

Deisenroth, Heinz-Jürgen

Article — Digitized Version

Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland

Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Deisenroth, Heinz-Jürgen (1999) : Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, ISSN 0340-1707, Duncker & Humblot, Berlin, Vol. 68, Iss. 3, pp. 332-355

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/141256>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland

Von Heinz-Jürgen Deisenroth

Der folgende Beitrag befaßt sich zunächst mit der finanziellen Entwicklung der GKV über einen Zeitraum von 20 Jahren, wobei die Ausgabenseite getrennt von der Einnahmenseite analysiert wird. Aus der Zusammenführung der Ausgaben- und Einnahmenseite ergibt sich schließlich eine Längsschnittbetrachtung der Überschuß- und Defizitentwicklung.

Daran anschließend werden im zweiten Hauptteil die endogenen und exogenen Ursachen der Ausgabenentwicklung aufgezeigt, wobei die Schlüsselstellung der Ärzte im System der GKV neben dem medizinisch-technischen Fortschritt als die bedeutendste Ursache der „Kostenexplosion“ des Gesundheitswesens hervorgehoben wird. Der Betrachtung der Ausgabenseite folgt eine Darstellung der Faktoren der Einnahmenentwicklung, die für die gegenwärtige Finanzmisere der GKV die größte Bedeutung besitzt.

Der dritte Hauptteil des Artikels beschäftigt sich mit den wichtigsten Ansatzpunkten zur Verbesserung der finanziellen Situation der GKV, die zur Zeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik diskutiert werden. In diesem Zusammenhang werden Maßnahmen auf der Angebots- und Nachfrageseite sowie auf der Ebene der Krankenkassen unterschieden.

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland werden pro Jahr über 500 Mrd. DM¹, das entspricht rund 15 % des Bruttoinlandsprodukts, für Gesundheitsleistungen ausgegeben². Auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfallen davon ca. 224 Mrd. DM, was einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von rund 7 % entspricht³. Mit 629 gesetzlichen Krankenkassen und mehr als 100 privaten Krankenversicherungen (PKV), 325 000 Ärzten und Zahnärzten, über einer Million Beschäftigten in Krankenhäusern, Kur- und Pflegeeinrichtungen, mehr als 20 000 Apotheken und Arzneimittelgroßhändlern sowie unzähligen Anbietern von medizintechnischen Geräten und sonstigen medizinischen Heil- und Hilfsmitteln gehört die Gesundheitsversorgung zweifellos zu den bedeutendsten Sektoren unserer Volkswirtschaft⁴.

Die GKV, die auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt eine dominierende Stellung⁵ inne hat, befindet sich jedoch seit zwei Jahrzehnten in einer finanziellen Krise. Ausdruck dieser Krise sind Überkapazitäten („Ärztenschwemme“, „Bettenberg“), Unterkapazitäten (Unterversorgung, z. B. bei Transplantationen), steigende Beitragssätze und umfangreiche Steuerungsdefizite

durch falsch gesetzte ökonomische Anreize, in deren Folge es in der Vergangenheit zu deutlichen Ausgabensteigerungen gekommen ist. Die damit verbundenen finanziellen Engpässe wurden zum überwiegenden Teil durch Beitragssatzsteigerungen kompensiert, die von zahlreichen Kostendämpfungsmaßnahmen begleitet waren. Vordringlichste Problematik der Beitragssatzsteigerungen der letzten Jahre war, neben der ständig steigenden Ausgabenbelastung der Versicherten, die volkswirtschaftlich problematische stetige Erhöhung der Lohnnebenkosten.⁶

Ziel des folgenden Artikels ist die Darstellung der Finanzierungsprobleme der GKV, die Analyse ihrer Ursachen und schließlich das Aufzeigen von Ansatzpunkten, mit deren Hilfe die gegenwärtig angespannte finanzielle Situation der GKV entschärft werden könnte.

¹ Stand 1996.

² Cassel et al. (1997), S. 29.

³ KZBV Jahrbuch 1997, S. 50.

⁴ Cassel et al. (1997), S. 29.

⁵ Wasem (1997b), S. 76. Über neunzig Prozent der deutschen Bevölkerung sind in der GKV versichert.

⁶ Oberender, A. (1996), S. 17.

2. Die finanzielle Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Die Ausgaben

2.1.1 Die Entwicklung des Ausgabenniveaus

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Zeitspanne von 1976 bis 1996. Der Zeitraum ab 1976 war von einer Vielzahl von Reformbemühungen⁷ seitens des Gesetzgebers geprägt, die einen Reflex auf die dramatische Verschlechterung der finanziellen Situation ab Mitte der siebziger Jahre darstellen. Bereits in den sechziger und zu Beginn der siebziger Jahre war es zu starken Kostensteigerungen in der GKV gekommen. Vor dem Hintergrund der allgemein günstigen gesamtwirtschaftlichen Lage wurde diese Entwicklung anfänglich durchweg positiv bewertet. Infolge des Konjunkturéinbruchs von 1974/75 kam es dann aber plötzlich zu unerwarteten Einbußen auf der Einnahmenseite der GKV, die als die ursächlichen Auslöser der aktuellen Finanzprobleme angesehen werden.⁸

Bei der Erstellung der Abbildungen und Tabellen für diese Arbeit wurde generell auf Datenmaterial für die alten Bundesländer zurückgegriffen. Auf diese Weise sollen Strukturbrüche als Folge der Erstreckung der GKV auf die neuen Bundesländer ab 01.01.1991 vermieden werden, die unter Umständen zu falschen Interpretationen führen könnten.⁹ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß die 1991 vollzogene Einbeziehung der Krankenversicherung der ehemaligen DDR in das System der GKV zu weiteren finanziellen Problemen geführt hat, die aber aufgrund der Sonderproblematik im Rahmen dieses Aufsatzes nicht weiter thematisiert werden.

Der Mitte der siebziger Jahre geprägte Begriff der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“¹⁰ dominiert seit beinahe zwei Jahrzehnten die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland. Aus ökonomischer Sicht sind Ausgabenniveau und Ausgabenentwicklung generell wenig aussagefähig, da ein hohes Niveau der Gesundheitsausgaben oder eine große Dynamik des Ausgabenwachstums Ausdruck von Ineffizienzen im Gesundheitssystem oder auch Ausdruck von wachsenden Bedürfnissen der Bevölkerung sein können.¹¹ Trotzdem soll im folgenden der Versuch einer Analyse der Entwicklung der Ausgaben der GKV unternommen werden.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Ausgabenniveaus von 1976 bis 1996. Demnach sind die Ausgaben in der GKV von 67 Mrd. DM im Jahr 1976 bis auf 224 Mrd. DM im Jahr 1996 angestiegen. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung von rund 230 %. Der relativ starke An-

⁷ Die bedeutendsten Reformgesetze in den siebziger, achtziger und neunziger Jahren waren das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977, das Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz (KVEG) von 1981, das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993. Für eine ausführliche Übersicht über die Reformbemühungen im Gesundheitswesen siehe Arnold (1995), S. 45.

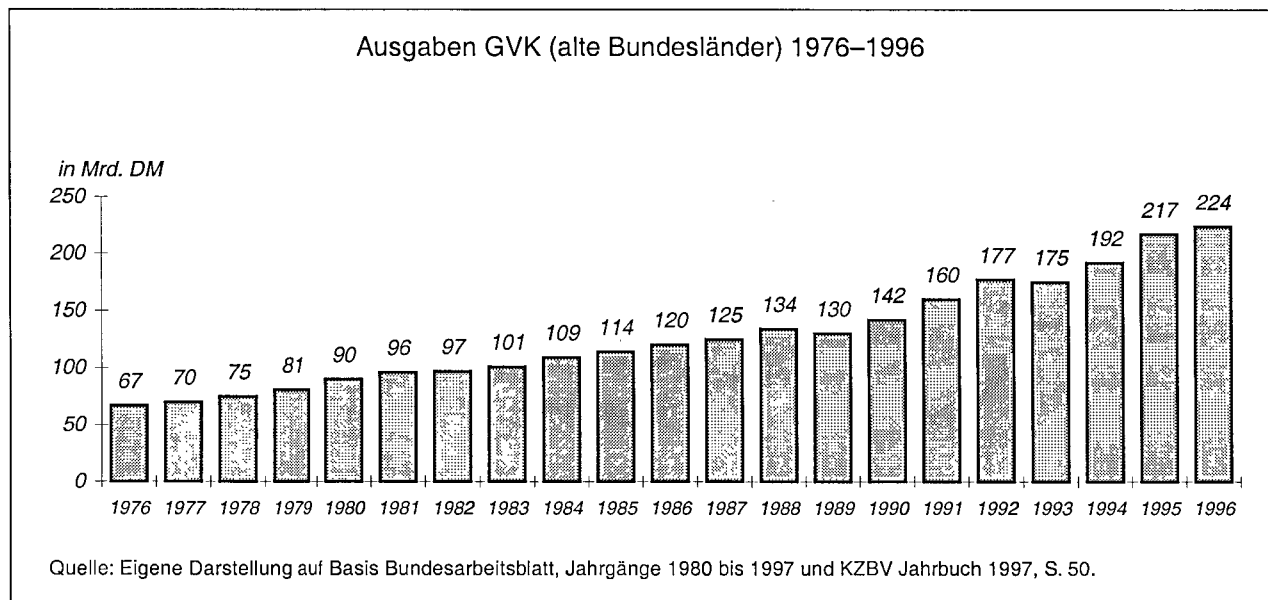
⁸ Kühn (1996), S. 148.

⁹ Bis dato werden die Rechnungsergebnisse in den amtlichen Statistiken der GKV getrennt nach alten und neuen Bundesländern ausgewiesen, da die gesetzlichen Krankenkassen in Ost- und Westdeutschland noch immer als zwei getrennte Rechtskreise behandelt werden, die auch nicht durch die verschiedenen Finanz- und Risikostrukturausgleiche i.S.d. §§ 265 ff. SGB V verbunden sind. Vgl. hierzu § 313 Abs. 1 SGB V und § 313 Abs. 10 SGB V.

¹⁰ Kühn (1996), S. 145.

¹¹ Wasem (1997a), S. 6.

Abbildung 1



stieg ist um so bemerkenswerter, da er sich trotz zahlreicher Reformbemühungen vollzogen hat.

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, konnten alle vier großen Reformgesetze den Ausgabenanstieg nur kurzzeitig bremsen. Diese Tatsache ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß insbesondere das Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Gesetz (KVKG) von 1977, das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) von 1981 und das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 als reine Kostendämpfungsgesetze¹² konzipiert waren. Instrumente zur Lösung der Finanzprobleme waren insbe-

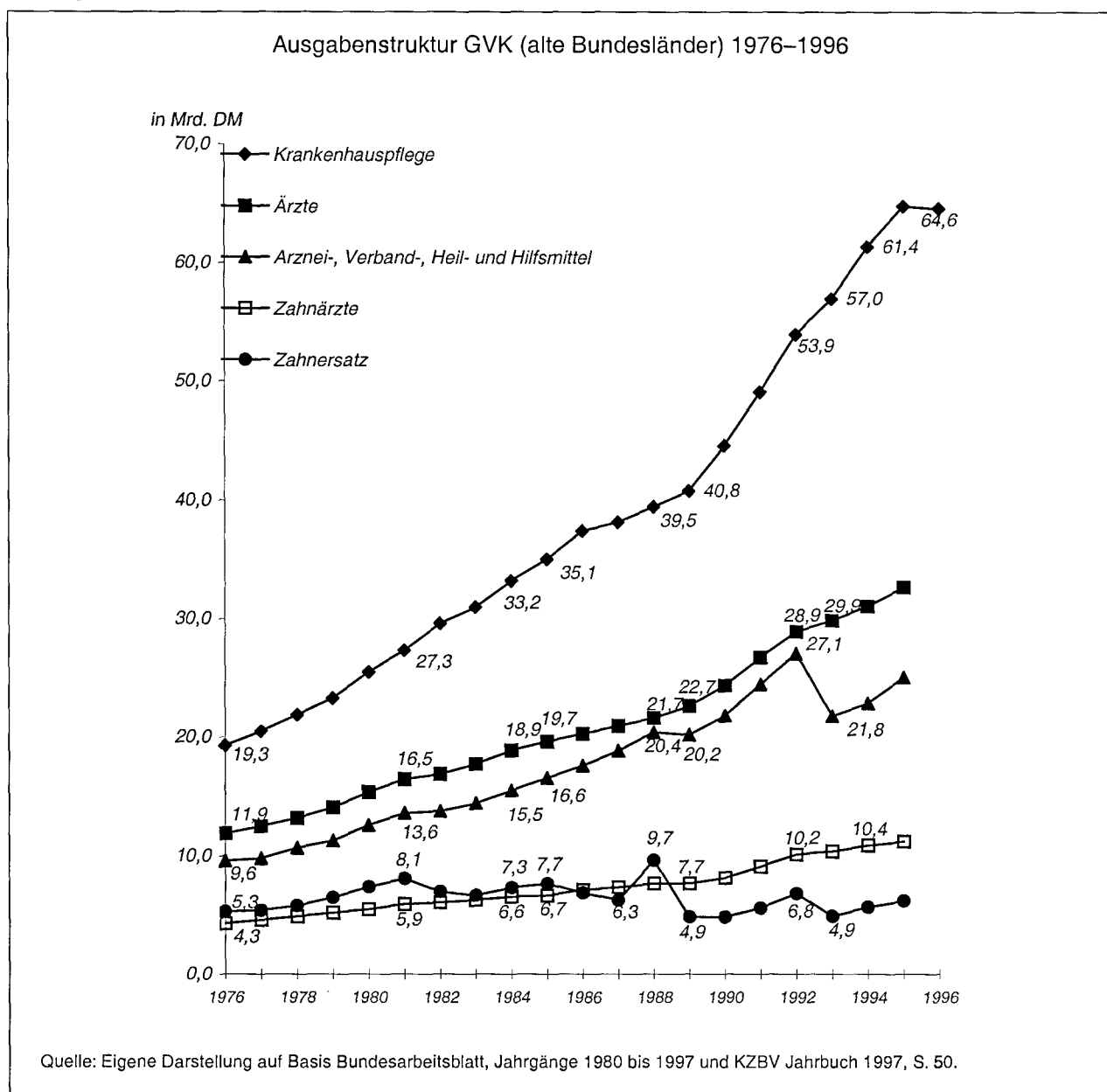
sondere der Ausbau von Zuzahlungen, die Ausgrenzung von Leistungen, die Festschreibung oder Absenkung von Preisen und die Einflußnahme auf Leistungsmengen.¹³

Auch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 bediente sich dirigistischer Eingriffe, indem es eine strenge Budgetierung für die wichtigsten Ausgabenpositionen im Zeitraum von 1993 bis 1995 vorschrieb („sektorale

¹² Arnold (1995), S. 50 f.

¹³ Wasem (1997b), S. 79.

Abbildung 2



Budgetierung“). Darüber hinaus sind auch strukturverändernde Maßnahmen ergriffen worden, die an mittlerweile überholten historischen Grundfesten der GKV ansetzten. Dazu gehören zum einen der 1994 in Kraft getretene Risikostrukturausgleich, der zu einer Angleichung der Beitragssätze der Krankenkassen in der GKV führen sollte, und zum anderen die 1996 eingeführte Aufhebung der eingeschränkten Möglichkeit der freien Kassenwahl, durch die die Sicherstellung eines funktionierenden Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen beabsichtigt war. Da es sich bei diesen gesetzlichen Regelungen nicht um sofort wirksame Maßnahmen handelt, ist der Erfolg der Reformbemühungen zumindest an der jüngsten Ausgabenentwicklung bis 1996 noch nicht ablesbar.

2.1.2 Die Entwicklung der Ausgabenstruktur

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung der Ausgabenstruktur der GKV dargestellt. Hierbei wird das Augenmerk auf die Ausgabenbereiche gerichtet, die für die gesamte Ausgabenentwicklung betragsmäßig am bedeutendsten sind. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die wichtigsten Ausgabenpositionen¹⁴, geordnet nach Behandlungsbereichen. Die hinter der Ausgabenexpansion stehenden Ursachen werden unten ausführlich diskutiert.¹⁵

Aus Abbildung 3 wird deutlich, daß der Bereich der Krankenhauspflege im gesamten Betrachtungszeitraum sowohl absolut den größten Anteil am Gesamtbudget der GKV ausmacht als auch durchschnittlich die stärksten Wachstumsraten im Zeitablauf aufweist. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Bruch des langjährigen aufwärtsgerichteten Kostentrends im Jahr 1996. In 1996 ist es zu einem Rückgang der Ausgaben auf 64,8 Mrd. DM gekommen, der sich durch Maßnahmen der dritten Stufe des GSG erklären läßt.

