.
- e) Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen und Ansätze zu ihrer Mobilisierung werden im fünften Kapitel geprüft. Eine Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, d.h. unter anderem Abbau und Umwidmung von Überkapazitäten, steht noch immer im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. In dieser Auseinandersetzung muß sorgfältig getrennt werden zwischen dem Leistungs- und Versicherungsumfang der Krankenversicherungen (SG 1995, Ziffer 104ff.) und dem hier im Vordergrund stehenden Interesse, sowohl die unwirtschaftliche Erbringung notwendiger Gesundheitsleistungen als auch die Erbringung medizinisch nicht indizier-

ter Leistungen zu vermeiden. Sektorspezifische und auch beispielhafte Betrachtungen von Wirtschaftlichkeitsreserven bedürfen dabei einer Ergänzung um ordnungspolitische Überlegungen. Nach wie vor hat der Sachverständigenrat die Vision eines sich in stärkerem Maße selbst steuernden Systems vor Augen.

- f) Im sechsten Kapitel wird die Beschäftigung im Gesundheitswesen analysiert und versucht, die Entwicklung der Beschäftigung in dem personalintensiven Gesundheitsbereich statistisch zu erfassen. Die Angaben des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Nürnberg reichen leider für ein umfassendes Bild nicht aus, so daß auch hier wichtige Aufgaben für die Gesundheitsberichterstattung liegen. Dennoch nimmt der Sachverständigenrat Schätzungen der Beschäftigungssituation vor und leitet Perspektiven zur Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitswesen ab.
- g) Im siebten Kapitel sollen Beschäftigungswirkungen von Beitragssatzveränderungen analysiert werden. Zu diesem Zweck werden Be- und Entlastungen von Beitragssatzveränderungen nach Wirtschaftszweigen differenziert und ihre Beschäftigungswirkungen theoretisch und empirisch untersucht. Auf dieser Grundlage werden erste ökonomische Simulationsrechnungen präsentiert.

7. Das vorliegende Gutachten stellt der Rat wie einen Sachstandsbericht zur gesundheitspolitischen Diskussion. Darüber hinaus hat er sich für eine zweiteilige Vorgehensweise entschieden und wird seine Analysen in dem zu erstellenden Bericht um folgende zusätzliche Kapitel erweitern:

8. Dazu gehört erstens der medizinische, der medizinisch-technische, der technische und der pflegerische Fortschritt im Gesundheitswesen, der sowohl übergreifend analytisch als auch beispielhaft (Knochenmarktransplantationen, Telematik, Umwelt, Technikfolgenabschätzung) behandelt werden soll.

9. Wachstums- und Produktivitätseffekte im Gesundheitswesen sollen zweitens im Vordergrund eines weiteren Kapitels stehen. Trotz oder gerade wegen der Budgetierung sind weiterhin erhebliche Wachstumsimpulse aus medizinischer Sicht, insbesondere außerhalb des kassenfinanzierten Bereichs, zu erwarten.

10. Vor diesem Hintergrund wird dann drittens die Frage nach dem zukünftigen Krankenversicherungsschutz im Rahmen einer patientenorientierten Versorgung aufgeworfen. Auch die sich verändernde Krankenversicherung soll sich systemhaft in den Rahmen ei-

ner sozialen Marktwirtschaft einpassen und bedarf der Glättung bestehender Schnittstellenprobleme innerhalb des Sozialversicherungssystems. Hierzu zählt schließlich viertens die Analyse von Vor- und Nachteilen einer

- Verlagerung versicherungsfremder Leistungen,
- Verbreiterung der Bemessungsgrundlage,
- Fiskalisierung der Arbeitgeberbeiträge,
- Fixierung und Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge und
- einer Weiterentwicklung von Satzungsleistungen.

11. Für beide Bände des Gutachtens gelten die in den Ziffern 2 und 3 genannten Ziele und Werte im Gesundheitswesen, die der Rat in seinem letztjährigem Ergebnisbericht ausführlich untersucht hat. Eingebettet in den Paradigmenwechsel bleiben auch seine Aussagen zu den Versorgungsdefiziten in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Qualitätssicherung. Dies gilt vor allem für die primäre Prävention, die darauf abzielt, bereits dem Entstehen von Krankheiten durch Beseitigung ihrer Ursachen oder Einschränkung ihrer Risikofaktoren vorzubeugen. Daneben besteht im deutschen Gesundheitswesen derzeit vor allem auf folgenden Gebieten Handlungs- bzw. Reformbedarf:

- Verbesserung der Patientenorientierung des medizinischen Leistungsgeschehens und der Partizipationsmöglichkeiten der Versicherten;
- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und des Versicherungsgedankens auch im Sinne der Solidarität gegenüber der Versichertengemeinschaft;
- Erprobung bzw. Förderung neuer Versorgungs- und Vergütungsformen, wie z.B. fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken, Tageskliniken, Hausarztmodelle und kombinierte Vergütungsformen bzw. Budgets;
- ergebnisorientierte Integration der ambulanten und der stationären Krankenversorgung einschließlich der
- zielorientierten Versorgung von Pflegefällen durch geeignete Dienste und in entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen;
- effizientere und effektivere organisatorische Kooperation zwischen GKV und gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) im Bereich der Rehabilitation;
- Sicherung einer erfolgreichen klinischen Forschung auf internationalem Stand;
- Dokumentation und Transparenz des Leistungsgeschehens einschließlich der Gesundheitsberichterstattung und des Einsatzes der Telematik.

12. Dauerhafte Qualitätssicherung wirkt auch als Instrument zur Vermeidung von Überfluß und Defiziten in der Gesundheitsversorgung und in der Krankenversicherung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat der Bitte des Rates entsprochen, eine Sammlung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien (Standards) zu erstellen, die dem Ziel der Verbesserung der Qualitätssicherung dienen soll. Qualitätssicherung wird nur mit Ärzten und den übrigen medizinischen Fachberufen durchzusetzen sein. Handlungsbedarf wird gesehen in

- der Vervollständigung der Konsensusbildung in Diagnostik und Therapie, die als fortzuschreibende Aufgabe verstanden wird;
- der Abstimmung zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften mit dem Ziel der Elimination von Widersprüchen und überzogenen Ansprüchen;
- der Klärung von Finanzierung und Umsetzung als Aufgabe von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassen;
- der Beschreibung von Anreizsystemen für die Durchsetzung der Qualitätssicherung;
- der Beschreibung des für Patienten und Arzt zu tragenden Restrisikos, welches bei aller diagnostischer und therapeutischer Optimierung zu tragen bleibt und in Rechtsetzung und -sprechung angemessen berücksichtigt werden sollte.

13. Der Rat betrachtet mit Sorge, daß gerade in Zeiten ökonomischen Umbruchs die damit verbundenen sozialen Spannungen dazu führen, daß ideologische gesellschaftspolitische Positionen die Diskussion um Reformvorschläge vermehrt beherrschen. In Wirklichkeit aber kommt es darauf an, Reformen auf wissenschaftlicher Basis vorzubereiten und vor allem auch wissenschaftlich in und nach der Umsetzung zu evaluieren. Der Rat befürwortet die Stärkung wettbewerblicher Möglichkeiten nicht um ihrer selbst willen, sondern immer als notwendige Grundlage von Innovation und immer eingebunden in den Rahmen einer sozialen Marktwirtschaft. Damit ergibt sich für den Rat als langfristig wichtigste Reform für das Gesundheitswesen die Förderung einer kontrollierten experimentellen Kultur. Ein solcher Wandel der Auseinandersetzung um die Gestaltung des Gesundheitswesens hat nicht nur eine kulturelle Dimension, sondern auch eine ökonomische in der Bereitstellung von Ressourcen für Evaluation und Innovation.

14. Im Zusammenhang mit der Erstellung der vorliegenden Bestandsaufnahme hat der Rat eine große Zahl an Gesprächen geführt sowie wertvolle Anregungen von Instituten und Einzelpersonen erhalten. Im einzelnen dankt er Herrn Dr. Hoffmann, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Herrn Jagoda, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg,

Herrn Prof. Dr. Köbberling, Medizinische Klinik Wuppertal, Herrn Prof. Dr. Dr. Raspe, Medizinische Universität Lübeck und Herrn Dr. Zwiener, DIW Berlin.

15. Für die Bearbeitung wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, in erheblichem Umfang auf die wissenschaftliche Mitarbeiterin und die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr Dipl.-Ökonom Christian Felkner, Frau Dipl.-Volkswirtin Heidi Nadolski und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Lothar Seyfarth. Für ihr außerordentliches Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen allen besonderer Dank. Ebenso dankt der Rat Herrn Dr. Joachim Braun, der aus dem BMG für sechs Monate bis Ende September 1996 zur Unterstützung der Geschäftsstelle abgeordnet wurde und Frau Dr. med. Annette Güntert, die von der Bundesärztekammer für drei Monate bis Ende August 1996 abgeordnet wurde. Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Instituten einiger Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dr. rer. pol. Manfred Erbsland, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim, sowie Herrn Dr. med. Reinhard Busse, Herrn Dr. med. Andreas Seidler und Frau Dr. phil. Ulla Walter von der Medizinischen Hochschule Hannover und Herrn Dipl.-Volkswirt Christian Schallermaier von der Universität der Bundeswehr München.

Für den unermüdlichen Einsatz bei den umfangreichen Textarbeiten und Statistiken dankt der Rat Frau Anette Bender und Frau Monika Weinberg.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt allein der Rat die Verantwortung.

Bonn, im September 1996

Wilhelm van Eimeren

Astrid Franke

Klaus-Dirk Henke

Günter Neubauer

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

Kurzfassung

1. Beschäftigung und Standort Deutschland als gesundheitspolitische Herausforderung

1. Umfang und Struktur der Arbeitslosigkeit bilden derzeit in Deutschland und in den meisten Ländern der OECD das drängendste ökonomische Problem und eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen. Die Eindämmung der Arbeitslosigkeit spielt nicht nur für die unmittelbare Wohlfahrt der Betroffenen, sondern auch für die Finanzierungsbasis unseres Sozialversicherungssystems eine zentrale Rolle. Da diese Finanzierung weitgehend auf dem Arbeitslohn aufbaut, verhindert eine weiter zunehmende Arbeitslosigkeit entweder stabile Beitragssätze, oder sie vermindert den Umfang des derzeitigen Leistungskatalogs der GKV.

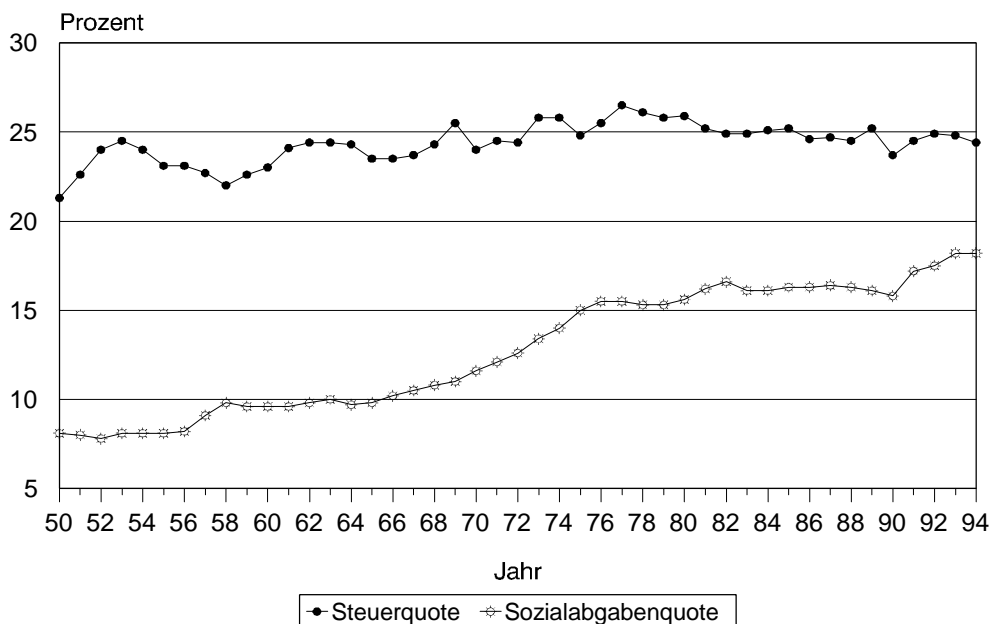
2. Obgleich sich die Überlegungen in diesem Gutachten auf die Gesundheitsversorgung und auf den GKV-Beitragssatz konzentrieren, setzt der empirische Überblick aus folgenden Gründen schon bei den gesamten öffentlichen Abgaben an, die neben den Sozialabgaben auch die Steuern einschließen.

