

Hagen Kühn

Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung des Gesundheitswesens

1.

Synchron zur gesamtwirtschaftlichen Krisenentwicklung in der Bundesrepublik ist der Begriff „Kostenexplosion“ zum zentralen gesundheitspolitischen Kampfbegriff geworden. Primärlegitimation für Gesundheitspolitik ist kaum mehr die tatsächliche oder behauptete Verbesserung der Gesundheitsversorgung, sondern fast ausschließlich die möglichst unmittelbar wirksame ökonomische Aufwandsminimierung. Forderungen zur Gesundheitssicherung haben derzeit nur dann eine öffentliche Legitimationschance, wenn ihre Realisierung eine Kostensenkung in Aussicht stellt¹. In kurzer Zeit sind die entsprechenden Argumentationsraster schon so sehr zum Ritus geworden, daß selbst Vertreter solcher Interessengruppen, deren Einkommen sich proportional zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verhalten, wie die der Pharmazeutischen Industrie oder der ständisch organisierten niedergelassenen Ärzteschaft genötigt sind, sich ihrer zu bedienen. Freilich geschieht das mit dem Ziel — gleichsam gegen den Wind kreuzend —, auf *diese* Weise die jeweiligen Partialinteressen zu wahren².

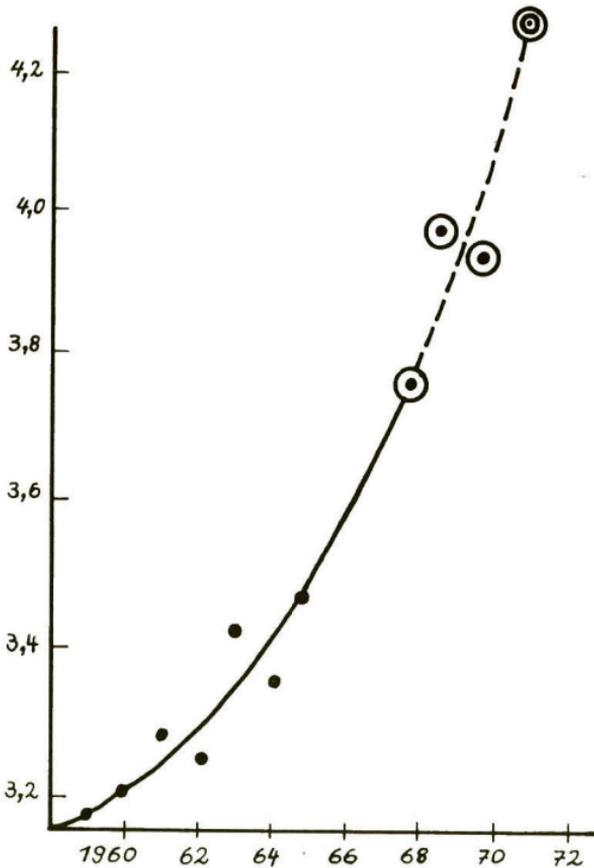
Die Gesundheitskosten weisen im Trend höhere Wachstumsraten auf als das Sozialprodukt³. Jedoch mit dem Begriff „Kostenexplosion“ wird eine Vorstellung suggeriert von einem äußerst dramatischen, aus der Kontrolle geratenen Verlauf, der eine unmittelbare Bedrohung für die Systemreproduktion darstelle⁴. Das dient zum einen als Rechtfertigungsgrundlage einer restriktiven Gesundheitspolitik, die von Plänen zur Selbstbeteiligung der erkrankten Sozialversicherten an ihren Behandlungskosten, über die Verschlechterung der Arbeits- und Einkommensbedingungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten bis zur Demontage medizinischer Einrichtungen (z. B. Abbau eines angeblichen „Bettenberges“)^{4a} reicht. Andererseits werden auch fortschrittliche Kräfte zur Fehleinschätzung des objektiven Reformdruckes — und damit auch der gesundheitspolitischen Kräfteverhältnisse — verleitet, den die ökonomische Dysfunktionalität des gesellschaftlichen Subsystems Gesundheitswesen (GW) im Gesamtsystem induziert⁵.

Im folgenden soll nicht analysiert und erklärt, sondern beschrieben werden. Es geht darum, mittels vorhandener spärlicher Fakten Anhaltspunkte zu entwickeln über den tatsächlichen Verlauf der „Gesundheitskosten“. Mit den Daten der Ausgabenstatistik der Gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Trend errechnet, der — mit allerdings eingeschränkter Genauigkeit — als Indikator des Kostenverlaufs dienen kann. Die Aussagefähigkeit dieses Indikators wird dann noch durch einige nicht quantifizierbare Zusammenhänge relativiert.

2.

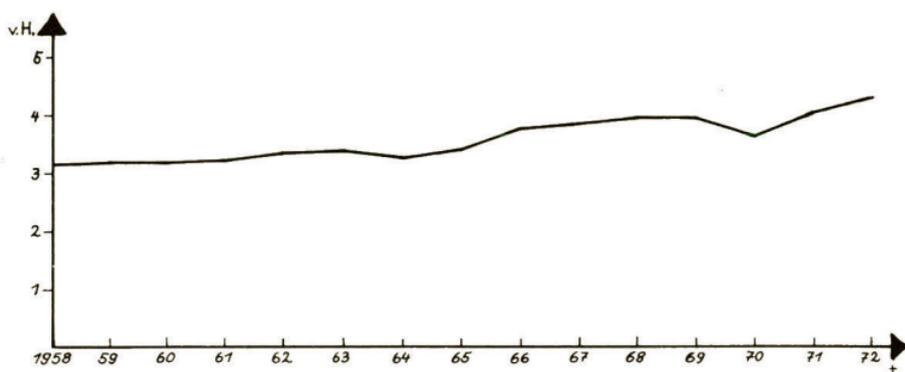
In der Regel werden die „Kosten der Gesundheit“ mehr oder weniger direkt mit den Ausgaben der GKV identifiziert, zumindest wird diesen eine direkte Indikatoreigenschaft in bezug auf ihren Verlauf zugeschrieben. Die volkswirtschaftliche Belastung — auf die es hier ankommt — wird dann charakterisiert, indem die GKV-Ausgaben ins Verhältnis zum Bruttosozialprodukt (BSP) gesetzt werden und eine Zeitreihe gebildet wird. Bei „geschickter“ Wahl der Maßstäbe auf den Koordinaten läßt sich den Punkten dieser Zeitreihe überdies noch eine Funktion mit steigenden Steigerungsraten unterlegen. Als ein Beispiel unter vielen sei hier die „Explosions“-Kurve des Sozialmediziners Schaefer zitiert⁶.

Abb. 1: Ausgaben für die GKV in v. H. des BSP von 1958 bis 1972 (wie Abb. 2)



Wie wenig hier dem Augenschein vertraut werden sollte, zeigt Abbildung 2. Sie stellt dieselbe Zeitreihe dar, lediglich die Relationen auf den Koordinaten sind geändert.

Abb. 2: Ausgaben für die GKV in v. H. des BSP von 1958 bis 1972 (wie Abb. 1)



Der Kostenbegriff kann nicht auf die Ausgaben für Leistungen des GW beschränkt sein. Er muß sowohl die in Transferzahlungen sich ausdrückenden Folgekosten von Krankheit (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Renten usw.) einschließen als auch den durch Krankheit und Tod entgangenen volkswirtschaftlichen Nutzen. Die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Kosten läßt sich anhand zweier vorliegender Schätzungen erahnen.