Die Bereiche der ärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln haben sich bis 1992 nahezu parallel entwickelt. Dabei verliefen die Ausgabenanstiege bis 1989 einigermaßen moderat. Dem folgte ab 1990 ein deutlich sichtbares Wachstum der Ausgaben, welches ab 1993 durch die erste Stufe des GSG abgeschwächt bzw. umgekehrt wurde. Zentrales Instrument für die Abbremsung des Wachstumstrends war dabei die bereits oben erwähnte sektorale Budgetierung. Im Bereich der Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ist der starke Rückgang von 27,1 Mrd. DM in 1992 auf 21,8 Mrd. DM in 1993 zudem durch eine Erhöhung der Zuzahlungen zu erklären. Die stetigen Erhöhungen der Selbstbeteiligung haben in der Vergangenheit zu einer Verlagerung der Kosten auf die Versicherten geführt, die dann nicht mehr explizit in den Rechenwerken der GKV als Ausgaben enthalten sind. Von den Gesundheitspolitikern wurden diese Ausgabendämpfungen immer wieder gerne als Ersparnisse „verkauft“, obwohl es, volkswirtschaftlich gesehen, überhaupt keine Einsparungen gegeben hat.

Die Ausgaben für den zahnärztlichen Bereich sind im Zeitraum von 1976 bis 1996 erheblich geringer gewachsen als die Ausgaben in den anderen Leistungsbereichen. So stiegen die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz je Mitglied jahresdurchschnittlich nur um 2,5 %, während die gesamten Leistungsausgaben im gleichen Zeitraum um jahresdurchschnittlich 4,8 % gestiegen sind.¹⁶ Aus diesen Zahlen zu schließen, der zahnärztliche Bereich sei ein besonders sparsamer Bereich, wäre allerdings ein Irrtum. Auch im zahnärztlichen Bereich ist es, ähnlich wie bei den Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, in der Vergangenheit zu Kostenverlagerungen auf die Versicherten gekommen. Das Ausmaß dieser Kostenverlagerungen ist im zahnärztlichen Bereich nur ungleich größer. Tatsache ist, daß der Anteil für Zahnersatz am Gesamtbudget seit seiner Einbeziehung in den Leistungskatalog der GKV in den siebziger Jahren geradezu explodierte.¹⁷ Infolgedessen ist es seit Anfang der achtziger Jahre zu konsequenten Leistungseinschränkungen beim Zahnersatz gekommen, die aber keineswegs, wie man im ersten Moment aufgrund des Verlaufs der Kostenkurve annehmen möchte, zu einer Abschwächung des Wachstums der Einkommen von Zahnärzten im Verhältnis zu den anderen Sektoren geführt hat. Aus Sicht der Zahnärzte bedeuteten die Leistungseinschränkungen, daß sie zusätzlich zu den Abrechnungen mit den Krankenkassen auch Rechnungen an die Versicherten ausstellen durften. Im Ergebnis dürften die Leistungseinschränkungen für die Zahnärzte sogar zu Einkommenserhöhungen zu Lasten der Patienten geführt haben.

2.2 Die Einnahmen

2.2.1 Die Regelung der Einnahmenerzielung

Der Umfang der ärztlichen Versorgung hängt entscheidend von der Höhe der verfügbaren Mittel ab. Die moderne Medizin beansprucht, wenn sie das medizinisch Mögliche leisten soll, erhebliche finanzielle Ressourcen. Die politische Diskussion entzündet sich dabei nicht nur an der Höhe der notwendigen Finanzmittel, sondern auch an der Besonderheit ihrer Aufbringung, da diese zu Steuerungsfehlern führen kann.¹⁸

Die finanziellen Mittel der GKV werden entsprechend den Vorschriften der §§ 220 ff. des fünften Sozialgesetz-

¹⁴ Weitere Ausgabenpositionen der GKV sind Krankengeld, Mutterschaftshilfe, Sterbegeld und Verwaltungskosten. Vgl. Bundesarbeitsblatt, Jahrgänge 1980 bis 1997. Auf die Betrachtung der Entwicklung dieser Ausgabenbereiche wird an dieser Stelle verzichtet, da sie vom Volumen her von relativ untergeordneter Bedeutung sind.

¹⁵ Siehe Kapitel 4.

¹⁶ KZBV Jahrbuch 1997, S. 22.

¹⁷ Wille/Ulrich (1991), S. 17.

¹⁸ Arnold (1995), S. 25.

buchs aufgebracht. Dabei stellen die Beiträge¹⁹ mit rund 96 % an den Gesamteinnahmen die bedeutendste Finanzierungsquelle der GKV dar. Sonstige Einnahmequellen, wie beispielsweise Zinseinnahmen, Säumniszuschläge, Zuschüsse des Bundes, Erstattungen von anderen Sozialversicherungsträgern oder Einnahmen aus Ersatzansprüchen spielen mit ca. 4 % an den Gesamteinnahmen eine untergeordnete Rolle.

Anders als z. B. in der gesetzlichen Rentenversicherung, deren Einnahmesituation von einem gesetzlich verfügbaren bzw. auf einer Rechtsverordnung beruhenden einheitlichen Beitragssatz²⁰ bestimmt wird, kalkulieren die Krankenkassen ihre Beiträge selbst. Das bedeutet, daß jede einzelne Krankenkasse berechtigt ist, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten eine autonome Finanz- und Haushaltsplanung durchzuführen und den Beitragssatz durch die Selbstverwaltungsorgane selbst zu bestimmen. Die Folge davon ist eine große Vielfalt von Beitragssätzen mit einer enormen Spannweite.²¹

Im Unterschied zur PKV spiegelt sich in der GKV im Beitrag das individuelle Versicherungsrisiko nicht wieder, da der Beitrag eines jeden Versicherten entsprechend dem in der GKV verankerten Solidaritätsprinzip nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen ist. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist dabei abweichend von den allgemeinen Besteuerungsvorschriften des § 7 EStG nicht Spiegel einer Vielzahl von Einnahmequellen, sondern sie beschränkt sich, insbesondere bei den versicherten Arbeitnehmern als der größten Versichertengruppe in der GKV, auf das erzielte Arbeitsentgelt.²² Beim zweitgrößten Personenkreis in der GKV, den Rentnern, werden neben dem Zahlungsbetrag der Rente gegebenenfalls auch Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der Beitragsbemessung zugrunde gelegt.²³ Für die anderen Personenkreise der GKV (z. B. Studenten, Rehabilitanden usw.) gelten wieder besondere Vorschriften.²⁴ Da diese Versicherten für die Mittelaufbringung der GKV aber von untergeordneter Bedeutung sind, wird an dieser Stelle darauf nicht weiter eingegangen.

Für die Berechnung der Beiträge sind drei Faktoren von grundsätzlicher Bedeutung. Die beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. das Arbeitsentgelt), der Beitragssatz und die Beitragszeit, wobei die Beitragszeit in der Regel mit der Zeit der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse identisch ist.²⁵ Der Beitrag eines Versicherten ergibt sich dabei aus der Multiplikation von beitragspflichtigen Einnahmen mit Beitragssatz und Beitragszeit.

Die Berechnungsformel hat grundsätzlich eine einkommensproportionale Belastung der Versicherten zur Folge, die zu einer Umverteilung innerhalb der Solidargemeinschaft entsprechend dem Gebot der Solidarität führt. Eine wesentliche Besonderheit in der Mittelaufbringung der GKV ist die Berücksichtigung von beitragspflichtigen Einnahmen nur bis zu der sogenannten Beitragsbemessungs-

grenze. Diese beträgt im Jahr 1999 6375,- DM pro Monat. Einnahmen die diese Grenze überschreiten, bleiben außer Ansatz.²⁶ Die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze als spezifisches Finanzierungselement der GKV führt letztendlich zu einer regressiven Durchschnittsbelastung bei den Versicherten, deren beitragspflichtige Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten.

Ein weiteres Merkmal der Finanzierung in der GKV ist die paritätische Mittelaufbringung, d. h. die Beiträge sind je zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern zu tragen.²⁷ Die Begründung für diese Regelung ist historisch bedingt. Zum einen sollen die Arbeitgeber an der Finanzierung der GKV beteiligt sein, weil sie selbst ein ureigenes Interesse an der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der von ihnen beschäftigten Personen haben. Zum anderen wird die paritätische Finanzierung mit den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten begründet, da diese zum Teil erst Auslöser der verschiedensten Erkrankungen sind.²⁸

Das Finanzvolumen der GKV beruht damit hauptsächlich auf dem Beitragsaufkommen, welches wiederum im wesentlichen von der Höhe der Beitragssätze und der beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt ist. Insofern ist die Einnahmeseite der GKV eng an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung gekoppelt.²⁹ Aus der Abhängigkeit der Einnahmen der GKV von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung resultieren letzten Endes Finanzierungsprobleme, die für die Stabilität des Systems der GKV von zentraler Bedeutung sind.

2.2.2 Die Einnahmenentwicklung

In den folgenden Ausführungen wird die Einnahmenentwicklung der GKV von 1976 bis 1996 dargestellt.

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, ist es auf der Einnahmenseite der GKV ab 1976 zu einem deutlichen Anstieg des Beitragsaufkommens gekommen, der sich, von einigen Ausnahmen abgesehen, relativ parallel zur Ausgabenexpansion entwickelt hat. Ausgehend von einem Beitragsaufkommen in Höhe von 70 Mrd. DM 1976 haben sich die Einnahmen der GKV in jedem Jahr bis 1996 ge-

¹⁹ Neben der Möglichkeit der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems über eine Beitragsfinanzierung wird in vielen Ländern auch eine Finanzierung über das Steuersystem praktiziert. Vgl. Arnold (1995), S. 34.

²⁰ § 158 SGB V i.V.m. 160 SGB V.

²¹ Merkens/Birgelen von (1993), S. 57.

²² Merkens/Birgelen von (1993), S. 58.

²³ § 237 SGB V.

²⁴ §§ 232 ff. SGB V.

²⁵ Merkens/Birgelen von (1993), S. 58 ff.

²⁶ § 223 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 160 SGB VI.

²⁷ § 249 SGB V.

²⁸ Arnold (1995), S. 42.

²⁹ Wasem (1991), S. 47.

Abbildung 3

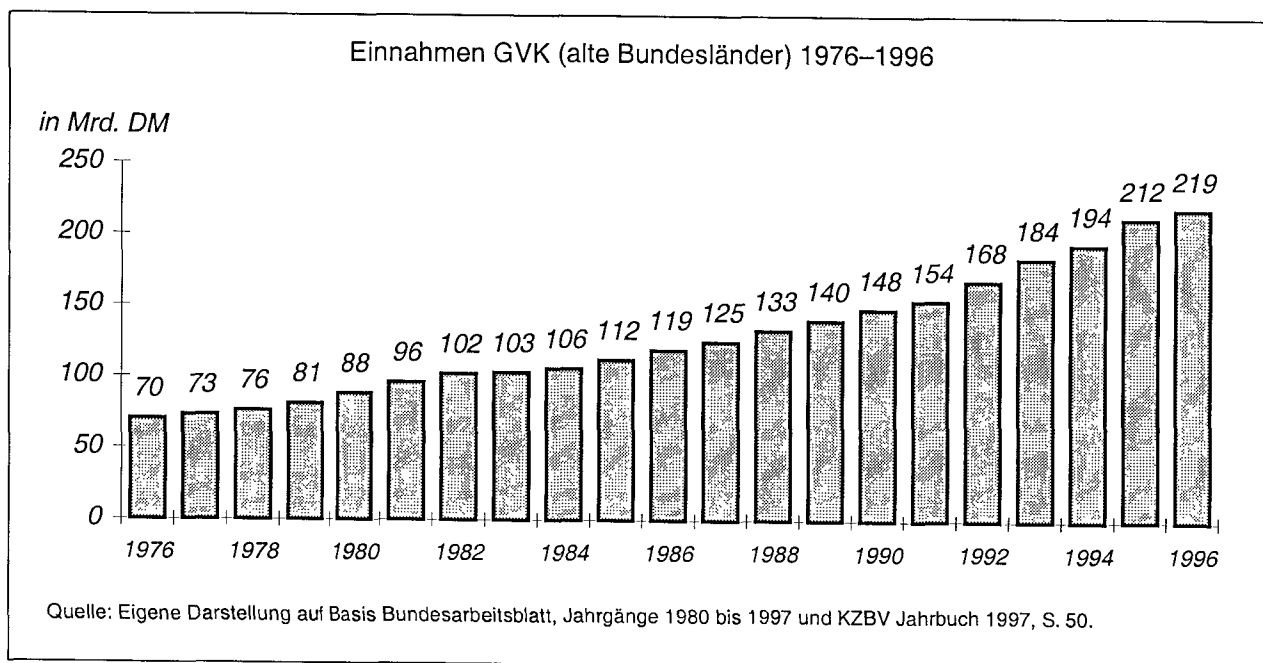


Tabelle 1

**Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
von 1976–1996 (alte Bundesländer)**

Jahr	durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz (jeweils am 1. Januar des Jahres)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
1976	11,3	./.
1977	11,4	+0,9
1978	11,4	+0,0
1979	11,3	-0,9
1980	11,4	+0,9
1981	11,8	+3,5
1982	12,0	+1,7
1983	11,9	-0,8
1984	11,5	-3,4
1985	11,7	+1,7
1986	12,2	+4,3
1987	12,5	+2,5
1988	12,9	+3,2
1989	12,9	+0,0
1990	12,8	-0,8
1991	12,2	-4,7
1992	12,5	+2,5
1993	13,4	+7,2
1994	13,3	-0,7
1995	13,2	-0,8
1996	13,4	+1,5

Quelle: KZBV Jahrbuch 1997, S. 46.

steigert. Insofern sind aus dieser Abbildung keine einnahmenseitigen Finanzierungsprobleme der GKV ersichtlich.

Die obige Abbildung zeigt aber nur die halbe Wahrheit der finanziellen Verfassung des GKV-Systems. Vor dem Hintergrund des in § 220 SGB V geregelten Haushaltsgrundsatzes, nachdem alle Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben zu decken haben, ist es in der Vergangenheit zu einer Finanzierungslücke gekommen. Diese Finanzierungslücke ist auf die schwächere Zunahme der Einnahmen gegenüber den Ausgaben vor dem Hintergrund der Wirtschaftsentwicklung zurückzuführen.³⁰ Insofern hat der durchschnittliche Beitragssatz in den vergangenen Jahren als Regulativ zwischen ständig wachsenden Ausgaben und weniger stark wachsenden Einnahmen fungiert. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen³¹ Beitragssatzes ab 1976.

Aus Tabelle 1 läßt sich ein tendenzieller Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der Vergangenheit ablesen. Die Veränderungsraten stellen dabei teilweise einen Spiegel der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung dar. Andererseits sind sie ein Reflex von Wachstumsschüben der Ausgabenseite.

Die mitunter starken Beitragssatzsteigerungen zeigen, daß die GKV in der jüngeren Vergangenheit weniger an einem exzessiven Leistungs- und Ausgabengebahnen als an einer notleidenden Finanzierungsgrundlage krankt.³²

Einen Ausweg aus diesem Dilemma erhofften sich die Gesundheitspolitiker durch die gesetzliche Institutionali-

sierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der 1989 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes mit § 141 Abs. 2 in das SGB V aufgenommen wurde.³³ Der Grundtenor dieser Vorschrift lautet, daß sich insbesondere die Krankenkassen und die Leistungserbringer in ihren Vertragsverhandlungen so verhalten sollen, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.³⁴

Abgesehen davon, daß auch mit Hilfe des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die Finanzierungsprobleme der GKV nicht gelöst worden sind, ist er problematisch, weil die Verfolgung des Ziels der Beitragssatzstabilität infolge der Orientierung der Ausgaben an den Einnahmen zu einer nicht präferenzgerechten Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsleistungen führen kann und die Entscheidung für die Finanzierung bestimmter Leistungsbe-
reiche der demokratischen Kontrolle entzogen ist.³⁶

³⁰ SVRKAiG (1997), Ziffer 411.

³¹ Neben dem allgemeinen Beitragssatz gibt es auch noch den erhöhten und ermäßigten Beitragssatz (§ 242 und § 243 SGB V), die jedoch in diesem Zusammenhang nicht von Belang sind.

³² SVRKAiG (1997), Ziffer 409.

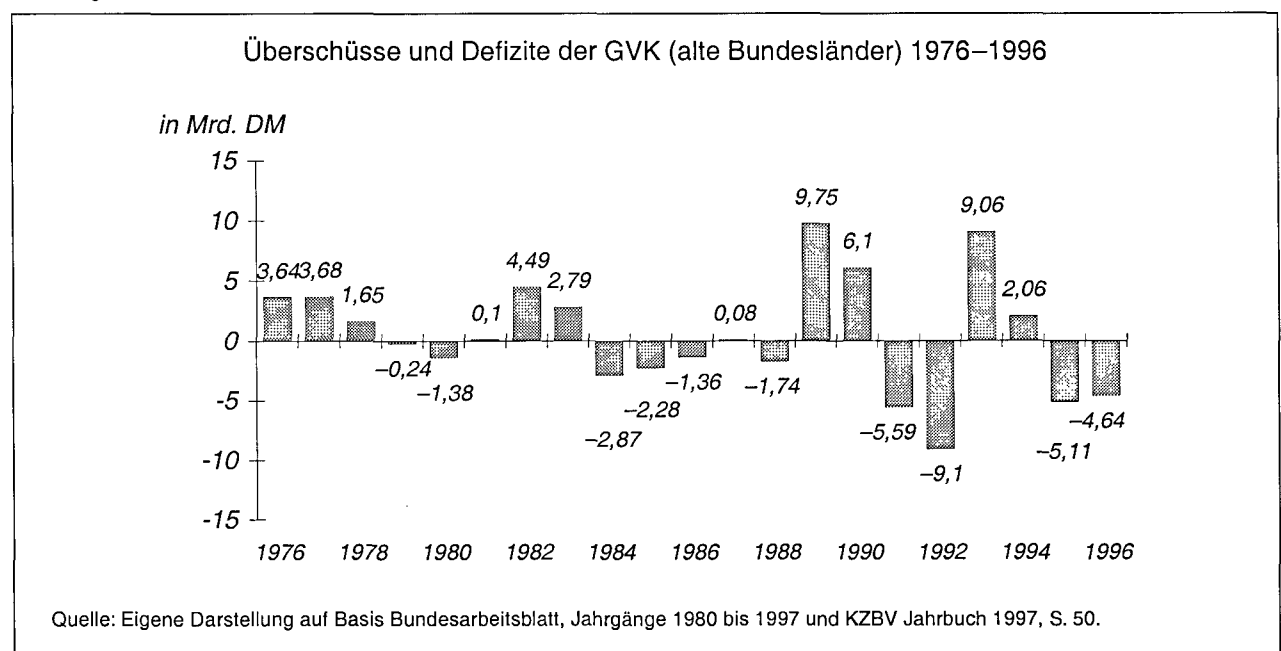
³³ Siehe hierzu auch das Kapitel II des Jahresgutachtens des SVRKAiG 1989, Ziffer 68 ff.

³⁴ Freudenberg (1995), S. 27.

³⁵ Siehe Tabelle 2; 1992 und 1993 kam es zu deutlichen Beitragssatzerhöhungen.

³⁶ Kühn (1996), S. 157.

Abbildung 4



2.3 Die Überschuß- und Defizitentwicklung des Gesamtbudgets

Die Überschuß- und Defizitentwicklung des Gesamtbudgets der GKV ergibt sich aus der Kombination von Ausgaben- und Einnahmenseite. Abbildung 5 zeigt eine Übersicht über die finanzielle Entwicklung der GKV von 1976–1996. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß die gesetzlichen Krankenkassen, anders als die privaten Krankenversicherungsträger, aufgrund ihrer Rechtsform als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht gewinnorientiert sind.³⁷ Entsprechend den Vorschriften über die Verwendung und Verwaltung der finanziellen Mittel der Krankenkassen dürfen die laufenden Einnahmen nur als Betriebsmittel für die laufenden Ausgaben oder zur Auffüllung der Rücklage verwendet werden. Die Rücklage dient dabei der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen. Hat die Rücklage einer Krankenkasse ein bestimmtes Volumen erreicht, so ist, unter der Voraussetzung einer soliden Einnahmenbasis, der Beitragssatz entsprechend zu vermindern.³⁸

Abbildung 4 zeigt sehr deutlich, daß die drei großen Kostendämpfungsgesetze ab 1980 jeweils als Reflex auf eine unmittelbar vorangegangene defizitäre Entwicklung in Kraft getreten sind. So gingen dem KVEG von 1981 zwei Perioden mit (vergleichsweise geringen) Defiziten voraus. Diese betrugen 1979 0,24 Mrd. DM und 1980 1,38 Mrd. DM.³⁹ Im Vorlauf zum GRG 1989 verschärfte sich die finanzielle Situation. Die Haushaltsjahre zwischen 1984 und 1988 schlossen fast durchweg mit einem negativen Ergebnis ab. Dem GSG von 1993 gingen schließlich zwei Perioden mit einer dramatischen Verschlechterung der Finanzlage der GKV voraus. 1992 wurde ein Rekorddefizit

von 9,1 Mrd. DM erreicht. Dieses Rekorddefizit läßt sich auch als eine Folge von „Vorzieheffekten“ erklären, die als Reaktion der Versicherten auf angekündigte Kostendämpfungsmaßnahmen entstanden sind. So ist es beispielsweise im Bereich des Zahnersatzes 1988 zu einem überproportionalen Ausgabenanstieg gekommen⁴⁰, der in unmittelbarem Zusammenhang mit der geplanten Leistungsverkürzung im Rahmen des GRG steht. Von 1987 auf 1988 stiegen die Ausgaben für Zahnersatz von 6,3 Mrd. DM auf 9,7 Mrd. DM⁴¹, was einem Ausgabenanstieg in einem Jahr von fast 54 % entspricht.

Allen Kostendämpfungsgesetzen ist gemein, daß deren ausgabenstabilisierende Effekte nicht von langer Dauer waren. Die positiven Wirkungen auf das Ausgabenniveau der GKV hielten meist nur zwei bis drei Jahre an, bevor sie sich verbrauchten und schließlich den nächsten Kraftakt des Gesetzgebers hervorriefen. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist eine sich ständig beschleunigende Interventionsspirale. Dabei konzentrierten sich die Gesundheitspolitiker in erster Linie auf die Symptome der unbefriedigenden finanziellen Situation, anstatt strukturelle Veränderungen vorzunehmen, die eine selbständige Stabilisierung des Budgets ermöglichen würden.⁴² Die Gründe für diese Politik sind offensichtlich darin zu sehen, daß eine Sparpolitik, die sich auf die Versicherten

³⁷ Arnold (1995), S. 42.

³⁸ §§ 259 ff. SGB V.

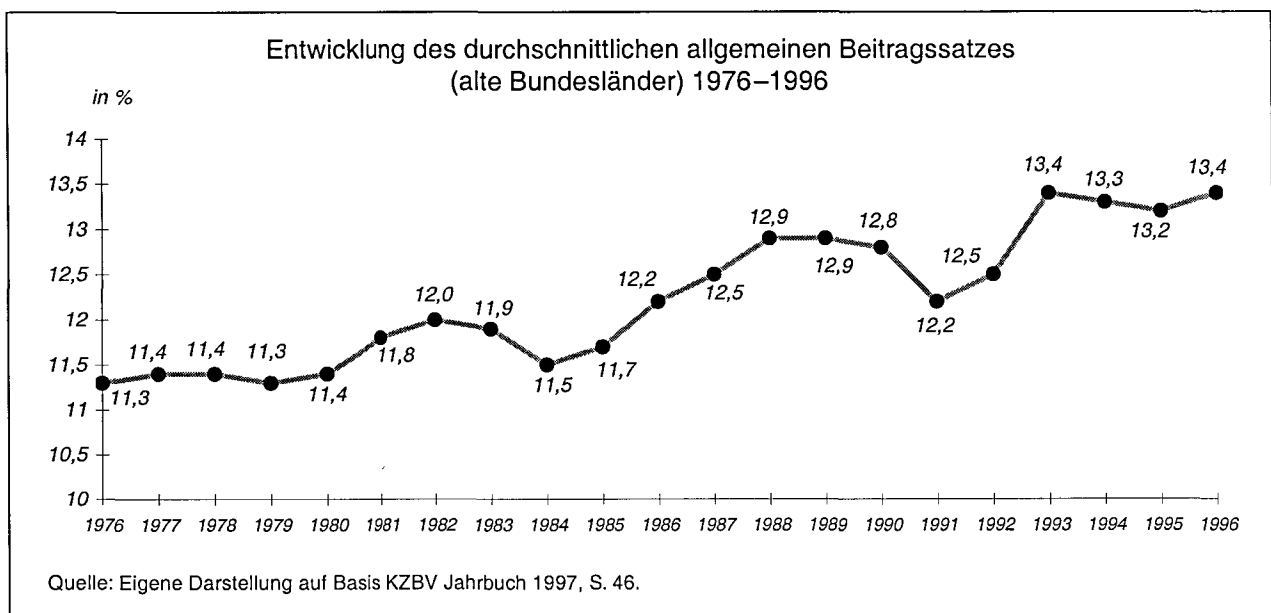
³⁹ Bundesarbeitsblatt 4/1990, S. 105.

⁴⁰ Siehe Abbildung 2.

⁴¹ Bundesarbeitsblatt 6/1997, S. 119.

⁴² Wasem (1997a), S. 9

Abbildung 5



und Patienten konzentriert, mit geringem politischen Widerstand zu rechnen hat,⁴³ während tiefgreifende strukturelle Veränderungen häufig vehement von organisierten Interessengruppen der Angebotsseite bekämpft werden.

Zum Abschluß der Erläuterung der Überschuß- und Defizitentwicklung soll aber auch betont werden, daß der „Erfolg“, zumindest der beiden letzten großen Reformen im Gesundheitswesen von 1989 und 1993, nicht nur an den deutlichen Überschüssen der unmittelbaren Folgejahre abgelesen werden kann, sondern auch an einer rückläufigen Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes. Wie man Abbildung 5 entnehmen kann, ist es sowohl ab 1989 als auch ab 1993 parallel zu den Budgetüberschüssen zu einem Rückgang des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes gekommen, der allerdings auch nicht von langer Dauer war.

3. Ursachen der Ausgaben- und Einnahmenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

3.1 Endogene Faktoren der Ausgabenexpansion

3.1.1 Kosteneinflüsse auf der Angebots- und Nachfrageseite

Hinsichtlich der Ursachen der Ausgabenentwicklung ist es zweckmäßig, zwischen endogenen und exogenen Faktoren zu unterscheiden, auch wenn die Abgrenzung nicht immer eindeutig zu ziehen ist. Zu den endogenen Faktoren werden die einer Steuerung durch die Gesundheitspolitik zugänglichen Einflußfaktoren gezählt.⁴⁴ Die Einflußfaktoren der Ausgabenseite haben alle gemeinsam, daß für die BRD bislang keine Studien hinsichtlich ihres absoluten Volumens und ihrer relativen Gewichtung untereinander vorliegen.⁴⁵

Im Rahmen der folgenden Ausführungen wird der Blick hinsichtlich der Angebotsseite auf die ambulante und stationäre Versorgung gerichtet, da diese Leistungsanbieter in dem Betrachtungszeitraum ab 1976 mit Abstand den höchsten absoluten Anteil an den Gesundheitsausgaben bewirkten und auch die höchsten Zuwachsraten pro Jahr aufwiesen.

Mikroökonomisch ist es offenkundig, daß das Verhalten der Ärzte maßgeblich von Anreizen geleitet wird, die diese durch die Form der Vergütung ihrer Leistungen vermittelt bekommen.⁴⁶ Seit Mitte der sechziger Jahre erfolgt die Vergütung der Ärzte in Deutschland über eine Einzelleistungshonorierung, die zwischenzeitlich immer wieder mit Elementen pauschaler Honorierung ergänzt wurde. Die Folge einer Honorierung nach Einzelleistungen ist, daß jeder Arzt für jede einzeln ausgeführte Handlung ein gesondertes Entgelt erhält. Die Einzelleistungsvergütung

stellt für die Ärzteschaft demzufolge einen Anreiz dar, möglichst viele Leistungen zu erbringen, was in der Vergangenheit eine relativ starke Mengenausdehnung nach sich zog, die letztendlich ursächlich für die Kostensteigerungen im Bereich der ärztlichen Behandlung war.⁴⁷ Die Mengenausdehnung bei ärztlichen Leistungen als Folge der Einzelleistungsvergütung wurde in der Vergangenheit darüber hinaus auch noch durch einen Zuwachs an praktizierenden Ärzten („Ärztenschwemme“) verstärkt. So hat sich zwischen 1960 und 1994 die Arztdichte gemessen an der Anzahl berufstätiger Ärzte je 10 000 Einwohner von 12,8 auf 32,8 erhöht und somit erheblich zur Ausgabenexpansion in der GKV beigetragen.⁴⁸

Eine zunehmende Arztdichte hat aber neben den direkten kosteninduzierenden Effekten für ärztliche Behandlung noch weitreichendere Konsequenzen. Die Ärzte haben nämlich im Gesundheitswesen eine Schlüsselposition inne. Der einzelne Arzt entscheidet, ob jemand krank oder gesund ist, ob ein Versicherter Hilfe bekommt und in welchem Umfang, wie lange und wie intensiv. Daneben verfügt er auch noch, von welchen Heilberufen die Leistungen erbracht werden sollen, die ergänzend zu der originären ärztlichen Behandlung medizinisch notwendig sind. Insofern steuern die Ärzte das Gesundheitswesen.⁴⁹ Infolgedessen sind die finanziellen Anreize, unter denen die Ärzte handeln, für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben von ausschlaggebender Bedeutung. Diese Einschätzung kann auch dadurch bekräftigt werden, daß z. B. 1993 auf eine DM erhaltenes Honorar ca. 4,70 DM an veranlaßten Gesundheitsausgaben fielen.⁵⁰

Im Bereich der stationären Behandlung ist die Suche nach den primären Ursachen der Ausgabenexpansion vielschichtig. Die wichtigste Ursache für die starke Kostenexpansion im Krankenhausbereich ist die Vergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip. Das Selbstkostendeckungsprinzip bedeutet, daß den Erbringern von Gesundheitsleistungen keine Verluste entstehen können, da diesen alle im Zusammenhang mit der Leistungserbringung entstandenen Kosten erstattet werden. Die Konsequenz dieser Vergütungsform ist aber, daß sie den Akteuren im Krankenhaus keinerlei Anreiz zum sparsamen Umgang mit den beschränkten Ressourcen bietet.⁵¹ Desweiteren ist der rasante Ausgabenanstieg auch eine Folge der hohen Personalintensität im Krankenhaussektor. Der hohe Personalanteil ist dabei auch

⁴³ Kühn (1996), S. 150.

⁴⁴ Wasem (1997b), S. 81.

⁴⁵ ebd., S. 85.

⁴⁶ Breyer/Zweifel (1997), S. 241 ff.

⁴⁷ Seitz et al. (1997), S. 13.

⁴⁸ Zdrowomyslaw/Dürrig (1997), S. 178.

⁴⁹ Huber (1995), S. 81.

⁵⁰ Henke (1993), S. 29 und 30.

⁵¹ Breyer/Zweifel (1997), S. 345 ff.

