

# Ausgaben für die Gesundheit – Kosten und Produktionsaspekte

*Die Kosten der Gesundheit sind in den vergangenen Jahren zu einem viel diskutierten Thema geworden. Das Statistische Landesamt hat sich an den Versuchen zur statistischen Erfassung dieser Kosten von Anfang an beteiligt und erste Ergebnisse bereits 1970 veröffentlicht<sup>1</sup>. Mit einem auf dieser Vorarbeit aufbauenden, vom Bundesgesundheitsrat initiierten und vom Statistischen Bundesamt entwickelten Gesundheitsbudget können nun neue, differenzierte Daten für 1972, 1974 und 1975 für Baden-Württemberg zusammengefügt werden, die im nachfolgenden Beitrag vorgestellt werden.*

*In einem zweiten Beitrag, der in Heft 1/1978 erscheinen wird, sollen erstmals auch die Leistungen des Gesundheitswesens, die zum Entstehen des Sozialprodukts ganz erheblich beitragen, als Gegenposition dieser Kostenrechnungen untersucht werden.*

## Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Gesundheit wird in allen Ländern als ein wesentlicher Faktor der Lebensqualität angesehen, wenn auch eine gemeinsame Definition von Gesundheit nicht gegeben ist. Ein im Zusammenhang mit der ersten Untersuchung des Statistischen Landesamtes zu den Gesundheitskosten entwickelter Begriff hat sich als praktikabel erwiesen: „Gesundheit ist der zum Erhalten der Arbeitsfähigkeit erforderliche körperliche, geistige und seelische Zustand; analog hierzu für den außerhalb der Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit stehenden Teil der Bevölkerung der für das normale, der Altersstufe angemessene Leben nötige Zustand“.

Aus diesem Begriff folgt als Ideal ein gesundes und langes Leben in einer Mikro- und Makroumwelt, die diese Gesundheit nicht gefährdet und im Falle von Erkrankung ein ausreichendes Angebot an ambulanter und stationärer ärztlicher und medikamentöser Versorgung und die finanzielle Möglichkeit, dieses zu nutzen, zur Verfügung stellt.

Diesem Ideal würden Gesundheitskosten entsprechen, die bei erheblichem Einsatz in der Vorsorge, also der Verhinderung von Krankheiten, ihren Schwerpunkt haben müßten. Dem ist allerdings nicht so. Zwar hat sich in den 30 Jahren seit Kriegsende das Gesundheitsbewußtsein geändert, ebenso wie die staatliche und durch den Gesetzgeber ständig erweiterte Gesundheitsfürsorge. Es hat sich aber zugleich in allen Lebensbereichen ein erheblicher Wandel vollzogen. So bewirken technischer Fortschritt und die daraus folgenden Veränderungen der Lebensgewohnheiten (z. B. Arbeitsplatzbedingungen, Lärmbelastigungen, Urlaubs- und Freizeitverhalten) ebenso wie sonstige Verhaltensweisen (z. B. Ernährungsgewohnheiten, Alkohol- und Nikotinkonsum) Eingriffe nicht nur in die physische und psychische Konstitution des einzelnen, sie können auch zu Massenerscheinungen führen. Fortschritte in der Medizin haben nicht nur eine Verlängerung der Lebenserwartung für die Allgemeinheit gebracht, sie haben auch Behinderten mit angeborenen oder frühkindlichen Schäden, Krankheits- und Unfallopfern und Alten eine Lebenschance eröffnet, deren Bewältigung neue Probleme mit sich bringt.

Damit zugleich haben sich die Kosten in diesem Bereich explosionsartig entwickelt, so daß die Richtigkeit des Verhältnisses von Aufwand zu Nutzen bezweifelt wird und das Verhältnis der Entwicklung der Kosten zur wirtschaftlichen Entwicklung gestört ist. Das ist allerdings kein spezifisch deutsches Problem. Nach einer Studie der OECD<sup>2</sup> ist der Anteil der Gesundheitskosten 1974 gemessen am Bruttosozialprodukt in den USA und Kanada und in einigen europäischen Ländern (wie Schweden, Niederlande, Frankreich) sogar noch höher.

Das Gefühl, an eine Grenze gekommen zu sein, an der das System des Gesundheitswesens neu überdacht und reformiert werden sollte, hat sich seit Beginn der Diskussion über die Kosten der Gesundheit immer mehr gefestigt, zumal ein weiteres Wachsen des Anteils der Gesundheitskosten am Sozialprodukt kaum noch vertretbar ist, seit andere Probleme – vor allem im Zuge der anhaltenden Arbeitsmarktkrise – ebenfalls beständig steigende Kosten mit sich bringen.

## Verschiedene Systeme der Erfassung der Gesundheitskosten

Das Statistische Landesamt hatte erstmals zur Jahrestagung 1970 des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes den Versuch unternommen, eine erste Vorstellung der Kosten für die Gesundheit im Bundesgebiet für 1968<sup>1</sup> zu ermitteln. Durch die seit 1969 erfolgte Darstellung sozialer Kosten im Sozialbudget des Bundes liegt eine (nach der Revision) kontinuierliche Reihe der Kosten für die Funktion Gesundheit vor, die auch regional abgrenzt für Baden-Württemberg für die Jahre 1970 bis 1976 berechnet werden konnte.

Die in das Sozialbudget aufgenommenen Kosten für die Funktion Gesundheit zeigen zwar deutlich die Entwicklung auf, befriedigen jedoch insoweit nicht, als sie nicht alle erheblichen Kosten enthalten und wegen der Zielsetzung des Sozialbudgets als eines Steuerungs- und Beobachtungsinstruments der Bundesregierung mit der Möglichkeit internationaler Vergleichbarkeit im Rahmen der EG und der Fortschreibung unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und sozialpolitischer Gesetzesvorhaben auch in Zukunft nicht enthalten werden.

