

Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV?

Dr. Frank Schulze Ehring

1 Einführung

Im Januar 2005 stellte eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) fest,¹ dass sich die in zahlreichen gesundheitspolitischen Diskussionen nicht selten zu hörende These, die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würde über eine Schwäche verfügen, ja geradezu eine Erosion der Finanzierungsseite aufweisen, in einem Beobachtungszeitraum bis zum Jahr 2002 nicht verifizieren lässt. Ein Ergebnis, das auf den ersten Blick erstaunte und vielen aus der Politik und Wissenschaft kommunizierten Belege einer Einnahmenerosion widersprach.

Der folgende Diskussionsbeitrag nimmt die Anfang 2005 verfolgte Fragestellung „Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV?“ noch einmal auf. Detailliert sollen Methodik, Kennzahlen und Indikatoren, die der Interpretation und Bewertung der Finanzierungsbasis der GKV dienen, qualitativ bewertet werden. Darüber hinaus wird der Beobachtungszeitraum um die Jahre 2003 und 2004 erweitert.

2 Entwicklung der Beitragsgrundlage

Fasst man die Diskussion rund um die Einnahmensituation der GKV zusammen, werden in der Regel von Politik und Wissenschaft drei Gründe formuliert, warum in der GKV von einer Einnahmenschwäche zu sprechen ist:

These 1: Der Rückgang der Lohnquote ist Ausdruck der GKV-Einnahmenschwäche.²

These 2: Es gibt eine Einnahmenschwäche in der GKV, weil das Bruttoinlandsprodukt (BIP) schneller als das beitragspflichtige Einkommen der GKV gestiegen ist.³

These 3: Es gibt eine Einnahmenschwäche in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil das Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen schneller als das beitragspflichtige Einkommen je GKV-Mitglied gestiegen ist.⁴

Alle drei Thesen werden nun im Folgenden für einen Beobachtungszeitraum bis 2004 zu überprüfen sein. Lassen sie sich bestätigen?

¹ Vgl. Schulze Ehring, F. (2004), Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

² Vgl. z.B. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Entschlüsselung zur Gesundheitsreform.

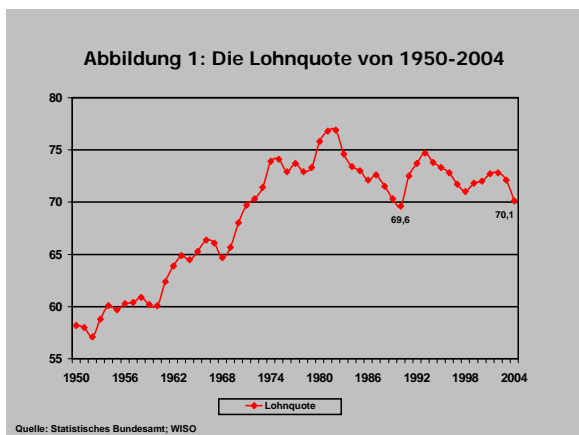
³ Vgl. z.B. Deutsche Bundesbank (2004), S. 19.

⁴ Vgl. z.B. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 17 f.

Kann neuerdings (auch) von einer Einnahmenschwäche in der GKV gesprochen werden? Oder ist weiterhin von einem Ausgabenproblem auszugehen? Wie hat sich die Beitragsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2004 tatsächlich entwickelt?

2.1 Lohnquote

In der politischen Diskussion wird häufig die Lohnquote als Indikator für die Entwicklung der Beitragsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung genannt. Sie ist definiert als Anteil der Arbeitnehmerentgelte⁵ an einer gesamtwirtschaftlichen Einkommensgröße. Als Bezugsgröße wird üblicherweise das Volkseinkommen herangezogen. Aber insbesondere im internationalen Vergleich ist oft auch das Bruttoinlandsprodukt (BIP) gebräuchlich.⁶



Die in Abbildung 1 skizzierte Lohnquote⁷ - hier als Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen - schwankt konjunkturell.⁸ Der steigende Verlauf in den ersten 20 Jahren der Bundesrepublik Deutschland ist insbesondere auf das Ende der Gewinn- und Kapitalakkumulierenden Wiederaufbauphase zurückzuführen. Sowohl im mittel- als auch langfristigen Beobachtungszeitraum hat sich seit Mitte der 70er Jahre eine im Durchschnitt konstante Lohnquote zwischen 72 und 73 % entwickelt.

⁵ Nach der letzten Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ist der Begriff „Arbeitnehmerentgelte“ an Stelle des bisherigen „Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit“ getreten.

⁶ Im internationalen Vergleich wird die Lohnquote als das Verhältnis der Arbeitnehmerentgelte zum Bruttoinlandsprodukt verstanden. Die Lohnquote als Anteil des Einkommens aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen ist in der nationalen Verwendung üblich. Vgl. dazu. Berié, H.; Fink, U. (2000), S. 13 f.

⁷ Die Abbildungen basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 18, Reihe 1.1 - 1.3 sowie des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), (2002/03), S.35.

⁸ bis 1990 alte Bundesländer, ab 1991 Deutschland gesamt.

⁹ Die Lohnquote schwankt im Konjunkturverlauf, weil Löhne, Gehälter, Beschäftigung und Gewinne mit zeitlicher Verzögerung und in unterschiedlicher Intensität dem Konjunkturzyklus folgen.

