

# Zur Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen

## Ergebnisse des neuen Gesundheitsbudgets

Der erste Teil dieses Aufsatzes befaßte sich in relativ breiter Form mit den methodischen Aspekten der Ausgabenerfassung sowie dem Aufbau und der Struktur des Gesundheitsbudgets<sup>1</sup>. Diese Ausführungen sollten zum einen prinzipielle Möglichkeiten und Probleme einer Datenanalyse im Gesundheitsbereich aufzeigen, zum anderen jedoch zu einer sachgerechten Einschätzung und Beurteilung der im folgenden dargestellten Ergebnisse beitragen. Dies scheint um so mehr geboten, als die jetzt vorliegenden Zahlen ein eindrucksvolles Bild von diesem zentralen sozio-ökonomischen Bereich wiedergeben, der aufgrund der jüngsten Entwicklungen und Tendenzen zunehmend an Aktualität gewinnen wird. Die hier dargestellte Vergangenheits- und Situationsanalyse soll in einem weiteren Beitrag ergänzt werden durch eine erstmalige langfristige Vorausschätzung der zukünftigen Ausgabenentwicklung im Rahmen einer Modellrechnung.

### Vorbemerkung

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitsbereich ist heute neben der Finanzierungsproblematik der Rentenversicherung das beherrschende Thema auf dem weiten Feld der Sozialpolitik. Wie die Diskussionen um Ausgabenexpansionen und Kostendämpfung der vergangenen Jahre zeigten, werden die Grenzen des Wachstums im sozialen Bereich auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit am deutlichsten erkennbar. In einer solchen Situation, die zudem langfristig durch demographische und ökonomische Gegebenheiten vorgezeichnet ist, kommt einer Budgetberechnung im Gesundheitswesen, die Entwicklung und Zusammensetzung der Ausgaben aufzeigt, besondere Bedeutung zu. Der Wert und die gesundheitspolitische Relevanz eines systematisiert ausgebauten Budgets muß in erster Linie darin gesehen werden, daß von ihm frühzeitig auf denkbar breiter Datenbasis Signale ausgehen, die Fehlentwicklungen oder Abweichungen von politisch wünschbaren Situationen zu einer Zeit aufzeigen, in der durch ein rasches Reagieren drohende Entwicklungen mit geeigneten Gegenmaßnahmen abgewendet werden können. Um für das Budget als Beobachtungsinstrument die notwendige Aktualität der Nachweise zu erreichen, ist es erforderlich, die Budgetberechnungen mit einem kurzfristigen Schätzverfahren zu verbinden, welches zuverlässige vorläufige Größenordnungen der Ausgaben angeben kann. Hierbei geben die Haushaltspläne des Landes, die vierteljährlichen Daten der Ortskrankenkassen und die halbjährlichen Nachweise der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige Daten- und Schätzgrundlagen ab. Ein weiterer Verwendungszweck kommt dem Gesundheitsbudget als einem Instrument der Erfolgskontrolle zu. Durch seine Strukturierung und Gliederungstiefe nach Leistungs- und Ausgabearten sowie Ausgabenträger ist es insbesondere möglich, Ausgangspunkte relevanter Entwicklungen zu lokalisieren und im Rahmen eines geschlossenen Zeitreihenverlaufs die Auswirkungen von getroffenen Maßnahmen abzuschätzen. Das Budget stellt somit eine unentbehrliche Informationsgrundlage zur Orientierungs- und Entscheidungshilfe dar, wenn man die Ursachen der Ausgabenentwicklung und der sie determinierenden Faktoren analysieren will.

### Das neue und das alte Budget

Die Ausgaben für die Gesundheit waren schon früher Gegenstand von Untersuchungen des Statistischen Landesamtes<sup>2</sup>. Während der letzten Jahre wurden die Budgetberechnungen

in Anlehnung an das neue Bundeskonzept gründlich revidiert und weiterentwickelt. Aus Gründen der Kontinuität der Berichterstattung soll daher zunächst auf die wichtigsten Änderungen zum früheren Budget eingegangen werden. Bei einem Vergleich sind insbesondere folgende Unterschiede zu nennen:

1. Der Untersuchungsgegenstand *Ausgaben der Gesundheit* wurde generell neu abgegrenzt. Als wichtigstes Ergebnis muß hierbei berücksichtigt werden, daß die mittelbaren Kosten, die aufgrund des Arbeitsausfalls der Volkswirtschaft infolge von Krankheit entstehen, im neuen Budget unberücksichtigt bleiben. Dieses Vorgehen wird damit begründet, daß eine Zunahme des Krankenstandes und der damit verbundenen Mehrnachfrage im Gesundheitswesen zu zusätzlicher Produktion und Arbeitsangebot führt, was kreislauftheoretisch eine Kompensation der ausgefallenen Arbeitsstunden im Beschäftigungs- und Produktionsbereich zur Folge hat.

2. Neben das Gesundheitsbudget selbst tritt der Ausgabenkomplex eines *erweiterten Gesundheitsbereichs*. Dies wurde als nötig erachtet angesichts der Probleme, die sich bei der Abgrenzung des Gesundheitswesens von anderen Bereichen ergeben. Es handelt sich hier um Leistungen, die nicht ausschließlich die Gesundheit betreffen. Als Beispiele seien genannt: Arbeitsschutz, Reinhaltung von Luft, Wasser, Erde und Freizeithilfen, sowie bestimmte Einkommensleistungen. Im Falle einer extensiven Abgrenzung des Gesundheitsbereichs sind diese Leistungsaspekte jedoch in eine Analyse mit einzubeziehen.

3. Darüber hinaus werden im neuen Gesundheitsbudget eine Reihe von Leistungen neu abgegrenzt und auf Ausgabenträger und Leistungsarten zugeordnet. So erscheinen jetzt zum Beispiel die staatlichen Beihilfen und Fürsorgeleistungen nicht mehr unter dem Ausgabenträger *Öffentliche Haushalte*, sondern werden den Arbeitgebern zugerechnet. Beihilfen für Hinterbliebene, Sterbegelder und Leistungen für Erholungspflege werden aus dem Budget ausgeklammert und in den erweiterten Gesundheitsbereich aufgenommen. Die Maßnahmen zur Pflege, die früher unter Krankheitsfolgen ausgewiesen wurden, erscheinen jetzt unter „Vorbeugung und betreuende Maßnahmen“.

4. Schließlich werden in einigen Bereichen unterschiedliche Datenerfassungsmethoden angewandt. Dies gilt in besonderem Maße für den Ausgabenträger *Private Haushalte*. Während hier früher die Ausgaben in diesem Bereich, die nicht von einer Kasse getragen wurden, im Rahmen einer Differenzschätzung ermittelt wurden, werden im heutigen Budget die Ausgaben direkt nach Angaben der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe ermittelt und nach Leistungsarten aufgeschlüsselt.

Stellt man für die Jahre 1972, 1975 und 1976 die Ausgabenvolumen des alten und neuen Budgets einander gegenüber, so zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Ausgabenhöhe des alten Budgets abzüglich der „mittelbaren Kosten“ und des neuen Budgets ohne den erweiterten Gesundheitsbereich (*Tabelle 1*). Das Volumen der beiden Budgets ist somit in etwa gleich geblieben, wenn man die mittelbaren Kosten des alten und den erweiterten Gesundheitsbereich des neuen Budgets unberücksichtigt läßt. Bezüglich der Nachweise nach der Leistungsstruktur ergeben sich dagegen erhebliche Unterschiede, die aus geänderten Zuordnungen und einer modifizierten Nomenklatur der Leistungsarten resultieren und Vergleiche zwischen den beiden Berechnungsarten ausschließen.

<sup>1</sup> Linder, P. Zur Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen – Methodik des neuen Gesundheitsbudgets, in Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 9, 1979.

<sup>2</sup> Schmucker, J., Hess, G. Ausgaben der Gesundheit – Kosten und Produktionsaspekte, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 12/1977.

**Tabelle 1**  
**Ausgaben im neuen und alten Gesundheitsbudget**

Jahr	Ausgaben nach dem alten Budget		Ausgaben nach dem neuen Budget		
	insgesamt	darunter unmittelbare Kosten	Gesundheitsbudget ohne erweiterten Gesundheitsbereich	Erweiterter Gesundheitsbereich	insgesamt
1972....	19 276	13 621	13 575	536	14 111
1975....	28 359	21 159	20 800	767	21 567
1976....	30 354	22 656	22 407	792	23 199

**Ergebnisse des Gesundheitsbudgets**

*Gesundheitsausgaben seit 1970 mehr als verdoppelt*

Die Ausgaben für die Gesundheit stiegen von 10 Mrd. DM (1970) auf 26,6 Mrd. DM (1979). Dieser Ausgabenzuwachs von über 160% verlief über die einzelnen Jahre nicht gleichmäßig kontinuierlich, es lassen sich vielmehr verschiedene Entwicklungsphasen erkennen.