Das Statistische Landesamt hat nun ein weiteres Kostenschema aufgegriffen, das im Auftrag des Bundesgesundheitsrates vom Statistischen Bundesamt mit Daten für 1972 entwickelt, jedoch bislang nicht veröffentlicht wurde<sup>3</sup>. Dieses Konzept ist nicht endgültig und wird auch weiterhin fortentwickelt werden mit verbesserten Zuordnungsmethoden, Neuabgrenzungen in Problemfällen und anderem. Da in Baden-Württemberg durch die Erstellung des Sozialbudgets besondere Erfahrungen in der Regionalisierung vorliegen, wurde das Konzept in der Fassung 1972 aufgegriffen. Eine direkte Übernahme der im Sozialbudget regionalisierten Daten war allerdings wegen der größeren Aufgliederung in Teilfunktionen nicht möglich; doch wurden die für das Sozialbudget entwickelten differenzierten Schlüsselmethoden soweit als möglich verwendet, um eine gewisse Einheitlichkeit zwischen dem Gesundheitsbudget und dem Sozialbudget zu wahren.

Das Gesundheitsbudget wurde mit regionalen Daten für Baden-Württemberg nachvollzogen und wird zunächst nach der für 1972 verwendeten Methode, aber unter Berücksichtigung der gesetzlichen Änderungen (Leistungsverbesserungen, Erweiterung des Berechtigtenkreises) in einem grundsätzlich zweijährigen Turnus fortgeführt werden. Erste Ergebnisse liegen für 1974 und 1975 vor. Dabei wurde – wie bei allen bisherigen Versuchen – von den Institutionen ausgegangen, über die die Kostenströme laufen, auch wenn dabei nach wie vor eine befriedigende Aufteilung nach Funktionen nicht erreicht werden kann. Darüber hinaus kann auch das neue Konzept den Anspruch auf Vollständigkeit nicht erheben.

## Probleme der Erfassung der Gesundheitskosten

Die Entscheidung, die Ausgaben für die Gesundheit über die Finanzierungsströme zu erfassen, ist nur die schlechteste von drei Möglichkeiten.

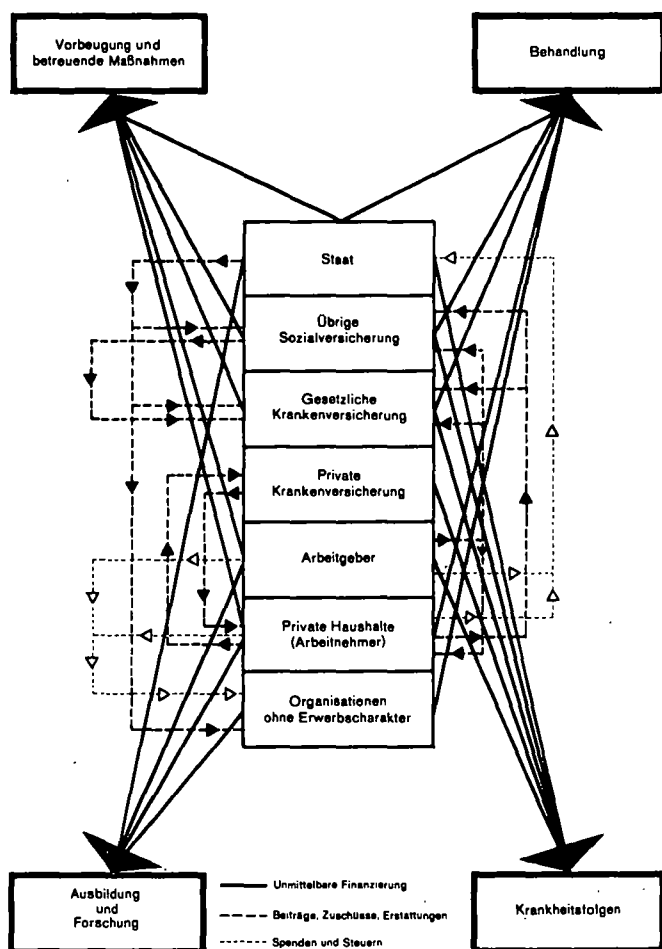
Für die Darstellung nach Funktionen – Vorbeugung, Behandlung, Ausbildung des medizinischen Personals und Forschung

<sup>1</sup> K. Szameitat/G. Wuchter, Was kostet die Gesundheit, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 5/1970.

<sup>2</sup> The OECD Observer, Mai 1977, S. 9.

<sup>3</sup> Im folgenden als „Gesundheitsbudget“ bezeichnet.

Schaubild 1  
Die wichtigsten Finanzierungsströme  
für die Kosten der Gesundheit



und Fortentwicklung des medizinischen Wissens, soziale Sicherung im Krankheitsfall – ist die *nächstliegende* Frage: Welche Gesundheitsleistung erhält der Empfänger und wieviel gibt er dafür aus? Durch das dichte Netz der sozialen Sicherung (fast die ganze Bevölkerung genießt Krankenversicherungsschutz) liegt aber gerade beim Empfänger kein Nachweis darüber vor; er zahlt seinen pauschalen Krankenversicherungsbeitrag und hat von den konkreten Kosten der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen in der Regel keine Vorstellung.