Szameitat⁷ errechnete für das Jahr 1968 „Kosten der Gesundheit“ in Höhe von 48,5 Mrd. DM bzw. 9 v. H. des Bruttoinlandprodukts (BSPi). Dabei gingen folgende Faktoren ein: Vorbeugung und betreuende Maßnahmen, Behandlung, Krankheitsfolgen, Ausbildung und Forschung. Eine erhebliche Einschränkung der Aussagefähigkeit bedeutet allerdings der Umstand, daß der Titel „Krankheitsfolgen“ (15,7 Mrd. DM) lediglich die Posten Krankenhilfe, Krankengeld und Frühinvalidenrenten umfaßt, also den Produktionsausfall aufgrund des durch Krankheit und vorzeitigen Tod reduzierten Arbeitskräftepotentials nicht berücksichtigt. Im „Gesundheitsbericht 1971“ der Bundesregierung wird diese Größe — ohne daß sich ersehen läßt, wie es zu dieser Schätzung gekommen ist — mit 20 Mrd. DM veranschlagt. Das würde die Gesamtbelastung des BSPi für das fragliche Jahr auf 13 v. H. erhöhen. Schaefer⁸ schätzt den Produktionsausfall wesentlich höher ein und kommt für die „Kosten und Folgelasten von Krankheit und vorzeitiger Berentung, welche letztere ja auch eine Folge von Krankheit ist“, auf einen Belastungswert zwischen 23 v. H. und 30 v. H. des BSPi. Sicher können weniger dilettantische Schätzungen zu realistischeren Ergebnissen kommen. Der Quantifizierung der tatsächlichen volkswirtschaftlichen Gesamtbelastung durch Gesundheitsausgaben und Krankheitsfolgen sind aber durch den Gegenstand selbst enge Grenzen gesetzt.

So bestimmen die konjunkturellen und strukturellen Arbeitsmarktbedingungen den Auslastungsgrad des Arbeitskräftepotentials. Wie soll, wenn nicht gerade hundertprozentige Vollbeschäftigung erreicht ist, der diesen Marktbedingungen geschuldete Produktionsausfall abgegrenzt werden von jenem, der in krankheitsbedingten Fehlzeiten oder vorzeitiger Berentung seine Ursachen hat? Anders ausgedrückt: Je nach Beschäftigungslage führt ein und derselbe Morbiditätsgrad zu unterschiedlichem gesamtwirtschaft-

lichen Nutzensausfall⁹. Selbst wenn aber die Folgen der *quantitativen* Verringerung des Arbeitskräftepotentials zahlenmäßig geschätzt werden könnten, so wäre die gesundheitlich bedingte Leistungsverminderung im Arbeitsprozeß noch nicht erfaßt. Gerade in diesem Zusammenhang ist außerdem noch die Morbidität jenes Bevölkerungsteils wichtig, der zwar nicht im Arbeitsprozeß steht, der aber wichtige Funktionen bei der Reproduktion des Arbeitsvermögens hat (Hausfrauen) oder durch seine Pflegebedürftigkeit psychische und physische Leistungsfähigkeit in erheblichem Maße absorbiert (z. B. erkrankte Kinder berufstätiger Mütter).

Schließlich wird sich überhaupt bei der Definition dessen, was denn nun Gesundheitsaufwendungen sind, das Abgrenzungsproblem nicht in einer Weise lösen lassen, die exakte Schätzungen zuläßt, vor allem keine über längere Zeitperioden vergleichbarer Art. Welche volkswirtschaftlichen Verwendungsarten sollen zu welchen Anteilen den Gesundheitsaufwendungen zugerechnet werden? Dieses Problem tritt nicht nur in den staatlichen Bereichen auf (Erholungs- und Sportanlagen, Bildungseinrichtungen, Verkehrsinvestitionen usw.), sondern genau so bei privaten, aus Individual-einkommen getätigten Ausgaben wie Ernährung, Urlaubsreisen usw.

3.

Die angeführten Schätzungen vermögen also nicht mehr als einen Eindruck der ungefähren Größenordnung zu vermitteln. Ihre Verbesserung würde — bei allem statistischen Aufwand — jedoch derzeit nichts helfen bei dem Versuch, die Kostenentwicklung in ihrer *Dynamik* zu beschreiben. Hierzu sind nur längere Zeitreihen geeignet. Es muß also ein *Indikator* benutzt werden, von dem unter bestimmten Bedingungen angenommen werden kann, daß er zwar *nicht die Höhe* der volkswirtschaftlichen Kosten, jedoch deren *Verlauf* in seiner Tendenz wiedergibt.

Dazu bieten sich die Ausgaben der GKV an. Deren Eignung als Indikator hängt aber davon ab, in welchem Maße hinreichend plausibel ist, daß sich in ihrer Bewegung die Bewegung der nicht quantifizierbaren Gesamtgröße ausdrückt. Das heißt: die GKV-Ausgaben müßten Jahr für Jahr als in etwa im selben Verhältnis zu den Gesamtkosten von Gesundheitsaufwand und Krankheitsfolgen stehend angenommen werden können. Das ist jedoch nicht der Fall. Trotzdem bietet die amtliche Statistik einige Möglichkeiten, die Ausgaben der GKV im Hinblick auf ihre bessere Indikator-eignung zu korrigieren:

a) Die erheblichen Veränderungen der *Krankengeldzahlungen* im Beobachtungszeitraum (1963—1974) drücken keine entsprechenden Bewegungen des Gesamtaufwandes aus, sondern resultieren zum großen Teil aus gesetzlichen Regelungen, aus geänderten Zuständigkeiten bei der Zahlung eines Teils der Krankheitsfolgekosten. So haben nach Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter durch die Unternehmer die Krankengeldzahlungen der GKV von 1969 auf 1970 um 42,9 v. H. abgenommen und absolut erst 1974 wieder die Höhe von 1969 erreicht (Tabelle 1/Spalte 1). Nach Eliminierung des Krankengeldes (T. 1/Sp. 2) sind in den GKV-Ausgaben im wesentlichen noch die Kosten für ambulante und stationäre Behandlung bzw. Pflege einschließlich des dazugehörigen Medikamentenverbrauchs enthalten.