1. Für die Reaktionen von Unternehmen und privaten Haushalten auf öffentliche Abgaben spielt die jeweilige Grenzbelastung eine entscheidende Rolle. Letztere ergibt sich aber aus dem Zusammenwirken aller öffentlichen Abgaben.
2. Zwischen den einzelnen Bereichen der Sozialversicherung fanden in der Vergangenheit zahlreiche vom Gesetzgeber induzierte Verschiebungen statt, die den Beitragssatz bei einer Versicherungsart ceteris paribus ermäßigten, ihn jedoch bei der anderen erhöhten. Diese - oft kritisierten - "Verschiebebahnhöfe" änderten jedoch im Prinzip nichts an der Belastung von Unternehmen und privaten Haushalten.
3. Einige Länder, wie z.B. Schweden und Großbritannien, finanzieren ihre Gesundheitsversorgung im Unterschied zu Deutschland weniger durch Sozialabgaben als durch allgemeine Steuern.

3. Die öffentlichen Abgaben, die Unternehmen und private Haushalte als Zwangsabgaben belasten, setzen sich im wesentlichen aus Steuern und aus Beiträgen zur Sozialversicherung zusammen. Nicht zu den Sozialabgaben zählen Beiträge für eine private Altersvorsorge, wie z.B. eine Lebensversicherung, und für eine private Krankenversicherung. Die öffentliche Hand finanziert diverse Sozialleistungen auch mit Hilfe von Steuern, wie z.B. die Beamtenpensionen und die Zusatzversorgung für Angestellte und Arbeiter im öffentlichen Dienst, Beihilfen sowie die Arbeitslosen- und die Sozialhilfe. Schließlich ge-

während die Unternehmen auch auf freiwilliger Basis Sozialleistungen, wie z.B. die betriebliche Altersversorgung. Letztere gehört zwar zu den tariflichen und betrieblichen Personalzusatz- bzw. Lohnnebenkosten, aber nicht zu den Sozialversicherungsbeiträgen. Diese Abgrenzung kann die Aussagefähigkeit sowohl der gesamten Abgabenquote als auch der Sozialabgabenquote unter Umständen erheblich beeinträchtigen. Sofern z.B. zahlreiche freiwillig Versicherte aus der GKV in die private Krankenversicherung abwandern, sinkt nach obiger Definition sowohl die Sozialabgaben- als auch die gesamte Abgabenquote.

Abbildung 1: Die Entwicklung von Steuer- und Sozialabgabenquote in Deutschland^a von 1950 bis 1994



a Ab 1991 Angaben für Gesamtdeutschland.

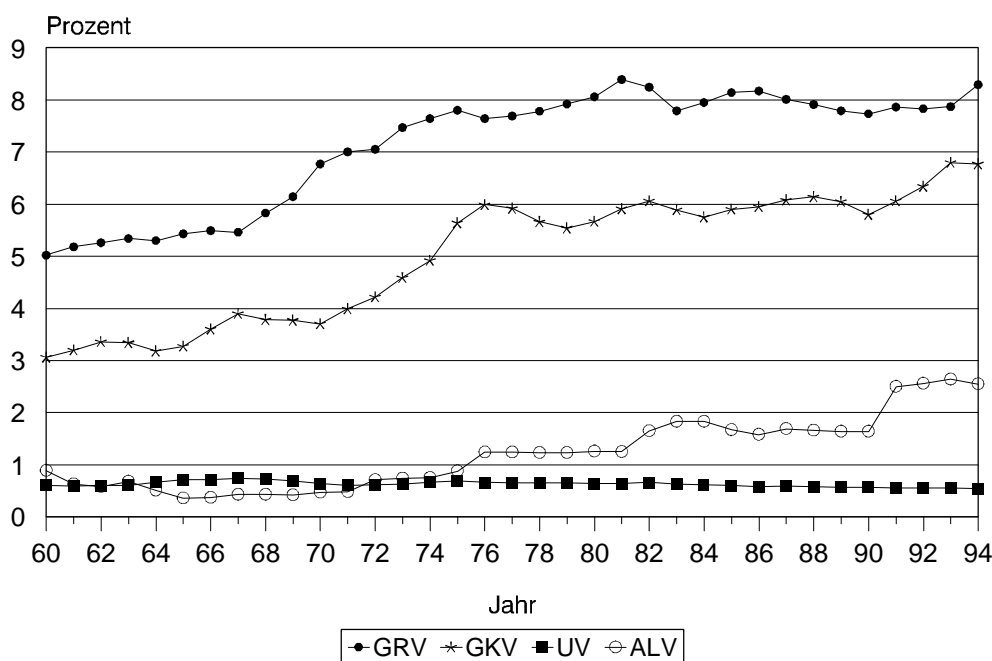
Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Reihe S. 13, Der Staat in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen 1950 bis 1988; Reihe S. 15, Revidierte Ergebnisse 1950 bis 1990 und Reihe 1.3, Hauptbericht 1994, Stuttgart 1989, 1991 und 1995.

4. Die sogenannte volkswirtschaftliche Steuerquote, d.h. der Anteil aller Steuern am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag zwar, wie aus Abbildung 1 hervorgeht, im Jahre 1994

etwas über dem Ausgangsniveau von 1950, wies aber in den letzten 25 Jahren keinen steigenden Trend auf. Demgegenüber nahm die Sozialabgabenquote, d.h. der Anteil aller Sozialabgaben bzw. Sozialversicherungsbeiträge am BIP, in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung von 1955 bis 1990 um über 8 Prozentpunkte zu.

5. Die Entwicklung der Sozialabgaben im Verhältnis zum BIP nach Sozialversicherungsträgern veranschaulicht Abbildung 2. Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) stiegen von 1960 bis 1981 deutlich stärker an als das BIP. In der Zeitspanne von 1987 bis 1992 ging die Relation der GRV-Beiträge zum BIP leicht zurück und nahm danach wieder zu. Eine Ursache für die erneute Erhöhung dieser Relation dürfte die Vorruhestandsregelung bilden, deren Ausgabenschub die Entlastungseffekte aus der seit 1992 geltenden Nettolohnanpassung der Renten überkompensierte. Die Wachstumsrate der Beiträge zur GKV lag von 1960 bis 1976 im Trend über der Steigerungsrate des BIP, so daß sich die betreffende Relation in dieser Zeitspanne spürbar erhöhte. Die anschließenden sogenannten Kostendämpfungsmaßnahmen konnten die GKV-Beiträge in Relation zum BIP immerhin bis 1990, d.h. über fast 15 Jahre, stabilisieren, und erst danach setzte wieder eine Zunahme dieses Verhältnisses ein. Die Entwicklung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (ALV) in Relation zum BIP spiegelt ab Mitte der siebziger Jahre den stufenartigen Anstieg der Arbeitslosenquote wider, die nach einer Niveauverschiebung nie wieder in die Nähe des Ausgangswertes zurückkehrte. Im Unterschied zu den Beiträgen aller anderen Sozialversicherungsträger blieben die Abgaben zur gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) in Relation zum BIP über den gesamten Beobachtungszeitraum konstant.

Abbildung 2: Die Entwicklung der Sozialabgaben in Prozent vom Bruttoinlandsprodukt, nach Sozialversicherungsträgern^a



a Ab 1991 Angaben für Gesamtdeutschland.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage Statistisches Bundesamt, 1989, 1991 und 1995, a.a.O.

6. Wie bereits angedeutet, rückten die Sozialabgaben bzw. Sozialversicherungsbeiträge vor allem als Bestandteile der Lohn- bzw. Personalnebenkosten, die den Standort Deutschland und die Beschäftigung im allgemeinen zu behindern drohen, in den Mittelpunkt der Kritik.

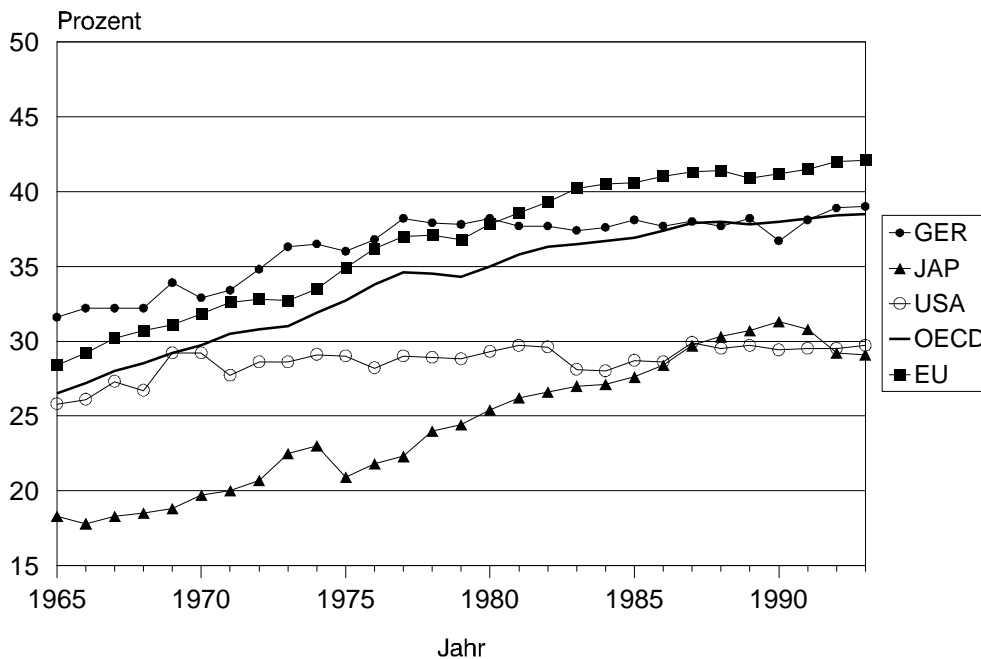
Die Definition bzw. Abgrenzung der Personalnebenkosten basiert auf einer internationalen Standardklassifikation der Arbeitskosten, die auf der 11. Internationalen Konferenz der Arbeitsstatistiker im Jahre 1966 beschlossen wurde. Nach diesen internationalen Normen stellen die "Entgelte für geleistete Arbeit" die Bezugsbasis für die Definition bzw. Abgrenzung der Personalneben- bzw. Personalzusatzkosten dar. Letztere umfassen somit alle Arbeitskosten, denen keine tatsächlich geleistete Arbeitszeit gegenübersteht. Der in der politischen Diskussion häufig anzutreffende Begriff der "Lohnnebenkosten" erweckt in diesem Kontext den fälschlichen Eindruck, dem Unternehmen entstünden hier zusätzlich zum Bruttolohn noch Aufwendungen bzw. Lohnkosten in Höhe von über

80 %. Da der Bruttolohn bereits zahlreiche Bestandteile der Personalnebenkosten, wie z.B. die Urlaubsvergütung, die bezahlten Feiertage, das 13. Monatsgehalt und Gratifikationen enthält, treten die Personalnebenkosten nicht in vollem Umfange, sondern nur gut zur Hälfte zum Bruttolohn hinzu. Bezogen auf den Bruttolohn belaufen sich die Lohnnebenkosten auf ca. 30 %. Bei den Beiträgen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung handelt es sich allerdings wie auch bei den Aufwendungen für die betriebliche Altersversorgung und einigen übrigen Bestandteilen der Personalnebenkosten (wie z.B. Ausbildungsvergütungen, gesetzliche Aufwendungen nach dem Schwerbehinderten- und dem Mutterschaftsgesetz) um "echte Lohnnebenkosten".

2. Sozialabgaben im internationalen Vergleich

7. Wie auch Abbildung 3 illustriert, stieg die deutsche Abgabenquote von 1965 bis 1976 ähnlich wie der OECD- und der EU-Durchschnitt stark an, stagnierte aber dann mit geringen Schwankungen bis zur deutschen Vereinigung. Da der OECD- und der EU-Durchschnitt auch von 1975 bis 1990 zunahm, vollzog sich in dieser Zeitspanne eine Annäherung bzw. Unterschreitung der deutschen Abgabenquote hinsichtlich dieser internationalen Durchschnittswerte. So unterschritt die deutsche Abgabenquote das EU-Niveau bereits im Jahre 1981 und schwankt seit Mitte der achtziger Jahre um den OECD-Mittelwert. Im gesamten Beobachtungszeitraum, d.h. von 1965 bis 1993, wuchs die deutsche Abgabenquote um 23,4 %, der OECD-Mittelwert um 45 % und das EU-Niveau um 48 %. Infolge der nahezu identischen Steigerungsraten blieb der Abstand zwischen dem EU-Mittelwert und jenem der OECD von 1965 bis 1993 fast unverändert erhalten.

Abbildung 3: Die Entwicklung ausgewählter Abgabenquoten von 1965 bis 1993^a



a Ab 1991 Angaben für Gesamtdeutschland.

Quelle: Eigene Darstellung nach OECD 1995, S. 73 u. S. 176.

