

ANALYSE

AUSGABENEXPLOSION STATT EINNAHMENEROSION IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Es ist heftig umstritten, wie die prekäre Finanzierungslage der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zu erklären ist. Auf der einen Seite wird behauptet, die Basis für die Beitragseinnahmen schwinde immer mehr. Auf der anderen Seite wird vorgebracht, dass vor allem ein übermäßiger Ausgabenanstieg die Krankenversicherung in eine Finanzierungsklemme gebracht hat. Die empirischen Fakten sprechen eindeutig für ein Ausgabenproblem. Denn die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten stiegen seit der Wiedervereinigung mit jährlich 2,8 Prozent um 0,4 Prozentpunkte pro Jahr stärker an als das Volkseinkommen je Einwohner. Damit erodiert die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, vielmehr weist sie eine höhere Dynamik auf als die gesamtwirtschaftliche Einkommensentwicklung. Gleichzeitig legten die Kassenausgaben je Versicherten seit 1991 alljährlich um durchschnittlich 4 Prozent zu und damit jedes Jahr um 1,2 Prozentpunkte stärker als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten. Reformen müssen deshalb vorrangig an den überproportional wachsenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ansetzen.

Unbestritten ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland unter anhaltenden Finanzierungsschwierigkeiten leidet. Allein seit der Wiedervereinigung legte der durchschnittliche Beitragssatz um 2,1 Prozentpunkte auf voraussichtlich 14,4 Prozent in diesem Jahr zu. Auch die wechselseitig negativen Wirkungen zwischen steigenden Sozialabgaben und Beschäftigungschancen werden kaum in Zweifel gezogen. Strittig sind dagegen die Ursachen der anhaltenden Finanzmisere: Steigen die Ausgaben überproportional oder sinken die Beitragseinnahmen aufgrund einer erodierenden Bemessungsgrundlage?

Problemstellung

Je nach Diagnose ergeben sich unterschiedliche Reformvorstellungen, die sich im politischen Wettstreit offensichtlich gegenseitig blockieren. Wäh-

rend die einen das Problem in zu hohen Ausgaben sehen und dafür plädieren, den Leistungskatalog einzuschränken und mehr Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen einzuführen (BDA, 2001), empfehlen die Vertreter der These des Einnahmenproblems, vorrangig die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag auszudehnen und vermeintlich besser Verdienende stärker zur Finanzierung heranzuziehen (IG Metall, 2001; ver.di, 2002a). Die zweite Position wurde erst vor kurzem durch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) aufgegriffen (Meinhardt/Schulz, 2003). Demnach habe sich die Relation der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen zum Bruttoinlandsprodukt in Westdeutschland zwischen 1975 und 1998 lediglich von 5,7 auf 6 Prozent erhöht. Dagegen sei der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter am Bruttoinlandsprodukt im gleichen Zeitraum von 47,2 auf 42,3 Prozent gesunken. Da Maßnahmen auf der Ausgabenseite bestenfalls mittel- bis langfristig greifen würden, könne das Finanzierungsproblem kurzfristig nur durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage gelöst werden. Im Gegensatz zu den Gewerkschaftsvorstellungen plädiert das DIW für einen Umstieg auf ein Finanzierungsmodell mit personenbezogenen Pauschalprämien.

In diesem Beitrag wird untersucht, ob die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland die Folge einer erodierenden Einnahmenbasis oder eines überproportionalen Ausgabenanstiegs sind. Zunächst wird gezeigt, anhand welcher Indikatoren die Entwicklung beitragspflichtiger Einkommen gemessen werden kann und ob sich überhaupt ein Einnahmenproblem ergibt. Anschließend wird analog untersucht, wie ein Ausgabenproblem empirisch bestimmt werden kann und inwieweit sich ein solches in Deutschland konstatieren lässt. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich dabei – sofern es die Datenlage erlaubt – auf die Jahre 1991 bis 2002.

Einnahmenerosion?

Die Gewerkschaftsseite untermauert die These von einer erodierenden Einnahmenbasis mit der Behauptung, die Lohnquote (Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen) sinke stetig (ver.di, 2002a; IG Metall, 2001) oder der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter am Bruttoinlandsprodukt sei rückläufig (ver.di, 2002b, 19; Meinhardt/Schulz, 2003). Mit den Arbeitnehmerentgelten, die in die Lohnquote einfließen, wird die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag beschrieben. Deren Ent-

wicklung soll wiederum einen Rückschluss auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben.

Zunächst ist bei dieser Position zu kritisieren, dass mit den Arbeitnehmerentgelten die Beitragsbasis für die gesetzliche Krankenversicherung nicht treffsicher beschrieben werden kann. Nach der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen werden beim Arbeitnehmerentgelt auch die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung erfasst. Da der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung tatsächlich aber nur auf die Bruttolöhne und -gehälter bis zur Beitragsbemessungsgrenze bezogen wird, überzeichnen die Arbeitnehmerentgelte die Basis für die Beitragserhebung. Zudem variieren die Arbeitnehmerentgelte auch dann, wenn sich trotz konstanter Bruttolöhne und -gehälter die Beitragssätze verändern.

*Einnahmen-
indikatoren*

Mit einer Bereinigung um die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung erhält man die Bruttolohn- und -gehaltssumme. Einerseits beinhaltet diese Größe mit den Beamtenbezügen eine Komponente, die nicht in die Bemessungsgrundlage der Krankenversicherungsbeiträge einfließt. Andererseits vernachlässigt sie mit den Sozialversicherungsrenten eine Komponente, die wiederum beitragspflichtig ist (Sachverständigenrat, 2002, Tz. 243). Eine entsprechende Korrektur führt zu den Lohn- und Transfereinkommen, die aber nicht die Kappung des Beitrags an der Beitragsbemessungsgrenze erfassen. Eine veränderte Verteilung der Gehälter und Renten in Relation zur Beitragsbemessungsgrenze beeinflusst damit die Beitragseinnahmen. Dieser Effekt wird aber durch den zuletzt genannten Einnahmenindikator nicht nachgewiesen.