Tabelle 1

Jahr	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Ausgaben der GKV Tsd. DM	(1) minus Krankengeld	Mitglieder der GKV (JD) in Tsd.	Index (3) 1970 = 100	Ausgaben (2) Mitgliederstand 1970	BSPi in jew. Preisen Mrd. DM	(5): (6) in v. H.	Index (7) 1970 = 100	Materielle Produktion ¹⁾ jew. Preise Mrd. DM	(5): (9) in v. H.	Index (10) 1970 = 100	Index d. industr. Netto-Produktion in v. H. vom Vorj.	Veränderg. von (10) in v. H. vom Vorj.	
1960	9.513	6.943	27.060	88,3	7.755	302,6	2,56	76,9	241,3	3,21	73,1	—	
1961	10.673	—	27.636**	90,2	—	333,5	—	—	263,7	—	—	—	
1962	11.947	—	27.862	90,9	—	360,9	—	—	284,8	—	—	—	
1963	12.877	9.626	28.150**	91,9	10.406	384,8	2,70	81,1	300,8	3,46	78,8	+ 3,5	
1964	13.838	10.672	28.367	92,6	11.462	422,1	2,72	81,7	330,2	3,47	79,0	+ 0,3	
1965	15.785	12.284	28.740	93,8	13.046	462,0	2,82	84,7	358,7	3,64	82,9	+ 4,9	
1966	18.362	14.571	28.924	94,4	15.386	492,1	3,13	94,0	377,5	4,08	92,9	+ 12,1	
1967	19.236	15.935	28.698	93,6	16.955	496,9	3,41	102,4	374,4	4,53	103,2	+ 11,0	
1968	21.513	17.781	29.123	95,0	18.670	540,6	3,45	103,6	411,6	4,54	103,4	+ 0,2	
1969	23.899	19.864	30.121**	98,3	20.207	605,7	3,34	100,3	461,4	4,38	99,8	+ 12,8	
1970	25.179	22.875	30.646	100,0	22.875	686,96	3,33	100,0	521,5	4,39	100,0	+ 0,2	
1971	31.140	28.182	31.487	102,7	27.421	762,5	3,60	108,1	568,3	4,83	110,0	+ 10,0	
1972	36.401	32.965	32.181	105,0	31.317	834,6*	3,75	112,6	614,8	5,09	116,0	+ 5,4	
1973	43.384	39.470	33.216	108,4	36.155	927,6*	3,90	117,1	678,2	5,33	121,4	+ 4,7	
1974	50.388*	46.077	33.516	109,4	41.746	996,7*	4,19	125,8	712,2	5,86	133,5	+ 9,9	

* geschätzt (Sozialbudget 1974, S. 162 ff.)

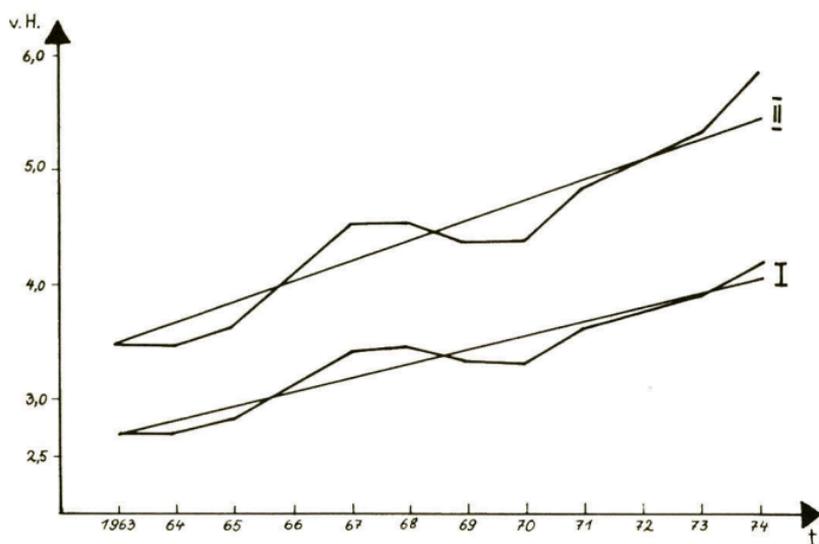
** jeweils 1. Oktober

*) geschätzt (Monatsber. d. Dt. Bundesbank, 9/75)

1) Mater. Prod. = Land- u. Forstwirtschaft + Warenprod. Gewerbe + Handel und Verkehr

Quellen: eigene Berechnungen nach: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, Jg. 1961 ff.; Köhler, H.: Einige langfristige Zeitreihen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln, Diss. 1969, S. 80; Krimp, H.-J.: Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Bundesarbeitsblatt 5/1973, S. 227 ff.; Jahresgutachten 1974 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-DrS 7/2848, S. 224 f.; Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, 9/1975; Statistisches Jahrbuch der BRD 1974; Sozialbudget 1974, BT-DrS 7/2853.

Abb. 3: Indikator der volkswirtschaftlichen Belastung durch „Gesundheitskosten“



I. Indikator I (Tab. 1/Sp. 7) am BSP;

Trend nach der Methode der kleinsten quadratischen Abweichung
($y = 2,55 + 0,124 t$)

II. Indikator II (Tab. 1/Sp. 10) an Mat. Prod.

Trend: ($y = 3,32 + 0,176 t$)

b) Mit der Erhöhung der *Versichertenzahl* der GKV wird durch deren Ausgaben auch ein höherer Anteil an den gesamtgesellschaftlichen Behandlungskosten gedeckt.

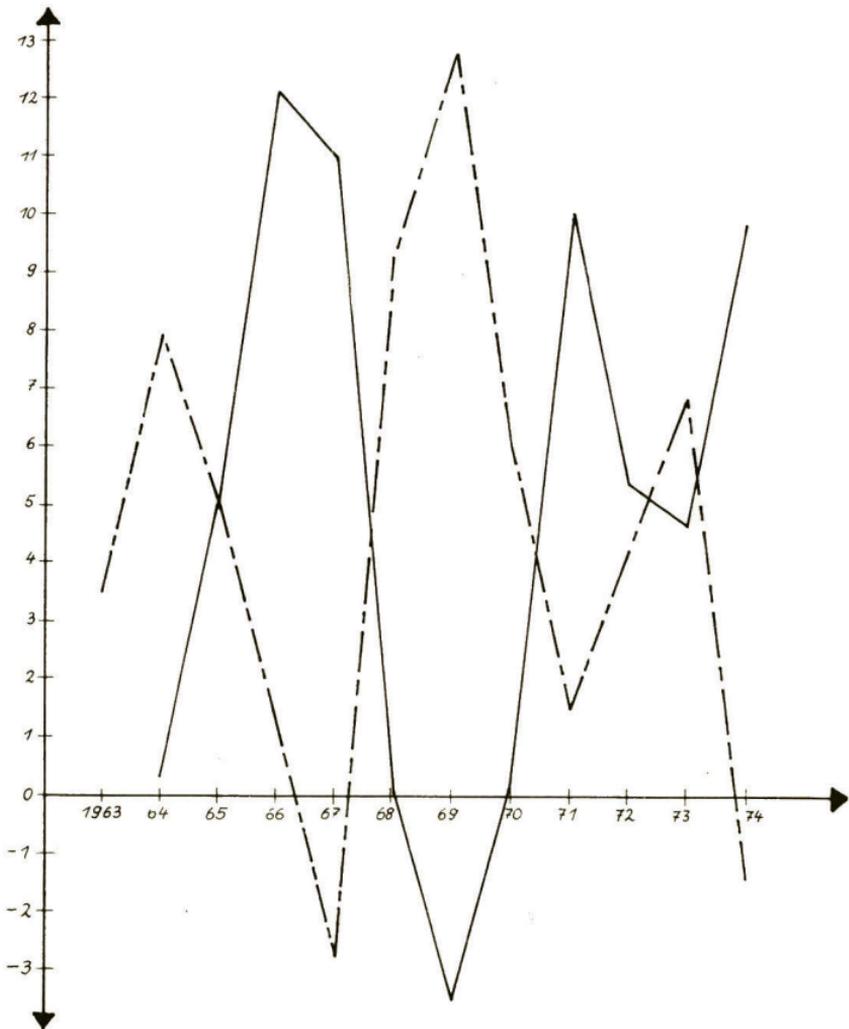
Tab. 2

Von 100 Einwohnern waren in der GKV versichert

Jahr	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974
v. H.	83,4	84,6	88,5	89,1	89,7	91,5	91,9

Quelle: *Kremp, H.-J.*: Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Struktur und Entwicklung, in: Bundesarbeitsblatt 5/1973, S. 232; *ders.*: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Neuere Entwicklungen 1970 bis 1974, in: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 4/1975, S. 79.

