

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen

Obgleich mit Blick auf die finanzielle Situation nicht von einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen gesprochen werden kann, ist sehr wohl ein stetiger Ausgabenanstieg festzustellen. Abseits der demographischen Veränderungen sind als Ursachen für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen der fortlaufende medizinische Fortschritt, die Veränderung des GKV-Leistungsspektrums (inkl. des Nicht-Ausschlusses versicherungsfremder Leistungen), die dem deutschen Gesundheitssystem innewohnenden Ineffizienzen sowie die sich über die Jahre verändernden Lebens- und Mentalitätsmuster zu nennen. Zusammengenommen lösen diese Veränderungen die Etablierung eines so genannten Sisyphus-Syndroms aus. Vor allem „halfway-technologies“ – als typischer Fall der fortwährenden Produktinnovation im Gesundheitswesen – führen dazu, dass zwar die Überlebenschancen des Einzelnen steigen, jedoch der Durchschnitt aller überlebenden Personen nicht gesünder, sondern immer kränker (und damit teuer) wird. Durch die große Zahl älterer Personen könnte langfristig deren Gewicht in der demokratischen Entscheidungsfindung steigen, sodass vermehrt Ressourcen in das Gesundheitswesen umgeleitet werden, wodurch weitere Erhöhungen der Gesundheitsausgaben wahrscheinlich werden.

■ Jan-Marc Hodek, Wolfgang Greiner

1. Ausgangssituation & Handlungsbedarf

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfasste im Jahr 2008 ein Ausgabenvolumen von 160,94 Mrd. Euro oder etwa 6,5% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) der Bundesrepublik Deutschland (GBE-Bund 2010a). Zählt man öffentliche und private Ausgaben zusammen, werden in Deutschland sogar rund 263 Mrd. Euro oder ca. 10,5% des BIP für Gesundheitsleistungen (inklusive Pflegeversicherung) ausgegeben. Die größten Ausgabenblöcke der GKV fanden sich dabei im Jahre 2008 in der Krankenhausbehandlung mit 34,9%, den Arzneimitteln mit 19,3% und in der ärztlichen Behandlung mit 17,2% aller Leistungsausgaben (BMG 2010).¹ Abbildung 1 (siehe nächste Seite) verdeutlicht die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt für die Jahre 1992 bis 2008.

Im internationalen Vergleich wird die deutsche Gesundheitsausgabenquote nur noch von den USA, Frankreich und der Schweiz übertroffen. Wie die Tabelle 1 anhand aktueller Daten der OECD verdeutlicht, bewegen sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf jedoch eher im europäischen Mittelfeld. Im Verhältnis zum kaufkraftbereinigten

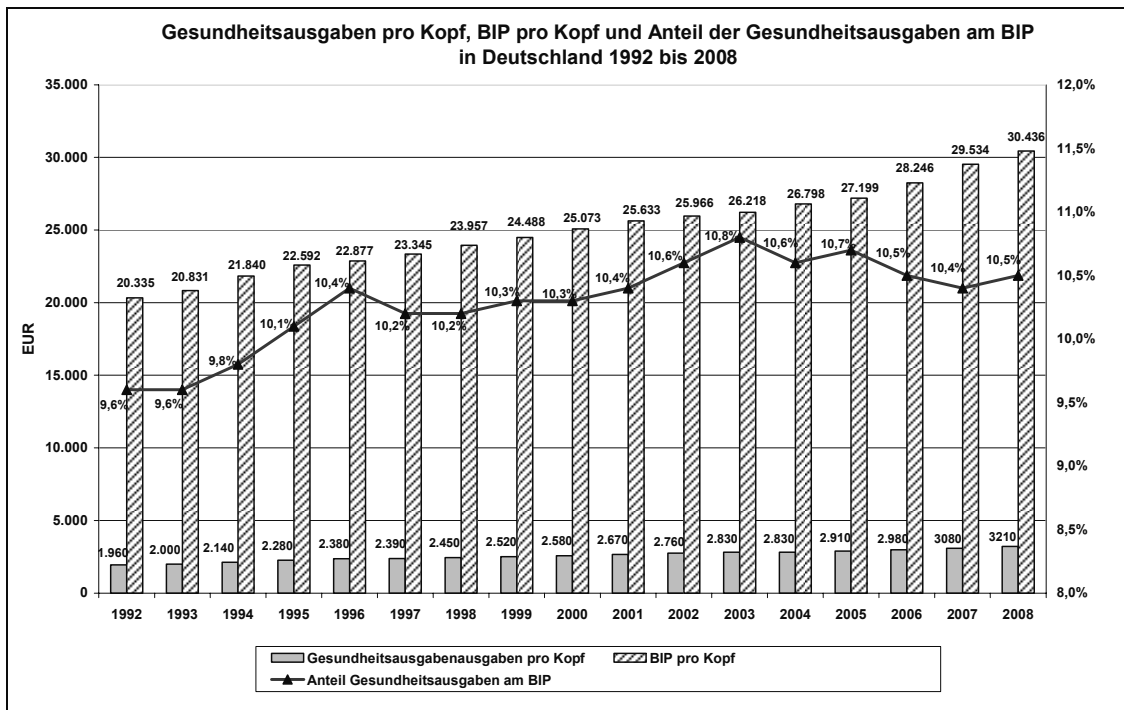
BIP je Einwohner ergibt sich hieraus aber eine recht hohe Ausgabenquote für Deutschland. Der hohe Anteil der Gesundheitsleistungen am BIP ist dabei auch das Resultat des relativen Zurückbleibens des gesamtdeutschen BIP nach der Wiedervereinigung.

Bemerkenswert bzgl. der deutschen Gesundheitsausgabenquote ist noch (vor allem im internationalen Vergleich), dass sie seit geraumer Zeit nur sehr wenig angestiegen ist – seit Mitte der 1990er Jahre praktisch gar nicht mehr. Dies ist hauptsächlich auf zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen zurückzuführen, die mit dem Ziel der Beitragssatzkonstanz implementiert wurden. Insbesondere seit den erwähnten 90er Jahren sind in diesem Bereich zahlreiche Gesetzesinitiativen zu nennen: Das Gesundheitsstrukturgesetz (1993), das Beitragsentlastungsgesetz (1996), das GKV-Neuordnungsgesetz (1997), das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1998), das GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000), das GKV-Modernisierungsgesetz (2004), das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) oder auch die erst kürzlich verabschiedeten Regelungen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) sowie des GKV-Finanzierungsgesetzes. Hier ist zu erkennen, dass in nahezu jährlichen Abständen immer wieder Gesetzesgrundlagen verändert wurden, um Kosten zu senken bzw. Einnahmen zu erhöhen und teilweise auch wettbewerbliche Elemente im Gesundheitssystem zu implementieren.²

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass derzeit nicht von einer Kostenexplosion zu sprechen ist. Aus sehr

Dr. Jan-Marc Hodek, Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 5 – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Einwohner und BIP pro Einwohner in Euro; Gesundheitsausgaben als prozentualer Anteil am BIP (für Deutschland in den Jahren 1992 bis 2008)



Quelle: Eigene Darstellung nach GBE-Bund (2010b) und BMAS (2010).

langfristiger Perspektive ist jedoch durchaus ein stetiger Ausgabenanstieg inkl. eines leicht wachsenden Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP festzustellen.³ Hierbei ist zu bedenken, dass schon leichte Steigerungen dieses Anteils immense absolute Beträge bedeuten. Nichtsdestotrotz wird die tatsächliche Explosion für die kommenden Jahrzehnte erst noch erwartet. Dem medizinisch-technischen Fortschritt wird dabei ein mindestens ebenso großer Effekt beigemessen wie dem demographischen Faktor (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 534ff.). In der Folge sollen nun die wichtigsten Gründe des stetigen Ausgabenanstiegs – abseits der demographischen Veränderungen – thematisiert werden.

