

Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Gesundheitswesen stellt einen wichtigen – und wachstumsträchtigen – Teilbereich der deutschen Volkswirtschaft dar. Das Angebot an Gesundheitsleistungen wird zum größten Teil über die gesetzliche Krankenversicherung durch lohnbezogene Beiträge der Versicherten finanziert. Von der finanziellen Entwicklung der Krankenversicherung und den daraus resultierenden Veränderungen der Beitragssätze gehen erhebliche Einflüsse auf die Gesamtwirtschaft aus.

Die gesetzliche Krankenversicherung hatte in den vergangenen Jahren trotz eines deutlichen Anstiegs des durchschnittlichen Beitragssatzes erhebliche Defizite zu verzeichnen. Diese Entwicklung hat den Anlass zur jüngsten Gesundheitsreform gegeben, mit deren Hilfe die aufgelaufenen Schulden abgebaut und die Beitragssätze in den kommenden Jahren deutlich gesenkt werden sollen. Gleichwohl kann diese Reform vor allem mit Blick auf die demographischen Veränderungen und die kostensteigernden Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts längerfristig einen weiteren Anstieg der Beitragssätze nicht verhindern. Bei den deshalb erforderlichen weiteren Reformüberlegungen erscheint es vordringlich, die Abgabenlast des Faktors Arbeit zu begrenzen, Umverteilungs- und Äquivalenzelemente zu trennen und den Wettbewerb zu intensivieren.

Zur aktuellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung

*Defizitäre
Entwicklung
trotz steigender
Beitragssätze*

In den Jahren 2001 bis 2003 hatte die gesetzliche Krankenversicherung anhaltende Defizite in einer Größenordnung von jeweils 3 Mrd € bis 3 ½ Mrd € zu verzeichnen, obwohl der durchschnittliche Beitragssatz von 13,6 % auf 14,3 % gestiegen ist. Auf Grund der akuten Finanzprobleme und der drohenden weiteren Zunahme der Beitragssätze wurden bereits unmittelbar nach der Bundestagswahl 2002 gesetzliche Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der Finanzlage ergriffen. Im Verlauf des Jahres 2003 verständigten sich die Regierungskoalition und die CDU/CSU-Bundestagsfraktion dann auf das „GKV-Modernisierungsgesetz“, das zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Neben einnahmenverbessernden Maßnahmen sind hiermit vor allem Ausgabenbegrenzungen (einschl. Zuzahlungserhöhungen), aber auch Ausgliederungen einzelner Leistungsbereiche beschlossen worden. Auf eine umfassende Neuregelung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern ist hingegen ebenso verzichtet worden wie auf eine grundlegende Umgestaltung des Finanzierungssystems.

*Zweitgrößter
Sozialversiche-
rungszweig*

Mit einem Ausgabenvolumen von 145 Mrd € oder fast 7 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) im Jahr 2003 bildet die gesetzliche Krankenversicherung hinter der gesetzlichen Rentenversicherung den zweitgrößten Sozialversicherungszweig in Deutschland. Der Beitragssatz beträgt derzeit durchschnittlich 14,2 % im Vergleich zu 19,5 % in der gesetzlichen Rentenversicherung, 6,5 % zur Bundesagen-

tur für Arbeit und 1,7 % in der sozialen Pflegeversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung (ebenso wie die soziale Pflegeversicherung) unterscheidet sich deutlich von den übrigen Sozialversicherungszweigen. Mit der umfassenden Bereitstellung von Gesundheitsleistungen wird ein gesamtwirtschaftlich wichtiger Teilbereich weitgehend reguliert. Während in der gesetzlichen Renten- und der Arbeitslosenversicherung dem Äquivalenzprinzip große Bedeutung zukommt, trifft dies für die Krankenversicherung nicht zu. Zwar werden die Beiträge wie in den anderen Zweigen proportional zum Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben, die Leistungen sind jedoch mit Ausnahme des Krankengeldes einkommensunabhängig. Die damit einhergehende interpersonelle Einkommensumverteilung wird allerdings durch die wesentlich niedrigere Beitragsbemessungsgrenze und die Austrittsmöglichkeit für Bezieher höherer Einkommen begrenzt.¹⁾ Darüber hinaus ist die gesetzliche Krankenversicherung durch eine Vielzahl von Kassen²⁾ mit unterschiedlichen Beitragssätzen und weitgehend identischen Leistungen charakterisiert, deren Wettbewerb vor allem durch einen Risikostrukturausgleich beeinflusst wird, um Anreize zur Risikoselektion zu minimieren.

*Besonderheiten
der gesetzlichen
Kranken-
versicherung*

¹ Im Jahr 2004 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung 3 487,50 € pro Monat (in West- und Ostdeutschland). Sie beläuft sich in der Renten- und Arbeitslosenversicherung auf monatlich 5 150 € im Westen und 4 350 € im Osten. Die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und der Pflegeversicherung beträgt 3 862,50 €. ² Zum Jahresende 2003 waren 322 Krankenkassen registriert. Die Anzahl ist auf Grund von Fusionen rückläufig.

Verpflichtung
zum
ausgeglichenen
Haushalt

Jede Krankenkasse ist verpflichtet, ihren Beitragssatz für das Haushaltsjahr so festzulegen, dass die voraussichtlichen Einnahmen ausreichen, um die erwarteten Ausgaben zu decken und – soweit erforderlich – die Rücklagen³⁾ aufzufüllen. Wird im Haushaltsvollzug deutlich, dass die Einnahmen nicht ausreichen werden, ist der Beitragssatz auch unterjährig zu erhöhen. Eine Kreditfinanzierung ist nicht vorgesehen.

Weitere
Finanzierungs-
quellen für
Gesundheits-
leistungen

Gesundheitsleistungen werden neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch aus anderen Quellen finanziert. Hierzu zählen die privaten Krankenkassen mit etwa 8,1 Millionen voll Versicherten im Vergleich zu 70,5 Millionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterhin spielen Zuzahlungen von Patienten, Leistungen der Beihilfe für Beamte, aber auch die ausschließlich private Bezahlung von Gesundheitsleistungen eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Gesamt-
wirtschaftliche
Bedeutung des
Gesundheits-
wesens

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat eine beachtliche gesamtwirtschaftliche Bedeutung. Im Jahr 2002 bestanden hier knapp 4,2 Millionen Beschäftigungsverhältnisse, dies entsprach einem Anteil an der gesamten Beschäftigung von 10,6%.⁴⁾ In Deutschland wurden im Jahr 2002 fast 11% des BIP für Gesundheitsleistungen (einschl. Pflegeversicherung) ausgegeben. Im internationalen Vergleich waren lediglich die Aufwendungen in den USA (14½%) und der Schweiz (gut 11%) höher (vgl. nebenstehendes Schaubild). Betrachtet man nur die Ausgaben des Staates für Gesundheits- und Pflegeleistungen, so ist die Ausgabenquote in Deutschland

Gesundheitsausgaben^{*)} in ausgewählten Ländern

in % des BIP, Stand 2002



Quelle: OECD Health Data 2004. — * Aufwendungen für Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Deutsche Bundesbank

mit 8½% am höchsten, gefolgt von Schweden (knapp 8%) und Frankreich (7½%).

³ Die Rücklagen einer Kasse müssen mindestens ein Viertel und dürfen höchstens eine durchschnittliche Monatsausgabe betragen (§ 261 SGB V).

⁴ Vgl.: J. Weinmann und N. Zifonun, Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2002, in: Wirtschaft und Statistik 4/2004, S. 456.