Als Alternative lässt sich die Entwicklung der Basis für die Kasseneinnahmen direkt beobachten. Dazu werden die beitragspflichtigen Einkommen aus dem durchschnittlichen Beitragssatz und den tatsächlichen Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung je Periode ermittelt (Sachverständigenrat, 2002, Tz. 244).

Um beurteilen zu können, ob sich die Einnahmensituation im Zeitablauf verbessert oder verschlechtert hat, müssen die Kenngrößen für die Einnahmenbasis auf eine gesamtwirtschaftliche Einkommensgröße bezogen werden. Üblicherweise wird das Volkseinkommen herangezogen, einzelne Au-

*Bezugsgröße für
Einnahmen*

toren nehmen hierbei jedoch Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt (Meinhardt/Schulz, 2003; ver.di, 2002b, 19). Dahinter steht die Vorstellung, die in einer Periode erwirtschafteten Einkommen, die wiederum der Beitragsbemessung zugrunde liegen, abbilden zu können. Ein sinkender Anteil dieser Einkommen am Bruttoinlandsprodukt könnte demnach Rückschlüsse auf eine Schwächung der Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung nahe legen – vorausgesetzt, der Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten bleibt unverändert.

Grundsätzlich werden mit dem Bruttoinlandsprodukt sämtliche in einer Periode erwirtschafteten Faktorleistungen, also sämtliche Einkommen der im Inland eingesetzten Produktionsfaktoren, abgebildet. Nach Abzug des Saldos der Einkommen aus der übrigen Welt erhält man das Bruttonationaleinkommen (Bruttosozialprodukt), was wiederum als Einkommen der Inländer interpretiert werden kann. Damit wird der Einkommensbegriff weit gefasst, weil zum einen alle Produktionsfaktoren und zum anderen im Gegensatz zum verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte alle Sektoren im volkswirtschaftlichen Produktionsprozess – Unternehmen, Haushalte und Staat – betrachtet werden. Diese Vorgehensweise impliziert, dass aus sämtlichen Einkommen kassenfinanzierte Gesundheitsleistungen nachgefragt werden können.

Allerdings umfasst das Bruttonationaleinkommen auch Abschreibungen. Werden diese Ersatzinvestitionen in die Referenzgröße einbezogen, nimmt man in Kauf, dass das in einer Periode erwirtschaftete Einkommen auch durch das Auflösen des Kapitalbestands gespeist werden kann. Soll aber ausgeschlossen sein, dass mit einem Abbau der Kapitalausstattung die Grundlage für zukünftige Einkommenserzielung erodiert, dann dürfen die Abschreibungen nicht als Einkommensbestandteil verwendet werden, sondern müssen abgezogen werden. Nach Abzug der Abschreibungen vom Bruttonationaleinkommen erhält man das Nettonationaleinkommen zu Marktpreisen. Die in einer Periode erwirtschafteten Faktoreinkommen sind zudem als die im Produktionsprozess entstandenen Faktorkosten zu interpretieren. Somit muss auch der Saldo aus Produktions- und Importabgaben einerseits und Subventionen andererseits abgezogen werden. Denn eine Bewertung zu Marktpreisen überzeichnet die Faktoreinkommen, weil indirekte Steuern und Importabgaben zu überhöhten und Subventionen zu ermäßigten Werten führen. Bereinigt um diesen Saldo, erhält man

mäßigten Werten führen. Bereinigt um diesen Saldo, erhält man schließlich das Volkseinkommen (Nettonationaleinkommen zu Faktorkosten). Stellt man also auf die im Produktionsprozess erwirtschafteten Einkommen ab, ist das Volkseinkommen – und nicht das Bruttoinlandsprodukt – als Bezugsgröße zu wählen.

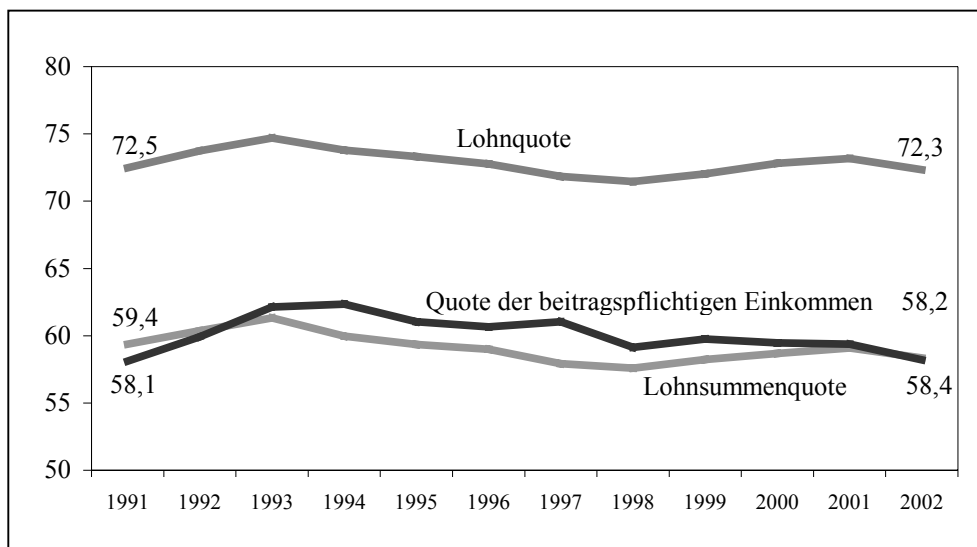
Ungeachtet dieser methodischen Klarstellung bestätigt sich der Befund einer sinkenden Lohnquote in Deutschland im Zeitraum 1991 bis 2002 nicht (Abbildung 1). Dieses Ergebnis gilt auch für Westdeutschland in den vergangenen Dekaden, wenngleich konjunkturelle Einflüsse immer wieder zu kurzfristigen Schwankungen geführt haben (Grömling, 2001, 31 ff.):

*Lohnquote
sinkt nicht*

Abbildung 1

Lohnquote, Lohnsummenquote und Quote der beitragspflichtigen Einkommen

- Deutschland, in Prozent -



Lohnquote: Arbeitnehmerentgelte in Prozent des Volkseinkommens. Lohnsummenquote: Arbeitnehmerentgelt ohne Sozialbeiträge der Arbeitgeber in Prozent des Volkseinkommens. Beitragspflichtige Einkommen: errechnet aus dem durchschnittlichen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung und den tatsächlichen Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Prozent des Volkseinkommens. Quelle: Statistisches Bundesamt; BMGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



- Mit einem Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen von 72,3 Prozent im Jahr 2002 wurde das Ausgangsniveau von 1991 nur minimal um 0,2 Prozentpunkte unterschritten. Die Schwankungen in den neunziger Jahren erklären sich durch konjunkturelle Einbrüche (1993),

die über rückläufige Gewinne die Lohnquote erhöhten, sowie die sukzessive Anpassung der ostdeutschen Erwerbsstruktur.