Die zweite Möglichkeit, die Kosten auf der Seite des die Gesundheitsleistungen Erbringenden zu erfassen, bringt ebenfalls erhebliche Schwierigkeiten mit sich. Gesundheitsleistungen erbringen freie Berufe (wie Ärzte und Masseure in ambulanter Praxis, Apotheken und Reformhäuser) oder Pflegedienste großer Organisationen (z. B. Krankenschwestern des Deutschen Roten Kreuzes, Haus- und Familienpflegerinnen der kirchlichen Organisationen) oder Institutionen, in denen eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Leistungen gebündelt zur Verfügung gestellt werden (wie Krankenhäuser und Sanatorien). Ein einheitliches Merkmal, diese Kosten zu erfassen, kann der Umsatz sein, der jedoch wiederum keine Rückschlüsse darauf zuläßt, welchen Funktionen die Leistungen zuzuordnen sind. Gewählt wurde – wie auch bei der Berechnung des Sozialbudgets – der Weg über diejenigen Institutionen, die die Ausgaben unmittelbar haben. Hier liegt differenziertes Datenmaterial zumindest für die großen Bereiche Öffentliche Haushalte und Sozialversicherungsträger vor und damit für mehr als zwei Drittel der unmittelbaren Ausgaben. Probleme werfen die zahlreichen Verknüpfungen der Institutionen untereinander durch gegenseitige Verrechnungen auf, die die Gefahr von Doppelzählungen in sich bergen (Schaubild 1).

Auch für die Ausfüllung eines Kostenschemas für ein Bundesland bringt die Erfassung der Gesundheitskosten über die genannten Institutionen die besten Voraussetzungen. Zwar sind nicht in jedem Fall die Ausgaben regional gegliedert, doch können über die Mitgliederzahlen durchaus brauchbare Ergebnisse erzielt werden.

### Abgrenzung von Gesundheits- und Sozialbudget

Die Differenzen zwischen dem Sozialbudget und dem Gesundheitsbudget, das heißt die Tatsache, daß das Gesundheitsbudget in seinen unmittelbaren Leistungen um etwa 30% höher liegt, beruhen im wesentlichen auf drei Gründen:

a) Das Gesundheitsbudget enthält die Leistungen zusätzlicher Institutionen, nämlich die der Privaten Krankenversicherung und die der Privaten Haushalte mit insgesamt 3,6 Mrd. DM für 1975.

b) Im Bereich der Öffentlichen Haushalte erfaßt das Gesundheitsbudget über den öffentlichen Gesundheitsdienst hinaus, der die Leistungen für die laufende Gesundheitsüberwachung und für Vorbeugung enthält, auch die laufenden Kosten und Investitionen für die Unterhaltung der öffentlichen Krankenhäuser, die über die Pflegesätze (die von der Krankenversicherung gezahlt und dort für das Budget erfaßt werden) nicht gedeckt sind. Einschließlich der Kosten der Ausbildung der Mediziner erhöhen sich die Leistungen der öffentlichen Hände so um 0,5 Mrd. DM.

c) Das Gesundheitsbudget bezieht Leistungen ein, die im Sozialbudget anderen Funktionen zugeordnet sind, so die Alters- und Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung (rund 0,5 Mrd. DM) und Leistungen bei Mutterschaft und für Hinterbliebene bei der gesetzlichen Krankenversicherung (ebenfalls rund 0,5 Mrd. DM).

An mittelbaren Leistungen geht das Gesundheitsbudget weit über das Sozialbudget hinaus. Letzteres enthält lediglich den Einnahmeverzicht des Staates von rund 0,1 Mrd. DM durch Steuervergünstigungen, die bei Körperbehinderung und Invalidität gewährt werden. Das Gesundheitsbudget versucht, die Größenordnung des der Volkswirtschaft durch Krankheit der Erwerbstätigen entstehenden Ausfalls einzubeziehen (1975: 7,2 Mrd. DM).

In beide Budgets konnten die sicher nicht unerheblichen Leistungen der Organisationen ohne Erwerbscharakter – Deutsches Rotes Kreuz, Caritas, Diakonisches Werk und andere – nur insoweit aufgenommen werden, als sie anderweit zum Beispiel über die Pflegesatzkosten der Krankenversicherungen oder die staatlichen Zuschüsse, die in den Öffentlichen Haushalten ausgewiesen sind, erfaßt wurden.

Ein Beispiel dafür, daß auch das Gesundheitsbudget noch nicht alle Wünsche befriedigt, ist darin zu sehen, daß nicht nur die Ausbildungskosten (der Privaten und der Öffentlichen Haushalte) für Akademiker enthalten sein sollten. Immerhin gab es 1975 neben den rund 10 000 Studierenden der Medizin und Pharmazie rund 50 000 Schüler an öffentlichen und privaten Berufs-, Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens, deren Ausbildung überwiegend zu Berufen im Gesundheitsdienst führt.

Tabelle 1  
Gesundheitsbudget

Bezeichnung	Einheit	1972	1974	1975
<b>Gesundheitsbudget</b> .....	Mill. DM	<b>19 276</b>	<b>25 533</b>	<b>28 359</b>
davon				
unmittelbare Kosten .....	Mill. DM	13 621	18 780	21 159
mittelbare Kosten .....	Mill. DM	5 655	6 753	7 200
Anteil am Bruttoinlandsprodukt				
Gesundheitsbudget insgesamt	%	14,8	16,6	17,8
unmittelbare Kosten des Gesundheitsbudgets .....	%	10,4	12,2	13,3
im Vergleich dazu:				
Gesundheitsleistungen im Sozialbudget .....	Mill. DM	10 722	14 873	15 854
Anteil am Bruttoinlandsprodukt .....	%	8,2	9,7	10,0