2. Gründe für ansteigenden Ressourcenverbrauch aus ökonomischer Perspektive

2.1. Ökonomische Fehlanreize und Ineffizienzen

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive keine Fehlentwicklung darstellen, sofern dies Ausdruck veränderter Präferenzen der Versicherten ist. Hinzu kommt die Besonderheit, dass Gesundheitsleistungen oftmals als „superiore Güter“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, dass die Nachfrage nach Gesundheitsgütern mit steigen-

dem Wohlstand ebenfalls ansteigt. (Mikro-)Ökonomisch betrachtet ist die Einkommenselastizität der Nachfrage größer Eins, sodass der relative Anteil dieser Güter mit wachsendem Einkommen einer Person ansteigt. Dies kann unter anderem damit begründet werden, dass die Risikoaversion der meisten Menschen recht groß ist und gerade im sensiblen Bereich der eigenen Gesundheit eine erhöhte Zahlungsbereitschaft existiert. Dies gilt insbesondere im Falle eines hohen Einkommens und wenn bereits alle wesentlichen materiellen Bedürfnisse befriedigt sind (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 519).

Eine Fehlentwicklung liegt allerdings dann vor, wenn steigende Ausgaben das Ergebnis von Fehlanreizen, Organisationsmängeln und Ineffizienzen auf Nachfragerseite, Anbieterseite oder des Zusammenspiels beider Teile sind (SVR 2000, Ziffer 469).

Nach herrschender Meinung ist die Ausgabenentwicklung im deutschen Gesundheitssystem zumindest nicht hauptsächlich auf veränderte Präferenzen zurückzuführen. Besonderheiten des Gesundheitsmarktes, bzw. eine inadäquate Reaktion des Gesetzgebers auf diese Eigenheiten sind die Ursachen für zahlreiche Probleme, wobei insbesondere Informationsasymmetrien zwischen Kassen, Versicherten und Leistungserbringern, in Verbindung mit ungeeigneten Anreizstrukturen sowie den unterschiedli-

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben pro Einwohner, BIP pro Einwohner und Gesundheitsausgaben als prozentualer Anteil am BIP (im Jahr 2008)

	Gesundheitsausgaben pro Einwohner (2008) in US\$, kaufkraftbereinigt		BIP pro Einwohner (2008) in US\$, kaufkraftbereinigt		Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP (2008) in %	
1	USA	7.538	Luxemburg	84.713	USA	16,0
2	Norwegen	5.003	Norwegen	58.717	Frankreich	11,2
3	Schweiz	4.627	USA	47.186	Schweiz	10,7
4	Luxemburg (in 2006)	4.210	Schweiz	42.783	Österreich	10,5
5	Kanada	4.079	Irland	41.493	<i>Deutschland</i>	10,5
6	Niederlande	4.063	Niederlande	41.063	Kanada	10,4
7	Österreich	3.970	Kanada	38.975	Belgien	10,2
8	Irland	3.793	Australien	38.637	Niederlande	9,9
9	<i>Deutschland</i>	3.737	Österreich	37.858	Portugal (in 2006)	9,9
10	Frankreich	3.696	Island	36.964	Neuseeland	9,8
11	Belgien	3.677	Dänemark	36.808	Dänemark (in 2007)	9,7
12	Dänemark (in 2007)	3.540	Schweden	36.790	Griechenland (in 2007)	9,7
13	Schweden	3.470	Finnland	35.918	Schweden	9,4
14	Island	3.359	Großbritannien	35.631	Island	9,1
15	Australien (in 2007)	3.353	<i>Deutschland</i>	35.432	Italien	9,1
16	Großbritannien	3.129	Belgien	35.288	Spanien	9,0
17	Finnland	3.008	Japan	34.132	Irland	8,7
18	Spanien	2.902	Frankreich	33.090	Großbritannien	8,7
19	Italien	2.870	Spanien	31.455	Australien (in 2007)	8,5
20	Japan (in 2007)	2.729	Italien	31.253	Norwegen	8,5
21	Griechenland (in 2007)	2.687	Griechenland	28.896	Finnland	8,4
22	Neuseeland	2.683	Israel	27.902	Slowenien	8,3
23	Slowenien	2.329	Slowenien	27.865	Japan (in 2007)	8,1
24	Israel	2.244	Korea	27.658	Israel	7,8
25	Portugal (in 2006)	2.151	Neuseeland	27.036	Slowakei	7,8
26	Korea	1.801	Tschechische Republik	24.631	Ungarn	7,3
27	Tschechische Republik	1.781	Portugal	23.283	Luxemburg (in 2006)	7,2
28	Slowakei	1.738	Slowakei	22.141	Tschechische Republik	7,1
29	Ungarn	1.437	Ungarn	19.732	Polen	7,0
30	Polen	1.213	Polen	17.294	Chile	6,9
31	Chile	999	Mexiko	14.501	Korea	6,5
32	Mexiko	852	Chile	14.495	Türkei (in 2007)	6,0
33	Türkei (in 2007)	767	Türkei	13.952	Mexiko	5,9

Quelle: OECD (2010a), OECD (2010b) (beides zuletzt aktualisiert am 25.11.2010) sowie OECD (2010c); auftretende Differenzen ergeben sich aus unterschiedlichen Berechnungsmethoden und durch teilweise notwendige Schätzungen der OECD; hier nur Daten zu 33 der 34 OECD-Länder verfügbar (ohne Estland).

chen Interessen all dieser Parteien in der Folge zu diskutieren sind. In diesem Zusammenhang wird üblicherweise von einem Marktversagen gesprochen, wobei eher die Begrifflichkeit eines kombinierten Markt- und Staatsversagens bezeichnend wäre (Oberender, Hebborn & Zerth 2002, S.16f.). Darauf soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

Ökonomische Theorien zu Besonderheiten des Gesundheitsmarktes: Markt- bzw. Staatsversagen als Erklärung von Kostensteigerungen

Während auf der einen Seite Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und gar die Religion eines Versicherten stark mit dem Nachfrageverhalten im Gesundheitswesen korrelieren, können auf der anderen Seite noch weitere Einflussparameter auf den Ressourcenverbrauch bzw. ein Wachstum dessen benannt werden.

Hierbei handelt es sich um zahlreiche (und zudem interdependente) staatliche und marktwirtschaftliche Kräfte, welche die Inanspruchnahme und damit die Kostenentwicklungen determinieren.

Zu beobachten ist zunächst tatsächlich ein weitgehendes Marktversagen, welches im Zusammenspiel mit fehlsteuernden Anreizsystemen zu den vielfach beschriebenen Problemen im Gesundheitswesen führt. Einfache ökonomische Zusammenhänge, wie das Zusammenspiel von Nachfrage und Angebot, können im Gesundheitswesen nicht wie in anderen Wirtschaftsbereichen wirken. Dies legitimiert zwar Eingriffe der Politik, jedoch gelingt es auch mittels dieser staatlichen Lenkungsversuche zumeist nicht bzw. lediglich kurzfristig, die Ausgabenprogression zu stoppen.

Einige weitere ökonomische Besonderheiten des Gesundheitswesens sollen in der Folge kurz erläutert werden, um auf dieser Basis später die konkreten Ausprägungen der Kostenentwicklungen beleuchten zu können.

Grundsätzlich ist hierbei festzustellen, dass Ineffizienzen auf Seiten der Leistungserbringung mit Einschränkungen auf der Nachfragerseite zusammenwirken. In Kombination dieser beiden Problemfelder fehlt es an Anreizen zur Ausgabensenkung bei den verschiedenen Akteuren. Diese Problematik wird oftmals mittels des Begriffs der „Moral-Hazard“-Phänomene beschrieben (Toepffer 1997, S. 48ff.).⁴ Zu Moral-Hazard kann es immer dann kommen, wenn sich ein Widerspruch zwischen kollektiver und individueller Rationalität ergibt. Es beschreibt die individuell schwer zu beobachtende Verhaltensänderung eines Wirtschaftssubjekts, wenn sich die Rahmenbedingungen für sein Handeln ändern (z.B. durch Abschluss einer Krankenversicherung) (Schulenburg & Greiner 2007, S. 9). Diese Probleme entstehen üblicherweise als Folge von Informationsasymmetrien verschiedenster Ausprägungen (bzw. aufgrund ungeeigneter Reaktionen auf diese Asymmetrien von Seiten des Gesetzgebers) und sind maßgebliche Gründe für viele der bestehenden Probleme des Gesundheitssystems. Von Bedeutung sind dabei insbesondere Informationsasymmetrien auf Krankenversicherungs- und Leistungsmärkten.