- Die Lohnsummenquote, der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter (Arbeitnehmerentgelte ohne die Sozialbeiträge der Arbeitgeber) am Volkseinkommen, verläuft auf einem niedrigeren Niveau. Ihr Verlauf folgte jedoch der Lohnquote, und sie pendelte seit der Wiedervereinigung um einen Mittelwert von 59,1 Prozent. Allerdings streute die Lohnsummenquote etwas stärker als die Lohnquote – zwischen 61,3 Prozent im Jahr 1993 und 57,6 Prozent im Jahr 1998.
- Dagegen weicht der Verlauf des Anteils der beitragspflichtigen Einkommen am Volkseinkommen leicht von den beiden zuvor genannten Größen ab. Bis 1993 entwickelte er sich deutlich dynamischer als der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter und erreichte sein Maximum im Jahr 1994. Die Verschiebung des Höchstwerts um ein Jahr kann mit der Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze erklärt werden, die mit einem Jahr Verzögerung an das Wachstum der Bruttolohn- und -gehaltssumme je Arbeitnehmer angepasst wird. Im Jahr 2002 fiel diese Quote mit 58,2 Prozent wieder unter das Niveau des Anteils der Bruttolöhne und -gehälter am Volkseinkommen (58,4 Prozent). Eine mögliche Ursache wird in der wachsenden Bedeutung der „Verschiebebahnhöfe“ zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vermutet (Sachverständigenrat, 2002, Tz. 244).

Individuelle Perspektive

Gleichwohl erlaubt der empirische Befund weitgehend konstanter Quoten noch keine Antwort auf die Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung vorrangig unter einer Erosion der Einnahmenbasis leidet. Neben der bisher angeführten Kritik ist einzuwenden, dass nicht die Quote der beitragspflichtigen Einkommen für die Finanzsituation ausschlaggebend ist. Vergewundert man sich, dass die einzelnen Kassen als Versicherungen operieren, so ist stark vereinfachend gesprochen für die Wirtschaftlichkeit der Unternehmung ausschlaggebend, wie hoch die durchschnittlichen Einnahmen je Versicherten sind – konstante Ausgaben je Anspruchsberechtigten vorausgesetzt. Die durchschnittlichen Einnahmen je Versicherten werden aber nicht nur durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen, sondern auch durch Schwankungen im Versichertenbestand beeinflusst.

Bei einer Pro-Kopf-Betrachtung ist zunächst anzumerken, dass seit 1991 der Versichertenbestand in der gesetzlichen Krankenversicherung grob betrachtet zwischen 72,2 Millionen im Jahr 1993 und 70,7 Millionen Menschen im Jahr 2002 schwankte (Tabelle 1). Bereits vor 1991 war der Bestand in den alten Bundesländern mit dem Fall des Eisernen Vorhangs wanderungsbedingt deutlich angewachsen – um mehr als 1 Million Menschen im Jahr 1990. Nach der Wiedervereinigung stieg die Anzahl in Westdeutschland um weitere 2,3 Millionen an, nahm dafür aber in Ostdeutschland in ähnlichem Umfang ab.

*Schwankender
Versichertenbestand*

Tabelle 1

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung - in Tausend -

	Westdeutschland	Ostdeutschland	Deutschland
1991	56.843	14.440	71.283
1992	57.166	14.810	71.976
1993	57.474	14.691	72.165
1994	57.386	14.328	71.714
1995	58.749	13.137	71.886
1996	59.114	13.018	72.132
1997	58.730	12.865	71.595
1998	58.908	12.750	71.658
1999	59.209	12.573	71.782
2000	59.248	12.567	71.815
2001	59.145	12.113	71.258
2002	-	-	70.731

Daten für West- und Ostdeutschland liegen für 2002 nicht vor.
Quelle: Sachverständigenrat, 2002; BMGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



Um einerseits der Kritik an der Aussagekraft einzelner Aggregate der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen gerecht zu werden und andererseits die Schwankungen im Versichertenbestand zu berücksichtigen, werden im Folgenden die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten betrachtet. Würde man stattdessen nur auf die Beitragszahler abstellen, bliebe außer Acht, dass aus den Einnahmen auch die Nachfrage der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen bestritten wird. Entsprechend ist auch die Be-

