

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausgabensteigerung oder Erosion der
Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung
der Krankenversicherung der Rentner

Frank Schulze Ehring

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausgabensteigerung oder Erosion der
Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung
der Krankenversicherung der Rentner

Frank Schulze Ehring

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Bayenthalgürtel 40 · 50968 Köln

Telefon 0221 / 3 76 62-56 30 · Telefax 0221 / 3 76 62-56 56

E-Mail: wip@pkv.de

Köln, im Dezember 2004

ISBN 3-9810070-0-X

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.	5
1. Einführung	7
2. Entwicklung der Beitragsgrundlage	9
2.1 Lohnquote.....	9
2.2 Lohnsummenquote und Quote des beitragspflichtigen Einkommens.	11
2.3 Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens	12
2.4 Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten	17
2.5 Beitragspflichtiges Einkommen je Mitglied	22
3. Entwicklung der Leistungsausgaben im Vergleich	28
3.1 Ausgabenquote	28
3.2 Beitragsszenario Sachverständigenrat	30
3.3 Leistungsausgaben je Versicherten	32
4. Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	35
4.1 KVdR bis zum Jahr 2000.....	35
4.2 KVdR bis zum Jahr 2050.....	42
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	50
Anhang.....	54
Literatur.....	57

Vorwort

Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie lautet die große gesundheitspolitische Diskussion, die gegenwärtig geführt wird. So unterschiedlich die Konzepte auch sein mögen, beide Vorschläge gehen von einer zentralen Grundannahme aus.

So gilt die viel zitierte Einnahmenschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Beleg für die Notwendigkeit einer Reform der Finanzierungsseite der GKV. Dabei wird meist die Einnahmenschwäche zwar unterstellt, sie ist aber in der Regel nicht genau belegt. Steigende Beitragssätze können aber sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite entstanden sein. Eine Unterscheidung, die unabdingbar ist, wenn man die Probleme des Gesundheitssystems präzise analysiert und geeignete Lösungen gefunden werden sollen.

Genau hier setzt die vorliegende Untersuchung an. Die These von der Einnahmenschwäche der GKV lässt sich bei genauerer Analyse für die zurückliegenden Jahre nicht hart verifizieren. Von 1991 bis 2002 sind die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten um 35,1 Prozent gestiegen, das Volkseinkommen je Einwohner demgegenüber nur um 30,8 Prozent. Die These von der Einnahmenschwäche der GKV ist demnach zumindest für den Untersuchungszeitraum voreilig.

Größer ist vielmehr das Ausgabenproblem gewesen. Hierfür gibt es maßgebliche Gründe. Einer davon ist, dass die GKV für die Versorgung von Versicherten im Rentenalter zunehmend mehr Geld aufwenden muss. Das Defizit, das entsteht, weil Rentner zwangsläufig weniger Beiträge zahlen als sie Leistungen benötigen, muss von den jungen Versicherten mitbezahlt werden. Das Demographieproblem der Umlagefinanzierung hat die GKV offensichtlich schon heute zum Teil erreicht.

Für die gesundheitspolitische Diskussion sollte das bedeuten, dass man gut beraten wäre, geeignete Lösungen für die wirklichen Probleme im Ge-

sundheitssystem zu finden. Eine einseitige Fokussierung auf die Einnahmenseite wird der wirklichen Problemlage nicht gerecht werden können.

Köln, Dezember 2004

1. Einführung

Der nicht zu leugnende Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit langer Zeit Anlass und Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte. Schon oft wurde darüber diskutiert, wieweit diese Beitragsentwicklung von einer zunehmenden Ausgaben- oder abnehmenden Einnahmendynamik zu verantworten ist. Häufig standen und stehen sich die Vertreter der jeweiligen Standpunkte unversöhnlich gegenüber. Vor allem die Schlagwörter *Einnahmenimplosion* und *Kostenexplosion* machen in diesem Zusammenhang die Runde.¹ Die Anhänger der ersteren These befürchten die Erosion der Einnahmenbasis in der GKV, wenn sie auf eine rückläufige Lohnquote hinweisen.² Gegenteilig argumentieren die Vertreter einer ausgabenorientierten Gesundheitspolitik. Sie sprechen von einer *Kostenexplosion* und glauben, dass mit einem eingeschränkten Leistungskatalog sowie mit neuen Wettbewerbs- und Anreizstrukturen der Anstieg der Beitragssätze zu stoppen sei.³

Von Mitte der 70er Jahre bis zu dem im Konsens von Regierungsparteien und Union verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) stand vornehmlich die Kostenentwicklung auf der Ausgabenseite im Mittelpunkt der politischen Auseinandersetzung.⁴ Die gesundheitspolitische Gegenwart wird inzwischen von Finanzierungsmodellen dominiert. Mit der Bürgerversicherung und der Kopfprämie werden zwei zentrale Reformschläge diskutiert, die – ohne Einfluss auf die Ausgabenseite – die Einnahmenbasis der GKV grundlegend verändern.

Die vorherrschende Frage, ob in der gesetzlichen Krankenversicherung eine *Einnahmenimplosion* oder *Kostenexplosion*⁵ existiere, ist selten ausrei-

¹ Vgl. Erdmann, Y. (2003); Pimpertz, J. (2003); Baumann, E.; Weidmann, J. (2003).

² Vgl. u.a. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. ver.di (2002), S. 6-13; IG Metall (2001), S. 371-376.

³ Vgl. u.a. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA (2001).

⁴ Zur zeitlichen Abfolge der beitragsenkenden Reformgesetzgebung vgl. Cassel, D. (2002), S. 6.

⁵ Im ökonomischen Verständnis ist der Begriff *Kostenexplosion* irreführend. Als *Kostenexplosion* wird in der Regel die Entwicklung der Gesamtausgaben charakterisiert. Entsprechend ist von einer *Ausgabenexplosion* zu sprechen. Ferner handelt es sich bei den Ausgaben um ein Produkt aus Preis und Menge. Nimmt bei stabilen Preisen die Menge der Gesundheitsleistungen zu, liegt eine *Leistungsexplosion* vor.

chend differenziert erörtert worden. In der Regel stellen alle Beiträge auf die gesetzliche Krankenversicherung ab, ohne die Einnahmen- und Ausgaben der als eigenständige Institution nicht mehr existierenden Krankenversicherung der Rentner (KVdR) separat zu analysieren. Ein Fehler, der insbesondere in Zeiten des demographischen Wandels fatal ist. Gerade bei einer längerfristigen Betrachtung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV wird sich zeigen, dass das finanzielle Problem der gesetzlichen Krankenversicherung schon heute in der KVdR begründet liegt.

Die demographische Herausforderung wird zunehmen. Die Einnahmen und Ausgaben der KVdR werden die finanzielle Stabilität der GKV entscheidend beeinflussen. Die gesundheitspolitische Analyse greift zu kurz, wenn sie – anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung – ohne Berücksichtigung der sich verändernden Alterspyramide über Ausgabensteigerungen (*Kostenexplosion*) oder Einnahmendifizite (*Einnahmenimplosion*) spricht.

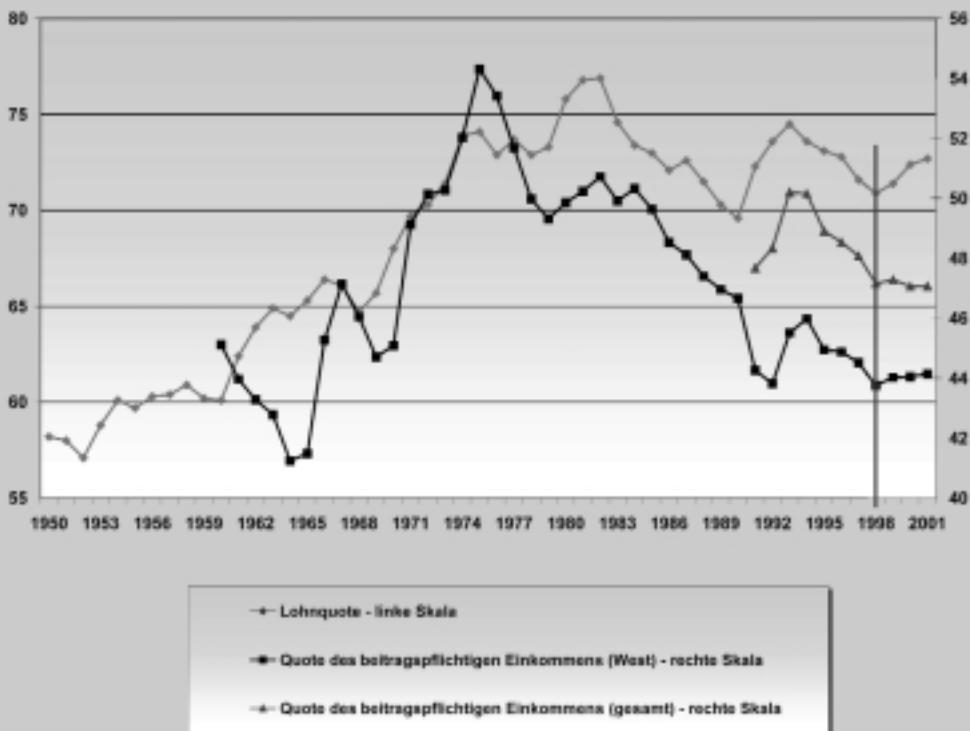
Der folgende Beitrag soll dem Rechnung tragen. Zunächst wird ein Blick auf die mittel- und langfristige Entwicklung der Beitragsgrundlage der GKV geworfen. Es ist zu erörtern, wieweit und anhand welcher Indikatoren oder Kennzahlen tatsächlich von einer Erosion der Finanzierungsbasis gesprochen werden kann. Analog zur Finanzierungsseite gilt es – im Vergleich – auch die Ausgabenseite zu betrachten. Anschließend wird die besondere Situation der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) skizziert. Unter anderem anhand von erhobenen und vorgelegten Langfristdaten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) lässt sich feststellen, dass die Beitragseinnahmen und -ausgaben der KVdR in einem nicht unerheblichen Maße für die Finanzmisere der GKV verantwortlich zu machen sind. Das Fazit ist politisch nicht bequem. Im Zuge des demographischen Wandels hat der Generationenvertrag zwischen *Jung* und *Alt* – dem Ausgleich zwischen *Gesund* und *Krank* – zu einer Beitragsdynamik geführt, die am mittlerweile erreichten Ausmaß des Solidarausgleichs zwischen den Generationen zweifeln lässt. Die Debatte zur heutigen und zukünftigen Finanzsituation der GKV ist damit letztendlich immer mit der Frage nach der *richtigen* Beitragsbeteiligung der Rentner an der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpft.

2. Entwicklung der Beitragsgrundlage

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 Arbeitnehmerentgelte⁶ an einer gesamtwirtschaftlichen Einkommensgröße. Als Bezugsgröße wird üblicher-

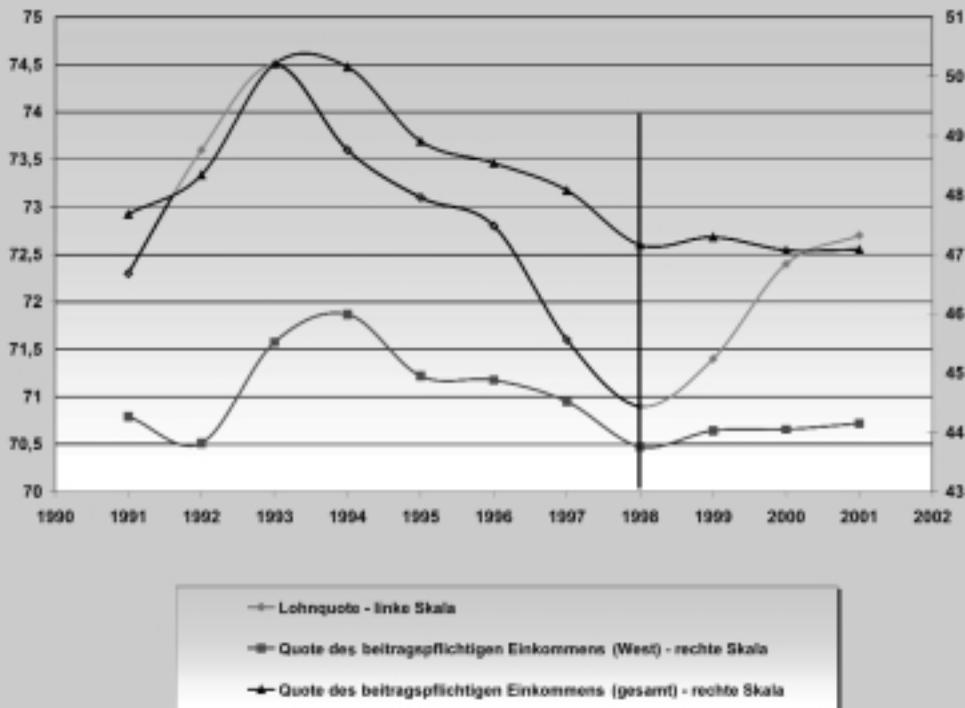
Abbildung 1: Indikatoren für die Beitragsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Statistisches Bundesamt, WISO; eigene Berechnungen

⁶ Nach der letzten Revision der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ist der Begriff *Arbeitnehmerentgelte* an Stelle des bisherigen *Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit* getreten.

Abbildung 2: Indikatoren für die Beitragsgrundlage der GKV im Beobachtungszeitraum 1990-2001



Quelle: Statistisches Bundesamt, WISO; eigene Berechnungen

weise das Volkseinkommen herangezogen. Aber insbesondere im internationalen Vergleich ist oft auch das Bruttoinlandsprodukt (BIP) gebräuchlich.⁷

Die in Abbildung 1 und 2 graphisch skizzierte Lohnquote⁸ – hier als Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen – schwankt konjunkturu-

⁷ 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 Berić, H.; Fink, U. (2000), S. 13 f.

⁸ 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.

rell.⁹ Der steigende Verlauf in den ersten 20 Jahren der Bundesrepublik Deutschland ist insbesondere auf das Ende der Gewinn und Kapital akkumulierenden 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. Die Vermutung, die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung – die so genannte Erosion der Beitragsgrundlage – gingen mit sinkenden Lohnquoten einher, ist, wenn man von Konjunkturschwankungen absieht, statistisch nicht belegbar. Sie ist grundsätzlich abzulehnen.

2.2 Lohnsummenquote und Quote des beitragspflichtigen Einkommens

Die Lohnquote weist methodische Defekte auf. Sie ist ein ungeeigneter Indikator, wenn man Anhaltspunkte für die Entwicklung der GKV-Beitragsgrundlage sucht. Die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung müssen von den Arbeitnehmerentgelten abgezogen werden. Die bereinigte Größe lautet Bruttolohn- oder Bruttogehaltssumme. Das Verhältnis zum Volkseinkommen oder zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) wird Lohnsummenquote genannt.

Die Lohnsummenquote ist notwendigerweise niedriger als die Lohnquote. Sie folgt ihr im Konjunkturverlauf. Die Lohnsummenquote aber enthält Beamtenbezüge, die nicht zur Beitragsbemessung für die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge heranzuziehen sind. Auf der anderen Seite gehen die Sozialversicherungsrenten nicht in die Lohnsummenquote ein. Sie dienen als Beitragsgrundlage für die Krankenversicherung der Rentner. Ferner werden von der Bundesagentur für Arbeit auch für Empfänger von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe (bzw. ab 2005 Arbeitslosengeld II) Krankenversicherungsbeiträge entrichtet. Um diese Komponenten bereinigt, ergibt sich aus der Lohnsummenquote die Quote des beitragspflichtigen Einkommens.

⁹ Die Lohnquote schwankt im Konjunkturverlauf, weil Löhne, Gehälter, Beschäftigung und Gewinne mit zeitlicher Verzögerung und in unterschiedlicher Intensität dem Konjunkturzyklus folgen. Im Abschwung steigt (sinkt) die Lohnquote (Gewinnquote), im Aufschwung geht sie zurück.

mens, die mit der Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze nur diejenigen Einkommen und Entgelte erfasst, die tatsächlich der Beitragsbemessung zugrunde liegen.¹⁰

Die Quote des beitragspflichtigen Einkommens – in Abbildung 1 und 2 als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) skizziert¹¹ – hat sich konjunkturell parallel zur Lohnquote entwickelt. Kurvenrückgänge sind allerdings seit Mitte der 70er Jahre ausgeprägter ausgefallen. Auch lässt sich im Gegensatz zur Lohnquote, die seit 1998 wieder deutlich steigt, keine Trendumkehr beobachten. Die Quote des beitragspflichtigen Einkommens stagniert seit Mitte der 90er Jahre auf einem relativ niedrigen Niveau.¹² Vordergründig lässt sich, so könnte man als Fazit voreilig vermuten, die These von einer Erosion der GKV-Finanzierungsbasis bekräftigen.