Informationsasymmetrien auf Krankenversicherungsmärkten

Im Verhältnis zwischen (Kranken-)Versicherer und Kunden ergibt sich ein so genanntes „Principal-Agent-Problem“. Der Versicherte (Agent) bezahlt Beiträge und erkauft sich damit einen umfangreichen Versicherungsschutz beim Versicherungsunternehmen (Prinzipal). Der Versicherer kann Verhaltensweisen, Engagement bzw. die Qualität des Agenten nur eingeschränkt beurteilen oder beobachten. Der Versicherungsnehmer hingegen hat einen Informationsvorsprung, indem er seinen eigenen Zustand sowie sein Verhalten besser beurteilen kann, dies jedoch dem Versicherer nicht mitzuteilen braucht (Schulenburg 2005, S. 103, 258, 297).⁵ Es zeigt sich ein typischer Fall von so genannter „hidden action“.⁶

Im konkreten Fall führen das Zusammenwirken von Sachleistungsprinzip, Solidarprinzip⁷ und Bedarfsprinzip⁸ dazu, dass durch den Versicherungsschutz eine Inanspruchnahme von Leistungen oft mit keinen oder nur geringfügigen Zusatzzahlungen verbunden ist und zudem auch nicht zukünftig – beispielsweise in Form von individuellen Beitragserhöhungen – bestraft werden kann. Dies löst beim Kunden eine Verhaltensänderung aus: Es kommt zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen bzw. der Nachfrage nach hochwertigen und teuren ärztlichen Leistungen (Qualitätsmaximierungsstrategie) sowie zu einem weniger präventiven und erhöht risikoreichen Verhalten (Toepffer 1997, S. 49f.). Dies kann sogar so weit führen, dass einige Autoren von so genannten „Rückkopplungseffekten“ berichten. Diese besagen, dass sich Versicherte durch eine hohe Prämie oder Beitragserhöhungen veranlasst sehen, die eigene Leistungsanspruchnahme noch zu steigern um möglichst viel „herauszuholen“, d.h. viele Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Das beschriebene Phänomen wird auch als „Free-Rider“- oder Freifahrermentalität bezeichnet, da der Einzelne allein von den Leistungen profitiert, die Kosten jedoch auf alle Mitglieder der GKV-Gemeinschaft verteilt werden. Die Folge ist eine preisunelastische Nachfrage. Die sich ergebenden Verhaltensänderungen sind aus individueller Sicht rational, jedoch keineswegs aus kollektiver Perspektive (Steinmann & Telser 2005, S. 20f.). Ein Einzelner hat kaum Anreize zu ressourcenschonenden, gesundheitsfördernden oder risikoarmen Verhaltensweisen bzw. kostensparender Leistungs-Inanspruchnahme, da diese Einsparungen nicht dem Verursacher direkt (in Form individueller Beitragsenkungen), sondern der Gemeinschaft (in Form marginal kleiner Beitragsreduktionen) zu Gute kämen (Schulenburg & Greiner 2007, S. 15, 46ff.).

Informationsasymmetrien auf Leistungsmärkten

Auch auf den Leistungsmärkten haben die Informationsasymmetrien zwischen den verschiedenen Akteuren eine individuell rationale, jedoch nicht den Präferenzen der Gemeinschaft entsprechende Wirkung. In diesem Fall ist der Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus etc.) der Agent, welcher über einen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten (Prinzipal) verfügt und dabei sogar eigenen Entscheidungsspielraum eingeräumt bekommt (Toepffer 1997, S. 56ff.; Binder 1999, S. 114). Moral-Hazard auf Basis so genannter „hidden information“⁹ ist die Folge, da der Patient im Normalfall nicht in der Lage ist, die Qualität und Sinnhaftigkeit von Diagnose- und Behandlungsverfahren für den konkreten Fall einzuordnen. Durch die zusätzlich vorhandenen Messproblemen, in diesem Bereich – Qualität von Gesundheitsleistungen ist meist schwierig und nur subjektiv beobachtbar – hat der Arzt in diesem Fall die Möglichkeit, mangelnde Konsumentensouveränität zu seinem ökonomischen Vorteil auszunutzen (Oberender, Hebborn & Zerth 2002, S.16ff.). Ein hohes Maß an Konsumentensouveränität wäre jedoch ein wichtiges Element in einer funktionierenden Beziehung zwischen Anbieter und Nachfrager. Sie bezeichnet die Fähigkeit des Nachfragers,

sich Informationen über Qualität und Preis einer Leistung zu verschaffen und auf dieser Basis eine ökonomisch rationale (individuell nutzenmaximierende) Entscheidung über die mögliche Inanspruchnahme zu treffen.

Im Gesundheitswesen kann eine solche Situation und damit das Treffen rationaler Entscheidungen durch den Patienten in der Regel nicht angenommen werden. Der Patient kann die Qualität und Notwendigkeit ärztlicher Leistungen nicht objektiv einschätzen oder miteinander vergleichen, zudem wird ihn der Preis der Leistung nicht übermäßig in seiner Entscheidung beeinflussen (Binder 1999, S. 29ff.).¹⁰

Folge ist die so genannte angebotsinduzierten Nachfrage und die damit verbundene Mengenausweitung: Hierbei nutzt der Leistungserbringer seinen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten, um die Inanspruchnahme über das notwendige Maß hinaus zu steigern bzw. den Patienten zu einer gegebenenfalls zu teuren oder überflüssigen medizinischen Leistung zu bewegen. Dieser hat dabei in der Regel nicht den Informationsstand, um über die Notwendigkeit der Maßnahme zu befinden. Zudem besteht für diesen unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen wenig Anreiz das vorhandene Informationsdefizit zu beheben (Steinmann & Telser 2005, S. 25ff.).

Durch die umfassende Versicherung erhalten die Versicherten die Gesundheitsleistungen (und insbesondere Arztleistungen) ohne merkliche zusätzliche eigene Ausgaben. Lediglich Opportunitätskosten, bspw. in Form von Zeit- und Wegekosten, sind vom Versicherten in Kauf zu nehmen. Zudem sei erwähnt, dass der Gesetzgeber durch verschiedene Formen von Selbstbeteiligungen versucht, eine Art Ersatzmechanismus zu implementieren, um so den Versicherten die monetären Folgen ihres Handelns zumindest teilweise spürbar werden zu lassen.

Infolge der nur sehr eingeschränkt beim Versicherten ankommenden preislichen Signale wird die Nachfragekurve näherungsweise zu einer Senkrechten in der Sättigungsmenge. Die Preise (bzw. Gebühren) sind fixiert, denn sie werden vorab in Verhandlungsprozessen festgelegt. Durch die angebotsinduzierte Nachfrage verschiebt sich die Nachfragekurve in der Folge immer weiter nach rechts, da es für Ärzte individuell rational ist zusätzliche Nachfrage (z.B. mehr Konsultationen pro Fall, mehr Leistungen pro Konsultation etc.) zu induzieren (Schulenburg & Greiner 2007, S. 15f.).

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass weder die Versicherten noch die Krankenkassen oder die Leistungserbringer allein im marktlichen Zusammenwirken geeignet sind, einen effizienten Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen zu garantieren. Dies ist auch der Grund weshalb staatliche Eingriffe – zumindest zur Begrenzung extremer Auswirkungen des Marktversagens – in bestimmten Bereichen sinnvoll sein können. Das Zusammentreffen von Solidarprinzip, Bedarfsprinzip, Moral-Hazard, Free-Rider-Mentalität, Rückkopplungseffekten, Qualitätsansprüchen und angebotsinduzierter Nachfrage

begründet die sehr speziellen Wirkmechanismen innerhalb des Gesundheitssektors.