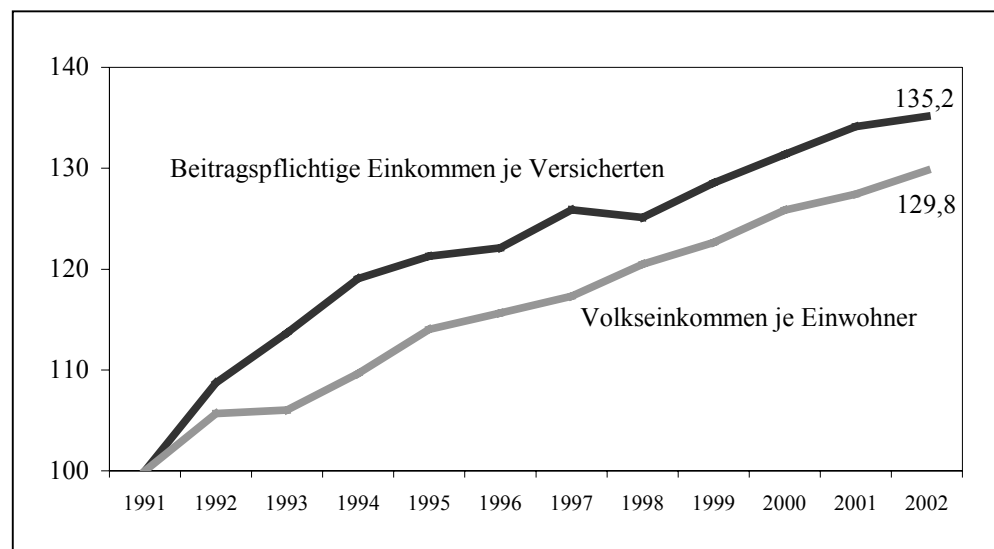
*Pro-Kopf-
Betrachtung*

zuggröße Volkseinkommen auf die Ebene einzelner Wirtschaftssubjekte zu beziehen. Aus der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten im Vergleich zum Volkseinkommen je Einwohner wird erkennbar, ob die erwirtschafteten Einkommen in geringerem oder stärkerem Ausmaß in die Nachfrage nach kassenfinanzierten Gesundheitsleistungen fließen (Abbildung 2).

Abbildung 2

Beitragspflichtige Einkommen und Volkseinkommen

- Deutschland, Index 1991=100 -



Beitragspflichtige Einkommen: errechnet aus dem durchschnittlichen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung und den tatsächlichen Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen.
Quelle: Statistisches Bundesamt; Sachverständigenrat, 2002; BMGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



Ausgehend vom Basisjahr 1991 stiegen die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten bis 2002 um insgesamt gut 35 Prozent an. Dem entspricht eine jahresdurchschnittliche Wachstumsrate von 2,8 Prozent. Das Volkseinkommen je Einwohner stieg im gleichen Zeitraum um insgesamt fast 30 Prozent oder um durchschnittlich 2,4 Prozent pro Jahr an. Seit der Wiedervereinigung legten die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten damit alljährlich um 0,4 Prozentpunkte stärker zu als die erwirtschafteten Einkommen je Einwohner. Das Ergebnis bestätigt sich auch über den Beobachtungszeitraum 1986 bis 2002. Die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung ist folglich nicht erodiert. Im Gegenteil: Die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten sind verglichen mit der Entwicklung der

erwirtschafteten Einkommen der gesamten Volkswirtschaft je Einwohner überproportional gestiegen. Ein stetig wachsender Anteil der Einkommen entfällt damit auf die Nachfrage von kassenfinanzierten Gesundheitsleistungen.

Gegen diese Darstellung könnte eingewendet werden, dass das Volkseinkommen auf alle Einwohner bezogen wird, aber nur rund 86 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind (BMGS, 2003). Somit könnten der abweichende Verlauf und die unterschiedlich hohen Wachstumsraten ein verzerrtes Bild wiedergeben. Nimmt man die Einwohner als Bezugsgröße, dann muss die den Kassenleistungen vergleichbare Nachfrage der nicht gesetzlich versicherten Personen einbezogen werden. Unter der Annahme, der überwiegende Teil dieser Bevölkerungsgruppe (Selbstständige, Beamte) sei privat krankenversichert – weniger als 0,2 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben keinen Krankenversicherungsschutz (Statistisches Bundesamt, 2002, 62) –, wird der Abstand sogar noch unterzeichnet. Denn der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) weist aus, dass die vergleichbaren Versicherten ausgaben ihrer Klientel seit der Wiedervereinigung deutlich stärker gestiegen sind als die der gesetzlichen Kassen (PKV, 2002, 37).

Trotz dieses Ergebnisses lassen sich strukturelle Finanzierungsprobleme erkennen (Tabelle 2). Aufgrund des Finanzierungsmodus fallen die Beiträge der Rentner systematisch niedriger aus als die durchschnittlichen Beiträge je Versicherten in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Das liegt daran, dass der Beitragsbemessung in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) die gegenüber den Erwerbseinkommen niedrigere Rente zugrunde liegt. Allerdings hat sich das Verhältnis der Beiträge je Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner zur Allgemeinen Krankenversicherung seit der Wiedervereinigung leicht verbessert. 1991 erreichte der KVdR-Beitrag je anspruchsberechtigten Rentner lediglich 73,1 Prozent des durchschnittlichen AKV-Beitrags je Erwerbstätigen und dessen beitragsfrei versicherte Familienangehörige. Im Jahr 2001 waren es immerhin 77,2 Prozent.

Tabelle 2

Beitragseinnahmen je Versicherten

- in Euro pro Jahr -

	Allgemeine Krankenversicherung (AKV)	Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	Verhältnis KVdR zu AKV in Prozent
1991	1.321	965	73,1
1992	1.480	1.014	68,5
1993	1.632	1.138	69,7
1994	1.698	1.268	74,7
1995	1.703	1.304	76,6
1996	1.766	1.321	74,8
1997	1.810	1.376	76,0
1998	1.830	1.420	77,6
1999	1.873	1.456	77,7
2000	1.915	1.470	76,8
2001	1.954	1.508	77,2

Quelle: Sachverständigenrat, 2002; BMGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



Ausgabenproblem?

Mit dem bisherigen Ergebnis, dass die gesetzliche Krankenversicherung offensichtlich mit keiner erodierenden Beitragsbasis konfrontiert ist, kann aber nicht erklärt werden, warum sie trotz steigender Beitragssätze wiederholt in Finanzierungsprobleme geraten ist. Diese Frage gewinnt vor allem deshalb an Brisanz, weil vor allem Gewerkschaftsvertreter versuchen, Ausgabenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Verweis auf eine seit Jahren nahezu unveränderte Ausgabenquote zu widerlegen (IG Metall, 2001; ver.di, 2002a; 2002b, 8).