Zu Beginn der siebziger Jahre war im Gesundheitswesen eine Ausgabenexpansion zu beobachten, die ihren Höhepunkt nach den vorliegenden Berechnungen 1973 mit einer Wachstumsrate zum Vorjahr mit 18,6% erreichte. In den beiden folgenden Jahren verlangsamte sich der Ausgabenzuwachs, verblieb aber mit jeweils gut 13% auf einem hohen Zuwachsniveau (Tabelle 2). Hinter dieser Entwicklung steht eine Vielzahl von Faktoren. Zum einen ist die Einbeziehung verschiedener Gruppen in den Krankenversicherungsschutz zu nennen, die eine nicht geringe Nachfragerweiterung mit sich brachte. Hierher gehört vor allem die Öffnung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für alle Angestellten (1971), die Aufnahme der Landwirte (1972), sowie der Studenten (1975). Zugleich wurden aber auch durch verschiedene Gesetze erhebliche Leistungsverbesserungen eingeführt, wie die Regelung über die Früherkennung von Krankheiten (1971), der Anspruch auf Haushaltshilfe (1974) und die zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege (1974). Verstärkt wurde die Ausgabenexpansion durch ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein, das sich in einer intensiveren Wahrnehmung der Behandlungshäufigkeit und -bedürftigkeit der Versicherten niederschlug. Nicht zuletzt spielen auch „betriebswirtschaftliche Aspekte“ eine Rolle. Insbesondere wirkt ein wachsender Fixkostenblock infolge eines zunehmend technologisch ausgerichteten Behandlungsprozesses zum Teil expansiv auf die Ausgabenseite der Gesundheitsproduktion ein. Ein weiterer wesentlicher Bestimmungsfaktor der Ausgabensteigerung ist schließlich in Preissteigerungen vor allem im Bereich der stationären und ambulanten Behandlung zu suchen.

Während der Phase hoher Ausgabensteigerungen vollzog sich jedoch die Entwicklung hinsichtlich der Ausgabenträger unterschiedlich. So haben sich die Ausgaben der *Öffentlichen Haushalte* zu den Gesamtausgaben im wesentlichen unterproportional entwickelt, von ihnen ging also kein Impuls zur Ausgabenexpansion aus, während die Ausgaben insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung weit überproportional verlaufen sind. Zum Teil ist dies auf Ausgabenumschichtungen zurückzuführen, die beispielsweise durch die Bundespflegegesetzverordnung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 ausgelöst wurden. Die seit 1973 am Kostendeckungsprinzip ausgerichteten Pflegesätze haben Kosten umverteilt und dabei einerseits zu einer Dämpfung des Ausgabenwachstums im Öffentlichen Bereich geführt (Abbau der Kostenunterdeckung, die letztlich zu Lasten der Träger ging), andererseits aber bei den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung hohe Steigerungen der Ausgaben (über 20% in den Jahren 1974 und 1975) ausgelöst.

Die Relevanz des Ausgabenanstiegs im Gesundheitsbereich

zeigt sich besonders deutlich, wenn man die Ausgaben der Gesundheit in Beziehung zum Sozialprodukt setzt. Diese sogenannte Gesundheitsquote stieg von 5,8% (1970) auf ihren höchsten Wert von 9,0% (1975) und fiel in den folgenden Jahren leicht auf 8,6% (1978) zurück.

Ein Zusammenhang zwischen der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird auch vom Gesetzgeber im „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ hergestellt.

Dieses am 1. Juli 1977 in Kraft getretene Gesetz verfolgt als grundsätzliche Zielsetzung, in Zukunft den Gesundheitsbereich in eine bessere Übereinstimmung mit den ökonomischen Gegebenheiten zu bringen als dies in der ersten Hälfte der siebziger Jahre der Fall war. Dieses Ziel konnte, wie die Zahlen zeigen, 1976 und 1977 sogar übertroffen werden, da in diesen Jahren die Gesundheitsausgaben deutlich langsamer gewachsen sind als das Bruttosozialprodukt. Die Ausgaben-dämpfung wurde also schon vor dem Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes durch eine Reihe von Verträgen, Vereinbarungen und Kontrollmechanismen zwischen den Beteiligten erreicht. Gemeinsames Ziel der Selbstverwaltungen der Krankenkassen und Ärzte, von Patienten und anderen Institutionen war es, ihre Maßnahmen stärker als bisher an wirtschaftlichen Gesichtspunkten auszurichten und die Verhaltensweisen der Beteiligten an einem höheren Kostenbewußtsein zu orientieren.

Als Folge dieser Anstrengungen trat 1976 eine allgemeine Dämpfung der Gesundheitsausgaben ein, die sich im Jahr des Inkrafttretens des Kostendämpfungsgesetzes fortsetzte und schließlich zu einem Ausgabenzuwachs von nur 4,4% (1977) führte.

**1978 höherer Ausgabenzuwachs, aber stagnierender Anteil am Sozialprodukt**

In den Jahren 1978 und 1979 sind nun wiederum erhöhte Ausgabensteigerungen (von 6,2% bzw. 7,1%) zu konstatieren. Hierbei spielen Faktoren wie der rasche medizinische Fort-

Schaubild 1

**Struktur der Gesamtausgaben für die Gesundheit**

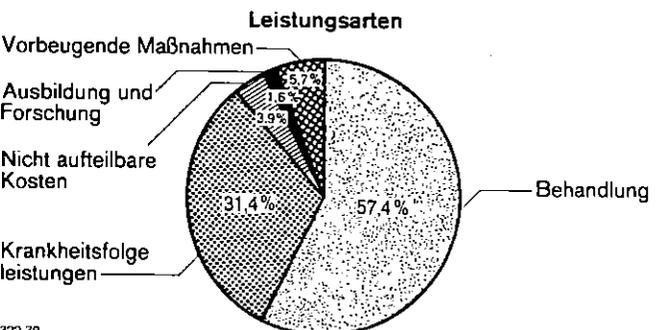
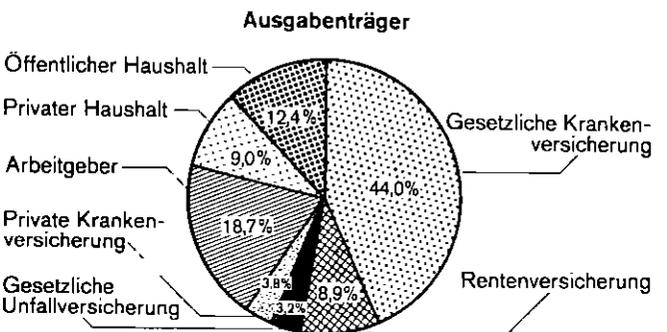