Tabelle 2  
Sozialbudget

Bezeichnung	Einheit	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
<b>Sozialbudget insgesamt</b> .....	Mill. DM	<b>25 414</b>	<b>28 902</b>	<b>34 257</b>	<b>39 862</b>	<b>45 624</b>	<b>52 554</b>	<b>56 224</b>
darunter								
<b>Leistungen für Gesundheit</b> .....	Mill. DM	<b>7 601</b>	<b>8 843</b>	<b>10 722</b>	<b>12 995</b>	<b>14 873</b>	<b>15 854</b>	<b>17 105</b>
Jährliche Zuwachsrate .....	%		16,3	21,2	21,2	14,5	6,6	7,9
Anteil am Bruttoinlandsprodukt .....	%							
Sozialbudget insgesamt .....	%	24,1	24,6	26,2	27,3	29,7	33,0	32,4
Leistungen für Gesundheit .....	%	7,2	7,5	8,2	8,9	9,7	10,0	9,9
<b>Sozialleistungsziffern</b>								
Sozialbudget je Kopf der Bevölkerung .....	DM	2 838	3 192	3 742	4 314	4 945	5 742	6 165
Leistungen für Gesundheit je Kopf der Bevölkerung .....	DM	849	977	1 171	1 406	1 612	1 732	1 876
Leistungen für Kinder je Kopf der Bevölkerung .....								
unter 15 Jahren .....	DM	1 088	1 167	1 295	1 432	1 582	1 769	1 801
Leistungen für Alter und Hinterbliebene (ohne .....								
Waisen) je Kopf der Bevölkerung .....	DM	6 241	6 728	7 838	8 950	10 165	12 133	13 695
Leistungen für Beschäftigte je Erwerbsperson .....								
im erwerbsfähigen Alter <sup>2</sup> .....	DM	158 <sup>1)</sup>	216 <sup>1)</sup>	285	325	450	810	723

<sup>1)</sup> Ohne Soldaten. – <sup>2)</sup> Im Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

## Kostenanstieg gebremst

Der Zeitraum, für den das Gesundheitsbudget vorliegt, ist noch zu kurz, um eine so bedeutende Entwicklung wie die Kostenexplosion im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Diese Möglichkeit gibt uns das Sozialbudget mit seinen Daten von 1970 bis 1976. Hier haben sich die Gesundheitskosten in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt (+ 125%) und damit wesentlich zur gesamten Entwicklung des Sozialbudgets beigetragen. Jahrelang lagen die Zuwachsraten der Gesundheitsausgaben erheblich über denen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Erstmals war 1975 ein deutliches Nachlassen der Zuwachsraten zu verzeichnen; 1976 war der Zuwachs allerdings wieder etwas größer. Dabei bescheinigen die Krankenkassen den Ärzten eine deutliche Zurückhaltung bei der Verordnung von Leistungen.

Die Relevanz des Aufwandes für die Gesundheit wird deutlich auch im Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt<sup>4</sup> stieg kontinuierlich von 7,2% (1970) auf 10,0% (1975) und lag 1976 bei 9,9%.

Das Sozialbudget bietet auch die Möglichkeit, die Gesundheitskosten im Vergleich zu anderen Sozialleistungen zu sehen und zwar am deutlichsten in den Strukturziffern, die einzelne oder die gesamten Sozialleistungen zur Gesamtbevölkerung oder zu der entsprechenden Teilbevölkerung – wenn auch in sehr groben Abgrenzungen – ins Verhältnis setzen (Tabelle 2).

## Aussagen des Gesundheitsbudgets

Die Aufstellung des Gesundheitsbudgets soll in einem ersten Versuch und in einem geschlossenen System zeigen, wo die Schwerpunkte der Kosten und des Kostenanstiegs liegen. Hier kann gerade die gegenüber dem Sozialbudget erheblich erweiterte funktionale Gliederung Aufschluß geben (Tabelle 3).

Die Aufteilung der Gesundheitskosten nach *Funktionen* zeigt deutlich, daß Behandlung und Krankheitsfolgeleistungen den Schwerpunkt bilden. Angesichts des oben aufgezeigten Idealbildes eines gesunden, langen Lebens ist der Anteil von Kosten der Vorbeugung – also der Verhinderung und Früherkennung von Krankheiten – mit nur rund 5,0% äußerst gering. Die Vorbeugungskosten haben sich auch in den Jahren 1972 bis 1975 mit einer Zunahme um 343 Mill. DM oder 46,4% nicht in den von den Möglichkeiten der Nutzung her erwarteten Steigerungsraten entwickelt. So haben beispielsweise die Beteiligungsquoten von Krebsvorsorgeuntersuchungen (Männer ab dem 45., Frauen ab dem 30. Lebensjahr) bei den gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen) zwar ständig zugenommen, sie lagen jedoch 1975 erst bei 21,5% (Männer) bzw. 56,8% (Frauen).

<sup>4</sup> Hier wurde aus Gründen des Datenmaterials anstelle des Bruttosozialprodukts das Bruttoinlandsprodukt verwendet.

Mit 60,0% (1972: 53,5%) bilden die Kosten für die Behandlung weiterhin und noch in erhöhtem Maße den Schwerpunkt. Allerdings setzt sich diese Teilfunktion auch aus den traditionell wichtigsten Bereichen der ärztlichen Versorgung zusammen, und zwar aus der ambulanten Behandlung (15,5%), der stationären Behandlung (19,1%), der Versorgung mit Arznei- und anderen Heil- und Hilfsmitteln (15,9%), wozu auch der Zahnersatz gehört, und der stationären Kurzbehandlung (9,5%).