Die bisherigen gesetzlichen Interventionen, konnten jedoch auch nicht überzeugend diesen Problemen entgegenwirken. Fehlender Wettbewerb und falsch gesetzte Anreize für Leistungserbringer (z.B. zu Angebotsausweitungen, ausgelöst durch das Vergütungssystem und Anbieterdominanz) aber auch für Kassen (zu Risikoselektion) und Versicherte (zu einer übermäßigen Leistungsanspruchnahme) kommen im Gesundheitswesen zusammen (Augurzyk et al. 2004, S. 9).

Im folgenden Abschnitt sollen nun die wesentlichen Gründe der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen – basierend auf den oben beschriebenen Besonderheiten dieses (Wirtschafts-)Sektors – beschrieben und die erarbeiteten theoretischen Zusammenhänge an geeigneten Stellen wieder aufgegriffen werden.

2.2. Gründe der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen

2.2.1. Medizinisch-technischer Fortschritt

Unter dem Begriff des medizinisch-technischen Fortschritts wird subsumiert, dass Innovationen im Gesundheitswesen – im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen – für gewöhnlich nicht zu sinkenden „Produktionskosten“ und damit Ausgabensenkungen führen, sondern den Ressourcenverbrauch zusätzlich erhöhen. Als dominierender Grund wird dabei angeführt, dass im Gesundheitssektor eher kostentreibende Produktinnovationen, als kostensenkende Prozess- oder Organisationsinnovationen anzufinden sind.

Unter Produktinnovationen werden dabei Neuerungen verstanden, die ermöglichen, dass ein Produkt mit neuen Eigenschaften (oder neuen Kombinationen bisheriger Eigenschaften) hergestellt werden kann. Es entsteht ein Produkt mit neuen Qualitätsattributen, wobei sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis über einen höheren Nutzen des Nachfragers verbessert.

Auf der anderen Seite stehen die so genannten Prozessinnovationen, welche es erlauben, Produktionsziele, z.B. einen bestimmten Gesundheitszustand, kostengünstiger zu erreichen. Produktionsprozesse und Abläufe werden bei Fortschritten dieser Kategorie neu geordnet, effektiver gestaltet und u.U. Synergieeffekte ausgelöst. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird mittels niedrigerer Kosten verbessert (Beispiel: Sinkende Kosten durch eine beschleunigte Diagnostikstellung dank gesteigerter Bildqualität der Computertomographie) (Steinmann & Telser 2005, S. 31; Fetzer 2005, S. 18; Lauterbach & Stock 2001, S. 6).

Das überproportionale Auftreten von Produktinnovationen im Gesundheitswesen führt hier zu Mengenausweitungen, sodass die medizinische Versorgung durch den Fortschritt nicht günstiger, sondern immer teurer wird (Fetzer 2005, S. 18; Steinmann & Telser 2005, S. 30ff.).

Verzerrte Innovationsanreize im Gesundheitswesen stellen eine dynamische Form des ex-post Moral-Hazard dar. Aufgrund des umfassenden Versicherungsschutzes ist die Kostenseite für Patienten kaum relevant, lediglich der Zusatznutzen gegenüber anderen Behandlungen spielt eine Rolle. In diesem Wissen versuchen die Leistungserbringer (Ärzte, Pharmaindustrie, Gerätehersteller etc.) den Versicherten eine immer höhere Qualität anzubieten und konzentrieren sich einzig auf Produkt- und damit Qualitätsinnovationen (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 516; Steinmann & Telser 2005, S. 30f.).

Beispiele für Innovationen im Gesundheitssektor sind zu einem Großteil tatsächlich die soeben beschriebenen Produktinnovationen: Zu nennen sind dabei Erfindungen von zusätzlichen medizinischen Technologien – den so genannten „add-on-Technologien“ – mittels derer bislang nicht-behandelbare Patienten überhaupt bzw. über einen verlängerten Zeitraum versorgt werden können (beispielsweise Herzoperationen oder die medikamentöse Behandlung von Potenzstörungen). In diesem Zusammenhang sprechen einige Autoren von einer „Explosion des Machbaren“ (Krämer 1997, S. 9). Diagnose- und Therapiefortschritte in der Vergangenheit konnten vormals unbehandelbare Patienten retten bzw. ihnen das Leben verlängern. Hiermit sind zumeist unmittelbare Ausgabenzuwächse verknüpft, da neue Therapieformen oder Arzneimittel in der Regel zusätzlich und nicht ersetzend zu bereits existierenden Leistungen zum Einsatz kommen.

Oftmals werden die Errungenschaften der heutigen Medizin aber auch als so genannte „halfway-technologies“ bezeichnet, welche das Leben eines Patienten verlängern und evtl. die Lebensqualität steigern können, jedoch nicht wieder zu einer vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit, sondern eher zu einer Chronifizierung zahlreicher Leiden, führen (Multimorbidität durch die Summierung der Krankheiten im Alter) (Krämer 1997, S. 11f.).

Beispielhaft zu nennen sind eine Reihe von Innovationen in den vergangenen etwa einhundert Jahren: Beginnend mit drastischen Verbesserungen der Hygienezustände zu Beginn der 20. Jahrhundert (eines der wenigen Beispiele für verbesserte Prozesse), über die Entdeckung zahlreicher neuer Wirkstoffe und die Entwicklung neuer Diagnose- und Operationstechniken (z.B. zahlreiche Gerätschaften wie Computertomographen oder vormals undenkbar Behandlungen wie Operationen an inneren Organen, Transplantationen, Chemotherapien, Hüftgelenkprothesen, neue Arznei- und Heilmittel) bis hin zu neuesten Entwicklungen im Bereich der Krebstherapie oder der Stammzellenforschung (Fetzer 2005, S. 18).

Die Herausforderung, welche sich dabei aus Kostenträgerperspektive ergibt, ist dass die neuen Diagnostiktechnologien die Anzahl der Erkrankten anwachsen lassen und diese Erkrankten zudem durch neue bzw. verbesserte Therapien längere Zeit in diesem Zustand verbleiben und versorgt werden müssen. Zudem erlebt die Gesellschaft eine Erweiterung des Krankheitsbegriffs, wobei Personen als krank definiert werden, welche noch vor einigen Jahren als medizinisch unauffällig gegolten hätten (Beispiele hier-

für sind ein leicht erhöhter Blutdruck ab 120/80 mmHg oder das seit Anfang der 1990er Jahre zunehmend bekannte Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom).

Die Folge ist, dass sich eine immer größere Differenz zwischen stetig wachsenden medizinischen Möglichkeiten (damit oftmals gleichbedeutend, den Begehrlichkeiten der Patienten) und begrenzten finanziellen Mitteln einer Gesellschaft aufbaut.

Aus ökonomischer Perspektive entstehen die beschriebenen Entwicklungen zu einem Großteil aus den bereits beschriebenen Moral-Hazard-Problemen. Wie zuvor erläutert, bedingt dieses Phänomen einen übermäßigen Ressourcenverbrauch aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen Patient, Leistungserbringer und Kostenträger.

Auch wenn ein Versicherter grundsätzlich an einem geringen Beitragssatz bzw. Zusatzbeitrag interessiert ist, ist es bei einem nahezu beitragsunabhängigen Zugang zu Gesundheitsleistungen und damit fehlender preisgesteuerter Nachfrage individuell sinnvoll, eher viele Leistungen in Anspruch zu nehmen¹¹: Den Versicherten fehlen Anreize, einen erwünschten Gesundheitszustand möglichst kostengünstig zu erreichen; sie haben somit wenig Anreize kostensenkende Prozessinnovationen überhaupt nachzufragen. Zugespielt beschrieben sind aus Sicht des Patienten die einzigen limitierenden Faktoren, welche in das individuelle Kostenkalkül eingehen, der eigene Zeitverbrauch der Inanspruchnahme sowie das Risiko bzw. die Unannehmlichkeiten einer Behandlung (man denke an das Beispiel einer Darmspiegelung) (Schulenburg & Greiner 2007, S. 46ff., 115f.). Die Patienten suchen dabei lediglich nach individuellem Zusatznutzen, ohne merkliche eigene monetäre Zusatzkosten scheuen zu müssen. Ebenso profitiert der Patient persönlich nur teilweise von Kosteneinsparungen durch Verwenden einer älteren/billigeren Therapie (durch die Reduktion oder Wegfall von Selbstbeteiligungen).