Tabelle 2  
Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten

Leistungsart	Leistungen									
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979 <sup>1)</sup>
	Mill. DM									
<b>Vorbeugende und betreuende Maßnahmen</b>	493	627	731	854	1076	1245	1298	1370	1408	1445
Gesundheitsdienste	187	223	247	307	393	423	448	472	493	
Gesundheitsvorsorge und Früherkennung	58	98	127	153	183	216	200	203	191	
Betreuende Maßnahmen	248	306	357	394	500	606	650	695	724	
Mutterschaftshilfe	82	97	110	118	147	160	173	177	178	
Maßnahme zur Pflege	166	209	247	276	353	446	477	518	546	
<b>Behandlung</b>	5 102	6 207	7 209	8 676	10 142	11 962	12 919	13 366	14 256	15 291
Ambulante Behandlung	1 654	2 004	2 239	2 573	3 024	3 407	3 619	3 802	4 081	4 383
Stationäre Behandlung <sup>1)</sup>	1 575	1 939	2 310	2 968	3 497	4 077	4 377	4 551	4 890	5 183
Stationäre Kurbehandlung	410	472	541	636	709	748	762	805	829	904
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz	1 463	1 792	2 119	2 499	2 912	3 730	4 161	4 208	4 456	4 821
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	1 130	1 356	1 602	1 891	2 214	2 497	2 717	2 863	3 115	3 361
Zahnersatz	333	436	517	608	698	1 233	1 444	1 345	1 341	1 460
<b>Krankheitsfolgeleistungen</b>	3 909	4 282	4 879	5 686	6 049	6 461	6 983	7 307	7 806	8 823
Berufliche und soziale Rehabilitation	89	130	160	208	251	316	371	404	444	
Berufliche Rehabilitation	62	101	134	179	234	299	354	387	429	
Soziale Rehabilitation	27	29	26	29	17	17	17	17	15	
Maßnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bei Krankheit und Invalidität	3 818	4 149	4 716	5 474	5 782	6 126	6 592	6 880	7 337	
Entgeltfortzahlung	1 988	2 147	2 385	2 862	2 880	2 765	2 983	3 042	3 296	
Sonstige Einkommensleistungen im Krankheitsfall	670	759	849	944	1 033	1 158	1 202	1 251	1 329	
Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten	1 160	1 243	1 482	1 668	1 869	2 203	2 407	2 587	2 711	
Sonstige Krankheitsfolgeleistungen	2	3	3	4	16	19	20	23	25	
<b>Ausbildung und Forschung</b>	145	179	189	202	242	262	270	392	385	
Ausbildung von medizinischem Personal, medizinische										
Forschung an Hochschulen	125	155	160	174	208	219	221	335	326	1 435
Forschung außerhalb von Hochschulen	20	24	29	28	34	43	49	57	59	
<b>Nicht aufteilbare Ausgaben</b>	430	498	567	680	793	870	937	960	980	
<b>Insgesamt</b>	10 079	11 793	13 575	16 098	18 302	20 800	22 407	23 395	24 835	26 594

<sup>1)</sup> Vorläufig geschätzte Beträge.

schritt, der zunehmende Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung und das gestiegene Gesundheitsbewußtsein der Bürger sicherlich eine Rolle. Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind wiederum vor allem die Aufwendungen der GKV. Dagegen sind die im Verhältnis zur Gesamtausgabenentwicklung wiederum geringeren Ausgaben der Öffentlichen Haushalte bemerkenswert.

Stellt man die Ausgaben für die Gesundheit 1978 in den Zusammenhang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, so läßt sich die Schlußfolgerung ableiten, daß sich der Gesundheitssektor trotz steigenden Ausgabenzuwachses im Einklang mit den übrigen ökonomischen Gegebenheiten befand. Jedenfalls läßt sich zeigen, daß die Gesundheitsausgaben nicht stärker gestiegen sind als das gemessene Bruttosozialprodukt. Dies zeigt ganz deutlich die 1978 zum Vorjahr stagnierende nominelle und reale Gesundheitsquote (8,6% bzw. 7,5%). Damit wurde eine gesamtwirtschaftliche Orientierung im Hinblick sowohl auf Mengenausweitung als auch auf Preisentwicklung erreicht, wie sie vom Kostendämpfungsgesetz angestrebt wird. Bisher vorliegende Anhaltspunkte und Einschätzungen lassen diesen Trend auch für 1979 erkennen.

### 60% der Ausgaben für Behandlung

Weitere Aufschlüsse über die globale Ausgabenentwicklung im Gesundheitsbereich lassen sich vermitteln, wenn man die Gesamtausgaben in ihrer Zusammensetzung nach Leistungsarten betrachtet. Der größenordnungsmäßig dominierende Ausgabenbereich stellt die Leistungsgruppe *Behandlung* dar (1979: 57,5% des Gesamtbudgets oder 15,3 Mrd. DM). Dieser Hauptblock, von dem die entscheidenden Einflüsse auf die Gesamtausgaben ausgehen, zerfällt im wesentlichen in drei Teilbereiche von ähnlicher Größenordnung: ambulante Behandlung (1979: 4,4 Mrd. DM), stationäre Behandlung (1979: 5,2 Mrd. DM) und Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz (1979: 4,8 Mrd. DM). Daneben enthält dieser zentrale Bereich

noch die Ausgaben für stationäre Kurbehandlung mit gut 900 Mill. DM.

In der Leistungsgruppe *Behandlung* verliefen die Entwicklungsphasen besonders ausgeprägt. So fiel die jährliche Wachstumsrate für die ambulante Behandlung von ihrem Höhepunkt der Ausgabensteigerung mit 21,2% (1971) auf 5,1% (1977). Diese Dämpfungswirkungen sind nicht zuletzt das Ergebnis von Vereinbarungen über den Zuwachs der Gesamtvergütung für ärztliche Behandlung zwischen den Bundesverbänden der RVO-Kassen und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits, in der sowohl die Honorarerhöhungen als auch die Obergrenze der Ausweitung der Leistungsmengen geregelt wird. Trotz Vereinbarungen der Träger der GKV und den Kassenärzten sowie Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Ausgabenentwicklung, stieg 1978 der Ausgabenzuwachs wiederum bei ambulanter Behandlung auf 7,3% und 1979 auf 7,4% an. Im stationären Bereich ergaben sich in der ersten Hälfte der siebziger Jahre zum Teil exorbitant hohe Zuwachsraten – allein im Jahr 1973 bis zu 28,5% –. In der Folgezeit wurden durch Wirtschaftlichkeitskontrollen des Landes, geringere Steigerungen der Personalkosten und durch differenziertere Kostennachweise auch in diesem Bereich die Wachstumsraten bis zum Jahr 1977 nachhaltig auf 4,0% vermindert. Allerdings war hier ebenfalls 1978 wiederum ein zunehmender Anstieg des Ausgabenzuwachses zu beobachten, der sich jedoch 1979 wieder abflachte.

Beim Vergleich der Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlung ist generell zu berücksichtigen, daß bei ambulanter Behandlung, im Gegensatz zur stationären Behandlung die Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel ausgegliedert und gesondert ausgewiesen werden.

Die Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken und von anderen Stellen sowie der Zahnersatz erreichten noch 1975 eine jährliche Zuwachsrate von 28,1%, die sich innerhalb

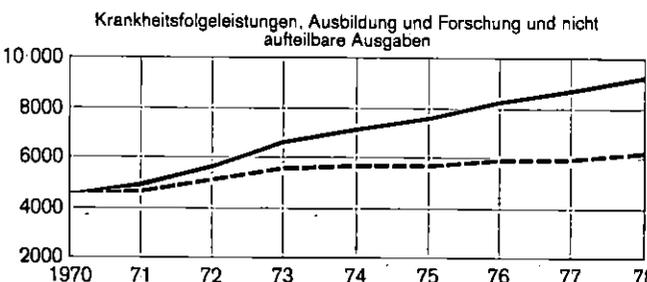
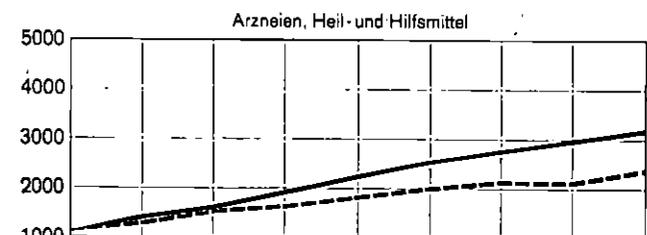
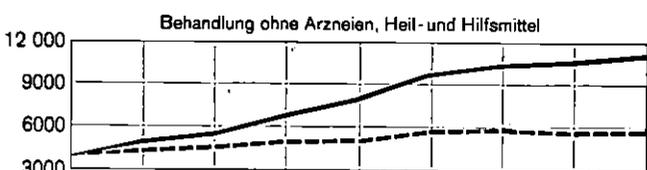
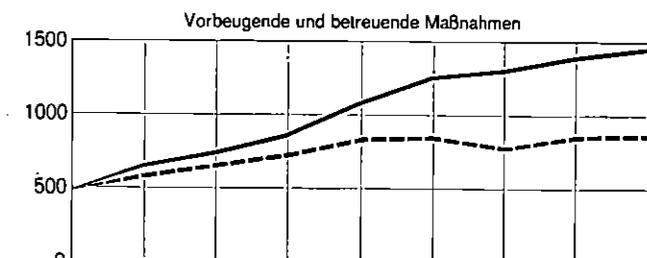
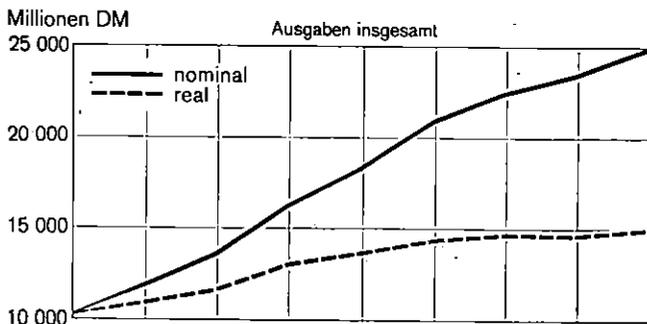
## Fast ein Drittel aller Ausgaben für Krankheitsfolgen