2.3 Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens

Der Verlauf der Quote des beitragspflichtigen Einkommens wird häufig auch als Wachstumspfad des beitragspflichtigen Einkommens auf der einen und des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf der anderen Seite dargestellt.¹³ Sinngemäß zum sinkenden/stagnierenden Verlauf der Quote des beitragspflichtigen Einkommens entsteht (für die alten Bundesländer) seit 1980 eine *Wachstumslücke* zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und dem BIP.

Analog zum Argument der zumindest stagnierenden Quote des beitragspflichtigen Einkommens wird die in Abbildung 3 dargestellte *Wachstumslücke* häufig als Beleg einer erodierenden Finanzierungsbasis angeführt.¹⁴ Das beitragspflichtige Einkommen sei seit 1980 mit einem Wachstum von 115,52 %

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

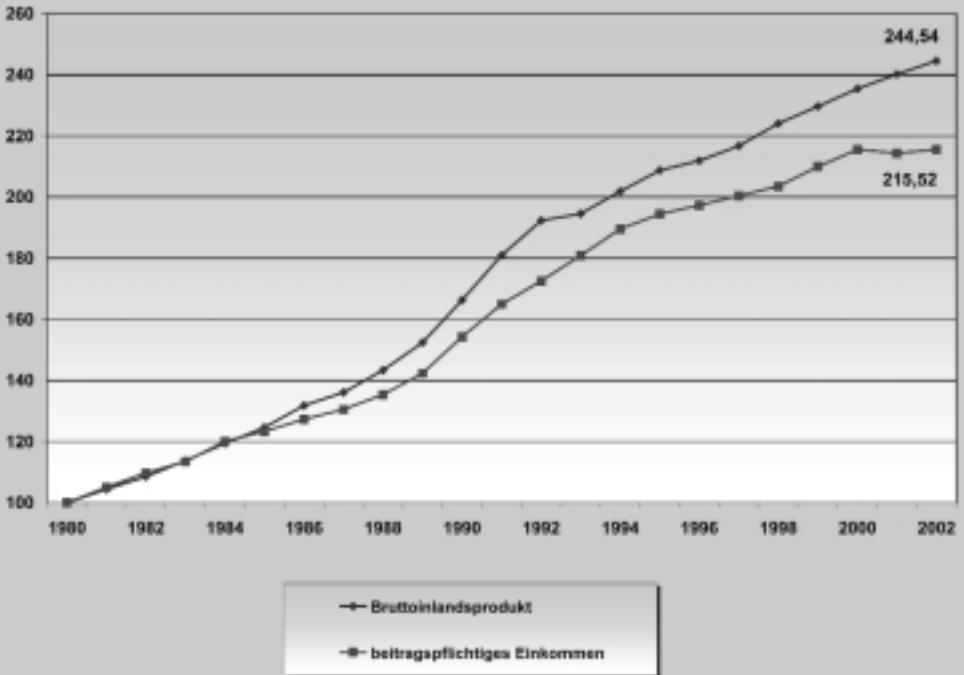
¹¹ Die Abbildungen basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 18, Reihe 1.1-1.3 sowie des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), S. 35.

¹² Eine Relativierung lässt sich ausmachen, wenn ein längerfristiger Beobachtungszeitraum gewählt wird.

¹³ Vgl. u.a. Wille, E. (2004), S. 29.

¹⁴ Die Abbildung basiert auf Daten der Statistischen Jahrbücher, des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Grundtabelle 7.1, sowie auf Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2002, 2003).

**Abbildung 3: Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens
in Deutschland (West), Index: 1980 = 100**

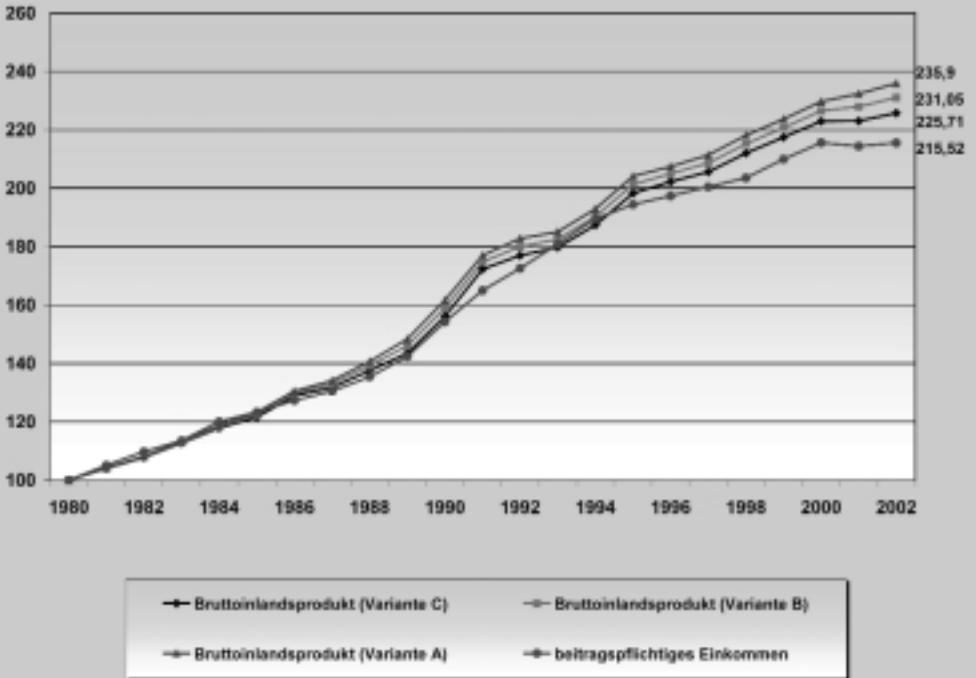


Quelle: Statistische Jahrbücher,
BMFSFJ, IFSO; eigene Berechnungen

weit hinter dem des Bruttoinlandsprodukts (144,54 %) zurückgeblieben.¹⁵ Doch die skizzierten Wachstumspfade verzerrern systematisch die Realität. Insbesondere zwei Argumente sprechen dafür, dass (a) das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts und (b) das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens korrigiert werden muss.

¹⁵ Eine derartig *anschauliche* Wachstumslücke zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und dem Bruttoinlandsprodukt ist dann nicht mehr zu beobachten, wenn ab 1990 alternativ eine gesamtdeutsche Darstellung gewählt wird; vgl. dazu die Abbildung A im Anhang.

**Abbildung 4: Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens
in Deutschland (West), Index: 1980 = 100**



Quelle: Statistische Jahrbücher;
PKW: WISO; eigene Berechnungen

Das Bruttoinlandsprodukt setzt sich aus der Wirtschaftsleistung aller Inländer zusammen. Es umfasst anteilig auch die Wirtschaftsleistung aller privat versicherten Personen. Das beitragspflichtige Einkommen wiederum greift ausschließlich auf den Versicherungsbestand der gesetzlichen Krankenkasse zurück. Der Wachstumsvergleich verzerrt, wenn nicht das BIP von der Wirtschaftsleistung des in der Vergangenheit aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen stark schwankenden Bestandes privat versicherter Personen bereinigt werden kann.

Näherungsweise ist diese Bereinigung lösbar. Der jährliche Bestand der privat versicherten Personen, der 1980 (2002) in Deutschland West bei 4.843.000 (7.283.100) lag,¹⁶ multipliziert mit dem jährlichen BIP je Einwohner stellt die sehr *konservativ* geschätzte *private* Wirtschaftsleistung (Variante A) dar, die vom Bruttoinlandsprodukt als Ganzes abzuziehen ist.

Abbildung 4 skizziert, dass sich mit dem *neuen* Vergleich zwischen dem Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens und dem um die *private* Wirtschaftsleistung bereinigten Bruttoinlandsprodukt (Variante A) die vorab in Abbildung 3 dokumentierte *Wachstumslücke* um 8,64 Prozentpunkte relativieren lässt.¹⁷ In der Realität wird die Annäherung der Kurven weit deutlicher ausfallen. Privat versicherte Personen erwirtschaften im Durchschnitt mehr als das statistisch ermittelte BIP je Einwohner. Die Einkommensselektionsmechanismen zwischen der GKV und der PKV durch die Versicherungspflichtgrenze und die Möglichkeiten zur kostenlosen Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in der GKV legen diesen Gedanken nahe. Folgt man diesen Argumenten und nimmt in einer Variante B (Variante C) an, dass die Wirtschaftsleistung der privat versicherten Personen nicht dem Durchschnitt, sondern dem 1,5fachen (2fachen) des Durchschnitts entspricht, nimmt der Abstand zwischen den Vergleichsgrößen weiter ab. In der Variante C (Variante B) liegt das beitragspflichtige Einkommen im Jahr 2002 lediglich 10,19 (15,53) Prozentpunkte unter dem jeweils bereinigten Bruttoinlandsprodukt.¹⁸

Aber auch der Verlauf des beitragspflichtigen Einkommens ist einer genaueren Betrachtung wert. Dieser Wachstumspfad ist insbesondere von den sozialpolitischen *Verschiebebahnhöfen* betroffen. Um öffentliche Haushalte oder andere Sozialversicherungszweige zu schonen, hat der Gesetzgeber verschiedene Eingriffe zu Lasten der GKV vorgenommen. Beispielsweise: *Die*

¹⁶ Vgl. PKV-Zahlenbericht (1980-2003).

¹⁷ Bis 1995 früheres Bundesgebiet ausschließlich Berlin (Ost), ab 1995 einschließlich Berlin (Ost).

¹⁸ Die Abbildung basiert auf Daten der Statistischen Jahrbücher, des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Grundtabelle 7.1, auf Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2002, 2003) sowie des PKV-Zahlenberichts (1980-2003).

Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld führt in Zeiten von Arbeitslosigkeit zu einer Entlastung der Bundesagentur für Arbeit. Weil seit dem 1.1.1995 als Bemessungsgrundlage nicht mehr 100 %, sondern nur noch 80 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts angesetzt werden¹⁹, kann der Zuschuss aus dem Bundeshaushalt für die Bundesagentur für Arbeit entsprechend niedriger ausfallen.²⁰

Die *Verschiebebahnhöfe* sind beitragswirksam²¹ und belasten – im Gegensatz zum Lohn – ausschließlich das beitragspflichtige Einkommen.²² Ein Tatbestand, der darauf zurückzuführen ist, dass mit der Kennzahl des beitragspflichtigen Einkommens die Verschiebungen innerhalb der Teilsysteme der sozialen Sicherung abgebildet werden können. Bei den Löhnen ist das aufgrund der Kompensation innerhalb des Aggregats nicht möglich.²³

Das Institut für Gesundheits-System-Forschung (igsf) hat in zwei Gutachten folgende minimalen, plausiblen und maximalen Belastungen zu Lasten der GKV (in Mrd. €) ermittelt.²⁴

¹⁹ Vgl. § 232a SGB V.

²⁰ Die Akteure des Staates folgen mit den parteiübergreifend im Konsens beschlossenen *Verschiebebahnhöfen* der Logik der politischen Ökonomie der Budgetüberwälzung. Die politische Priorität liegt stets beim steuerfinanzierten Haushalt des Bundes, der Länder und Kommunen. Auch die parlamentarisch zu verantwortenden Beitragssätze der Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden in der Regel politisch berücksichtigt. Die von der Selbstverwaltung zu verantwortenden Beitragssätze der Krankenversicherung genießen diesen politischen Schutz nicht. Bei Einzelentscheidungen in rund 400 Kassen vermag kaum jemand eine Beitragserhöhung ursachengerecht zuzuordnen. Es ist politisch rational, kostenträchtige Beschlüsse bei der GKV beitragswirksam werden zu lassen.

²¹ Der Sachverständigenrat schätzt die Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes zur GKV durch die *Verschiebebahnhöfe* auf bis zu 0,62 Prozentpunkte, vgl. Sachverständigenrat, Jahresgutachten (2002/03), S. 169, Tabelle 42.

²² Das beitragspflichtige Einkommen (BE) wird näherungsweise – mangels verfügbarer Daten – aus dem durchschnittlichen Beitragssatz (DBS) und den tatsächlichen Beitragseinnahmen (TBE) der gesetzlichen Krankenkassen errechnet. Die Kalkulation sieht wie folgt aus:
 $BE \times DBS = TBE \quad BE = TBE/DBS$

²³ Vgl. u.a. Sachverständigenrat, Jahresgutachten (2002/03), S. 166.

²⁴ Vgl. Beske, F.; Drabinski, T.; Michel, C. (2002), igsf-Schriftenreihe, Band 91; Beske, F.; Drabinski, T. (2004), igsf-Schriftenreihe, Band 101.

Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV – in Mrd. €

Jahr	minimale Belastung	plausible Belastung	maximale Belastung
1995	1,36	2,67	3,05
1996	1,424	2,894	3,165
1997	1,488	3,078	3,433
1998	1,498	2,918	3,433
1999	1,481	2,861	3,373
2000	1,253	2,613	3,093
2001	2,131	3,611	4,021
2002	3,003	4,483	7,628
2003	3,053	4,483	7,628
Summe	16,691	29,611	38,834

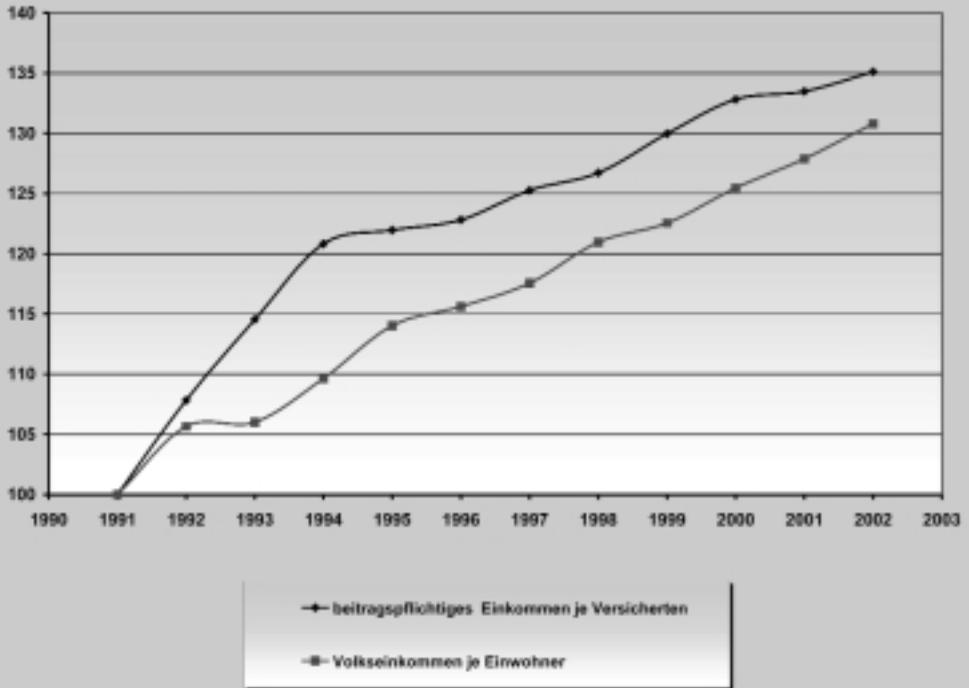
Quelle: igsf-Schriftenreihe, Band 91

Beide Argumente, (a) die verzerrende Wirkung des PKV-Versicherungsbestandes auf das Bruttoinlandsprodukt und (b) die sozialpolitischen *Verschiebebahnhöfe*, werden letztendlich die vormals diagnostizierte *Wachstumslücke* zwischen dem BIP und dem beitragspflichtigen Einkommen graphisch von *oben* beziehungsweise von *unten* schließen. Entsprechend wird sich auch der in Abschnitt 2.3 erörterte Verlauf der Quote des beitragspflichtigen Einkommens ändern. Die Quote wird nicht fallen oder stagnieren, sondern stagnieren beziehungsweise wachsen, wenn im Zähler die *Verschiebebahnhöfe* und im Nenner die Wirtschaftsleistungen der privat versicherten Personen berücksichtigt werden.