Auf der anderen Marktseite haben auch große Teile der Anbieter von Gesundheitsleistungen nur eingeschränkte Anreize zur Kostenreduktion, solange die eigene Bezahlung gesichert ist. Viele Leistungserbringer haben im Gegenteil sogar Anreize vor allem Produkt- statt Prozessinnovationen zu verwenden und durch den Einsatz der vom Patienten gewünschten und evtl. tatsächlich besseren neuen Technologien einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Konkurrenten zu generieren (Oberender, Hebborn & Zerth 2002, S. 135f.; Fetzer 2005, S. 20). Vorhandensein und Ausmaß dieser Fehlanreize ist jedoch eng verbunden mit der Ausgestaltung der Honorierungsform. So ist es durch die Einführung des DRG-Systems im stationären Sektor gelungen, oben beschriebene Fehlanreize abzubauen: Krankenhäuser profitieren heute von eigenen Rationalisierungsmaßnahmen, sodass verstärkter Prozessinnovationsdruck in diesen Teilbereich des Systems Einzug gehalten hat.

Auch die vielfach beschriebene – und zumindest für Teilbereiche des Gesundheitswesens bewiesene – Annahme, dass es sich bei Gesundheitsleistungen um superiore

Güter handelt, ist eine theoretische Untermauerung eines durchaus gewünschten medizinischen Fortschritts und der damit verbundenen Kostenanstiege. Superiore Güter zeichnet aus, dass ein Anstieg des Einkommens solange mit einem prozentual steigenden Ausgabenanteil für Gesundheit einhergeht, wie der Grenznutzen zusätzlichen Konsums stärker fällt als derjenige zusätzlicher Lebenszeit (Fetzer 2005, S. 19). Hall und Jones beschreiben dieses Phänomen wie folgt: „As the U.S. gets richer and richer, the most valuable thing people can purchase is more time to live“ (Hall & Jones 2004, S. 35).

Eine zusätzliche Erklärung für die Dominanz der kostenintensiven Produktinnovationen liefert der so genannte „medizinische Imperativ“: Eng verbunden mit der Thematik der angebotsinduzierten Nachfrage besagt dieses Theorem, dass der Einfluss der Ärzte zu einer gesellschaftlichen Norm führt, wonach Krankheiten so weit wie möglich bekämpft werden müssen (Imperativ auf der Zielebene) und medizinische Leistungen hierfür in genügendem Umfang zur Verfügung stehen sollen (Imperativ auf Mittelebene). Krankheiten, welche bekannt und behandelbar sind, sind demnach zu kurieren bzw. zu lindern, ohne dass der Kostenaspekt in diesem Imperativ vordergründige Berücksichtigung findet (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 516f.).

Der in diesem Abschnitt beschriebene stetige medizinische Fortschritt wird gemeinhin als die ausschlaggebende Komponente für die fortschreitenden Kostenentwicklungen (und damit die erwartete Progression des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV) angeführt.¹²

Die Aufnahme zahlreicher kostentreibender Produktinnovationen in das Leistungsspektrum der GKV führt demnach schon alleine, d.h. ohne jeden demographischen Effekt, zu einem deutlichen Ausgabenwachstum. So belegen zahlreiche Studien, dass dieser Effekt einen weitaus größeren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung und die dahinter stehende Inanspruchnahme von Leistungen hat, als der demographische Faktor.

In der Summe aller Effekte kommen Prognoserechnungen zur Beitragssatzentwicklung zu teils dramatischen Ergebnissen: So ermitteln Beske und Krauss (Beske & Krauss 2010) für das Jahr 2060 unter alleiniger Berücksichtigung der demographischen Effekte einen Beitragssatz von rund 19%. Unter Hinzuziehung des medizinischen Fortschritts wäre in der extremsten Variante sogar ein Anstieg auf bis zu 51,7% möglich. Zu etwas weniger drastischen, jedoch immer noch beachtenswerten Ergebnissen kommen die Beitragssatzprognosen von Niehaus (der von etwa 25% in 2050 ausgeht; Niehaus 2008) oder von Postler (Postler 2003).¹³ Letzterer errechnet unter Einbezug des medizinischen Fortschritts beispielsweise einen Beitragssatz von mindestens 23% für das Jahr 2050 (und nur rund 16,5% unter alleiniger Wirkung des demographischen Faktors ohne Einbezug des Fortschritts).

Auch wenn der Einfluss des demographischen Faktors nicht in Abrede gestellt werden soll, so gilt es doch als nachgewiesen, dass das Ausgabenwachstum für Gesundheitsleistungen der vergangenen Jahrzehnte zum größeren

Teil durch den medizinisch-technischen Fortschritt verursacht wurde (Fetzer 2005, S. 17f.; Okunade & Murthy 2002; Beske & Krauss 2010; Wille et al. 2009, S. 5ff.).

Es existieren jedoch noch weitere Gründe für die ansteigende Kostenentwicklung im Gesundheitssektor. Auf diese soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

2.2.2. Versorgungsaspekte/Ineffizienzen: Konsequenz Über-/Unter-/ Fehlversorgung

Es kann davon ausgegangen werden, dass im gesamten GKV-System erhebliche strukturelle Mängel, Ineffizienzen und damit Wirtschaftlichkeitsreserven stecken. Laut einem Gutachten des ‚Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen‘ aus dem Jahr 2000/01 ist das deutsche Gesundheitswesen von einem hohen Maß an gleichzeitiger Über-, Unter- und Fehlversorgung – und damit auch mangelnder Prozessqualität – geprägt (SVR Gesundheit 2002, S. 115ff.). Diese Begrifflichkeit wurde über den Lauf der Jahre zu einer Art „geflügeltem Wort“ zur Beschreibung der Zustände im deutschen Gesundheitswesen und ist auch heute noch – trotz einiger Fortschritte im Bereich der integrierten Versorgung und erster Versuche selektivvertraglicher Gestaltungen – von großer Relevanz.

Die Autoren besagten Gutachtens weisen darauf hin, dass insbesondere die ‚Unterversorgung‘ ein großes Problem darstelle. Diese liege vor, wenn es zur Verweigerung einer indizierten Leistung komme, obwohl diese mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und in effizienter Form (d.h. wirtschaftlich) zur Verfügung stünde. Als ökonomischer Grund für das Auftreten von Unterversorgung kann angeführt werden, dass aus Sicht der Leistungserbringer zu hohe Grenzkosten im Vergleich zur Grenzvergütung existieren.

Eine ‚Übersversorgung‘ kann hingegen in zwei Formen vorliegen: Einerseits ist dies eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen bzw. ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Übersversorgung). Andererseits ist es ebenso eine Versorgung mit lediglich geringem Nutzen, welcher die entstehenden Kosten nicht rechtfertigt bzw. ineffizient erbracht wird (ökonomische Übersversorgung).

Eine ‚Fehlversorgung‘ stellt dagegen jede Form dar, die einen vermeidbaren Schaden verursacht. Hierbei handelt es sich um Leistungen, deren Netto-Nutzen negativ ist oder die nicht (bzw. nicht fachgerecht oder rechtzeitig) durchgeführt werden und hierdurch schlimmeren Schaden auslösen (SVR Gesundheit 2002, S. 128ff.).

Zahlreiche der identifizierten Defizite beruhen dabei nicht nur auf kurzfristigen Budget-/Finanzierungseffekten, sondern legen das grundsätzliche Problem ineffizienter Leistungserstellung – aufgrund bestehender Qualifikations-, Organisations- und Systemprobleme – offen.