Die Krankheitsfolgeleistungen, die in einer engen Wechselbeziehung zu den Behandlungsleistungen stehen, machen mit 31,7% des Gesamtbudgets oder 8,4 Mrd. DM (1979) den zweitgrößten Ausgabenblock aus. Hauptbestandteil dieses Leistungsbereiches sind Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im Falle von Krankheit und Invalidität (Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten); dies waren 1978 7,3 Mrd. DM. Da ein Krankheits- bzw. Behandlungsfall oft mit Arbeitsausfall verbunden ist, hängt die Entwicklung dieser Einkommensleistungen bis zu einem gewissen Grade mit der mengenmäßigen Zunahme der Nachfrage nach ambulanter und stationärer Behandlung zusammen. Es handelt sich hier also um einen ergänzenden Leistungsbereich mit starkem sozialpolitischem Charakter.

Schaubild 2

### Nominale und reale Ausgaben für die Gesundheit nach Leistungsarten

Millionen DM



321 79

Veränderung zum Vorjahr										
1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	
%										
27,2	16,6	16,8	26,0	15,7	4,3	5,5	4,8	2,6		
19,3	10,8	24,3	28,0	7,6	5,9	5,4	4,4			
69,0	26,6	20,5	19,6	18,0	-7,4	1,5	-5,9			
23,4	16,7	10,4	26,9	21,2	7,3	6,9	4,4			
18,3	13,4	7,3	24,6	8,8	8,1	2,3	0,6			
25,9	18,2	11,7	27,9	26,3	7,0	8,6	5,4			
21,7	16,1	20,3	16,9	17,9	8,0	3,5	6,7	7,3		
21,2	11,7	14,9	17,5	12,7	6,2	5,1	7,3	7,4		
23,1	19,1	28,5	17,8	16,6	7,4	4,0	7,4	6,0		
15,1	14,6	17,6	11,5	5,5	1,9	5,6	3,0	9,0		
22,5	18,2	17,9	16,5	28,1	11,6	1,1	5,9	8,2		
20,0	18,1	18,0	17,1	12,8	8,8	5,4	8,8	7,9		
30,9	18,6	17,6	14,8	76,6	17,1	-6,9	-0,3	8,9		
9,5	13,9	16,5	6,4	6,8	8,1	4,6	6,8	7,9		
46,1	23,1	30,0	20,7	25,9	17,4	8,9	9,9			
62,9	32,9	33,6	30,7	27,8	18,4	9,3	10,9			
7,4	-10,3	11,5	-41,4	-	-	-	-11,8			
8,7	13,7	16,1	5,6	5,9	7,6	4,4	6,6			
8,0	11,1	20,0	0,6	-4,0	7,9	2,0	8,3			
13,3	11,9	11,2	9,4	12,1	3,8	4,1	6,2			
7,2	19,2	12,6	12,1	17,9	9,3	7,5	4,8			
50,0	-	33,3	300,0	18,8	5,3	15,0	8,7			
23,4	5,6	6,9	19,8	8,3	3,1	45,2	-1,8			
24,0	3,2	8,8	19,5	5,3	0,9	51,6	-2,7			
20,0	20,8	-3,4	21,4	26,5	14,0	16,3	3,5			5,1
15,8	13,9	19,9	16,6	9,7	7,7	2,5	2,1			
17,0	15,1	18,6	13,7	13,6	7,7	4,4	6,2	7,1		

von zwei Jahren auf 1,1% reduzierte. Seither ist auch hier wiederum ein beschleunigtes Ausgabenwachstum (1978: 5,9%, 1979: 8,2%) insbesondere bei den Heil- und Hilfsmitteln sowie 1979 auch beim Zahnersatz eingetreten.

Beim Zahnersatz verlief die Entwicklung in sehr ausgeprägten Schwankungsverläufen. Seit 1975 fiel die Veränderungsrate von +76,6% auf -6,9% im Jahr 1977 und -0,3% im Jahr 1978. Im Jahr 1979 werden die Ausgaben erstmals seit 1976 wieder eine weit überproportionale Steigerung von 8,9% aufweisen. Diesen extremen Richtungsänderungen liegen Regelungen einer Reihe von Kassen zugrunde, die durch Satzungsbeschluß einen Erstattungssatz bei Zahnersatz bis zu 100% freiwillig übernommen haben, nach dem Kostendämpfungsgesetz ihren Erstattungssatz aber wieder auf 80% begrenzen mußten. Mit diesen kurzzeitigen höheren Leistungen im Bereich Zahnersatz wurde zuerst ein weit überproportionaler, danach aber ein entsprechender rückläufiger Nachfrageeffekt ausgelöst, der entscheidend zu den Ausgaben Schwankungen beigetragen hat. Während die Ausgabenanteile für ambulante Behandlung von 1970 bis 1979 konstant bei 16,5% geblieben sind, haben sich im gleichen Zeitraum die Anteile der stationären Behandlung von 15,6% auf 19,5% und der Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz von 14,5% auf 18,1% verschoben.

Dies führt zu der wichtigen Schlußfolgerung, daß der Ausgabenanstieg in der ersten Hälfte der siebziger Jahre vor allem durch eine überproportionale Ausgabenentwicklung im Bereich stationäre Behandlung und Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz verursacht wurde und weniger durch die Ausgaben für ambulante Behandlung. Für die jüngste Entwicklung der Jahre 1978 und 1979 ergeben sich dagegen etwas veränderte Akzente. Am deutlichsten trat in den beiden vergangenen Jahren der Ausgabenzuwachs bei der ambulanten Behandlung, bei den Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln, sowie 1979 beim Zahnersatz zutage, während von der stationären Behandlung nur mäßige Impulse auf die gegenwärtige Gesamtausgabensteigerung im Gesundheitswesen ausging.

Tabelle 3  
Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten und Ausgabenträgern 1978

Leistungsart	Ausgabenarten						
	insgesamt	Sachleistungen	Einkommensleistungen	Personal- und laufende Sachausgaben	Investitionsausgaben	laufende Zuschüsse	Investitionszuschüsse
	Mill. DM						
<b>Vorbeugende und betreuende Maßnahmen</b>	1 408	1 226,0	0,1	142,3	7,0	19,9	13,0
Gesundheitsdienste	493	312,0	—	142,3	7,0	18,9	13,0
Gesundheitsvorsorge und Früherkennung	191	190,9	0,1	—	—	—	—
Betreuende Maßnahmen	724	723,1	—	—	—	1,0	—
Mutterschaftshilfe	178	176,7	—	—	—	1,0	—
Maßnahme zur Pflege	546	546,4	—	—	—	—	—
<b>Behandlung</b>	14 256	13 408,5	—	135,9	566,0	29,7	115,4
Ambulante Behandlung	4 081	4 081,4	—	—	—	—	—
Stationäre Behandlung	4 890	4 074,2	—	135,9	535,9	28,7	115,4
Stationäre Kurbehandlung	829	797,4	—	—	30,1	1,0	—
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz	4 456	4 455,5	—	—	—	—	—
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	3 115	3 114,7	—	—	—	—	—
Zahnersatz	1 341	1 340,8	—	—	—	—	—
<b>Krankheitsfolgeleistungen</b>	7 806	290,1	7 509,2	—	—	—	6,3
Berufliche und soziale Rehabilitation	444	264,8	172,6	—	—	—	6,3
Berufliche Rehabilitation	429	261,7	160,7	—	—	—	6,3
Soziale Rehabilitation	15	3,1	11,9	—	—	—	—
Maßnahmen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bei Krankheit und Invalidität	7 337	—	7 336,6	—	—	—	—
Entgeltfortzahlung	3 296	—	3 296,0	—	—	—	—
Sonstige Einkommensleistungen im Krankheitsfall	1 329	—	1 329,2	—	—	—	—
Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten	2 711	—	2 711,4	—	—	—	—
Sonstige Krankheitsfolgeleistungen	25	25,3	—	—	—	—	—
<b>Ausbildung und Forschung</b>	385	—	—	277,5	68,8	31,8	6,9
Ausbildung von medizinischem Personal, medizinische Forschung an Hochschulen	326	—	—	260,9	64,9	—	—
Forschung außerhalb von Hochschulen	59	—	—	16,6	3,9	31,8	6,9
<b>Nicht aufteilbare Ausgaben</b>	980	5,4	—	925,0	40,6	9,1	—
<b>Insgesamt</b>	<b>24 836</b>	<b>14 930,0</b>	<b>7 509,3</b>	<b>1 480,7</b>	<b>682,4</b>	<b>90,5</b>	<b>141,6</b>

1) Teilweise geschätzte Beträge. — 2) Total geschätzte Beträge. — 3) Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Alterskassen, Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst, Zusatzversicherung für einzelne Berufe, Versorgungswerke.