Da die tatsächliche Zahl der Versicherten (Mitglieder plus mitversicherte Familienangehörige) nur im Mikrozensus erhoben wird und für den gesamten Zeitraum nicht lückenlos und einheitlich ermittelt werden konnte, sind die Ausgaben hilfsweise um die Veränderungen der Mitgliederzahl bereinigt worden, d. h. die Ausgabenspalte wurde so berechnet, als ob für

Abb. 4: Volkswirtschaftliche Belastung durch „Gesundheitskosten“ und Konjunktur

— Belastungsindikator II in v. H. vom Vorjahr (Tab. 1/Sp. 13)

- - - Index der industriellen Nettoproduktion (Konjunkturindikator) in v. H. vom Vorjahr

alle Jahre dieselbe Mitgliederzahl wie 1970 bestanden hätte (T. 1/Sp. 5). Für den Indikator ergibt sich folgende Unschärfe: Versichertenwachstum und Mitgliederzunahme verlaufen nur dann parallel, wenn die „Familienlastquote“ (FLQ) der GKV konstant bleibt, also das Verhältnis der mitversicherten Familienangehörigen zu den Mitgliedern sich nicht verändert. Dieser Fall trifft aber nicht zu (Tab. 3). Neben langfristigen demographischen Trends ist die Beschäftigungslage und damit die Konjunktur Determinante der FLQ. Bei steigender Arbeitslosigkeit erhöht sich die FLQ

„überwiegend aufgrund der Entwicklung bei den weiblichen Versicherten. Und zwar sind infolge der Rezession vor allem weibliche Pflichtversicherte aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und in den Status des freiwilligen Mitglieds, besonders aber in den des mitversicherten Familienangehörigen übergewechselt. Die Familienlastquote für die weiblichen Versicherten erreichte im Jahre 1967 mit 131,3 v. H. ihren bisher höchsten Stand“¹⁰.

Tab. 3: Familienlastquote der GKV

	1960	1965	1967	1970	1971	1972	1973	1974
M	34,0	37,3	—	40,7	40,2	39,8	39,4	39,4
F	124,0	126,4	131,3	123,4	119,5	116,0	113,3	111,1
i	70,9	73,6	—	75,1	73,4	71,9	70,6	70,1

Quelle: wie Tab. 2.

Für den Anstieg des Trends (Abb. 3) hat diese Schwankung aber kaum eine Bedeutung, da dieser über zwei Konjunkturzyklen geht und die FLQ 1974 etwa wieder auf den Wert von 1960 zurückgekehrt ist. Mit Sicherheit kann aber angenommen werden, daß aufgrund der dargestellten Zusammenhänge, die vom hier errechneten Indikator angezeigten Belastungssteigerungen in Phasen rückläufiger Beschäftigung übertrieben dargestellt werden, während bei Vollbeschäftigung die tatsächliche Veränderung etwas höher sein dürfte, als vom Indikator angezeigt. Die Sinusschwankungen des volkswirtschaftlichen Belastungsindikators (Abb. 3) sind deshalb als etwas weniger ausgeprägt anzunehmen.

c) Um ein Maß für den Verlauf der volkswirtschaftlichen Belastung zu erhalten, muß der Aufwandsindikator in Relation gesetzt werden zum volkswirtschaftlichen Gesamtprodukt. In der Tabelle 1 (Sp. 7) geschieht das zunächst mit den Werten des Bruttoinlandsprodukts (BSPi). Dabei sagen die Zahlenwerte nichts aus, sondern lediglich deren Verlauf! Das BSPi als Bezugsgröße ist zwar allgemein üblich, aber trotzdem ungeeignet. Denn die Quelle aller verteilten und umverteilten Werte (um einen Teil der letzteren handelt es sich hier) ist das im materiellen Sektor der Volkswirtschaft produzierte Wertprodukt. Darum werden die Ausgaben besser in Relation zu einer Größe gesetzt, die in etwa den Bereich der materiellen Warenproduktion umfaßt, um den Verlauf der Kurve realistischer zu gestalten. Im BSPi sind Doppelzählungen enthalten, die dazu führen, daß beispielsweise eine Ausgabenerhöhung für die Krankenversorgung (die den Zähler des Indikators erhöht), zugleich auch als Steigerung ins BSPi (also den Nenner) eingeht. Beim Vergleich der beiden Trendgeraden (Abb. 3) ist deshalb auch zu sehen, daß der Anstieg der mit dem BSPi errechneten Gerade I ($y = 2,55 + 0,124 t$) niedriger ist als der des realistischeren Belastungsindikators II ($y = 3,32 + 0,176 t$). Wichtig ist es, festzuhalten, daß der Trend II durch die

veränderte Bezugsgröße unter verschärfteren Gesichtspunkten gebildet worden ist, als dies üblicherweise geschieht (Abb. 1 u. 2). Die unterschiedliche Höhe spielt auch hier, da es allein um den Verlauf geht, keine Rolle.

d) Die Quotientenreihen der Spalten 7 und 10 (Tab. 1) lassen sich auch durch Index-Reihen ausdrücken (Spalten 8 und 11). Das hat den Vorteil, daß die irrelevanten absoluten Größen der Quotienten verschwinden. Allerdings hängen die prozentualen Steigerungsraten dieser Indexreihen wesentlich von der jeweiligen Wahl des Basisjahres ab. Je früher das Basisjahr und je kleiner sein Wert, um so größer sind die Steigerungsraten des Index¹¹. In dem vielbeachteten „Krankenversicherungs-Budget“, einer vom rheinland-pfälzischen Sozialminister Geißler 1974 vorgelegten Hochrechnung¹², wird für die Leistungsausgaben der GKV ein solcher Index angeführt. Obwohl nur die Jahre 1969 bis 1973 näher betrachtet werden, wird als Basisjahr 1960 genommen. Der Index der GKV-Ausgaben steigt dann von 100 (1960) um 357,4 Punkte auf 457,4 (1973). Würde man 1970 zum Basisjahr gewählt haben, wäre die Differenz zwischen 1960 und 1973 — nach denselben absoluten Zahlen berechnet — statt 357,4 nur noch 134,5 Punkte. Es soll dem gesundheitspolitisch interessierten Leser überlassen bleiben, darüber nachzudenken, warum Minister Geißlers Planungsgruppe gerade das Jahr 1960 gewählt hat, zumal sie eine Seite vorher den „Preisindex der Lebenshaltung“ mit 1970 = 100 zitiert¹³. Der Aussagewert dieser Indizes ist also mit Vorsicht zu beurteilen.

4.