2.4 Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten

Die Analyse des Abschnitts 2.3 weckt Skepsis, ob der These von der Erosion des beitragspflichtigen Einkommens uneingeschränkt zuzustimmen ist. Die Zweifel werden vollends bestätigt, wenn nicht die Quote des beitragspflichtigen Einkommens oder die *Wachstumslücke* zwischen beitragspflichtigem Einkommen und dem Bruttoinlandsprodukt, sondern das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden. Diese Vorgehensweise berücksichtigt explizit, dass

**Abbildung 5: Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten
in Deutschland, Index: 1991 = 100**



Quelle: WISO; BMGS;
Statistische Jahrbücher

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

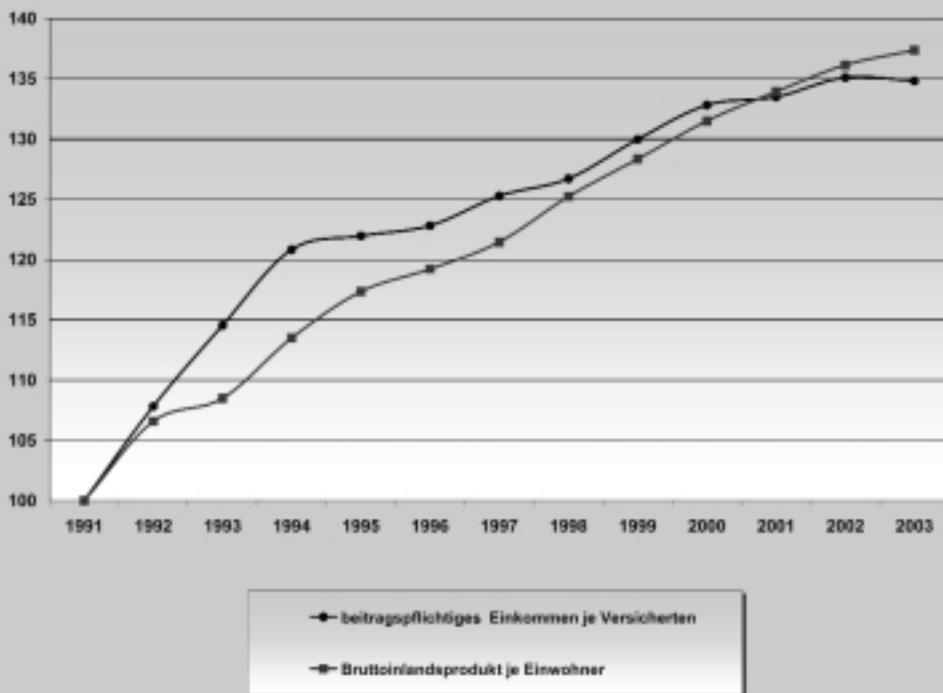
In der Pro-Kopf-Betrachtung schwankte der Versichertenbestand 1991-2002 zwischen 72,2 und 70,7 Millionen Menschen.²⁵ Als Vergleichsgröße wird zunächst einmal das Volkseinkommen je Einwohner gewählt. Das Ergebnis in

²⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003).

der Abbildung 5 ist eindeutig.²⁶ Das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten der GKV ist verglichen mit der Entwicklung des Volkseinkommens je Einwohner überproportional gestiegen.²⁷ Von einer Erosion der beitragspflichtigen Einnahmen kann ausnahmslos nicht gesprochen werden.

Wählt man als Vergleichsgröße nicht das Volkseinkommen, sondern – wie in Abbildung 6 – das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, muss das Ergebnis

Abbildung 6: Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten in Deutschland, Index: 1991 = 100



Quelle: Statistische Jahrbücher, des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), (2002/03), Grundtabelle 7.1 und 7.2.
 WISO: eigene Berechnungen

²⁶ Die Abbildung basiert auf Daten der Statistischen Jahrbücher, des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), (2002/03), Grundtabelle 7.1 und 7.2.

²⁷ Vgl. zu dieser Vorgehensweise Pimpertz, J. (2003), S. 8 f.

partiell revidiert werden. Bis zum Jahr 2001 hat sich auch in dieser Darstellungsweise das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten besser als die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung entwickelt. Mit dem Jahr 2001 ist allerdings eine Trendwende zu beobachten. In der jüngsten Vergangenheit zeichnet sich erstmals eine *Wachstumslücke* – eine Verschlechterung der GKV-Finanzierungsbasis – ab.

Mit den partiell nicht übereinstimmenden Ergebnissen in Abbildung 5 und 6 drängt sich unweigerlich die Frage auf, welche der gesamtwirtschaftlichen Größen – das Volkseinkommen oder das Bruttoinlandsprodukt – der zweckmäßigere Indikator wäre, wenn als Ziel die Bewertung und Interpretation der Finanzierungsbasis der GKV vorgegeben ist.

Exkurs: Wertschöpfungsgröße – Volkseinkommen oder Bruttoinlandsprodukt?

Die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung weist sowohl das Volkseinkommen als auch das Bruttoinlandsprodukt aus. Das Volkseinkommen ergibt sich dabei aus der Differenz zwischen dem BIP und (1) dem Saldo der Primäreinkommen aus der übrigen Welt, (2) den Abschreibungen sowie (3) den Produktions- und Importabgaben abzüglich Subventionen.²⁸

(1) Das beitragspflichtige Einkommen berücksichtigt (Brutto)-Einkommen und Entgelte der Inländer der Bundesrepublik Deutschland, die tatsächlich der Beitragsbemessung zugrunde liegen. Das Bruttoinlandsprodukt dagegen kennzeichnet nicht das gesamtwirtschaftliche Einkommen der Inländer, sondern das der im Inland eingesetzten Produktionsfaktoren. Eine Bereinigung um den Saldo der Primäreinkommen aus der übrigen Welt ist unvermeidlich.

(2) Das Bruttoinlandsprodukt enthält Abschreibungen. Soll ausgeschlossen bleiben, dass mit dem Abbau des Kapitalstockes die Grundlage für zu-

²⁸ Vgl. Statistisches Jahrbuch (2003), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

künftiges Einkommen erodiert, dürfen die Abschreibungen nicht als Einkommensbestandteile verwendet werden.

(3) Die in einem Zeitraum erwirtschafteten Einkommen sind als die im Produktionsprozess entstandenen Faktorkosten zu interpretieren. Das BIP bewertet zu Marktpreisen. Indirekte Steuern und Importabgaben einerseits und Subventionen andererseits müssen als Saldo abgezogen werden.

Fazit: Stellt man auf die im Produktionsprozess erwirtschafteten Einkommen der Inländer ab, – ohne dabei einen Kapitalabbau als Einkommen ausweisen zu wollen –, ist das Volkseinkommen und nicht das Bruttoinlandsprodukt als Bezugsgröße zu wählen.²⁹ – *Exkurs Ende* –

Der Exkurs dokumentiert, dass lediglich die Abbildung 5 die relevante Antwort auf die Frage gewährt, wie sich das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten im gesamtwirtschaftlichen Vergleich je Einwohner entwickelt haben. Darüber hinaus lassen sich aber auch die vergleichsweise enger beieinander liegenden beziehungsweise die sich schneidenden Kurvenverläufe erklären, wenn – wie in Abbildung 6 dargestellt – das Bruttoinlandsprodukt der gewählte Indikator des gesamtwirtschaftlichen Einkommens ist. Wäh-

	von 1995 bis 2002	von 2001 bis 2002
Bruttoinlandsprodukt	+ 17,04 %	+ 1,79 %
Abschreibungen	+ 19,52 %	+ 2,05 %
Saldo aus indirekten Steuern und Subventionen	+ 31,1 %	+ 2,87 %

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2003

²⁹ Vgl. zum Exkurs Pimpertz, J. (2003), S. 4 f.

rend nämlich das Bruttoinlandsprodukt die Bruttoinvestitionen sowie den Saldo aus indirekten Steuern und Subventionen enthält, ist das Volkseinkommen um eben diesen Saldo als auch den Wert der Abschreibungen³⁰ bereinigt. Und: Die Abschreibungen sind genauso wie der Saldo aus indirekten Steuern und Subventionen – im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt – überproportional gestiegen.

2.5 Beitragspflichtiges Einkommen je Mitglied

Den Erörterungen des Abschnitts 2.4 folgend kann von einer Erosion der Beitragsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung keine Rede sein. Das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten hat sich besser als das Volkseinkommen je Einwohner entwickelt.

Zu einem vollständig konträren Fazit gelangt folgender Ansatz: Wählt man, wie unter anderem *Wille* (2002),³¹ das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied der GKV und als gesamtwirtschaftliche Bezugsgröße nicht das BIP oder Volkseinkommen je Einwohner, sondern je Erwerbstätigen, entwickeln sich der Abbildung 7 folgend die Kasseneinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1994 ohne Ausnahme unterproportional.³²

Die Interpretation, Bewertung und Beantwortung der Frage, ob nun von einer erodierenden, stabilen oder gar wachsenden Finanzierungsbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen ist, hängt damit offensichtlich von der Wahl der Indikatoren und Bezugsgrößen ab. Entsprechend oft werden – je nach politisch gewünschter Aussage – *passende* Kennzahlen ausgesucht. Folgende Anmerkungen und Erläuterungen skizzieren diesen Tatbestand:

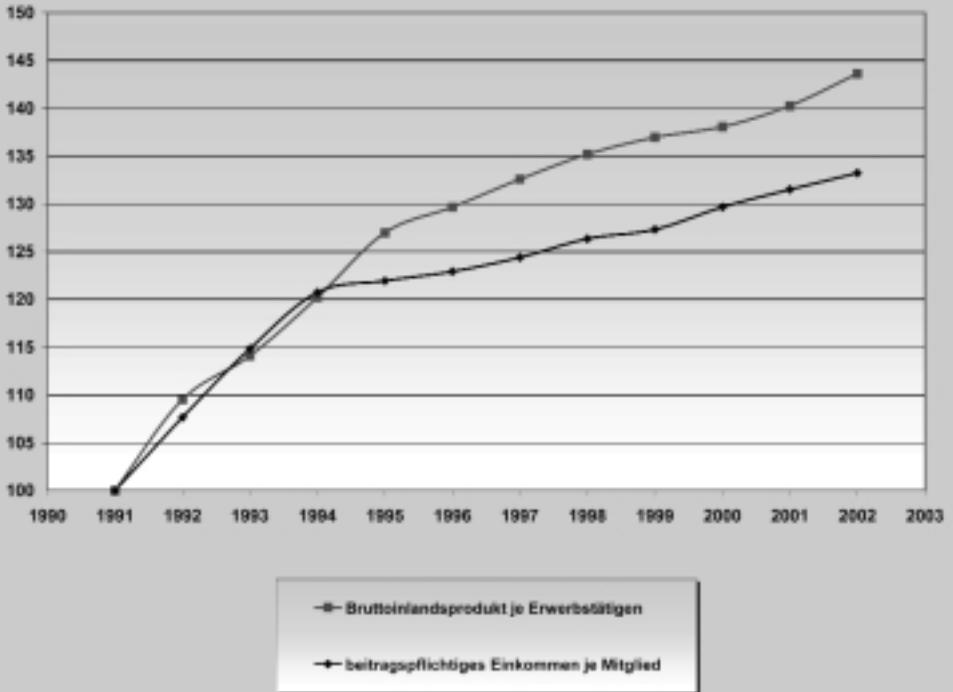
- (1) Wie im Abschnitt 2.4 skizziert, ist als Indikator der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung nicht das Bruttoinlandsprodukt, sondern das Volkseinkommen zu wählen.

³⁰ Bruttoinvestitionen – Abschreibungen = Nettoinvestitionen.

³¹ Vgl. für die alten Bundesländer u.a. *Wille*, E. (2002), S. 8.

³² Die Abbildung basiert auf Daten der Statistischen Jahrbücher, des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Grundtabelle 7.1-7.2 und 10.1 und 21.2 und des BMGS.

Abbildung 7: Beitragspflichtiges Einkommen je Mitglied
in Deutschland, Index: 1991 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt,
IHSO; IHSO; eigene Berechnungen

- (2) Der Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und dem BIP je Erwerbstätigen ist nicht konsistent. 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 Vergleichskennzahlen zu. Folgerichtig ist von einem Verfall der GKV-Beitragsgrundlage auszugehen.

Zu einem identischen Ergebnis kommt aber auch eine Erhöhung der Arbeitslosigkeit. Bei einem gegebenen BIP steigt der Indikator *BIP je Er-*

werbstätigen 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 Finanzierungsbasis der GKV 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.

- (3) Das Bild der unter anderem von *Wille (2002)*³³ ausgewählten Indikatoren ist demnach verzerrt. Ein Problem, das nicht auftauchen würde, wenn sich das gesamtwirtschaftliche Einkommen wie auch das beitragspflichtige Einkommen auf einen identischen Personenkreis beziehen würde. Denn: Als beitragszahlende Mitglieder der GKV sind neben den Erwerbstätigen auch Rentner, Studenten, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger definiert. Ebendieser Personenkreis ist im gesamtwirtschaftlichen Bezug je Erwerbstätigen nicht berücksichtigt worden.³⁴ Das Pro-Kopf-Wachstum wird so – im Vergleich zur Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens – systematisch überschätzt.
- (4) Die Kritik relativiert sich, wenn man stattdessen das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) wählt.³⁵ In diesem Fall wird das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied um die Anzahl der Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bereinigt. Aber dennoch, mit den Arbeitslosen, Studenten und Sozialhilfeempfängern sind weiterhin Mitgliedspersonen berücksichtigt, die sich in der Bezugsgröße Bruttoinlandsprodukt oder Volkseinkommen je Erwerbstätigen nicht wieder finden.
- (5) Darüber hinaus lassen die beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied oder Beitragszahler der GKV außer Acht, dass aus den Versicherungsein-

³³ Vgl. u.a. die Beiträge von Wille, E. (2002), S. 8; Jacobs, K.; Langer, B.; Pfaff, A. B.; Pfaff, M. (2004), S. 9; Schneider, U. (2003), S. 7.

³⁴ Die 51 Millionen Mitglieder der GKV setzten sich zum 1.1.2001 u.a. aus 15,3 Millionen Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner sowie aus 3,3 Millionen Arbeitslosen und 0,5 Millionen Studenten zusammen.

³⁵ Vgl. zu dieser Vorgehensweise Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Präsentation Kirschner, K. (2003).

nahmen auch die Versicherungsleistungen der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen bestritten werden.³⁶ Folgerichtig ist damit, dass als gesamtwirtschaftliche Bezugsgröße das Volkseinkommen je Einwohner sowie – als Vergleich – das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten der GKV zu verwenden ist.