Den höchsten Ausgabenzuwachs erreichten die Krankheitsfolgeleistungen 1973 mit einer jährlichen Wachstumsrate von 16,5%, in der allerdings noch Maßnahmen und Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation enthalten sind. Nach einer Ausgabendämpfung 1977 (4,6%) hat auch hier ein verstärkter Ausgabenzuwachs eingesetzt (1978: 6,8% und 1979: 7,9%). Dies war insbesondere durch die Entwicklung der Entgeltfortzahlung (1978: 8,3%) und der sonstigen Einkommensleistungen im Krankheitsfall (Krankengeld 1978: 6,2%) induziert, die beide zusammen ein Volumen von 4,6 Mrd. DM (1978) erreicht haben.

Dabei dürfte die seit 1978 einsetzende Konjunkturerholung im Zusammenhang mit ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt zumindest teilweise zu einem verstärkten Anstieg speziell der Entgeltfortzahlung geführt haben. Weit überproportional stiegen auch 1978 die Leistungen der beruflichen Rehabilitationen (10,9%), die sich schwerpunktmäßig aus der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Eingliederungshilfen sowie Leistungen für Einrichtungen der Rehabilitation zusammensetzen und nunmehr ein Ausgabenvolumen von 429 Mill. DM erreichen. Einzig die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in Höhe von 2,7 Mrd. DM haben 1978 einen gebremsten Ausgabeanstieg zu verzeichnen.

Für vorbeugende und betreuende Maßnahmen zeigte die Entwicklung zwischen 1970 und 1979 einen Anstieg von 500 Mill. DM auf 1,45 Mrd. DM. Obwohl sich die Leistungen somit verdreifacht haben, entspricht diese Leistungsgruppe am Gesamtbudget einem Anteil von nur 5,4%. Der größte Teil davon entfällt auf die Gesundheitsdienste und betreuende Maßnahmen. Vorsorge und Früherkennung, ein Bereich also, der in der gesundheitspolitischen Diskussion einen breiten Raum einnimmt, hat nur 0,8% der Ausgaben des Gesamtbudgets aufzuweisen. Dieser bescheidene Anteil läßt vermuten, daß noch nicht alle Angebote in diesem Bereich ausgeschöpft

wurden und Teile der Bevölkerung noch immer nicht den Stellenwert der Vorsorgeuntersuchung, wie zum Beispiel die Früherkennung von Krebskrankheiten bei Erwachsenen, erkannt haben.

### Schwerpunkt bei den Sachleistungen

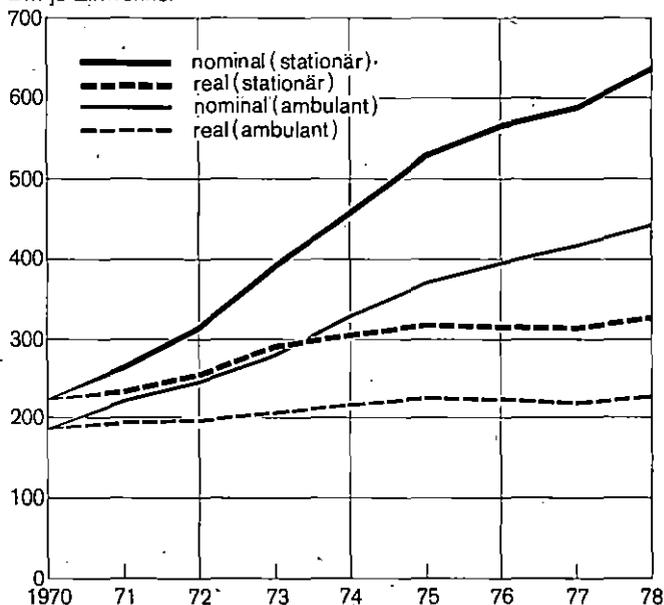
Die Gliederung der Gesundheitsleistungen nach Ausgabearten für das Jahr 1978 zeigt, daß der Schwerpunkt bei den Sachleistungen, die vor allem Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens umfassen, mit 15 Mrd. DM (60% aller Ausgaben) liegt, gefolgt von den Einkommensleistungen, die bei Einkommensausfall infolge von Krankheit gewährt werden, mit 7,5 Mrd. DM (30%). Es folgen die Personal- und laufenden Sachkosten mit 1,5 Mrd. DM (6%) und die Investitionsausgaben mit 700 Mill. DM (3%). Da die privaten Investitionen einer statistischen Nachweisung noch unzugänglich sind, werden hier nur die öffentlichen Investitionen erfaßt (Tabelle 3). Darin enthalten sind indirekt auch die Investitionszuschüsse des Landes an öffentliche Träger von Gesundheitseinrichtungen. Dies gilt insbesondere für die Ausgaben zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die 1978 eine Höhe von 519 Mill. DM, darunter 336,4 Mill. DM für Baumaßnahmen, erreicht haben. Diese Beträge, die an die Krankenhausträger gezahlt werden, gehen in das Budget ein, wenn sie sich in Form von Investitionen, oder einer anderen Ausgabeart bei den jeweiligen Trägern (i. d. R. den Gemeinden und Landkreisen) niederschlagen. Bei den direkt ausgewiesenen Investitionszuschüssen in Höhe von 142 Mill. DM handelt es sich andererseits ausschließlich um Zuschüsse an nicht öffentliche Träger von Gesundheitseinrichtungen.

Die Entwicklung der Strukturanteile seit 1970 zeigt ein tendenziell zunehmendes Gewicht der Sachleistungen. Ihr Anteil am Gesamtbudget stieg von 51,3% (1970) auf 60,1% (1978). Da-

Schaubild 3

**Nominale und reale Ausgaben für Behandlung je Kopf der Bevölkerung**

DM je Einwohner



309 79

Nach den hier abgegrenzten Ausgabenträgern dominieren die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 1978 mit 10,9 Mrd. DM (44% aller Ausgaben) vor dem Anteil der Arbeitgeber mit 4,6 Mrd. DM (18,6%) und den öffentlichen Haushalten mit 3 Mrd. DM (12,4%). Die gesetzliche Rentenversicherung und die privaten Haushalte steuern 8,9 bzw. 9,0% bei. Eine quantitativ untergeordnete Rolle spielen die private Krankenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung mit 3,8 und 3,2%.

Betrachtet man die Entwicklung der Aufbringung der Mittel, so läßt sich feststellen, daß zwischen 1970 und 1978 per saldo eine Verlagerung der Kostenanteile von den Arbeitgebern (ihr Anteil am Budget hat sich um 6,9 Prozentpunkte verringert) zur gesetzlichen Krankenversicherung (ihr Anteil nahm um 8,5 Prozentpunkte zu) erfolgt ist. Die Strukturanteile der übrigen Träger blieben im obigen Zeitraum relativ konstant.