Geringfügig ist der Anteil der Ausbildung der Ärzte und Apotheker. Allerdings sollte – wie bereits erwähnt – berücksichtigt werden, daß die Ausbildung der großen Zahl des im Gesundheitsdienst tätigen übrigen Personals hier fehlt. Die Einkommensleistungen, das heißt die Unterhaltskosten für die Studierenden sind von 1972 bis 1975 um 34% gestiegen, zum einen wegen der zunehmenden Zahl der Studierenden, zum anderen wegen der Steigerung der Lebenshaltungskosten. Der erhebliche Teil der Investitionen in diesem Bereich kann auch auf einer im Gesamtsystem unrichtigen Zuordnung beruhen. So dienen Universitätskliniken in ganz erheblichem Ausmaß nicht nur der Ausbildung der Studierenden, sondern der ärztlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung.

Der Anteil der nicht aufteilbaren Kosten liegt bei 5,0% – also in derselben Größenordnung wie die Kosten der Vorbeugung – und enthält in erster Linie Verwaltungskosten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung.

Auf die vorhergehende Betrachtung nach Funktionen folgt die Bestätigung in der Aufteilung nach *Kostenarten*. Schwerpunkt sind die Sachleistungen für Behandlung und Vorbeugung (60,0%), gefolgt von den Einkommensleistungen als Folge von Krankheit und für die Ausbildung von Medizinern und Pharmazeuten (insgesamt 27,4%)<sup>5</sup>.

Der Anteil der Investitionen liegt in allen drei Berechnungsjahren um 3% und ist damit ziemlich gering. Hier sind allerdings die Investitionszuschüsse einzubeziehen (1975: 2,6%), die in erster Linie von der öffentlichen Hand an andere Träger von Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen gegeben werden.

An dieser Stelle nicht ausgewiesen sind die Investitionen zum Beispiel der Ärzte oder privater Krankenträger, die über Abschreibungen in die Leistungsabrechnungen eingehen. Der insgesamt nicht sehr große Anteil mag jedoch auch an dem schon 1972 erreichten hohen Niveau der Ausstattung mit Krankenhäusern liegen. Neuere Erkenntnisse über die Art der Versorgung mit Krankenhäusern – ein überhöhtes Bettenangebot kann tendenziell die Krankenhaushäufigkeit und -verweildauer erhöhen – haben zu einer Reduzierung des Krankenhausbedarfsplanes der Landesregierung geführt und damit auch zu einer Einschränkung der Investitionen.

<sup>5</sup> Zur Bedeutung der Sachleistungen nicht nur als Kostenpunkt, sondern für die gesamtwirtschaftliche Produktion: W. Münzenmaier, Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 1/1978.