Häufig angemerkte Gründe sind dabei eine über die Jahre entwickelte Nulltarifsmentalität der Patienten, die immer noch relativ starke sektorale Abschottung, mangelnde

Transparenz sowie fehlendes Schnittstellenmanagement zur Abstimmung der unterschiedlichen Leistungserbringer und Behandlungsphasen. Vor allem bemängelt der Sachverständigenrat Gesundheit ein weitgehendes Fehlen von interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen, was zumindest für die deutsche Regelversorgung heute nicht minder aktuell klingt. Hinzu kommen fehlende Akzeptanz und Abweichungen von bestimmten Verfahren, oftmals aufgrund mangelnder Kenntnis evidenzbasierter (Kosten-)Nutzen-Beurteilungen sowie verfehlter und komplizierter Anreizstrukturen für Patienten, Leistungserbringer und Versicherer (SVR Gesundheit 2002, S. 117ff.). Besonders an dieser Stelle wird deutlich, dass die mittlerweile annähernd ein Jahrzehnt alten Ausführungen des Sachverständigenrates an den allermeisten Stellen immer noch von größter Aktualität und Relevanz sind. Auch eingeschränkter Wettbewerb und mangelnde Koordination zwischen den verschiedenen Marktteilnehmern sind weiterhin sowohl innerhalb als auch zwischen den Sektoren zu beobachten. Hierbei werden auch die wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung des Vertragssystems zwischen Kassen und Ärzten, die über ihre monopolistische Interessenvertretung „kassenärztlichen Vereinigungen“ organisiert sind, kritisiert. Für Kassen bestehen mittlerweile allerdings begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten abweichend von Kollektivverträgen, im ambulanten oder stationären Bereich Individualverträge mit Leistungserbringern zu schließen und sich so von Wettbewerbern abzugrenzen (beispielsweise §§73b, 130a Abs. 8, 130c, 140a ff. SGB V).

Folgen all dieser Probleme sind beispielsweise Moral-Hazard-geprägtes Verhalten der verschiedenen Parteien, wie die angebotsinduzierte Nachfrage der Ärzte. Speziell die angebotsinduzierte Nachfrage verdeutlicht nochmals, dass Ziele des Arztes üblicherweise nicht identisch mit denen der Versicherten bzw. der Versichertengemeinschaft sind. So versucht der Arzt tendenziell eigene Kapazitäten auszulasten sowie Einkommen zu erhöhen und hat zudem allein aus rechtlicher Absicherung einen Anreiz „alles für den Patienten getan zu haben“. Eine beschriebene Folge sind Mengenausweitungen und damit der vom Sachverständigenrat Gesundheit erwähnte Trend zur Überversorgung.

Ein weiterer immer wieder angeführter Grund für die Kostenentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen ist die fortlaufende Modifikation des GKV-Leistungsspektrums. Unter anderem kann dies auch durch ein verändertes gesellschaftliches Gesundheitsverständnis begründet werden. Auf diese Aspekte soll in den folgenden beiden Abschnitten weiter eingegangen werden.

2.2.3. Ausweitung des Leistungskatalogs/ Aufnahme versicherungsfremder Leistungen

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt vom Solidar- und Bedarfsprinzip, welchen in den vergangenen Jahren allerdings mehr und mehr die begrenzt vorhandenen Mittel gegenübergestellt werden. Eine weitere Ursache für den überproportionalen Ausgabenanstieg im Gesundheitswe-

sen stellt die auf diesen Prinzipien basierende Ausweitung von Krankenversicherungsleistungen dar.

Seit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gegen Ende des 19. Jahrhunderts haben sich das Verständnis von Gesundheit und die Anspruchshaltung der Versicherten grundlegend verändert. Anstelle der „Abwesenheit von Krankheit“ steht heute laut WHO ein weiter definierter Zustand physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens im Mittelpunkt der Bemühungen (WHO 1948). Das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde infolgedessen über die Jahrzehnte ausgedehnt und umfasst heutzutage auch Präventions-, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen. Teilweise beinhaltet dies zudem zusätzliche (kranken-)versicherungsfremde Leistungen z.B. rund um die Themen (betriebliche) Gesundheitsförderung, Schwangerschaft, Mutterschaftsgeld, Bereitstellung von Haushaltshilfen oder Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes. In der Regel sind dies sozialpolitisch motivierte – über die Gesundheitsversorgung hinausgehende – Ausgaben (Fichte & Schulemann 2010, S. 676ff.; Oberender, Hebborn & Zerth 2002, S. 137ff.).

Zwar wurden vor allem in der jüngsten Vergangenheit Leistungen gekürzt bzw. gestrichen und Selbstbeteiligungen der Versicherten erhöht, doch führen insbesondere neue Diagnose- und Therapieoptionen (z.B. im Arzneimittelbereich; siehe medizinisch-technischer Fortschritt) zu „versteckten“ Neuaufnahmen in den Leistungskatalog, da Qualität und Wirksamkeit der Leistungen stets dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Dabei muss alles, was notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist von der Versichertengemeinschaft übernommen werden (§§ 2 Abs.1, 12 Abs.1 SGB V).

Die Finanzmittel der Krankenkassen werden allerdings nicht ausreichen, um die Ansprüche aller Versicherten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt auf Dauer zu erfüllen. Ein wichtiger Grund hierfür ist, dass im deutschen Gesundheitswesen neue Leistungen eher zusätzlich als substituierend in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen werden.¹⁴ Insgesamt führt dies zur Erkenntnis, dass jede neu in den Leistungskatalog aufgenommene Leistung, die für andere Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel beschneidet. Beispiele für kostenintensive Leistungsausweitungen aufgrund von Innovationen ohne entsprechende Leistungskürzungen oder Mittelerhöhungen finden sich unter anderem in der Aufnahme der Akupunktur bei bestimmten Indikationen oder bei Ergänzungen in den Bereichen der Palliativmedizin durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Als besonders relevant ist an dieser Stelle jedoch die permanente Leistungsausweitung durch fortlaufende medizinische Innovation (Arzneimittel, OP-Methoden etc.) zu nennen. Diese Aufnahme in den Leistungsbereich der GKV findet i.d.R. quasi automatisch – teilweise begrenzt durch die Regelungen der Zulassungsbehörden sowie des Gemeinsa-

men Bundesausschusses – und nicht mittels veränderter Gesetzestexte statt.

In erster Linie besteht das Problem also darin, dass eine einmal eingeführte Leistung weniger oft aus dem Leistungsspektrum der Sozialversicherung wieder ausgeschlossen wird als eine neue, weitere Behandlung hinzukommt. Es ist offenbar kurzfristig einfacher eine neue Leistung hinzuzufügen, als eine veraltete Leistung aus dem Leistungsspektrum auszuschließen. Hinzu kommt, dass neue Leistungen – wie zuvor beschrieben – in der Regel Produktinnovationen darstellen und damit die Kosten erhöhen. Gründe hierfür liegen in fehlenden Beurteilungskriterien, dem oft großen Einfluss von Interessengruppen, der großen Unübersichtlichkeit und des hieraus erwachsenden großen Aufwands einer vollständigen und permanenten Überprüfung des Leistungskatalogs sowie sicherlich auch einer „Tabuisierung“ von Leistungsausschlüssen oder -rationierungen durch die Politik.

2.2.4. Verhaltens- und Mentalitätswandel: Veränderte Lebensgewohnheiten und -stile

Als letzten Punkt möglicher Ursachen für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sollen Veränderungen der Verhaltens- und Lebensgewohnheiten der Versicherten in Deutschland diskutiert werden, welche teilweise erhebliche Auswirkungen auf den individuellen Ressourcenverbrauch haben.