Tabelle 3 zeigt anschaulich auf welchen Aufgabefeldern die einzelnen Ausgabenträger schwerpunktmäßig tätig werden. So liegt zum Beispiel das besondere Gewicht der öffentlichen Haushalte bei der stationären Behandlung (848,4 Mill. DM) und den Maßnahmen zur Pflege (546,4 Mill. DM). Dabei werden allerdings Leistungen in stationären landeseigenen Einrichtungen wie den Psychiatrischen Kliniken, in denen der Pflegefall-

Ausgabenträger						
Öffentl. Haushalte <sup>1)</sup>	Gesetzl. Krankenversicherung <sup>1)</sup>	Gesetzl. Rentenversicherung <sup>1)3)</sup>	Gesetzl. Unfallversicherung <sup>1)</sup>	Private Krankenversicherung <sup>2)</sup>	Arbeitgeber <sup>2)</sup>	Private Haushalte <sup>2)</sup>
Mill. DM						
741,2	340,6	25,7	39,6	0,3	260,8	-
181,1	27,4	25,7	-	-	258,9	-
11,2	138,3	-	39,6	-	1,9	-
548,9	174,9	-	-	0,3	-	-
2,5	174,9	-	-	0,3	-	-
546,4	-	-	-	-	-	-
1061,6	9166,0	420,3	190,6	598,1	586,1	2233,0
145,2	2787,6	0,1	67,3	174,1	175,2	731,8
848,4	3301,6	-	118,2	277,8	226,8	117,5
43,5	32,7	412,5	3,0	-	52,9	284,2
24,5	3044,1	7,7	2,1	146,2	131,2	1099,5
21,5	2143,2	-	-	98,0	100,6	751,3
3,0	900,9	7,7	2,1	48,2	30,6	348,2
900,0	884,2	1688,4	416,1	132,8	3784,1	-
356,1	-	75,2	12,4	-	-	-
341,1	-	75,2	12,4	-	-	-
15,0	-	-	-	-	-	-
542,5	871,8	1605,1	402,2	132,8	3782,2	-
-	-	-	-	-	3296,0	-
54,7	871,8	110,3	75,1	132,8	84,5	-
487,8	-	1494,8	327,1	-	401,7	-
1,4	12,4	8,1	1,5	-	1,9	-
384,9	-	-	-	-	-	-
325,9	-	-	-	-	-	-
59,0	-	-	-	-	-	-
-	524,4	84,3	158,3	213,1	-	-
3087,7	10915,2	2218,7	804,6	944,3	4631,0	2233,0

gegen sank der Anteil der Einkommensleistungen von 38,2% (1970) auf 30,2% (1978). Die übrigen Ausgabenarten blieben anteilmäßig in etwa konstant.

**Wichtigster Ausgabenträger ist die gesetzliche Krankenversicherung**

Als Ausgabenträger werden die Institutionen betrachtet, die Zahlungen für die unmittelbare Leistungserstellung im Gesundheitsbereich erbringen. Dieser Gesichtspunkt darf nicht mit der Vorstellung verwechselt werden, wer nun letztlich alle Ausgaben trägt. Die hier verwendete Abgrenzung richtet sich vorwiegend an pragmatischen Kriterien aus, die aus der Grundstruktur des Erfassungskonzepts resultieren. Letztendlich trägt der Bürger selbst als Beitrags- und Steuerzahler und nicht zuletzt nach Kostenüberwälzungen über die Preise als Verbraucher die Gesamtheit der Ausgaben.

Tabelle 4  
**Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Ausgabenarten 1978**

Ausgabenträger	insgesamt	Sachleistungen	Einkommensleistungen	Personal- und laufende Sachausgaben	Investitionsausgaben	Laufende Zuschüsse	Investitionszuschüsse
Mill. DM							
Öffentliche Haushalte <sup>1)</sup>	3088	1025,2	673,1	555,7	611,7	80,4	141,6
Gesetzliche Krankenversicherung <sup>1)</sup>	10915	9513,3	872,0	514,4	15,0	0,6	-
Rentenversicherung <sup>1)3)</sup>	2219	469,0	1642,8	65,0	32,7	9,1	-
Gesetzliche Unfallversicherung <sup>1)</sup>	805	236,9	406,4	152,2	8,6	0,4	-
Private Krankenversicherung <sup>2)</sup>	944	603,7	132,8	193,4	14,4	-	-
Arbeitgeber <sup>2)</sup>	4631	848,8	3782,3	-	-	-	-
Private Haushalte <sup>2)</sup>	2233	2233,1	-	-	-	-	-
<b>Insgesamt</b>	<b>24835</b>	<b>14930,0</b>	<b>7509,4</b>	<b>1480,7</b>	<b>682,4</b>	<b>90,5</b>	<b>141,6</b>

<sup>1)</sup> Teilweise geschätzte Beträge. - <sup>2)</sup> Total geschätzte Beträge. - <sup>3)</sup> Gesetzliche Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Altersklassen, Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst, Zusatzversicherung für einzelne Berufe, Versorgungswerke.

Tabelle 5  
Ausgaben für den erweiterten Gesundheitsbereich

Leistungsart	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	Mill. DM								
<b>Vorbeugende Maßnahmen</b>	34,8	39,5	43,6	48,9	64,2	71,9	78,1	89,6	104,0
Erholungspflege und Freizeithilfen	17,1	19,4	19,4	20,7	26,2	27,2	27,6	31,6	36,9
Lärm- und Ungezieferbekämpfung	0,0	0,0	1,7	2,6	3,8	5,1	6,5	6,7	6,9
Arbeitsschutz	17,7	20,1	22,0	25,6	34,2	23,6	25,0	27,2	30,0
Reinhaltung von Luft, Wasser und Erde	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	16,0	19,0	24,1	30,2
<b>Krankheitsfolgeleistungen</b>									
(Leistungen an Angehörige und Hinterbliebene)	381,5	433,7	492,7	554,5	614,1	694,9	713,5	750,4	778,6
Vorzeitige Renten an Hinterbliebene	280,2	312,7	351,5	400,3	443,8	507,8	520,5	556,0	575,8
Sterbegeld	71,2	85,8	97,5	113,2	129,0	148,1	159,7	165,8	179,2
Sonstige Leistungen	30,1	35,2	43,7	41,0	41,3	39,0	33,3	28,6	23,6
<b>Insgesamt</b>	416,3	473,2	536,3	603,4	678,3	766,8	791,6	840,0	882,6
devon									
Sachleistungen	38,1	42,9	51,6	49,2	52,0	48,6	42,9	39,6	36,4
Einkommensleistungen	351,4	398,5	449,0	513,5	572,8	655,9	680,2	721,8	755,0
Personal- und laufende Sachleistungen	17,2	19,6	23,0	26,4	31,0	42,5	46,7	52,3	58,7
Investitionen	0,5	0,5	0,9	1,8	7,0	1,9	3,6	5,2	7,9
Laufende Zuschüsse	9,1	11,7	11,8	12,5	15,5	17,9	18,0	21,1	24,6
Investitionszuschüsse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0

bereich nahezu die Hälfte ausmacht, ganz der stationären Behandlung und nicht anteilmäßig Pflegemaßnahmen zugerechnet. Weitere wichtige Ausgabepositionen der öffentlichen Haushalte sind die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (487,8 Mill. DM), die Ausbildung und Forschung an Hochschulen (325,9 Mill. DM) und die Rehabilitationsmaßnahmen (356,1 Mill. DM).

#### Ausgaben im erweiterten Gesundheitsbereich

Auf Abgrenzungsprobleme, die sich bei der Erfassung der Leistungen im Gesundheitsbereich ergeben, wurde schon einleitend hingewiesen. Um die Ausgaben in einer extensiven Abgrenzung des Gesundheitssektors darstellen zu können, wurde ein Schema entwickelt, daß die Ausgaben des erweiterten Gesundheitsbereichs nach Leistungsarten, Ausgabenträgern und Ausgabearten ausweist. Insgesamt ist der erweiterte Gesundheitsbereich von 416 Mill. DM (1970) auf 882,6 Mill. DM (1978) angestiegen, was einer Wachstumsrate von 112% entspricht (Tabelle 5). Vom erweiterten Gesundheitsbereich werden nur die Leistungsarten *Vorbeugende Maßnahmen* und *Krankheitsfolgeleistungen* betroffen. Die Leistungen der vorbeugenden Maßnahmen berühren sich dabei insbesondere mit dem Bereich des Umweltschutzes (Ausgaben für Reinhaltung von Luft, Wasser, Erde, Lärmbekämpfung etc.). Umweltpolitik mit dem Ziel der Erhaltung bzw. der Wiederherstellung der natürlichen Lebensgrundlagen und des ökologischen Gleichgewichts im Naturhaushalt wird somit nicht zuletzt auch

als eine Maßnahme von übergeordneter Bedeutung für die präventive Gesundheitssicherung angesehen.

Für vorbeugende Maßnahmen sind im Jahr 1978 über 100 Mill. DM ausgewiesen. Auf umweltrelevante Maßnahmen entfiel davon ein Drittel dieses Betrages. Ein weiteres Drittel wird für Freizeithilfen und Erholungspflege von Jugendlichen, das restliche Drittel für Maßnahmen des Arbeitsschutzes aufgewendet.