- (6) Ein weiteres Problem stellt der Bestand der Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) dar. Sie haben einen verzerrenden Effekt. Bei korrekter Vorgehensweise müsste das Volkseinkommen je Einwohner (a) im Zähler um die Wirtschaftsleistung der privat Versicherten und (b) im Nenner um die PKV-Personen bereinigt werden.³⁷

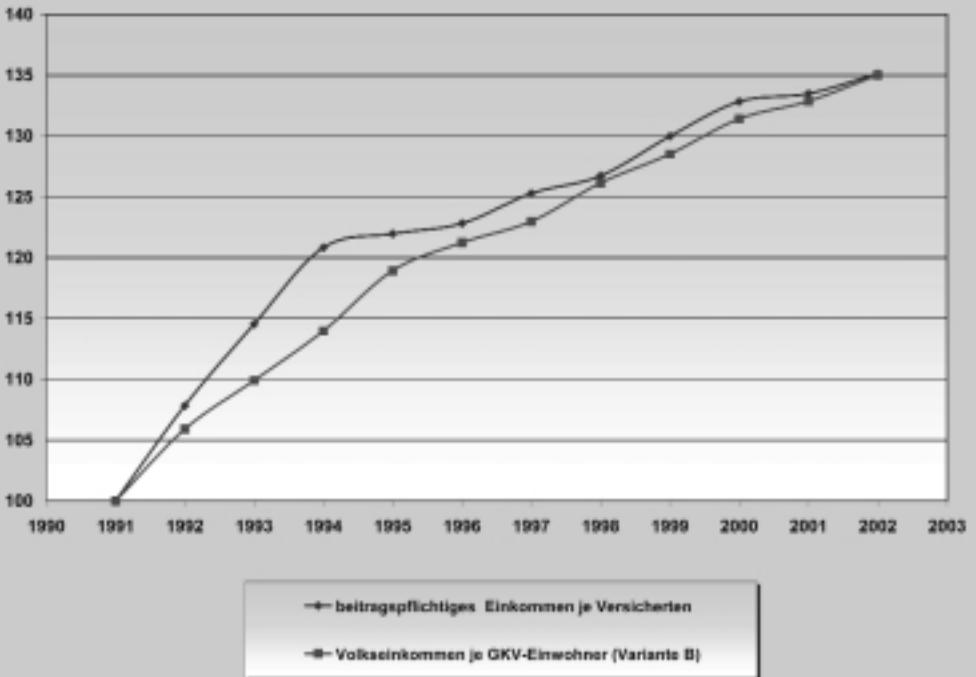
Die Punkte (1) – (6) lassen sich wie folgt zusammenfassen: Neben der zwingend notwendigen Bereinigung des Indikators *Volkseinkommen je Einwohner* um den PKV-Bestand beziehungsweise um die Wirtschaftsleistung der privat Versicherten ist – um eine konsistente Analyse zu garantieren – eine Harmonisierung des jeweils zu den Vergleichskennzahlen gehörigen Personenkreises notwendig. Bei den hier bisher erörterten Vorgehensweisen ist deshalb insbesondere die Gegenüberstellung einer beitragspflichtigen Einkommensgröße je Mitglied mit einem gesamtwirtschaftlichen Maß je Erwerbstätigen kritisch zu beurteilen. Gerade weil außer Acht gelassen wird, dass das gesamtwirtschaftliche Einkommen nicht nur auf alle Erwerbstätigen, sondern auf alle Einwohner – insbesondere auch Rentner – eines Landes verteilt werden muss, liefert dieser Vergleich eine systematische Überschätzung der gesamtwirtschaftlichen Bezugsgröße. Im Umkehrschluss heißt das: Wenn über die Stabilität der Finanzierungsbasis der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung zu diskutieren ist, sollten auf der einen Seite alle gesetzlich Versicherten (Mitglieder + mitversicherte Familienangehörige) und auf der anderen Seite – in der Bezugsgröße – alle gesetzlich krankenversicherten Einwohner (die so genannten GKV-Einwohner) berücksichtigt werden.

³⁶ Vgl. u.a. Pimpertz, J. (2003), S. 7. In der GKV waren bei insgesamt 51 Millionen Mitgliedern zum 1.1.2001 weitere 20 Millionen Familienangehörige mitversichert. Daraus ergab sich für die Bundesrepublik Deutschland ein Versichertenbestand von über 71 Millionen.

³⁷ Vgl. zu diesem Problem auch die Anmerkungen bei Pimpertz, J. (2003), S. 9.

Abbildung 8 erfüllt diese Anforderungen. Neben dem beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten der GKV ist das um die *private* Wirtschaftsleistung und um den *privaten* Versichertenbestand bereinigte Volkseinkommen je GKV-Einwohner dargestellt.

Abbildung 8: Bereinigtes beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten in Deutschland, Index: 1991 = 100



Quelle: Statistische Jahrbücher;
BMAE; WISO; eigene Berechnungen

Die Bereinigung fand wie folgt statt: 1. Der Bestand der privat versicherten Personen multipliziert mit dem Volkseinkommen je Einwohner multipliziert mit dem Faktor 1,5 stellt die *private* Wirtschaftsleistung (Variante B) dar, die

vom Volkseinkommen als Ganzes abzuziehen ist.³⁸ 2. Der PKV-Bestand ist von der Einwohnerzahl abzuziehen.

Lag Anfang der 90er Jahre das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten noch deutlich über dem bereinigten Volkseinkommen je GKV-Einwohner, bewegen sich die beiden Kurven seit Mitte des Jahrzehnts aufeinander zu. Im Jahr 2002 sind die Werte nahezu identisch. Als Schlussfolgerung lässt sich formulieren: Der Vergleich des beitragspflichtigen Einkommens je Versicherten mit der den einbezogenen Personenkreis nicht verzerrenden und damit konsistenten Bezugsgröße *Volkseinkommen je GKV-Einwohner* – im Zähler bereinigt um die private Wirtschaftsleistung – dokumentiert eine stabile Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. Von einer Erosion oder *Implosion* kann weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart die Rede sein.

³⁸ Die Abbildung verändert sich nur unwesentlich, wenn die *private* Wirtschaftsleistung mit dem Faktor 1 (Variante A) oder 2 (Variante C) multipliziert wird. Vgl. dazu die Abbildungen B und C im Anhang.

3. Entwicklung der Leistungsausgaben im Vergleich

Mit dem bisherigen Ergebnis, dass offensichtlich keine erodierende Beitragsbasis vorliegt, lassen sich trotz steigender Beitragssätze nicht die existierenden Finanzprobleme der GKV erklären. Es fehlt die Betrachtung der Beitragseinnahmen – als Produkt aus Beitragssätzen und Bemessungsgrundlage – sowie insbesondere die Analyse der Leistungsausgaben der GKV.

3.1 Ausgabenquote

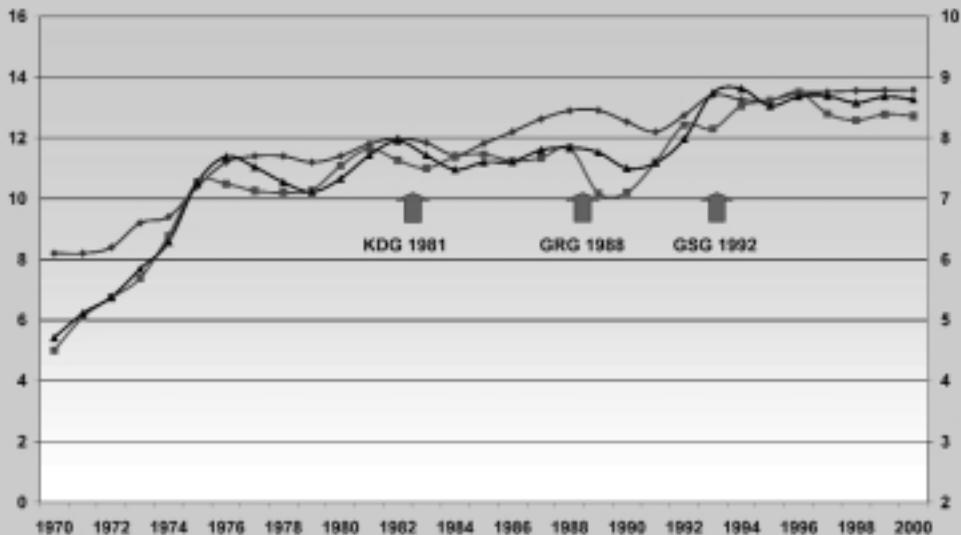
Die durchschnittlichen Beitragssätze wie auch die Beitragseinnahmen- und Leistungsausgabenquote – in der Abbildung 9 als Anteil am Volkseinkommen – haben sich zwischen 1970 und 2000 nahezu parallel entwickelt. Während sich der durchschnittliche Beitragssatz um den Faktor 1,65 von 8,2 % auf 13,57 % erhöht hat, sind die Leistungsausgaben (Beitragseinnahmen) um den Faktor 1,86 (1,92) von 4,5 % (4,71 %) auf 8,36 % (8,63 %) gestiegen.^{39 40}

Das simultane Wachstum der Beitragssätze, Beitragseinnahmen- und der Leistungsausgabenquote lässt den Schluss zu, dass die Beitragssätze und damit auch die Beitragseinnahmen im Wesentlichen durch das Ausgabenwachstum diktiert worden sind. Eine umgekehrte Interpretation wäre, vergegenwärtigt man sich die politischen Kosten, die in der Vergangenheit mit dem kontinuierlichen Beitragsanstieg verbunden waren, abwegig. Von einer Kostenexplosion kann allerdings nicht gesprochen werden. In den 90er Jahren sind die Ausgabenquote mit einem Wert zwischen 7,5 und 8,3 % und der durchschnittliche Beitragssatz vergleichsweise moderat gestiegen. Die eigentliche Kostenexplosion hat nicht in den letzten 25 Jahren, sondern in den Jahren bis 1975 stattgefunden. Die Ursachen lagen damals wohl insbesondere in der umfangreichen Ausdehnung des gesetzlichen Leistungskatalogs.

³⁹ 1970-1990 Deutschland (West), 1991-2000 Deutschland gesamt.

⁴⁰ Die Zahlen basieren auf Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2001) sowie des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabelle 6.4-6.5 und S. 15 und 22 f.

**Abbildung 9: Beitragssatz, Einnahmen und Ausgaben
in % am Volkseinkommen**



Quelle: BMG; WISO;
eigene Berechnungen

Allerdings wäre für die Zeit ab 1975 auch eine andere Formulierung und Interpretation denkbar. Trotz der zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Kostendämpfung⁴¹ sind die Ausgabenquote und der Beitragssatz in der GKV kontinuierlich angestiegen. Das Kostendämpfungsgesetz (KDG) von 1981, das Gesundheitsreformgesetz von 1988 (GRG) sowie das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (GSG) bilden hierbei Ausnahmen.⁴² Wie in Ab-

⁴¹ Dazu gehören u.a. das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 (KVKG), das Kostendämpfungsgesetz 1981 (KDG), das Gesundheitsreformgesetz 1988 (GRG), das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 (GSG), das Beitragsentlastungsgesetz 1996 sowie das 1. und 2. Neuordnungsgesetz 1997 (NOG).

⁴² Vgl. Cassel, D. (2002), S. 6.

bildung 9 nachzuvollziehen ist, verschafften diese Gesetze der Beitragssatzkurve sowie der Ausgabenquote – zeitlich verzögert – lediglich eine vorübergehende Erholung.⁴³

3.2 Beitragsszenario Sachverständigenrat

Die Erörterungen zur Ausgabenquote und zur Quote des beitragspflichtigen Einkommens lassen vermuten, dass die Ursachen für den kontinuierlichen Anstieg des Beitragssatzes vor allem auf der Ausgabenseite und nur begrenzt auf der Einnahmenseite zu finden sind. Dieses Resultat bestätigt auch eine Szenariorechnung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.⁴⁴

Um den Einfluss der Einnahmen- und Kostenseite auf den Beitragssatz darzulegen, hat der Sachverständigenrat fiktive Ausgaben beziehungsweise beitragspflichtige Einkommen ermittelt, die sich jeweils entwickelt hätten, wenn die Ausgabenquote oder die Quote des beitragspflichtigen Einkommens ab einem bestimmten Basisjahr konstant geblieben wäre.⁴⁵ Anhand dieser fiktiven Größen sind dann Beitragssatzeffekte kalkuliert worden, die sich aus der tatsächlichen Veränderung der Ausgabenquote beziehungsweise der Quote des beitragspflichtigen Einkommens in den jeweiligen Preisen seit dem Basisjahr ergeben haben.

Obwohl die Zahlen sehr stark mit dem Basisjahr variieren, skizziert diese Beitragsszenariorechnung anschauliche Ergebnisse. Wäre nämlich zum Beispiel, wie in der nachseitigen Tabelle nachzuvollziehen, die Quote des beitragspflichtigen Einkommens auf dem Niveau des Jahres 1980 konstant geblieben, hätten die Beitragseinnahmen des Jahres 2001 mit einem um rund 0,57 Prozentpunkte geringeren Beitragssatz erhoben werden können.⁴⁶ Wä-

⁴³ Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Maßnahmen auf der Ausgabenseite sich in den letzten 25 Jahren immer weiter verkürzten. Vgl. dazu Schneider, U. (2003), S. 4 f.

⁴⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002/03), S. 166 ff.

⁴⁵ Diese Annahme bedeutet, dass ab dem Basisjahr – fiktiv – die Ausgaben beziehungsweise das beitragspflichtige Einkommen parallel zur gesamtwirtschaftlichen Bezugsgröße angestiegen sind.

⁴⁶ Vgl. zu dieser und der nachfolgenden Berechnung die detaillierteren Erläuterungen beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002/03), Tabelle 41, S. 167.

**Wirkungen der Einnahmen- und der Ausgabenseite
auf den Beitragssatz des Jahres 2001 in der GKV
– in % vom BIP, Mrd. € und in Prozentpunkten –**

Einnahmenseite:

Basisjahr ⁴⁸	Quote des beitragspflichtigen Einkommens ⁴⁹	durchschnittlicher Beitragssatz 2001 ⁵⁰	fiktiver Beitragssatz 2001 ⁵¹	Beitrags- satzeffekt
1972	49,30	13,60	12,91	– 0,69
1980	48,87	13,60	13,03	– 0,57
1988	46,25	13,60	13,77	+ 0,17
1990	44,52	13,60	14,30	+ 0,70
2000	47,21	13,60	13,49	– 0,11

Ausgabenseite:

Basisjahr ⁵²	Ausgabenquote ⁵³	Ausgaben 2001		Ausgaben- differenzen	Beitrags- satzeffekt
		tatsächlich	fiktiv ⁵⁴		
1972	4,35	138,811	90,170	48,640	– 5,02
1980	5,99	138,811	124,097	14,714	– 1,52
1988	6,25	138,811	129,543	9,268	– 0,96
1990	5,68	138,811	117,664	21,147	– 2,18
2000	6,59	138,811	136,539	2,271	– 0,23

⁴⁷ Bis 1990 Deutschland (West), ab 1991 Deutschland gesamt.

⁴⁶ Die im Basisjahr gegebene Quote des beitragspflichtigen Einkommens wird konstant gehalten, um das fiktive beitragspflichtige Einkommen im Jahre 2001 zu ermitteln.

⁴⁹ Die angegebenen Quoten des beitragspflichtigen Einkommens weisen im Vergleich zu den bisher dargestellten Quoten Niveauunterschiede auf, die zeitliche Entwicklung (als Anteil von Hundert) ist hingegen identisch. Die Niveauunterschiede sind auf Abgrenzungsschwierigkeiten in den verwandten Grundzahlen zurückzuführen.

⁵⁰ Es handelt sich um einen geschätzten Wert. Der durchschnittliche Beitragssatz für das Jahr 2000 lag bei 13,58 %.

⁵¹ Beitragssatz, der bei Zugrundelegung des fiktiven beitragspflichtigen Einkommens des Jahres 2001 ausgereicht hätte, um die Beitragseinnahmen des Jahres 2001 zu erhalten.

⁵² Die im jeweiligen Basisjahr gegebene Ausgabenquote wird konstant gehalten, um die fiktiven Ausgaben im Jahre 2001 zu ermitteln.

⁵³ Die hier angegebenen Ausgabenquoten weisen im Vergleich zu den bisher dargestellten Quoten Niveauunterschiede auf, die zeitliche Entwicklung (als Anteil von Hundert) ist hingegen identisch. Die Niveauunterschiede sind auf Abgrenzungsschwierigkeiten in den verwandten Grundzahlen zurückzuführen.

⁵⁴ Ausgaben der GKV, die sich 2001 ergeben hätten, wenn seit dem Basisjahr die Ausgabenquote konstant geblieben wäre.

re aber – im Vergleich – die Ausgabenquote des Basisjahres 1980 bei 5,99 % konstant geblieben, wären die Leistungsausgaben der GKV im Jahre 2001 um 14,7 Milliarden € niedriger ausgefallen. Das entspräche einem Beitragssatzeffekt, der mit 1,5 Prozentpunkten deutlich höher als auf der Einnahmenseite liegt. Ähnlich liegen die Fakten für die Basisjahre 1988 und 1990. Unterstellt man eine seit 1988 (1990) konstante Ausgabenquote von 6,25 % (5,68 %), dann hätte der Beitragssatz für das Jahr 2001 um 0,96 (2,18) Prozentpunkte niedriger ausfallen können. Auf der Einnahmenseite hätte der Beitragssatz sogar mit 0,17 (0,7) Prozentpunkte steigen müssen, wenn die beitragspflichtigen Einkommen nur wie das nominale BIP gestiegen wären. Wählt man also das Jahr 1988 (1990) als Bezugszeitpunkt, hat seitdem die Entwicklung der Finanzierungsbasis für sich genommen sogar zu einem niedrigeren Beitragssatz beigetragen.