8. Die deutsche Abgabenquote lag somit infolge ihrer Stabilisierung zwischen 1975 und 1990 trotz eines anschließenden, im wesentlichen vereinigungsbedingten Anstiegs im Jahre 1993 noch unter dem EU-Durchschnitt. Innerhalb Europas weisen von den OECD-Ländern nur Island, Portugal, die Schweiz, Großbritannien, Spanien und Irland niedrigere Relationen auf. Dabei ging die britische Abgabenquote, die im Zeitablauf stark schwankte, von 1970 bis 1993 sogar um über 3 Prozentpunkte zurück und nahm dadurch im gesamten Beobachtungszeitraum nur um 10,5 % zu. Die höchsten Abgabenquoten im gesamten OECD-Bereich verzeichnen die skandinavischen Staaten Dänemark und Schweden und weit über dem EU-Durchschnitt befinden sich auch Finnland, die Niederlande, Norwegen und Belgien. Auch die Abgabenquote Frankreichs übertraf im gesamten Beobachtungszeitraum immer den EU-Durchschnitt.

9. Die im Vergleich mit den Steuern deutlich stärkere Zunahme der Sozialabgaben stellt kein deutsches Spezifikum dar; diese Entwicklung fand vielmehr in den letzten drei Jahrzehnten durchschnittlich im gesamten OECD- und EU-Bereich statt. Aus dem komple-

xen Ursachengeflecht, das den im Vergleich zu den Steuern stärkeren Anstieg der Sozialabgaben verursachte, lassen sich u.a. folgende Determinanten bzw. Gründe anführen:

- eine stärkere Finanzierung der sozialen Sicherung über Sozialabgaben und weniger über Steuern,
- die Gewährung zusätzlicher sozialer Leistungen und/oder die Einführung neuer Zweige in die Sozialversicherung,
- die Erweiterung des Versichertenkreises um schlechte Risiken,
- die erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, auch in Verbindung mit der demographischen Entwicklung,
- die zunehmende Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen über Sozialabgaben statt über Steuern sowie
- die Ausweitung der Kreditfinanzierung zur Deckung bisher steuerfinanzierter Staatsausgaben.

10. Wie bereits erwähnt, bilden die Sozialabgaben für die Unternehmen Lohnnebenkosten und führen für die privaten Haushalte zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Der Rat hat in der Vergangenheit schon häufiger darauf hingewiesen, daß Deutschland bei der Höhe der Lohnnebenkosten im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung einnimmt. In diesem Zusammenhang machte er auf folgende Gefahren aufmerksam, die von hohen Sozialabgaben ausgehen können:

- Abwanderung von Produktionsfaktoren in die Schattenwirtschaft mit entsprechenden Beitragsverlusten für die Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Haushalte,
- Minderung individueller Leistungsanreize infolge relativ geringer Zuwächse des Nettoeinkommens,
- Behinderung des Strukturwandels in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors durch die starke Belastung personalintensiver Unternehmen,
- Abnahme der Einstellungsbereitschaft von Unternehmen wegen hoher Belastung des Faktors Arbeit,
- Verstärkung der Anreize zu einer exzessiven Nutzung der Leistungen sowohl bei den Versicherten als auch bei den Unternehmen, bei letzteren u.a. durch die Abwälzung von Lohnleistungen auf die Sozialversicherung und
- Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

11. Der Rat betonte in diesem Kontext auch schon die gesamtwirtschaftliche Ambivalenz von hohen bzw. steigenden Sozialabgaben, denn diese verursachen nicht nur Kosten

und Lohnabzüge, sondern schaffen z.B. bei Gesundheitsleistungen unmittelbare Nachfrage am Markt oder stützen über Transferzahlungen die Nachfrage der privaten Haushalte. Die Sozialabgaben dienen ferner dazu, einen qualitativ hochwertigen Humankapitalstock aufzubauen bzw. zu erhalten und leisten zudem einen wichtigen Beitrag zum sozialen Frieden.

12. Um die Standortqualität eines Landes im internationalen Vergleich zu bestimmen, bilden die unmittelbaren Arbeitskosten, die Steuerbelastung und das Sozialabgabenniveau zweifellos wichtige und vergleichsweise gut zu quantifizierende Einflußgrößen. Sie reichen aber als alleinige Determinanten bei weitem nicht aus, um dieses vielschichtige Phänomen valide abzubilden. Die Standortqualität eines Landes hängt daneben und je nach Konstellation noch stärker von einer Reihe eher qualitativer Faktoren ab, zu denen u.a. die staatliche Regulierungsdichte, die politische und soziale Stabilität, die gesellschaftliche Akzeptanz des technischen Fortschritts, die Weltoffenheit der Bevölkerung, die Ausbildung und Mobilität der Arbeitskräfte sowie die öffentliche Infrastruktur gehören. Unter diesen Aspekten weist der Standort Deutschland neben den hohen Arbeitskosten sowie der starken Steuer- und Beitragsbelastung im internationalen Vergleich u.a. noch folgende Nachteile auf:

- Innovationen stehen in Form von komplizierten Gesetzen und langwierigen, teilweise unkalkulierbaren Genehmigungsverfahren bürokratische Hindernisse entgegen, die private Leistungsbereitschaft und Kreativität lähmen.
- Die Unternehmen sehen sich mit Umweltschutzvorschriften und -auflagen konfrontiert, die es an international konkurrierenden Standorten nicht gibt, oder die dort keine ähnlich stringente Anwendung finden.
- Restriktive Arbeitszeitregelungen schränken die zeitliche Nutzung von Produktionsanlagen ein und erhöhen auf diese Weise die Kapitalnutzungskosten.
- Im Gegensatz zu konkurrierenden Ländern in Amerika und Asien gewichten die meinungsbildenden politischen Kräfte in Deutschland die Risiken der Forschung und die Gefahren von neuen Technologien vielfach stärker als deren Chancen.

13. Diesen Standortnachteilen stehen bei einem internationalen Vergleich auch bedeutende komparative Vorteile gegenüber:

- Deutschland verfügt über qualifizierte Arbeitskräfte und neben seiner zentralen Lage in Europa über eine hochwertige öffentliche Infrastruktur, für deren Nutzung die Unternehmer zumeist keine speziellen Entgelte entrichten müssen.

Ferner bietet es ein relativ stabiles Preisniveau, politische Stabilität und sozialen Frieden.

- Die soziale Sicherung, die neben gegenteiligen Effekten auch die Initiative und die Arbeitsintensität fördern kann, bildet wiederum einen positiven Standortfaktor.

Diese Überlegungen deuten bereits an, daß wirtschaftspolitische Bemühungen, die zur Verbesserung von Beschäftigung, Wachstum und Standort Deutschland nur an den Lohnnebenkosten bzw. den Sozialabgaben ansetzen, erheblich zu kurz greifen. Diese Feststellung schließt allerdings nicht aus, daß auch Lohn- bzw. Personalnebenkosten und Sozialabgaben als ein Teil dieses Problemspektrums aus internationaler Perspektive einer kritischen gesamtwirtschaftlichen Analyse bedürfen.

14. Der kursorische internationaler Vergleich von Standortkennziffern stellt die vielfach geäußerte nur negative Sicht der wirtschaftlichen Lage (hier nur Westdeutschlands) in ein etwas anderes Licht. Er soll nicht dazu verleiten, wirtschaftspolitischen und unternehmerischen Handlungsbedarf von der Hand zu weisen, sondern darlegen, daß zur Sicherung und zum Ausbau der Position Westdeutschlands gleichwohl große Anstrengungen erforderlich sind.

3. Demographische Entwicklung

15. Als Determinante der zukünftigen Ausgabenentwicklung der GKV stellt die demographische Komponente nur einen von zahlreichen, stark interdependenten Einflußfaktoren dar, die nahezu alle auch auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPfIV) einwirken. In dieser Hinsicht bereitet eine Beitragssatzprognose für die GRV vergleichsweise weniger Probleme, denn hier bildet die demographische Entwicklung fraglos eine dominante Einflußgröße. Dagegen treten im Rahmen der GKV und der GPfIV zur demographischen Entwicklung u.a. noch folgende Einflußgrößen der Ausgabenentwicklung hinzu (Sondergutachten 1995, Ziff. 26ff.):

- die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen,
- die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände,
- die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung gegenüber medizinischer und paramedizinischer Versorgung und
- der insbesondere durch den umfassenden Versicherungsschutz gegebene Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*moral hazard*).

16. Neben diesen nachfrageseitigen Faktoren beeinflussen vor allem die folgenden angebotsseitigen Determinanten die Ausgabenentwicklung von GKV und GPfIV:

- Leistungsausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage,
- der ausgabensteigernde medizinische Fortschritt bzw. Wandel,
- der negative Preisstruktureffekt bzw. der Preisstruktureffekt zuungunsten von Gesundheitsleistungen und
- die Leistungsintensivierung durch Defensivmedizin.

Diese verschiedenen Ausgabedeterminanten besitzen allerdings für die zukünftige Entwicklung der Beitragssätze von GKV und GPfIV sehr unterschiedliche Relevanz. Veränderungen des Krankheitsspektrums vollziehen sich in der Regel sehr langsam und hängen teilweise von der demographischen Entwicklung und vom medizinischen Fortschritt ab. Die gestiegene Anspruchshaltung, *moral hazard* und die angebotsinduzierte Nachfrage vermögen teilweise die bisherige Ausgabenentwicklung in der GKV und damit das heutige Niveau zu erklären, kaum aber einen weiteren Beitragssatzanstieg. Diese Einschränkung gilt allerdings nicht für die GPfIV, denn hier setzt das neue Gesetz Anreize zu einer Ausdehnung des Leistungsvolumens, die in der Vergangenheit nicht existierten. Die Zunahme der Zahl von Einzelhaushalten und -personen könnte sich zwar in den nächsten Jahrzehnten zu einer relevanten Ausgabedeterminante entwickeln, der aber über eine tendenzielle Abnahme der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen auch eine finanzielle Entlastung gegenübersteht. Insofern verbleiben von diesen Ausgabedeterminanten als zentrale Einflußgrößen der künftigen Beitragssatzentwicklung neben der demographischen Komponente der medizinische Fortschritt bzw. Wandel und der negative Preisstruktureffekt.

17. Die absehbare demographische Entwicklung läßt den demographischen Altersquotienten zunehmen und gleichzeitig das Erwerbstätigenpotential schrumpfen, was unmittelbar mit geringeren Beitragseinnahmen und steigenden Beitragssätzen einhergeht. Es kommt also zu einer Verschiebung der Altersstruktur, d.h. hier vor allem zu einem Rückgang der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, was aber mittelbar durch eine Erhöhung der weiblichen Erwerbsbeteiligung und ein Ansteigen des Rentenalters kompensiert werden kann, so daß die Anzahl der beitragszahlenden Erwerbstätigen trotz der zunehmenden Alterslastigkeit der Bevölkerung zunächst (nahezu) konstant bleibt. Der Rentenquotient wächst dann langsamer als der demographische Altenquotient. Andererseits kann diese Verschiebung der Altersstruktur auch Verhaltensreaktionen induzieren, die in Richtung eines sich beschleunigenden Beitragssatzanstiegs wirken. Bei einer nega-

tiven Elastizität des Arbeitsangebots in bezug auf die Abgabenquote führen steigende Beitragssätze, u.a. über eine Ausweitung der Schattenwirtschaft, zu einer Abnahme des beitragsrelevanten Arbeitsangebots.

18. Vornehmlich bedingt durch die unterschiedlichen Annahmen über den positiven Wanderungssaldo weist schon für das Jahr 2000 die untere (obere) Variante der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung im Vergleich zur siebten ein um 2,2 Mio. (3,0 Mill.) höheres Bevölkerungsniveau auf. Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, liegen die entsprechenden Differenzen für das Jahr 2010 bei 3,1 Mio. bzw. 6,0 Mio. und für das Jahr 2030 gar bei 3,8 Mio. bzw. 11,2 Mio. Die Ergebnisse der Variante 3 der achten Vorausberechnung übertreffen jene der siebten im Hinblick auf das Bevölkerungsniveau für das Jahr 2030 um 16,0 %. Aber auch innerhalb der aktuellen Prognose weichen die Werte zwischen Variante 1 und 3 für das Jahr 2010 um 2,9 Mio. und für das Jahr 2030 um 7,4 Mio. ab.

Tabelle 1: Zukünftige Bevölkerungsniveaus nach den jüngsten Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamtes, in Mio.

Prognose bzw. Variante	7. koordinierte Bevölkerungs- vorausberechnung	8. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung		
		Variante 1	Variante 2	Variante 3
Jahr				
1990	79,8	-	-	-
1992	80,6	81,0	81,0	81,0
1998	81,2 ^a	83,2	83,4	83,6
2000	81,1	83,3 ^a	83,7	84,1
2003	80,7	83,1	83,8 ^a	84,6
2005	80,2	82,9	83,8	84,7
2010	78,9	82,0	83,4	84,9 ^a
2020	75,0	78,6	81,2	83,7
2030	69,9	73,7	77,4	81,1
2040	-	67,6	72,4	77,1

a Kennzeichnet jeweils das höchste Bevölkerungsniveau in der entsprechenden Prognose bzw. Variante.