Zunächst sind hierbei die veränderten Familienstrukturen in Deutschland und nahezu allen anderen Industrieländern zu nennen. Der Anteil der Ein-Personen-Haushalte ist in Deutschland während der Nachkriegszeit deutlich angestiegen, sodass deren Anteil heute über ein Drittel aller Haushalte ausmacht. Diese Entwicklung kann als direkte Folge von gesunkenen Eheschließungsraten, erhöhten Scheidungsraten und einer unterschiedlich stark ansteigenden Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern bezeichnet werden. Hinzu kommen oftmals längere und gestiegene Erwerbsbeteiligungen sowie zunehmende berufliche Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen an die (häufig weiblichen) Pflegenden. Die Verfügbarkeit an familiären Pflegepersonen sinkt hierdurch und durch eine durchschnittlich höhere Wohnentfernung zwischen Kindern und Eltern zusätzlich. Zusammengenommen verstärkt dies die Tendenz, dass im Fall eines gesundheitlichen Problems oder einer Pflegebedürftigkeit, Leistungen Dritter in Anspruch genommen werden. Der dem entgegengesetzte Beitrag von Ein-Personen-Haushalten zur Eindämmung von Epidemien ist als wesentlich kleiner anzunehmen (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 522ff.; BMFSFJ 2006, S. 246).

Als weitere Veränderung der Lebensgewohnheiten, welche sich auf den Ressourcenverbrauch auswirkt, kann ein verändertes Konsumverhalten zumindest eines Teils der Bevölkerung beobachtet werden.

Übergewicht oder Adipositas kann dabei in die Reihe von Zivilisationskrankheiten eingeordnet werden, welche die

westlichen Gesundheitssysteme in Zukunft erheblich belasten werden. Die Behandlungskosten für ernährungsabhängige Erkrankungen werden mit einer Höhe von jährlich 70 Mrd. Euro (was über ein Drittel der Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitswesen ausmacht) angegeben (BMG/BMELV 2007, S. 2).¹⁵ Auch eine aktuelle Studie der „International Association for the Study of Obesity“ bestätigt diese Größenordnung und gibt zudem an, dass rund zwei Drittel der erwachsenen deutschen Männer und etwa die Hälfte der erwachsenen Frauen übergewichtig oder sogar krankhaft fettleibig sind (IASO 2010). Angemerkt sei an dieser Stelle jedoch, dass die ermittelten Zahlen stark von der jeweils verwendeten Definition für Übergewicht abhängig sind und kritisch diskutiert werden können.

Auch das Konsumverhalten im Bereich legaler Genussmittel und illegaler Drogen ist ein wichtiger Verursacher von Gesundheitsausgaben. Am Beispiel des Alkoholkonsums kann dabei die Größenordnung dieser Problematik verdeutlicht werden. Schon beinahe traditionell liegt der (Pro-Kopf-)Alkoholkonsum in Deutschland auf einem international sehr hohen Niveau, was das Einsparpotenzial in diesem Bereich anzeigt. Laut einer Studie aus dem Jahr 2007 verursacht der Alkoholkonsum in Deutschland gesellschaftliche Gesamtkosten in Höhe von 24,3 Mrd. Euro, wovon knapp zwei Drittel indirekte Kosten (Ressourcenverlust durch vorzeitige Mortalität, Frühverrentungen etc.) sind und „nur“ 8,4 Mrd. Euro direkten Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen darstellt (Konnopka & König 2007, S. 605ff.).¹⁶

Grundsätzlich ist allerdings festzuhalten, dass das Gesundheitsbewusstsein in der deutschen Bevölkerung in den letzten Jahren angestiegen ist. Laut einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2007 bezeichnen sich 32,8% (in 2001: 27%) der Befragten als „sehr gesundheitsbewusst“. Zusätzlich geben 47% (in 2001: 35%) an, regelmäßig an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen (Institut für Demoskopie Allensbach 2007).

Das ansteigende Gesundheitsbewusstsein drückt sich nicht nur in einer steigenden Nachfrage nach Bio- und Wellnessprodukten oder in einer erhöhten öffentlichen Aufmerksamkeit für Vorsorgeuntersuchungen aus, sondern auch in einer jahrelangen und stetigen Erhöhung der Privatausgaben für Gesundheit in der deutschen Bevölkerung. Hierbei zeigt sich, dass die privaten Haushalte – nach der GKV – aktuell den zweithöchsten Anteil an den Ausgaben leisten (35,3 Mrd. Euro entsprechen 13,4% der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2008). Gründe hierfür gibt es mehrere: Zum einen ist es der Gesetzgeber, der die Gesundheitsausgaben der GKV in zunehmendem Maße in die Eigenverantwortung der Versicherten verlagert (z.B. in Form von Leistungsausgrenzungen bzw. höheren Zuzahlungen). Ein anderer Grund ist das wachsende Gesundheitsbewusstsein eines Teils der deutschen Bevölkerung inkl. der damit einhergehenden Bereitschaft, mehr in die eigene Gesundheit zu investieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diese über Jahre bestehende Entwicklung weiterhin fortsetzen wird. Unterstrichen wird

dies durch die großen Zuwachsraten bei den Ausgaben der privaten Haushalte: Während sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1998 und 2008 um rund 26% erhöhten, wuchsen die Ausgaben der privaten Haushalte im gleichen Zeitraum um 54,9% an (GBE-Bund 2010b).

Hierbei ist allerdings zu bemerken, dass sich die „Schere“ zwischen gesundheitsbewussten Personen und denjenigen, die diesem Faktor evtl. sogar mit größerer Gleichgültigkeit gegenüberstehen als frühere Generationen, mehr und mehr öffnet. Es bleibt dabei abzuwarten, ob diese Entwicklungen insgesamt zu sinkenden oder steigenden Kosten im Gesundheitswesen führen.

3. Fazit

Das Zusammenspiel der beschriebenen Faktoren der demographischen Entwicklung, des fortlaufenden medizinischen Fortschritts inkl. einer stetigen Veränderung des GKV-Leistungsspektrums, aber auch die dem deutschen Gesundheitssystem innewohnenden Ineffizienzen sowie die sich über die Jahre verändernden Lebens-, Verhaltens- und Mentalitätsmuster konnten als die wesentlichen Ursachen für die absoluten und relativen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen identifiziert werden.

Zusammengenommen lösen diese Veränderungen die Etablierung eines so genannten Sisyphus-Syndroms aus. Vor allem die bereits erwähnten half-way-technologies als typischer Fall der fortwährenden Produktinnovation im Gesundheitswesen führen laut Krämer (Krämer 1997, S. 12ff.) dazu, dass zwar die Überlebenschancen des Einzelnen steigen, jedoch der Durchschnitt aller überlebenden Personen durch die moderne Medizin nicht gesünder, sondern immer kränker (und damit teuer) ist. Immer mehr chronisch Kranke oder Personen mit schwerwiegenden medizinischen Ereignissen können immer länger überleben. Der einzelne Patient ist dank der Innovationen des Gesundheitswesens gesünder, nicht jedoch der Durchschnitt des Kollektivs der Überlebenden.

Krämers Theorie lässt sich zusätzlich um den Aspekt des politischen Gewichts ergänzen: Durch die große Zahl älterer Personen gewinnt deren Gewicht in der demokratischen Entscheidungsfindung an Bedeutung. Laut Breyer et al. (Breyer, Zweifel & Kifmann 2005, S. 525ff.) könnten hierdurch vermehrt Ressourcen in das Gesundheitswesen umgeleitet werden, wodurch weiter steigende Gesundheitsausgaben wahrscheinlich wären. Dies würde schließlich ebenfalls zu Produktinnovationen und einem erhöhten Durchschnittsalter der Bevölkerung führen.

Literaturverzeichnis

Augurzky, B./ Berhanu, S./ Göhlmann, S./ Krolow, S./ Liehr-Griehm, A./ Schmidt, C./ Tauchmann, H./ Terkatz, S. (2004): Strukturereformen im deutschen Gesundheitswesen, RWI Essen: Materialien Heft 8, ISSN 1612-3573, Essen.

Bergmann, E./ Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Beske, F./ Krauss, C. (2010): Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060, Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung, Bd. 188, Kiel.

Binder, S. (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Verlag P.C.O., Bayreuth.

BMAS (2010): Statistisches Taschenbuch 2010 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn.

Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Siebter Familienbericht, Deutscher Bundestag Drucksache 16/1360.

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2010): Daten des Gesundheitswesens 2009, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-09030-Daten-des-Gesundheitswesens_200907.pdf [Stand: 05.01.2011].