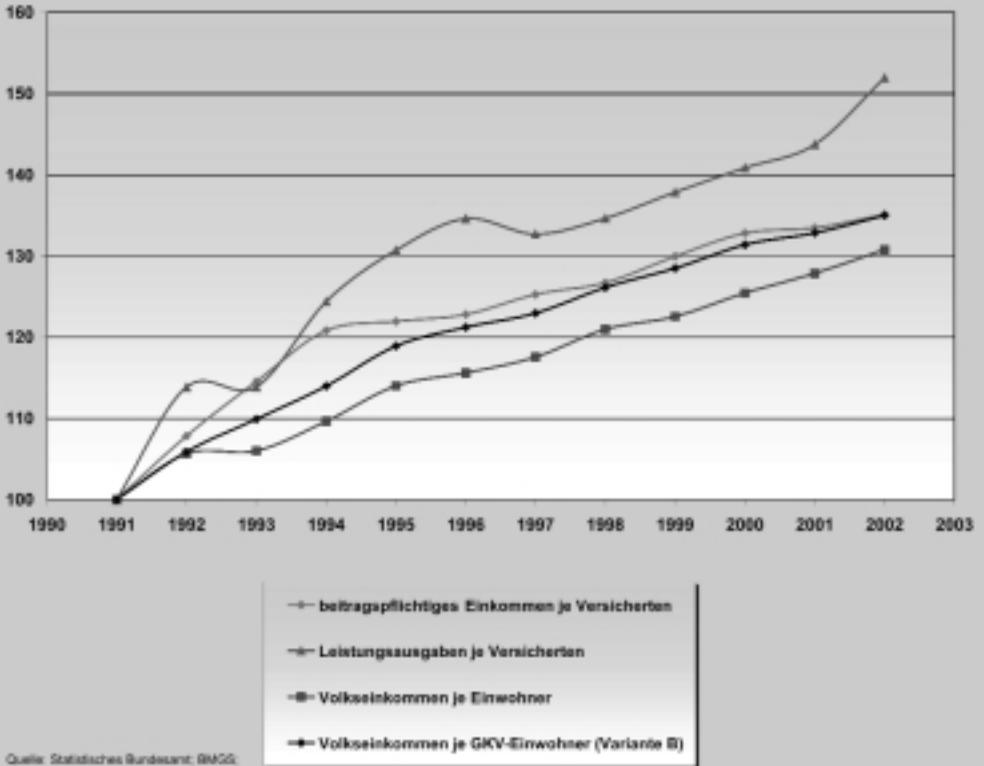
Die Ergebnisse des Sachverständigenrates, die in der Tabelle nur auszugsweise für einige ausgewählte Jahre wiedergegeben worden sind, lassen sich – wenn man auf die Indikatoren *Quote der beitragspflichtigen Einkommen* und *Leistungsausgabenquote* abstellt – wie folgt zusammenfassen: Der Beitragsanstieg der letzten 30 Jahre ist insbesondere auf eine Ausgabensteigerung zurückzuführen, wengleich – variierend mit dem Betrachtungszeitraum – auch Probleme auf der Finanzierungsseite eine Rolle gespielt haben.

3.3 Leistungsausgaben je Versicherten

Der bisher genutzte Indikator *Leistungsausgabenquote* konnte bisweilen keinen sich verändernden Bestand der Anspruchsberechtigten in der GKV berücksichtigen. Eine steigende Ausgabenquote kann durch höhere Ausgaben je Versicherten oder durch eine steigende Anzahl versicherter Personen (bei konstanten oder sinkenden Ausgaben je Versicherten) verursacht sein. Also muss auch bei den Leistungsausgaben – unter Bezug auf alle mitversicherten Familienangehörigen – nicht der Mitglieder –, sondern der schwankende Versichertenbestand in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden.⁵⁵

⁵⁵ Bei sinkenden Ausgaben je Versicherten wäre eine steigende Ausgabenquote nicht zu beanstanden. Dieser Tatbestand würde bei unverändertem Leistungsumfang auf Effizienzgewinne im Gesundheitssystem hindeuten.

**Abbildung 10: Leistungsausgaben je Versicherten
in Deutschland, Index: 1991 = 100**



Mit dem Indikator *Leistungsausgaben je Versicherten der GKV* lässt sich nun ein Vergleich zwischen den Ausgaben, dem beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Volkseinkommen je Einwohner beziehungsweise dem bereinigten Volkseinkommen je GKV-Einwohner (Variante B) herstellen. Es kann eine Antwort auf die Frage gefunden werden, ob die GKV im Betrachtungszeitraum vorrangig an einem Ausgabenproblem oder an einer schwindenden Finanzierungsbasis leidet.

Während die beitragspflichtigen Einkommen und Entgelte zwischen 1991 und 2002 pro Jahr um durchschnittlich 2,7 % stiegen, wuchsen die Leis-

tungsausgaben – ebenfalls bezogen auf alle anspruchsberechtigten Versicherten – im gleichen Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 3,9 % deutlich dynamischer.⁵⁶ Die gesetzliche Krankenversicherung leidet damit unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg – und das, obwohl das beitragspflichtige Einkommen zumindest bis Anfang des neuen Jahrhunderts stärker als das erwirtschaftete Volkseinkommen respektive das um die *private* Wirtschaftsleistung bereinigte Volkseinkommen je GKV-Einwohner zulegte. Die offensichtliche Schlussfolgerung lautet: In der Vergangenheit und Gegenwart gab und gibt es ohne Zweifel ein Ausgaben- und Kostenproblem. Von einer Erosion der Finanzierungsbasis der GKV kann nicht die Rede sein.

⁵⁶ Die Zahlen basieren auf Daten der Statistischen Jahrbücher des Statistischen Bundesamts, des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabelle 1.2 und 7.1-7.2 sowie des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatz-Kassen-Verband (2003).

4. Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Der Abschnitt *Entwicklung der Beitragsgrundlage* hat die Finanzierungsbasis der GKV skizziert. Auf der – wie erörtert – viel wichtigeren Ausgabenseite ist in vielen Beiträgen ursächlich oft vom medizinisch-technischen Fortschritt oder von besonderen Preissteigerungen im Gesundheitswesen gesprochen worden.⁵⁷ Auf beiden Seiten – also sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite – blieb damit bis jetzt die besondere Situation der KVdR innerhalb der GVK ausgespart. Eine separate Analyse und Betrachtung insbesondere auf Basis langfristiger, im Auftrag des AOK-Bundesverbandes vom Institut für Wirtschaft & Soziales (WISO) vorgelegter Daten lohnt sich.⁵⁸ Der demographische Wandel und damit die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ist schon heute das zentrale Problem der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist neben dem in erster Linie in der GKV existierenden Ausgabenproblem zusätzlich ein Strukturproblem zwischen AKV und KVdR entstanden.

4.1 KVdR bis zum Jahr 2000

Das Ausmaß des Strukturproblems zwischen den Zweigen der gesetzlichen Krankenversicherung – der AKV und KVdR – zeigt sich anhand ausgewählter Quoten. Zunächst soll dabei in Abbildung 11 eine Antwort auf die Frage gefunden werden, wieweit sich in den Zweigen der GKV die Leistungsausgaben als Anteil am Volkseinkommen verändert haben.

Anfang der 60er Jahre beanspruchten die Rentner mit den Leistungsausgaben der KVdR 0,55 % vom Volkseinkommen. Dieser Anteil hat sich mit 3,75 % für das Jahr 2000 – wie der Abbildung 11 zu entnehmen ist – mehr als versechsfacht.⁵⁹ Eine analoge Entwicklung ließ sich weder für die GKV insgesamt noch für die AKV beobachten. Hier stieg der beanspruchte Anteil am Bruttoinlandsprodukt lediglich um das 2,2- beziehungsweise 1,4fache.⁶⁰

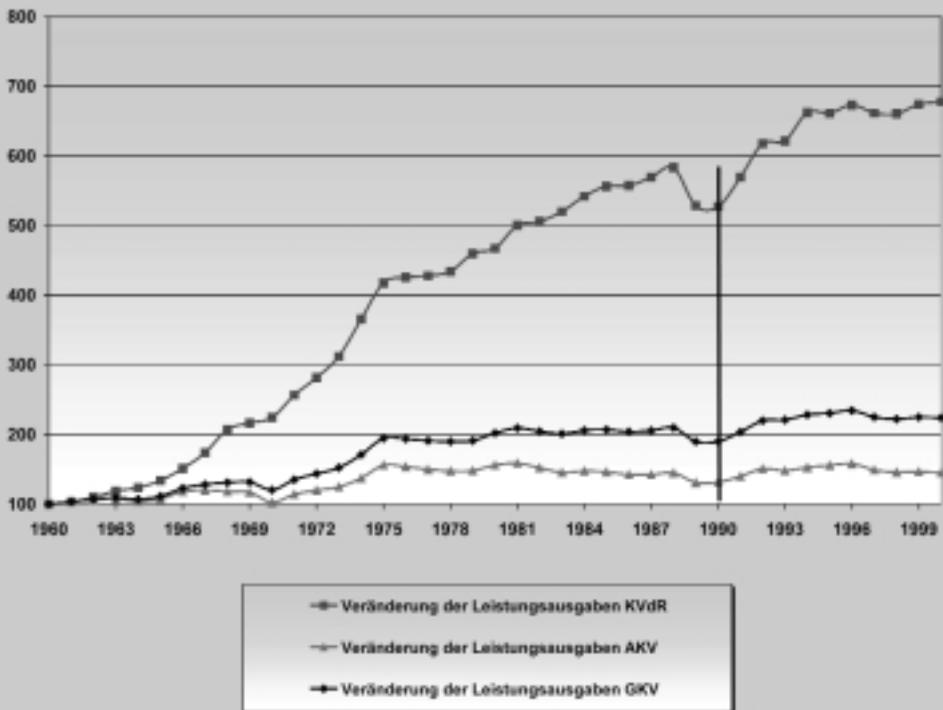
⁵⁷ Vgl. u.a. Hof, B. (2001), S. 26-30; Ulrich, V. (2003), S. 12 ff.

⁵⁸ Vgl. Berié, H.; Fink, U. (2002/03), S. 1-67.

⁵⁹ Bis 1990 Deutschland (West), ab 1990 Deutschland gesamt.

⁶⁰ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabelle 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 22.1 und 22.2.

**Abbildung 11: Veränderung der GKV-, AKV- und KVdR-Ausgaben
in % am Volkseinkommen, Index: 1960 = 100**



Quelle: WISO, eigene Berechnungen

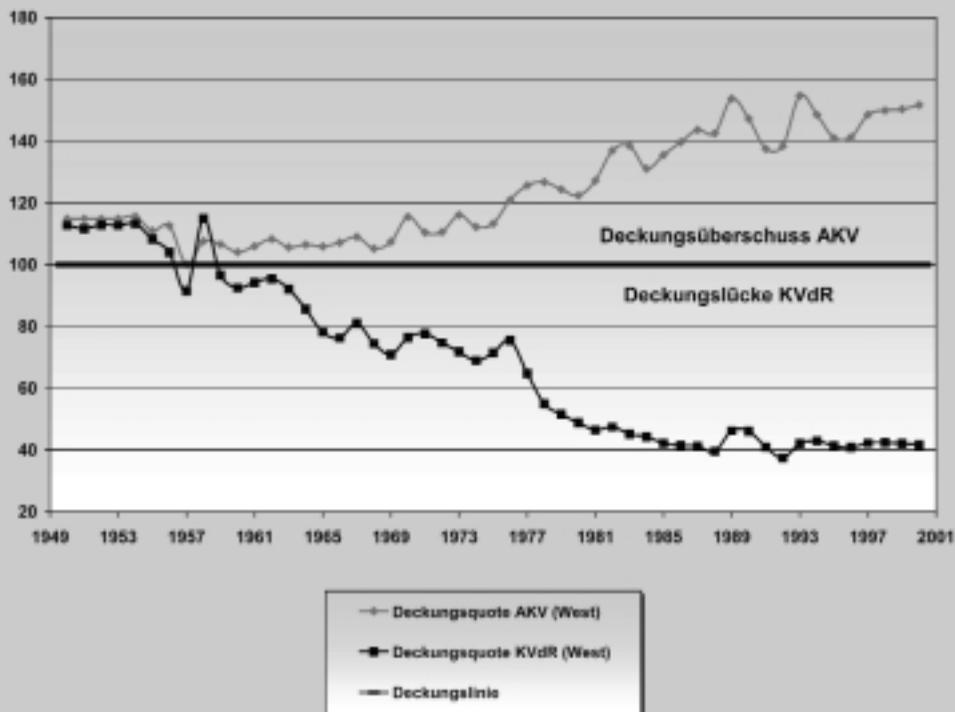
Einer Ausgabenentwicklung steht auch immer eine Einnahmenentwicklung gegenüber. Theoretisch könnte der rasante Anstieg der KVdR-Leistungsausgaben durch entsprechende Beitragseinnahmen in der KVdR gedeckt sein. Dass dem nicht so ist, offenbart die in Abbildung 12 skizzierte Deckungsquote. Die Deckungsquote betrachtet in den jeweiligen Versicherungszweigen das Verhältnis der Beitragseinnahmen zu den Leistungsausgaben. Im Vergleich zwischen AKV und KVdR entwickelte sich diese finanzielle Deckung in der Vergangenheit bis heute symmetrisch auseinander.⁶¹ Waren bis zum Anfang der 60er Jahre noch in beiden Zweigen der

⁶¹ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabellen 2.1, 3.1, 5.1, 6.1.

GKV nahezu alle Leistungsausgaben durch jeweilige Beitragseinnahmen gedeckt, werden nach einem dramatischen Rückgang der Deckungsquote KVdR heute nur noch gut 40 % der Leistungsausgaben in der KVdR durch *eigene* Beitragseinnahmen aufgebracht. Umgekehrt sehen die Verhältnisse in der AKV aus. Im Jahr 2000 lagen die Einnahmen der AKV um die Hälfte über den Ausgaben. Neben der Deckungslücke in der Krankenversicherung der Rentner ist parallel ein Deckungsüberschuss in der AKV entstanden.

Die deutliche Unterdeckung der KVdR und Überdeckung der AKV legt eine stetig wachsende Quersubventionierung zwischen den Zweigen der ge-

**Abbildung 12: Deckungsquote AKV und KVdR
in Deutschland (West)**



Quelle: WISO

setzlichen Krankenversicherung offen. Jeder defizitäre Euro in der Krankenversicherung der Rentner muss, um das mehr oder weniger geltende Verschuldungsverbot der GKV einzuhalten,⁶² von der AKV finanziert werden.

Die Abbildung 11 legt nahe, dass diese (Deckungs)-Probleme der KVdR vor allem auf der Ausgaben- und weniger auf der Einnahmenseite der GKV zum Tragen kommen. Mit der Ausgabenquote als Anteil der Leistungsausgaben der KVdR an den gesamten Leistungsausgaben der GKV und der Einnahmenquote als Anteil der Beitragseinnahmen der KVdR an den Einnahmen insgesamt kann im Folgenden genau diese Vermutung bestätigt werden.

Die Abbildung 13 zeigt, dass der Anteil der für Leistungen in der Krankenversicherung der Rentner verausgabten Mittel an den gesamten Ausgaben der GKV seit den 50er Jahren ohne Erholungsphasen kontinuierlich gestiegen ist.⁶³ Bei Fortschreibung der Kurve werden schon in sehr naher Zukunft 50 % der in der GKV zur Verfügung stehenden Gelder ihre Verwendung für Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner finden. Aktuelle Zahlen belegen diese selten wahrgenommene Entwicklung. Die Ausgabenquote KVdR im Jahr 2003 betrug – nach der Statistik des BMGS (Stand: April 2004) – für die gesamte Bundesrepublik 48,3 %.⁶⁴ Keine eindeutige Entwicklung nimmt dagegen die Einnahmenquote der Krankenversicherung der Rentner. Von einem Zwischenhoch Mitte der 70er Jahre abgesehen, ist der Anteil der KVdR-Beiträge an den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt zwischen 1950 und 2000 nicht signifikant angestiegen. Ergo: Nicht die relativ stabile Einnahmenquote, sondern die schon seit 1960 rasch ansteigende Ausgabenquote der KVdR muss für die oben skizzierte Deckungslücke der KVdR verantwortlich gemacht werden.