**Tabelle 3**  
**Gesundheitsbudget**

Funktion	ins- gesamt	An- teil	nach Kostenarten							nach Kostenträger						
			Sach- lei- stungen	Ein- kom- mens- lei- stungen	Ver- wal- tungs- aus- gaben	Investi- tions- aus- gaben	Lfd. Zuwei- sungen und Zu- schüsse	Investi- tions- zu- schüsse und andere Ver- mö- gens- übertra- genen	Öffent- liche Haus- halte <sup>1)</sup>	Gesetz- liche Renten-	Gesetz- liche Unfall-	Gesetz- liche Kran- ken-	Pri- vate <sup>2)</sup> Kran- ken-	Arbeit- geber <sup>2)</sup>	Private Haus- halte <sup>2)</sup>	
Mill. DM	%	Mill. DM														
1975																
Vorbeug. u. betreuende Maßnah.	1 080	5,1	716	144	126	9	44	41	305	105	73	382	0	215	-	
Maßn. d. öffent. Gesundheitsdienstes	180	0,9	-	8	126	9	26	12	180	-	-	-	-	-	-	
Vergleichb. Maßn. sonst. Stellen	215	1,0	215	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	215	-	
Sozialärztliche Dienste	24	0,1	24	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	
Vorbeugende Gesundheitsfürsorge	153	0,7	135	0	-	-	18	-	54	-	-	99	-	-	-	
Aktive Gesundheitsvorsorge	476	2,3	311	135	-	-	1	30	71	105	41	259	0	-	-	
Gesundheitsvorsorge	232	1,1	231	-	-	-	1	-	2	-	-	229	0	-	-	
Rehabilitierende Maßnahmen	245	1,2	80	135	-	-	0	30	69	105	41	29	-	-	-	
Ärztliche Rehabilitation	46	0,2	29	16	-	-	-	1	1	16	-	29	-	-	-	
Beruf. u. soz. Rehabilitation	198	0,9	50	119	-	-	0	29	68	89	41	-	-	-	-	
Unfallverhütung und Erste Hilfe	31	0,1	31	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-	-	-	
Behandlung	12 694	60,0	11 409	114	125	493	183	371	1 449	472	168	7 500	494	-	2 611	
Ambulante Behandlung	3 276	15,5	3 189	6	-	-	82	-	176	-	56	2 324	154	-	566	
Stationäre Behandlung	4 034	19,1	2 863	107	125	469	99	371	1 143	-	20	2 622	249	-	-	
Stationäre Kurbehandlung	2 015	9,5	1 988	1	-	24	2	-	51	390	91	4	-	-	1 480	
Arznei-, Heil-, Hilfsmittel, Zahners.	3 369 <sup>4)</sup>	15,9	3 369	-	-	-	-	-	79	83	1	2 550	91	-	565	
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	1 858	8,8	1 858	-	-	-	-	-	64	0	-	1 703	91	-	-	
Zahnersatz	945	4,5	945	-	-	-	-	-	14	82	1	847	-	-	-	
Krankheitsfolgeleistungen	6 082	28,7	573	5 481	28	-	-	-	576	1 001	670	896	109	2 828	-	
Krankenhilfe-Barleistungen	1 427	6,7	573	855	-	-	-	-	573	73	49	644	26	63	-	
Mutterschaftsgeld	134	0,6	-	134	-	-	-	-	-	-	-	134	-	-	-	
Krankenhaustagegeld	82	0,4	-	82	-	-	-	-	-	-	-	-	82	-	-	
Entgeltfortzahlung bei Krankheit	2 765	13,1	-	2 737	28	-	-	-	-	-	-	-	-	2 765	-	
Renten bei Frühinvalidität	1 552	7,3	-	1 552	-	-	-	-	3	929	620	-	-	-	-	
Sterbegeld	121	0,6	-	121	-	-	-	-	-	-	2	119	1	-	-	
Ausb. v. Ärzten u. Pharmazeuten <sup>5)</sup>	254	1,2	-	58	131	54	10	2	196	-	-	-	-	-	58	
Nicht aufteilbare Kosten	1 050	5,0	7	-	820 <sup>5)</sup>	49	36	137	-	36	178 <sup>5)</sup>	457	378	-	-	
Summe d. unmittelb. Kosten	21 159	100	12 704	5 797	1 229	605	273	551	2 526	1 615	1 089	9 236	981	3 043	2 669	
Mittelbare Krankheitsfolgekosten	7 200															
Kosten insgesamt	28 359															
1972																
Vorbeug. u. betreuende Maßnah.	737	5,4	482	60	124	4	42	26	247	51	41	229	1	168	-	
Maßn. d. öffent. Gesundheitsdienstes	164	1,2	-	3	124	4	29	3	164	-	-	-	-	-	-	
Vergleichb. Maßn. sonst. Stellen	168	1,2	168	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	168	-	
Sozialärztliche Dienste	17	0,1	17	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	
Vorbeugende Gesundheitsfürsorge	99	0,7	87	0	-	-	11	-	37	-	-	62	-	-	-	
Aktive Gesundheitsvorsorge	267	2,0	188	56	-	-	1	22	46	51	20	150	1	-	-	
Gesundheitsvorsorge	144	1,1	143	-	-	-	0	-	1	-	-	142	1	-	-	
Rehabilitierende Maßnahmen	124	0,9	44	56	-	-	0	22	44	51	20	8	-	-	-	
Ärztliche Rehabilitation	30	0,2	20	3	-	-	-	7	7	15	-	8	-	-	-	
Beruf. u. soz. Rehabilitation	94	0,7	24	53	-	-	0	16	37	36	20	-	-	-	-	
Unfallverhütung und Erste Hilfe	21	0,2	21	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	
Behandlung	7 281	53,5	6 776	53	-16 <sup>3)</sup>	323	96	49	622	340	122	4 166	310	-	1 721	
Ambulante Behandlung	2 091	15,3	2 019	6	-	-	66	-	128	-	48	1 480	91	-	343	
Stationäre Behandlung	1 989	14,6	1 579	47	-16 <sup>3)</sup>	306	24	49	412	-	11	1 413	152	-	-	
Stationäre Kurbehandlung	1 410	10,4	1 386	1	-	18	6	-	32	274	62	6	-	-	1 036	
Arznei-, Heil-, Hilfsmittel, Zahners.	1 792 <sup>4)</sup>	13,2	1 792	-	-	-	-	-	49	66	1	1 267	67	-	342	
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	1 143	8,4	1 143	-	-	-	-	-	40	0	-	1 036	67	-	-	
Zahnersatz	308	2,3	308	-	-	-	-	-	9	66	1	232	-	-	-	
Krankheitsfolgeleistungen	4 628	34,0	309	4 295	24	-	-	-	311	626	493	667	73	2 459	-	
Krankenhilfe-Barleistungen	940	6,9	309	631	-	-	-	-	309	42	41	462	13	74	-	
Mutterschaftsgeld	128	0,9	-	128	-	-	-	-	-	-	-	128	-	-	-	
Krankenhaustagegeld	58	0,4	-	58	-	-	-	-	-	-	-	-	58	-	-	
Entgeltfortzahlung bei Krankheit	2 385	17,5	-	2 361	24	-	-	-	-	-	-	-	-	2 385	-	
Renten bei Frühinvalidität	1 036	7,6	-	1 036	-	-	-	-	2	584	451	-	-	-	-	
Sterbegeld	80	0,6	-	80	-	-	-	-	-	-	2	77	1	-	-	
Ausb. v. Ärzten u. Pharmazeuten <sup>5)</sup>	329	2,4	-	43	206	65	6	8	285	-	-	-	-	-	43	
Nicht aufteilbare Kosten	646	4,7	5	-	490 <sup>5)</sup>	30	31	90	-	31	106 <sup>5)</sup>	265	243	-	-	
Summe d. unmittelb. Kosten	13 621	100	7 571	4 451	829	423	174	173	1 465	1 048	762	5 328	627	2 627	1 764	
Mittelbare Krankheitsfolgekosten	5 655															
Kosten insgesamt	19 276															

<sup>1)</sup> Teilweise geschätzte Beträge. - <sup>2)</sup> Total geschätzte Beträge. - <sup>3)</sup> Verwaltungsausgaben im Minus = Überschuß. - <sup>4)</sup> Darin enthalten Ausgaben der privaten Haushalte, die sich nicht auf Arzneien, Heil- und Hilfsmittel einerseits und auf Zahnersatz andererseits aufteilen lassen. - <sup>5)</sup> Einschließlich Konkursausfallgeld. - <sup>6)</sup> Einschließlich Forschung in Hochschulen.