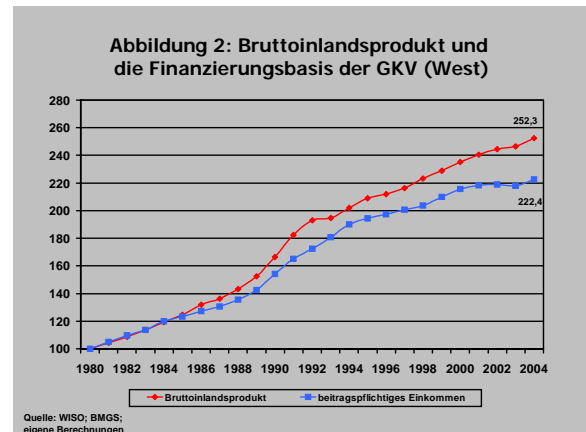
Die Lohnquote lag im Jahr 2004 über dem Niveau des Jahres 1990. Die These 1, die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung - die so genannte Erosion der Beitragsgrundlage - gehen mit sinkenden Lohnquoten einher, ist, wenn man von Konjunkturschwankungen absieht, statistisch nicht belegbar. Sie ist grundsätzlich abzulehnen.

Entscheidender ist allerdings, dass der Lohn einen ungeeigneten Indikator darstellt, wenn man Anhaltspunkte für die Entwicklung der GKV-Beitragsgrundlage sucht. Die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung müssen von den Arbeitnehmerentgelten abgezogen werden. Darüber hinaus enthält der Lohn Beamtenbezüge, die nicht zur Beitragsbemessung für die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge heranzuziehen sind. Auf der anderen Seite stellen die Sozialversicherungsrenten keinen Bestandteil des Lohns dar. Sie dienen aber als Beitragsgrundlage für die Krankenversicherung der Rentner. Ferner werden von der Bundesagentur für Arbeit auch für Empfänger von Arbeitslosengeld I+II Krankenversicherungsbeiträge entrichtet. Um diese Komponenten bereinigt, ergibt sich aus dem Lohn das beitragspflichtige Einkommen, das mit der Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze nur diejenigen Einkommen und Entgelte erfasst, die tatsächlich der Beitragsbemessung zugrunde liegen.¹⁰

2.2 Das beitragspflichtige Einkommen

Die Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV lässt sich unter anderem als Wachstumspfad des beitragspflichtigen Einkommens auf der einen und des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf der anderen Seite skizzieren. Häufig wird eine Darstellung für Westdeutschland ab 1980 gewählt.¹¹

Abbildung 2 skizziert den Verlauf des beitragspflichtigen Einkommens im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt für Westdeutschland.¹² Das BIP ist seit 1980 mit einem Wachstum von 152,3 % schneller als das beitragspflichtige Einkommen (122,4 %) gestiegen.¹³ Entsprechend der These 2 scheint das Einnahmenproblem der GKV damit belegt zu sein.



Doch die dargelegte Darstellung weist Mängel auf. Es lassen sich Einwände formulieren:

- Die Wahl des Beobachtungszeitraums und -gebiets ist ergebnisorientiert. Die Vorgehensweise ignoriert Wanderbewegungen zwischen Ost und West. Darüber hinaus wird das (immer noch) relativ hohe beitragspflichtige Einkommen in den neuen Bundesländern nicht berücksichtigt.¹⁴
- Die skizzierten Ergebnisse hängen stark vom unterstellten Basisjahr ab. Das Jahr 1980 ist gekennzeichnet von einer historisch hohen Lohnquote.¹⁵ Dieser Sondereffekt beeinflusst letztlich in erheblichem Maß das Ergebnis. Die Wahl eines anderen Basisjahres würde andere Ergebnisse erzeugen.
- Die Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens der GKV hängt auch von der Entwicklung der Zahl der Mitglieder in der GKV ab. Um Schwankungen im Mitglieder- und Versichertenbestand zu berücksichtigen, ist eine Pro-Kopf-Analyse notwendig.
- Das Bruttoinlandsprodukt setzt sich aus der Wirtschaftsleistung aller Inländer zusammen. Es umfasst unter anderem auch die Wirtschaftsleistung aller privat versicherten Personen. Das beitragspflichtige Einkommen wiederum greift ausschließlich auf den Versicherungsbestand der GKV zurück. Der Wachstumsvergleich verzerrt, wenn nicht das BIP von der Wirtschaftsleistung des in der Vergangenheit aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen stark schwankenden Bestandes der außerhalb des GKV-Systems stehenden Personen bereinigt wird.

¹⁰ Vgl. zu diesen Unterscheidungen den Sachverständigenrat, Jahresgutachten (2002/03), S. 165 f.

¹¹ Vgl. u.a. Wille, E. (2004), S. 29.

¹² Bruttoinlandsprodukt ab 1991 einschließlich Ostberlin.

¹³ Das beitragspflichtige Einkommen wurde hier mangels verfügbarer Daten näherungsweise ermittelt, indem die Beitragseinnahmen der GKV der alten Bundesländer durch den durchschnittlichen Beitragssatz für die GKV (alte Bundesländer) dividiert wurden.

¹⁴ Das beitragspflichtige Einkommen als Anteil am BIP betrug im Jahr 2004 in Westdeutschland einschließlich Berlin 43,1 %. In den neuen Bundesländern lag zum gleichen Zeitpunkt der Anteil des beitragspflichtigen Einkommens am BIP bei 61,8 %.

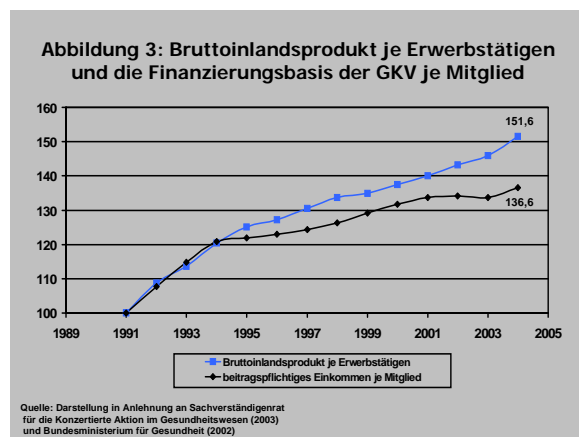
¹⁵ Mit 75,8, 76,8 und 76,9 % lag im Jahr 1980, 1981 und 1982 die Lohnquote auf einem historischen Hoch.