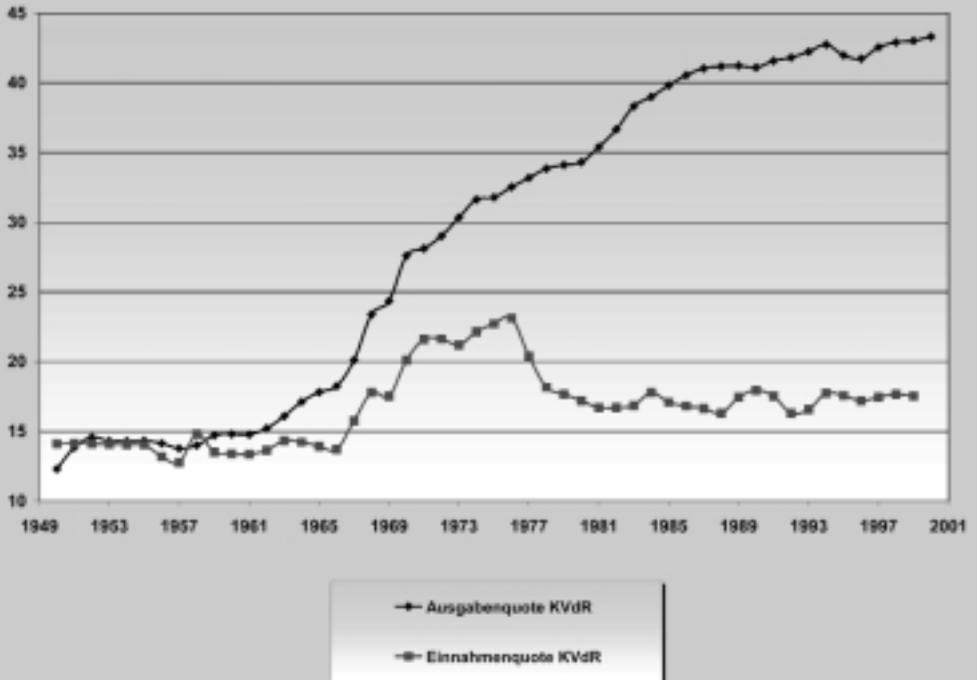
Ein identisches Bild zeigt sich, wenn in Abbildung 14 das Verhältnis der Leistungsausgaben (Beitragseinnahmen) je Mitglied der KVdR zu den Ausgaben (Einnahmen) je Mitglied der AKV – die Ausgabenquote KVdR beziehungsweise die Einnahmenquote KVdR je Mitglied – ermittelt wird. Während die Leistungsausgabenquote je Mitglied steil bis auf einen Wert von

⁶² Vgl. §§ 220 und 222 SGB V.

⁶³ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabellen 1.1, 3.1, 4.1, 6.1.

⁶⁴ Vgl. BMGS (2004).

Abbildung 13: Ausgaben- und Einnahmenquote der KVdR
in Deutschland (West)



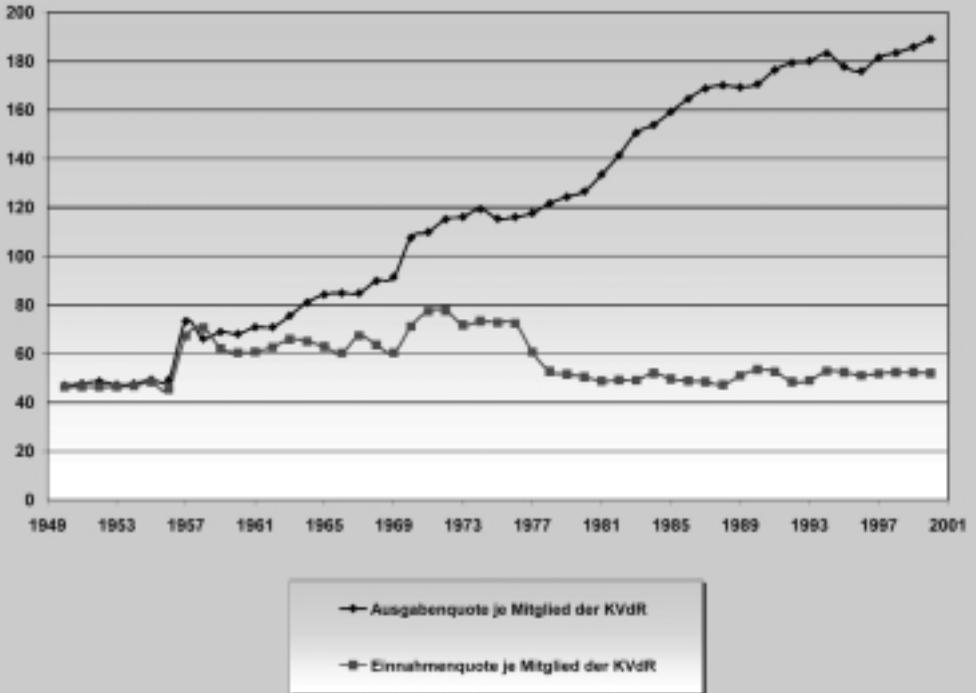
Quelle: WISO; eigene Berechnungen

189,1 anstieg, ist das Niveau der Einnahmenquote je Mitglied – von einem Zwischenhoch abgesehen – nahezu unverändert in einem Korridor zwischen 45 und 55 % geblieben.⁶⁵ Mit anderen Worten: Mit einer Ausgabenquote KVdR von 47 % waren Anfang der 50er Jahre die Rentner nur halb so teuer wie die Aktiven in der AKV,⁶⁶ heute im Jahr 2000 ist das Verhältnis mit einer

⁶⁵ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO), Grundtabellen 2.1, 3.1, 5.1, 6.1.

⁶⁶ Der Tatbestand, dass 1950 ein Rentner in der KVdR nur halb so teuer war wie ein Mitglied in der AKV, ist insbesondere auf die bei der AKV höhere Zahl der mitversicherten Familienangehörigen zurückzuführen.

**Abbildung 14: Ausgaben und Einnahmen je Mitglied der KVdR in %
der Ausgaben und Einnahmen je Mitglied der AKV**



Quelle: IWiD; eigene Berechnungen

Quote von 189,7 nahezu umgekehrt. Die Rentner verursachen durchschnittlich das 1,9fache der Ausgaben eines Mitglieds in der AKV.

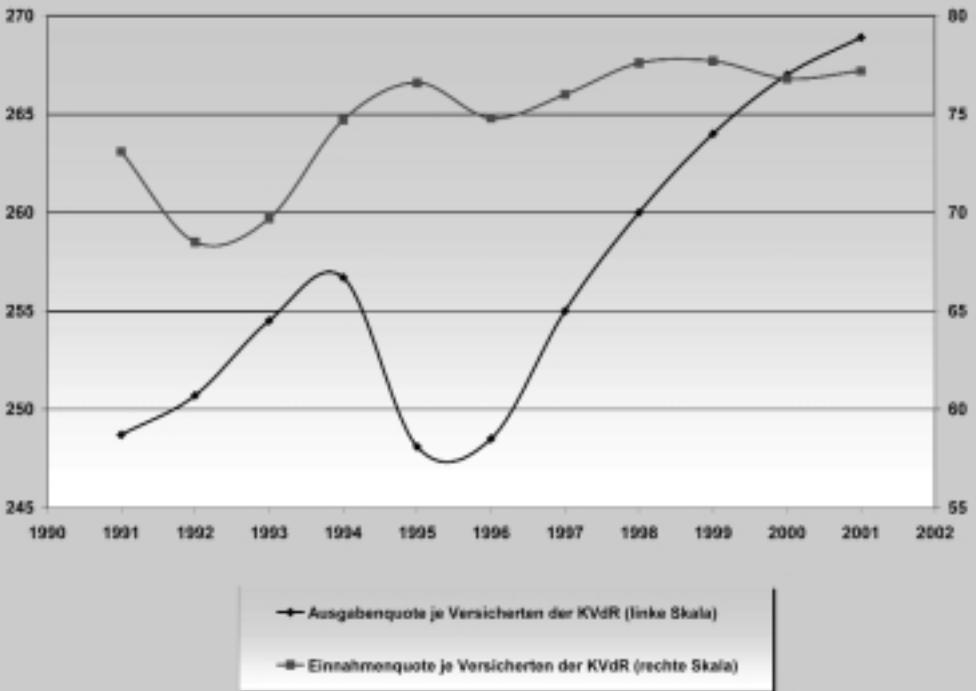
Auch an dieser Stelle gilt es zu kritisieren, dass Quoten je Mitglied niemals die mitversicherten Familienangehörigen in der AKV und KVdR berücksichtigen können.⁶⁷ Die Kalkulation je Versicherten – hier in einer mittelfristigen Betrachtung zwischen den Jahren 1991 und 2001 – verändert das Gesamtbild

⁶⁷ Mit 18,7 Millionen mitversicherten Familienangehörigen in der AKV ist die Zahl der mitversicherten Personen in der KVdR mit 1,3 Millionen Anspruchsberechtigten relativ klein.

der Entwicklung nicht, sondern verschärft (entschärft) auf der Ausgaben- seite (Einnahmenseite) vom Niveau her die schon vorgenommene Interpretation.

In der AKV wuchsen die Leistungsausgaben zwischen 1991 (1986) und 2001 um gut 40 (62) %. Im gleichen Zeitraum war die Ausgabenentwicklung in der KVdR mit 52 beziehungsweise 86 % deutlich dynamischer.⁶⁸ Auch hier ist damit zu vermuten, dass das Ausgabenwachstum zum größten Teil auf überproportionale Zuwächse bei den Aufwendungen je älteren Anspruchs-

Abbildung 15: Ausgaben und Einnahmen je Versicherten der KVdR in % der Ausgaben und Einnahmen je Versicherten der AKV



Quelle: IWF, eigene Berechnungen

⁶⁸ Vgl. dazu Pimpertz, J. (2003), S. 15 f.

berechtigten zurückgeht. Anhand der Ausgabenquote KVdR je Versicherten in Abbildung 15 lässt sich damit formulieren: Verursachte eine in der KVdR versicherte Person 1986 (1991) noch das 2,3fache (2,5fache) der Leistungsausgaben eines Versicherten in der AKV, war es im Jahr 2001 bereits das 2,7fache.⁶⁹

Ein derartig unmissverständlicher Verlauf ist bei der Einnahmenquote KVdR je Versicherten nicht zu beobachten. Nach einer Anfang der 90er Jahre erfolgten Erholung stagniert die Einnahmenquote KVdR zwischen 76 und 78 %. Mit anderen Worten: Der Beitrag der Rentner zu den Einnahmen der GKV hat sich nach der deutschen Wiedervereinigung stabilisiert, ist aber nicht analog zur Ausgabenentwicklung signifikant gestiegen.

Die Probleme der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sind offenkundig. Der demographische Wandel und die damit einhergehende zunehmende Deckungslücke in der KVdR ist für steigende Quersubventionen zwischen der AKV und KVdR beziehungsweise für das Finanzproblem der GKV verantwortlich. Und das Finanzproblem ist in erster Linie ein Kostenproblem: Während sich der Anteil der Ausgaben für die KVdR deutlich erhöht hat, können die Einnahmen der KVdR nicht Schritt halten. Für die gesetzliche Krankenversicherung als Einheit ist ein strukturelles Ausgaben- und Kostenproblem entstanden.

4.2 KVdR bis zum Jahr 2050

Mit dem Fazit der Analyse der KVdR bis zum Jahre 2000 ist schon heute ein zentrales (Kosten-)Problem der GKV erkannt worden, das man intuitiv erst in ferner Zukunft erwartet hätte: der demographische Wandel. Unter den Stichworten eines steigenden *Renten- und Altersquotienten*⁷⁰ sowie des *dop-*

⁶⁹ Dem Argument, dass eventuell die Ausgabensteigerung in der KVdR auf ein gesetzlich steigendes Rentenzugangsalter zurückzuführen ist (unabhängig von der Zuordnung zur AKV oder KVdR steigt das individuelle, altersabhängige Ausgabenprofil mit steigendem Lebensalter überproportional), kann entgegen gehalten werden, dass das Rentenzugangsalter vor 1990 tendenziell gefallen und zwischen 1991 und 2001 nur geringfügig von 60 auf 60,1 gestiegen ist. Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2001), S. 111 und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2002), S. 65.

⁷⁰ Quote als Anteil der 60-jährigen und Älteren je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 60 Jahren. Der Alters- oder Rentnerquotient steigt je nach Bevölkerungsvorausberechnung auf Werte zwischen 75 und 80 im Jahr 2050; vgl. hierzu Ulrich, V. (2003), S. 4 f.

*pelten Alterungsprozesses*⁷¹ wird in vielen Beiträgen beschrieben, dass in der Zukunft immer mehr Leistungsempfänger im Rentenalter sind und darüber hinaus diese Leistungsempfänger eine steigende Lebenserwartung aufweisen, d.h. immer mehr Leistungen empfangen werden. Ein (GKV-Finanz-)Szenario, das – obwohl es nicht unumstritten ist – offenbar schon in der Vergangenheit begonnen hat, in der Gegenwart politisch nicht wahrgenommen und sich in der Zukunft unter Umständen verschärfen wird.

Die beschriebene Wirkungskette ist nicht unumstritten. Sie skizziert lediglich eine Seite des demographischen Wandels. Die Finanzwirkungen des Alterungsprozesses lassen sich theoretisch in einen Ausgaben- und Finanzierungseffekt unterscheiden. Der demographische Ausgaben effekt betrifft – wie erörtert – die im Durchschnitt mit dem Lebensalter steigenden Gesundheitsausgaben. Man spricht auch vom Kalendereffekt.⁷² Der demographische Finanzierungseffekt kennzeichnet die Einnahmen der GKV.⁷³ Sie gehen mit den im Vergleich zu den Erwerbstätigen geringeren beitragspflichtigen Einkommen der Rentner zurück.

Der demographische Finanzierungseffekt wird allgemein anerkannt. Umstritten ist dagegen der demographische Ausgaben effekt. Die entscheidende zu beantwortende Frage lautet, ob und wie sich die Zunahme der Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben auswirkt. Die *Medikalisierungsthese* glaubt in diesem Zusammenhang, dass mit dem demographischen Wandel sowohl die Gesamtmorbidität als auch die altersspezifische Morbidität steigt. Die Veränderung der Alterstruktur wäre damit allein ausgabensteigernd, weil Leistungen nicht nur länger, sondern auch in steigendem Ausmaß in Anspruch genommen würden.⁷⁴ Die *Kompressionsthese* ist optimistischer. Nach ihr nimmt die Morbidität im Alter durch eine immer leistungsfähigere Medizin nur geringfügig zu. Die Gesundheits- und Leistungsausgaben steigen erst kurz vor dem Todeszeitpunkt an. Bei einer ansteigenden Lebenserwartung würden die gleichen Gesundheitsausgaben lediglich später verursacht werden.⁷⁵

⁷¹ Vgl. Fetzer, S.; Moog, S.; Raffelhüschchen, B. (2001), S. 2 f.; Ulrich, V. (1998), S. 15.

⁷² Vgl. u.a. Ulrich, V. (2003), S. 8 ff.

⁷³ Vgl. u.a. Ulrich, V. (2003), S. 6 ff.

⁷⁴ Vgl. Hof, B. (2001), S. 42 ff.; Fetzer, S.; Moog, S.; Raffelhüschchen, B. (2001), S. 10; Ulrich, V. (2003), S. 8 ff.

⁷⁵ Vgl. Hof, B. (2001), S. 42 ff.; Fetzer, S.; Moog, S.; Raffelhüschchen, B. (2001), S. 10 f.; Ulrich, V. (2003), S. 9 ff.; Mollenkopf, H. (2002), S. 255 ff.

Der demographische Wandel vollzieht sich nicht unabhängig vom technischen Fortschritt im Gesundheitswesen. Wie in anderen Sektoren auch, kann dieser als Produkt-, Prozess- oder organisatorische Innovation auftreten. Während Prozess- und Organisationsinnovationen dazu beitragen, herkömmliche Behandlungen kostengünstiger bereitzustellen – also ausgaben-senkend wirken –, rufen Produktinnovationen häufig steigende Leistungs-ausgaben hervor.⁷⁶ Analysen zur Ausgabenwirkung des technischen Fortschritts kommen zusammenfassend – bei Akzeptanz des kostensenkenden Potentials von Organisations- und Prozessinnovationen – in der Regel zu dem Ergebnis, dass der technische Fortschritt in Wechselwirkung mit dem demographischen Wandel überwiegend ausgabensteigernd wirkt.⁷⁷

Auf Basis all dieser (teilweise gegenläufigen) Wirkungsmechanismen und Thesen haben verschiedene Publikationen die Einnahmen- und Ausgaben-seite beziehungsweise die zukünftige Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (bis zum Jahr 2050) geschätzt.