Kennzahlen zur Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Position	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	in Mrd DM				in Mrd €				
Beitragseinnahmen 1)	226,6	234,7	239,4	243,1	127,5	130,1	131,9	136,2	138,4
Sonstige Einnahmen	8,8	8,6	7,4	6,8	3,7	3,8	3,9	3,5	3,3
Einnahmen insgesamt 2)	235,4	243,2	246,7	249,9	131,2	133,8	135,8	139,7	141,7
Leistungsausgaben zusammen	228,8	236,4	231,3	234,9	123,2	125,9	130,6	134,3	136,2
darunter:									
Krankenhausbehandlung	79,7	80,9	82,8	85,2	43,7	44,5	45,0	46,3	46,8
Ärztliche Behandlung 3)	38,5	39,3	40,1	40,6	21,2	21,5	21,9	22,3	22,9
Zahnärztliche Behandlung	21,2	23,0	23,3	21,2	11,0	11,2	11,6	11,5	11,8
Arzneimittel 4)	32,0	34,2	32,9	34,7	19,2	20,1	22,3	23,4	24,2
Heil- und Hilfsmittel 5)	16,2	17,7	16,8	18,5	9,2	9,4	9,8	10,4	10,9
Rehabilitation	5,1	5,3	4,3	4,8	2,6	2,7	2,7	2,7	2,6
Fahrkosten	3,8	4,0	4,1	4,3	2,4	2,5	2,6	2,8	2,9
Krankengeld	18,4	18,2	14,4	13,8	7,1	7,1	7,7	7,6	7,0
Sterbegeld	1,6	1,6	1,6	1,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,4
Verwaltungsausgaben	12,0	12,8	12,6	13,3	7,2	7,3	7,6	8,0	8,2
Sonstige Ausgaben	1,7	1,0	1,1	1,0	0,5	0,6	0,5	0,7	0,7
Ausgaben insgesamt 2)	242,5	250,2	245,1	249,3	130,9	133,8	138,8	143,0	145,1
Saldo von Einnahmen und Ausgaben	- 7,2	- 6,9	1,7	0,5	0,3	0,0	- 3,1	- 3,3	- 3,4
Risikostrukturausgleich 6)									
Einnahmen	20,5	22,6	22,3	24,5	13,1	14,0	15,2	15,8	16,6
Ausgaben 7)	20,3	22,4	22,9	23,9	13,5	13,9	14,9	15,9	16,8
Nachrichtlich:									
Grundlohnsumme 8)	1 714,4	1 739,0	1 751,7	1 769,1	923,9	943,0	955,8	960,4	954,7
	in Millionen								
Mitglieder	50,7	50,8	50,8	50,7	50,9	51,0	51,0	51,0	50,8
Versicherte	71,7	72,0	71,7	71,3	71,4	71,3	71,0	70,8	70,5
	Jahresdurchschnitt in %								
Beitragssatz	13,2	13,5	13,6	13,6	13,6	13,6	13,6	14,0	14,3
alte Bundesländer 9)	13,2	13,5	13,5	13,6	13,5	13,5	13,6	14,0	14,4
neue Bundesländer	12,8	13,5	13,9	13,9	13,9	13,8	13,7	14,0	14,1
	Veränderung gegenüber Vorjahr in % 10)								
Beitragseinnahmen	0,9	3,6	2,0	1,5	2,6	2,0	1,4	3,3	1,6
Einnahmen insgesamt	1,3	3,3	1,4	1,3	2,7	2,0	1,5	2,9	1,4
Leistungsausgaben zusammen	5,3	3,3	- 2,1	1,5	2,6	2,2	3,7	2,8	1,4
darunter:									
Krankenhausbehandlung	4,2	1,5	2,4	2,9	0,4	1,8	1,0	2,9	1,1
Ärztliche Behandlung	4,2	2,2	1,9	1,4	2,0	1,5	1,8	1,9	2,5
Zahnärztliche Behandlung	2,9	8,6	1,2	- 9,0	1,1	2,4	3,3	- 0,9	2,8
Arzneimittel	9,8	6,6	- 3,7	5,4	8,4	4,8	11,0	5,0	3,3
Heil- und Hilfsmittel	5,8	9,4	- 5,4	10,5	- 3,4	3,0	3,5	6,6	4,3
Rehabilitation	18,3	3,6	- 18,4	11,2	7,9	2,2	- 0,8	- 0,6	- 3,5
Fahrkosten	9,9	5,1	1,7	5,1	7,7	3,8	5,1	6,9	3,4
Krankengeld	15,6	- 1,1	- 20,6	- 4,6	1,4	- 1,2	9,3	- 2,0	- 7,8
Sterbegeld	- 1,0	1,6	- 2,8	- 1,3	- 0,6	- 2,0	- 1,8	- 0,8	- 44,8
Verwaltungsausgaben	2,3	6,7	- 1,4	5,6	5,2	1,7	4,7	4,9	2,3
Ausgaben insgesamt	5,6	3,2	- 2,1	1,7	2,7	2,2	3,7	3,0	1,4
Nachrichtlich:									
Grundlohnsumme	.	1,4	0,7	1,0	2,1	2,1	1,4	0,5	- 0,6
Mitglieder	0,2	0,2	0,0	- 0,3	0,5	0,2	- 0,1	0,0	- 0,4
Versicherte	0,2	0,4	- 0,4	- 0,5	0,0	- 0,1	- 0,4	- 0,3	- 0,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, GKV-Statistiken KJ1 und KM1 sowie eigene Berechnungen. — 1 Beitragseinnahmen im Jahr 2003 einschl. Beiträge für Mini-Jobs in Höhe von schätzungsweise 0,9 Mrd €. — 2 Ohne Zahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. — 3 Ohne Dialyse-Sachkosten. — 4 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von

Sonstigen. — 5 Einschl. Dialyse-Sachkosten, ohne Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen. — 6 Ab 2001 einschl. Einnahmen und Ausgaben für den Risikopool. — 7 Im Jahr 2003 ohne Beiträge für Mini-Jobs. — 8 Einschl. beitragspflichtige Einnahmen der Rentner. — 9 Einschl. Berlin-Ost. — 10 Werte bis 1998 umgerechnet mit dem unwiderprüflichen Euro-Umrechnungskurs von 1,95583 DM.

Grundtendenzen der Finanzentwicklung seit 1995

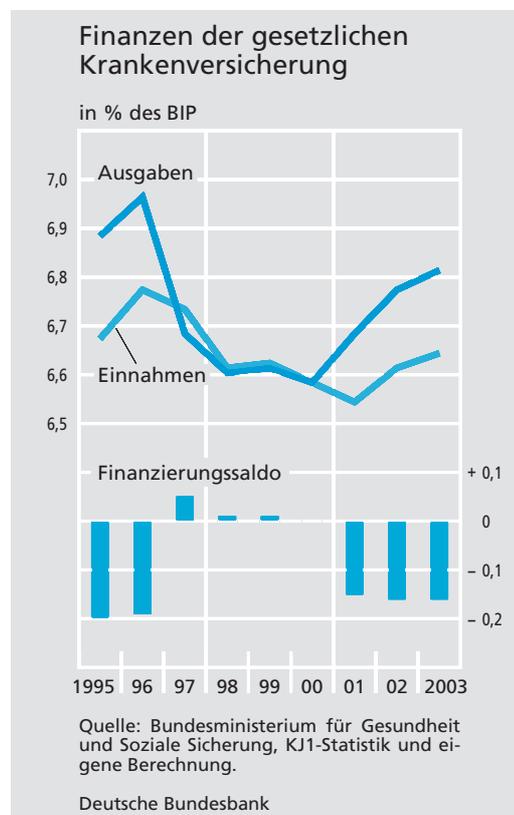
*Defizite
führten zur
Verschuldung*

Die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung unterlagen seit Mitte der neunziger Jahre erheblichen Schwankungen (vgl. nebenstehendes Schaubild).⁵⁾ Nach Defiziten von rund 3 ½ Mrd € in den Jahren 1995 und 1996 ergaben sich in den folgenden vier Jahren leichte Überschüsse. Seit dem Jahr 2001 kam es jedoch wieder zu Defiziten zwischen 3 Mrd € und 3 ½ Mrd €. Da die Rücklagen nach den Defiziten Mitte der neunziger Jahre bereits das gesetzliche Minimum von einer viertel Monatsausgabe kaum noch übertrafen, konnten die neuerlichen Deckungslücken vielfach nur durch Kreditaufnahmen finanziert werden, was einen Schuldenstand von (netto) 6 Mrd € Ende 2003 zur Folge hatte.⁶⁾

Bereits in den Jahren 1996 bis 1998 hatten Kassen in den neuen Bundesländern Zuflucht zu gesetzlich nicht vorgesehenen Kreditaufnahmen gesucht. Mit dem „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ von 1998 wurde daraufhin zunächst für die Jahre 1999 bis 2001 der Risikostrukturausgleich auf Gesamtdeutschland ausgedehnt. Mit dem Anfang 1999 in Kraft getretenen „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ wurde dieser unbefristet weitergeführt. Die daraus resultierenden West-Ost-Transfers sollten es den ostdeutschen Kassen ermöglichen, ihre Verschuldung wieder abzubauen (vgl. hierzu und zum Risikostrukturausgleich im Allgemeinen die Übersicht auf S. 20).

*Einnahmenschwäche
dominiert*

Die insgesamt negative Finanzentwicklung seit Mitte der neunziger Jahre ist in erster Linie auf die schwache Entwicklung der bei-



tragspflichtigen Einkommen (Grundlöhne) zurückzuführen. Diese wuchsen seit 1995 nur um 1,1 % pro Jahr. Dadurch sank ihr Anteil am BIP von 48,7 % auf 44,8 %. Nur durch eine Anhebung der Beitragssätze von 13,2 % auf 14,4 % in den alten und von 12,8 % auf 14,1 % in den neuen Bundesländern konnte die Relation der Einnahmen zum BIP bei etwa 6,7 % gehalten werden.

Die Einnahmenschwäche resultierte zum einen aus dem relativ niedrigen Anstieg der gesamten Bruttolöhne und -gehälter. Hinzu kam freilich, dass die beitragspflichtigen Ein-

*Abkopplung
der Beitrags-
bemessungs-
grundlage von
der Lohn-
entwicklung*

⁵⁾ Zur Entwicklung in früheren Jahren vgl.: Deutsche Bundesbank, Neuere Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Januar 1991, S. 26 ff.

⁶⁾ Brutto, d. h. ohne Verrechnung mit positiven Rücklagen einzelner Kassen, belief sich der Schuldenstand Ende 2003 auf 8,3 Mrd €.

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem „Gesundheitsstrukturgesetz 1992“ sollte auch der Wettbewerb unter den Kassen intensiviert werden. So wurde ab 1996 das Recht zur freien Kassenwahl auf alle Versicherten ausgedehnt. Obgleich die Krankenkassen einem Kontrahierungszwang unterliegen, wurde doch eine Selektion in gute und schlechte Risiken befürchtet. Um dies zu vermeiden, wurde 1994 ein Risikostrukturausgleich eingeführt, der die Komponenten beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder, Alter, Geschlecht und Invalidität der Versicherten umfasst.

Bis 1998 war der Risikostrukturausgleich strikt in die zwei Rechnungskreise West und Ost getrennt. Mit dem „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ von 1998 wurde erstmals eine Ausweitung auf einen gesamtdeutschen Finanzausgleich eingeleitet. Dieser sollte ursprünglich bis Ende 2001 befristet sein und vor allem dazu dienen, die Verschuldung der Ost-Kassen wieder zu beseitigen. Außerdem wurde hiermit lediglich ein Ausgleich der Finanzkraft, nicht jedoch des Beitragsbedarfs zwischen Ost und West angestrebt.

Der Beitragsbedarf einer Kasse entspricht der Summe der „standardisierten Leistungsausgaben“ je Versicherten. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten unterscheiden sich dabei nach Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und gegebenenfalls Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Rechnerisch ergibt sich der Beitragsbedarf der Kasse i (BB_i) als Summe der standardisierten Leistungsausgaben je Risikoklasse j (sLA_j) multipliziert mit den kassenspezifischen Besetzungszahlen (n_j^i):

$$BB_i = \sum_j sLA_j \cdot n_j^i$$

Die Finanzkraft einer Kasse ergibt sich, indem der „Ausgleichsbedarfssatz“ (ABS) als Quotient aus Beitragsbedarfssumme aller Kassen und Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder quasi als „standardisierter Beitragssatz“ mit der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der betrachteten Kasse (bpE_i) multipliziert wird:

$$FK_i = bpE_i \cdot ABS, \text{ mit } ABS = \frac{\sum_i BB_i}{\sum_i bpE_i}$$

Mit dem Risikostrukturausgleich wird ein Ausgleich von Beitragsbedarf und Finanzkraft herbeigeführt. Ob eine Kasse Nettozahler oder -empfänger ist, hängt davon ab, ob ihre Finanzkraft größer oder kleiner ist als ihr Beitragsbedarf.

Das „GKV-Finanzstärkungsgesetz“ sah lediglich einen einheitlichen gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatz vor, nicht jedoch eine Vereinheitlichung der standardi-

sierten Leistungsausgaben. Da die absoluten Pro-Kopf-Ausgaben im Osten zwar unter denen des Westens liegen, das Verhältnis zwischen Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen im Osten jedoch ungünstiger ist, fällt der bundesweite Ausgleichsbedarfssatz niedriger als der ausschließlich für den Osten und größer als der ausschließlich für den Westen ermittelte Wert aus. Hierdurch wird dem Westen eine höhere, dem Osten hingegen eine niedrigere Finanzkraft zugewiesen. Die so ermittelte Finanzkraft der ostdeutschen Kassen liegt damit praktisch durchweg unter ihrem isoliert ermittelten Beitragsbedarf. Mit dem Finanzausgleich werden die Unterschiede in den durchschnittlichen beitragspflichtigen Entgelten in den alten und neuen Bundesländern ausgeglichen.

Mit dem „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ von 1998 wurde die Befristung aufgehoben und mit dem „Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV“ von 1999 ein stufenweiser Übergang zu einem gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich bis zum Jahr 2007 geregelt. Damit ist der Ausgleich auch der Beitragsbedarfe zwischen Ost und West eingeleitet. Die gesamtdeutschen standardisierten Leistungsausgaben dürften geringer ausfallen als im Westen und höher als im Osten. Damit wird der Beitragsbedarf im Osten erhöht und im Westen verringert, was zusätzliche West-Ost-Transfers zur Folge haben wird.

Mit dem allmählichen Übergang zu einem vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich kommt es zu einer Vereinheitlichung der „standardisierten Beitragssätze“. Da aber nicht alle Ausgabenkategorien (z. B. Verwaltungsausgaben, Kuren) in den Ausgleich einbezogen sind, verbleibt den Kassen auf diesen Gebieten volle Wettbewerbsfreiheit. Der Risikostrukturausgleich bewirkt ein (beabsichtigtes) Desinteresse der Kassen an der Selektion ihrer Versicherten im Hinblick auf gute beziehungsweise schlechte Risiken. Ein Anreiz, die gegebenen Risiken möglichst kostengünstig zu versorgen, bleibt jedoch erhalten.

Mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ von 2001 wurde der Risikostrukturausgleich um einen Risikopool erweitert. Sofern die auf einen Versicherten entfallenden jährlichen Aufwendungen für bestimmte Leistungen einen Schwellenwert übersteigen, wird der darüber hinausgehende Betrag zu 60% von allen Kassen getragen. Gleichzeitig erhalten jene Kassen einen Zuschuss, die Disease-Management-Programme für bestimmte chronische Krankheiten auflegen. Außerdem soll ab dem Jahr 2007 die Morbidität einer Versichertengemeinschaft nicht mehr indirekt über Hilfsgrößen wie Geschlecht oder Alter bestimmt werden, sondern direkt durch die statistische Erfassung von Morbiditätsunterschieden.

nahmen der Versicherten im Durchschnitt noch um 0,4 Prozentpunkte langsamer wuchsen als diese Größe (vgl. nebenstehendes Schaubild). Hierzu hat der Wechsel gutverdienender Mitglieder zur privaten Krankenversicherung beigetragen.⁷⁾ Außerdem wirkten sich insbesondere Kürzungen der GKV-Beiträge für Arbeitslosenhilfebezieher sowie die seit 2002 mögliche sozialabgabenfreie Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge aus.

Ausgabenquote relativ stabil

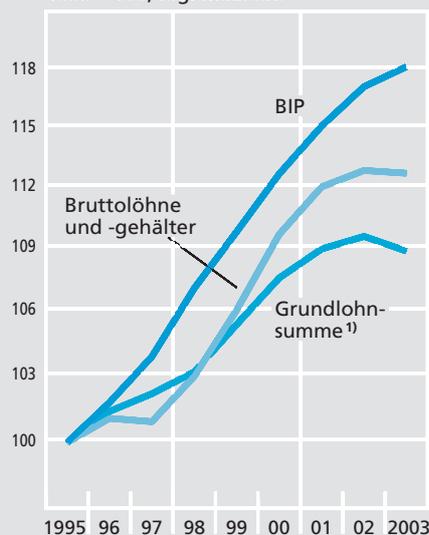
Die Ausgaben sind seit 1995 mit jahresdurchschnittlich 2,0% nicht stärker gestiegen als das nominale BIP, so dass die Quote mit 6,8% nahezu unverändert blieb. In den einzelnen Jahren war die Entwicklung freilich unterschiedlich, wobei gesetzliche Eingriffe eine wichtige Rolle spielten (vgl. die Übersicht auf S. 24 f.). Während die Aufwendungen für die Gesundheitsleistungen um 1,9% wuchsen, nahmen die Verwaltungsausgaben (die im vergangenen Jahr 5,7% der gesamten Ausgaben stellten) jahresdurchschnittlich um 3,7% zu.

Starker Zuwachs bei Arzneimitteln

Unter den bedeutenden Ausgabenkategorien sind die Aufwendungen für Arzneimittel seit Mitte der neunziger Jahre mit 5,0% pro Jahr weitaus am stärksten gestiegen, obwohl in diesem Bereich immer wieder kurzfristig wirkende Maßnahmen zur Kostendämpfung ergriffen wurden (höhere Zuzahlungen der Versicherten, zusätzliche Rabatte von Herstellern, Großhändlern und Apothekern, Erweiterung der einer Festbetragsregelung unterliegenden Arzneimittelpalette, direkte Zahlungen der Pharmaindustrie). Zu dem starken Zuwachs hat beigetragen, dass zunehmend

Bruttoinlandsprodukt, Bruttolöhne und -gehälter und Grundlohnsumme im Vergleich

1995 = 100, log. Maßstab



¹ Beitragspflichtige Einkommen der gesetzlich Krankenversicherten.

Deutsche Bundesbank

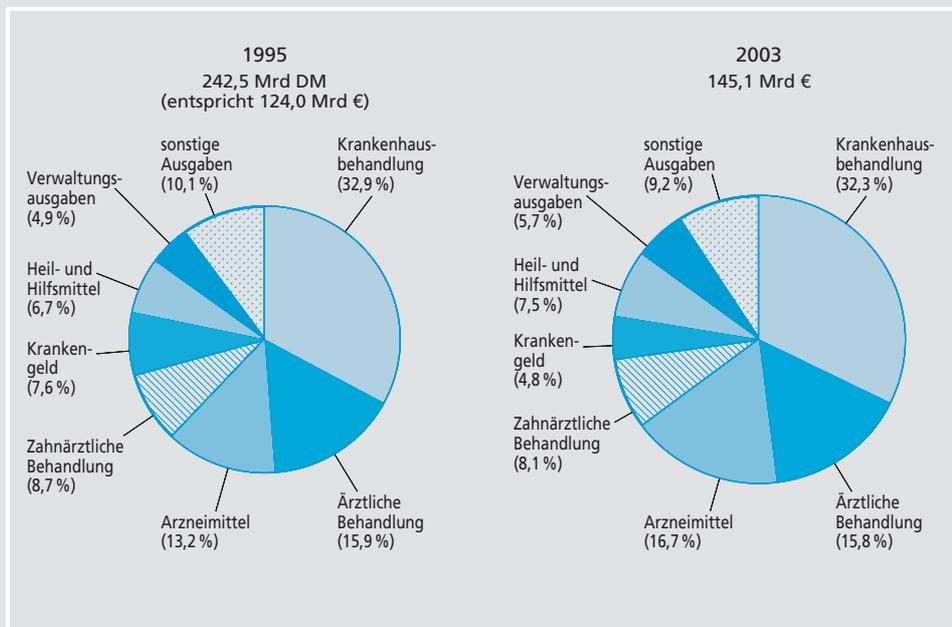
teurere Medikamente verschrieben wurden, die auf Grund ihres Patentschutzes nicht unter die Festbetragsregelung fallen. Mit 3,4% pro Jahr sind auch die – allerdings weniger ins Gewicht fallenden – Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel überproportional gewachsen.

Die anderen großen Ausgabenblöcke wuchsen deutlich schwächer. So nahmen die Aufwendungen für die ambulante ärztliche Versorgung um 1,9% pro Jahr zu. Die Budgetierung in diesem Bereich schreibt zum Zweck der Beitragssatzstabilisierung zwar grundsätzlich eine Orientierung an der Entwicklung der

Wesentlich schwächerer Zuwachs oder Rückgang bei den übrigen bedeutenden Aufwendungen

⁷ Während die Anzahl der GKV-Mitglieder sich zwischen 1995 (50,7 Millionen) und 2003 (50,8 Millionen) kaum veränderte, stieg die Zahl der privat Krankenversicherten im gleichen Zeitraum von 6,9 Millionen auf 8,1 Millionen.

Struktur der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KJ1-Statistik.

Deutsche Bundesbank

Grundlöhne vor, über den gesamten Zeitraum hinweg wuchsen diese Ausgaben jedoch schneller. Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung erhöhten sich um 1,7 % pro Jahr. Kostendämpfend wirkte sich hier neben den Budgetierungen vor allem eine deutliche Verkürzung der Behandlungsdauer aus. Trotz insgesamt steigender Fallzahlen ging deshalb die Summe der Behandlungstage im Krankenhaus zurück. Sehr moderat entwickelten sich seit 1995 die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung (einschl. Zahnersatz), die zwischen 1995 und 2003 um durchschnittlich 1,1 % pro Jahr wuchsen. Im Unterschied zu den übrigen Ausgabenkategorien sanken die Aufwendungen für das Krankengeld zwischen 1995 und 2003 um jahresdurchschnittlich 3,7 %. Hierfür waren vor allem dessen Kürzung von 80 % auf 70 % des Bruttolohns

ab 1997, aber auch die deutliche Verringerung des Krankenstandes von 5,1 % auf 3,6 %⁸⁾ ausschlaggebend.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen wuchsen mit 3,7 % pro Jahr wesentlich schneller als die Leistungsausgaben. Hierzu trug allerdings auch bei, dass immer weniger Arbeitgeber bereit sind, die Verwaltungskosten ihrer Betriebskrankenkassen unmittelbar zu tragen. Wären die Verwaltungskosten je Mitglied in den Betriebskrankenkassen nicht stärker gestiegen als in den übrigen Kassen, hätte sich freilich immer noch ein deutlich über den Leistungsausgaben liegender jahresdurchschnittlicher Zuwachs von 2,7 % ergeben. Dabei dürfte auch von Bedeutung sein,

Verwaltungskosten

⁸ Arbeitsunfähig kranke Pflichtmitglieder in Prozent der Pflichtmitglieder ohne Rentner.

dass die von Abwanderungen betroffenen Kassen ihre Verwaltungskapazitäten nicht hinreichend schnell anpassen konnten.

Die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Leistungsarten erlaubt allerdings keinen eindeutigen Rückschluss auf Fehlentwicklungen. So stehen die Leistungsbereiche zum Teil in einem Substitutionsverhältnis. Wird beispielsweise die stationäre durch die ambulante Behandlung ersetzt, müssen sich auch die Ausgabenanteile verschieben (zur Ausgabenstruktur vgl. das Schaubild auf S. 22).

Gesundheitsreform 2004

Finanzielles Entlastungs- volumen

Mit der jüngsten Gesundheitsreform („GKV-Modernisierungsgesetz“) wurde erneut der Versuch unternommen, der ungünstigen Finanzentwicklung und dem Druck steigender Beitragssätze entgegenzuwirken (vgl. zu den Maßnahmen die Übersicht auf S. 24 f.). Im Gesetzentwurf war allein für das laufende Jahr eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen in Höhe von fast 10 Mrd € beziehungsweise einem Beitragssatzprozentpunkt veranschlagt worden. Die zusätzliche Ausgliederung der Zahnersatzleistungen und die erste Erhöhungsstufe des neuen Bundeszuschusses sollen den Entlastungseffekt im Jahr 2005 auf gut 15 Mrd € steigen lassen. Im Jahr 2006 wird der Bundeszuschuss noch einmal um 1,7 Mrd € erhöht. Außerdem wird ab dem Jahr 2006 ein Sonderbeitrag der Mitglieder von 0,5 % eingeführt, der eine Umverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bewirkt.