- In der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ist nachzuvollziehen, dass das Bruttoinlandsprodukt im Gegensatz zum Volkseinkommen den Saldo der Primäreinkommen aus der übrigen Welt, alle Abschreibungen und Produktions- und Importabgaben abzüglich Subventionen enthält.¹⁶ Fazit für die Beurteilung der Finanzierungsbasis der GKV: Um auf die im Produktionsprozess erwirtschafteten Einkommen der Inländer abzustellen und darüber hinaus nicht den volkswirtschaftlichen Kapitalverzehr als Ausdruck wirtschaftlichen Wachstums einer Gesellschaft zu interpretieren, sollte das Volkseinkommen und nicht das Bruttoinlandsprodukt als Bezugsgröße gewählt werden.¹⁷

Die erläuterten Mängel und Einwände wecken Skepsis an der Art und Weise, wie mit Hilfe des erörterten Vergleichs zwischen BIP und beitragspflichtigem Einkommen die in These 2 formulierten Aussage, die GKV habe ein Einnahmenproblem, belegt wird.

2.3 Das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied

Ähnliches gilt für These 3, dem Vergleich zwischen dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen und dem beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied. Die Beweiskraft der in Abbildung 3 skizzierten Feststellung, dass der Anstieg des Bruttoinlandsprodukts je Erwerbstätigen zwischen 1991 und 2004 mit 51,6 % wesentlich stärker als das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied (36,6 %) ausfiel, ist zumindest eingeschränkt. Warum?



- Die Stärke der unter anderem vom Sachverständigenrat bevorzugten Darstellungsweise ist die Pro-Kopf-Analyse. Schwankungen im

¹⁶ Vgl. Statistisches Jahrbuch (2003), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

¹⁷ Vgl. Pimpertz, J. (2003), S. 4 f.

Mitgliederbestand werden berücksichtigt.¹⁸ Allerdings treten systematische Verzerrungen auf. Unterschiedliche Personenkreise sind betroffen. Das Bruttoinlandsprodukt wird je Erwerbstätigen ausgewiesen. Da aber nicht nur Erwerbstätige, sondern unter anderem auch Rentner, und umgekehrt nicht alle Erwerbstätigen Mitglied einer GKV sind, ist ein konsistenter Bezug zur Einnahmensituation der GKV nicht herstellbar.

- Der Vergleich zwischen den Kennzahlen kann zu Fehlinterpretationen führen: Bei einer gegebenen Anzahl von Erwerbstätigen würde ein Wachstum des Bruttoinlandsprodukts die gesamtwirtschaftliche Entwicklung je Erwerbstätigen steigen lassen. Bleibt das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied konstant, nimmt demnach die „Lücke“ zwischen den Kennzahlen zu. Folgerichtig ist von einem Verfall der Beitragsgrundlage der GKV auszugehen. Zu einem identischen Ergebnis kommt aber auch eine Erhöhung der Arbeitslosigkeit. Bei einem gegebenen BIP steigt der Indikator „BIP je Erwerbstätigen“ an. Bleibt auch hier das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied konstant - die niedrigere Bemessungsgrundlage lässt dieses sogar sinken -, zeigen in der Konsequenz beide Ereignisse, sowohl BIP-Wachstum als auch Arbeitslosigkeit, eine Erosion der GKV-Finanzierungsbasis an. Und das beim zweiten Ereignis zu unrecht: Das angezeigte Einkommenswachstum existiert nicht. Das BIP ist lediglich auf den sinkenden Kreis der Erwerbstätigen verteilt worden.¹⁹

Die teilweise nicht unerheblichen Einwände sowohl gegen These 2 als auch These 3 führen zu der Überlegung, welcher Indikator oder welches Maß in der Lage wäre, problemorientiert ohne Verzerrungen und methodische Mängel eine vermeintliche Erosion der Beitragsgrundlage in der GKV zweifelsfrei zu identifizieren. In der Politik und in der Wissenschaft sind neben den hier skizzierten Vorschlägen viele weitere Indikatoren üblich.²⁰ Alle sind mehr oder weniger mit den oben erläuterten Mängeln behaftet.²¹ Im Folgenden

¹⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (2003) als auch BMGS, (2002).

¹⁹ Die Zahl der Erwerbstätigen ist von 37,445 Mio. im Jahr 1991 auf 35,659 Mio. Personen im Jahr 2004 gesunken.

²⁰ U.a. ist in der Politik der Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen gebräuchlich. Vgl. zu dieser Vorgehensweise die Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Präsentation Kirschner, K. (2003).

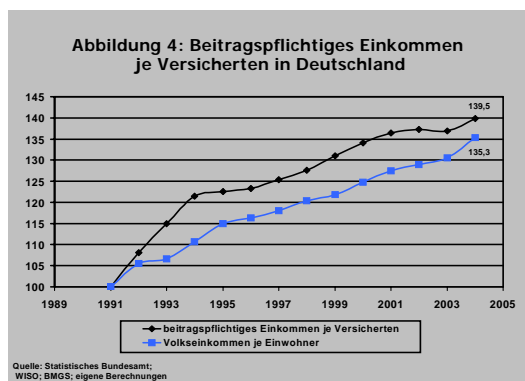
²¹ Auch beim Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen besteht die Gefahr, dass es bei sinkender Erwerbstätigkeit und Konstanz aller anderen Größen zur Fehlinterpretation

wird ein weiterer Vorschlag diskutiert. Um die Einnahmensituation der GKV zu analysieren, soll das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten mit dem Volkseinkommen je Einwohner verglichen werden.