Die Ausgabenquote wird hier definiert als der Anteil der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen am Bruttoinlandsprodukt (Sachverständigenrat, 2002, Tz. 238). Außerdem wird im Folgenden die Ausgangssituation in Deutschland im Zeitraum 1991 bis 2002 analysiert. Dagegen beschränken sich einzelne Untersuchungen (Meinhardt/Schulz, 2003) zum einen auf Westdeutschland, zum anderen lediglich auf die Behandlungsausgaben statt auf die gesamten Kassenausgaben:

- Die Beschränkung auf Westdeutschland ist nicht problemorientiert, da seit 1996 mit dem Recht auf freie Kassenwahl die regionale Abgrenzung besonders bei überregional operierenden Anbietern nur begrenzt aussagefähig ist. Schwerer wiegt aber der Einwand, dass unabhängig von der regionalen Zuweisung das Phänomen steigender Beitragssätze sowohl in West- wie auch in Ostdeutschland auftritt und nicht nur regionale Arbeitsmärkte belastet.
- Auch die Beschränkung auf die Behandlungsausgaben ist problematisch. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) weist in seiner Ausgabenrechnung nach neuer Abgrenzung die Gesamtheit der gesundheitsbezogenen Leistungsnachfrage aus. Dieser Ausgabenbegriff wird vor allem mit Blick auf die internationale Vergleichbarkeit von Kennziffern verwendet. Die Darstellung grenzt Einkommensleistungen der Kassen aus, bezieht dafür aber Gesundheitsleistungen anderer Sozialversicherungsträger ein (BMG, 2001, 372). Aber weder der erweiterte Ausgabenbegriff noch die Beschränkung auf die Behandlungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben einen Rückschluss auf die Entwicklung der beitragsfinanzierten Ausgaben. Schließlich müssen über den Beitragssatz sämtliche Leistungen der gesetzlichen Kassen einschließlich der Einkommensleistungen finanziert werden. Die darüber hinausgehende Nachfrage wird über Beiträge zu anderen Sozialversicherungen oder privat finanziert.

Dagegen ist der Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt konsistent. Das Bruttoinlandsprodukt kann als gesamtwirtschaftliche Nachfrage in einer Periode interpretiert werden. Im Gegensatz zum Faktoreinkommen werden bei diesem Nachfrageaggregat auch kassenfinanzierte Leistungen – wie bei der übrigen Güternachfrage – zu Marktpreisen bewertet. Die Ersatzinvestitionen für den Verschleiß von Sachkapital im Produktionsprozess (Abschreibungen) sind ebenfalls Bestandteil der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage.

Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt ist Anfang der siebziger Jahre besonders stark gestiegen – von 3,7 Prozent (1970) um mehr als 2 Prozentpunkte innerhalb von fünf Jahren (Abbildung 3). Die Entwicklung wird vor allem auf die Ausdehnung des Leistungskatalogs und die Einführung von Einzelleistungsvergütungen zurückgeführt (Sachverständigenrat, 2002, Tz. 238). Zwischen 1980 und 1988

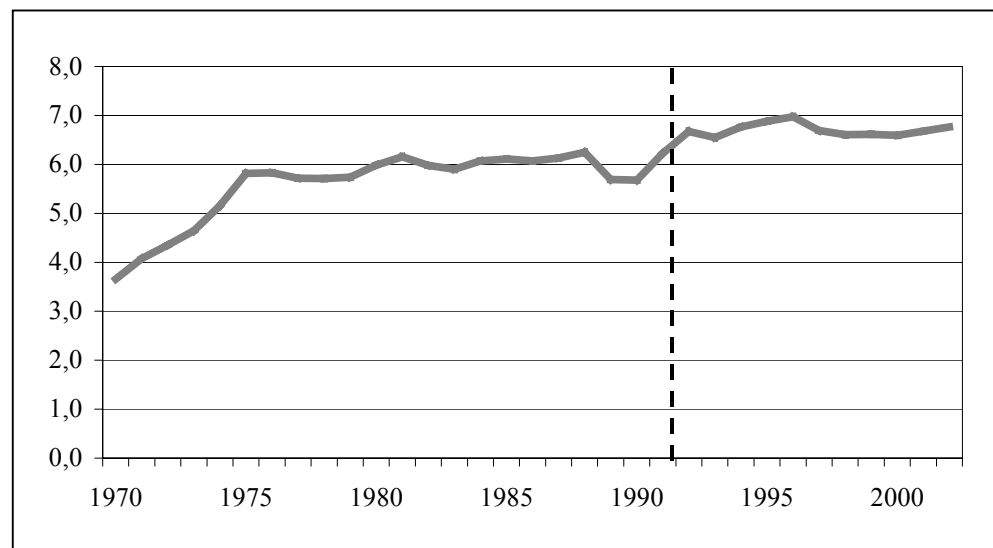
*Ausgabenquote
steigt*

pendelte der Wert zwischen 5,9 und 6,3 Prozent und fiel bis zur Wiedervereinigung auf 5,7 Prozent zurück. Während der neunziger Jahre unterlag die Ausgabenquote erratischen Schwankungen auf hohem Niveau. So stieg die Quote bis 1996 auf 7,0 Prozent und pendelte sich danach zwischen 1998 und 2000 bei 6,6 Prozent ein. In den letzten beiden Jahren stieg die Ausgabenquote jeweils um 0,1 Prozentpunkte auf nunmehr 6,8 Prozent im Jahr 2002.

Großzügige Rundungsregeln – wie sie offenbar von den Verfechtern der These einnahmenseitiger Probleme angewendet werden, wenn sie von einer annähernd unveränderten Ausgabenquote von rund 6 Prozent sprechen (IG Metall, 2001; ver.di, 2002a) – unterschlagen dabei die großen Hebelwirkungen der Bezugsgröße Bruttoinlandsprodukt. Gegenüber 1991 legte die Quote im Jahr 2002 zwar „nur“ um 0,6 Prozentpunkte zu. Diesem Anstieg entsprechen jedoch Mehrausgaben von knapp 12,7 Milliarden Euro oder 1,3 Beitragssatzpunkte zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Abbildung 3

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung - in Prozent des Bruttoinlandsprodukts -



Bis 1990 Westdeutschland, ab 1991 Deutschland.

Quelle: Statistisches Bundesamt; BMGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



*Problematische
Preisbereinigung*

Die dargestellte Ausgabenquote beruht auf nominalen Größen und kann deshalb bei unterschiedlicher Entwicklung des Preisniveaus für Gesundheitsleistungen und des Deflators des Bruttoinlandsprodukts ein verzerrtes

Bild wiedergeben. Steigt zum Beispiel der Preisindex für Gesundheitsleistungen stärker als das gesamtwirtschaftliche Preisniveau, dann kann trotz einer steigenden nominalen Ausgabenquote die reale Nachfragequote nach kassenfinanzierten Gesundheitsleistungen konstant geblieben sein. Die Betrachtung realer Größen verspricht daher eine größere Aussagekraft.