Quelle: Eigene Darstellung nach Sommer, B. 1992, S. 220f. und 1994, S. 438ff.

19. Aus Tabelle 2 geht die Entwicklung der Besetzungsziffern der betrachteten Altersgruppen hervor. Ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung gemäß Prognose c) oder d) führt insbesondere zu einem Anstieg der Zahl der über 80jährigen: Im Jahr 2040 wird die Zahl der über 80jährigen gegenüber der Prognose auf das Jahr 2000 sich bis auf das knapp Dreifache erhöhen.

Die Auswirkungen dieser demographischen Veränderungen auf den medizinischen Versorgungsbedarf hängen - unter ceteris paribus-Bedingungen für medizinische Technologie- und Nutzungsmuster - von den altersspezifischen Verbrauchsziffern ab.

Tabelle 2: Besetzungsziffern der Alten und sehr Alten bei unterschiedlichen Prognosemodellen der altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten

Prognosemodell (Jahr 2040):	65-80jährige^a:	über 80jährige	Verhältnis über 80jähriger zu 65-80jährigen
a) 8. koordinierte Bevölkerungsprognose	11,7 Mio.	4,3 Mio.	37 : 100
b) Minimal-Sterbetafel	12,0 Mio.	5,2 Mio.	43 : 100
c) DAV-Trendfunktion	12,6 Mio.	6,4 Mio.	51 : 100
d) Sterblichkeitstrend des letzten Jahrzehnts	12,8 Mio.	7,0 Mio.	55 : 100
zum Vergleich: Besetzungsziffern im Jahr 2000	8,7 Mio.	2,5 Mio.	29 : 100

a Bei Zugrundelegung der 1. Variante des Wanderungssaldos.

Quelle: Eigene Darstellung und (vorläufige) Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes.

4. Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter

Kosten der Versorgung

20. Die Versorgungskosten für Ältere wurden aufgrund linearer Hochrechnung herkömmlicher Daten bislang überschätzt. Einerseits sind Kosten für die Versterbenden im letzten Lebensjahr im Vergleich zu Nichtversterbenden um das 20fache (im Alter von 60) bis 6fache (im Alter von 80) höher und machen einen wesentlichen Teil der lebenslangen

Kosten aus. Andererseits sinken die Kosten für die Versterbenden in ihrem letzten Lebensjahr mit zunehmendem Alter deutlich ab, da - zumindest für den größten Ausgabenblock stationäre Versorgung - sowohl die Kumulation medizinischer Leistungen als auch die Dauer der Leistungen abnehmen. Vorzeitige Mortalität erspart daher nicht medizinische Versorgungskosten. Nach einer Analyse der Verbrauchsziffern von Versterbenden und Überlebenden können durch den Rückgang der altersspezifischen Verbrauchsziffern um bis zu 15 - 20 % aufgrund der steigenden Lebenserwartung eingespart werden. Damit kann der mit den geburtenstarken Jahrgängen und deren Alterung verbundene rechnerische Mehrbedarf in Höhe von bis zu 23 % an medizinischen Versorgungsleistungen im Alter über 65 Jahren zum größten Teil kompensiert werden.

Für eine zukunftsorientierte Gesundheits- und Sozialpolitik sind weitere Untersuchungen zu Versorgungskosten in verschiedenen Altersstufen erforderlich.

21. Die Höhe der Versorgungskosten ist nicht zuletzt auch davon abhängig, inwieweit es gelingt, Morbidität und vorzeitige Mortalität zu vermeiden. Bei der Annahme einer "komprimierten Morbidität" ist in der Altenpopulation von Industriestaaten sogar eine komplette Kompensation des demographisch bedingten Mehrbedarfs möglich.

22. Seit Anfang des Jahrhunderts ist eine deutliche Sterblichkeitsverbesserung in allen Altersgruppen, insbesondere auch in den höheren Altersgruppen der deutschen Bevölkerung zu verzeichnen. Der größte Anteil der Sterblichkeitsabnahme beruht auf nichtmedizinischen Faktoren (Ernährung, verbesserte physische und soziale Lebensbedingungen). Etwa 3,5 bis 4 Jahre Gewinn an Lebenserwartung (1950 - 1990) werden der kurativen Medizin zugeschrieben; davon entfällt der mit 18 Monaten größte Anteil auf die verbesserte Behandlung der Herzerkrankungen.

23. Forschungsergebnisse zu "vermeidbaren" Todesfällen weisen darauf hin, daß eine weitere wesentliche Reduktion der Mortalität nicht so sehr von den Fortschritten der kurativen Medizin, sondern vielmehr von der Realisierung definierbarer präventiver Maßnahmen - im Sinne einer Verhaltens- und Verhältnisprävention - abhängt.

24. Einen wesentlichen Einfluß auf die Morbidität und Mortalität hat der sozioökonomische Status. Auch für Westeuropa und die Bundesrepublik Deutschland besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der ökonomischen Verteilungsgerechtigkeit und der durchschnittlichen Lebenserwartung. Somit hat ökonomische Verteilungsgerechtigkeit Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

25. Eine differenzierte Einschätzung der Entwicklung der Morbidität auf Bevölkerungsbasis ist aufgrund der weiterhin mangelhaften deutschen Datenbasis schwierig. Anhand von Einzelstudien werden zu ausgewählten, im Alter bedeutenden Gesundheitsstörungen und Krankheiten Hinweise zu Vorkommen, zu Risikofaktoren, zur Versorgungslast, zum kurz- und mittelfristigen Zusatzversorgungsbedarf und zu Ansätzen ihrer Prävention gegeben.

26. Die zweite Lebenshälfte wird vor allem durch die starke Zunahme chronischer Krankheiten charakterisiert. Alter ist jedoch nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden. In vielen Bereichen ist die Grenze zwischen normalen altersphysiologischen und pathologischen Veränderungen unscharf. Hierzu wird eine Krankheitstypologie vorgeschlagen; sie unterscheidet zwischen:

- (I) Altersphysiologischen Veränderungen mit möglichem, aber nicht zwingendem “Krankheitswert”,
- (II) Altersbezogenen Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit,
- (III) Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen und
- (IV) Krankheiten infolge langfristiger, mit der Lebenszeit, d.h. mit dem Alter, steigender Exposition.

Kategorie I verdeutlicht die Kontextabhängigkeit von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen. Professionelle (und gesellschaftliche) Sichtweisen bestimmen wesentlich, welche physiologischen Beeinträchtigungen der Gesundheit als Krankheit definiert und einer Therapie unterzogen werden. Diese Abgrenzung hat potentielle Folgen für die Kostenübernahme der Versorgung. Für die Prävention können vor allem physiologische Alterungsprozesse genutzt werden, die eine hohe Plastizität aufweisen. Die oft unterschätzte individuelle Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen könnte durch professionelle und gesellschaftliche Hilfestellungen gezielt gefördert werden.

Die Kategorie II verweist auf die Problematik von Früherkennungsmaßnahmen und die damit verbundene Sekundärprävention. Diese sind nur dann sinnvoll, wenn nicht nur die Diagnose vorgelegt wird, sondern eine adäquate Therapie angeboten werden kann.

Die Kategorie III ist außer einer tertiären Prävention bzw. Rehabilitation einem genuinen Präventionskonzept nicht zugänglich. Sie weist aber auch auf die Notwendigkeit einer altersentsprechenden Führung und Behandlung hin.

In der Kategorie IV, die sowohl physikalisch-chemische als auch psycho-soziale und sozioökonomische Expositionen umfaßt, sind vor allem populationsbezogene Präventionsstrategien sinnvoll. Es gilt vor allem, das Expositionsrisiko zu senken.

Konsequenzen für die Versorgung

27. Der demographische Umbau führt kurz- bis mittelfristig zu einem moderat vermehrten Versorgungsbedarf in der Kuration, Rehabilitation und Pflege für die ältere Bevölkerungsgruppe. Die langfristige Entwicklung ist von den heutigen präventiven Investitionen vor allem in mittleren und höheren Altersstufen abhängig. Um den mit dem demographischen Umbau einhergehenden strukturellen Veränderungen gerecht zu werden und mögliche gesellschaftliche Konflikte zu entschärfen, ist eine langfristige und problemgerechte Anpassung der Gesundheits- und Sozialpolitik erforderlich. Sie sollte nicht nur krisenorientiert sein, sondern vielmehr in Anerkennung der mit der gewünschten Lebenserwartung verbundenen individuellen und gesellschaftlichen positiven Zielsetzung, an einem Altwerden in Gesundheit, ausgerichtet sein. Unter dieser Zielsetzung sind sachgerechte Analysen notwendig.

28. Der demographisch bedingte Morbiditätswandel führt zu einer Abnahme des Interventionsbedarfs kurativer Leistungen in den höchsten Altersstufen, während pflegerische Leistungen vermehrt nachgefragt werden. Ein Minderbedarf wird sich in der Versorgung Akutkranker in jüngeren Altersstufen ergeben. Damit findet eine Verlagerung der Leistungen und Kosten von der GKV in die GPfIV sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor statt.

29. Ein demographisch bedingter Zusatzversorgungsbedarf ergibt sich insbesondere für obstruktive Lungenerkrankungen, für Herz-Kreislaufkrankungen vor allem im operativen und rehabilitativen Bereich, ebenso für Erkrankungen des Urogenitaltrakts, für Krebserkrankungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, ein moderater operativer und rehabilitativer Bedarf für Erkrankungen des Bewegungsapparates, für Erkrankungen des Seh- und Hörsinns im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich sowie ein moderater Zuwachs an gerontopsychiatrischer Versorgung. Dem steht ein großes und noch weitgehend unausgeschöpftes präventives Potential besonders zur Verhinderung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Erkrankungen der Atemwege und Unfällen gegenüber (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschätzter mittelfristiger Zusatz-/Minderbedarf nach medizinischen Bereichen

<u>medizinischer Bereich</u>	<u>Zusatzbedarf (und Probleme)</u>
<u>Infektiöse Erkrankungen</u> <u>- AIDS</u> <u>- sonstige</u>	rückläufig niedrig
<u>Pädiatrie</u>	rückläufig
<u>Neugeborenen-Intensivbehandlung</u>	<u>rückläufig</u>
<u>Geburtshilfe, Gynäkologie</u>	<u>rückläufig / gleichbleibend</u>
<u>Alzheimer</u>	<u>niedrig</u>
<u>Augen (OP)</u>	<u>moderat</u>
<u>Bewegungsapparat</u>	moderat
<u>Bildgebende Verfahren</u>	<u>moderat (Additions- u. Nutzenprobleme)</u>
<u>Diabetologie</u>	moderat (Präventions-, Qualifizierungsproblem)
<u>Lungen-/Atemwegserkrankungen</u>	<u>moderat</u>
<u>Orthopädie (OP, Reha)</u>	moderat (<u>Evaluations-/Qualifizierungsprobleme</u>)
<u>Pädiatrische Pulmologie / Kardiologie</u>	<u>moderat</u>
<u>Psychiatrie (bzw. Gerontopsychiatrie)</u>	moderat (Struktur-, Evaluationsprobleme)
<u>Kardiologie</u>	<u>hoch (Evaluations-/Indikationsprobleme)</u>
<u>Laser-, minimal invasive Chirurgie</u>	<u>hoch (Qualitäts- und Indikationsprobleme)</u>
<u>Neurochirurgie</u>	<u>hoch</u>
<u>Onkologie</u>	<u>hoch (Evaluationsprobleme)</u>
<u>Präventivmedizin</u>	<u>hoch (Perzeptions-, Forschungs-, Struktur- und Evaluationsprobleme)</u>
<u>Rehabilitation</u>	<u>hoch (Struktur-, Qualifizierungsprobleme)</u>
<u>Urologie</u>	<u>hoch (Evaluationsprobleme)</u>

Quelle: Eigene Darstellung (modifiziert und erweitert nach einem Vorschlag von R. C. Coile, 1990).

30. Die für das Alter typische Multimorbidität umfaßt jedoch, richtig verstanden, unterschiedliche Arten und "Phasen" von Kranksein und Behinderung nebeneinander, aber zugleich immer auch verbleibende oder erweiterungsfähige Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens. Aus dieser gleichzeitigen Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Verlaufsstadien leitet sich die Notwendigkeit eines gleichzeitigen Einbezugs und der gleichberechtigten Stellung von Maßnahmen aller Bereiche ab: Gesundheitsförderung/Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Sie lassen sich in einer zukünftig noch zu entwickelnden, patientenorientierten Versorgungslandschaft weder zeitlich noch sachlich sinnvoll voneinander trennen.