Ausdruck des medizinisch-technischen Fortschritts, der im Bereich der medizinischen Großgeräte im Krankenhaus zunehmend mehr und höherqualifiziertes Personal erfordert.⁵² Eine dritte Ursache der Ausgabensteigerungen ist die demographische Entwicklung. Diese geht zumindest bei bestimmten Altersgruppen mit einer im Alter steigenden Multimorbidität einher und drückt sich in verlängerten Verweildauern und steigendem Pfl egetagevolumen aus.⁵³ Darüber hinaus haben insbesondere bis zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 Lücken in der ambulanten Versorgung zu Fehlbelegungen im Krankenhaus in den Fällen geführt, in denen stationär aufgenommene Patienten eigentlich Pflegeleistungen oder Betreuung bedurften.⁵⁴ Ein weiterer Grund für die Kostenexpansion der GKV wird auch in der ineffizienten dualistischen Finanzierung gesehen, nach der die einzelnen Bundesländer für die Investitionen in Krankenhauseinrichtungen verantwortlich sind und die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten zu übernehmen haben.⁵⁵

Auf der Nachfrageseite sind die Anreizstrukturen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im wesentlichen das Resultat des in der GKV konstitutiven Versicherungszwangs. Die Folge der zwangsweisen Einbeziehung von Personen in die Krankenversicherung ist aber, daß die Leistungen des Versicherungssystems zu einem freien Gut werden. Das bedeutet, daß es für jeden Versicherten individuell rational ist, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen, wenn er ohnehin zur Beitragszahlung verpflichtet ist. Aus Sicht des einzelnen führt ein Leistungsverzicht von Gesundheitsleistungen zu einer nur geringen Beitragsabnahme, da die individuelle Einsparung auf alle Versicherten umgelegt wird. Den Leistungsverzicht hat der einzelne Versicherte aber allein zu tragen.⁵⁶ Im Ergebnis führt das Vorliegen des Versicherungsschutzes zu einer veränderten Anreizstruktur der Versicherten und infolgedessen zu einem geänderten Inanspruchnahmeverhalten, welches aus Sicht der GKV kostenexpansiv wirkt. Das Phänomen des Anreizes zur übermäßigen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wird in der Literatur mit dem Begriff „Moral Hazard“ umschrieben.⁵⁷

Idealtypischerweise werden zwei Arten von Moral Hazard unterschieden, die insbesondere für die optimale Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen von Bedeutung sind. Zum einen das ex ante-Moral Hazard und zum anderen das ex post-Moral Hazard. Das ex post-Moral Hazard entspricht der oben bereits ausgeführten individuell rationalen Verhaltensweise der übermäßigen Leistungsanspruchnahme, wenn der Versicherungsfall Krankheit bereits eingetreten ist. Beim ex ante-Moral Hazard wird unterstellt, daß jedes Individuum die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krankheiten zumindest teilweise durch eine bestimmte Lebensweise beeinflussen kann. Die Existenz des Versicherungsschutzes stellt

in diesem Fall einen Anreiz dar, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu unterlassen bzw. generell einen gesundheitsschädlichen Lebensstil zu pflegen (bspw. Rauchen, Alkohol), da bei Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherungsgemeinschaft die finanziellen Folgen des Fehlverhaltens übernehmen muß.⁵⁸

Problematisch wird das Moral Hazard-Verhalten dann, wenn sich eine große Zahl von Versicherten entsprechend diesem Muster der Leistungsanspruchnahme verhält. Die direkte Konsequenz eines erhöhten Leistungsvolumens ist die Erhöhung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, der naturgemäß ein Anstieg der Beiträge folgt. Die nun gestiegenen Beiträge bedeuten für die Versicherten in der Folge einen noch größeren Anreiz, die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung zu erhöhen, um die gezahlten Beiträge „wieder hereinzuholen“. Das langfristige Resultat einer solchen Entwicklung ist das Entstehen eines Teufelskreises zwischen Anspruchsinflation und Kosten bzw. Beitragssteigerungen.⁵⁹ Insofern stellt das Moral Hazard-Verhalten der Versicherten auf der Nachfrageseite eine der bedeutendsten Ursache für die Ausgabenexpansion in der GKV dar.

3.1.2 Medizinisch-technischer Fortschritt

Medizinisch-technischer Fortschritt drückt sich im Gesundheitswesen nicht nur durch den Fortschritt in der Medizintechnologie aus, sondern auch allgemein in der medizinischen Entwicklung und in der pharmazeutischen Forschung.⁶⁰ Medizinisch-technischer Fortschritt kann aus ökonomischer Sicht generell in die Kategorien Produktinnovation und Prozeßinnovation zerlegt werden. Eine Produktinnovation liegt vor, wenn es sich bei einer Innovation um ein völlig neuartiges Produkt handelt. Bei einer Prozeßinnovation entsteht hingegen ein neues Verfahren bei der Herstellung eines gegebenen Produkts.⁶¹ Da Prozeßinnovationen tendenziell auf die Substitution bereits vorhandener Verfahren angelegt sind, wirken sie generell kostensenkend. Prozeßinnovationen kommen im Gesundheitswesen relativ selten vor, was auch als eine Folge des Vergütungssystems der GKV angesehen werden kann. Solange für die Ärzte eine entsprechende Bezahlung gesichert ist, wie dies durch das gegenwärtige Honorierungsverfahren geschieht, besteht für sie wenig

⁵² Pfaff (1995), S. 56 f.

⁵³ ebd., S. 57.

⁵⁴ Huber (1993), S. 89.

⁵⁵ Kopetsch (1996), S. 208.

⁵⁶ Herder-Dornreich (1994), S. 244.

⁵⁷ Wasem (1997b), S. 84.

⁵⁸ Breyer/Zweifel (1997), S. 185 ff.

⁵⁹ Herder-Dornreich (1994), S. 308 f.

⁶⁰ Henke (1993), S. 29.

⁶¹ Richard (1993), S. 125.

Anreiz, die Forschung verstärkt in den Bereich der Kostenreduktion zu verlagern.⁶²

Produktinnovationen hingegen entstehen im Gesundheitswesen überwiegend als Zusatztechnologien („add-on technologies“), d.h. sie ermöglichen Behandlungen, die bis dahin medizinisch nicht möglich oder ökonomisch unerreichbar waren. Aus diesem Grund sind Produktinnovationen im Gesundheitssektor aus Sicht der Finanzierbarkeit des GKV-Systems von größter Bedeutung, da die Zusatztechnologien einen Bedarf erzeugen, der vorher nicht vorhanden war. Insofern transformiert der medizinisch-technische Fortschritt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von einer latenten zu einer kostenwirksamen Größe.⁶³ Dieser Zusammenhang läßt sich durch Berechnungen des englischen Office of Health Economics eindrucksvoll belegen, die ergaben, daß bei einer Beibehaltung des medizinischen Standards von vor 100 Jahren die Kosten des Gesundheitswesens nur ca. 1 % des Kostenniveaus zu Beginn der neunziger Jahre ausmachen würden.⁶⁴

Die insbesondere in der stationären Versorgung eingesetzten Großgeräte (z. B. Computertomograph; Anschaffungskosten zwischen einer und drei Millionen Mark) sind aus Kostengesichtspunkten vor allem dann problematisch, wenn sie aus Gründen der Amortisation eingesetzt werden und nicht etwa, weil durch sie bessere diagnostische Ergebnisse erzielt werden könnten.⁶⁵

3.2 Exogene Faktoren der Ausgabenexpansion

3.2.1 Morbidität

Zu den exogenen Faktoren der Ausgabenexpansion werden in erster Linie die Morbidität und die demographische Entwicklung gezählt. Der Begriff Morbidität⁶⁶ bezeichnet die Krankheitshäufigkeit und -verteilung innerhalb der Bevölkerung. Wichtige Faktoren der Morbidität sind Inzidenz und Prävalenz, also das Auftreten und die Dauer von Krankheiten. Über beide Faktoren existieren in Deutschland, aber auch in den meisten anderen Ländern, bislang wenig zuverlässige Daten und Prognosen. Erschwerend kommt hinzu, daß bei der Erhebung von Daten im allgemeinen immer nur die Morbidität gemessen wird, die als solche definiert und zur medizinischen Versorgung zugelassen ist. Zum Beispiel gelten seit Einführung der Pflegeversicherung etliche Personen nicht mehr als krank, sondern als pflegebedürftig, was zu Strukturbrüchen hinsichtlich der Inzidenz in den Krankheitsartenstatistiken geführt hat.⁶⁷ Dennoch konnte in der Vergangenheit eine Zunahme der sogenannten Zivilisationskrankheiten und eine Abnahme von Infektionskrankheiten festgestellt werden. Die Zunahme der Zivilisationskrankheiten ist dabei vor allem auf einen modernen Lebensstil verbunden mit entsprechenden Umweltbedingungen zu-

rückzuführen, während die Abnahme der Infektionskrankheiten durch eine ausreichende Ernährung, verbesserte Hygiene und verschiedene medizinische Errungenschaften bedingt ist.⁶⁸

Die Morbidität hat in der Vergangenheit sehr wahrscheinlich einen Effekt auf die Kostenentwicklung der GKV gehabt, und zwar insbesondere in den Fällen, in denen es zu „Defektheilungen“ bei Patienten in jüngeren Jahren gekommen ist. Hierunter versteht man das Phänomen, daß es infolge des medizinisch-technischen Fortschritts zunehmend gelingt, Patienten unter Umständen mit großem finanziellen Aufwand am Leben zu erhalten, die in früheren Zeiten in der Regel gestorben wären, heute aber einer kostenintensiven Dauerbetreuung bedürfen.⁶⁹ Aufgrund der fehlenden Daten von Inzidenz und Prävalenz und deren kostenmäßiger Bewertung kann dieser finanzielle Aufwand allerdings nicht quantifiziert werden.

3.2.2 Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung in Deutschland ist eine weitere dominierende Ursache der Ausgabenentwicklung der Vergangenheit. Darüber hinaus geht nach herrschender Meinung von der zukünftigen demographischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten eine erhebliche Gefährdung für den Bestand der GKV aus.⁷⁰ Insbesondere die Interaktion von demographischer Entwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt birgt ein erhebliches Ausgabenanstiegspotential.⁷¹

Generell sind die Gesundheitsausgaben nicht nur von der absoluten Bevölkerungszahl, sondern auch signifikant von der Bevölkerungsstruktur infolge der unterschiedlichen geschlechts- und altersspezifischen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhängig. Die Entwicklung von Umfang und Struktur einer Bevölkerung hängen dabei von drei Determinanten ab, und zwar der Mortalität, der Fertilität und dem Saldo der Wanderungs-

⁶² Oberender/Fibelkorn (1997), S. 7.

⁶³ Kopetsch (1997), S. 20 ff.

⁶⁴ Krämer (1993), S. 793.

⁶⁵ Schwartz/Busse (1994), S. 164.

⁶⁶ Die Einordnung von Morbidität als exogenen Faktor der Ausgabenexpansion ist nicht eindeutig. Einerseits wirkt der Wandel der Morbidität exogen auf das Gesundheitswesen, sofern er bspw. auf verbesserter Ernährung beruht. Andererseits ist etwa die Zunahme der Prävalenz chronischer Erkrankungen auch Ergebnis der Tatsache, daß diese gegenwärtig vom Gesundheitswesen zwar behandelt, aber nicht abschließend geheilt werden können. Insofern ist die Morbidität endogen. Wasem (1997b), S. 81.

⁶⁷ Schwartz/Busse (1995), S. 80 f.

⁶⁸ Studer (1996), S. 60.

⁶⁹ Arnold (1995), S. 21.

⁷⁰ Kopetsch (1997), S. 8.

⁷¹ Wasem (1997b), S. 78.

bewegungen.⁷² In Deutschland, wie auch in den meisten anderen Ländern Europas, ist seit den siebziger Jahren eine zunehmende „Überalterung“ der Gesellschaft zu beobachten. Diese ist zum einen auf eine kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung und zum anderen auf eine spürbare Abnahme der Nettoreproduktionsrate zurückzuführen. Insofern wirken zwei Effekte gleichzeitig auf die relative Zunahme älterer Menschen in Deutschland hin, was auch durch den Begriff des „double aging“ anschaulich zum Ausdruck gebracht wird.⁷³

Für die GKV war diese Entwicklung in der Vergangenheit von großer Bedeutung, da sie zu einem Anstieg des Rentneranteils geführt hat, der, bedingt durch geringere Beitragszahlungen und höheren medizinischen Aufwand, zu einer Verschlechterung der allgemeinen Risikostruktur geführt hat.⁷⁴ Zur Verdeutlichung der Brisanz der Thematik werden in Abbildung 6 die Behandlungsausgaben⁷⁵ der GKV differenziert nach dem Alter dargestellt.

Wie man Abbildung 6 entnehmen kann, kommt es mit zunehmendem Lebensalter zu einem starken Anstieg der Pro-Kopf-Behandlungsausgaben, weil mit steigendem Al-

ter naturgemäß mehr Krankheiten auftreten (Multimorbidität), die darüber hinaus länger andauern und außerdem überwiegend kostenintensiver sind.⁷⁶

Das vorliegende Ausgabenprofil läßt die Schlußfolgerung einer parallel zur fortschreitenden Überalterung der Gesellschaft verlaufenden Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu.⁷⁷ Infolgedessen sind die in der Vergangenheit aufgetretenen großen finanziellen Belastungen der GKV auch infolge des zahlenmäßig gewachsenen und durchschnittlich älter werdenden Rentneranteils nicht verwunderlich.

⁷² SVRKAiG (1994), Ziffer 161 und Ziffer 163.

⁷³ Arnold (1995), S. 19 und SVRKAiG (1994), Ziffer 164.

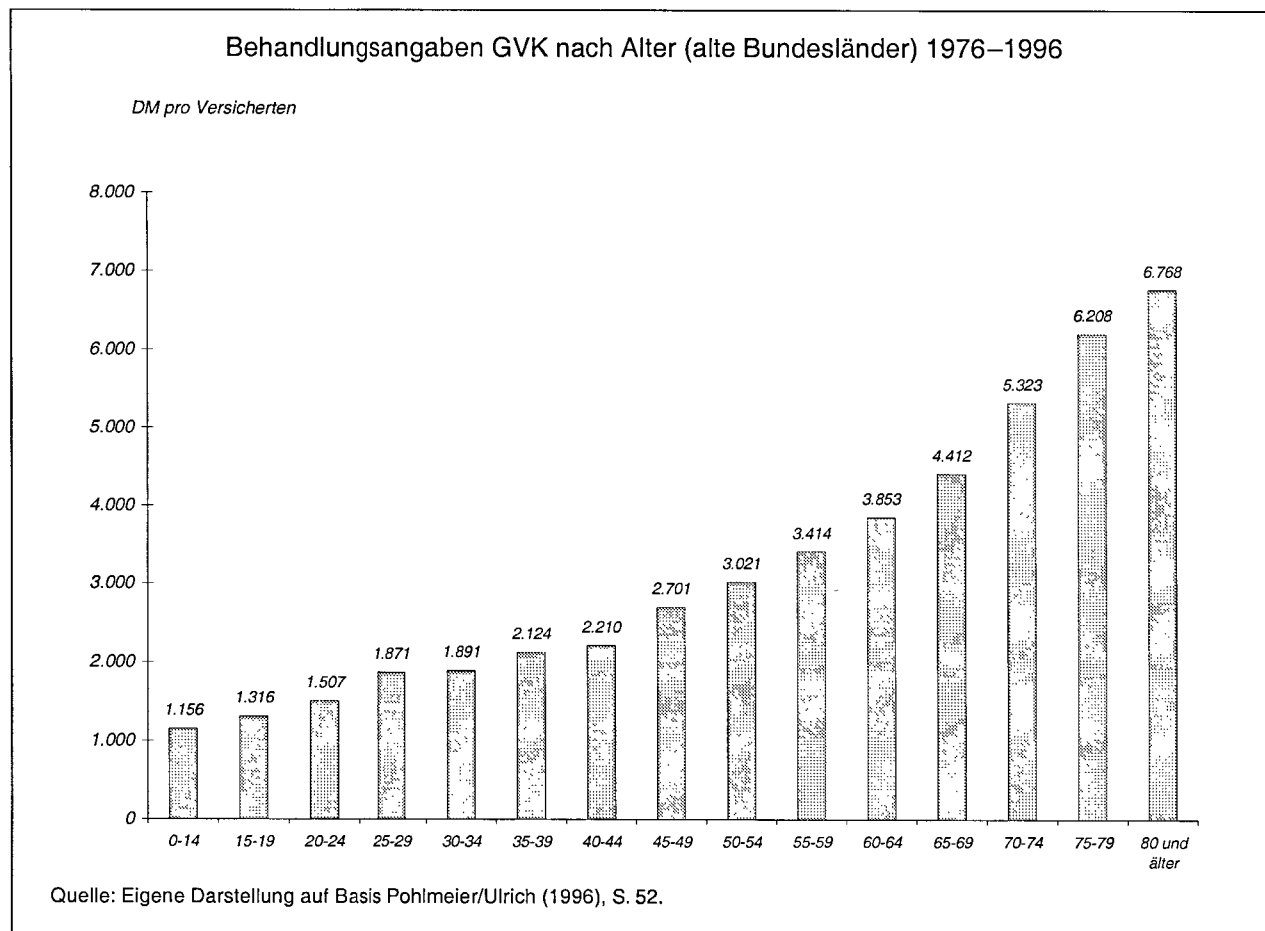
⁷⁴ Stillfried (1994), S. 62.

⁷⁵ Dabei werden die altersspezifischen Behandlungsausgaben nicht nach Behandlungsarten unterschieden. Für eine detaillierte Darstellung der Wirkungen der demographischen Entwicklung auf die verschiedenen Leistungsbereiche der GKV vgl. SVRKAiG (1994), Ziffer 167 ff.

⁷⁶ Kopetsch (1997), S. 10.

⁷⁷ Wasem (1997b), S. 81.

Abbildung 6



3.3 Faktoren der Einnahmenentwicklung

3.3.1 Arbeitsmarktsituation

Wie bereits in Kapitel B ausgeführt⁷⁸, ist es in der GKV in der Vergangenheit zu einer Finanzierungslücke gekommen, die vor allem auf das schwache Wachstum der Einnahmen im Vergleich zu den Ausgaben zurückzuführen ist. Die Ursachen der Einnahmenschwäche liegen zu einem großen Teil in der zunehmend schwieriger werdenden Arbeitsmarktsituation begründet.

Im Rahmen der weiteren Überlegungen ist die folgende Bestimmungsgleichung⁷⁹ der GKV-Einnahmen von grundlegender Bedeutung:

$$\text{GVK-Einnahmen} = \text{Anzahl Beitragszahler} \times \text{beitragspflichtige Einnahmen} \times \text{Beitragssatz}$$

Für die Entwicklung der Einnahmenseite sind demnach drei Faktoren ursächlich: die Anzahl der Beitragszahler, die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und der durchschnittliche Beitragssatz.

Die Anzahl der Beitragszahler ist dabei direkt abhängig von der Situation auf dem Arbeitsmarkt und demzufolge teilweise abhängig von der konjunkturellen Entwick-

lung. In Phasen des konjunkturellen Aufschwungs steigt die Zahl der Erwerbstätigen und damit die Menge der beitragszahlenden Mitglieder der GKV.⁸⁰ Demgegenüber steigt in Phasen des Abschwungs das Volumen der Arbeitslosen⁸¹ an, was zu einem Verlust an Beitragseinnahmen führt. Die Einnahmeneinbußen resultieren dabei aus einer verminderten, der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Bemessungsgrundlage der arbeitslosen Versicherten aufgrund der Nichtberücksichtigung bestimmter Entgeltkomponenten, die bei den in Arbeit stehenden Versicherten Bestandteil der Bemessungsgrundlage sind.⁸² Die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge für die Dauer der Arbeitslosigkeit ist im übrigen Aufgabe der Arbeitslosenversicherung.⁸³ Aus Tabelle 2 ist

⁷⁸ Siehe Kapitel B, Abschnitt II, Nr. 2 „Die Einnahmenentwicklung“.

⁷⁹ Albeck (1997), S. 96.

⁸⁰ Herder-Dornreich (1994), S. 222.

⁸¹ Auf eine nähere Betrachtung der Arbeitsmarktp Probleme wird hier verzichtet, da die vielschichtigen Ursachen der Arbeitslosigkeit für die Finanzprobleme der GKV von untergeordneter Bedeutung sind.

⁸² § 157 Abs. 3 i.V.m. § 112 AFG (a.F.).

⁸³ § 251 Abs. 4 a SGB V (ab 01.01.1998) bzw. § 157 Abs. 1 AFG (bis 31.12.1997).

Tabelle 2

Entwicklung der Arbeitslosen nach Jahresdurchschnitten
von 1976–1996 (alte Bundesländer)

Jahr	Arbeitslose im Jahresdurchschnitt in 1000 (alte Bundesländer)	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
1976	1 060,3	-1,3
1977	1 030,0	-2,9
1978	992,9	-3,6
1979	876,1	-11,8
1980	888,9	+1,5
1981	1 271,6	+43,1
1982	1 833,2	+44,2
1983	2 258,2	+23,2
1984	2 265,6	+0,3
1985	2 340,0	+1,7
1986	2 228,0	-3,3
1987	2 228,8	+0,0
1988	2 241,6	+0,6
1989	2 037,8	-9,1
1990	1 883,1	-7,6
1991	1 689,4	-10,3
1992	1 808,3	+7,0
1993	2 270,3	+25,6
1994	2 556,0	+12,6
1995	2 565,0	+0,4
1996	2 796,2	+9,0

Quelle: Bundesarbeitsblatt 6/1997, S. 110.

die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen ab 1976 ersichtlich.

Dementsprechend ist es bis zur Mitte der achtziger Jahre zu einem starken Rückgang der Einnahmen der GKV infolge gestiegener Arbeitslosigkeit gekommen. Über den Beitragsausfall infolge der geringeren Bemessungsgrundlage hinaus stehen bei steigender Arbeitslosigkeit den Beitragseinbußen prinzipiell unveränderte oder sogar erhöhte Leistungsausgaben gegenüber. Das Einnahmenproblem kann kurzfristig nur durch eine Anhebung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes gelöst werden, wie es in den achtziger Jahren auch geschehen ist. Die gleiche Situation wie zu Anfang der achtziger Jahre scheint sich ab der Mitte der neunziger Jahre zu wiederholen, aber auf höherem Niveau, was gleichzeitig Folge einer zunehmend strukturellen Arbeitslosigkeit ist.

3.3.2 Lohn- und Gehaltsentwicklung

Die Entwicklung des Lohnniveaus in Deutschland hat eine unmittelbare Wirkung auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Das liegt daran, daß rund 60 % der Kassenmitglieder Arbeitnehmer sind. Weitere 30 % der Kassenmitglieder sind Rentner, deren Renten

jährlich an die Entwicklung der Arbeitsentgelte angepaßt werden.⁸⁵ Die beitragspflichtigen Einnahmen stellen dabei den Teil der Löhne, Gehälter und Rentenzahlungen dar, der die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt.⁸⁶ Die Entwicklung des Lohnniveaus ist wiederum mit der konjunkturellen Entwicklung verbunden. Schwankungen im Konjunkturverlauf, die zu Veränderungen der durchschnittlichen Arbeitnehmerinkommen führen, lösen gleichgerichtete Schwankungen der beitragspflichtigen Einnahmen aus. Steigen die Arbeitnehmerinkommen in einer Aufschwungphase überproportional an, so resultiert daraus bei gleichbleibenden Beitragssätzen eine überdurchschnittliche Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen.⁸⁷ Dieser Zusammenhang soll anhand von Tabelle 3 gezeigt werden:

In Tabelle 3 sind ausdrücklich Pro-Kopf-Zahlen verwendet worden, da somit im Rahmen der Betrachtung der Lohn- und Gehaltsentwicklung strukturelle Veränderungen des Arbeitsmarktes, insbesondere Veränderungen

⁸⁵ Albeck (1997), S. 97.

⁸⁶ § 226 Abs. 1 i.V.m. § 223 Abs. 3 SGB V.

⁸⁷ Herder-Dornreich (1994), S. 220.

Tabelle 3

Entwicklung der Bruttolohn und Gehaltssumme je Arbeitnehmer und der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von 1976–1996 (alte Bundesländer)

Jahr	Bruttolohn- und Gehaltssumme je AN in DM	Veränderung zum Vorjahr in %	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied in DM	Veränderung zum Vorjahr in %
1976	23 440	+6,9	19 348	+7,5
1977	25 035	+4,5	20 643	+6,7
1978	26 355	+5,3	21 965	+6,4
1979	27 849	+5,7	23 325	+6,2
1980	29 691	+6,6	24 580	+5,4
1981	31 116	+4,8	25 808	+5,0
1982	31 338	+3,9	26 945	+4,4
1983	33 376	+3,2	27 978	+3,8
1984	34 385	+3,0	29 266	+4,6
1985	35 391	+2,9	30 180	+3,1
1986	36 664	+3,6	31 094	+3,0
1987	37 812	+3,1	31 759	+2,1
1988	38 944	+3,0	32 827	+3,4
1989	40 114	+3,0	33 979	+3,5
1990	42 013	+4,7	35 704	+5,1
1991	44 531	+6,0	37 475	+5,0
1992	46 981	+5,5	38 870	+5,1
1993	48 450	+3,1	40 418	+3,9
1994	49 364	+1,9	41 405	+2,4
1995	50 888	+3,1	41 695	+0,7
1996	51 849	+1,9	42 159	+1,1

Quelle: SVRKAIG 1994, Tabelle T 102 i. V. m. KZBV Jahrbuch 1997, S. 44.

der Arbeitslosenzahlen und der tendenzielle Anstieg der Erwerbspersonen, eliminiert werden.

Tabelle 3 zeigt in der zweiten und dritten Spalte sehr deutlich den Anfang der neunziger Jahre überdurchschnittlichen Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme, der als die unmittelbare Folge der konjunkturellen Belebung infolge der deutschen Wiedervereinigung interpretiert werden kann. Entsprechend dem Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme der Arbeitnehmer ist es zu einem gleichgerichteten Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied gekommen. Umgekehrt dazu haben sich die Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1994 im Zuge der wirtschaftlichen Schwächephase deutlich vermindert. In den meisten Jahren lagen die Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einnahmen über den Wachstumsraten der Brutto Lohn- und Gehaltssumme. Dies ist offenbar eine Folge der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die zu einer Vergrößerung der Bemessungsgrundlage führte. Ansonsten sind Unterschiede in den Wachstumsraten der Pro-Kopf Brutto Lohn- und Gehaltssumme und der beitragspflichtigen Einnahmen vor allem durch eine Veränderung der Versichertenstruktur bedingt.

In Bezug auf die Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einnahmen gilt das im Rahmen einer steigenden Arbeitslosigkeit Ausgesagte entsprechend. Für den Fall des dynamischeren Wachstums der Ausgaben im Verhältnis zum Wachstum der Einnahmen, kann die auftretende Finanzierungslücke kurzfristig nur durch die Anhebung des durchschnittlichen Beitragssatzes ausgeglichen werden, die im Sinne der oben angeführten Bestimmungsgleichung zu einer Erhöhung der GKV-Einnahmen führen würde.

4. Ansatzpunkte zur Entschärfung der finanziellen Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung

4.1 Maßnahmen zur Eindämmung der Ausgabenexpansion auf der Angebotsseite

4.1.1 Ambulante Versorgung

Im Zentrum aller Maßnahmen zur Eindämmung der Ausgabenexpansion standen seit Mitte der siebziger Jahre Kostendämpfungsgesetze, die das Gesundheitswesen symptomatisch kurierten, aber nicht die Ursachen, nämlich die systemimmanenten Steuerungsmängel beseitigten.⁸⁸ Von 1977 bis 1996 hat der Gesetzgeber mit 46 größeren Gesetzen, die über 6 800 Einzelbestimmungen enthielten, in immer kürzer werdenden Abständen regulierend in das Gesundheitssystem eingegriffen.⁸⁹ Das Ergebnis dieser Regulierungsbemühungen ist eine sich stetig beschleunigende Interventionsspirale⁹⁰, die in Zukunft nur durch strukturverändernde Maßnahmen durchbrochen werden könnte. Wie im vorhergehen-

den Kapitel gezeigt, ist die Möglichkeit der Ärzte zur Nachfrageinduktion eine dominierende Ursache für die Kostenentwicklung im Bereich der ärztlichen Behandlung. Inwieweit diese Nachfrageschaffung für die Ärzte ökonomisch attraktiv ist, hängt insbesondere von der Ausgestaltung des Honorierungssystems ab.⁹¹

In Deutschland wird seit Mitte der sechziger Jahre⁹² das Einzelleistungshonorierungsverfahren in verschiedenen Varianten angewendet. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die Ärzte auf Basis von Kopfpauschalen entlohnt.⁹³ Motive für die Einführung der Vergütung nach Einzelleistungen waren die Erreichung eines hohen Qualitätsniveaus in der ärztlichen Versorgung und eine größere Honorargerechtigkeit.⁹⁴ Im Laufe der Zeit zeigte sich jedoch, daß die Einzelleistungshonorierung für die Ärzte einen Anreiz darstellte, ihre Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus auszudehnen, so daß es im ambulanten Sektor zu einer tendenziellen Überversorgung⁹⁵, verbunden mit deutlichen Kostensteigerungen kam. Diese Entwicklung erschien aber zunächst noch nicht bedrohlich, weil die GKV zeitgleich infolge einer Periode starken Wirtschaftswachstums bis Mitte der siebziger Jahre erhebliche Einnahmensteigerungen verbuchen konnte.⁹⁶ Der Mengenausdehnung wurde von Beginn an durch die Vereinbarung einer Gesamtvergütung⁹⁷ begegnet, die zwischen Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der Ärzte ausgehandelt wurde.⁹⁸ Aus der Kombination der Vergütung nach Einzelleistungen mit einer vorab feststehenden Gesamtvergütung resultiert die Besonderheit, daß die einzeln erbrachten Leistungen den Ärzten vorerst nicht in Geldeinheiten, sondern in Punkten gutgeschrieben wurden. Der Geldwert eines Punktes, der sogenannte Punktwert, ergibt sich erst nachträglich in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtvergütung und der Anzahl der abgerechneten Punkte.⁹⁹

Die auf Verbandsebene autonom ausgehandelte Gesamtvergütung war anfangs ein taugliches Mittel der Ko-

⁸⁸ Stuppardt (1996), S. 231.

⁸⁹ Kopetsch (1997), S. 6.

⁹⁰ Wasem (1997a), S. 9.

⁹¹ Wasem (1997b), S. 84.

⁹² Arnold (1995), S. 50.

⁹³ ebd., S. 48.

⁹⁴ Abholz (1995), S. 47.

⁹⁵ Zweifel (1994), S. 11.

⁹⁶ Arnold (1995), S. 50.

⁹⁷ Die Gesamtvergütung ist die Summe, die von den Krankenkassen insgesamt an alle niedergelassenen Ärzte gezahlt wird. Die Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte erfolgt auf der Basis eines Vergleichsmaßstabes, den die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertretungsorgan der Ärzte im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen als Vertretungsorgan der Krankenkassen festsetzen.

⁹⁸ Freudenberg (1995), S. 57.

⁹⁹ Breyer/Zweifel (1997), S. 271.

stensteuerung. Ab Mitte der siebziger Jahre kam es jedoch zu einem stetigen Punktwertverfall. Dieser beruhte zum einen auf der individuell rationalen Leistungsausdehnung eines Teils der Kassenärzte, die zudem noch von einer drastisch steigenden Arztdichte begleitet war. Zum anderen führten aber auch die in der GKV beginnenden Finanzprobleme zu einer Abschwächung des Wachstums der Gesamtvergütung. Im Zuge des fortschreitenden Punktwertverfalls, der auf Seiten der Ärzte zu tendenziell sinkenden Einkommen führte, wuchs der Druck der Ärzte auf ihre Vertretungsorgane bei der Aushandlung der Höhe der Gesamtvergütung zunehmend, so daß die Wachstumsrate der Gesamtvergütung schließlich über der Einnahmeseite der GKV lag.¹⁰⁰

Auf das wachsende Kostenproblem reagierte der Gesetzgeber mittels immer neuer Interventionen, die faktisch auf eine einnahmensorientierte Ausgabenpolitik hinausliefen. Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 wurde die politische Vorgabe der einnahmensorientierten Ausgabenpolitik durch die Maxime der Beitragssatzstabilität schließlich sogar im SGB V gesetzlich verankert. Vorrangiges Motiv des Gesetzgebers war dabei die Begrenzung der Lohnnebenkosten in Zusammenhang mit der beginnenden Debatte um den Wirtschaftsstandort Deutschland.¹⁰¹ Vor dem Hintergrund der sich weiter verschärfenden finanziellen Entwicklung der GKV Anfang der neunziger Jahre kam es ab 1993 zu einer auf drei Jahre befristeten sektoralen Budgetierung durch die „Deckelung“ der Ausgaben. Dies bedeutete für die Verhandlungspartner der Gesamtvergütung eine entscheidende Beschränkung ihrer Verhandlungsautonomie. Die gesetzgeberischen Interventionen beschränkten sich dabei nicht allein auf den Bereich der ambulanten Versorgung. Insbesondere auch bei der stationären Versorgung und im Arzneimittelbereich kam es zu einer sektoralen Budgetierung. Eine Überschreitung der durch die Entwicklung der Einnahmen zwingend vorgegebenen Budgetobergrenze war generell nicht möglich. Seit 1996 ist die sektorale Budgetierung wieder aufgehoben. Die Verhandlungen der Vertragspartner in Bezug auf die Ermittlung der Gesamtvergütung orientieren sich nunmehr wieder am Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der in besonderen Situationen einen Finanzierungsspielraum nach oben zuläßt.¹⁰²

Die Erfahrungen mit den in der Vergangenheit durchgeführten Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers haben gezeigt, daß den finanziellen Problemen der GKV nicht durch politische Interventionen beizukommen ist. Eine Beschränkung der Regulierungsmaßnahmen lediglich auf eine Ausgabenbegrenzung führt zu Steuerungsmängeln, die hauptsächlich auf kollektiver Irrationalität der Angebotsseite beruhen. Darüberhinaus stellt eine Ausgabenbegrenzung auf Basis des Instruments der Beitragssatzstabilität eine Mißachtung der Präferenzen der Versicherten und die Zementierung von Angebotsstrukturen dar. Schließlich wirkt eine Ausgabenbegrenzung auch

hemmend auf das volkswirtschaftlich positive Wachstum der Wachstumsbranche Gesundheitswesen und führt letztendlich zu einer Rationierung von medizinischen Leistungen.¹⁰³

Zur dauerhaften Lösung der Finanzierungsprobleme der GKV ist in Zukunft an den Strukturproblemen des Gesundheitswesens anzusetzen. Dazu gehört im Bereich der ambulanten Versorgung in erster Linie die Ausgestaltung des Vergütungssystems. In diesem Zusammenhang wurden bereits 1989 vom SVRKAiG idealtypische Anforderungen an ein alternatives Vergütungssystem formuliert, die zu einer Selbststeuerung des Gesundheitssystems beitragen könnten. Zu den wichtigsten Anforderungen gehört, daß von der Vergütungsstruktur keine Anreize für medizinisch nicht begründbare Leistungsvermehrungen ausgehen dürfen, aber dennoch eine ausreichende Patientenorientierung gewährleistet sein muß. Darüber hinaus muß die Vergütungsstruktur für eine gerechte horizontale Einkommensverteilung unter den Ärzten sorgen. Das Problem hinsichtlich der Ausgestaltung eines neuartigen Vergütungssystems ist dabei, daß die idealtypischen Anforderungen teilweise im Widerspruch stehen. Somit kann es letztendlich nur darum gehen, innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen eine für alle Beteiligten akzeptable „Second-best-Lösung“ zu finden.¹⁰⁴ Einen vielversprechenden Ansatz hinsichtlich der Entwicklung eines modernen, die Selbststeuerung des Gesundheitswesens unterstützenden Vergütungssystems, stellen die Ausführungen des SVRKAiG in seinem neuesten Sondergutachten dar. Der Sachverständigenrat schlägt dabei vor, die Vergütungen insbesondere im ambulanten Bereich mit dem Ziel einer Ergebnisorientierung auszugestalten. Ergebnisorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang eine verstärkte Bestimmung des Leistungsgeschehens durch wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl der Medizin als auch der Betriebswirtschaftslehre. Daneben schafft die Einführung einer ergebnisorientierten Vergütung die Voraussetzung für einen mehr auf Effizienz und Effektivität abzielenden Wettbewerb innerhalb der Ärzteschaft.¹⁰⁵

Ergänzend zur Schaffung eines modernen, auf Verhaltensänderungen ausgerichteten Vergütungssystems sollten die Ärzte zukünftig ein größeres Kostenbewußtsein entwickeln, ähnlich wie sich dies im industriellen Sektor bei den Ingenieuren immer mehr durchgesetzt hat.¹⁰⁶ Im ambulanten Sektor ist eine strengere Evaluation bestimmter kostenintensiver Techniken, die Ausfluß des me-

¹⁰⁰ Huber (1993), S. 77 ff.

¹⁰¹ SVRKAiG (1994), Ziffer 16 ff.

¹⁰² Riege (1995), S. 96 ff.; Stegmüller (1996), S. 68 ff.; Zipperer (1993), S. 5 ff.

¹⁰³ Cassel (1996), S. 69; Winn (1997), S. 322.

¹⁰⁴ SVRKAiG (1989), Ziffer 296 ff.; Stuppardt (1995), S. 89.

¹⁰⁵ SVRKAiG (1997), Ziffer 585 ff.

¹⁰⁶ Arnold (1991), S. 192.

dizinisch-technischen Fortschritts sind, anzustreben, wobei diese gegen ethische Evaluationskriterien abzuwägen sind.¹⁰⁷

4.1.2 Stationäre Versorgung

Die dominierende Ursache für die drastischen Kostensteigerungen im stationären Sektor war in der Vergangenheit die Vergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, das letztendlich Unwirtschaftlichkeit im Krankenhaus belohnte. Es war neben der Honorierung nach Einzelleistungen ein weiteres Beispiel für falsch gesetzte Anreize im Gesundheitswesen.¹⁰⁸

Dies hat den Gesetzgeber zwischenzeitlich bewogen, das Selbstkostendeckungsprinzip als Honorierungsform abzuschaffen¹⁰⁹ und durch die Einführung leistungsorientierter Entgelte¹¹⁰ zu ersetzen. Ergänzend wurde eine zunächst bis 1999 befristete landesweite Gesamtvergütung eingeführt, mit deren Hilfe eine bessere Kostensteuerung erreicht werden soll.¹¹¹ Die positiven Wirkungen dieses Maßnahmenpakets sind bereits im Jahr 1995 durch einen Rückgang der Ausgaben für stationäre Behandlung entgegen dem langjährigen Trend deutlich sichtbar geworden.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Effizienz ist die gegenwärtig diskutierte Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen in die Krankenhausplanung in Verbindung mit einer stufenweisen Überführung in eine monistische Finanzierung. Eine wesentliche Folge der gegenwärtig praktizierten dualistischen Finanzierung ist die politische und nicht sachliche Determinierung der Krankenhausbedarfsplanung, da für die Investitionsplanungen im stationären Sektor ausschließlich die Bundesländer verantwortlich sind, während von den Krankenkassen lediglich die laufenden Betriebskosten übernommen werden müssen. Die dualistische Finanzierung bescherte dem System der GKV bis Mitte der achtziger Jahre einen Investitionsboom in Krankenhauskapazitäten, der sich danach in eine Investitionslücke umkehrte. Mit Hilfe einer monistischen Finanzierung im stationären Sektor, die die Krankenhausfinanzierung in den alleinigen Verantwortungsbereich der Krankenkassen übertragen würde, könnte eine vor allem am medizinischen Bedarf orientierte Krankenhausbedarfsplanung erreicht werden, in deren Folge die Vorhaltung der Krankenhauskapazitäten auf die lediglich medizinisch notwendigen Kapazitäten beschränkt werden könnte. Da die Sicherstellung der stationären Versorgung zu den grundgesetzlich verfüigten Aufgaben der Bundesländer gehört, ist die Verwirklichung der monistischen Finanzierung durch entsprechende Ausgleichszahlungen der Länder an die Krankenkassen zu verbinden.¹¹³

Ein weiterer Vorschlag, der auf die Verbesserung der Kostensituation in der stationären Versorgung und gleichzeitig auch im ambulanten Bereich abzielt, ist die Vernet-

zung zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Die Vernetzung der beiden Bereiche würde den Ausbau der Kommunikations- und Koordinationsbeziehungen vorantreiben und ein abgestimmtes Handeln von praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern ermöglichen.¹¹⁴ Infolgedessen wäre die Nutzung erheblicher Synergiepotentiale möglich.

4.2 Maßnahmen zur Eindämmung der Ausgabenexpansion auf der Nachfrageseite

4.2.1 Selbstbeteiligung

Wie in Kapitel 4 gezeigt, entwickeln Versicherte bestimmte Verhaltensweisen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von den gegebenen Anreizstrukturen. Diese können sich insbesondere durch einen erhöhten Konsum von Gesundheitsgütern äußern. Durch die Anwendung von Selbstbeteiligungsregelungen¹¹⁵ wird generell die Veränderung des Kostenbewußtseins der Versicherten und darauf aufbauend die Steuerung des Nachfrageverhaltens beabsichtigt. Originärer Zweck ist die Senkung der Behandlungskosten. Die Selbstbeteiligung zielt demzufolge ganz konkret auf das ex post-Moral Hazard-Verhalten der Versicherten ab.¹¹⁶ Neben dem Steuerungseffekt kann, je nach Ausgestaltung der Selbstbeteiligung, ein Finanzierungseffekt erreicht werden, d. h. die im Rahmen der Selbstbeteiligungsregelungen aufgebrauchten Mittel tragen zu einer Entlastung der finanziellen Situation einer Krankenversicherung bei. Als dritter Effekt tritt bei der Nutzung von Selbstbeteiligungsregelungen ein Umverteilungseffekt auf, der zu einem sozialpolitisch eigentlich nicht gewollten Umverteilungsprozeß zu Lasten der Kranken und zu Gunsten der Gesunden führt. Um den Vorstellungen einer sozialen

¹⁰⁷ Schumacher (1995), S. 408 ff.

¹⁰⁸ Rebscher (1995), S. 92.

¹⁰⁹ § 17 Abs. 2 a KHG.

¹¹⁰ Zur Wirkungsweise der leistungsorientierten Entgelte im Krankenhaus mittels Fallpauschalen und Sonderentgelten siehe Pfaff (1995), S. 85 ff.

¹¹¹ Zipperer (1996), S. 109; Seehofer (1996), S. 59 ff.

¹¹² Kopetsch (1996), S. 208; Neubauer (1993), S. 65.

¹¹³ Seehofer (1996), S. 61.

¹¹⁴ Stoschek (1998), S. 7.

¹¹⁵ Zu den Formen von Selbstbeteiligungsregelungen siehe Rau (1992), S. 21. Idealtypisch werden die prozentuale Selbstbeteiligung, die absolute Selbstbeteiligung und die Festbetragsregelung unterschieden.

¹¹⁶ Ulrich (1996), S. 165. In Bezug auf das ex ante-Moral Hazard-Verhalten von Versicherten würde sich als Steuerungsinstrument z.B. die Einführung von Risikozuschlägen (gegebenenfalls für Raucher oder Übergewichtige) anbieten, die eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens und dadurch eine Steuerung der Nachfragebildung intendiert. Die Einführung von Risikozuschlägen kommt aber im Bereich der GKV ausdrücklich nicht in Frage, weil im Rahmen des für die GKV elementaren Solidaritätsprinzips ganz bewußt auf die Berücksichtigung individueller Risiken verzichtet wird.

Krankenversicherung zu entsprechen, müßten die drei Effekte idealtypisch so kombiniert werden, daß der Steuereffekt möglichst groß, der Finanzierungseffekt (als zusätzliche Belastung der Kranken) möglichst gering und der Umverteilungseffekt überhaupt nicht vorhanden ist.¹¹⁷

Damit die Selbstbeteiligung das gewünschte verhaltensändernde Verhalten der Versicherten induzieren kann, müssen bestimmte Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllt werden, deren wichtigste die Existenz einer preiselastischen Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist.¹¹⁸ Nur wenn es sich bei der Nachfrage nach Gesundheitsgütern um eine preiselastische Nachfrage handelt, sind verhaltenssteuernde Effekte einer Selbstbeteiligung zu erwarten.¹¹⁹

Bei Kenntnis dieses Zusammenhangs ist es verwunderlich, mit welcher Vehemenz das Instrument der Selbstbeteiligung hartnäckig als geeignetes Mittel zur Lösung der nachfrageseitigen Kostenprobleme verfochten wird. Tatsache ist, daß der größte Teil der im Gesundheitswesen anfallenden Kosten von einem sehr kleinen Anteil der Versicherten verursacht wird.¹²⁰ Z. B. erzeugten nach einer Fallstudie der AOK Lindau aus dem Jahr 1981, die sicherlich auch heute noch repräsentativ sein dürfte, 10 % aller Versicherten 98,6 % der Kosten beim Zahnersatz und 99,6 % der Kosten bei der stationären Behandlung.¹²¹ Insofern ist durch das Instrument der Selbstbeteiligung eine Verhaltenssteuerung der Mehrheit der Versicherten überhaupt nicht möglich. Letztendlich wird die Zuzahlungs politik vielmehr als reines Finanzierungsinstrument eingesetzt. Dies ist aber aus ethischen und sozialen Gründen abzulehnen, weil dadurch in erster Linie die schwächsten Glieder der Gesellschaft, die Alten und Kranken, übermäßig belastet werden.¹²² Dabei wird der Finanzierungseffekt von Selbstbeteiligungen oft überschätzt, da die Einführung einer Selbstbeteiligungsregelung zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führen kann, der das durch die Anwendung der Selbstbeteiligung anvisierte Finanzierungsvolumen entsprechend vermindert. Für den Fall, daß Selbstbeteiligungen bei Bagatelldfällen, also bei der medizinisch nicht zwingend notwendigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eingesetzt werden, sind aber durchaus positive verhaltenssteuernde Effekte in Abhängigkeit von der Preiselastizität zu erwarten.

4.2.2 Kostenerstattung und Beitragsrückerstattung

Das zweite oft als geeignet angesehene Instrument zur Entschärfung der finanziellen Situation der GKV ist das Kostenerstattungsverfahren, das gegebenenfalls an die Stelle des in der GKV traditionell verankerten Sachleistungsprinzips treten könnte. Mittels des Kostenerstattungsverfahrens, bei dem der Patient die Behandlungskosten direkt beim Arzt bezahlen muß, soll dem Versicherten mehr Kostentransparenz verschafft werden, die möglicherweise eine Einschränkung der Leistungsanspruchnahme bewirken könnte. Aber auch in diesem Zu-

sammenhang muß beachtet werden, daß die Nachfrage nach vielen Gesundheitsgütern preisunelastisch ist, so daß im Endeffekt überhaupt kein verhaltenssteuernder Effekt auf die Nachfrage entsteht.

Ob es bei preiselastischen Gesundheitsgütern in Anbetracht der Einführung eines Kostenerstattungsverfahrens zu einem Rückgang der Nachfrage kommt, darf bezweifelt werden. Viel wahrscheinlicher ist, daß jeder Versicherte, der seinen monatlichen Beitrag und den Betrag der verursachten Kosten kennt, einen individuellen Kosten-Nutzen-Vergleich anstellt. Für den Fall, daß ein Versicherter feststellt, daß sein Beitrag höher als die in Anspruch genommenen Leistungen ist, wird es für ihn rational, seinen Konsum für Gesundheitsleistungen auszudehnen, um ein Äquivalent für seine Beitragszahlung zu erhalten. Insofern ist in der GKV von einem Übergang vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip sogar eher eine kostentreibende Wirkung zu erwarten.¹²³ Dieses Ergebnis der Analyse des Kostenerstattungsverfahrens wird zudem noch durch die erheblich höheren Steigerungsrate der Ausgaben für medizinische Leistungen der PKV untermauert, die das Instrument der Kostenerstattung traditionell praktizieren.¹²⁴

Darüberhinaus würde die Einführung des Kostenerstattungsverfahrens bedeuten, daß eine globale Steuerung von Ausgabenblöcken, die sich insbesondere hinsichtlich der Kostenkontrolle und der Qualität der Gesundheitsgüter als vorteilhaft erwiesen hat, nicht mehr möglich ist.¹²⁵ Die Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen würden direkt auf die Versicherten und die Leistungserbringer übergehen, wobei die Versicherten aufgrund der naturgemäßen Informationsasymmetrie die schwächere Marktposition inne hätten.¹²⁶ Hiervon würde die Leistungsanbieterseite profitieren, die einen deutlichen Anreiz hätte, dem Versicherten mehr in Rechnung zu stellen, als er bei seiner Krankenkasse zur Erstattung geltend machen kann, d. h. es würde eine Honorardrift entstehen. Dazu kommt noch, daß die Leistungserbringer oftmals vor dem Ausstellen der Rechnung die Zahlungsfähigkeit des Versicherten taxieren. Die eigentliche Preisbildung würde also erst oberhalb der Erstattungstarife beginnen.¹²⁷ Alles

¹¹⁷ Herder-Dornreich (1994), S. 387.

¹¹⁸ Weitere Wirksamkeitsvoraussetzungen, die an dieser Stelle nicht weiter betrachtet werden sollen, sind die Merklichkeit einer Selbstbeteiligung, die Preiskenntnis und die Vermeidung von unerwünschten Substitutionsmöglichkeiten. Rau (1992), S. 27 ff.

¹¹⁹ Rau (1992), S. 28.

¹²⁰ Schwartz/Busse (1994), S. 158.

¹²¹ SVRKAiG (1987), Ziffer 94.

¹²² Knieps (1997), S. 412.

¹²³ Herder-Dornreich (1994), S. 364.

¹²⁴ Kirschner (1993), S. 23.

¹²⁵ Griesewell (1994), S. 33.

¹²⁶ Kirschner (1993), S. 23.

¹²⁷ Herder-Dornreich (1994), S. 374 ff.; Kirschner (1993), S. 23.

in allem gibt es offenbar keinen vernünftigen ökonomischen Grund aus Sicht der Finanzierungsprobleme der GKV, der für eine Einführung des Kostenerstattungsverfahrens spricht, um damit eine Entspannung der finanziellen Situation zu bewirken. Vorteile würden sich lediglich auf Seiten der Leistungserbringer ergeben.

Auch das Instrument der Beitragsrückerstattung, zielt auf eine Verhaltensbeeinflussung der Versicherten ab. Genau wie die vorher erläuterten Alternativen entstammt die Beitragsrückerstattung dem Maßnahmenpaket der PKV und wird dort als Gestaltungselement zur Gewährleistung eines funktionierenden Krankenversicherungsmarktes eingesetzt.¹²⁸ Mittels der Option auf eine teilweise Erstattung der im Laufe des Jahres gezahlten Beiträge bei Nichtinanspruchnahme der Krankenversicherung soll dem Versicherten ein Anreiz zum sparsamen Bezug der Gesundheitsgüter gegeben werden, der letztendlich auf die medizinisch notwendigen Leistungen beschränkt sein soll.¹²⁹ Die Akzeptanz des Instruments der Beitragsrückzahlung dürfte im Vergleich zur Selbstbeteiligung seitens der Versicherten höher sein, weil bei der Beitragsrückzahlung der Selbstbehalt in den Versicherungsbeitrag integriert ist und somit hohe Krankheitskosten in jedem Fall vorab abgedeckt sind und gegebenenfalls bei plötzlich auftretenden Krankheiten nicht gleichzeitig auch ein Finanzierungsrisiko auftritt.¹³⁰ Insofern stellt die Einführung der Beitragsrückerstattung in die GKV möglicherweise eine geeignete Maßnahme zur Kostensteuerung der Nachfrageseite dar.

Es gibt jedoch gewichtige Gründe, die gegen eine allgemeine Einführung der Beitragsrückzahlung in die GKV sprechen. Zum einen konfliktiert das Instrument der Beitragsrückerstattung mit dem seit Gründung der GKV bewährten Solidaritätsprinzip. Die Einführung der Beitragsrückerstattung würde in die solidarische Finanzierung der GKV eingreifen, weil insbesondere jüngere und gesunde Versicherte zu Lasten von alten und kranken Versicherten von der Regelung profitieren würden. Benachteiligt wären ebenfalls Familien, weil mit zunehmender Mitversichertenzahl die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigen würde.¹³¹ Zum anderen stellt die Beitragsrückerstattung bei der jetzigen Ausgestaltung der GKV ein systemfremdes Element dar. Aufgrund des in der GKV institutionalisierten Sachleistungsprinzips kennen die GKV-Versicherten in aller Regel die von ihnen verursachten Kosten nicht und könnten infolgedessen das für ein Funktionieren der Regelung unabdingbare Kosten-Nutzen-Kalkül nicht durchführen.¹³² Bei den Versicherten, die sowieso keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen müssen, könnte überhaupt keine Verhaltensänderung bewirkt werden.¹³³ Es würde lediglich ein Mitnahmeeffekt auftreten. Schließlich ist auch noch zu bedenken, daß die erfolgreiche Anwendung der Beitragsrückerstattung in der GKV, genau wie bei der Anwendung von Selbstbeteiligungsregelun-

gen, von der Preiselastizität abhängt. Infolgedessen wäre ein positiver verhaltenssteuernder Effekt überhaupt nur bei den preiselastischen Gesundheitsgütern zu erwarten.

4.3 Maßnahmen auf der Ebene der Krankenkassen

4.3.1 Intensivierung des Krankenkassenwettbewerbs

Durch die Etablierung von Wettbewerbselementen in der GKV wurde in erster Linie eine verbesserte Verwaltungseffizienz bei den verschiedenen Krankenversicherungsträgern beabsichtigt. Dabei könnten sich bei konsequenter Weiterentwicklung der "solidarischen Wettbewerbsordnung" Auswirkungen auf die Angebotsseite ergeben, die zu einer Verbesserung der Kostensituation beitragen würden. Mit den folgenden Ausführungen wird zunächst der aktuelle Stand der Wettbewerbsordnung der GKV skizziert, bevor die Wirkungen einer Weiterentwicklung des Wettbewerbs gezeigt werden.

Im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 wurde der Weg für den Wettbewerb in der GKV geebnet. Die wichtigste 1996 in Verbindung mit der dritten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführte Neuregelung war in diesem Zusammenhang die Aufhebung des in der GKV traditionell verankerten Prinzips der eingeschränkten Kassenwahl.¹³⁴ Bis zu diesem Zeitpunkt bestand für die überwiegende Mehrheit der GKV-Versicherten fast keine Möglichkeit der freien Wahl einer Krankenkasse. Infolgedessen fand auch kein Wettbewerb zwischen den Kassen statt. Demzufolge konnten sich bei den Trägern der GKV über Jahrzehnte hinweg ineffiziente Verwaltungsstrukturen verfestigen. Auf Basis historischer Gegebenheiten existierte ein Versicherten-Zuweisungssystem, das den verschiedenen Krankenkassen in Verbindung mit der Versicherungspflicht eine staatlich geschützte Monopolstellung garantierte. Folge der eingeschränkten Kassenwahlfreiheit war ein stetiger Anstieg der Beitragssatzdifferenzen unter den mit eigener Finanzhoheit ausgestatteten Krankenkassen. Wichtigste Ursache der Beitragssatzunterschiede waren die von Krankenkasse zu Krankenkasse differierenden Risikostrukturen der Versicherten.¹³⁵

Heute ist der kassenspezifische Beitragssatz der dominierende Wettbewerbsparameter. Anfängliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen mit sehr hohen und sehr geringen Beitragssätzen wurden zwischenzeitlich durch den die Kassenwahlfreiheit flän-

¹²⁸ Kücking-Kipshoven (1993), S. 562.

¹²⁹ SVRKAiG (1994), Ziffer 609.

¹³⁰ Schmidt/Malin (1996), S. 144.

¹³¹ SVRKAiG (1994), Ziffer 613.

¹³² Schmidt/Malin (1996), S. 144.

¹³³ SVRKAiG (1994), Ziffer 612.

¹³⁴ Cassel et al. (1997), S. 30.

¹³⁵ Felkner et al. (1990), S. 11 ff.

kierenden am 01.01.1994 eingeführten Risikostrukturausgleich weitgehend behoben. So konnte bis zum heutigen Zeitpunkt ein relativ fairer Wettbewerb unter den Krankenkassen ermöglicht werden, innerhalb dessen sich die effizientesten Kassen, und nicht etwa die Kassen mit der günstigsten Risikostruktur am Markt durchsetzen.¹³⁶

Auf der Basis der jetzt in der GKV realisierten Wettbewerbsordnung sind aber weitere Reformschritte notwendig, um den Wettbewerb als Steuerungsinstrument endgültig zu etablieren. Vor allem auf der Beschaffungsseite müßten die Krankenkassen volle vertragsrechtliche Gestaltungsfreiheit für einen vom Gesetzgeber einheitlich vorzugebenden Leistungskatalog erhalten.¹³⁷ Die Gewährleistung der vollen vertragsrechtlichen Gestaltungsfreiheit auf der Ausgabenseite würde aus Sicht der Krankenkassen, neben dem kassenspezifischen Beitragssatz, einen zusätzlichen zentralen Wettbewerbsparameter bedeuten. Die volle Vertragsfreiheit ist zwingend notwendig, da der Wettbewerb letztendlich auch dort stattfinden muß, wo die Leistungsausgaben tatsächlich entstehen. Bei einem nur auf die Krankenkassen auf Basis unterschiedlicher Beitragssätze beschränkten Wettbewerb, würde es zukünftig, bei gleichzeitig unveränderter Monopolisierung der Angebotsseite, zu einer lediglich preistreibenden Entwicklung kommen. Deshalb ist eine spürbare Lockerung der überkommenen Kollektivstrukturen der Angebotsseite für einen effizienz- und qualitätssteigernden Wettbewerb in der GKV unabdingbar. Den einzelnen Krankenkassen muß die Möglichkeit eingeräumt werden, gegebenenfalls als alleiniger Vertragspartner der Angebotsseite gegenüberzutreten. Das gleiche gilt natürlich auch für die Leistungserbringer der Angebotsseite, denen ebenfalls die individuelle Aushandlung von Leistungskonditionen mit den Krankenkassen im Wettbewerb mit anderen Anbietern gestattet werden muß. Auf diese Weise könnte eines der wesentlichen Elemente des Wettbewerbs, ein vielfältiges, den Präferenzen der Nachfrager Rechnung tragendes Angebot, realisiert werden.¹³⁸ Gleichzeitig würde es durch die Übertragung des Wettbewerbs auf die Leistungsanbieter zu einer ausgabendämpfenden Wirkung kommen, die einen wichtigen Beitrag zur Entspannung der finanziellen Situation der GKV zu leisten imstande wäre.

4.3.2 Veränderung der Finanzierungsgrundlagen

Eine Möglichkeit der Modifizierung der Finanzierungsgrundlagen besteht in der Abkehr von der paritätischen Beitragsfinanzierung. Die paritätische Beitragsfinanzierung der GKV bedeutet, daß die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte von den versicherungspflichtig Beschäftigten und ihren Arbeitgebern zu tragen sind.¹³⁹ Die Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist historisch insbesondere durch die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber bedingt.¹⁴⁰ Vor dem Hintergrund der überwiegend schlech-

ten Arbeitsbedingungen der aufstrebenden Industriegesellschaft zum Ende des letzten Jahrhunderts erschien eine finanzielle Beteiligung der Arbeitgeber an den Krankenversicherungsbeiträgen gerechtfertigt, da oft die Arbeitsbedingungen selbst die Auslöser der verschiedensten Krankheiten waren. Heute ist die Einbeziehung der Arbeitgeber in die Finanzierung der GKV vor allem Ausdruck der gewachsenen Sozialpartnerschaft. Aus diesem Grund erscheint die Abkehr von der paritätischen Beitragsfinanzierung als Entsolidarisierung in der Mittelaufbringung.¹⁴¹

In Zusammenhang mit dem seit 01.01.96 in die GKV eingefügten Wettbewerbselement der freien Kassenwahl ist jedoch zu überdenken, ob die paritätische Einnahmenschaffung noch zeitgemäß ist. Vor dem Hintergrund eines erwünschten Wettbewerbs in der GKV mit dem Beitragssatz als dem zentralen Wettbewerbsparameter erscheint es inkonsequent, wenn die Versicherten, die die Kassenwahl zu treffen haben, für den Fall der Entscheidung für eine teure Krankenkasse die Kosten dieser Entscheidung nicht voll zu tragen haben. Der Wahlakt im Rahmen der freien Kassenwahl ist nur dann gesamtwirtschaftlich rational, wenn die Versicherten als Entscheidungsträger alle Kosten aus ihrer Entscheidung selbst zu tragen haben. Die gegenwärtige Regelung, bei der die Wahl einer teuren Kasse teilweise zu Lasten des Arbeitgebers geht, führt die Wahlfreiheit ad absurdum.¹⁴² Insofern wäre die Abschaffung der paritätischen Beitragsfinanzierung eine konsequente Weiterentwicklung des in die GKV eingefügten Wettbewerbsgedankens.

Die Abkehr von der paritätischen Finanzierung der GKV ist aber auch vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion über die Konkurrenzfähigkeit des Industriestandorts Deutschland überlegenswert, da der Arbeitgeberanteil aus Sicht der Unternehmen einen Kostenfaktor darstellt. Der in den letzten Jahren tendenziell gestiegene allgemeine durchschnittliche Beitragssatz stellt für die Unternehmer einen Anreiz dar, der steigenden Beitragsbelastung z. B. durch Substitution von Arbeit durch Maschinen oder Verlagerung der Produktion ins Ausland auszuweichen.¹⁴³ Insofern könnten zukünftig durch die Abschaffung der paritätischen Beitragsfinanzierung, die für die Arbeitgeber eine Entlastung der Arbeitskosten bedeuten würde, auch positive Beschäftigungswirkungen ausgehen bzw. negative Beschäftigungswirkungen vermieden werden.

Selbstverständlich hätte eine Neuausgestaltung der Mittelaufbringung für Versicherte und Arbeitgeber kosten-

¹³⁶ Henke (1996), S. 447.

¹³⁷ Cassel et al. (1997), S. 29.

¹³⁸ Schmeinck (1996), S. 453.

¹³⁹ § 249 Abs. 1 SGB V.

¹⁴⁰ SVRKAiG (1997), Ziffer 475.

¹⁴¹ SVRKAiG (1997), Ziffer 475.

¹⁴² Hofmann (1994), S. 42.

¹⁴³ SVRKAiG (1997), Ziffer 477.

neutral zu erfolgen. Kostenneutralität könnte durch die einmalige Erhöhung der Löhne und Gehälter um den Arbeitgeberanteil in Verbindung mit der alleinigen Beitragsbelastung der Versicherten gewährleistet werden. Um keine unerwünschten Steuerungswirkungen zu erzielen, sollte dabei anstatt des tatsächlichen bisherigen Arbeitgeberanteils ein auf dem durchschnittlichen Beitragssatz basierender Betrag verwendet werden, da sonst für die Versicherten der Anreiz besteht, vor Einführung der Neuordnung Mitglied einer Krankenkasse mit hohem Beitragssatz zu werden. Daneben wäre zur Sicherstellung der Kostenneutralität das Steuerrecht so zu ändern, daß der den Versicherten auf das Bruttoentgelt zugeschlagene Arbeitgeberanteil nicht zu versteuern wäre, sondern im Sinne des § 10 EStG als abzugsfähige Sonderausgabe zu behandeln sein müßte.¹⁴⁴

Eine zweite Möglichkeit der Veränderung der Finanzierungsgrundlagen stellt die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze dar, mit deren Hilfe in Zukunft der in der GKV versicherte Personenkreis um die Personen erweitert werden könnte, deren Entgelt momentan die derzeit gültige Versicherungspflichtgrenze von 75 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung überschreitet und die gleichzeitig in der Vergangenheit von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, sich kostengünstig im System der PKV zu versichern. Die Existenz der Versicherungspflichtgrenze hat in der Vergangenheit tendenziell zu einer adversen Selektion in der GKV geführt, da das Recht, bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze in die PKV zu wechseln, offenkundig vor allem die Versicherten mit gutem Versicherungsrisiko wahrgenommen haben, weil sie sich entsprechend ihres individuellen Kosten-Nutzen-Kalküls einen finanziellen Vorteil davon versprochen haben.¹⁴⁵ In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, daß die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze, um politisch durchsetzbar zu sein, mit einer Option verbunden werden müßte, die den jetzigen PKV-Mitgliedern ein Bleiberecht in der PKV garantiert. Diese Option wäre aber aus Sicht der GKV problematisch, weil sie zu einer weiteren adversen Selektion führen würde. Naturgemäß würden die Versicherten mit guter Risikostruktur in der PKV verbleiben, weil sie sich mit einer risikoäquivalenten Versicherungsprämie besser stellen würden als wenn sie in der GKV auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips die Krankheitsrisiken anderer Versicherten mitfinanzieren müßten. Die PKV-Versicherten aber, die in früheren Jahren aufgrund ihrer persönlichen günstigen Risikostruktur kein Mitglied der Solidargemeinschaft werden wollten und die jetzt infolge zwischenzeitlich aufgetretener Krankheiten oder der Veränderung des Familienstandes zu einem schlechten Versicherungsrisiko geworden sind, würden gerne wieder Mitglied in der Versicherungsgemeinschaft der GKV werden.¹⁴⁶ Insofern wären von der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze keine positiven Effekte auf die finanzielle Situation der GKV

zu erwarten, es könnten sich sogar gegenüber der ursprünglichen Absicht gegenteilige Wirkungen ergeben.

Ein drittes Element, von der eine Erhöhung der GKV-Einnahmen ausgehen könnte, ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, z.B. auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, weil sich der Anteil der Brutto Lohn- und Gehaltssumme, der als beitragspflichtige Einnahmen der Beitragsberechnung zugrunde zu legen ist, entsprechend erhöhen würde. Die erwartete positive Wirkung würde sich jedoch nur einstellen, wenn es den von der Anhebung betroffenen freiwilligen Mitgliedern nicht gestattet wäre, im Rahmen einer Übergangsregelung in die PKV zu wechseln, da es auch hierbei offensichtlich zu einer adversen Selektion kommen würde.¹⁴⁷

Ebenfalls einen positiven Effekt auf die Einnahmenseite der GKV erhofft man sich von der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage bei der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge. Dies könnte in der Weise geschehen, daß zukünftig neben dem Einkommen aus unselbstständiger Tätigkeit auch alle anderen Einkunftsarten des § 7 EStG der Beitragsberechnung zu unterwerfen sind.¹⁴⁸ Neben dem Finanzeffekt würde dieser Vorschlag auch zu einer größeren Beitragsgerechtigkeit zwischen den Personen führen, die lediglich Erwerbseinkünfte beziehen und denjenigen, die zunehmend Bestandteile ihres Einkommens aus anderen Einkunftsarten beziehen.¹⁴⁹ Allerdings müßte vor einer Realisierung dieses Vorschlags vor allem eingehend geprüft werden, ob das zusätzliche Einnahmenvolumen der Einbeziehung der anderen Einkunftsarten des § 7 EStG bezüglich des administrativen Aufwands effizient ist.¹⁵⁰ Weitere Vorschläge zur Verbesserung der finanziellen Situation der GKV, die an dieser Stelle nur genannt werden, sind die Neudefinition der in der GKV pflichtversicherten Personenkreise, die Einbindung des Faktors Kapital in die GKV-Finanzierung in Form eines Maschinenbeitrags sowie eine teilweise steuerliche Finanzierung der Einnahmen der GKV.

5. Ergebnis

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß die Finanzierungsprobleme der GKV durch einnahmenseitige und ausgabenseitige Faktoren bestimmt sind. Bezugnehmend auf Abbildung 5 läßt sich die These formulieren, daß die Dynamik der Entwicklung des Gesamtbudgets dabei von der Einnahmenseite ausgeht, da der

¹⁴⁴ Cassel (1996), S. 69; Oberender/Fibelkorn (1997), S. 78.

¹⁴⁵ Brümmerhoff (1991), S. 194.

¹⁴⁶ Nach gültiger Rechtslage ist es generell nicht möglich, von der PKV in die GKV zu wechseln.

¹⁴⁷ SVRKAIG (1997), Ziffer 438.

¹⁴⁸ SVRKAIG (1997), Ziffer 449.

¹⁴⁹ Zipperer (1997), S. 460.

¹⁵⁰ SVRKAIG (1997), Ziffer 450.

durchschnittliche allgemeine Beitragsatz in der Vergangenheit tendenziell entsprechend der konjunkturellen Entwicklung schwankte. Insofern spielt künftig die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit für die Erhaltung der finanziellen Basis der GKV eine zentrale Rolle.

Aus Sicht der GKV stellt die Arbeitsmarktsituation jedoch eine exogene Variable dar. Im Hinblick auf die Defizitentwicklung reagierte die Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren, wie erwähnt, fast ausschließlich mit Kostendämpfungsgesetzen, die lediglich kurzfristig auf die Abwehr von Budgetdefiziten konzipiert waren. Im Gegensatz dazu sollte es in der Zukunft vordringlichstes Ziel der Gesundheitspolitik sein, mit geeigneten Maßnahmen vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven aufzudecken. Unter der Voraussetzung der Etablierung von Anreizstrukturen auf der Angebots- und Nachfrageseite, die zu einer Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten führen, wäre eine fortschreitende Ausgabenexpansion grundsätzlich unbedenklich, da sie offenbar die Präferenzen der Versicherten für Gesundheitsleistungen widerspiegeln würde.

Gleichzeitig müßten aber auch die Rahmenbedingungen der Einnahmenseite so ausgestaltet werden, daß ein ausreichender und von konjunkturellen Schwankungen weitgehend unabhängiger Mittelzufluß gewährleistet wäre. Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich guten Arbeitsbedingungen in Deutschland sollte in diesem Zusammenhang frei von ideologischen Vorstellungen diskutiert werden, ob die traditionelle paritätische Einbindung von Arbeitgebern in die Finanzierung der GKV heute noch zeitgemäß ist, oder ob andere Wege der Finanzierung, z. B. über das Steuersystem, beschritten werden sollten, um die Abgabenbelastung der Arbeitgeber zurückzuführen. Unter der Bedingung, daß zukünftig eine finanzielle Entlastung bzw. eine nicht weiter steigende Abgabenbelastung der Arbeitgeber erreichbar wäre, könnten sich daraus wiederum positive Impulse für den Arbeitsmarkt ergeben. Diese würden nicht nur zu einer Stabilisierung der finanziellen Basis der GKV, sondern auch der anderen Sozialversicherungssysteme beitragen.

Literaturverzeichnis

- Abolz, Heinz Harald* (1995): Plädoyer für ein Pauschalssystem. In: Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Heft 2/1995. 47–52.
- Albeck, Hermann* (1997): Abnehmende Finanzierungsmöglichkeiten und alternative Verwendungsmöglichkeiten knapper Mittel. In: Arnold, Michael; Lauterbach, Karl W.; Preuß, Klaus-Jürgen (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, New York, 1997.
- Arnold, Michael* (1995): Solidarität 2000; die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. 2. völlig überarb. Auflage, Stuttgart, 1995.
- Arnold, Michael* (1991): Die ökonomischen Konsequenzen des technischen Fortschritts. In: Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und ihre ökonomische Bedeutung. Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 12, Gerlingen, 1991.
- Breyer, Friedrich und Peter Zweifel* (1997): Gesundheitsökonomie. 2. überarb. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 1997.
- Cassel, Dieter et al.* (1997): Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen. In: Wirtschaftsdienst, 1997/I. 29–36.
- Cassel, Dieter* (1996): Mehr Wettbewerb wagen. In: Wirtschaftsdienst, 1996/II. Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich. 68–71.
- Felkner, et al.* (1990): Die Entwicklung der Beitragsstruktur und ihre Bestimmungsgründe in der GKV. Gerlingen, 1990.
- Freudenberg, Ulrich* (1995): Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung: Zur rechtlichen Relevanz einer politischen Zielvorgabe. Baden-Baden, 1995.
- Henke, Klaus-Dirk* (1996): Die Stärkung des Wettbewerbs ist eine sinnvolle Option. In: Wirtschaftsdienst, 1996/IX. 447–449.
- Henke, Klaus-Dirk* (1993): Finanzierung der Gesundheit. In: Pharmazeutische Zeitung, 138. Jg., Nr. 41, 1993. 29–34.
- Herder-Dornreich, Philipp* (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. 1. Auflage. Baden-Baden, 1994.
- Hofmann, Jürgen* (1994): Versicherungsäquivalenz — Ein Vorschlag zur Reform der Beitragsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 48, Heft 3/4 1994. 41–44.
- Huber, Ellis* (1995): Das Gesundheitssystem neu denken. In: Soziale Sicherheit, 44. Jg., Heft 3/1995. 81–85.
- Huber, Ellis* (1993): Liebe statt Valium: Konzepte für eine neue Gesundheitsreform. München, 1993.
- Kirschner, Klaus* (1993): Kostenerstattung; Ziele verfehlt. In: Arbeit und Sozialpolitik, 47. Jg., Heft 7 und 8, 1993. 22–24.

- Knieps, Franz* (1997): Die Folgen der GKVNeuordnungsgesetze für Patienten, Beitragszahler und Krankenkassen. In: Die Ortskrankenkasse, Heft 13 vom 01.07.1997. 407–414.
- Kopetsch, Thomas* (1996): Krankenhausfinanzierung — Eine grundsätzliche Betrachtung. In: Sozialer Fortschritt, unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, 45.Jg., Heft 9, 1996. 208–214.
- Krämer, Walter* (1993): Ist die moderne Medizin heute noch bezahlbar? In: Die Pharmazeutische Industrie, 55. Jg., 1993. 790–795.
- Kücking-Kipshoven* (1993): Beitragsrückzahlung nach dem GSG. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 10/93. 562–568.
- Kühn, Hagen* (1996): Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: Jahrbuch für kritische Medizin 24. 145–161.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung* (Hrsg.) (1998): Jahrbuch 1997: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln, 1998.
- Merkens, Günther und Werner von Birgelen* (1993): Gesetzliche oder private Krankenversicherung. München, 1993.
- Oberender, Anja* (1996): Zur Reform der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung; eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs. Freiburg, 1996.
- Oberender, Peter und Andrea Fiebelkorn* (1997): Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen; ein Reformvorschlag unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Versorgung. Bayreuth, 1997.
- Pfaff, Martin* (1995): Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheits-Struktur-Gesetzes 1993; Finanzierung, Leistungsgeschehen, Vernetzung. Baden-Baden, 1995.
- Rau, Ferdinand* (1992): Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen: Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich. Konstanz, 1992.
- Rebscher, Herbert* (1995): Strukturen eines solidarischen Wettbewerbs. In: Soziale Sicherheit, Heft 3/1995. 92–93.
- Richard, Sabine* (1993): Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen; eine institutionenökonomische Analyse. 1. Auflage, Baden-Baden, 1993.
- Riege, Fritz* (1995): Ausgabenbegrenzung der Krankenkassen nach § 270a SGB V. In: Die Ortskrankenkasse, Heft 3, Februar 1995.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1997): Sondergutachten 1997, Band II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Vorabdruck. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, 1997.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1994): Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. 1. Auflage, Baden-Baden, 1994.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1989): Jahresgutachten 1989, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung; Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 1. Auflage, Baden-Baden, 1989.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1987): Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung; Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 1. Auflage, Baden-Baden, 1987.
- Schmeink, Wolfgang* (1996): Wettbewerb als Ordnungsprinzip für eine leistungsfähige Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, 1996/IX. 452–455.
- Schmidt, Elke Maria und Eva-Maria Malin* (1996): Beitragsrückzahlung in der GKV. In: Behrens, Johann et al. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland — Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Baden-Baden, 1996. 143–162.
- Schumacher, Harald* (1995): Ökonomische Evaluationsverfahren im Gesundheitssystem. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Heft 8, August 1995. 408–413.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm und Reinhard Busse* (1995): Morbidität, Demographie und technischer Fortschritt als Determinanten künftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 2/1995. 80–86.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm und Reinhard Busse* (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. In: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Jahrbuch für kritische Medizin 23. 149–170.
- Seitz, Robert, Hans-Helmut König und Dominik Graf von Stillfried* (1997): Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, Michael; Lauterbach, Karl W.; Preuß, Klaus-Jürgen (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, New York 1997.
- Seehofer, Horst* (1996): Die dritte Stufe der Gesundheitsreform. In: Wirtschaftsdienst 1996/II. 59–62.

- Stegmüller, Klaus* (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen Konzeptionen zur dritten Reformstufe der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main, 1996.
- Stillfried Graf von, Dominik* (1994): Die Ausgaben für medizinische Versorgung im Alter — Solidarität oder Eigenverantwortung?. In: Europa und die Sozialpolitik, Arbeit und Sozialpolitik, 48. Jg., Heft 3/4, 1994.
- Stoschek, Jürgen* (1998): Das System benötigt nicht mehr Geld, sondern mehr Qualität. In: Ärztezeitung, Nr. 41 vom 04.03.1998.
- Studer, Hans-Peter* (1996): Gesundheit in der Krise; Fakten und Visionen. 2. aktualisierte Auflage, Bregansona 1996.
- Stupphardt, Rolf* (1995): Aufbruch zu anderen Ufern — Neue ärztliche Vergütungsstrukturen aus Sicht der Innungskrankenkassen. In: Soziale Sicherheit, Heft 3/1995. 89–91.
- Ulrich, Carsten G.* (1996): Möglichkeiten einer Steuerung des Versichertenverhaltens und die Bewertung einzelner Steuerungselemente durch die Versicherten. In: Behrens, Johann et al. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. 1. Auflage, Baden-Baden 1996. 163–175.
- Wasem, Jürgen* (1997): Stand der Reformbestrebungen in der Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens der Kommission Krankenversicherung. In: Institut für Versicherungswirtschaft der Universität Mannheim (Hrsg.): Mannheimer Vorträge zur Versicherungswirtschaft, Karlsruhe, 1997.
- Wasem, Jürgen* (1997): Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung. In: Arnold, Michael; Lauterbach, Karl W.; Preuß, Klaus-Jürgen (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, New York 1997.
- Wasem, Jürgen* (1991): Nach der „Gesundheits-reform“: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Henke, Klaus-Dirk; Hesse, Joachim Jens; Schuppert, Gunnar Folke (Hrsg.): Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland, Baden-Baden, 1991.
- Wille, Eberhard und Volker Ulrich* (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Hansmeyer, Karl-Heinrich (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge Band 194/II. 10–103.
- Winn, Kuno* (1997): Gesundheitsreform im Spannungsfeld zwischen Sozial- und Wirtschaftspolitik. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 8, 1997. 321–327.
- Zdrowomyslaw, Norbert* (1997): Gesundheitsökonomie, München, 1997.
- Zipperer, Manfred* (1997): Entwicklungslinien der künftigen Gesundheitspolitik — Die Zukunft der Sozialen Krankenversicherung. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 11/97. 457–461.
- Zipperer, Manfred* (1996): Die dritte Stufe der Krankenversicherungsreform. In: Sozialer Fortschritt, Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, 45. Jg., Heft 5, Mai 1996. 109–112.
- Zipperer, Manfred* (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz — ein weiterer wichtiger Reformschritt. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 1/93. 314.
- Zweifel, Peter* (1994): Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen — welche sind im Vorteil bei welchen Herausforderungen. In: Oberender, Peter (Hrsg.): Probleme der Transformation im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 1994. 9–43.

Summary

The Financial Situation of the German Health Insurance

The article firstly deals with the development of the financial situation of the German health insurance over a period of 20 years. Public revenues and expenses are analysed separately. Consolidating revenues and expenses results in a close look at the developments of surplus and deficit.

In the second section, the internal and external determinants of the development of expenses are portrayed. Here the key function of the physicians proves to be the second most important reason for the explosion of costs in the health system after technical progress in medical sciences. After the analysis of expenses, some factors in the development of revenues are presented, which are of the highest importance for the present financial problems of the public health system.

In the third section of the article the author deals with the most important proposals to improve the financial situation of the public health system currently in discussion in the field of health and social policy. Measures on both, the supply and the demand side as well as those concerning internal factors of the insurance bodies, are being distinguished.