Im Jahr 2004 sollte als Folge der gesetzlichen Maßnahmen der durchschnittliche Beitragssatz von 14,3 % auf 13,6 % sinken. Aus heutiger Sicht dürfte dieser Wert freilich bei weitem nicht erreicht werden. Das Defizit des Jahres 2003 von 3,4 Mrd € zeigt, dass auch der Beitragssatz von 14,3 % nicht ausgaben-deckend war. Wären die Schulden vollständig in diesem Jahr zu tilgen und außerdem die Rücklagen wieder auf ihr gesetzliches Minimum aufzufüllen gewesen, hätte dies ohne Reform einen Satz von gut 15 ½ % erfordert. Die erwartete Entlastung durch das „GKV-Modernisierungsgesetz“ und die hier ebenfalls geregelte Streckung des Schuldenabbaus auf vier Jahre reduzieren den Beitragsbedarf zwar um 1 ½ Prozentpunkte. Ein Beitragssatz von unter 14 % im Jahresdurchschnitt erscheint dennoch im laufenden Jahr kaum erreichbar. Dies schließt freilich nicht aus, dass bis zum Jahresende ein Rückgang unter 14 % erfolgen kann.

Im ersten Vierteljahr 2004 erzielten die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss von 1,1 Mrd €⁹ im Vergleich zu einem Defizit von 0,6 Mrd € ein Jahr zuvor. Die Einnahmen wuchsen um 1,5 %. Dabei erhöhten sich die Beitragseinnahmen mit 2,0 % etwas stärker, was vor allem auf die erweiterte Beitragspflicht für Betriebsrenten zurückzuführen sein dürfte. Die Ausgaben blieben um 3,6 % unter ihrem Vorjahrsniveau. Besonders stark war der Rückgang bei den Arzneimitteln, den

*Potenzial zur
Senkung der
Beitragssätze*

*Finanz-
entwicklung im
ersten Quartal
2004...*

⁹ In diesem Saldo sind (auf der Basis der Angaben aus dem Risikostrukturausgleich) geschätzte Beitragseinnahmen für „Mini-Jobs“ in Höhe von 0,4 Mrd € berücksichtigt. Diese Beiträge werden in den Finanzstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung nicht als „Beiträge“, sondern als Einnahmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs gebucht.

Wichtige finanzwirksame Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1995

Beitragsentlastungsgesetz (1996)

Festschreibung des Beitragssatzes bis Ende 1996, Beitragssatzsenkung zum 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte.

Höhere Zuzahlungen für Arzneimittel.

Kürzungen bei Kuren (grundsätzlich nur noch drei statt vier Wochen, in Abständen von vier statt drei Jahren).

Senkung des Krankengeldes von 80 % auf 70 % des zuvor bezogenen Bruttoarbeitsentgelts (max. 90 % des vorherigen Nettoarbeitsentgelts).

Kein Zuschuss zum Zahnersatz für nach 1978 Geborene.

1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997)

Höhere Selbstbeteiligung und außerordentliches Kündigungsrecht im Fall von Beitragssatzerhöhungen.

Großzügigere Härtefallregelung für chronisch Kranke, Senkung der Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % ihrer Bruttoeinkommen.

Generelle Anhebung der Zuzahlungen.

Umstellung beim Zahnersatz von prozentualen Zuschüssen auf Festzuschüsse.

Option zur Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte.

„Krankenhausnotopfer“ in Höhe von 20 DM je Mitglied für die Jahre 1997 bis 1999.

Lockerung der Budgetierung im Krankenhausbereich sowie für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

GKV-Finanzstärkungsgesetz (1998)

Nachträgliche, bis Ende 1998 befristete Legalisierung der Schuldenaufnahme der ostdeutschen Kassen.

Auf den Finanzkraftausgleich begrenzte Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf Gesamtdeutschland für die Jahre 1999 bis 2001, um ostdeutschen Kassen die Entschuldung zu erleichtern.

GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1998)

Aufhebung des Kopplungsmechanismus von höheren Beitragssätzen und höheren Zuzahlungen.

Kürzung von Zuzahlungen.

Erstattung von Zahnersatzleistungen auch an nach 1978 Geborene, (Rück-)Umstellung von Festzuschüssen auf prozentuale Zuschüsse.

Option zur Kostenerstattung nur noch für freiwillig Versicherte.

Abschaffung des „Krankenhausnotopfers“.

Striktere Budgetierung für Krankenhäuser sowie die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

„Entfristung“ des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs.

Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV (1999)

Schrittweiser Übergang zum vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich (Ausgleich von Finanzkraft und Beitragsbedarf) durch allmähliche Annäherung der standardisierten Leistungsausgaben in den neuen Bundesländern an das Westniveau.

Vereinheitlichung der Beitragsbemessungsgrenze in West- und Ostdeutschland ab 2001.

Deutsche Bundesbank

GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999)

Vereinbarungen über Leistungsvergütungen sollen sich grundsätzlich an der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen orientieren.

Beschränkung der Rückkehrmöglichkeiten für privat Krankenversicherte in die gesetzliche Krankenversicherung.

Gesetz zur Neuregelung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse (1999)

Einführung von Renten- (12 %) und Krankenversicherungsbeiträgen (10 %) für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse.

Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz (2000)

Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslosenhilfebezieher von 80 % ihres vorherigen Bruttoentgelts auf 58 % ab 1. Januar 2001.

Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (2001)

Abschaffung des Kollektivregresses auf die Ärzte im Fall von Budgetüberschreitungen. Sanktionierung bleibt Selbstverwaltung überlassen.

Festbetrags-Anpassungsgesetz (2001)

Vorübergehende Ermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums zur Bestimmung der Arzneimittel-Festbeträge (bis 2003).

Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte (2001)

Vereinheitlichung des Kassenwahlrechts freiwillig Versicherter und Pflichtversicherter ab dem 1. Januar 2002. Für alle Versicherten ist der Kassenwechsel zum Ende des übernächsten Kalendermonats mit anschließender 18-monatiger Bindung an die Krankenkasse möglich. Sonderkündigungsrecht im Fall von Beitragssatzerhöhungen bleibt bestehen.

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (2001)

Förderung von Disease-Management-Programmen für ausgewählte chronische Krankheiten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (ab 2002).

Einrichtung eines Risikopools zur teilweisen Deckung von außergewöhnlich hohen Aufwendungen einzelner Krankenkassen für bestimmte Versicherte (ab 2002).

Umstieg auf einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bis 2007.

Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarverhandlungen für Ärzte und Zahnärzte (2001)

Übergang zum einheitlichen Wohnortprinzip, das heißt, die Kassen treffen die Vereinbarungen über die Gesamtvergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsbereich die Mitglieder wohnen.

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (2002)

Aut-idem-Regelung, das heißt, die Apotheker sind – sofern der verordnende Arzt nicht ausdrücklich ein bestimmtes Medikament vorschreibt – zur Abgabe eines preisgünstigeren wirkstoffgleichen Medikaments verpflichtet.

Die ursprünglich vorgesehene zeitlich befristete Senkung der Arzneimittelpreise wurde zu Gunsten einer pauschalen Abschlagszahlung der pharmazeutischen Industrie aufgegeben.

Anhebung des Apothekenrabatts von 5 % auf 6 %.

Fallpauschalengesetz (2002)

Einbindung der Fallpauschalen in die Finanzierung der Krankenhäuser für eine Übergangsphase bis 2006. Seit 2003 können Krankenhäuser auf der Basis von Fallpauschalen abrechnen, ab 2004 ist dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser verbindlich.

Beitragssatzsicherungsgesetz (2002)

Zusätzliche Rabatte der Apotheker, Großhändler und der pharmazeutischen Industrie.

Anhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Halbierung des Sterbegeldes.

Vorgabe einer Nullrunde im Jahr 2003 für die Krankenhausbehandlung sowie die ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Ausnahme: Krankenhäuser, die nach Fallpauschalen abrechnen.

Kürzung der Preise für zahntechnische Leistungen um 5 %.

Grundsätzliche Festschreibung der Beitragssätze für das Jahr 2003.

12. SGB V-Änderungsgesetz (2002)

Grundsätzliche Einbeziehung von patentgeschützten Arzneimitteln in die Festbetragsregelung.

Deckelung der Verwaltungskosten im Jahr 2003 auf dem Niveau des Jahres 2002.

Erstes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2002)

Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslosenhilfebezieher von 58 % ihres vorherigen Bruttoentgelts auf die Höhe der gezahlten Arbeitslosenhilfe ab 1. Januar 2003.

Zweites Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2002)

Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse („Mini-Jobs“) und der darauf beruhenden Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung (11 %).

GKV-Modernisierungsgesetz (2003)

Ausgrenzung bestimmter Leistungen

- Vollständige Abschaffung des Sterbegeldes und des Entbindungsgeldes.
- Grundsätzlich keine Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten mehr.
- Grundsätzlich keine Beteiligung an den Kosten für Sehhilfen mehr.
- Kürzungen bei der künstlichen Befruchtung.
- Kosten für Sterilisation sind grundsätzlich vom Versicherten zu tragen.
- Grundsätzlich keine Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung mehr.

Zuzahlungsanhebungen

- Grundsätzlich zehnpromtente Zuzahlung auf alle Leistungen bis zu 10 € je Leistung. Die Mindestzuzahlung beträgt 5 €.
- Praxisgebühr von 10 € pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt.
- Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung und Anschlussheilbehandlung von 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr.

Auf Versorgungsbezüge, insbesondere Betriebsrenten, ist ab 2004 statt dem halben der volle Beitrag zu entrichten. Einmalzahlungen werden – auf zehn Jahre verteilt – beitragspflichtig.

Auf das Jahr 2004 befristete Anhebung des Herstellerrabatts für verschreibungspflichtige, nicht dem Festbetrag unterliegende Arzneimittel von 6 % auf 16 %.

Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen in die Festbetragsregelung.

Grundsätzliche Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskosten je Versicherten auf die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohn) bis 2007.

Ausgliederung des Zahnersatzes: Zahnersatzleistungen werden ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen. Diese müssen eine Zusatzversicherung anbieten, deren einkommensunabhängiger Beitrag allein von den Mitgliedern zu zahlen ist. Die Zusatzversicherung kann auch bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen werden.

Ab 2006 wird ein Sonderbeitrag von 0,5 % erhoben, der ausschließlich von den Mitgliedern zu zahlen ist.

Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen in Höhe von 1 Mrd € im Jahr 2004, 2,5 Mrd € im Jahr 2005 und 4,2 Mrd € ab dem Jahr 2006.

Neuregelung der ärztlichen Vergütung: Ab 2007 soll die Budgetierung für ärztliche Leistungen durch arzt spezifische Regelleistungsvolumina ersetzt werden. Innerhalb dieser Regelleistungsvolumina wird ein fester Punktwert gezahlt. Bei Überschreiten erfolgt eine degressive Staffelung.

Neuregelungen im Apothekenbereich

- Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung. Die Apotheken erhalten künftig einen geringeren prozentualen Aufschlag und statt dessen einen höheren absoluten Betrag pro Packung.
- Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln.
- Begrenzte Aufhebung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken (maximal drei Filialen).

Option zur Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte.

Alle Sozialhilfeempfänger werden künftig wie GKV-Versicherte behandelt. Die Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten. Die Sozialhilfeträger erstatten ihnen diese Kosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 5 %.

Die verschuldeten Kassen müssen ihre Verbindlichkeiten in den Jahren 2004 bis 2007 zu jeweils mindestens einem Viertel abbauen.

Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2003)

Regelung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von „Arbeitslosengeld II“ ab 2005 (36,2 % der monatlichen Bezugsgröße).

Heil- und Hilfsmitteln, dem Krankengeld sowie den Fahrkosten. Außerdem entfällt das Sterbegeld ab diesem Jahr vollständig. Zuwächse waren hingegen bei der ärztlichen Behandlung, dem Zahnersatz und der Krankenhausbehandlung zu verzeichnen.

... und im
Gesamtjahr

Diese Ergebnisse deuten bereits darauf hin, dass die Gesundheitsreform beachtliche Entlastungseffekte zur Folge hat. Allerdings wurde die Verbesserung im ersten Quartal 2004 dadurch überzeichnet, dass es insbesondere bei den Arzneimitteln sowie den Heil- und Hilfsmitteln zum Jahresende 2003 zu erheblichen Vorzieheffekten gekommen war. Andererseits fließen im weiteren Jahresverlauf noch die zusätzlichen Bundesmittel in Höhe von 1,0 Mrd € an die Krankenkassen. Insgesamt ist im laufenden Jahr mit einem Überschuss zu rechnen.

Herausforderungen und Reformoptionen

Weitere Schritte
erforderlich

Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ wurden wichtige Schritte zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten gemacht. Die Stabilisierung der Beitragssätze wird nicht nur durch Rationierung von Leistungen und administrative Preissetzungen zu erreichen versucht, sondern insbesondere über Eigenbeteiligungen auch mit Anreizen verbunden, die das Kostenbewusstsein stärken und über eine engere Verknüpfung von Preis und Leistung eine effizientere Verwendung der Ressourcen des Gesundheitswesens erwarten lassen. Weitgehend beibehalten wurde jedoch die enge Anbindung der Beitragsfinanzierung an die Arbeitseinkommen. Auch

wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sowie den Leistungserbringern nur wenig intensiviert. Probleme zeichnen sich schließlich mit Blick auf die absehbaren demographischen Veränderungen ab.

Die Gesundheitsreformen der Vergangenheit dienten vor allem dazu, den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen. Dem stehen jedoch die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen infolge des wachsenden Wohlstands und des gesellschaftlichen Alterungsprozesses sowie Kostensteigerungen auf Grund des medizinisch-technischen Fortschritts gegenüber. Kostendämpfungsmaßnahmen sind daher – nach Ausschöpfung noch vorhandener Rationalisierungsreserven – mit Leistungseinschränkungen der gesetzlichen Krankenkassen verbunden. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht stellt sich vor allem die Frage, wie die der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesenen Aufgaben so organisiert und finanziert werden können, dass – unter Wahrung verteilungspolitischer Aspekte – Allokationsverzerrungen möglichst vermieden werden.

*Kosten-
dämpfungs-
maßnahmen
auf Dauer
unzureichend*

Die hohen lohnbezogenen Beiträge und die fehlende Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen zu erheblichen Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt. So verringern sich die Anreize zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Auch sinkt die Bereitschaft der Arbeitgeber, diese anzubieten – wenn die Belastungen nicht unmittelbar und vollständig auf den Arbeitnehmer überwälzt werden können. Eine Verteuerung des inländischen Faktors Arbeit hat Substitutions-

*Verzerrungen
auf dem
Arbeitsmarkt*

effekte zu Gunsten des Faktors Kapital in Form von Rationalisierungen oder zu Gunsten des ausländischen Faktors Arbeit in Form von Produktionsverlagerungen zur Folge. Zudem kommt es im Inland zu Verzerrungen zum Vorteil nicht versicherungspflichtiger Tätigkeiten.

*GKV-Moder-
nisierungs-
gesetz
verringert
negative
Beschäftigungs-
anreize*

Mit der Gesundheitsreform 2004 wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung etwas beschäftigungsfreundlicher ausgestaltet. So wird die Zahnersatzversicherung künftig separat über einkommensunabhängige Prämien finanziert. Die Verlagerung der bislang paritätischen Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmer durch den Sonderbeitrag ab dem Jahr 2006 könnte ebenfalls beschäftigungsfördernd wirken, wenn das Arbeitsangebot weniger stark auf die Erhöhung des Arbeitnehmeranteils reagiert als die Arbeitsnachfrage auf die Senkung des Arbeitgeberanteils und diese Gewichtsverlagerung in den kommenden Lohnrunden nicht wieder ausgeglichen wird. Auch der steuerfinanzierte Bundeszuschuss reduziert die Beitragslast. Allerdings erfordert seine Finanzierung Steuererhöhungen an anderer Stelle. Im konkreten Fall wurden zu diesem Zweck die Tabaksteuertarife deutlich angehoben, was freilich nicht das zunächst erhoffte Mehraufkommen erbringen wird.

*Vorschläge
für weiter
reichende
Reformansätze*

Weiter gehende Vorschläge zur Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung reichen von der Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auch auf andere Einkunftsarten und der Einbeziehung zusätzlicher Personen in die Versicherungspflicht bis zur Umstellung auf einkommens-

unabhängige Versicherungsprämien in Verbindung mit einer Steuerfinanzierung der gewünschten Umverteilungselemente.

Von einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von gegenwärtig 3 487,50 € pro Monat beispielsweise auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung (5 150 €) wären jährliche Mehreinnahmen von rund 4 Mrd € zu erwarten, womit der Beitragssatz um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden könnte. Dieser allgemeinen Entlastung stünde dann freilich eine deutliche Mehrbelastung der Bezieher höherer Arbeitseinkommen von bis zu 230 € pro Monat (einschl. Arbeitgeberanteil) gegenüber. Entlastet würden hingegen untere Einkommensklassen. Hinsichtlich der möglichen Beschäftigungseffekte ist zu berücksichtigen, dass auch die große Gruppe der Rentner profitieren würde, die dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen.

*Anhebung der
Beitrags-
bemessungs-
grenze*

Die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragspflicht zielt vor allem auf Kapital- und Mieteinkünfte ab. Auch in diesem Fall kommt es zu Einkommensumverteilungseffekten. In dem Maße, wie die Beitragsbemessungsgrundlage tatsächlich ausgeweitet werden kann, bestünde ein Potenzial für Beitragssatzsenkungen. Geschmälert würden freilich die Anreize zur privaten Altersvorsorge, die vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung erforderlich sind und beispielsweise im Rahmen der „Riester-Rente“ auch mit erheblichen öffentlichen Mitteln gefördert werden. Auch würden die Bestrebungen im Rahmen der „Steueramnestie“ geschwächt, dem Fiskus entzogene Kapi-

*Einbeziehung
weiterer
Einkunftsarten
in die Beitrags-
pflicht*

talanlagen zu repatriieren. Angesichts der hohen Mobilität des Faktors Kapital dürfte dessen zusätzlicher Besteuerung letztlich auch nur ein beschränkter Erfolg beschieden sein. Hinzu käme ein erheblicher administrativer Aufwand, der mit der zusätzlichen Erfassung dieser Erträge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden wäre.

Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Versicherungspflicht

Die Einbeziehung von bislang privat Versicherten¹⁰⁾ führt nicht nur zu einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage, sondern hat auch zusätzliche Ausgaben für diese Personengruppen zur Folge. Ein Beitragssatzsenkungspotenzial ergibt sich nur insoweit, als die neu hinzukommenden Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung Nettzahler wären. Auf Grund rechtlicher Erwägungen käme die neue Versicherungspflicht möglicherweise nur für Berufseinsteiger in Betracht, womit spürbare Beitragssatzeffekte allenfalls in fernerer Zukunft zu erwarten wären.

Beitragssatzeffekte einer „Bürgerversicherung“

Die Ansätze zur Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage werden unter dem Oberbegriff „Bürgerversicherung“ subsumiert. Allerdings sind hier vielfältige weitere Gestaltungsmöglichkeiten denkbar, so dass der Begriff keineswegs eindeutig ist. Berechnungen weisen bei Einbeziehung aller bisher privat Versicherten ein Potenzial für Beitragssatzsenkungen der „Bürgerversicherung“ (ohne Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze) von insgesamt 1,3 Prozentpunkten aus.¹¹⁾ Die Einbeziehung der besser verdienenden Arbeitnehmer, der Selbständigen und der Beamten würde hierzu jeweils 0,2 Prozentpunkte beitragen. Die Ausweitung auf

andere Einkünfte ließe eine Beitragssatzsenkung um 0,8 Prozentpunkte zu. Dagegen erforderte die Mehrbelastung durch die Einbeziehung der bislang privat versicherten Rentner einen um 0,1 Prozentpunkte höheren Beitragssatz. Diese Effekte sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass es im Rahmen dieses Ansatzes nicht um eine Senkung der Beitragssatzlast, sondern um deren Umverteilung geht. Spürbare Beschäftigungsgewinne lassen sich daraus – auch mit Blick auf die von den Erwerbstätigen zu finanzierende Entlastung der Rentner – kaum ableiten.

Einen Vorschlag zur vollständigen Abkopplung der GKV-Beiträge von den Lohneinkommen stellt das Konzept einer pauschalen „Gesundheitsprämie“ dar. Danach müsste jeder Versicherte eine pauschale monatliche Prämie entrichten – unabhängig von seinem individuellen Einkommen. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag würde als Einkommensbestandteil an den Arbeitnehmer ausgezahlt. Zumeist wird eine beitragsfreie Familienmitversicherung für Kinder vorgeschlagen; dagegen hätten beide Ehepartner eine Prämie zu zahlen. Zur Vermeidung übermäßiger Belastungen für untere Einkommensgruppen ist ein sozialer Ausgleich vorgesehen, zum Beispiel in der Form, dass die Belastung mit Beiträgen zur Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens nicht überschreitet. Die

„Gesundheitsprämie“ führt zur Abkopplung der GKV-Finanzierung vom Lohneinkommen

¹⁰ Abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von gegenwärtig 3 862,50 € pro Monat, Selbständige und Beamte können eine substitutive private Krankenversicherung abschließen.

¹¹ Vgl.: S. Sehlen, W.F. Schröder und G. Schiffhorst, Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Gestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, 10. Mai 2004.

Finanzierung des sozialen Ausgleichs könnte zum großen Teil durch die Besteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils erfolgen, was höhere Einkommensklassen stärker belasten würde. Allerdings wären darüber hinaus noch weitere Finanzierungsmittel erforderlich. Die Wohlstands- und Verteilungseffekte hängen dann von der genauen Ausgestaltung dieser Finanzierung ab. Insgesamt würde jedoch an die Stelle einer gesonderten Lohnbesteuerung, wie sie die gegenwärtige GKV-Finanzierung darstellt, ein verzerrungsfreier „Krankenversicherungspreis“ treten. Der gewünschte Solidarausgleich würde sachgerechter als bisher aus dem Steueraufkommen finanziert. Dies rief zwar neue Verzerrungen hervor. Die damit verbundene Umverteilung wäre aber transparenter, könnte zielgerichteter erfolgen und vermutlich enger begrenzt werden, so dass die Verzerrungen geringer ausfallen würden.

*Aktueller
Reform-
vorschlag*

Ein am 15. Juli 2004 vorgestelltes Gutachten enthält Vorschläge für eine konkrete Umstellung auf ein Gesundheitsprämien-Modell und stellt Finanzierungsalternativen für den interpersonellen Solidarausgleich zur Diskussion.¹²⁾ Dabei wird davon ausgegangen, dass der Leistungsumfang auf die Pflichtleistungen konzentriert und die Versicherung des Krankengeldes ausgegliedert wird. Unter diesen Voraussetzungen wäre für jeden erwachsenen GKV-Versicherten im Durchschnitt aller Kassen eine Gesundheitsprämie von 169 € pro Monat erforderlich. Hinzu käme eine steuerfinanzierte Kinderpauschale von 78 €. Diese könnte durch die Steuermehreinnahmen infolge der Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags finanziert wer-

den. Der soziale Ausgleich sieht eine Belastungsobergrenze von 12,5 % der Bruttoeinnahmen der Versicherten vor. Zur Finanzierung der Prämienzuschüsse wären danach zusätzliche Steuermittel in Höhe von 22,5 Mrd € erforderlich. Dazu müsste beispielsweise der Solidaritätszuschlag um 11,9 Prozentpunkte erhöht und damit mehr als verdreifacht oder der Umsatzsteuer-Regelsatz um 2,5 Prozentpunkte angehoben werden. Sofern eine „kasseninterne“ Finanzierung vorgezogen wird, käme neben der Pauschalprämie ein zusätzlicher einkommensabhängiger GKV-Beitrag von 2,9 % in Betracht. Mit diesen Reformvorschlägen wird das hohe Umverteilungsvolumen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung offen gelegt. Dessen Finanzierung allein aus Steuermitteln wäre mit gesamtwirtschaftlichen Problemen verbunden.