Bundesministerium für Gesundheit/ Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, BMG/BMELV (2007): Gesunde Ernährung und Bewegung - Schlüssel für mehr Lebensqualität, URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cdn_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Gesundheitsvorsorge/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung.pdf [Stand: 10.11.2010].

Fetzer, S. (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, Diskussionsbeiträge des Institut für Finanzwissenschaft - Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Nr.130/05.

Fichte, D./ Schulemann, O. (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 10, S. 676-682.

Gelijns, A./ Rosenberg, N. (1994): The Dynamics of Technological Change in Medicine, in: Health Affairs, 13, S. 28-46.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE-Bund (2010a): Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete, Einnahmen und Ausgaben, URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=90353300&nummer=627&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=95775782 [Stand: 05.01.2011].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE-Bund (2010b): Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. Euro (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmal: Jahre, URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=26970561&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=9169106 [Stand: 05.01.2011].

Hall, R./ Jones, C. (2004): The Value of Life and the Rise in Health Spending, Version 2.0, URL: <http://economics.uchicago.edu/download/hx200.pdf> [Stand: 05.01.2011].

International association for the study of obesity, IASO (2010): Adult overweight and obesity in the European Union (EU27), URL: http://www.iaso.org/site_media/uploads/AdultEU27March2010notonwebyetup-datev2.pdf [Stand: 05.01.2011].

Institut für Demoskopie Allensbach (2007): Allensbacher Berichte – Mehr Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, Nr.13/2007, URL: http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0713.html [Stand: 05.01.2011].

Konnopka, A./ König, H. (2007): Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany, in: Pharmacoeconomics, 25 (7), S. 605-618.

Krämer, W. (1997): Hippocrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolgs, in: Kircher, W./ Kliemt, H. (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, S. Roderer Verlag, Regensburg, S. 7-19.

Lauterbach, K./ Stock, S. (2001): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel?

Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich Ebert Stiftung, Friedrich Ebert Stiftung, Bonn.

Niehaus, F. (2008): Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, WIP, Köln.

Oberender, P./ Hebborn, A./ Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit, Lucius&Lucius, Stuttgart.

OECD (2010a): OECD Health Data – Total expenditure on health per capita, zuletzt aktualisiert am 25.11.2010. URL: <http://www.oecd-ilibrary>.

org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita_20758480-table2 [Stand: 07.01.2011].

- OECD (2010b): OECD Health Data – Total expenditure on health - As a percentage of gross domestic product, zuletzt aktualisiert am 25.11.2010. URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1 [Stand: 07.01.2011].
- OECD (2010c): OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, Paris.
- Okunade, A./ Murthy, V. (2002): Technology as a ‘major driver’ of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture, in: *Journal of Health Economics*, 21, S. 147-159.
- Postler, A. (2003): Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Nr. 298.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR Gesundheit (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter und Fehlversorgung, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, SVR (2000): Chancen für einen höheren Wachstumspfad, Jahresgutachten 2000/01, Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (2005): Versicherungsökonomik, VVW, Karlsruhe
- Schulenburg, J.-M. Graf von der/ Greiner, W. (2007): Gesundheitsökonomik, 2. Auflage, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Steinmann, L./ Telser, H. (2005): Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich.
- Toepffer, J. (1997): Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Verlag P.C.O., Bayreuth.
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Stand: 05.01.2011].
- Wille, E./ Cassel, D./ Ulrich, V. (2008): Weiterentwicklung des Gesundheitssystemes und des Arzneimittelmarktes, Nomos, Baden-Baden.

Fußnoten

1 Vergleicht man die Gesamtausgaben für Gesundheit mit den Ausgaben der GKV (als wichtigsten Ausgabenträger), so fällt auf, dass die Gesamtausgaben in den vergangenen Jahren einer etwas größeren Steigerung unterlagen, als die Ausgabenentwicklung in der GKV allein. Vom Ausgabenanstieg sind demnach andere Kostenträger – vor allem die privaten Haushalte und der private Krankenversicherungssektor – stärker betroffen als die GKV. Nachdem sich die Quote der GKV-Ausgaben am BIP zwischen 1960 und 1980 von knapp über 3% auf etwa 6% erhöhte, gelang es seit Anfang der 1980er Jahre den Anteil nahezu unverändert bei etwa 6 bis 6,5% zu halten (Binder 1999, S. 8f.). Die Steigerungsrate zwischen den Jahren 1998 und 2008 lag für die GKV mit 26,3% unter derjenigen Rate für alle Gesundheitsausgaben in Höhe von 30,9%, wobei die PKV einen Anstieg von 54,2% zu verzeichnen hatte und die privaten Haushalte/ privaten Organisationen von 54,9%; vgl. GBE-Bund (2010b).

- 2 Zu nennen sind hierbei vor allem die Einführung der Praxisgebühr, veränderte Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich, die Öffnung der Krankenkassen für alle Versicherten, die beschränkte Zulassung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen mittels integrierter Versorgungsformen oder die Einführung des DRG-Abrechnungssystems im stationären Bereich.
- 3 Der relative Anteil am BIP ist über die Jahrzehnte angestiegen. Laut Statistischem Bundesamt gab es einen kontinuierlichen Anstieg über den Zeitverlauf von 8,8% des BIP in 1980 über 9,6% des BIP in 1992 auf etwa 10,6% des BIP in 2008 (GBE-Bund 2010b). Im Jahr 1970 lag die Quote nur bei etwas über 6%.
- 4 Eine gängige Übersetzung ist dabei der Begriff der „moralischen Versuchung“.
- 5 Gleichzeitig ist der Versicherte aber auch Agent des Versicherungskunden, da er dessen Gelder verwaltet.
- 6 Hidden action = Verborgenes Handeln: Hier treten die Informationsasymmetrien ex post (also nach Vertragsabschluss) auf. Der Agent hat Handlungsspielräume, da der Prinzipal dessen Handlungen nicht vollständig beobachten oder beurteilen kann.
- 7 Entsprechend der eigenen Leistungsfähigkeit zahlen unterschiedliche Personen auch unterschiedliche Beiträge. Kein Kriterium ist allerdings der Gesundheitszustand oder das eigene (evtl. gesundheitsfördernde oder gesundheitsgefährdende) Verhalten.
- 8 Unabhängig von Einkommen, Status oder Beitragshöhe haben alle Versicherten denselben Anspruch auf Krankenversicherung.
- 9 Hidden information = Verborgene Information: Hier treten die Informationsasymmetrien ebenfalls ex post auf. Der Prinzipal kann zwar die Handlungen beobachten, deren Qualität jedoch nicht beurteilen, da ihm nötiges Spezialwissen hierfür fehlt.
- 10 Dies gilt insbesondere im Notfall oder im Fall einer – z.B. aufgrund der Erkrankung – eingeschränkten Urteilsfähigkeit des Patienten.
- 11 Selbstverständlich ist dies jedoch abhängig von der Art der Leistung. Freiwillig und ohne medizinische Notwendigkeit wird sich wohl niemand einer gefährlichen Operation aussetzen. Bei Leistungen im Sinne „ärztlicher Zuwendung“ ist dies aber sehr wohl zu vermuten.
- 12 Siehe hierzu die empirischen Studien von Gelijs & Rosenberg (1994) sowie Okunade & Murthy (2002).
- 13 Es existieren hierüber in der Literatur jedoch auch einige abweichende Meinungen, welche besagen, dass Innovationen im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig zu höheren Kosten führen und sehr wohl Prozessinnovationen zu finden seien. Kostenanstiege aufgrund medizinisch-technischen Fortschritts lägen demnach etwa in Höhe der BIP-Steigerungen. Vgl. hierzu eine Studie von Lauterbach & Stock (2001).
- 14 Zu beachten ist hierbei, dass ein tatsächlicher Katalog so nicht existiert. Das abstrakte Leistungsgebilde der GKV entsteht evolutionär auf der Basis von Entscheidungen verschiedener Gremien und Richtlinien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.
- 15 Wie Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Höhe von knapp 37 Mrd. Euro oder für Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems von über 28 Mrd. Euro (Stand 2008).
- 16 Eine weitere Studie von Bergmann & Horch (2002) bestätigt diese Größenordnung.