Dem Modell einer funktionalen Durchdringung der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege stehen gegenwärtig sowohl die Organisation wie die Finanzierung von Leistungen eher entgegen. Eine Verzahnung erfordert die Ausschöpfung des rechtlichen Rahmens und neue Kooperationsformen. Ziel muß die kooperative

und funktional aufeinander bezogene "Gleichzeitigkeit" sein, bzw. - betrachtet man den ambulanten, teilstationären und stationären Sektor - ein nahtloser Übergang

31. Diesem mittelfristig veränderten Versorgungsbedarf ist zeitgleich - z.B. wegen der langsameren Anpassungsprozesse in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung - schwierig nachzukommen. Dies trifft weniger in den Monodisziplinen zu; hier besteht allerdings ein Überhang in bezug auf Indikationen für jüngere Altersgruppen. Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie sollten daher so schnell wie möglich verbessert werden.

Vorausschauende Gesundheits- und Sozialpolitik

32. Die Ausführungen machen die Kontextabhängigkeit einer erfolgreichen Gesundheits- und Sozialpolitik vor dem Hintergrund des demographischen Wandels deutlich. Sichtbar wird auch die Bedeutung weiterer Politikfelder wie Wirtschaft, Arbeit, Verkehr, Umwelt, Wohnungsbau etc., ihr Einfluß auf die Verteilungsgerechtigkeit und damit letztlich wiederum auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Für die Zukunft ist eine vorausschauende, risikomindernde Gesundheitspolitik notwendig. Soll der demographisch bedingte Zusatzbedarf an Versorgung mittelfristig gemindert werden, müssen präventive Ansätze sowohl in den mittleren Lebensjahren als auch im Alter selbst ausgebaut werden. Weniger präventive Investitionen der Gesundheitspolitik, wie sie sich im Jahre 1996 abzeichnet, führen langfristig zu einem Bumerang-Effekt. Eine bedarfs- und ergebnisorientierte altersgerechte Prävention und Versorgung erfordert eine Orientierung an adäquat formulierten sachpolitischen Zielen. Zu ihrer Umsetzung ist eine stärkere Verzahnung und Integration der Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Kuration und Pflege unabdingbar (vgl. SG 1995, Ziffer 212ff.).

5. Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen und Ansätze zu ihrer Mobilisierung

33. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven steht nach wie vor im Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion um die zukünftige Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens. Trotz mehrerer Reformen und der damit zweifellos verbundenen Erfolge in der Ausgaben- bzw. Kostendämpfung wird weiterhin Rationalisierung gefordert, insbesondere um andernfalls drohende Rationierungen zu vermeiden. Rationalisierung im Sinne einer Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips dient der Produktivitäts-

steigerung, während Rationierungen auf mengenmäßige Beschränkungen von Gesundheitsleistungen hinauslaufen. Die Wirtschaftlichkeit kann auf zwei Arten grundsätzlich verbessert werden: Entweder werden bei gegebenem Gesundheits- und Leistungsniveau die Kosten reduziert und die Beitragssätze in der GKV gesenkt, oder es wird versucht, mit dem gegebenen Kostenniveau mehr Gesundheit bzw. eine bessere Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung herbeizuführen.

34. Eine Form von Wirtschaftlichkeitsreserven besteht in dem Überangebot an Betten, an Krankenhäusern, an Ärzten, an Apotheken, an Arzneimitteln und an Medizintechnik. Das setzt nicht nur Anreize zu unnötiger und medizinisch teilweise nachteiliger Versorgung, sondern bedeutet auch einen Verzicht auf alternative Verwendung dieser Ressourcen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Neben der Frage, ob zuviel Infrastruktur, zuviel Versorgung und zu viele schulmedizinische oder auch ungeeignete Leistungen angeboten werden, muß gleichermaßen geklärt werden, ob beispielsweise auch besondere Therapieformen außerhalb der Schulmedizin zum Leistungskatalog einer durch Sozialabgaben finanzierten Krankenversicherung gehören sollten (vgl. SG 1995, Ziffer 164).

35. Neben dem quantitativen und qualitativen Überangebot gibt es Unwirtschaftlichkeiten in den verschiedenen Versorgungsbereichen und dort jeweils in unterschiedlichem Ausmaß. Hinzu kommen Ineffizienzen in Verwaltungsapparaten bei Krankenhäusern, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, beim öffentlichen Gesundheitsdienst und in Sozial- bzw. Gesundheitsministerien. Auch Unwirtschaftlichkeiten angesichts der Vielzahl an Verbänden und Interessengruppen im Gesundheitswesen lassen sich thematisieren.

36. Weitere Wirtschaftlichkeitsreserven ergeben sich bei konsequenter Anwendung des medizinischen Fortschritts, der zu Kosteneinsparungen führen kann. Beispielsweise entfallen durch die Einführung der Eradicationsbehandlung des *Helicobacter pylori*, d.h. der medikamentösen Behandlung der Bakterien, die Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre verursachen, die wesentlich teureren stationären Aufenthalte (Ulcus-Therapie). Medizinischer Fortschritt ist unter Wirtschaftlichkeitsaspekten dann sinnvoll, wenn er sich auf Diagnostik und Therapie gleichermaßen bezieht. Die Verfeinerung diagnostischer Verfahren ist in aller Regel unwirtschaftlich, wenn keine entsprechende Therapie in Aussicht steht.

37. Die Ursachen von Wirtschaftlichkeitsreserven sind auch in vielen vorherigen Gutachten ausgeführt. Ihre Analyse ist besonders wichtig, weil in den Kapiteln "Demographi-

sche Entwicklung” und “Morbidity und Mortalität im höheren Lebensalter” deutlich geworden ist, daß trotz korrigierter Hochrechnungen und trotz gewisser demographiebedingter Minderbedarfe kurz- bis mittelfristig weiterhin von demographisch bedingten Mehrbedarfen auszugehen ist. Die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven hilft daher, andernfalls drohende Rationierungen zu vermeiden.

Ansätze und Wege zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven

38. Der Rat weist darauf hin, daß auch in Deutschland die Notwendigkeit zur systematischen Evaluation nicht nur neuer, sondern gerade auch bestehender medizinischer Verfahren und Technologien (*technology assessment*) besteht. Die Erarbeitung und Umsetzung eines Konzeptes - aufbauend auf den Erfahrungen in europäischen Ländern - sollte dabei in der gemeinsamen Verantwortung von Politik, Krankenkassen, Ärztenverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften liegen. Schätzungen über nicht notwendige Gesundheitsleistungen gehen für Kanada und für die USA von rund 30 % aller Gesundheitsausgaben aus. Der Rat kann aufgrund der unzureichenden Datenlage für Deutschland nur beispielhaft auf einige Bereiche mit deutlichen Wirtschaftlichkeitsreserven hinweisen:

- Wesentliche Teile der heute vorgenommenen Röntgenuntersuchungen und präoperativen Routinediagnostiken sind überflüssig;
- die Knochendichtemessung ist als Screeningmethode bei beschwerdefreien Personen höchst umstritten; dennoch wird sie in weitem Umfange angewendet;
- ein großer Teil der durchgeführten Arthroskopien ist nicht notwendig;
- in der Diagnostik und Therapie der in der ambulanten Versorgung extrem häufigen unkomplizierten Rückenschmerzepisoden bestehen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven;
- bei der Gesundheitsuntersuchung nach § 256 SGB V (Gesundheits-Check-up) wird in mehr als der Hälfte der Fälle ein Ruhe-EKG ohne ausreichende Indikation durchgeführt.

Die Gesamtsumme der mit diesen - nicht abschließend zu verstehenden - Beispielen illustrierten Wirtschaftlichkeitsreserven umfaßt ein Einsparvolumen von mehreren 100 Mio. DM. Die begonnene Entwicklung von medizinischen Behandlungsleitlinien kann ebenfalls in die wünschenswerte Richtung gehen. Auch die systematische Evaluation des medizini-

schen Fortschritts trägt dazu bei, die unkritische Anwendung neuer Verfahren zu begrenzen.

39. In der Regel stehen für die Behandlung definitiver Erkrankungen mehrere Diagnose- und Therapieverfahren zur Verfügung. Durch die gezielte Wahl des kostengünstigeren Verfahrens läßt sich die Wirtschaftlichkeit verbessern, was allerdings hinreichende Informationen über die einzelnen Verfahren voraussetzt. In Tabelle 4 werden die Kosten einer Gallenblasenentfernung einerseits durch das herkömmliche offen-chirurgische Verfahren, andererseits durch das laparoskopische Verfahren verglichen. Es ergibt sich ein Kostenunterschied von ca. 20 %.

Tabelle 4: Vergleich der Kosten der offen-chirurgischen mit der laparoskopischen Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie), in DM

Verfahren	offen-chirurgische Gallenblasenentfernung	laparoskopische Gallenblasenentfernung
Kostenstelle		
Normalstation	1.728	1.097
Intensivstation	50	156
Operationsbereich	1.671	2.057
Med. Institutionen	481	398
Basisleistungen	1.670	1.074
Gesamtkosten	5.600	4.782

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten für die Bunde pflegesatzverordnung 1995, Düsseldorf u.a., 1995, S. III 90/91.

40. Die Kalkulation zu den Fallpauschalen hat gezeigt, daß in verschiedenen Krankenhäusern die gleiche Behandlung bei vergleichbaren Patientengruppen zu recht unterschiedlichen Kosten erfolgt (siehe Tabelle 5). Die Gründe sind vielfältig und ergeben sich jenseits der Präselektion von Risiken vor allem durch unterschiedlich lange Verweildauern, abweichende Sachkosten und differierende Basiskosten.

Tabelle 5: Fallkostenunterschiede bei gleicher Behandlungsmethode: Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie), elektiv, offen-chirurgisch, in DM

Krankenhaus	Haus 1	Haus 2
Kostenstelle		
Normalstation	1.325	2.391
Intensivstation	--	198
Operationsbereich	1.328	2.497
Med. Institutionen	508	376
Basisleistungen	1.392	2.399
Fallkosten	4.553	7.861

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten für die Bundespflegesatzverordnung 1995, Düsseldorf, u.a. 1995, S. III 90.

41. Der Rat hat bereits mehrfach auf die Wirtschaftlichkeitsreserven hingewiesen, die durch eine bessere Koordination und Integration der Behandlungsabläufe über die verschiedenen Sektoren hinweg möglich sind. Vor allem die bessere Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist unverzichtbar. Insbesondere im Bereich der Diagnostik und der stationären Krankenpflege werden große Einsparpotentiale vermutet. Es gilt, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und einen effektiveren Geräteinsatz zu erzielen.

42. Ausreichende (sinnvolle) Investitionsplanung ist auch ein Weg zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Obwohl die Investitionen nur etwa 10-15 % der Gesamtausgaben der Gesundheitseinrichtungen im Krankenhaus ausmachen, entscheiden sie doch maßgeblich über den wirtschaftlichen Einsatz der übrigen 85-90% der Mittel. Nur bei gleichzeitiger Autonomie in den Bereichen Betriebsausgaben und Investitionen können Betriebsabläufe verbessert werden. Es kommen nicht nur Sachinvestitionen, sondern auch Personalinvestitionen (z.B. Investitionen in die Aus- und Weiterbildung) in Betracht.

Durch effiziente Investitions- und Personalplanung kann im stationären Bereich ein erhebliches Einsparpotential erzielt werden. Zu den Faktoren für die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus gehören:

- kurze Planungs- und Bauzeit,

- kompetentere Diagnostik bei Einlieferung,
- zweckgerichtete Planung, d.h. kurze Wege, zentrale Arbeitsplätze,
- vernetzte Arbeitsbereiche, interdisziplinäre Strukturen,
- flexibles Engpaßmanagement durch große Intensivabteilungen,
- kürzere Verweildauer der Patienten,
- Outsourcing z.B. des Reinigungspersonals, der Speisenversorgung, der Apotheke, oder des Labors,
- Mehrfachnutzung kostspieliger Großgeräte von verschiedenen Fachabteilungen,
- optimierte Energiesysteme,
- abgestufter Personaleinsatz bezogen auf die Pflegeintensität,
- volle Ausschöpfung der Rationalisierungsreserven im Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst (patientenferne Leistungen).

43. Als langfristige Investition in mehr Gesundheit kann die Risikoprävention gesehen werden. Risikoprävention bedeutet, einen möglichen gesundheitlichen Schaden im Vorfeld zu verhindern, bzw. die Wahrscheinlichkeit des Eintrittes eines Schadens und dessen Ausmaß zu verringern (SB 1994, Ziffer 44). Voraussetzung ist, daß den zu vermeidenden Krankheiten Risiken zugrunde liegen, die überhaupt wirksam beeinflusst werden können.

Eine Priorisierung der Präventionsmaßnahmen ist notwendig, um die effektivsten und effizientesten aller möglichen Maßnahmen herauszufiltern. Das ist wichtig, damit die Präventionsmaßnahmen nicht selber zu einer Quelle von Wirtschaftlichkeitsreserven werden, sondern im Gegenteil durch die Verhinderung von kostenträchtigen Krankheiten das System wirtschaftlicher machen.

Wettbewerbliche Ausrichtung des Vertrags- und Versicherungsrechts

44. Im Gesamtzusammenhang von Art, Umfang und Struktur der Wirtschaftlichkeitsreserven und ihrer vielfältigen Ursachen wird deutlich, daß eine wettbewerbliche Ausrichtung des Vertragsrechts und des Beschaffungswesens sowie mehr Preis- und Leistungstransparenz neue Perspektiven für die erforderliche Konsolidierung in der Krankenversorgung und im Versicherungsschutz eröffnen und vielfältige Erfindungen (“innovation”), Neuerungen (“innovation”) und Nachahmungen (“imitation”) im Rahmen des sektoralen Strukturwandels zulassen.

45. Für ein funktionierendes Wettbewerbssystem ist es Voraussetzung, daß allen Akteuren - also auch den Versicherten und Patienten - die Preise und Leistungen hinlänglich transparent sind. Das Sachleistungsprinzip und vor allem die damit verbundene Intransparenz für den Versicherten werden auch als eine Ursache für die Entstehung von Wirtschaftlichkeitsreserven genannt.

Abbau von Regulierungen

46. Bei grundsätzlicher Betrachtung ist eine Privatisierung von Staatsaufgaben und Staatseigentum angesichts der Finanzlage und der Standortprobleme der Bundesrepublik eine wichtige wirtschaftspolitische Herausforderung. Unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzipes gilt es zu vermeiden, daß der Staat Aufgaben erfüllt, die von Privaten gleich gut oder sogar schneller, billiger und vor allem nachfragegerechter wahrgenommen werden können. Oft werden öffentliche Unternehmen durch Marktzugangsbeschränkungen vor privater Konkurrenz geschützt oder stark subventioniert, so daß schon eine entsprechende Deregulierung zu den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Privatisierung gehört.

47. Der Markt für ambulant-ärztliche Leistungen ist stark reguliert und durch die Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen wegen der Zwangsmitgliedschaft auch monopolisiert. Andererseits steht ihnen mit den Krankenkassen ein mehr oder weniger homogenes Nachfrageoligopol gegenüber. Durch das im GSG eingeführte Regionalprinzip müssen auch die Ersatzkassen mit den Anbietern regional verhandeln (§ 83 SGB V). Vormalig geschah dies bei den Ersatzkassen bundesweit, während die AOK regional verhandelt hat. Durch die Neuregelung wurde eine weitere Wettbewerbsgleichheit geschaffen, der nunmehr mit der Flexibilisierung des Vertragsrechts eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenversorgung folgen muß (vgl. auch SG 95, Kapitel 4). Andererseits zeigt der privatwirtschaftlich geprägte Sektor der Arzneimittelversorgung, daß ohne eine staatliche oder quasi-staatliche Vorgabe (z.B. budgetierte Gesamtvergütung) eine gesamtwirtschaftlich kostengünstige Versorgung schwerer erreichbar ist.

48. Im Krankenhaussektor ist kein freier Marktzutritt möglich, da die Anzahl und die Art der Krankenhäuser einer staatlichen Bedarfsplanung unterliegen. Zwar besteht für private Krankenhausträger prinzipiell die Möglichkeit einer Genehmigung zur Errichtung eines neuen Krankenhauses. Die Aufnahme privater Investoren in den staatlichen Krankenhausplan wird aber zurückhaltend praktiziert. Auch die duale Finanzierung kommt

ner Markteintrittsbarriere gleich, da die privaten Krankenhäuser in der Regel auch ihre Investitionskosten selbst erwirtschaften müssen.

49. Ein Bereich, in dem die privatwirtschaftliche Leistungserstellung ebenfalls an Bedeutung gewinnt, sind die ambulanten Pflegedienste. Auf diesem, infolge der demographischen Entwicklung und durch die Pflegeversicherung stark expandierenden Markt, finden sich eine ganze Reihe privater, aber auch karitativer Unternehmen, die in Wettbewerb miteinander stehen, ohne daß bereits von der erforderlichen Startgleichheit oder der Gleichheit der Qualitätssicherung unter den verschiedenen Anbietern gesprochen werden könnte.

50. Formen und Ursachen von vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven hinsichtlich Umfang, Struktur, Ablauf, Indikationen und Kosten von Verfahren, Behandlungsarten und Einrichtungen gehören in den Vordergrund der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung. Die Kenntnis der zahlreichen und vielfältigen Ursachen der Wirtschaftlichkeitsreserven ist deshalb wichtig, weil durch sie Verwerfungen im System hervortreten und Mechanismen erkennbar werden, die verändert werden können, um andernfalls drohende Rationierungen zu vermeiden.

51. Einerseits kann es Wirtschaftlichkeitsreserven geben, die im engeren Sinne keine Unwirtschaftlichkeiten darstellen. Hier kommt neben einzelwirtschaftlichen Anreizen, verbesserten Strukturen und Abläufen nicht zuletzt auch einer verstärkten Anwendung von Evaluationsmethoden Bedeutung zu. Andererseits gibt es Reserven übergeordneter organisatorischer Art, die mit den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Gesamtsystems zu tun haben und über eine punktuelle Betrachtung von Wirtschaftlichkeitsreserven hinausragen.

6. Beschäftigung im Gesundheitswesen

52. Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigungszahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, daß derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als personalintensiver Dienstleistungsbranche mit einem ausgeprägtem Anteil an Hochtechnob-

gie und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden. Sie verstärken den Ruf nach Reformen auch dann, wenn sich die Versorgung aufgrund des medizinischen Fortschritts verbessert.

53. Strukturwandel und Wirtschaftswachstum sind untereinander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. Dem Wirtschaftswachstum geht Strukturwandel voraus und verursacht ihn zugleich. Auf das Gesundheitswesen bezogen läßt sich intrasektoraler und intersektoraler Strukturwandel unterscheiden. Intersektoral lassen sich die wirtschaftlichen Verflechtungen mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft, z.B. dem Bildungswesen, analysieren; intrasektoral geht es zum einen um die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen den Bereichen des Gesundheitswesens, z.B. Handel, Handwerk, Industrie oder Dienstleistungen, und zum anderen um die Leistungssektoren, z.B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Die unterschiedliche Abhängigkeit der einzelnen Sektoren von Auslandsnachfrage und -angebot muß bei einer Beurteilung der Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung des Gesundheitssektors berücksichtigt werden. Abgesehen von intrasektoralen Verschiebungen läßt sich der Gesundheitssektor hinsichtlich Wertschöpfung und Beschäftigung als wahrscheinlicher Wachstumssektor bezeichnen, der wiederum den Trend entwickelter Volkswirtschaften von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft zu bestätigen und zu beschleunigen vermag.

54. Betrachtet man zunächst das Gesundheitswesen in der bisher statistisch erfaßten Form, so ergeben sich, abhängig von den verwendeten Quellen, unterschiedliche Angaben zum Stand der Beschäftigung. Beispielsweise erfaßt das Statistische Bundesamt für die gesamte Bundesrepublik in seinen "Berufen des Gesundheitswesens" die Berufsgruppen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und sonstige Gesundheitsdienstberufe, darunter Heilpraktiker, Masseure und medizinische Bademeister, Krankenschwestern und -pfleger, Helfer in der Krankenpflege, Diätassistenten, Ernährungsfachleute, pharmazeutisch-technische Assistenten, Sprechstundenhelfer und therapeutische Berufe, die für das Jahr 1994 für die gesamte Bundesrepublik 1.956.219 Beschäftigte ausweisen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl der Beschäftigten nach Gesundheitsberufen

Jahr	Ärzte (berufstätig)	Zahnärzte	Apotheker	sonstige Gesund- heitsdienst- berufe^a	Gesamt
1970	126.909	38.524	23.751	439.000	628.184
1980	173.325	42.949	32.223	797.000	1.045.497
1989	229.065	52.816	39.171	1.065.000	1.386.052
1990	237.750	k.A.	k.A.	1.133.000	k.A.
1991	244.238	54.972	41.607	1.467.000	1.807.817
1992	251.877	56.342	42.369	1.482.000	1.832.588
1993	259.981	58.194	42.887	1.531.000	1.892.062
1994	267.187	59.211	43.822	1.586.000	1.965.219

a Darunter: Heilpraktiker, Masseur und med. Bademeister, Krankenschwestern und -pfleger, Helfer in der Krankenpflege, Diätassistenten, Ernährungsfachleute, pharm.-techn. Assistenten, Sprechstundenhelfer und therapeutische Berufe.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, Berufe des Gesundheitswesens 1994, Wiesbaden 1995.

55. In der Tabelle 6 sind nur einige Gesundheitsberufe aufgeführt. Es fehlen Angaben zu folgenden Beschäftigungsgruppen:

- Beschäftigte in der Pflege, sofern nicht in den oben genannten Berufsgruppen enthalten (nach Angaben des VdAK ca. 25.000 Pflegeeinrichtungen, Stand 1.3.96),
- Beschäftigte in der Rehabilitation,
- Beschäftigte im Handwerk wie Optiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädienschuhmacher,
- Beschäftigte im produzierenden Gewerbe wie Pharmaindustrie, MedizinproduktHersteller, Spezialausstatter (z.B. Zahnarztstuhl, Operations-Beleuchtung u.ä.), Telekommunikation (Hardware), Hersteller von Diätprodukten,
- Beschäftigte im Handel wie Pharmagroßhandel, Sanitätsfachhandel,
- Beschäftigte in Verwaltungen wie bei Krankenkassen, Ministerien (Fachabteilungen bei Bund und Ländern), Öffentlicher Gesundheitsdienst, sofern nicht den oben angeführten Berufsgruppen angehörig,
- Beschäftigte in sonstigen Dienstleistungsbereichen, wie Spezial-Software (z.B. Krankenversichertenkarte), ausgelagerte Dienstleistungen (z.B. Reinigung, Kantine), Verlage mit Spezialsortiment,

- Beschäftigte in Fachschulen und Medizinischen Fakultäten der Universitäten (z.B. Public Health) und an einschlägigen Forschungsinstituten und -einrichtungen.

Der Rat hat wegen der Lücken in der Arbeitsmarkt- und Berufsstatistik eine eigene Schätzung direkter und indirekter Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsausgaben vorgenommen. Zu diesem Zwecke wurden zunächst die gesamten Gesundheitsausgaben des Jahres 1993 um die Einkommensleistungen gekürzt. Auf dieser Basis können die Beschäftigungswirkungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens auf rund 4,2 Mio. Erwerbstätige geschätzt werden.

56. In der folgenden Tabelle 7 werden die Branchen mit den höchsten Beschäftigungsgewinnen an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verglichen. Eine besondere Steigerung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten fand bei den gesellschaftsbezogenen Dienstleistungen statt (Steigerung von 1976 zu 1994 um 1.500.000 Beschäftigte, Quelle: iw-trends 3/95, S. 6). Darunter ist das freiberufliche Gesundheitswesen (dazu gehören u.a. die bei Ärzten, Zahnärzten, anderen Heilkundigen (z.B. Chiropraktikern und Homöopathen) sowie bei Masseuren tätigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) sowohl im mittelfristigen als auch im kurzfristigen Branchenvergleich deutlicher Spitzenreiter beim Zuwachs der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (1976/94: 239.425, 1992/94: 38.741 Personen). Auch die Kliniken zählen nach dieser Abgrenzung zu den 20 Branchen mit dem höchsten Beschäftigungszuwachs.

Tabelle 7: Die 20 Branchen mit den höchsten Beschäftigungsgewinnen an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (alte Länder), absolute Veränderungen

1976/94		1992/94	
1. Freiberufliches Gesundheitswesen	239.425	1. Freiberufliches Gesundheitswesen	38.741
2. Unternehmensberatung	207.889	2. Unternehmensberatung	37.547
3. Sonstiger Einzelhandel	207.754	3. Vermögensverwaltung	26.976
4. Architekturbüros	203.833	4. Architekturbüros	23.101
5. Kredit- u. Finanzierungsinstitute	185.897	5. Privatkliniken	21.487
6. Kliniken von Gebietskörperschaften	175.538	6. Kredit- u. Finanzierungsinstitute	19.942
7. Zentrale Verwaltung	157.103	7. Gastwirtschaften	17.070
8. Gastwirtschaften	136.116	8. Freie Wohlfahrtspflege	16.875
9. Heime von Organisationen ohne Erwerbszweck	133.186	9. Kliniken von Organisationen ohne Erwerbszweck	16.576
10. Kliniken von Organisationen ohne Erwerbszweck	127.901	10. Erziehungsanstalten von Organisationen ohne Erwerbszweck	16.510
11. Lebensmittelsupermärkte	125.518	11. Heime von Organisationen ohne Erwerbszweck	15.398
12. Handelsvermittlung	122.091	12. Kliniken von Gebietskörperschaften	14.747
13. Großhandel	119.998	13. Private Heime	14.676
14. Freie Wohlfahrtspflege	118.987	14. Handelsvermittlung	13.640
15. Privatkliniken	108.065	15. Zentrale Verwaltung	12.916
16. Gebäudereinigung	107.220	16. Hoch- und Ingenieurbau	10.454
17. Vermögensverwaltung	106.044	17. Rechtsberatung	10.208
18. Spedition	95.030	18. Kirchen/Orden	9.531
19. Arbeitnehmer-Überlassung	87.416	19. Straßenreinigung, Müll	8.817
20. Kunststoffverarbeitung	87.416	20. Erziehungsanstalten von Gebietskörperschaften	7.269

Quelle: IW-Trends 3/95, S. 13; Westdeutschland, Stand jeweils 30.06., Datengrundlage: Bundesanstalt für Arbeit.

57. Anzahl und Struktur der Beschäftigten in einem weiter gefaßten Gesundheitswesen sind u.a. von verschiedenen Entwicklungen abhängig. Zu den Rahmenbedingungen gehören die:

- demographische Entwicklung,
- Morbiditätsentwicklung,
- internationale Wettbewerbsfähigkeit des Standort Deutschlands (wichtig vor allem für den produzierenden Sektor, weniger für die persönlich erbrachte Gesundheitsdienstleistung und den Handel) und die
- Art der Finanzierung der Gesundheitsleistungen (z.B. über Beiträge, deren Entwicklung z.Zt. an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden ist und über private Ausgaben).

Zu den Entwicklungen innerhalb des Gesundheitswesens sind zu zählen:

- Grad der realisierten Produkt- und Prozeßinnovationen,
- (realisiertes) Wirtschaftlichkeitspotential innerhalb des Gesundheitswesens,
- Wandel des Leistungsspektrums, z.B. Verlagerung von stationärer Pflege hin zu ambulanter Pflege mit Schaffung entsprechender Infrastruktur,
- Umsetzung von Qualitätssicherung,
- Umfang der Teilzeitarbeit.

58. Ein strukturelles Wachstum zeigt sich durch das Entstehen neuer Berufe und Tätigkeitsfelder, wie in den Bereichen Umweltmedizin, medizinische Informatik oder Public Health, oder durch Verlagerung von Behandlungsschwerpunkten. Dadurch werden z.B. in Zukunft die ergotherapeutischen Berufe und Krankengymnasten ein größeres Gewicht erhalten. Die Zunahme des Anteils älterer Patienten als nachfrageseitige Komponente unterstützt diese Annahme. Daneben werden auch die Anforderungen an die Qualifikationen der Beschäftigten steigen.

7. Beschäftigungswirkungen von Beitragssatzveränderungen

59. Die Beschäftigungswirkungen von Beitragssatzveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind so vielfältig, daß es sich empfiehlt, zunächst einige mehr theoretisch-abstrakte Vorüberlegungen anzustellen. Die theoretische Grundlegung dient vor allem dazu, die nachfolgenden ersten empirischen Befunde und Schätzungen besser verstehen und einschätzen zu können.

60. Zunächst ist wichtig zu wissen, daß die Arbeitsproduktivität und ihre Steigerung einen zwiespältigen Effekt auslösen. Hohe Arbeitsproduktivität bedeutet, daß hohe Löhne gezahlt und damit hoher Wohlstand erreicht werden können. Gleichzeitig führt eine hohe

Arbeitsproduktivität dazu, daß relativ wenig Arbeitseinsatz zur Erstellung einer Produktionseinheit benötigt wird. Eine Steigerung der Arbeitsproduktivität bei gleichbleibendem und langsamer wachsendem Produktionsniveau beinhaltet die Gefahr von Arbeitslosigkeit.

Beschäftigungswirkungen in einer Volkswirtschaft ohne Auslandsbeziehungen

61. Innerhalb einer Volkswirtschaft ist die Arbeitsproduktivität in den einzelnen Sektoren unterschiedlich hoch. Im Gesundheitssektor, insbesondere bei den arbeitsintensiven Dienstleistungen, liegt die Arbeitsproduktivität eher niedrig; wohingegen im industriellen Sektor die Arbeitsproduktivität hoch bzw. der Arbeitseinsatz pro Mrd. Produktionswert niedrig ist. Geht man zunächst vereinfacht von einer Volkswirtschaft ohne Auslandsbeziehungen aus, so könnte durch eine bloße Nachfrageumstrukturierung von der höher produktiven, aber weniger arbeitsintensiven Industrie weg hin zu den weniger produktiven, aber mehr arbeitsintensiven Gesundheitsdienstleistungen eine Mehrbeschäftigung erreicht werden. Voraussetzung für diese beschäftigungsbezogene Betrachtung ist, daß eine Mehrnachfrage nicht nur in Preis- und Einkommenserhöhungen, sondern voll in eine Mehrbeschäftigung fließt.

62. Eine Nachfrageumstrukturierung stellt eine Beitragssatzerhöhung bzw. -senkung der Krankenversicherung dar. Eine einfache Schätzung des Beschäftigtensaldos bei einer Beitragssatzveränderung um einen Beitragspunkt ergibt rund 96.000 Arbeitsplätze mehr bei einer Anhebung und entsprechend weniger bei einer Senkung des Beitragssatzes. Ob die Mehrbeschäftigung auch eine Wohlstandssteigerung darstellt, bleibt allerdings offen. Nur wenn der Tausch von relativ wenig Gesundheitsleistungen gegen relativ viel gewerblich hergestellte Güter von der Bevölkerung auch gewünscht, d.h. höher bewertet wird, kann von einer Wohlstandsmehrung gesprochen werden. In einem Krankenversicherungssystem mit Pflichtversicherung, wenig Wahlmöglichkeiten und wenig Transparenz im Leistungsbereich, ist es aber noch immer schwer bis unmöglich, die Präferenzen der Versicherten bezüglich einer Nachfrageumstrukturierung festzustellen.

Beschäftigungswirkungen in einer Volkswirtschaft mit Auslandsbeziehungen

63. Erweitert man die Betrachtung in der Weise, daß man die intensive Einbindung der deutschen Volkswirtschaft in die Weltwirtschaft (offene Volkswirtschaft) mit aufnimmt, so gewinnen Kostenaspekte gegenüber Nachfrageveränderungen an Bedeutung. Die g-

samte deutsche gewerbliche Wirtschaft steht in einem weltweiten Wettbewerb, während das Gesundheitswesen in seinem Kern die internationale Konkurrenz (noch) relativ wenig spürt.

64. Vor allem die arbeitsintensiven Gesundheitsdienste, die von Ärzten, Heilhilfsberufen und Pflegekräften erbracht werden, stehen bislang wenig mit ausländischen Leistungserbringern im Wettbewerb. Lediglich dort, wo Arbeitskräfte frei zuwandern können, ergibt sich ein grenzüberschreitender Wettbewerb. Vielfältige Regulierungen erschweren jedoch im Gesundheitsbereich den internationalen Leistungstausch. Am intensivsten dürfte sich der Wettbewerb in den Bereichen der Arzneimittel- und Medizinprodukte niederschlagen.

65. Eine Beitragserhöhung für die Krankenversicherung kann tendenziell für die Unternehmen in einer offenen Volkswirtschaft bedeuten, daß sich ihre Produktionsbedingungen im Inland und Ausland verschlechtern; dadurch werden Arbeitsplätze im Inland gefährdet. Versucht die Industrie, durch Rationalisierungen ihre Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern, kommt es gleichwohl zu einem begrenzten Arbeitsplatzabbau. Die Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen, die mit einer Beitragssatzerhöhung verbunden ist, bleibt überwiegend im Inland; doch fließt im Bereich der Zulieferungen zumindest ein Teil ins Ausland.

66. In einer offenen Volkswirtschaft muß davon ausgegangen werden, daß die Freisetzungseffekte einer Beitragssatzerhöhung mittelfristig deutlich höher sind als in einer Volkswirtschaft ohne Auslandsbeziehung. Kann in einer geschlossenen Volkswirtschaft davon ausgegangen werden, daß im Saldo die Mehrbeschäftigung im Gesundheitssektor die Freisetzung in der übrigen Wirtschaft überkompensiert, so kann dies für eine offene Volkswirtschaft nicht mehr von vornherein angenommen werden. Die Erhöhung der Arbeitskosten führt zu Einbußen in der internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Dies gilt je nach Arbeitsintensität und Auslandsabhängigkeit der Wirtschaftszweige unterschiedlich.

67. Belastet werden durch Sozial- und Krankenversicherungsbeiträge vor allem relativ arbeitsintensive Wirtschaftszweige, wie das Bekleidungs-gewerbe, der Schiffbau, die Holzbearbeitung- und -verarbeitung, der Stahl- und Leichtmetallbau, Kunststoff-, Eisen-, Blech- und Metallwaren, Feinmechanik und Optik, aber auch der Maschinenbau.

Wenn man die Arbeitsintensität mit dem Anteil der geleisteten Arbeitsstunden gewichtet, schiebt sich der Maschinenbau weit an die Spitze der Belastung, gefolgt von den nur unterdurchschnittlich arbeitsintensiven Wirtschaftszweigen Elektrotechnik und Straßenfahrzeugbau. Ein ähnliches Muster der Belastung wie bei der Einteilung nach der Arbeitsin-

tensität ergibt sich bei einer Rangfolge der Wirtschaftszweige nach der Höhe ihrer Lohnstückkosten.

68. Durch Beitragssatzveränderungen in der GKV werden die Wirtschaftszweige betroffen, die sich in starker Weltmarktkonkurrenz befinden. Bei den stärker exportorientierten Wirtschaftszweigen stehen hier der Maschinenbau, aber auch der Schiff-, Schienenfahrzeug- und Straßenfahrzeugbau im Vordergrund, während bei den stärker mit Importen konkurrierenden Wirtschaftszweigen u.a. wieder das Bekleidungs-gewerbe sowie die Holzbe- und -verarbeitung zu nennen sind. Die Betroffenheit der Branchen wird natürlich durch die Gegebenheiten und Entwicklungen in den Ländern der Wettbewerber beeinflusst.

Der Anteil der Sozial- und Krankenversicherungsbeiträge an den Arbeitskosten sinkt im produzierenden Gewerbe - insbesondere in Westdeutschland - mit zunehmender Unternehmensgröße. Kleinere Unternehmen werden in diesem Bereich demnach durch Beitragssteigerungen belastet bzw. von Beitragssatzsenkungen entlastet. Der Mittelstand wird also durch Beitragssatzsteigerungen besonders betroffen.

69. Bezogen auf die Löhne und Gehälter ergeben sich aus der Arbeitskostenerhebung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1992 in den alten Ländern "effektive" GKV-Beitragssätze (Beitrag in % des Arbeitsentgeltes) zwischen 9,39 % (Versicherungsgewerbe) und 11,48 % (Einzelhandel). In den neuen Ländern erhält man Werte zwischen 11,73 % (Versicherungsgewerbe) und 12,52 % (Produzierendes Gewerbe). Diese Werte, die unter den durchschnittlichen Beitragssätzen in den alten (12,74 %) und den neuen Bundesländern (12,61 %) liegen, lassen sich dadurch erklären, daß für GKV-Mitglieder, die mit ihren Arbeitsentgelten über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, der Beitragssatz je nach Ausmaß des Überschreitens sinkt. Es zeigt sich, daß der Anteil dieser Beschäftigten offenbar im Versicherungsgewerbe, und zwar in den alten und neuen Bundesländern gleichermaßen, am größten ist.

70. Die Änderung der Arbeitskosten, d.h. der Summe aus Arbeitsentgelten und Personalnebenkosten, bei einer Erhöhung des effektiven Beitragssatzes um einen Prozentpunkt hängt ab von dem Anteil der Personalnebenkosten an den Arbeitskosten vor der Beitragssatzerhöhung. Je niedriger der Anteil der Personalnebenkosten, desto höher ist die Belastung durch eine Beitragssatzerhöhung. Niedrige Personalnebenkosten können z.B. die Folge von geringeren tariflichen oder freiwilligen Sonderleistungen der Unternehmen sein. Der Anteil der Personalnebenkosten ist im Groß- und Einzelhandel mit ca. 19 % (alte Länder) am niedrigsten. Demgemäß wirkt sich hier eine Beitragssatzerhöhung mit

+ 0,4 % am stärksten aus, während sie im Kreditgewerbe bei einem Personalnebenkosten-Anteil von über 26 % (alte Länder) nur zu einer Erhöhung um 0,37% führt. Analoge Aussagen gelten für die neuen Länder.

71. Für die von einer Veränderung der Sozial- und Krankenversicherungsbeiträge der Arbeitgeber zu erwartenden Beschäftigungswirkungen kommt es darauf an, wer die Abgabentlastung bzw. -belastung nach Abschluß aller Überwälzungsprozesse letztlich trägt. Langfristig wird jede steuerliche bzw. abgabemäßige Belastung von Arbeitnehmern getragen. Vorbehaltlich verbesserter empirischer Untersuchungen zur Inzidenz läßt sich daraus nur vorsichtig schließen, daß Beitragssatzsteigerungen langfristig größtenteils auf die Löhne zurückgewälzt werden. Kurzfristig, d.h. auch über Jahre hinweg, können sich aber durchaus beträchtliche Beschäftigungswirkungen ergeben.

Weiterhin läßt sich sagen, daß die Beschäftigungswirkungen von Veränderungen der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Krankenversicherung, was die Beschäftigtenzahl betrifft, wegen der wenigstens zeitweiligen Anpassung über die Arbeitszeit, z.B. in Form von Überstunden oder Kurzarbeit, nicht überschätzt werden sollten.

72. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hat mit Hilfe seines ökonometrischen Konjunkturmodells für Westdeutschland einige Simulationsrechnungen für den Rat durchgeführt.

In einer ersten Variante wurde eine Beitragssatzerhöhung um einen Prozentpunkt bei gleichzeitiger Verausgabung der zusätzlichen Einnahmen durchgerechnet. Die Ausgaben werden dabei als eine Erhöhung des Staatsverbrauches betrachtet, weil die Sozialversicherungssysteme und damit auch die GKV innerhalb des Modells zum Staatssektor gerechnet werden. Eine direkte Verausgabung für zusätzliche Gesundheitsleistungen kann in dem Modell deshalb nicht abgebildet werden. Die Simulationen werden unter der Annahme unveränderter realer Wechselkurse und Tariflöhne durchgeführt. Eine Anhebung der Beitragssätze zur Krankenversicherung führt dann zu einer geringfügigen Anhebung des realen Bruttoinlandproduktes und einem mittelfristigen Beschäftigungsgewinn von etwa 35.000 Personen in Westdeutschland. Zwar sinkt der reale private Verbrauch infolge der geringeren verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte und der höheren Preise, jedoch werden diese kontraktiven Effekte durch den höheren Staatsverbrauch mehr als ausgeglichen. Gibt man die Annahmen unveränderter realer Wechselkurse und Tariflöhne auf, dann werden die oben ausgewiesenen Effekte noch niedriger ausfallen, weil bei höheren Preisen die Tariflöhne etwas stärker angehoben werden dürften und eine leichte

Verringerung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft die minimalen positiven Effekte weiter schmälert.

Eine zweite Variante geht von einer Erhöhung nur der Versichertenbeiträge um einen Prozentpunkt aus. Der Arbeitgeberanteil wird dabei konstant gehalten. Die höheren Kasseneinnahmen erhöhen - wie zuvor - die öffentlichen Sachausgaben. In diesem Fall fällt der positive Wachstumseffekt etwas stärker aus und die Beschäftigung nimmt um bis zu 70.000 Personen zu. Dies liegt u.a. an der Vermeidung jeglicher zusätzlicher Kostenbelastungen für die Unternehmen. In dieser Variante steigen die Lohnstückkosten nicht und damit halten sich auch die Preiseffekte in engen Grenzen. Allerdings setzt dies ein Stillhalten der Gewerkschaften bei der Reduzierung der Nettoeinkommen der Arbeitnehmer voraus.

In einer dritten Variante wird davon ausgegangen, daß eine paritätische Finanzierung einer Beitragssatzanhebung um einen Prozentpunkt dazu verwendet wird, monetäre Transfers, z.B. Krankengeld oder auch Rentenzahlungen, zu finanzieren. Hier stellen sich geringe negative Beschäftigungswirkungen von bis zu 25.000 Personen ein, bei einem minimalen negativen Effekt beim Wirtschaftswachstum. Dies wird durch steigende Lohnstückkosten und einen niedrigeren privaten Verbrauch ausgelöst.

Da die Modellreaktionen weitgehend linear sind, führen Beitragssatzsenkungen in etwa gleichem Umfang zu Wirkungen mit umgekehrtem Vorzeichen.

73. Insgesamt dürfen die vorgestellten Simulationsrechnungen nur als erste Tendenzangaben interpretiert werden, die der Ergänzung bedürfen. Tendenziell gilt offensichtlich, daß eine Beitragssatzerhöhung bei realer Verwendung und insbesondere bei konstant bleibendem Arbeitgeberbeitrag einen vorteilhaften Einfluß auf den Arbeitsmarkt hat, während sich eine Verwendung für Finanztransfers (z.B. Krankengeld) auf Beschäftigung und BIP negativ auswirkt. Beitragssatzsteigerungen in der Krankenversicherung gehen, da sie überwiegend unmittelbare Nachfrage am Markt erzeugen, tendenziell mit günstigeren Beschäftigungswirkungen einher als Beitragssatzsteigerungen in den rein transferorientierten Zweigen der Sozialversicherung. Damit wird aufgezeigt, daß die Wirkung von Beitragssatzsteigerungen in der Krankenversicherung gegenüber der Renten- und Arbeitslosenversicherung grundsätzlich unterschiedlich einzuschätzen ist und in der Regel unter Beschäftigungsaspekten positiver verläuft.

Auftrag zu einem Sondergutachten

Auswirkungen von Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen im Gesundheitswesen und in der GKV auf Beschäftigung und Wirtschaftswachstum

Der Bundesminister für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat für die Konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen, ein Sondergutachten vorzulegen, in dem die folgenden Fragen der medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklung geprüft werden:

- 1) Inwiefern erfordern ein Wandel der Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung und der sich weiterentwickelnde medizinische Fortschritt Veränderungen in den Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens? Lassen sich einerseits Bereiche identifizieren, in denen eine Erhöhung der Aufwendungen sinnvoll ist und andererseits Bereiche erkennen, in denen Rationalisierungsmöglichkeiten durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Abbau von Überkapazitäten bestehen?
- 2) Welche Ausgaben- und Beitragssatzentwicklungen lassen sich abschätzen, wenn unter Einbeziehung von Wirtschaftlichkeitsreserven notwendiger medizinischer Fortschritt im Gesundheitswesen und in der GKV zur Anwendung kommt?
- 3) Welche Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen haben entsprechende Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen
 - im Gesundheitswesen
 - in Branchen mit unterschiedlicher Kapital- und Personalintensität und in der gesamten Volkswirtschaft?

Der Sachverständigenrat wird gebeten, eine Bestandsaufnahme Mitte 1996 und seinen Bericht im Frühjahr 1997 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gem. Errichtungserlaß vom 12.11.1992, zuletzt geändert am 17.08.1994, §2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 23. Oktober 1995

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

Erlaß über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Gesundheit vom 12. November 1992, zuletzt geändert am 17. August 1994

§ 1

Auf der Grundlage von § 142 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch wird ein Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Rat) gebildet. Der Rat hat

1. die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
2. unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
3. Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen sowie
4. Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

§ 2

(1) Der Rat erstattet Jahresgutachten, die dem Bundesminister für Gesundheit bis zum 15. Dezember vorgelegt werden sollen; die Gutachten werden zusammen mit den sonstigen Daten i.S. des § 142 Abs. 1 SGB V der Konzertierte Aktion zur Beratung übermittelt.

(2) Anstelle oder ergänzend zu den in Abs. 1 genannten Gutachten kann der Bundesminister für Gesundheit den Rat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Die Gutachten des Rates werden durch den Bundesminister für Gesundheit veröffentlicht.

§ 3

Der Rat ist an den durch diesen Erlaß begründeten Auftrag gebunden und im übrigen in seiner Tätigkeit unabhängig.

§ 4

(1) Der Rat besteht aus sieben Mitgliedern, die über besondere medizinische oder wirtschafts- oder sozialwissenschaftliche oder sozialrechtliche Kenntnisse und Erfahrungen verfügen müssen.

(2) Die Mitglieder des Rates dürfen weder der Regierung oder einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes, noch dem öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes oder einer sonstigen juristischen Person des öffentlichen Rechts, es sei denn als Hochschullehrer oder als Mitarbeiter eines wissenschaftlichen Instituts, angehören. Sie dürfen ferner nicht Repräsentant eines Wirtschaftsunternehmens, eines Wirtschaftsverbandes, einer Organisation der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer oder einer Organisation im Gesundheitswesen sein oder zu diesen in einem ständigen Dienst- oder Geschäftsbesorgungsverhältnis stehen.

§ 5

(1) Die Mitglieder des Rates werden vom Bundesminister für Gesundheit unter Beteiligung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die Dauer von vier Jahren berufen; die Mitgliedschaft ist auf die Person bezogen. Wiederberufung ist zulässig.

(2) Die Mitglieder können schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten dem Bundesminister für Gesundheit gegenüber ihr Ausscheiden aus dem Rat erklären.

(3) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so wird ein neues Mitglied für die Dauer der Amtszeit des ausgeschiedenen Mitglieds berufen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit hört den Rat, bevor er neue Mitglieder beruft.

(5) Der Rat schlägt nach geheimer Wahl aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden vor, die vom Bundesminister für Gesundheit für die Dauer von 2 Jahren berufen werden.

§ 6

(1) Entscheidungen des Rates werden mit der Mehrheit der Mitglieder gefällt.

(2) Vertritt eine Minderheit bei der Abfassung der Gutachten nach § 2 eine abweichende Auffassung, so kann sie diese in dem Gutachten zum Ausdruck bringen.

§ 7

(1) Der Vorsitzende vertritt den Rat nach außen. Er beruft den Rat zu den Sitzungen ein und teilt dabei die Tagesordnung mit.

(2) Auf Wunsch des Bundesministers für Gesundheit oder von drei Mitgliedern hat der Vorsitzende den Rat einzuberufen.

(3) Die Beratungen sind nicht öffentlich. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen des Rates teilnehmen.

§ 8

Der Rat gibt sich eine Geschäftsordnung; sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 9

(1) Der Bundesminister für Gesundheit kann in Abstimmung mit dem Rat weitere Sachverständige beauftragen, an der Begutachtung medizinischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und sozialrechtlicher Spezialfragen mitzuwirken.

(2) Der Rat kann zu einzelnen Beratungsthemen im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel weitere Sachverständige hinzuziehen.

(3) Der Rat kann die für das Gesundheitswesen verantwortlichen Stellen hören.

§ 10

Der Rat kann sich an die Behörden des Bundes und der Länder, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie weitere Verbände und Institutionen im Gesundheitswesen um Unterstützung im Rahmen ihrer Zusammenarbeit nach § 141 SGB V wenden.

§ 11

Der Bundesminister für Gesundheit stellt dem Rat zur Erfüllung seiner Aufgaben eine Geschäftsstelle zur Verfügung.

§ 12

Die Mitglieder des Rates und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind zur Verschwiegenheit über die Beratungen und die vom Rat als vertraulich bezeichneten Beratungsunterlagen verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf Informationen, die dem Rat gegeben und als vertraulich bezeichnet werden.

§ 13

Die Mitglieder des Rates erhalten als Honorar eine feste Vergütung sowie Ersatz ihrer Reisekosten; das nähere regelt ein Werkvertrag.

§ 14

(1) Bei der erstmaligen Berufung der Ratsmitglieder nach Inkrafttreten dieses Erlasses werden acht Ratsmitglieder berufen, davon fünf Mitglieder bis 30. Juni 1995 und drei Mitglieder bis 31. Dezember 1996.

(2) Zum 1. Juli 1995 werden neben den berufenen drei Ratsmitgliedern vier weitere Ratsmitglieder bis zum 31. Dezember 1998 berufen, davon ein Mitglied, das dem Rat in der abgelaufenen Berufungsperiode nicht angehörte. Ab 1. Januar 1997 wird jeweils mindestens ein Mitglied berufen, das dem Rat in der abgelaufenen Berufungsperiode nicht angehörte.

Bonn, den 17. August 1994

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke,
Institut für Volkswirtschaftslehre,
Lehrstuhl für Finanzwissenschaft
und Gesundheitsökonomie
Technische Universität Berlin (Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Wilhelm van Eimeren,
Institut für Medizinische Informatik und
Systemforschung des GSF-Forschungszentrums für
Umwelt und Gesundheit GmbH, Oberschleißheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Astrid Franke,
Klinik für Hämatologie/Onkologie,
Zentrum für Innere Medizin der
Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer,
Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften,
Institut für Volkswirtschaftslehre,
Universität der Bundeswehr München, Neubiberg

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Peter C. Scriba,
Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege,
Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere
Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft
Universität Mannheim