Nahezu 90% der Ausgaben des erweiterten Gesundheitsbereichs (779 Mill. DM) entfallen auf Krankheitsfolgeleistungen, die überwiegend in Form von Geldleistungen durch die öffentlichen Haushalte, sowie der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung erbracht werden. Hierher gehören vor allem Hinterbliebenenrenten (576 Mill. DM), das Sterbegeld (179 Mill. DM) und sonstige Leistungen sowie Erziehungs- und Hinterbliebenenbeihilfen.

Entsprechend entfällt der Hauptanteil des erweiterten Gesundheitsbereichs (86%) auf Einkommensleistungen, der Rest verteilt sich auf Personal- und laufende Sachausgaben (6,7%), auf Sachleistungen (4,1%), auf laufende Zuschüsse (2,8%) und auf Investitionen (0,9%).

#### Preisentwicklung bestimmt zunehmend die Ausgabenentwicklung

Als ein wichtiger Bestimmungsfaktor der Ausgabenentwicklung muß die Preisentwicklung angesehen werden, da von den nominalen Ausgabensteigerungen nicht im vollen Umfang auf

Tabelle 6  
Entwicklung der Preis- und Mengenkompente in ausgewählten Leistungsbereichen des Gesundheitsbudgets

Leistungsart	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	%							
<b>Vorbeugende und betreuende Maßnahmen</b>								
Preis Komponente	32,8	39,1	41,8	44,6	48,3	52,8	55,6	58,6
Mengenkomponente	67,2	60,9	58,2	55,4	51,7	47,2	44,4	41,4
<b>Behandlung ohne Arzneien, Heil- und Hilfsmittel</b>								
Preis Komponente	66,9	68,6	62,5	68,1	68,9	72,6	75,6	76,1
Mengenkomponente	33,1	31,4	37,5	31,9	31,1	27,4	24,4	23,9
<b>Arzneien, Heil- und Hilfsmittel</b>								
Preis Komponente	28,8	30,5	32,2	35,3	38,6	40,3	43,2	43,3
Mengenkomponente	71,2	69,5	67,8	64,7	61,4	59,7	56,8	56,7
<b>Krankheitsfolgeleistungen, Ausbildung und Forschung, Nicht-aufteilbare Ausgaben</b>								
Preis Komponente	52,6	49,3	49,7	57,1	61,3	62,6	64,5	64,3
Mengenkomponente	47,4	50,7	50,3	42,9	38,7	37,4	35,5	35,7
<b>Gesamtbudget</b>								
Preis Komponente	55,3	55,1	53,0	58,6	61,4	64,1	66,6	66,8
Mengenkomponente	44,7	44,9	47,0	41,4	38,6	35,9	33,4	33,2

eine volumenmäßige Zunahme der Nachfrage geschlossen werden kann. Um das Gewicht der Preissteigerungen bei Gesundheitsleistungen in etwa abschätzen zu können, wurde eine Deflationierung des Budgets nach Hauptleistungsarten vorgenommen. Hierbei kann es sich in Anbetracht zahlreicher Schwierigkeiten jedoch nicht um ein in jeder Hinsicht methodisch befriedigendes Verfahren handeln. Probleme ergeben sich noch insbesondere aus der Vielfältigkeit der Leistungen und der begrenzten Zahl brauchbarer Preisindizes. Die Hauptschwierigkeit besteht jedoch darin, daß für Leistungen, soweit sie über die gesetzlichen Erstattungssysteme abgewickelt werden, kein Warenkorb existiert, so daß man sich mit Ersatzgrößen behelfen muß. Es ist nicht auszuschließen, daß dieses Verfahren zu einer gewissen Überschätzung der Preiskomponente tendiert. (Vgl.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970, Forschungsbericht 1978.) Trotzdem lassen sich zuverlässige Größenordnungen ableiten, die das Gesundheitsbudget in eine Mengen- und Preiskomponente aufspalten.

Real erreichten die Ausgaben 1978 im Gesundheitsbudget 14,97 Mrd. DM, das sind nahezu 50% mehr als 1970. Besonders ausgeprägt gestaltete sich in diesem Zeitraum die Ausgabensteigerung in konstanten Preisen bei Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln (rd. 100%) und den vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen (nahezu 80%). Entsprechend gering verlief die Mengenexpansion dagegen im Bereich Behandlung (43%) und den Krankheitsfolgeleistungen einschließlich Ausgaben für Ausbildung und Forschung sowie den nicht aufteilbaren Ausgaben (37%).

Als interessantes Ergebnis stellt sich somit heraus, daß den Preis- und Mengeneffekten in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedliche Bedeutung zukommt.

In der Leistungsart Behandlung waren die Ausgabensteigerungen 1978 zu über dreiviertel auf Preissteigerungen zurück-

zuführen, während der Mengenkomponeute eine verhältnismäßig geringe Bedeutung zukam. Die Ausgabenexpansion in diesem größenordnungsmäßig wichtigen Bereich war also weniger auf eine umfassendere Inanspruchnahme von Dienstleistungen wie Arztbesuchen, Krankenhauseinweisungen, Krankenhausverweildauer, Anzahl von Kuren zurückzuführen, als vielmehr auf die Entwicklung von Pflegesätzen und Honoraren in diesem Bereich.

Eine andere Situation stellte sich bei den Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln sowie dem Zahnersatz dar. Hier überwog, wenn auch gering, die Mengenkomponeute mit ca. 57%. Einen stärkeren Preiseffekt weisen demgegenüber die Krankheitsfolgeleistungen einschließlich Ausbildung und Forschung sowie die nicht-aufteilbaren Ausgaben mit 64% und die vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen mit 59% auf. Generell läßt sich bei allen Leistungsarten wie auch beim Gesamtbudget eine nicht zu übersehende Tendenz zur Preiskomponente beobachten, das heißt, die Ausgabenexpansion im Gesundheitsbereich wird zunehmend von Preissteigerungen verursacht (Tabelle 6).

Betrachtet man Mengen- und Preiskomponente des Gesamtbudgets in ihrer Entwicklungstendenz, so wird deutlich, daß weitere Kostendämpfungsmaßnahmen nicht zuletzt auch auf Eindämmung eines zu starken Preisniveaustiegs im Gesundheitsbereich gerichtet sein sollten.

In bezug auf die Mengenausdehnung lassen sich aufgrund der real nachgewiesenen Leistungen des Budgets jedoch keine weiteren Aussagen wie etwa über deren Ursache treffen. Insbesondere bleibt die Frage offen, ob die Mengenexpansion auf eine Nachfrageerweiterung (Zunahme der Behandlungsfälle) oder aber ein höheres Leistungsniveau pro Behandlungsfall zurückzuführen ist. Um solche weitergehenden Fragestellungen – zumindest für Teilbereiche – beantworten zu können, müßten im folgenden für die Gesundheitsausgaben geeignete demographische Bezugsgrößen gefunden werden.

Tabelle 7  
Leistungsindikatoren für den Gesundheitsbereich

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
	%								
Anteil am Bruttosozialprodukt in jeweiligen Preisen									
Ausgaben im Gesundheitsbereich insgesamt (ohne Einkommensleistung) .....	5,8	6,3	6,6	7,1	8,0	9,0	8,9	8,6	8,6
Ausgaben für Behandlung .....	4,8	5,2	5,4	5,9	6,5	7,4	7,3	7,0	7,1
Anteil am Bruttoinlandsprodukt in konstanten Preisen (1970 = 100)									
Ausgaben im Gesundheitsbereich insgesamt (ohne Einkommensleistung) .....	5,9	6,3	6,4	6,8	7,3	8,1	7,8	7,6	7,5
Ausgaben für Behandlung .....	4,8	5,1	5,2	5,5	5,8	6,5	6,3	6,0	6,0
in jeweiligen Preisen					DM				
Ausgaben im Gesundheitsbereich pro Kopf der Bevölkerung .....	1 133	1 308	1 490	1 749	1 981	2 262	2 453	2 565	2 720
Ausgaben für vorbeugende und betreuende Maßnahmen pro Kopf der Bevölkerung .....	55	70	80	93	117	135	142	150	154
Ausgaben für ambulante Behandlung pro Kopf der Bevölkerung .....	186	222	245	280	327	371	396	416	447
Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel pro Kopf der Bevölkerung .....	127	150	176	205	240	272	297	314	341
Ausgaben für stationäre Behandlung pro stationär behandelten Kranken .....	1 442	1 689	1 951	2 421	2 715	3 034	3 148	3 161	3 252
Ausgaben für stationäre Behandlung pro Pflgetag .....	64	76	89	111	131	151	163	169	177
in konstanten Preisen (1970 = 100)									
Ausgaben im Gesundheitsbereich pro Kopf der Bevölkerung .....	1 133	1 203	1 278	1 402	1 459	1 546	1 587	1 593	1 640
Ausgaben für vorbeugende und betreuende Maßnahmen pro Kopf der Bevölkerung .....	55	65	70	76	88	96	96	97	96
Ausgaben für ambulante Behandlung pro Kopf der Bevölkerung .....	186	195	197	207	216	222	221	221	228
Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel pro Kopf der Bevölkerung .....	127	143	160	174	198	214	227	232	247
Ausgaben für stationäre Behandlung pro stationär behandelten Kranken .....	1 442	1 484	1 561	1 793	1 792	1 820	1 753	1 675	1 660
Ausgaben für stationäre Behandlung pro Pflgetag .....	64	66	71	83	87	91	91	89	91