	Beitragssatz ohne technischen Fortschritt	Beitragssatz mit technischem Fortschritt
Postler ⁷⁸	2020: 14,1 2030: 15,9 -16,1 2040: 16,0 -16,3 2050: 16,2 -16,5	2020: 16,9-20,0 2030: 19,7-26,5 2040: 21,2-32,0 2050: 23,1-39,5
Erbmland/Wille ⁷⁹	2040: 15,3 -15,8	–
Hof ⁸⁰	2050: 16,6 -19,2	2050: 20,9-26,1
Breyer/Ulrich ⁸¹	2040: 16,68-19,34 2050: 17,13-20,26	2040: 28,2-34,0

⁷⁶ Kostensenkende (kostensteigernde) Prozessinnovationen (Produktinnovationen) werden auch Substitutionstechnologien (Zusatz- oder additive Technologien) genannt.

⁷⁷ Vgl. dazu die Beiträge von Krämer, W. (1982); Zweifel, P. (1990); Pfaff, M. (1994); Krämer, W. (1996); Oberdieck, V. (1998); Breyer, F. (1999); Kühn, H. (2001), Lauterbach, K. (2001).

⁷⁸ Vgl. Postler, A. (2003), S. 23-26.

⁷⁹ Vgl. Erbmland, M.; Wille, E. (1995), S. 661-686.

⁸⁰ Vgl. Hof, B. (2001), S. 128 ff.

⁸¹ Vgl. Ulrich, V. (2003), S. 1-26.

Häufig stützen sie sich auf die vom Statistischen Bundesamt in der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung prognostizierte Bevölkerungsentwicklung.⁸² Ohne auf die einzelnen Annahmen, Bedingungen und Methoden einzugehen, fasst die Tabelle die Ergebnisse der geschätzten Beitragsentwicklung (in %) durch (a) einen rein demographischen Effekt und (b) durch einen wechselseitigen demographisch-technischen Effekt zusammen.

Rein demographische Effekte auf die zukünftige Entwicklung des Beitragssatzes zur GKV haben bis zum Jahr 2050 je nach Schätzung durchschnittlich ein Potential von 3-5 Prozentpunkten. Werden darüber hinaus die Wechselwirkung mit dem technischen Fortschritt berücksichtigt, ist ein zukünftiger Beitragssatz zwischen 23 und über 30 % möglich.

Dieses durchaus enorme Steigerungspotential des Beitragssatzes durch den technischen Fortschritt wie auch durch den demographischen Wandel lässt sich auf die Zweige der gesetzlichen Krankenversicherung – AKV und KVdR – herunterbrechen. In einer Vorausberechnung der so genannten Deckungsquote, der Ausgabenquote KVdR und der Einnahmenquote KVdR hat das Institut für Wirtschaft und Soziales (WISO) genau dies bis zum Jahr 2020 vollzogen.⁸³ In der Prognose sind hinsichtlich der demographischen Entwicklung, der gesetzlichen und tatsächlichen Gegebenheiten der GKV und KVdR vorsichtige Annahmen – also ein optimistisches Szenario – zugrunde gelegt worden.⁸⁴ Die Ergebnisse werden nachfolgend skizziert.

Die Deckungsquote KVdR als Anteil der Einnahmen an den Leistungsausgaben in der KVdR wird langsamer, aber dennoch weiter sinken. In Gesamtdeutschland wird sie im Jahr 2020 nur noch bei 36 % liegen. Umgekehrt wird der Deckungsüberschuss der AKV aufgrund der sinkenden Zahl der Erwerbstätigen ab 2010 auf 142 % zurückgehen. Während also auf der einen Seite – bedingt durch das Wachsen der Deckungslücke KVdR – verstärkt ein (Quer-)Subventionsbedarf existiert, schrumpft auf der anderen Seite mit dem Deckungsüberschuss AKV das Finanzpotential, aus dem die Subventionsmittel schon heute kommen.

⁸² Vgl. Statistisches Bundesamt (2000); Sommer, B. (2001), S. 22-29; Postler, A. (2003), S. 2 ff.

⁸³ Vgl. Berié, H.; Fink, U. (2002/03), S. 62 ff.

⁸⁴ Vgl. Berié, H.; Fink, U. (2002/03), S. 62, Fn. 40.

Deckungsquote – Beitragseinnahmen in % der Leistungsausgaben⁸⁵

		AKV	KVdR
Deutschland (West)	2000	151,7	41,7
	2010	160	41
	2020	150	40
Deutschland (gesamt)	2000	151,7	43,6
	2010	155	39
	2020	142	36

Diese Prognose der Deckungsquote ruft (methodische) Kritik hervor. Mit Berücksichtigung des Prinzips der Umlagefinanzierung und des Verschuldungsverbots, mit dem – abgesehen von Überbrückungskrediten – die GKV belegt ist, muss die Deckungslücke der KVdR nicht prozentual, sondern absolut vom Deckungsüberschuss AKV ausgeglichen werden. Gelingt das in der Vergangenheit vorübergehend nicht, waren Beitragssatzerhöhungen in der GKV fällig, die für den historischen Kurvenverlauf des Deckungsüberschusses AKV verantwortlichen waren.

Die Prognose des Instituts für Wirtschaft und Soziales (WISO) ist unter diesen Umständen vom Ergebnis her nicht konsistent. Vermag der prophezeite Rückgang des Deckungsüberschusses AKV mit Hinweis auf die sinkende Erwerbstätigkeit intuitiv einleuchtend sein, muss dennoch ein finanzieller Ausgleich im System sichergestellt sein, wenn demographisch-technisch bedingt steigende Deckungslücken in der KVdR abzusehen sind. Letztendlich kann dieser Ausgleich ausschließlich über Beitragserhöhungen erfolgen, die den Deckungsüberschuss AKV – trotz sinkender Erwerbstätigkeit – umgekehrt zur Entwicklung in der KVdR wachsen lassen. Das Fazit lautet: Eine demographisch-technisch bedingt sinkende Deckungsquote KVdR kann in Zukunft nicht gleichzeitig mit einem ebenfalls sinkendem Deckungsüberschuss AKV einhergehen, ohne die heute existierenden Gegebenheiten – insbeson-

⁸⁵ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Übersicht 43, S. 63.

dere Umlagefinanzierung, Verschuldungsverbot oder Staatstransfers – in Frage zu stellen. Der Logik des Systemausgleichs folgend wird – abweichend von der Prognose des Instituts für Wirtschaft und Soziales – analog zur historischen Entwicklung auch in Zukunft von einer sich symmetrisch auseinanderentwickelnden Deckungsquote KVdR und AKV auszugehen sein.

Der Anteil der Leistungsausgaben in der KVdR an den gesamten Leitungsausgaben – die Ausgabenquote KVdR – wird nach Schätzungen des WISO-Instituts kontinuierlich bis zum Jahr 2020 steigen. Im gesamten Bundesgebiet wird sie mit 56 % deutlich über den Vergleichswert für das Jahr 2000 liegen. Die Einnahmenquote als Anteil der Beitragseinnahmen in der KVdR an den Gesamteinnahmen in der GKV hingegen stagniert. Obwohl also im Zuge der sich verändernden Altersstruktur die Mitgliederzahlen und damit die beitragspflichtigen Einkommen in der KVdR steigen, bleibt das Ausgabenproblem in der Krankenversicherung der Rentner nicht nur bestehen. Eine stetige Verschlechterung ist zu befürchten.

Ausgaben- und Einnahmenquote KVdR ⁸⁶			
		Ausgabenquote	Einnahmenquote
Deutschland (West)	2000	43,3	17,3
	2010	45	18
	2020	47	19
Deutschland (gesamt)	2000	44,8	18,9
	2010	50	20
	2020	56	21

Diese Entwicklung bestätigt sich noch deutlicher im Vergleich der Ausgabenquote KVdR je Mitglied mit der Einnahmenquote KVdR je Mitglied (jeweils in % zu den Ausgaben und Einnahmen je Mitglied AKV). Bei fortlaufend stagnierenden Einnahmen verursachen im Jahr 2000 die Rentner in

⁸⁶ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Übersicht 44-45, S. 63 f.

Deutschland durchschnittlich das 1,9fache der Ausgaben eines Mitglieds in der AKV. Im Jahr 2020 wird es schon – so die Schätzungen – das 2,2fache sein.

Ausgaben- und Einnahmenquote KVdR je Mitglied ⁸⁷			
		Ausgabenquote	Einnahmenquote
Deutschland (West)	2000	189,1	52
	2010	200	52
	2020	215	52
Deutschland (gesamt)	2000	189,7	54,6
	2010	205	56
	2020	220	56

Zusammenfassend bleibt damit festzustellen, dass das heute schon existierende strukturelle Kostenproblem der GKV nicht nur bestehen bleibt, sondern sich bis 2020 verschärfen wird. Steigende Quersubventionen zwischen der AKV und KVdR werden nötig sein, um die weiter hinter den KVdR-Einnahmen zurückbleibenden Ausgabensteigerungen in der KVdR zu bewältigen. Und das in einer Situation, in der demographisch bedingt immer weniger Erwerbstätige mit ihren Beiträgen zur AKV die notwendigen Subventionsmittel erwirtschaften müssen.

Der demographische Wandel hat im Jahr 2020 allerdings noch nicht seinen Höhepunkt erreicht. Die aufgezeigte Entwicklung der GKV im Allgemeinen und der KVdR im Speziellen wird sich über das Jahr 2020 hinaus noch einmal dramatisch zuspitzen. Genaue Prognosen sind äußerst schwierig. Ein Blick auf den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Altenquotient als Anteil der Personen im Rentenalter (ab 60 Jahren) an den Personen im Erwerbsalter (von 20-59 Jahren) zeigt allerdings, dass die kritische Beschleunigung der Alterung nicht zwischen 2010 und 2020, sondern zwischen 2020

⁸⁷ Die Zahlen basieren auf Daten des Instituts für Wirtschaft & Soziales (WISO) (2002/03), Grundtabellen 1.1, 3.1, 4.1, 6.1 sowie Übersicht 44-45, S. 63 f.

und 2040 stattfinden wird. Erhöht sich der Altenquotient zwischen 2001 und 2010 (2011 und 2020) von 44 % auf *nur* 46 % (46 % auf 55 %), steigt er bis 2030 sprunghaft auf 71 %.^{88 89} Die Folgen werden insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung zu spüren sein. Während die Altersvorsorge durch die mögliche Verschiebung des Ruhestandsalters über einen systemimmanenten Regulierungsfaktor verfügt, werden die eigentlichen Herausforderungen des demographischen Wandels für die GKV *unausweichlich* jenseits des Jahres 2020 liegen. Ihnen wird – wie in der Übersicht auf Seite 44 skizziert – nur mit erheblich höheren Beitragssätzen zu begegnen sein.

⁸⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050.

⁸⁹ Die sprunghafte Zunahme des Altenquotienten zwischen 2020 und 2030 käme auch bei einem tatsächlichen Rentenzugangsalter von 65 Jahren zum Tragen. Der Altenquotient ab 65 Jahre steigt in diesen zehn Jahren von 36 auf 47 % und damit mindestens doppelt so schnell wie in den Jahrzehnten davor; vgl. Statistisches Bundesamt (2003), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die seit Jahrzehnten steigenden Beitragssätze als Ausdruck der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung sind offensichtlich. Dieser Tatbestand erfordert Reformen, die sowohl auf der Ausgaben- als auch Einnahmenseite implementiert werden könnten.

Detaillierte Vorschläge zu Reformen im Gesundheitswesen sind nicht das Ziel dieses Aufsatzes. Die vorliegende Arbeit soll lediglich dazu beitragen, in der gesundheitspolitischen (Reform-)Diskussion insbesondere auf folgende Punkte aufmerksam zu machen:

- (1) Lohnquoten und Lohnsummenquoten eignen sich nicht, um ein oft diskutiertes Einnahmenproblem der GKV zu belegen. Ausschließlich das beitragspflichtige Einkommen vermag Hinweise zu geben, wie sich die Einnahmen und Entgelte entwickelt haben, auf die tatsächlich Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichtet werden müssen.
- (2) Die oft skizzierte *Wachstumslücke* zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen auf der einen und dem Bruttoinlandsprodukt auf der anderen Seite schließt sich, wenn das BIP von der verzerrenden Wirkung des PKV-Versicherungsbestandes und das beitragspflichtige Einkommen von den sozialpolitischen *Verschiebepbahnhöfen* bereinigt wird.
- (3) Um einen überzeugenden Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und einer gesamtwirtschaftlichen Größe vorzunehmen, ist (a) das Volkseinkommen als Wertschöpfungsindikator zu wählen, sind (b) die Schwankungen der Bevölkerung wie auch im Versichertenbestand der GKV zu berücksichtigen und muss (c) eine Bereinigung des aus (a) und (b) folgenden Maßstabes *Volkseinkommen je Einwohner* um die Wirtschaftsleistung der privat Versicherten sowie um den Bestand der privat versicherten Personen erfolgen.
- (4) Für die Entwicklung der GKV-Beitragsgrundlage gilt damit festzuhalten: Der Vergleich des beitragspflichtigen Einkommens je Versicherten mit der den einbezogenen Personenkreis nicht verzerrenden und damit konsistenten Bezugsgröße *Volkseinkommen je GKV- Einwohner* – bereinigt um die *private* Wirtschaftsleistung – dokumentiert eine stabile Finanzierungsbasis der GKV. Erst im Jahr 2002 deuten sich – wenn überhaupt – Finan-

zierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung an. Von einer Erosion oder *Impllosion* kann weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart die Rede sein.

- (5) Der Vergleich der Quote des beitragspflichtigen Einkommens mit der Ausgabenquote sowie die nahezu parallele Entwicklung der Ausgabenquote, Beitragseinnahmenquote und der Beitragssätze lässt vermuten, dass – obwohl es auch aufgrund der zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Kostendämpfung keine Kostenexplosion gegeben hat – die Ursachen für die Finanzmisere der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem auf der Ausgaben- und nur begrenzt auf der Einnahmenseite zu finden sind. Ein Resultat, das auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bestätigt wird.
- (6) Der Vergleich zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen und der Ausgabenquote ist genauso unbefriedigend wie zwischen dem beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung je Erwerbstätigen. Lediglich die Konfrontation der Ausgaben je Versicherten mit dem beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten beziehungsweise mit dem Volkseinkommen je Einwohner beziehungsweise mit dem um die Wirtschaftsleistung der privat Versicherten bereinigten Volkseinkommen je GKV-Einwohner skizziert ohne Einschränkungen, dass die gesetzliche Krankenversicherung unter einem überproportionalen Leistungsausgabenanstieg leidet. Und das, obwohl das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten stärker als die gesamtwirtschaftlichen Vergleichskennzahlen zulegte.
- (7) Der demographische Wandel ist schon in der Gegenwart ursächlich für die Finanzmisere der GKV verantwortlich. In der KVdR (AKV) ist ein(e) eklatante(r) Deckungslücke (Deckungsüberschuss) entstanden. Steigende Quersubventionen zwischen AKV und KVdR sind notwendig, um das Ausgabenproblem der KVdR zu lösen. Während sich nämlich der Anteil der Ausgaben für die KVdR deutlich erhöht hat, können die Einnahmen der KVdR nicht Schritt halten. In der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht damit ein strukturelles, in der KVdR zu lokalisierendes Kosten- und Ausgabenproblem.
- (8) Das strukturelle Kosten- und Ausgabenproblem wird sich in der Zukunft verschärfen. In einer Situation, in der demographisch bedingt immer weniger Erwerbstätige mit ihren Beiträgen zur AKV Deckungsüberschüsse

erwirtschaften können, bleiben die Einnahmen der KVdR immer weiter hinter den rasant steigenden Leistungsausgaben der KVdR zurück.

- (9) Die strukturellen Ausgabenprobleme der GKV machen im Zuge der fortschreitenden demographischen Entwicklung – in Wechselwirkung mit dem technischen Fortschritt – für das Jahr 2050 einen plausiblen Beitragssatz zur GKV zwischen 23 und 29 % möglich.

Das Fazit der Punkte (1) – (9) ist politisch nicht bequem. Von einer nachhaltigen Erosion der Finanzierungsbasis der GKV kann nicht gesprochen werden. Ausschließlich die strukturelle Arbeitslosigkeit und Wachstumsschwäche sowie die sozialpolitischen Verschiebepathologien tragen zu einer gewissen Schwäche der beitragspflichtigen Einkommen bei.