2.4 Das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten

Im Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten und dem Volkseinkommen je Einwohner wird als Ausdruck für das volkswirtschaftliche Wachstum Bezug auf das Volkseinkommen genommen. Diese Größe hat den Vorteil, dass sie - weil Abschreibungen und der Saldo aus indirekten Steuern und Subventionen nicht enthalten sind - die tatsächliche Leistungsfähigkeit der inländischen Bürger widerspiegelt. Denn gerade Abschreibungen stehen nicht zur Einkommensverteilung zur Verfügung. Sie dienen ausschließlich dem Ziel, das existierende Produktionspotential als Voraussetzung zur Einkommenserzielung zu erhalten.

Das Volkseinkommen wird als Größe je Einwohner ausgedrückt. Damit wird deutlich, wie stark das Einkommen - die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit - je Einwohner in den zurückliegenden Jahren gestiegen ist. Ergebnis: Von 1991 bis 2004 ist das Volkseinkommen je Einwohner um 35,3 % gestiegen.



Weil die Finanzierungsbasis der GKV nicht nur von der Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens, sondern auch durch Schwankungen im Versichertenbestand beeinflusst

pretation einer sich verschlechternden Finanzierungsbasis der GKV kommt. Anders beim Einwand, in den Kennzahlen wären unterschiedliche Personenkreise betroffen. Hier relativiert sich die Kritik. Denn in diesem Fall wird das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied AKV zumindest um die Anzahl der Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bereinigt. Dennoch sind mit den Arbeitslosen, Studenten und Sozialhilfeempfängern weiterhin Mitgliederkreise berücksichtigt, die sich in der Bezugsgröße BIP je Erwerbstätigen nicht wieder finden.

wird,²² darüber hinaus aus den Versicherungseinnahmen auch die Versicherungsleistungen der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen bestritten werden müssen, wird als Ausdruck für die Finanzierungsbasis der GKV das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten verwendet. Ergebnis: Das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten ist von 1991 bis 2004 um 39,5 % gestiegen.

Der in Abbildung 4 dargestellte Vergleich ist damit eindeutig: Im Beobachtungszeitraum ist das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten der GKV schneller als das Volkseinkommen je Einwohner gestiegen. Oder anders formuliert: Wenngleich sich die Vergleichskurven seit 2001/2002 verstärkt aufeinander zu bewegen, hat die GKV seit 1991 überproportional vom Wachstum der gesamtwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Bürger profitiert.

Im Vergleich zum Fazit des Abschnitts 2.2 und 2.3 kommt die Analyse demnach zu völlig konträren Ergebnissen. Die Interpretation, Bewertung und Antwort auf die Frage, ob nun von einer erodierenden, stabilen oder gar wachsenden Finanzierungsbasis in der GKV auszugehen ist, hängt damit offensichtlich von der Wahl der Indikatoren und Bezugsgrößen als auch vom gewählten Beobachtungszeitraum und -gebiet ab.²³ Damit wird eine qualitative Diskussion und Bewertung notwendig. Warum unterscheiden sich die Ergebnisse? Welche Stärken hat der hier skizzierte Vergleich? Gibt es methodische Schwächen?

(1) Die Wahl des Volkseinkommens anstatt des Bruttoinlandsprodukts als Bezugsgröße stellt einen Methodenwechsel dar, der mit dem Abstellen auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit der inländischen Bürger gut zu begründen ist und neben einem Basiseffekt einen erheblichen Verzögerungseffekt auslöst. So ist im Beobachtungszeitraum zwischen 1991 und 2004 vor allem wegen zunehmender gesamtwirtschaftlicher Abschreibungen und steigender Umsatz- und Verbrauchssteuern die Zuwachsrate des Volkseinkommens mit 39,05 % deutlich hinter dem Anstieg des Bruttoinlandsprodukts (+ 44,38 %) zurückgeblieben.²⁴ Eine Diskrepanz, die auch in der hier relevanten

²² In der Pro-Kopf-Betrachtung schwankte der Versichertenbestand 1991-2004 zwischen 70,3 und 72,1 Millionen Menschen. Vgl. BMGS und Arbeits- und Sozialstatistik, Jahrgang 1992 bis 2003.

²³ Entsprechend oft, so der Eindruck, werden in der politischen Diskussion - je nach politisch gewünschter Aussage - „passende“ Kennzahlen ausgewählt.

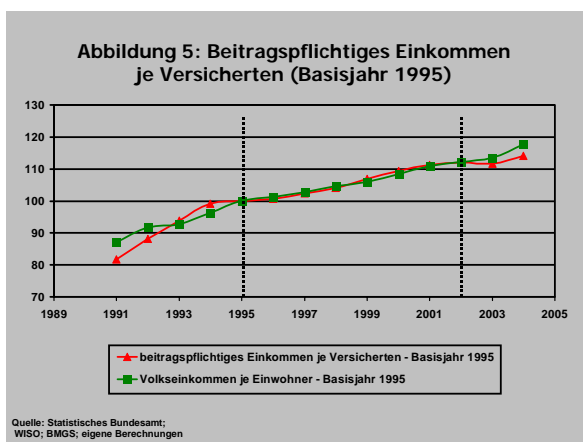
²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Lange Reihen, www.destatis.de (Stand: 30.9.2005).