**Tabelle 4**  
**Entwicklung und Struktur des Gesundheitsbudgets**

Funktion	Mill. DM			1975	Anteil in %		
	1972	1974	1975	1972 = 100	1972	1974	1975
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen . . .	737	928	1 080	146	5,4	4,9	5,1
Behandlung . . . . .	7 281	10 708	12 694	174	53,5	57,0	60,0
Krankheitsfolgeleistungen . . . . .	4 628	5 836	6 082	131	34,0	31,1	28,7
Ausbildung von Medizinern und Pharmazeuten . . . . .	329	393	254	77	2,4	2,1	1,2
Nichtaufteilbare Kosten . . . . .	646	915	1 050	163	4,7	4,9	5,0
<b>Unmittelbare Kosten insgesamt . . . . .</b>	<b>13 621</b>	<b>18 780</b>	<b>21 159</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Bei der stationären Behandlung haben sich die Kosten von 1972 bis 1975 mehr als verdoppelt. Allerdings haben sich hier die Sachleistungen nicht so stark erhöht (+80%). Mit dem Versuch, die Steigerungsraten der Pflegesatzkosten einzulegen, dessen Erfolg in der geringeren Steigerung der Sachkosten seinen Ausdruck findet, geht aber gleichzeitig ein überproportionaler Anstieg der laufenden Zuweisungen (d. h. der Zuweisungen der öffentlichen Hand an andere Träger zur Abdeckung der durch ein Pflegesatzdefizit entstandenen Schulden) einher; so haben sich die laufenden Zuschüsse von 1972 bis 1975 um 75 Mill. DM erhöht und damit vervierfacht.

Von den *Kostenträgern* (Institutionen) her betrachtet, liegt der Schwerpunkt ganz eindeutig bei der gesetzlichen Krankenversicherung mit 43,7% Anteil an den unmittelbaren Kosten, ergänzt durch die Private Krankenversicherung mit 4,6%. Nahezu lückenlos ist das System der Krankenversicherung, 99,8% der baden-württembergischen Bevölkerung sind gegen Krankheit versichert. Von ihnen sind rund 32% pflichtversicherte Beschäftigte und 12% freiwillige Versicherte; 14% sind als Rentner versichert und 40% als Familienmitglied mitversichert. Die problematische Lage der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere der RVO-Kassen liegt darin, daß etwa ein Drittel ihrer Leistungsausgaben für die Krankenversicherung der Rentner anfällt, während die Beitragseinnahmen für Rentner weniger als ein Viertel aller Beitragseinnahmen ausmachen<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Zur Lage der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. die Beiträge von G. Heß, in: Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 8/1977 und voraussichtlich 1/1978.

Der Anteil der Privaten Haushalte ist mit fast 13% beachtlich hoch, wenn man bedenkt, daß er neben den Ausbildungskosten für die Studierenden nur solche Kosten umfaßt, die den privaten Haushalten neben den Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung entstanden und nicht in Form von Beihilfen der Arbeitgeber erstattet worden sind.

### **Vielfältige Ursachen der Kostenentwicklung**

Zu den vielen miteinander verknüpften Ursachen der Kostensteigerung gehören neben der Ausweitung des versicherten Personenkreises, einem qualitativ verbesserten Angebot an Gesundheitsleistungen und dem erweiterten Leistungskatalog der Versicherungen, auch die allgemeine Verteuerung. Während der Lebenshaltungskostenindex aller privater Haushalte im Dezember 1975 bei 135,8 (1970 = 100) lag, stieg der Preisindex für Waren- und Dienstleistungen für die Gesundheitspflege insgesamt auf 154,4, wobei diese Entwicklung besonders durch die Arzt-, Krankenhaus- und sonstigen Dienstleistungen geprägt wurde (172,8).

Eine wichtige Ursache ist auch die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur. So hat sich von 1970 bis 1975 die Zahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentner um mehr als 20% erhöht, die der anderen Mitglieder dagegen nur um 5%. Bedenkt man, daß die durchschnittlichen Gesamtleistungen der RVO-Kassen je Rentner 1976 um 16,4% (1970 um 13,5%) höher lagen als die für andere Mitglieder (jeweils einschließlich ihrer mitversicherten Familienangehörigen),

**Tabelle 5**  
**Struktur des Gesundheitsbudgets 1975**  
**a) nach Kostenarten**

Funktion	Sachleistungen	Einkommensleistungen	Verwaltungsausgaben	Investitionsausgaben	Lfd. Zuweisungen und Zuschüsse	Investitionszuschüsse
	Anteil an der jeweiligen Funktion in %					
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen . . . . .	66,3	13,3	11,7	0,8	4,1	3,8
Behandlung . . . . .	89,9	0,9	1,0	3,9	1,4	2,9
Krankheitsfolgeleistungen . . . . .	9,4	90,1	0,5	—	—	—
Ausbildung von Medizinern und Pharmazeuten . . . . .	—	22,8	51,5	21,1	3,8	0,7
Nicht aufteilbare Kosten . . . . .	0,7	—	78,1	4,7	3,5	13,1
<b>Unmittelbare Kosten insgesamt . . . . .</b>	<b>60,0</b>	<b>27,4</b>	<b>5,8</b>	<b>2,9</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>
dagegen						
1972 . . . . .	55,6	32,7	6,1	3,1	1,3	1,3
1974 . . . . .	56,9	29,7	5,4	3,2	1,5	3,2

### **b) nach Kostenträgern (Institutionen)**

Funktion	Öffentliche Haushalte	Gesetzliche Rentenversicherung	Gesetzliche Unfallversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung	Arbeitgeber	Private Haushalte
	Anteil an der jeweiligen Funktion in %						
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen . . . . .	28,2	9,7	6,7	35,4	0,0	19,9	—
Behandlung . . . . .	11,4	3,7	1,3	59,1	3,9	—	20,6
Krankheitsfolgeleistungen . . . . .	9,5	16,5	11,0	14,7	1,8	46,5	—
Ausbildung von Medizinern und Pharmazeuten . . . . .	77,2	—	—	—	—	—	22,8
Nicht aufteilbare Kosten . . . . .	—	3,5	17,0	43,6	36,0	—	—
<b>Unmittelbare Kosten insgesamt . . . . .</b>	<b>11,9</b>	<b>7,6</b>	<b>5,1</b>	<b>43,7</b>	<b>4,6</b>	<b>14,4</b>	<b>12,6</b>
dagegen							
1972 . . . . .	10,8	7,7	5,6	39,1	4,6	19,3	13,0
1974 . . . . .	12,4	8,0	5,2	40,6	4,7	16,8	12,5

**Tabelle 6**  
**Wohnbevölkerung – soweit gegen Krankheit versichert – nach Versicherungs- und Kassenart<sup>1)</sup>**

Versicherungsart	Alle Kassen	Darunter			Alle Kassen	Darunter		
		RVO-Kassen <sup>2)</sup>	Ersatz-kassen	Privat-kassen		RVO-Kassen <sup>2)</sup>	Ersatz-kassen	Privat-kassen
	1000				% der Versicherungsart			
Insgesamt								
Alle Versicherten . . . . .	9 118	5 942	2 058	642	100	65	23	7
darunter								
pflichtversichert zusammen . . . . .	2 931	2 183	626	–	100	74	21	–
darunter								
Angestellte . . . . .	947	387	557	–	100	41	59	–
Arbeiter . . . . .	1 763	1 714	48	–	100	97	3	–
freiwillig versichert zusammen . . . . .	1 070	285	392	383	100	27	37	36
darunter								
Selbständige . . . . .	217	85	58	71	100	39	27	33
Mithelfende Familienangehörige . . . . .	19	(6)	(.)	(8)	100	(31)	(.)	(40)
Beamte . . . . .	204	48	29	125	100	24	14	61
Angestellte . . . . .	388	88	245	54	100	23	63	14
als Rentner versichert . . . . .	1 281	1 064	166	–	100	83	13	–
als Familienmitglied mitversichert . . . . .	3 663	2 400	870	249	100	66	24	7

<sup>1)</sup> Ergebnisse des Mikrozensus Mai 1976. – <sup>2)</sup> Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen.

so bedeutet schon allein diese Tatsache ein überdurchschnittliches Ansteigen.

Die Unterschiede in den Leistungen je Mitglied und je Rentner könnten noch deutlicher sein, wenn man angeben könnte, für wie viele mitversicherte Familienangehörige diese Leistungen gelten. Da nach den Ergebnissen der Volkszählung 1970 von jedem Erwerbstätigen im Durchschnitt 1,9 Personen ernährt wurden, von jedem Rentner jedoch nur 1,3 Personen, kann man davon ausgehen, daß die Kosten je versorgter Person bei den Rentnern noch deutlich höher liegen als bei anderen Mitgliedern.

**Tabelle 7**  
**Leistungsausgaben der RVO-Kassen<sup>1)</sup>**

Jahr	Allgemeine Krankenversicherung		Krankenversicherung der Rentner	
	Betrag insgesamt	je Mitglied <sup>2)</sup>	Betrag insgesamt	je Mitglied <sup>2)</sup>
	1000 DM	DM	1000 DM	DM
1970 .....	1 879 706	748,05	741 485	849,49
1971 .....	2 278 504	904,06	948 138	1 050,27
1972 .....	2 590 500	1 028,67	1 143 647	1 234,16
1973 .....	2 913 597	1 153,86	1 345 540	1 424,94
1974 .....	3 405 755	1 360,80	1 671 828	1 715,75
1975 .....	4 135 838	1 708,83	2 022 088	2 003,63
1976 <sup>3)</sup> .....	4 463 990	1 861,03	2 241 959	2 165,84

<sup>1)</sup> Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen. – <sup>2)</sup> Einschließlich mitversicherte Familienmitglieder. – <sup>3)</sup> Vorläufige Zahlen.

Die Mehrbelastung durch Rentner zeigt sich auch deutlich in den Ergebnissen der Mikrozensusbefragung (April 1974) zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. So war von den

65jährigen und älteren jeder Dritte überwiegend chronisch bzw. langfristig krank, von den 40- bis 65jährigen jeder Fünfte. Bei beiden Gruppen bilden Herz- und Kreislafkrankheiten (mit 5% bzw. 13% der altersgleichen Wohnbevölkerung) den Schwerpunkt.

## Ausblick

Obschon sich durch das Hereinwachsen geburtenstarker Jahrgänge in das Erwerbsleben zahlenmäßig eine Verbesserung der Mitgliederstruktur abzeichnet, wird die Belastung der Kassen durch die Überalterung innerhalb der Gruppe der Rentner sicher nicht geringer werden. Die Zahl der Erwerbspersonen – und damit der potentiellen Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung – wird bis 1990 kontinuierlich steigen<sup>7)</sup> und sich somit die Relation Pflichtmitglieder/Rentner verbessern, die sich danach jedoch mit dem überdurchschnittlichen Anwachsen der Altenbevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der Erwerbspersonen erheblich verschlechtern wird.

Der unregelmäßige Altersaufbau der Bevölkerung und die daraus sich ergebende ständige Veränderung der Bevölkerungsstruktur werden den Leistungsbedarf auch künftig erheblich steigen lassen. Das Problem besteht darin, die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zu halten, d. h. die Kostenexpansion einzudämmen, ohne das hohe Versorgungsniveau zu gefährden. Dabei ist allerdings auch dieses Versorgungsniveau an der Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft der Versicherten zu messen. In diesem Zusammenhang dürfen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht isoliert, sondern müssen im Rahmen der Gesamtbelastung der Arbeitseinkommen gesehen werden.

<sup>7)</sup> Vgl. Statistischer und prognostischer Jahresbericht 1976/77, S. 51 ff.