Die Deflationierung nominaler Gesundheitsausgaben stößt aber auf methodische Probleme, denn ein geeigneter Preisindex müsste die Veränderungen des relevanten Warenkorbs im Zeitablauf richtig erfassen. Dabei entstehen vor allem bei der Berücksichtigung veränderter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten und -qualitäten empirische Probleme. Ein Beispiel hierfür ist etwa, wie der Gewinn an Lebensqualität infolge gering-invasiver Operationsmethoden gegenüber traditionellen Eingriffen zu bewerten ist. Preise spiegeln im Gesundheitswesen oftmals nicht die Zahlungsbereitschaft der Nachfrager wider. Sie unterliegen zahlreichen regulierenden Eingriffen, die unmittelbar (Arzneimittel) oder mittelbar (einheitliche Honorarverhandlungen) die Preisbildung beeinflussen (Pimpertz, 2002, 4, 8 ff.). Die Interventionen wirken außerdem nicht im Zeitablauf konstant, sondern unterliegen ständigen Veränderungen durch die Politik. Angesichts dieser theoretischen und methodischen Schwierigkeiten sind Preisindizes für Gesundheitsausgaben nur bedingt belastbar. Somit sind Aussagen über preisbereinigte Ausgabenquoten kaum aussagefähig, so dass sie im weiteren Verlauf dieser Untersuchung nicht analysiert werden.

Die Interpretation der Ausgabenquote – unabhängig davon, ob es sich um Relationen auf nominaler oder realer Basis handelt – erlaubt aus folgendem schwerwiegenden Grund keine zweifelsfreie Diagnose: Eine steigende Ausgabenquote kann durch höhere Ausgaben je Versicherten (bei konstantem Versichertenbestand), durch eine steigende Anzahl versicherter Personen (bei konstanten oder sogar sinkenden Ausgaben je Versicherten), aber auch durch beide Entwicklungen verursacht werden. Folglich muss bei der Interpretation der Ausgabenquote auch ein schwankender Versichertenbestand berücksichtigt werden. Im Falle sinkender Ausgaben je Versicherten wäre eine konstante oder steigende Quote ökonomisch nicht zu beanstanden, weil diese Konstellation bei unverändertem Leistungsumfang auf Effizienzgewinne deuten kann. Außerdem kann das Bruttoinlandsprodukt kurzfristig stärker schwanken als das Ausgabenvolumen der Krankenkassen. Denn das

*Ausgabenquote
ungeeignet*

Krankheitsgeschehen ist – von unerwartet auftretenden Epidemien abgesehen – weniger reagibel als die gesamtwirtschaftliche Nachfrage.

Der Einfluss des Versichertenbestands könnte ausgeschaltet werden, wenn man die Quote um Bestandsschwankungen bereinigt. Ebenso ließen sich kurzfristige Schwankungen des Bruttoinlandsprodukts ausschalten, indem eine langfristig durchschnittliche Wachstumsrate zugrunde gelegt wird:

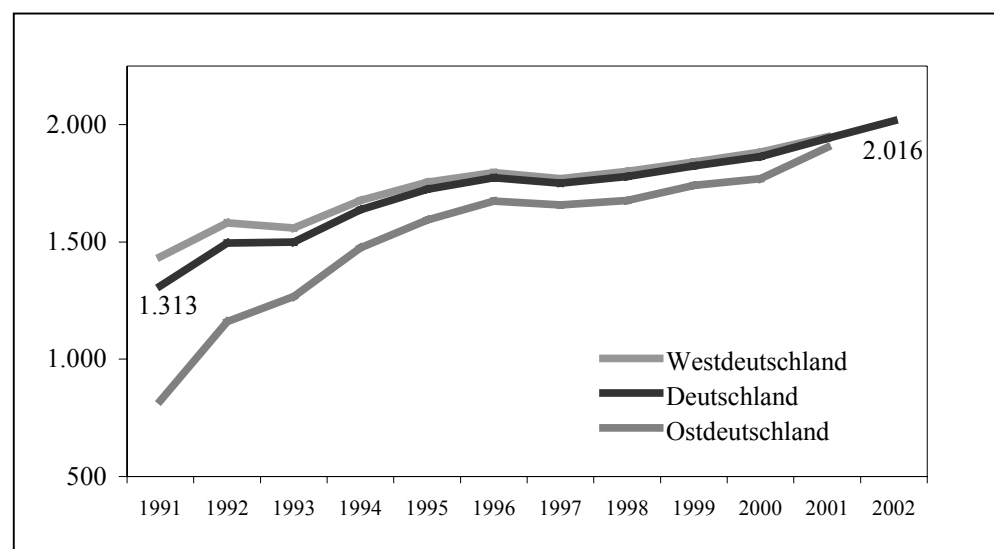
- Eine empirische Überprüfung für die neunziger Jahre zeigt, dass sich eine um Bestandsschwankungen bereinigte Ausgabenquote zwar analog zur unbereinigten Quote entwickelte, aber in einzelnen Jahren spürbare Niveauunterschiede auftraten.
- Die Ergebnisse einer Bestands- und Konjunkturbereinigung variieren allerdings mit der Wahl des Basisjahres. Die Auswahl eines konkreten Referenzzeitpunkts lässt sich jedoch ökonomisch nicht begründen.

*Ausgabenanstieg
je Versicherten*

Wiederum kann davon ausgegangen werden, dass es für ein Versicherungsunternehmen ausschlaggebend ist, ob die durchschnittlichen Ausgaben je Anspruchsberechtigten – konstante Einnahmen je Versicherten vorausgesetzt – steigen oder sinken (Abbildung 4).

Abbildung 4

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung - je anspruchsberechtigten Versicherten in Euro pro Jahr -



West- und ostdeutsche Werte liegen nur bis 2001 vor.