Im Hinblick auf die demographischen Veränderungen wird oftmals auch eine verstärkte Kapitaldeckung in der Krankenversicherung vorgeschlagen. Damit wird in der privaten Krankenversicherung versucht, die Prämien trotz des mit zunehmendem Alter steigenden individuellen Ausgabenbedarfs stabil zu halten. In einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem mit alterskonzentrierten Ausgaben ist eine Umstellung auf Kapitaldeckung freilich mit einer Zweifachbelastung der Übergangsgeneration verbunden, weil diese sowohl eigene Rücklagen aufbauen als auch die Ausgaben derjenigen zu weiten Teilen finanzieren muss, die selbst noch keine ausreichenden eigenen Rücklagen gebildet

*Möglichkeiten
einer Kapital-
deckung*

12 Vgl.: B. Rürup und E. Wille, Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Juli 2004.

haben. Diese Zusatzlast ist einer möglichen höheren Rendite bei Kapitaldeckung gegenüberzustellen.¹³⁾ Gegen eine kollektive Rücklagenbildung spricht, dass in der Vergangenheit für bestimmte Zwecke gebildete Rücklagen oftmals vorzeitig aufgelöst wurden.

Eine kapitalgedeckte Vorsorge kann dazu beitragen, die demographisch bedingten Mehrbelastungen in der Zukunft zum Teil in die Gegenwart zu verlagern. Dazu wäre jedoch keine Kapitaldeckung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. So könnte eine zusätzliche private Altersvorsorge in Form einer kapitalgedeckten Rentenversicherung erfolgen, mit der künftig höhere Versicherungsprämien für ältere Versicherte abgedeckt werden könnten. Damit wäre auch die Krankenversicherung besser auf die demographischen Belastungen vorbereitet.

Eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung kann sich freilich nicht nur auf die (in diesem Bericht im Vordergrund stehende) Neugestaltung des Finanzierungssystems konzentrieren. Bei einer solchen Beschränkung auf die Einnahmenseite könnte der Druck zur Ausnutzung von Effizienzpotenzialen vermindert werden. Eine Reform der Einnahmenseite darf nicht dazu führen, dass notwendige Maßnahmen auf der Leistungsseite hinausgeschoben werden.

Es herrscht weithin Übereinstimmung, dass auf der Leistungsseite Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, deren Erschließung vor allem durch eine Intensivierung des Wettbewerbs sowohl unter den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungsanbietern zu

einer Dämpfung des Ausgabenanstiegs beitragen könnte. Dazu zählt auch, den Kassen mehr Freiheiten bei der Gestaltung weiterer Wettbewerbsparameter, zum Beispiel des Umfangs des angebotenen Versicherungsschutzes, einzuräumen. Ein weiterer Ausbau der Zuzahlungsregelungen wäre geeignet, in das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Patienten wirtschaftliche Überlegungen stärker einfließen zu lassen. Die Gestaltung der Vertragsverhältnisse zwischen Kassen und Leistungserbringern könnte etwa durch das Recht der Kassen, mit einzelnen Ärzten oder Ärzteguppen Verträge abzuschließen, liberalisiert werden. Als weitere wichtige Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs und zur Kostendämpfung gelten die weiter gehende Einführung von Vergütungssystemen auf der Basis von Fallpauschalen, die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen sowie die Liberalisierung des Arzneimittelhandels. Zudem könnte die Transparenz der Leistungserstellung für den Versicherten durch einen Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip gefördert werden.

Schlussfolgerungen

Mit der jüngsten Gesundheitsreform dürften die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung für einen begrenzten Zeitraum stabilisiert worden sein. Auf eine dauerhaft trag-

Demographische Entwicklung wird Finanzierungsprobleme verschärfen

¹³ Ein eindeutiger Effizienzgewinn ist allein aus der Umstellung des Finanzierungsverfahrens nicht abzuleiten. Vgl.: Deutsche Bundesbank, Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Altersversicherung in Deutschland, Monatsbericht, Dezember 1999, S. 22.

fähige Grundlage sind sie jedoch noch nicht gestellt worden. Die Alterung der Gesellschaft und der wünschenswerte, aber kostentreibende medizinisch-technische Fortschritt werden im gegebenen System den Druck zu Beitragssatzerhöhungen schon bald wieder zunehmen lassen. Derzeit decken die Beiträge der Rentner im Durchschnitt nur knapp die Hälfte der auf sie entfallenden Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die aktiven Mitglieder zahlen dagegen das Anderthalbfache dessen, was sie im Durchschnitt an Kosten verursachen. Eine Verschiebung der Bevölkerungsrelation von Aktiven zu Ruheständlern wird daher einen höheren Beitragssatz erfordern.

*Grundlegende
Fragen zur
Gestaltung der
Gesundheits-
versorgung
weiter offen*

Wie bereits bei der aktuellen Gesundheitsreform wird es auch in Zukunft neben der Nutzung noch vorhandener Effizienzreserven vor allem durch die Stärkung des Wettbewerbs um die Fragen gehen, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt und wie die damit verbundenen Finanzierungslasten verteilt werden sollen. Die im gegenwärtigen Versicherungssystem unzureichende Möglichkeit, das Angebot an Gesundheitsleistungen über den Preismechanismus stärker mit den Wünschen der Nachfrager in Übereinstimmung zu bringen, sowie das jeder Versicherung innewohnende Problem übermäßiger Inanspruchnahme legen es nahe, die Eigenverantwortung über Zuzahlungen weiter zu stärken. Grundsätzlich könnte auch daran gedacht werden, den Leistungsumfang eher auf größere Risiken zu konzentrieren.

Die Verteilung der Finanzierungslast hat sowohl interpersonelle als auch intergenerative Aspekte. Die der gesetzlichen Krankenversicherung immanenten interpersonellen Verteilungseffekte, die über die Risikoteilung zwischen Gesunden und Kranken hinausgehen, betreffen nicht nur die Umverteilung zwischen Beziehern höherer und niedriger Einkommen, sondern auch die zwischen Alleinstehenden und Familien, zwischen Männern und Frauen und schließlich auch die zwischen Jungen und Alten. In diese Verteilungsmechanismen sind nur die Einkommen der GKV-Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze einbezogen. Insgesamt sind die Verteilungseffekte kaum durchschaubar. Die Transparenz könnte hier wesentlich vergrößert werden, wenn die Aufgabe der Versicherung von der interpersonellen Umverteilung getrennt würde, was eine – auch unter sozialen Gesichtspunkten – sachgerechtere Finanzierung des Solidarausgleichs ermöglichen würde.

Die intergenerativen Verteilungsprobleme der umlagefinanzierten Krankenversicherung beruhen in erster Linie auf der demographischen Entwicklung. Hier droht eine erhebliche Zusatzlast für die künftigen Generationen. Mit Hilfe einer verstärkten individuellen Kapitaldeckung könnten höhere Beiträge in der Zukunft eher verkraftet werden – freilich auf Kosten des heutigen Konsums.

Eine große Bedeutung für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der sozialen Sicherung insgesamt wird die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und hier insbesondere des Arbeitsmarktes haben. Das Ziel, die Arbeitslosigkeit zu verringern und die

*Verteilung der
Finanzierungs-
lasten*

*Bedeutung
für die
Beschäftigungs-
entwicklung*

Erwerbsbeteiligung zu steigern, könnte durch eine möglichst weit gehende Abkopplung der GKV-Finanzierung vom Arbeitsverhältnis unterstützt werden. Andernfalls würde der ab-

sehbare Anstieg der Beitragssätze die Lohnzusatzkosten unmittelbar weiter steigern und den Einsatz des Faktors Arbeit noch erschweren.