Pro-Kopf-Betrachtung deutlich wird. Wäre zur Bewertung der Finanzierungsbasis der GKV im Beobachtungszeitraum nicht das Volkseinkommen, sondern das von der Zusammensetzung her als nicht sachgerecht charakterisierte BIP je Einwohner als relevante Bezugsgröße gewählt worden, würde man feststellen, dass seit 1991 das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens je Versicherten mit 39,5 % nur unwesentlich hinter dem des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner (40,5 %) zurückgeblieben ist. Von einem überproportionalen Profitieren der GKV vom gesamtwirtschaftlichen Wachstum könnte dann - so die nicht weiter überraschende Schlussfolgerung - nicht mehr gesprochen werden.

(2) Der Bezug des Volkseinkommens auf die Einwohner und des beitragspflichtigen Einkommens auf die Versicherten der GKV stellt eine ausreichend große Identität der in den Vergleich einbezogenen Personenkreise sicher. Lediglich die Gruppe der privat Krankenversicherten,²⁵ der in Sondersystemen versorgten oder versicherten Personen²⁶ und die der Nichtversicherten²⁷ ist in der Personengruppe der GKV-Versicherten nicht enthalten. Bereinigt man allerdings die Zahl der Einwohner auch um diese Gruppen, muss im Umkehrschluss auch die auf diese Personen zurückgehende Wirtschaftsleistung vom Volkseinkommen abgezogen werden. Geht man in diesem Zusammenhang von einer durchschnittlichen Wirtschaftskraft der außerhalb des GKV-Systems stehenden Personen aus - das statistisch ermittelte Volkseinkommen je Einwohner -, ändert sich am Verhältnis zwischen Zähler und Nenner demzufolge nichts.

(3) Die in Abbildung 4 zwischen 1991 und 2004 analysierte positive Wachstumsdifferenz von 4,2 Prozentpunkten zu Gunsten des beitragspflichtigen Einkommens hängt - analog zum Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen (je Versicherten) und dem Bruttoinlandsprodukt (je Erwerbstätigen) - auch vom unterstellten Basisjahr ab. Wählt man alternative Basisjahre, lassen sich andere Bilder erzeugen. Bestimmt man in Abbildung 5 1995 zum Basisjahr, kann festgehalten wer-

den, dass seit 2002 das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten hinter dem Volkseinkommen je Einwohner zurückbleibt. Seit 2002 könnte demnach auch in der hier vorgeschlagenen Vergleichsanalyse von einer geschwächten Finanzierungsbasis der GKV gesprochen werden. Ein Hinweis, der an der vorherigen Interpretation des Ergebnisses selbst allerdings nichts verändert. Lediglich die Darstellungsform wechselt und der in Abbildung 4 zu beobachtende Trend, dass sich seit 2001/2002 die Vergleichskurven verstärkt aufeinander zu bewegen und damit die positive Wachstumsdifferenz zu Gunsten des beitragspflichtigen Einkommens in jüngster Vergangenheit kontinuierlich abnimmt, bestätigt.



(4) Um in einer Analyse zur Finanzierungsbasis der GKV nicht nur End- und Anfangszeitpunkte miteinander zu vergleichen, sondern darüber hinaus auch den Verlauf zu beobachten, bietet sich neben einem Wachstumsvergleich auch eine Quotenbetrachtung an. Genau diese liegt in Abbildung 6 vor.

Der Anteil des beitragspflichtigen Einkommens am von der dem Durchschnitt entsprechenden Wirtschaftsleistung der außerhalb des GKV-Systems stehenden Personen bereinigten Volkseinkommen hat sich im Beobachtungszeitraum im Durchschnitt zwischen 70 und 72 % bewegt.²⁸ Allerdings sind Zeitabschnitte mit einem fallenden Quotenverlaufstrend zu beobachten. Der erste Zeitabschnitt Mitte der 90er Jahre ist in erheblichem Maße von Sondereffekten in Zuge der deutschen Wiedervereinigung beeinflusst. Im starken Anstieg des Anteils des beitragspflichtigen Einkommens am bereinigten Volkseinkommen Anfang der 90er Jahre spiegelt sich die Tatsache wider, dass in Ostdeutschland die Löhne im Vergleich zur Produktivität überdurchschnittlich gestiegen sind. Der zweite Zeitabschnitt - der aktuelle

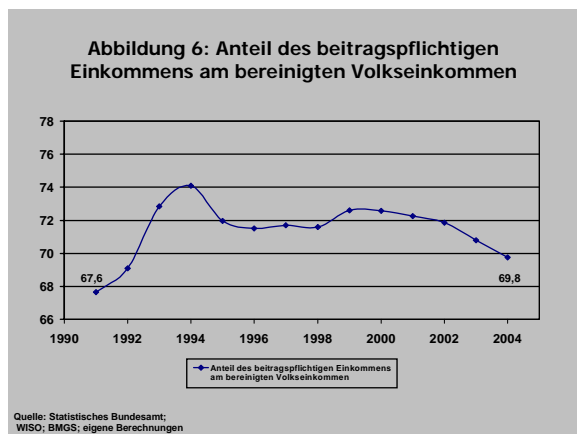
²⁵ Laut der Statistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung waren im Jahr 2004 8,26 Millionen Menschen in der PKV krankenvollversichert; vgl. dazu Zahlenbericht der PKV 2004/2005.

²⁶ Als Sondersysteme sind unter anderem die freie Heilfürsorge, die Krankenversorgung der Bahnbeamten und die Krankenversicherung der Postbeamten zu bezeichnen.