Quelle: BMGS; Sachverständigenrat, 2002; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



Seit 1991 stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung – bezogen auf Pflicht- und freiwillige Mitglieder und deren beitragsfrei versicherte Familienangehörige – von 1.313 Euro pro Jahr und Anspruchsberechtigten auf 2.016 Euro im Jahr 2002 nahezu ungebremst um jahresdurchschnittlich 4 Prozent an. Lediglich 1997 infolge des Beitragsentlastungsgesetzes ging der Wert gegenüber dem Vorjahr zurück. Besonders starke Zuwächse sind für die Jahre 1992, 1994, 1995 und 1996 zu verzeichnen. Der Gesamtanstieg ist mit der Wiedervereinigung nicht zu erklären. Zum einen stiegen die Ausgaben bereits in den Jahren 1986 bis 1990 in Westdeutschland mit ähnlicher Dynamik – die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate lag bei 3,9 Prozent. Zum anderen näherten sich die Ausgaben je Versicherten in den neuen Bundesländern bis Mitte der neunziger Jahre rasch an das westdeutsche Niveau an und schlossen bis 2001 nahezu auf.

Analog zur Einnahmenseite erlaubt die Unterscheidung in Rentner und Versicherte im Erwerbstätigenalter einen weiteren Aufschluss über mögliche Ursachen der aufgezeigten Ausgabenentwicklung (Tabelle 3).

*Altersbedingter
Ausgabenanstieg*

Tabelle 3

Ausgaben je Versicherten - in Euro pro Jahr -

	Allgemeine Krankenversicherung (AKV)	Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	Verhältnis KVdR zu AKV in Prozent
1991	937	2.330	248,7
1992	1.063	2.665	250,7
1993	1.055	2.685	254,5
1994	1.142	2.931	256,7
1995	1.215	3.014	248,1
1996	1.249	3.104	248,5
1997	1.215	3.098	255,0
1998	1.222	3.177	260,0
1999	1.242	3.287	264,7
2000	1.262	3.369	267,0
2001	1.316	3.539	268,9

Quelle: Sachverständigenrat, 2002; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



In der Allgemeinen Krankenversicherung stiegen die Ausgaben je Anspruchsberechtigten zwischen 1991 und 2001 – Daten für das Jahr 2002 sind noch nicht verfügbar – um gut 40 Prozent, in der Krankenversicherung der Rentner dagegen um fast 52 Prozent. Noch deutlicher wird die Entwicklung über den Zeitraum 1986 bis 2001. Dem Anstieg in der AKV um fast 62 Prozent steht ein Sprung von gut 86 Prozent in der KVdR gegenüber. Offensichtlich geht das Ausgabenwachstum zu einem großen Anteil auf überproportionale Zuwächse bei den Aufwendungen je älteren Versicherten zurück. Verursachte ein Anspruchsberechtigter der KVdR im Jahr 1986 durchschnittlich das 2,3-Fache der Ausgaben eines Versicherten in der AKV, war es im Jahr 1991 bereits das 2,5-Fache und im Jahr 2001 sogar das 2,7-Fache.

Kein statistischer Effekt

Theoretisch könnte sich dieses Ergebnis auch aufgrund eines statistischen Effekts einstellen. Die Bezieher gesetzlicher Renten werden nämlich unabhängig von ihrem Lebensalter in der KVdR erfasst. Beispielsweise werden die Kassenausgaben eines 63-Jährigen der AKV zugerechnet, wenn der Versicherte erwerbstätig ist, aber der KVdR zugerechnet, sobald er eine gesetzliche Rente bezieht. Unabhängig von der Zuordnung steigt das individuelle, altersabhängige Ausgabenprofil mit steigendem Lebensalter überproportional an (Pimpertz, 2003, 12). Falls sich das Rentenzugangsalter etwa aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Zeitablauf erhöht, steigt damit auch der Altersdurchschnitt der KVdR-Versicherten. Folglich werden bei einem höheren Durchschnittsalter in der Krankenversicherung der Rentner auch statistisch höhere Versicherten Ausgaben ermittelt, ohne dass sich die altersbezogenen Ausgaben verändert haben. Deshalb weist ein Anstieg nicht zwingend auf ein altersspezifisches Ausgabenproblem hin.

Diesem Argument kann aber entgegengehalten werden, dass sich das effektive Rentenzugangsalter zwischen 1991 und 2001 kaum veränderte. Mit 60,2 Jahren lag das durchschnittliche Rentenzugangsalter im Jahr 2001 nur minimal über dem langjährigen Durchschnitt von 60,1 Jahren seit 1991 (VDR, 2001, 111; 2002, 65). Das Wachstum der Versicherten Ausgaben in der Krankenversicherung der Rentner beruht also nicht auf einem früheren Renteneintritt, sondern vielmehr steigen die Ausgaben je älteren Versicherten überproportional an.

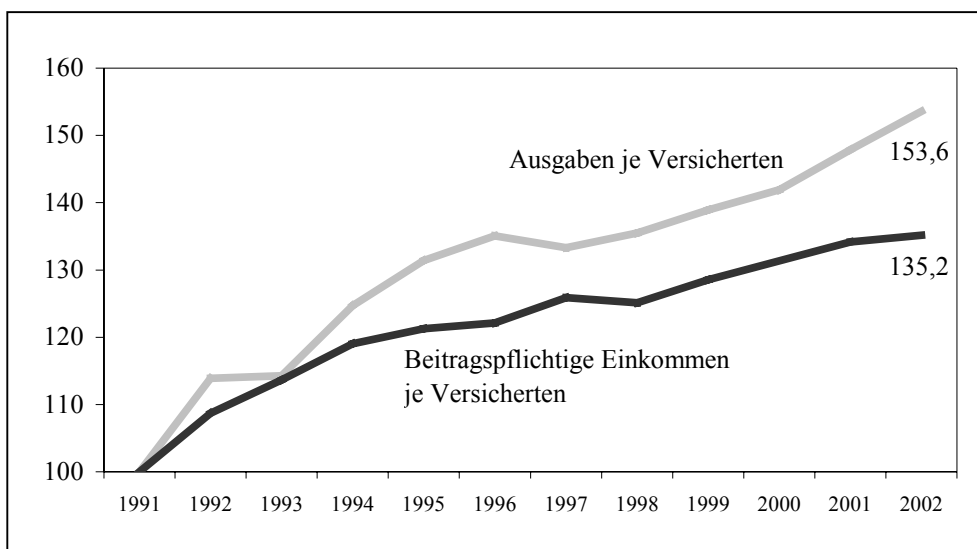
Mit der Gegenüberstellung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen und der Kassenausgaben je Versicherten kann nun die Frage beantwortet werden, ob die gesetzliche Krankenversicherung im Betrachtungszeitraum 1991 bis 2002 vorrangig an einem Ausgabenproblem oder an einer schwindenden Einnahmenbasis leidet (Abbildung 5).