## Ökonomische und demographische Bezugsgrößen

Sollen die Gesundheitsausgaben zu ökonomischen und demographischen Sachverhalten in Beziehung gesetzt werden, so helfen absolute Angaben wenig. Strukturelle Veränderungen wie zum Beispiel das Ausmaß gesundheitsökonomischer Tätigkeit an der gesamtwirtschaftlichen Aktivitäten lassen sich durch Quotenbildung beschreiben. Der Anwendungsbereich und Aussagewert staatswirtschaftlicher Quoten ist jedoch nicht unproblematisch im Hinblick auf die ihnen zugrunde liegenden Beziehungszusammenhänge. Es ist deshalb wichtig, sich die Verbindung der betrachteten Größe zu ihrer Bezugsgröße sachlich einsichtig zu machen. Der Bezug der Gesundheitsausgaben zum gesamtwirtschaftlichen Indikator *Sozialprodukt* läßt sich in diesem Sinne damit begründen, daß der Gesundheitsbereich unter Produktionsaspekten Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ist und sich dort in verschiedenen Bereichen der Drei-Seiten-Rechnung niederschlägt. Es wäre jedoch verfehlt, im Sinne der Ableitung einer „echten Quote“ die gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt zu messen. Betrachtet man die Ausgabearten des Gesundheitsbudgets, so wird deutlich, daß alle Ausgaben bis auf die Einkommensleistungen „sozialproduktswirksame Gesundheitsausgaben“ darstellen. Sachleistungen dienen direkt und unmittelbar der „Gesundheitsproduktion“. Die Einkommensleistungen im Budget dagegen betreffen – zumindest schwerpunktmäßig – andere Produktionsbereiche als den Gesundheitssektor und müssen somit bei einer Bezugssetzung zum Sozialprodukt von den gesamten Gesundheitsleistungen abgezogen werden. Dieser Überlegung liegt der Gedanke zugrunde, eine Beziehung zwischen einer Teilmenge und der entsprechenden Gesamtmenge herzustellen, das heißt eine „echte Quote“ abzuleiten.

Betrachtet man die so ermittelte „Gesundheitsquote“ im Zeitablauf, so läßt sich seit 1970 ein Anstieg von 5,8% auf 9,0% (1975) und anschließend ein leichtes Absinken auf 8,6% (1978) beobachten (*Tabelle 7*). Die auf dem Höhepunkt der Ausgabenexpansion (1975) erreichte Gesundheitsquote dürfte auch in Zukunft als eine Art Obergrenze der Ausgabenentwicklung im Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung angesehen werden.

In konstanten Preisen nahm die Gesundheitsquote von 5,9% (1970) auf 8,1% (1975) zu, und verringerte sich in der Folgezeit leicht. Der Anteil der realen Produktion im Bereich Gesundheit betrug 1978 an der gesamtwirtschaftlichen Produktion 7,5%. Der volumenmäßig bedeutendste Teilbereich des Gesundheitssektors, die Behandlung allein, war an der Produktion über alle Wirtschaftsbereiche mit 6% beteiligt. Ein Vergleich der nominalen und realen Entwicklung eröffnet einen weiteren wichtigen Aspekt. Beide Quoten gehen 1970 von derselben Ausgangslage (5,8 bzw. 5,9%) aus, nehmen jedoch im weiteren Zeitablauf eine divergierende Entwicklung, so daß im Jahr 1978 die reale Quote um 1,1 Prozentpunkte unter der nominalen Quote liegt. Dieser Sachverhalt läßt die interessante Schlußfolgerung zu, daß Preisniveausteigerungen im Gesundheitsbereich in höherem Maße erfolgt sein müssen, als für das Bruttosozialprodukt insgesamt.

Aufschlußreich dürfte neben der ökonomischen Bezugsgröße *Sozialprodukt* auch die Bezugsnahme der Gesundheitsleistungen zur Bevölkerungsentwicklung sein. Um den Einfluß einer wechselnden Bevölkerungszahl auf die Gesundheitsausgaben auszuschalten, wurden verschiedene Leistungsziffern gebildet. Sie geben die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung

an und sind somit ein Indikator für das Leistungsniveau. Auch in diesem Falle ist ein Vergleich der nominalen und realen Entwicklung von besonderem Interesse. Für die nominalen Reihen läßt sich bei allen Leistungskomponenten eine ansteigende Tendenz ablesen, die sich jedoch ab 1976 etwas abflacht. Im Falle der realen Reihen, die das mengenmäßige Leistungsniveau beschreiben, sind dagegen nach 1976 erheblich geringere Zuwächse zu verzeichnen. Relativ konstante reale Leistungsindikatoren seit 1975 sind bei den vorbeugenden und betreuenden Maßnahmen und der ambulanten Behandlung festzustellen. Erst 1978 ergibt sich für die ambulante Behandlung wieder ein beachtenswerter Zuwachs des realen Leistungsniveaus. Kontinuierliche Zunahmen weisen dagegen die Arzneien, Heil- und Hilfsmittel auf. Einzig die realen Ausgaben für stationäre Behandlung pro stationär behandelter Kranken zeigen ab 1976 einen absolut rückläufigen Verlauf. Da bei diesem Indikator sowohl Wirkungen ausgeschaltet sind, die von Preissteigerungen und von der Zahl der Leistungsfälle ausgehen, kann man in diesem Bereich auf eine Abnahme des Leistungsumfangs pro Fall schließen.

Die Kostendämpfung wurde 1976 und 1977 somit in erster Linie durch eine Verminderung des Leistungsniveaus – insbesondere im Bereich stationärer Behandlung – bewirkt, während die Preissteigerungen zwar rückläufig waren, aber doch noch im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen hohe Zuwachsraten zu verzeichnen hatten. Eine Ausnahme bildeten die Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, die während der Kostendämpfungsphase sowohl nominal als auch real – wenn auch in wesentlich geringerem Ausmaß – gestiegen sind.

## Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß die vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten des neuen Gesundheitsbudgets insbesondere auf die Beschreibung globaler Entwicklungen und Strukturen abstellen. Diese Betrachtungsweise schließt jedoch nicht aus, sie läßt es in gewissem Sinne sogar notwendig erscheinen, das Gesamtbudget im Interesse einer höheren Konkretisierung auch zu speziellen Einzelanalysen heranzuziehen. Der im Budget vollzogenen Datenaggregation sollte somit der entgegengesetzte Schritt einer Auflösung des Gesamtsystems nach speziellen Schwerpunktthemen folgen. Dies hätte den Vorteil, daß die speziellen Untersuchungsobjekte im Zusammenhang mit dem gesamten Ausgabensystem betrachtet und beurteilt werden können.

Ein weiterer Ausbau des Informationsinstruments ist in vielfältiger Weise möglich. Interessante Ergebnisse wären zum Beispiel zu erwarten, wenn man die „Leistungsrechnung“ ergänzen würde um die Betrachtung der Mittelaufkommen der Ausgabenträger nach Finanzierungsquellen und der damit verbundenen Überwälzungsprozesse von Finanzierungsströmen.

Zunächst ist jedoch vorgesehen an die hier vorgelegte Vergangenheits- und Situationsanalyse eine modellmäßige längerfristige Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben folgen zu lassen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Analyse der wichtigsten Bestimmungsgründe der Gesundheitsausgaben zu legen sein.

Der Prognose zukünftigen Leistungsniveaus in den einzelnen Leistungsarten und dem Einfluß einer nach Zahl und Struktur sich ändernden Bevölkerung kommt hier entscheidende Bedeutung zu.

Dipl.-Volksw. Lic. rer. reg. Peter Linder