²⁷ Darüber hinaus ist noch die Personengruppe der Nichtversicherten zu berücksichtigen. Zur Zahl der nicht krankenversicherten Personen in Deutschland gibt es keine empirisch belastbaren Daten. Der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes 2004 spricht von 188.000 Personen.

²⁸ Der Durchschnitt lag bei 71,44 %.

Rand - ist damit für unsere Analyse von größerem Interesse. Auch wenn die beobachtete Quote im Jahr 2004 über dem Niveau des Jahres 1991 lag, ist seit 2001/2002 ein Abwärtstrend zu beobachten. Eine Entwicklung, die der in Abbildung 4 seit 2001/2002 wahrzunehmenden Abnahme der positiven Wachstumsdifferenz zwischen beitragspflichtigem Einkommen je Versicherten und Volkseinkommen je Einwohner entspricht.



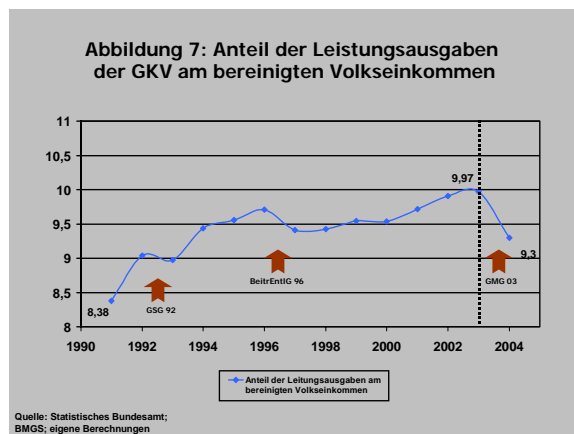
3 Entwicklung der Leistungsausgaben im Vergleich

Mit dem bisherigen Ergebnis, dass im Beobachtungszeitraum seit 1991 offensichtlich keine Erosion der GKV-Beitragsbasis, sondern trotz einer seit 2001/2002 wahrzunehmenden Abnahme der positiven Wachstumsdifferenz ein deutlich überproportionales Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens vorliegt, lassen sich insbesondere in Anbetracht der steigenden Beitragssätze nicht die existierenden substantiellen Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung erklären. Es fehlt die Betrachtung und Analyse der Leistungsausgaben der GKV im Vergleich.

Analog zur Vorgehensweise auf der Finanzierungsseite ist es auch hier sinnvoll eine Quotenbetrachtung und eine Wachstumsanalyse vorzunehmen. Zunächst soll entsprechend der Abbildung 7 der Verlauf der Leistungsausgaben in der GKV als Anteil am von der dem Durchschnitt entsprechenden Wirtschaftsleistung der außerhalb des GKV-Systems stehenden Personen bereinigten Volkseinkommen betrachtet werden. Dabei lässt sich feststellen: Trotz zahlreicher gesetzgeberischen Maßnahmen zur Kostendämpfung²⁹ ist die Ausga-

²⁹ Dazu gehören insbesondere das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 (GSG), das Beitragsentlastungsgesetz 1996 (BeitrEntlG), das GKV-Neuordnungsgesetz (1996) sowie das GKV-Modernisierungsgesetz 2003 (GMG).

benquote im langfristigen Trend kontinuierlich angestiegen. Allerdings fällt der Anstieg unterschiedlich hoch aus. Je nachdem, ob die auf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zurückzuführenden Effekte am aktuellen Rand berücksichtigt werden, ist die Ausgabenquote zwischen 1991 und 2003 (2004) um 19 % (11 %) angestiegen. Dabei konnten die verschiedenen Maßnahmen zu Kostendämpfung - wie in Abbildung 7 zeitlich verzögert nachzuvollziehen ist - der Ausgabenquote nur eine vorübergehende Erholung verschaffen.³⁰



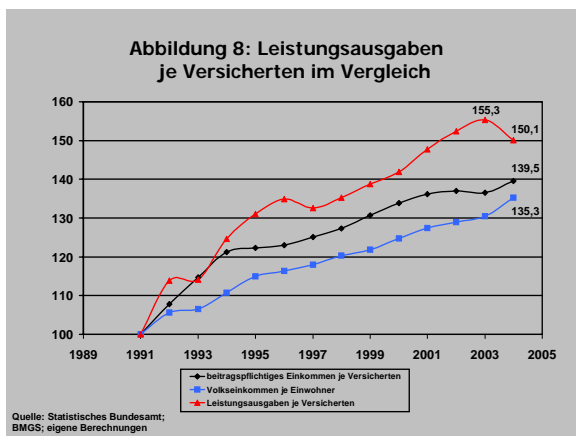
Aber auch bei den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung muss der sich verändernde Bestand der Anspruchsberechtigten berücksichtigt werden. Genau das kann der Indikator *Leistungsausgaben je Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung* leisten. In einer Wachstumsanalyse wird damit ein Vergleich zwischen den Leistungsausgaben je Versicherten, dem beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten und dem Volkseinkommen je Einwohner möglich. Es lässt sich eine Antwort auf die Frage finden, ob die GKV im Betrachtungszeitraum vorrangig an einem Ausgabenproblem oder an einer zu schwachen Finanzierungsbasis leidet.

Legt man - wie in Abbildung 8 - das Basisjahr 1991 zugrunde, stiegen das beitragspflichtige Einkommen und die Entgelte je Versicherten zwischen 1991 und 2004 um 39,5 %, während sich - trotz des kostendämpfenden Einflusses des GKV-Modernisierungsgesetzes - die Leistungsausgaben, ebenfalls bezogen auf alle anspruchsberechtigten Versicherten, im gleichen Zeitraum mit über 50 % deutlich dynamischer entwickelten.³¹ Die GKV leidet damit

³⁰ Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass sich der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Maßnahmen zur Kostendämpfung auf der Ausgaben Seite in den letzten 25 Jahren immer weiter verkürzt hat. Die Interventionsspirale nimmt zu. Vgl. dazu Schneider, U. (2003), S. 4 f.