*Befund:
Ausgabenproblem*

Abbildung 5

Ausgaben und Einkommen

- Deutschland, Index 1991=100 -



Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beitragspflichtige Einkommen: errechnet aus dem durchschnittlichen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung und den tatsächlichen Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen.

Quelle: BMGS; Sachverständigenrat, 2002; Institut der deutschen Wirtschaft Köln.



Während die beitragspflichtigen Einkommen zwischen 1991 und 2002 pro Jahr um durchschnittlich 2,8 Prozent zulegten, entwickelten sich die Ausgaben – beide jeweils bezogen auf einen anspruchsberechtigten Versicherten – im gleichen Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 4,0 Prozent deutlich dynamischer. Seit der Wiedervereinigung blieb damit die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einkommen – obwohl sie sich dynamischer als die Gesamtheit der erwirtschafteten Einkommen je Einwohner entwickelten – im Durchschnitt jedes Jahr um 1,2 Prozentpunkte hinter dem Zuwachs der Ausgabenentwicklung zurück. Das Ergebnis fällt somit eindeutig aus: Die gesetzliche Krankenversicherung leidet unter einem überproportionalen Ausgabenanstieg, obwohl die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten und damit die Einnahmegrundlage der Krankenversicherung stärker

wachsen als die alljährlich erwirtschafteten Einkommen je Einwohner. Damit wird gleichzeitig der Spielraum für nicht gesundheitsbezogene oder privat finanzierte, medizinische Konsumalternativen sukzessive eingeschränkt. Da die gesetzliche Krankenversicherung für den überwiegenden Teil der Bevölkerung verpflichtend ist, kann ein solcher Effekt nicht als Ausdruck veränderter Gesundheitspräferenzen interpretiert werden.

*Reformen auf der
Ausgabenseite*

Auf der Grundlage dieses Befunds muss eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung die Konzentration des Leistungskatalogs, die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Stärkung des Wettbewerbs auf den Versicherungs- und Anbietermärkten fokussieren (Pimpertz, 2002). Besonders jene Maßnahmen, die am obligatorischen Leistungsumfang gesetzlicher Kassen anknüpfen, versprechen bereits kurzfristig eine Beitragssatzentlastung. Gleichwohl gibt es auch Argumente für eine Reform des Finanzierungsmodus. Zum einen sprechen Gerechtigkeitsaspekte für eine stärkere Ausrichtung an Sozialversicherungsprämien, denn die lohnbezogene Beitragsfinanzierung verfehlt die angestrebten Umverteilungsziele und provoziert Anreize zur Beitragsvermeidung. Zum anderen durchbricht die Abkehr von lohnbezogenen Beiträgen die wechselseitige Abhängigkeit von Arbeitsmarkt und Gesundheitssystem und schafft erst die Voraussetzungen für den effizienzsteigernden Kassen- und Anbieterwettbewerb (Pimpertz, 2003). Keinesfalls aber kann eine Reform des Finanzierungsmodus – etwa in der Hoffnung, zusätzliche Einnahmen zu schöpfen – mit der These einer erodierenden Beitragsbasis begründet werden.

April 2003

Jochen Pimpertz

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2001, Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2003, Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, <http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm> [Stand: 2003-03-24].

- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), 2001, Memorandum – Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen, Berlin.
- Grömling, Michael, 2001, Ist Ungleichheit der Preis für Wohlstand? Zum Verhältnis von Wachstum und Verteilung, Köln.
- IG Metall, 2001, Ein Plädoyer für mehr Qualität und Solidarität, Dokumentation des IG-Metall-Positionspapiers zur „reformpolitischen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens“, v. 9. Oktober, in: Soziale Sicherheit, 50. Jg., Heft 11, S. 371-376.
- Meinhardt, Volker / Schulz, Erika, 2003, Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, in: DIW-Wochenbericht, 70. Jg., Nr. 7, S. 105-109.
- Pimpertz, Jochen, 2002, Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, Nr. 271, Köln.
- Pimpertz, Jochen, 2003, Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Versicherungsprämie, IW-Positionen – Beiträge zur Wirtschafts- und Ordnungspolitik des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, Nr. 2, Köln.
- Statistisches Bundesamt, 2002, Statistisches Jahrbuch 2002, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR), 2002, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), 2002, Zahlenbericht 2001/2002, Köln.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), 2001, Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2001, Frankfurt am Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), 2002, Rentenversicherung in Zahlen 2002, Frankfurt am Main.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. (ver.di), 2002a, Gesundheit solidarisch finanzieren, Dokumentation des ver.di-Positionspapiers „Unser Gesundheitssystem solidarisch finanzieren“ vom 7.12.2001, in: Soziale Sicherheit, 51. Jg., Heft, S. 6-13.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. (ver.di), 2002,b, Ökonomische Rahmenbedingungen und Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, Wirtschaftspolitische Informationen, URL:<http://www.verdi.de/hintergrund/wirtschaftspolitik> [Stand: 2003-01-31].

German Health Insurance: Exploding Expenditure Instead of Eroding Contributions

iw-focus

There is a heated debate in Germany over the main reason for the precarious financial situation of the statutory health system. For one side it is a shrinking financing basis, for the other an excessive increase in expenditure. Empirical data clearly support the latter explanation. The income liable to contributions per insured has risen by 2.8 per cent annually since 1991 or 0.4 percentage points more than per-capita national income at factor costs. In other words, the financing basis of the statutory health insurance is not eroding but more dynamic than aggregate income. At the same time expenditure per insured has risen on average by 4 per cent annually, 1.2 percentage points faster each year than liable income per insured. Reforms of the public health system, therefore, have to focus on reducing the disproportionately rising expenditure.