Bedeutender waren, sind und werden die Leistungsausgaben der GKV sein. In dem von der GKV verwendeten Umlageverfahren muss ein immer größerer Teil der Leistungen durch einen Transfer von der jeweils jungen Generation an die Älteren aufgebracht werden. Die gesetzliche Krankenversicherung weist damit die gleiche Anfälligkeit gegenüber der sich verändernden Altersstruktur auf wie die gesetzliche Rentenversicherung (GRV).

Das aufgezeigte Strukturproblem der GKV mündet letztendlich immer in die Frage nach der *gerade noch zu verantwortenden* Last der jeweils jungen Generation. Oder mit anderen Worten: Wie hoch sollte die *richtige* Beitragsbeteiligung der Rentner an der GKV sein? Ähnliche Fragen stellen sich in der GRV. In der GRV ist allerdings mit Blick auf die kapitalgedeckte Säule eine ordnungspolitische Neuausrichtung zumindest partiell schon vollzogen worden. Folgerichtig gilt es festzustellen: Wenn für die gesetzliche Rentenversicherung erkannt worden ist, dass die Bereitschaft der (erwerbstätigen) jungen Generation, die alte Generation finanziell zu unterstützen, begrenzt ist, scheint plausibel, dass die Grenzen des *tragbaren* Beitragssatzes auch in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen.

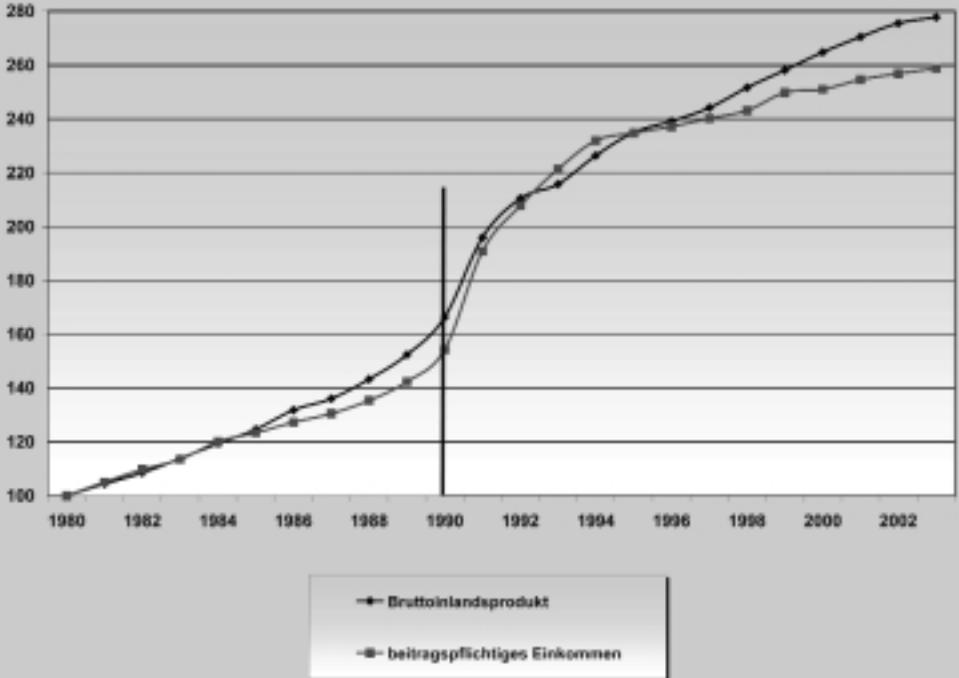
Kapitaldeckung oder kapitalgedeckte Elemente werden in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein, um eine Antwort auf die demographische Herausforderung im Allgemeinen und auf die strukturellen Kosten- und Ausgabenprobleme im Speziellen zu finden. Alle Vorschläge, Konzepte und Reformoptionen für das Gesundheitswesen sind insbesondere an dieser *intergenerativen Nachhaltigkeitsanforderung* zu messen.

Die in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung dominierenden Fi-

finanzierungsmodelle setzen andere Schwerpunkte. Mit einer sowohl in der Bürgerversicherung als auch im Prämienmodell möglichen Ausdehnung der GKV auf die Gesamtbevölkerung unter Einschluss von Beamten und Selbständigen fließen zusätzliche Finanzmittel in das GKV-System, ohne – was verursachungsgerechter wäre – sozialpolitische Verschiebepunkte und strukturelle Arbeitslosigkeit zu beseitigen. Ein Finanzierungseffekt, der aber – wenn überhaupt – nur kurzfristig währt. Mit dem Einbezug aller privat versicherten Personen wird die Zahl der Beitragszahler zunächst steigen. Aber Beitragszahler werden auch zu Leistungsempfängern. Der kurzfristige Finanzierungseffekt wird langfristig vom Ausgabeneffekt eingeholt. Die Folgen des demographischen Wandels – der doppelte Alterungsprozess – wird somit im Rahmen einer größeren Personenmehrheit nicht vermindert, sondern – zeitlich verzögert – verstärkt.

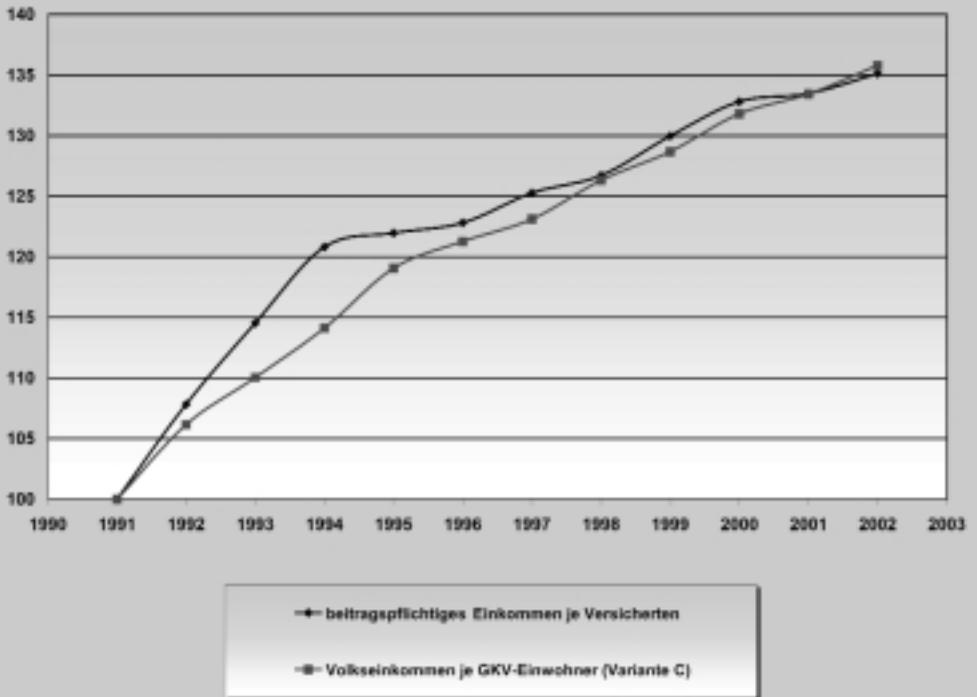
Anhang

**Abbildung A: Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens
– 1980-1990 Deutschland (West),
ab 1991 Deutschland, Index: 1980 = 100**



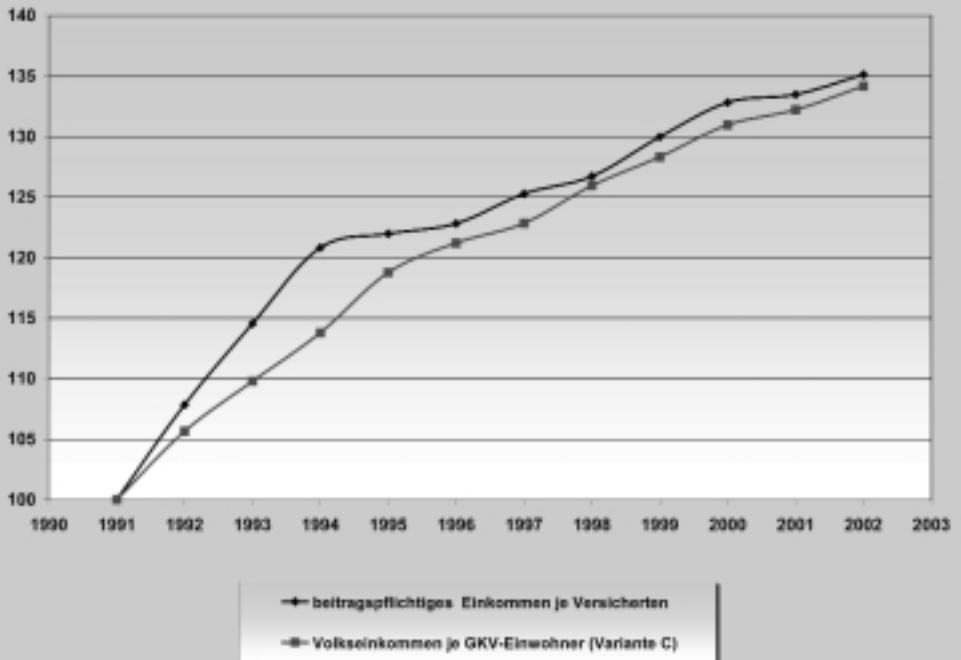
Quelle: Statistische Jahrbücher;
BMD6; WISO; eigene Berechnungen

**Abbildung B: Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten
in Deutschland, Index: 1991 = 100**



Quelle: Statistische Jahrbücher,
BMFSFJ, WISO; eigene Berechnungen

Abbildung C: Beitragspflichtiges Einkommen je Versicherten
in Deutschland, Index: 1991 = 100



Quelle: Statistische Jahrbücher,
BMFS, WISO, eigene Berechnungen

Literatur

- Baumann, E.; Weidmann, J.** (2003), Finanzierungsprobleme in der GKV: Folge eines veränderten Erwerbsverhaltens?, in: Wirtschaftsdienst 2003/3.
- Berié, H.; Fink, U.** (2000), Lohnquote, Arbeitspapier, WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, Berlin.
- Berié, H.; Fink, U.** (2002/2003), Grundlohnentwicklung und Ausgaben der GKV, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, Berlin.
- Beske, F.; Drabinski, T.; Michel, C.** (2002), igsf-Schriftenreihe, Band 91.
- Beske, F.; Drabinski, T.** (2004) igsf-Schriftenreihe, Band 101
- Breyer, F.** (1999), Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, B. 50, S. 53-65.
- Breyer, F.; Ulrich, V.** (2000), Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, DIW-Wochenbericht 24/00.
- Buttler, G.; Fickel, N.; Lautenschlager, B.** (1999), Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Kosten im Gesundheitswesen, in: Allgemeines Statistisches Archiv, 83 (1999), S. 120-136.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2004), Statistik, www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln.pdf (Stand: 3.8.2004).
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2003), Statistik über Versicherte, www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm (Stand: 24.3.2003).
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2002), Statistiken Gesundheit 2002, www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stattb2002/10/10.14.pdf (Stand: 18.6.2004).
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA** (2001), Memorandum – Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen, Berlin.
- Cassel, D.** (2002), Reformoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Münsterische Sozialrechtsvereinigung (Hrsg.), 7. Münsterische Sozialrechtstagung.
- Erbe, S.** (2000), Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, HWWA-Forum, in: Wirtschaftsdienst, 2000/V, S. 308-311.

- Erbmland, M.; Wille, E.** (1995), Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 84 (1995/4), S. 661-686.
- Erdmann, Y.** (2003), Reformzwänge und Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen – einige Bemerkungen, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 5, 49. Jg., Sep./Okt. 2003.
- Grömling, M.** (2004), Determinanten der Lohnquote im internationalen Vergleich, in: Sozialer Fortschritt 2/2004, S. 40-45.
- Hof, B.** (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., PKV-Dokumentation 24, Köln.
- Jacobs, K.; Langer, B.; Pfaff, A. B.; Pfaff, M.** (2004), Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, Alternative Finanzierungsgrundlagen für die GKV, Friederich-Ebert-Stiftung.
- IG Metall** (2001), Ein Plädoyer für mehr Qualität und Solidarität, Dokumentation des IG-Metall-Positionspapiers zur „reformpolitischen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens“, in: Soziale Sicherheit, 50. Jg., Heft 11, S. 371-376.
- igsf-Schriftenreihe**, Beske, F.; Drabinski, T.; Michel, C. (2002), Band 91, Kiel.
- Institut der deutschen Wirtschaft (IDW)**, Pimpertz, J. (2003), Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, iw-trends, 30. Jg., 1/2003.
- Krämer, W.** (1982), Wer leben will, muss zahlen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre möglichen Auswirkungen, Düsseldorf.
- Krämer, W.** (1996), Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges, in: Kirch, W.; Kliemt, H. (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg.
- Kühn, H.** (2001), in: Deutscher Bundestag: Anhörung der Enquête-Kommission Demographischer Wandel, 22.1.2001, Berlin.
- Lauterbach, K.** (2001), Einfluss demographischer und epidemiologischer Faktoren auf Krankheitslast und -kosten am Beispiel der koronaren Herzkrankheit auf der Grundlage eines Simulationsmodells, in: Deutscher Bundestag: Anhörung der Enquête-Kommission Demographischer Wandel, 22.1.2001, Berlin.

- Meinhardt, V.; Schulz, E.** (2003), Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, in: DIW-Wochenbericht, 70. Jg., Nr.7, S. 105-109.
- Mollenkopf, H.** (2002), Mobilität und Lebensqualität im Alter, in: Glatzer, W.; Habich, R.; Mayer, K. U. (Hrsg.), Sozialer Wandel und gesellschaftliche Dauerbeobachtung, S. 255-271.
- Oberdieck, V.** (1998), Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Band 26, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Duisburg.
- Pfaff, M.** (1994), Können wir uns die soziale Krankenversicherung in Zukunft noch leisten?, in: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 48, Heft 9-10, S. 19-32.
- Pimpertz, J.** (2003), Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, Institut der deutschen Wirtschaft, iw-trends, 30. Jg., 1/2003.
- PKV** (1980-2003), Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenberichte.
- Postler, A.** (2003), Modellrechnungen zur Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionsbeiträge der Universität Duisburg-Essen, 298, S. 1-26.
- Fetzer, S.; Moog, S.; Raffelhüschen, B.** (2001), Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge 99/01.
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden.
- 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.
- Statistisches Bundesamt**, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt**, Statistische Jahrbücher.
- Statistisches Bundesamt**, Fachserie 18, Reihe 1.1-1.3.
- Statistisches Bundesamt** (2000), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis

- zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2003), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Pressemitteilung, www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm (Stand 15.6.2004).
- Sommer, B.** (2001), Entwicklung der Bevölkerung bis 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder, in: *Wirtschaft und Statistik*, 2001, S. 22-29.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands** (2003), Anforderung an eine moderne Gesundheitspolitik, Präsentation Klaus Kirschner, www.mdb-klaus-kirschner.de/GMG.pdf (Stand 21.6.2004).
- Ulrich, V.** (1998), Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000, Diskussionspapier 1/98, Universität Greifswald.
- Ulrich, V.** (2003), Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, Diskussionspapier 09-03, Universität Bayreuth.
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatz-Kassen-Verband** (2003), Basisdaten 2001-2003, www.vdak.de/zahlen.htm. (Stand: 15.5.2004).
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)** (2001), Rentenversicherung in Zeitreihen, Frankfurt.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)** (2002), Rentenversicherung in Zeitreihen, Frankfurt.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di** (2002), Gesundheit solidarisch finanzieren, Dokumentation des ver.di Positionspapiers „Unser Gesundheitssystem solidarisch finanzieren“, in: *Soziale Sicherheit*, 51. Jg., S. 6-13.
- Weiß, T.** (2004), Die Lohnquote nach dem Jahrtausendwechsel, in: *Sozialer Fortschritt* 2/2004, S. 36-40.
- 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.
- WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, Berié, H.; Fink, U.** (2000), Lohnquote, Arbeitspapier, Berlin.
- Zweifel, P.** (1990), Bevölkerung und Gesundheitswesen: Ein Sisyphus-Syndrom, in: *Felderer, B. (Hrsg.), Bevölkerung und Wirtschaft*, Berlin, S. 373-386.

ISBN 3-9810070-0-X