³¹ Wesentlich stärker fiel diese Diskrepanz ohne das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus. Ohne das durch das GMG realisierte Einsparvolumen von rund 10 Mrd. €

unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg. Und das, obwohl das beitragspflichtige Einkommen überproportional vom Wachstum des Volkseinkommen profitiert hat.



4 Fazit und Schlussfolgerung

Gesundheitspolitische Reformen können sowohl auf der Ausgaben- als auch Einnahmenseite implementiert werden. Gesundheitspolitische Maßnahmen sollten sich dementsprechend auf eine gründliche Analyse der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung stützen. Das vorliegende Diskussionspapier soll dazu beitragen. Folgende Punkte sind dabei von besonderem Interesse:

(1) Der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am bereinigten Volkseinkommen ist im langfristigen Trend seit 1991 gestiegen. (2) Legt man, um einen ausreichend langen Beobachtungszeitpunkt zu gewährleisten, das Basisjahr 1991 zugrunde, war das Wachstum der Leistungsausgaben je Versicherten im Vergleich zum beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten und zum Volkseinkommen je Einwohner überproportional. Damit bestand sowohl zwischen den Leistungsausgaben und dem beitragspflichtigen Einkommen als auch zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und dem Volkseinkommen eine unverkennbare positive Wachstumsdifferenz. (3) Die positive Wachstumsdifferenz zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und dem Volkseinkommen weist seit 2001/2002 einen abnehmenden Trend auf. Eine Entwicklung, die sich in einer Darstellung bei Zugrundlegen des Basisjahres 1995 bestätigt. Seit 2002 liegt hier die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen unter der des Volkseinkommens.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist damit sowohl von einem deutlichen Ausgaben- als auch in der jüngsten Entwicklung von einer

wären die Leistungsausgaben je GKV-Versicherten seit 1991 um 61,5 % gestiegen.

Einnahmenschwäche betroffen. Mit diesem Befund stellt sich allerdings auch die Frage nach der Diagnose. Welche Entwicklungen sind für das dominierende Ausgabenproblem und welche für die sich jüngst andeutende Einnahmenschwäche verantwortlich?

Die Einnahmensituation der GKV ist insbesondere von drei Faktoren beeinflusst. (1) Für die Beitragseinnahmen der GKV ist unter anderem das Wachstum der Volkswirtschaft beziehungsweise die Teilnahme der beitragspflichtigen GKV-Mitglieder an diesem Wachstum entscheidend. Dabei fällt die Unterscheidung zwischen konjunkturellen Entwicklungen und strukturellen Wachstumsdefiziten in der Regel schwer. Die Erwerbstätigenstatistik lässt sich diesbezüglich selten eindeutig interpretieren. Aus der geht lediglich hervor, dass die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Gesamtdeutschland nach einem statistischen Tief (Hoch) in den Jahren 1997/1998 (2000/2001) zwischen 2001 und 2004 von 27,8 Millionen auf 26,7 Millionen um fast 4 % gesunken sind.³² Ein Indiz, das - obwohl bei dieser isolierten Betrachtung der Erwerbstätigenstatistik keinerlei Wanderbewegungen zur Selbständigkeit berücksichtigt werden - eventuell die jüngst entstandene Einnahmenschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung begründen könnte. Ob diese Schwäche anhält oder sich gar verschärft, also als konjunkturelle Schwäche oder als strukturelles Problem zu skizzieren ist, bleibt allerdings - unter anderem auch, weil das Bild von einer zwei- bis dreijährigen Entwicklung nicht als eine ausreichend gute Beurteilungsgrundlage anzusehen ist - abzuwarten.

(2) Die demographische Entwicklung verschiebt die Mitgliederstruktur in der GKV zu Gunsten der Rentner. Deren Anteil an den Gesamtmitgliedern ist zwischen 1993 und 2004 von 28,5 % auf 33,2 %, insbesondere aber seit 2001 von 30 % auf 33,2 % erheblich gestiegen.³³ Die Auswirkungen auf die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Kassen sind negativ. Renten fallen im Vergleich zu Entgelten aus abhängiger und selbständiger Beschäftigung stets deutlich geringer aus.

(3) Sozialpolitische Verschiebepbahnhöfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitiger Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates haben - bei steigender Tendenz - kumuliert bis 2004 zu Einnahmeausfällen in der GKV in Höhe von

³² Vgl. Bundesagentur für Arbeit.

³³ Vgl. BMG, Kennzahlen und Faustformeln, www.bmg.bund.de, Stand: 15.01.2006.

35,04 Mrd. € geführt. Davon entfielen allein 4,63 Mrd. € auf das Jahr 2004.³⁴

Alle drei Faktoren - konjunkturelle oder strukturelle Entwicklung der Erwerbstätigenstatistik, demographischer Wandel und sozialpolitische Verschiebepunkte - tragen zur Einnahmenschwäche der GKV bei. Ob allerdings aus dieser Schwäche auch ein Finanzierungsproblem entsteht, vermag man angesichts eines Beobachtungszeitraums von 2 bis 3 Jahren und regelmäßigen Konjunkturschwankungen nicht zu sagen. Insbesondere dann nicht, wenn man die jüngsten gesundheitspolitischen Maßnahmen auf der Einnahmenseite berücksichtigt. Rentner müssen zum Beispiel seit dem 1.1.2004 für ihre Betriebsrenten und anderen Versorgungsleistungen des früheren Arbeitgebers den vollen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Kassen entrichten.