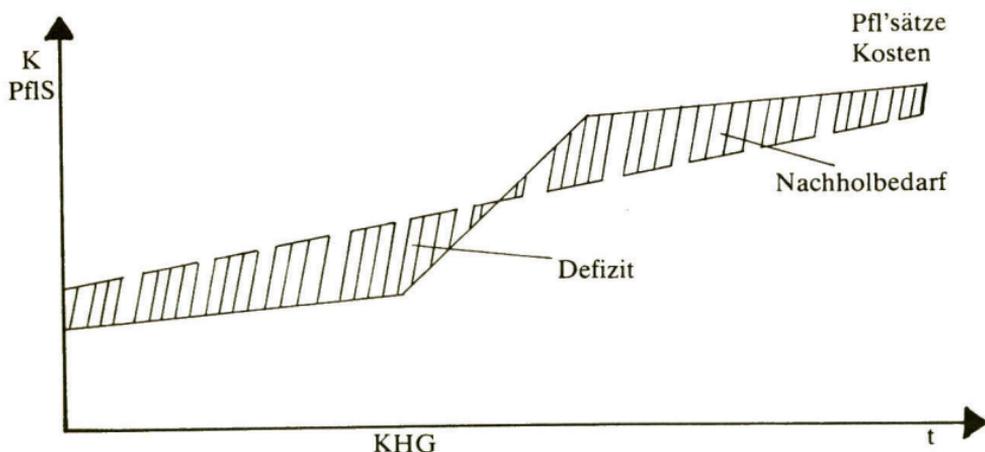
Entscheidend für die Darstellung des Kostenindikators ist nun die Wahl des Funktionstyps für den *Trendverlauf*. Denn der Trend soll ja die von kurz- und mittelfristigen Schwankungen unabhängige *Grundrichtung* der Zeitreihe darstellen. Dieses Problem „läßt sich formalmathematisch nicht lösen. Nur eine Analyse bestimmter Annahmen, welche die Gesetzmäßigkeiten betreffen, denen der Trend einer gegebenen Reihe unterliegt, kann einen Hinweis auf die Wahl der zweckmäßigen Kurve geben“¹⁴.

Der mathematisch-statistische Ausdruck einer „Kostenexplosion“ wäre sicher eine Trendfunktion mit steigenden Steigerungsraten¹⁵. Inhaltliche Begründungen für einen solchen Trend, der den Begriff „Explosion“ wenigstens ein bißchen dem Propagandabereich entrücken könnte, scheinen sich in der Literatur aber auf dumpfe Vorahnungen zu beschränken. Zwar kann auch hier dem zitierten, von O. Lange formulierten Anspruch nicht genügt werden, jedoch spricht, über die in Tabelle 1 berechneten Korrekturen hinaus, eine Reihe von Argumenten für einen *linearen Trend* (Abb. 2):

Die in Tabelle 1 (Sp. 5) angeführten korrigierten GKV-Ausgaben erfassen nur einen Teil der gesamten Gesundheitsaufwendungen und überhaupt nicht die Folgekosten von Krankheit. Als Indikator der Gesamtkosten geben die GKV-Ausgaben also dann ein verzerrtes Bild der Gesamtkostenentwicklung, wenn angenommen werden muß, daß sich erstens die Relationen zwischen dem erfaßten, von der GKV finanzierten Teil des Behandlungsaufwandes und dem gesamten Behandlungsaufwand geändert hat und/oder zweitens eine Verschiebung des Verhältnisses zwischen Behandlungsaufwand und Folgekosten stattgefunden hat.

a) So drücken sich beispielsweise in einem Teil der Ausgaben für „Krankenbehandlung in Anstalten“ und für kassenzahnärztliche Versorgung nicht Steigerungen der gesamtwirtschaftlichen Kosten aus, sondern lediglich Lastenumverteilungen auf die GKV. Nach der neuen Krankenhausgesetzgebung und insbesondere dem Wegfall der Sozialversicherungs-Schutzklausel der alten Bundespflegesatzverordnung von 1954¹⁶ können die Krankenhäuser ihren zusätzlichen, über die laufenden Betriebskosten hinausgehenden Finanzierungsbedarf, der durch jahrzehntelange Defizite vor allem in Form unterlassener Abschreibungen aufgestaut war, zum Teil auf die Pflegesätze und somit die GKV überwälzen. Das heißt: Kosten, die vorher entweder durch Betriebszuschüsse gedeckt worden waren oder die — weil sie zu den „nicht-sofort-ausgabewirksamen Kosten“¹⁷ gehören — ungedeckt blieben und zu langfristigen Substanzverlusten führten, fallen jetzt *zusätzlich* bei der GKV an. Wenn man bedenkt, daß die Zahlungen der GKV an die Krankenhäuser rund 30 v. H. der hier berücksichtigten Gesamtsumme ausmachen und daß im Erhebungsjahr der „Krankenhaus-Enquête“ (1966) selbst nach Einbeziehung der Finanzhilfen von Gemeinden und Ländern den Krankenhäusern noch ein Defizit von 17,6 v. H. aller Kosten verblieben war¹⁸, so erhält man einen Eindruck von der Bedeutung des Nachholbedarfs, mit dem jetzt die Versicherten belastet werden. Die Kosten- und Pflegesatzentwicklung in Abhängigkeit von den Regelungen der neuen Krankenhausgesetzgebung wird in Abb. 5 grob schematisiert.

Abb. 5: Kosten- und Pflegesatzentwicklung in Abhängigkeit von den Regelungen der neuen Krankenhausgesetzgebung¹⁹



Eine Lastenumverteilung und somit eine nur scheinbare Kostensteigerung ist auch in einem Teil der gestiegenen GKV-Ausgaben für kassenzahnärztliche Versorgung enthalten. Hier hat die Solidargemeinschaft der GKV Kosten übernommen, die auch vorher angefallen sind, jedoch vom einzelnen Versicherten selbst zu bezahlen waren²⁰.

b) Zur Relation zwischen den Behandlungs- und Folgekosten: Die GKV-Ausgaben als Indikator würden die Gesamtkostenentwicklung ebenfalls übertreiben, falls angenommen werden könnte, quantitative und qualitative Leistungsverbesserungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich habe die durchschnittliche Krankheitsdauer — oder auch deren Steigerungsraten — herabgesetzt. Über diese Zusammenhänge lassen sich hier keine Angaben machen. Dennoch sprechen folgende Entwicklungen dafür, daß die Wachstumsraten des Indikators in den letzten Jahren und in überschaubarer Zukunft höher sind als die gesellschaftlichen Gesamtkosten für Gesundheitsaufwendungen und Krankheitsfolgen.

Dabei kann zunächst einmal davon ausgegangen werden, daß Anteilsverschiebungen zwischen Versicherten, die im Arbeitsprozeß stehen, und unbeschäftigten Versicherten auch zu Verschiebungen zwischen Behandlungsaufwand und Folgekosten führen, da bei letzteren durch Krankheit zwar Behandlungskosten, aber kein direkter Produktionsausfall entsteht. Bei längerer Unterbeschäftigung vergrößert sich nicht nur der Anteil der arbeitslosen Mitglieder, sondern es ist auch wieder mit einem Ansteigen der Quote der mitversicherten Familienangehörigen (Frauen, Schulabgänger ohne Beschäftigung) zu rechnen^{20a}. Die damit verursachte — und in den vorliegenden Berechnungen nicht enthaltene — Relationsverschiebung zwischen den (vom Indikator berücksichtigten) Behandlungskosten und den (nicht berücksichtigten) Folgekosten wird noch wesentlich verstärkt durch eine weitere Auswirkung von Arbeitslosigkeit: Je länger nämlich hohe Arbeitslosenquoten zu verzeichnen sind²¹, um so gründlicher findet eine Umschichtung statt zwischen den beschäftigten und unbeschäftigten Arbeitskräften nach Kriterien der Krankheitsanfälligkeit. Beschäftigte mit höherem Krankheitsrisiko werden schneller entlassen und bleiben länger arbeitslos als gesündere. Auch aus diesem Grunde wäre der Indikator — wenn man zu quantifizieren in der Lage wäre — nach unten zu korrigieren²².

Ebenfalls nach oben übertreibt die Belastungskurve die Entwicklung der Gesamtkosten durch den sich von 11,79 v. H. (1965) über 14,92 v. H. (1970) auf 16,41 v. H. (1974) erhöhenden Rentneranteil an den Versicherten der GKV²³. Denn soweit es sich nicht um Frührentner handelt, steht der überproportionalen Ausdehnung der GKV-Ausgaben durch die erhöhte Rentnerquote kein entsprechender Ausfall von Arbeitskräften gegenüber und somit auch keine Verluste durch Reduzierung der produktiven Potenzen.

Auch wenn diese Überlegungen wegen ihrer schlechten oder auch unmöglichen Quantifizierbarkeit nicht in die Trendberechnung eingehen können, so geben sie dennoch Grund genug, einen *linearen Trend* für realistisch zu halten. Denn es spricht doch vieles dafür, daß — vor allem für die letzten Jahre — der in Abbildung 3 dargestellte Verlauf des Belastungsquotienten die Entwicklung der Gesamtkosten, für die er als Indikator stehen soll, übertreibt.

c) Die Entwicklung des volkswirtschaftlichen Gesamtprodukts, also des *Nenners*, weist ebenfalls auf einen solchen Tatbestand hin: Zum einen wird ja ein bedeutender Teil des Trendanstiegs bestimmt durch die Rückläufigkeit des Wirtschaftswachstums. Konjunkturbereinigte Wachstumsanalysen lassen hier auf eine lineare Abwärtsentwicklung schließen²⁴.

Außerdem zeigt die ziemlich exakte Gegenläufigkeit der Kurven der Belastungssteigerungsraten (Tab. 1/Sp. 13 und Abb. 3) und des Index der industriellen Nettoproduktion (Konjunkturindikator) deutlich die starke Abhängigkeit der Schwankungen des Kostenindikators von der Zyklizität der Wirtschaftsentwicklung²⁵. Kann dies aber angenommen werden, so ist auch zu erwarten, daß die Sinuskurve — wenn auch auf ein jeweils höheres Ausgangsniveau — wieder zurückschwingt (s. Abb. 5).

5.

Zusammenfassend soll noch auf zwei Aspekte des Kostenproblems hingewiesen werden:

a) Die Ausgabenentwicklung der GKV und der Verlauf der volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten sind nicht identisch. Vielmehr scheinen durch Lastenumverlagerungen die beitragsfinanzierten Gesundheitskosten stärker zu steigen als die — statistisch nicht direkt faßbaren — Gesamtkosten durch Gesundheitsausgaben und Krankheitsfolgen. Eine wesentliche Ursache sind dabei solche Strukturverschiebungen innerhalb der Gesamtkosten, die den Anteil der gesellschaftlich finanzierten gegenüber den privat getragenen Kosten erhöhen. Diese Vergesellschaftungstendenz der Gesundheitskosten setzt sich auf verschiedenen Ebenen durch. Besonders deutlich wird sie bei der Ausweitung der GKV auf einen zunehmenden Teil der Bevölkerung²⁶. Dabei geht es nicht lediglich um die bloße Übernahme vorher privat getragener Aufwendungen durch die Versicherungsgemeinschaft. Da nämlich die neu hinzukommenden Personenkreise meist über dem Durchschnittsalter liegen, erhöht sich das Krankheitsrisiko und somit auch die durchschnittliche Kostenbelastung pro Versicherten.

Nicht unwichtig ist es, in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß mit der Ausdehnung der GKV meist soziale Zwischenschichten erfaßt werden, die im Zuge des säkularen Kapitalkonzentrationsprozesses entweder schon ihres Erverbsvermögens (und damit ihrer sozialen Selbsthilfefähigkeit) entledigt wurden oder die besonders — wie etwa die Landwirte — davon bedroht sind. Insoweit aber durch diesen Faktor die Altersstruktur und die Rentnerquote der GKV sich erhöht, haben ihre dadurch verursachten Mehrausgaben nichts mit gesamtgesellschaftlich steigenden Gesundheitskosten zu tun, sondern drücken lediglich aus, daß die Solidargemeinschaft ohne staatliche Kompensation einen Teil der sozialen Folgen der Unternehmenskonzentration mitträgt²⁷.

Neben den anderen bereits angeführten Kostenumverteilungen (s. Pkt. 4.) von privaten Personen und Einrichtungen (einschließlich freigemeinnütziger Institutionen) auf die GKV ist auch die anzunehmende relative Erhöhung der Behandlungskosten im Vergleich zu den Kosten durch krankheitsbedingte Produktionsminderung unter den Begriff der Vergesellschaftung der Gesundheitskosten zu subsumieren. Auch hier findet ja eine Umverlagerung von einzelwirtschaftlich anfallenden Belastungen in die Ausgaben der GKV statt. Eine Steigerung der GKV-Ausgaben, die ebenfalls real keine volkswirtschaftliche Kostensteigerung darstellt, liegt auch dann vor, wenn Kosten auf direkte oder indirekte Weise vom Staat oder den Gebietskörperschaften auf die GKV übertragen werden, ohne daß dabei allerdings von „Vergesellschaftung“ gesprochen werden könnte.

Wenn also das martialische Vokabular von der „Kostenexplosion“ und der angeblich im Gesundheitswesen „tickenden Bombe“²⁸ abgelehnt werden muß, dann zunächst einmal deshalb, weil durch die implizite Gleichsetzung der derzeitigen GKV-Ausgabenentwicklung mit dem langfristigen Trend der ökonomischen Gesamtbelastung durch Gesundheitskosten Katastrophenvorstellungen suggeriert werden, die nicht nur in dieser Form nicht der Realität entsprechen, sondern die dazu herhalten sollen, einer restriktiven Gesundheitspolitik gegenüber den Sozialversicherten ideologisch den Boden zu bereiten. Dies ist um so erfolgreicher, je weniger der Öffentlichkeit bewußt ist, daß ein Teil der Beitragserhöhungen nicht auf *Kostensteigerungen*, sondern auf *Kostenverschiebungen* zurückgeht.

b) Damit wird keineswegs bestritten oder heruntergespielt, daß im Trend die Gesundheits- und insbesondere die Behandlungskosten einen zunehmenden Anteil des Sozialprodukts beanspruchen (s. Abb. 3). Jedoch ist ein weiterer Grund, die gängige Katastrophenterminologie zu verwerfen, der, daß es unwissenschaftlich ist, diesen Sachverhalt allein schon negativ zu bewerten. Wäre nämlich damit eine entsprechend wirksame Verbesserung der Gesundheitssicherung verbunden, so könnte diese Entwicklung nicht nur im Sinne medizinischer und sozialpolitischer Zielsetzungen, sondern auch im Hinblick auf die langfristige ökonomische Systemreproduktion funktional sein. Denn die Gesundheitssicherung entzieht ja dem gesamtwirtschaftlichen Akkumulationsprozeß nicht nur Ressourcen, sie hat auch zugleich einen langfristig investiven Charakter und ist durch ihr direktes und indirektes Einwirken auf die menschliche Arbeitskraft ein Wachstumsfaktor ersten Ranges. Zudem ist eine Ausdehnung des Gesundheitsausgabenanteils — allerdings nur soweit sie nicht Ausdruck zunehmender Morbidität und preisbedingter Erscheinungen ist — mit den Bedingungen einer hochentwickelten Volkswirtschaft nicht nur nicht unverträglich, sondern könnte geradezu ein positiver Ausdruck ihres Reifegrades, ihrer Produktivität sein²⁹. Denn durch die ständig wachsende Arbeitsproduktivität kann die jeweilige Masse der Gebrauchsgüter von einem abnehmenden Teil der Arbeitsbevölkerung produziert werden. Somit ist in der gesamtwirtschaftlichen Produktivkraftentwicklung auch die arbeitskräfte- und gütermäßige Voraussetzung angelegt für die Erweiterung der nicht unmittelbar produktiven Sektoren und damit auch des Gesundheitswesens.

Wenn nun gerade von Vertretern privatwirtschaftlicher Interessen nur schon der Gedanke an eine solche Entwicklung bekämpft wird, so ist das verständlich: Denn die Entwicklung der bundesdeutschen Wirtschaft basiert auf der Akkumulation privaten Erwerbsvermögens, bedarf deshalb des Profits als Voraussetzung und der erwarteten Profitrate als Triebfeder. Ausgaben für das Gesundheitswesen jedoch, von wem auch immer sie formal getätigt werden, wirken sich — vermindert durch das Maß, in dem diese für das private Kapital profitable Anlagemöglichkeiten bieten — darum zunächst als Schmälerung des privaten Akkumulationspotentials und somit auch der Akkumulation aus. Obwohl also gesamt- und bedarfswirtschaftlich gesehen die relative Ausdehnung solcher Bereiche gesellschaftlicher Leistungserstellung wie des Gesundheitswesens, des Bildungswesens u. ä. m. möglich ist, steht ihr zunächst das einzel- und erwerbswirtschaftliche Interesse entgegen.

Das Kernproblem der gegenwärtigen Kostensituation liegt aber sicher nicht in einem überproportionalen *realen* Wachstum der Gesundheitsleistungen. Vielmehr scheint für den wachsenden Anteil der Gesundheitskosten am Sozialprodukt ähnliches zu gelten, was der Wachstumstheoretiker Bombach über den zunehmenden Staatsanteil am BSP meint, wenn er sagt: „Der zunehmende Staatsanteil beruht mehr auf einem Preis- denn einem Mengeneffekt.“³⁰ Das will heißen: es ist weniger die angebotene Menge und Qualität der Leistungen und Güter, welche wächst, als deren Preise. Die ökonomischen Ursachen dieser Entwicklung, die zu analysieren nicht Gegenstand dieser Überlegungen ist, lassen sich letztlich zurückführen auf die Kombination von *Machtpreisbildung* auf der einen und das Zurückbleiben der *strukturellen Effizienz* des sozialökonomischen Subsystems Gesundheitswesen hinter der gesamtgesellschaftlichen Durchschnittsproduktivität auf der anderen Seite. Dabei ist der Begriff der „strukturellen Effizienz“ als so umfassend anzusehen, daß er die Funktionsfähigkeit einer dem kurativen Gesundheitswesen vor- und nachgelagerten präventiven und rehabilitativen Medizin ebenso einschließt wie den Grad der Integration³¹ aller Teilbereiche sowie auch den gesundheitspolitisch bewußten Eingriff in die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung³².

Eine Gesundheitspolitik, welche auf Dauer diese preis- und effizienzbedingten Kostensteigerungen zu mindern vorhat, wird ihr Ziel verfehlen, falls sie sich an diesen beiden Ursachenkomplexen vorbeidrückt. Hastige „Sparmaßnahmen“, die ihr Zustandekommen mehr dem Zusammentreffen von konjunktureller Panik und politischer „Tendenzwende“ verdanken als gesundheitspolitischer Perspektive, bergen die Gefahr in sich, Gegenteiliges zu bewirken. Indem durch sie nämlich die medizinische Leistungsfähigkeit weiter eingeschränkt wird bzw. deren Anpassung an die vom Charakter der modernen Volkskrankheiten diktierten Erfordernisse verhindert wird, drohen über die Entwicklung der Morbidität ökonomische Rückkopplungsprozesse in Gang gesetzt zu werden, durch die sich die zukünftige Kostensituation noch zusätzlich verschärfen kann³³. Es liegt also im Wesen der Sache, daß die Kostenentlastung der Sozialversicherten dauerhaft nicht durch Einschränkung, sondern nur durch wirksame *Verbesserung* ihrer Gesundheitssicherung erreichbar ist. Die dazu erforderlichen Reformen zur Erhöhung der strukturellen Effizienz haben aber nicht nur mit dem bedingungslosen Widerstand all jener zu rechnen, deren Interessen an den gesundheitspolitischen status quo gebunden sind, sie erfordern darüber hinaus finanzielle Investitionen; und das besagt nicht weniger, als daß in vielen Fällen künftiger Nutzen nur durch gegenwärtig gesteigerten Aufwand zu erzielen ist. Angesichts der angespannten Wirtschaftslage in der Bundesrepublik werden dazu allerdings Verschiebungen der politischen Konstellationen die Voraussetzung sein müssen, die es gestattet, die dafür nötigen Mittel zum einen durch Eindämmung der Machtpreisbildung im Gesundheitswesen (Medikamente, Geräte, Honorare) und zum anderen durch Prioritätenverlagerung staatlicher Finanz- und Wirtschaftspolitik freizusetzen³⁴.

Anmerkungen

1 Symptomatisch dafür ist, daß die Bundestagsparteien ihre für 1975 angekündigten Gesundheitsprogramme hintangestellt und stattdessen „Sparprogramme“ veröffentlicht haben. Vgl.: „Die Ortskrankenkasse“, Nr. 20/1975, S. 784 ff. u. Nr. 21/1975, S. 823 f.

2 Vgl. *Muschallik, H. W.*: Die Wirtschaftskrise erzwingt zusätzliche Sparsamkeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 42/1975, S. 2879 ff. Von den Pharmakonzernen wird berichtet, daß sie — wie z. B. Bayer-Leverkusen — sich mit Maßhalteappellen an die Patienten richten („Fordern Sie nicht bei jedem Arztbesuch ein Rezept“). Der Pharma-Bundesverband befürchtet: „Es besteht nicht der geringste Zweifel daran, daß sich die gegen die Arzneimittelindustrie gerichteten Angriffe im In- und Ausland noch weiter steigern.“ „Die Ortskrankenkasse“, Nr. 20/1975, S. 786.

3 Diese Feststellung läßt noch keinerlei Wertung zu. S. u. Pkt. 5.

4 Bezeichnend der Titel der SPIEGEL-Serie (Jg. 29, 1975): „Krankheitskosten: Die Bombe tickt“.

4a In ihrem Gesundheitsbericht äußerte die Bundesregierung noch folgendes: „Seit Jahren ist allen Beteiligten klar, daß der Bedarf an Krankenhausleistungen mit den vorhandenen Krankenhäusern nicht mehr zufriedenstellend gedeckt werden kann.“ *Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.)*: Gesundheitsbericht, Bonn 1971, S. 133.

5 Dies ist der Fall bei: *Gaedt, Chr. und U. Schagen*: Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung?, in: Das Argument, Sonderband 4: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens, Berlin/West 1974, S. 1—18, bes. S. 12.

6 *Schaefer, Hans*: Die Zukunft des Gesundheitswesens, in: Aufgabe Zukunft. Qualität des Lebens. Beiträge zur vierten internationalen Arbeitstagung der IG Metall für die Bundesrepublik Deutschland. 11. bis 14. April 1972 in Oberhausen, Bd. 5: Gesundheit, Frankfurt/M. 1973, S. 24.

7 *Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.)*: Gesundheitsbericht, Bonn 1971, S. 157 ff.

8 *Schaefer, Hans*: Kostenentwicklung der Medizin in Deutschland, in: Eckhardt, W. und Nathan, M. K. (Hrsg.): Planung im Gesundheitswesen, Quickborn 1970, S. 37 ff.

9 s. u. Pkt. 4, b).

10 *Kremp, H.-J.*: Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung: Struktur und Entwicklung, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 5/1973, S. 233 f.

11 Das Basisjahr 1970 wurde hier gewählt, um einmal die Vergleichbarkeit mit der amtlichen Statistik zu gewährleisten und zum zweiten weil sein Wert etwa zwischen beiden Extremwerten liegt und somit eine relativ geringe Verzerrung bewirkt.

12 *Krankenversicherungs-Budget*. Vorgelegt von Staatsminister Dr. Heinrich Geißler, Mainz 1974, Anhang Tab. 2.2.

13 ebenda, Tab. 1.

14 *Lange, Oskar*: Einführung in die Ökonometrie, Berlin/DDR 1968, S. 29 f.

15 vgl. Abb. 1.

16 *Verordnung PR Nr. 7/54* über Pflegesätze von Krankenanstalten. Vom 31. August 1954 (BAZ 1954 Nr. 173 vom 9. Sept. 1954) § 2 Abs. 4.

17 *Herder-Dorneich, Ph.*: Honorarreform und Krankenhausanierung, Berlin/West 1970, S. 20 f.

18 *Herder-Dorneich, Ph.*: a.a.O., S. 19; *Bericht* über die finanzielle Lage der Krankenanstalten („Krankenhaus-Enquête“) Bundestags-Drucksache V/4230 vom 19. 5. 1969.

19 Der staatliche Finanzierungsanteil (sog. Investitionskosten) bleibt hier unberücksichtigt, da er grundsätzlich an dem hier zu zeigenden Zusammenhang nichts ändert.

20 vgl. *Krankenversicherungs-Budget*: a.a.O., S. 54.

20a Zusätzliche Verzerrungen ergeben sich dadurch, daß bei dieser Entwicklung die GKV-Ausgaben die Gesundheitskosten einer Versichertenzahl decken, die insgesamt etwas schneller ansteigt (oder langsamer sinkt), als die vom Indikator berücksichtigte Mitgliederzahl.

21 Selbst bei einem eventuellen Konjunkturaufschwung würde „die Zahl der Beschäftigten zunächst aber kaum zunehmen, die Arbeitslosenzahl mithin hoch bleiben“. „*Jahresgutachten 1975* des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“, Bundestags-Drucksache 7/4326 vom 24. 11. 1975, Ziff. 267.

22 Der insgesamt rückläufige Krankenstand kann allerdings nicht ohne weiteres als in die gleiche Richtung wirkend interpretiert werden. Zwar wird er *kurzfristig* ebenfalls die Relation zwischen Behandlungs- und Folgekosten verschieben und somit der Indikator auch kurzfristig die Gesamtbelastung entsprechend übertreiben. Bei längerfristiger Betrachtung wird demgegenüber zu bedenken sein, daß die Krankenstandsquoten nicht aufgrund reduzierter Morbidität, sondern als Folge sozialer Unsicherheit gesenkt wurden. Das so bedingte verschlechterte Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer wird — so kann angenommen werden — sicher einen Nachholbedarf entstehen lassen, der dann in die entgegengesetzte Richtung wirkt. (Vgl. dazu auch: *Schmoll, H.-J.*: Krankenstand und „Arbeitsmoral“, in: *Initiativkreis Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt* (Hrsg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*, Köln 1973, S. 217 ff.)

23 *Kremp, H.-J.*: Die Versicherten ... a.a.O., S. 230; *ders.*: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen*, Nr. 4/1975, S. 80.

24 Das geht sogar aus einer mit Interesse schwarz malenden Analyse des „*Instituts der Deutschen Wirtschaft*“ hervor. Vgl.: *Brinkmann, Th.*: *Wachstums- und Verteilungsspielraum 1975 bis 1980*, Köln 1975.

25 Die zyklische Bewegung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Gesamtprodukt hat ihren Grund in der weitgehenden Konjunkturunabhängigkeit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

26 vgl. *Schewe, D., u. a.*: *Übersicht über die Soziale Sicherung*, (9. Aufl.), Bonn-Bad Godesberg 1975, S. 155 ff.

27 Davon ist neben der GKV vor allem die Gesetzliche Rentenversicherung betroffen. Bei einer Lösung des dadurch entstandenen Kostenproblems kann deshalb weder eine Aufnahmediskriminierung der Betroffenen in Frage kommen, noch ist es mit einer bloßen Quotenumverteilung zwischen GKV und GRV getan. Hier steht die Forderung nach erhöhtem Staatszuschuß zur Rentenversicherung und dessen Ausweitung auf die GKV zur Debatte.

28 Ist es nicht beachtlich, mit welcher pluralistischer Einheitlichkeit man in der bundesdeutschen Presse nicht etwa beim Militär Explosionen und tickende Bomben hört, sondern im Gesundheitswesen?

29 Es ist plausibel, daß in einer solchen Ausdehnung unter den angegebenen Voraussetzungen (nicht morbiditäts- und nicht preisbedingt) eine qualitative und quantitative Umstrukturierung zugunsten präventiver Maßnahmen und Einrichtungen eingeschlossen wäre.

30 *Bombach, G.*: Konsum oder Investitionen für die Zukunft?, in: *Aufgabe Zukunft*, a.a.O., Bd. 7: *Qualitatives Wachstum*, S. 45.

31 vgl. dazu: *Jahn, E.*: Integriertes System der medizinischen Versorgung — Ein Modell —, in: *WSI-Mitteilungen*, 4/1974, S. 122 ff.

32 Steigerung der strukturellen Effizienz in diesem Sinne steht nicht im Gegensatz zur Effizienzsteigerung bestehender Institutionen und Strukturen, sondern schließt diese ein. Zum Effizienzbegriff auch: *Weissenböck, H.*: *Ökonomische Effizienz im Gesundheitswesen*, Diss., Innsbruck 1972, S. 10 ff.

33 Beispielsweise ist dies von allen Maßnahmen zu befürchten, die geeignet sind, die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen zurückzustauen, statt sie im Sinne einer präventiven Medizin vorzuverlagern.

34 Wer in diesem Zusammenhang auf eine quasi naturgesetzliche „Mittelknappheit“ verweist, der sei nur daran erinnert, daß im Jahre 1975 aufgrund „mangelnder Investitionsneigung“ alleine durch Nichtauslastung vorhandener Kapazitäten Werte in Höhe von ungefähr 70 Mrd. DM erst gar nicht produziert worden sind. Vgl.: *Jahresgutachten 1975 des Sachverständigenrates* zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Bundestags-Drucksache 7/4326, Ziff. 102 ff., Schaubild 13.