Anders als die Einnahmenschwäche ist das dominierende Ausgabenproblem der GKV überwiegend unabhängig vom volkswirtschaftlichen Wachstum entstanden. Trotz einer relativ mäßigen Verbraucherpreisentwicklung zwischen 1992 und 2004 in Höhe von 23,2 % haben sich die Ausgaben der GKV sowohl bei den Leistungen für ambulante als auch stationäre Behandlung je Versicherten mit 38 % beziehungsweise 48,5 % Jahr für Jahr überproportional entwickelt. Insbesondere zwei, nicht unabhängig voneinander wirkende Faktoren haben das zu verantworten.

Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen geraten durch den demographischen Wandel und den immer weiter voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritt trotz kontinuierlicher gesetzlicher Kostendämpfung regelmäßig unter Druck. Anhaltspunkte für dergleichen Wirkungszusammenhänge liefert unter anderem das Statistische Bundesamt.³⁵

Krankheitskosten sind außerordentlich altersabhängig. Die durchschnittlichen Krankheitskosten pro Kopf der Bevölkerung steigen mit zunehmendem Alter überproportional an.^{36 37} Dementsprechend hat sich das Defizit in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) entwickelt. Betrug diese Defizite 1990 noch 16,3 Mrd. €, lagen sie im Jahr 2003 schon bei

über 36,2 Mrd. €³⁸ Ein Tatbestand, der sich in der Struktur der GKV zunehmend bemerkbar macht. Wenn schon im Jahre 2004 die Rentner, die über 25 % des gesetzlichen Versichertenbestandes ausmachen, fast 50 % der Leistungsausgaben beanspruchten, aber nur knapp 22 % der gesamten Beitragseinnahmen aufbrachten,³⁹ wird perspektivisch schnell ersichtlich, dass das Ausgabenproblem in der GKV nicht nur dominieren und erhalten, sondern sich in Zukunft noch verstärken wird.

Literatur

Arbeits- und Sozialstatistik, Jahrgang 1992-2003.

Berié, H.; Fink, U. (2000): Lohnquote, Arbeitspapier, Institut für Wirtschaft & Soziales (WISO), Berlin.

Beske, F.; Drabinski, T. (2004): Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, *igsf*, Band 101.

Bundesagentur für Arbeit (2004): Die Entwicklung des Arbeitsmarktes im September 2004, *Presseinfo* 083 vom 5.10.2004.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2006): Kennzahlen, www.bmg.bund.de.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), (2004): Kennzahlen und Faustformeln, www.bmgs.bund.de.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), (2003): Statistik über Versicherte, www.bmggesundheits.de.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), (2002): Statistiken über 2002, www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/10/10.14.pdf (Stand: 18.6.2004).

Bündnis 90/Die Grünen (2004): Die grüne Bürgerversicherung, Beschluss der 23. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz.

Christlich Demokratische Union (CDU), (2004): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung - Solidarisches Gesundheitsprämienmodell.

Deutsche Bundesbank (2004), *Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung*, Monatsbericht, Juli 2004.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), (2002): Entschließung der 17. ordentlichen DGB - Bezirkskonferenz Baden-Württemberg zur Gesundheitsreform, Entschließung IV, Für den Erhalt des solidarischen und sozialen Gesundheitswesens.

³⁴ Vgl. Beske, F.; Drabinski, T. (2004), S. 26.

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2004), S. 11 ff.

³⁶ Es handelt sich lediglich um eine Zeitpunktbetrachtung.

³⁷ Während der Durchschnitt im Jahr 2002 Krankheitskosten zwischen 2.240 € (Männer) und 3.159 € (Frauen) verursachte, entfallen auf 65 bis 85jährige schon Kosten in Höhe von 5.830 € beziehungsweise 6.250 €. Die Kosten für über 85jährige lagen 2002 zwischen 11.690 und 12.660 €.

³⁸ Vgl. BMG, Kennzahlen und Faustformeln, www.bmg.bund.de, Stand 15.01.2006.

³⁹ Vgl. BMGS, Kennzahlen und Faustformeln, www.bmgs.bund.de, Stand 9.11.2005.

- Pimpertz, J. (2003):* Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, Institut der deutschen Wirtschaft, iw-trends, 30. Jg. Heft1/2003.
- Schulze Ehring, F. (2004):* Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung, Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003):* Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Kurzfassung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002):* Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002):* Beitragsanstieg in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage, Auszug aus dem Jahresgutachten 2002/03, Wiesbaden.
- Schneider, U. (2003):* Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderung und Perspektiven der Gesundheitssicherung, Diskussionspapier 08-03, Universität Bayreuth.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), (2003):* Anforderung an eine moderne Gesundheitspolitik, Präsentation K. Kirschner, www.mdb-klaus-kirschner.de/GMG.pdf. (Stand 21.9.2004)
- Statistisches Bundesamt (2004):*, Fachserie 18, Reihe 1.1 -1.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2004):* Gesundheit - Krankheitskosten 2002.
- Statistisches Bundesamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Wiesbaden.*
- Statistisches Bundesamt, Statistische Jahrbücher.*
- Statistisches Bundesamt (2005),* Lange Reihen, www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2004),* Mikrozensus.
- Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenberichte, verschiedene Jahrgänge.*
- Verband der privaten Krankenversicherung, Geschäftsberichte, verschiedene Jahrgänge.*
- Wille, E. (2002):* Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: GGW 3/2002, 2. Jg. 2002.
- Wille, E. (2004):* Reform der Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript.