

Meinhardt, Volker; Schulz, Erika

Article

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Meinhardt, Volker; Schulz, Erika (2003) : Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 70, Iss. 7, pp. 105-109

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/151201>

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.

Wochenbericht

Wirtschaft Politik Wissenschaft

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Volker Meinhardt
vmeinhardt@diw.de

Erika Schulz
eschulz@diw.de

In der gegenwärtigen Diskussion über die Einnahmen- und Ausgabengestaltung im Gesundheitswesen steht die Ausgabenseite im Vordergrund; hier dominieren die Bestrebungen, die Kosten zu reduzieren. Dieses Ziel ist angesichts der Effizienzreserven, die im Gesundheitswesen versteckt sind, wichtig – allerdings ist es nur mittel- und langfristig erreichbar. Zudem zeigt eine Analyse der Entwicklung der Gesundheitsausgaben eine relative Konstanz im Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, d. h. die Gesundheitsausgaben sind nicht schneller gestiegen als die gesamtwirtschaftliche Leistung. Der auffällige Anstieg der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf einem Zurückbleiben der gegenwärtigen Bemessungsgrundlage der Beiträge, nämlich der Bruttolohn- und -gehaltsumme, deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt stetig gefallen ist.

Sollen kurzfristig das Leistungsniveau beibehalten und zugleich die Beitragssätze gesenkt werden, geht an einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage kein Weg vorbei. Problematisch ist dabei die Erfassung jener Einkommen, die nicht aus abhängiger Beschäftigung erzielt werden. Um die Krankenversicherung nicht zu einem zweiten Finanzamt werden zu lassen, bietet sich beispielsweise eine Finanzierung über Pauschalprämien an.

Finanzlage der Krankenversicherungen

Mit der Verschlechterung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben viele Krankenversicherungsträger zum Jahresbeginn 2003 die Beitragssätze anheben müssen. Schon im Vorjahr hatten etliche von ihnen Erhöhungen vorgenommen. Der durchschnittliche Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung dürfte damit von 13,5 % im Jahre 2001 auf 14,5 % zum Jahresanfang 2003 gestiegen sein.

Die Bundesregierung strebt mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) eine Stabilisierung der Beitragssätze an. Die in diesem Gesetz verankerten Maßnahmen dienen einerseits der Verbreiterung der Finanzbasis der GKV und andererseits der Reduktion der Ausgaben. Das Schwergewicht der Maßnahmen liegt bei Leistungseinschränkungen, da auch in der gegenwärtigen Diskussion über das Gesundheitswesen Themen und Lösungsansätze dominieren, die auf eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs abzielen. Ausgangspunkt dieser Ansätze ist die These der Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

Nur knapp 10 % der auf 3 Mrd. Euro bezifferten Entlastungen für das Jahr 2003, die durch das Beitragssatzsicherungsgesetz bewirkt werden sollen, entfallen über die Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auf die Einnahmeseite, wo-

Königin-Luise-Straße 5
14195 Berlin

Tel. +49-30-897 89-0
Fax +49-30-897 89-200

www.diw.de
postmaster@diw.de

DIW Berlin

Nr. 7/2003

70. Jahrgang / 13. Februar 2003

Inhalt

Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Seite 105

Unkorrigiert!

Sperrfrist:

Mittwoch, 12. Februar 2003, 17 Uhr!

FÜR AGENTUREN:

Sendesperfrist

Mittwoch, 12. Februar 2003, 8 Uhr,
mit Sendesperfristvermerk:

„Freigabe zur Veröffentlichung:
Mittwoch, 12. Februar 2003, 17 Uhr“

A 22127 C

durch gut Verdienenden das Wechseln zu einer privaten Krankenversicherung erschwert wird.¹

Obwohl schon häufig die Behauptung einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen infrage gestellt wurde, hält sie sich im politischen Raum. Genährt wird diese These durch die kräftige Erhöhung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unstrittig ist, dass dort der durchschnittliche Beitragssatz in den letzten Jahren gestiegen ist. Ob dieser Anstieg der Beitragssätze als eine „Explosion“ der Kosten zu interpretieren ist, hängt von der Wahl der Bezugsgröße und des Untersuchungszeitraums ab.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben einer näheren Betrachtung unterzogen, zum einen für die alten Bundesländer für den Zeitraum 1970 bis 1998² und zum anderen für die Zeit ab 1992 für Gesamtdeutschland.³ Damit die Analyse für den längeren Zeitraum nicht durch die

Folgen der Vereinigung verzerrt wird, beschränkt sie sich auf die alten Bundesländer.

Das Aufstellen langer Zeitreihen für das frühere Bundesgebiet ist nur bis zum Jahre 1998 möglich. In den ersten Jahren nach der Vereinigung wurden Statistiken der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) noch getrennt nach alten und neuen Bundesländern geführt. Die Erstellung dieser Daten endete mit der Erfassung für das Jahr 1998.⁴

¹ Die ordnungspolitischen Konsequenzen dieser Maßnahme können hier nicht diskutiert werden.

² Auf der Basis der alten Gesundheitsausgabenrechnung (einschl. Einkommensleistungen) und der neuen VGR.

³ Auf der Basis der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (ohne Einkommensleistungen) und der neuen VGR.

⁴ Probleme ergaben sich bei der Differenzierung der Daten für Berlin (West- und Ostberlin) nach alten Bundesländern und Beitrittsgebiet. Eine getrennte Erfassung der Gesundheitsausgaben erfolgte nur bis 1995; die volkswirtschaftlichen Daten wurden nur für Berlin insgesamt erhoben. Die jeweilige Bezugsgröße (BIP, BLG) wurde hier entsprechend angepasst.

Tabelle

Ausgaben für Gesundheitsleistungen

Alte Bundesländer, in Mill. Euro

	Alle Ausgabenträger			darunter:					
				Gesetzliche Krankenversicherung			Private Krankenversicherungen		
	Alle Ausgabearten	darunter:		Alle Ausgabearten	darunter:		Alle Ausgabearten	darunter:	
		Behandlungsleistungen	Einkommensleistungen		Behandlungsleistungen	Einkommensleistungen		Behandlungsleistungen	Einkommensleistungen
1970	35 624	18 127	13 305	12 635	9 940	1 590	1 849	1 082	226
1971	41 291	21 723	14 487	15 637	12 351	1 872	2 036	1 192	251
1972	47 480	24 829	16 742	18 285	14 491	2 133	2 209	1 326	289
1973	55 348	29 156	19 249	21 760	17 378	2 364	2 423	1 445	334
1974	62 570	33 788	20 476	26 071	21 109	2 582	2 844	1 715	391
1975	68 638	38 763	20 731	30 628	25 212	2 782	3 135	1 914	464
1976	74 176	42 193	22 201	33 499	27 987	2 812	3 425	2 068	505
1977	78 237	44 367	23 394	35 143	29 381	2 894	3 534	2 161	493
1978	84 649	48 277	25 429	37 607	31 606	3 104	3 757	2 380	528
1979	90 671	51 612	27 427	40 745	34 124	3 544	4 114	2 638	568
1980	98 479	56 861	29 063	45 212	37 512	4 277	4 507	2 956	613
1981	104 626	61 346	29 527	48 561	40 538	4 216	4 989	3 339	641
1982	105 717	62 880	28 452	48 965	41 143	3 984	5 233	3 543	665
1983	108 604	65 210	28 129	50 654	42 718	3 877	5 563	3 572	679
1984	114 403	69 217	29 290	54 401	46 059	3 982	5 757	3 793	727
1985	121 445	73 111	30 846	57 206	48 445	4 016	6 381	4 008	760
1986	126 846	76 333	32 354	59 920	50 891	4 129	6 461	4 187	831
1987	132 296	79 214	33 908	62 479	53 108	4 228	6 886	4 528	873
1988	140 466	85 495	34 600	67 355	57 370	4 464	7 371	4 898	900
1989	142 624	84 428	36 551	65 230	54 859	4 457	8 112	5 424	924
1990	155 123	91 104	40 182	71 501	59 596	5 031	8 788	6 058	965
1991	172 064	101 184	43 187	80 712	66 401	5 769	9 631	6 633	987
1992	188 732	111 345	46 124	88 941	73 041	6 191	10 758	7 457	1 023
1993	193 789	112 388	48 388	88 146	72 003	6 145	11 301	7 984	1 015
1994	202 255	118 731	48 723	94 406	77 137	6 497	11 985	8 425	1 038
1995	219 359	126 827	52 053	100 809	82 355	7 109	12 610	8 911	1 052
1996	226 175	135 476	48 424	103 753	85 230	6 917	12 860	9 073	1 052
1997	225 590	141 035	45 003	102 099	85 714	5 392	13 784	9 610	1 077
1998	229 069	143 665	45 756	102 795	86 587	5 152	14 242	9 911	1 102

Quelle: Statistisches Bundesamt, alte Gesundheitsausgabenrechnung.

DIW Berlin 2003

Kostenentwicklung in den alten Bundesländern

Die Tabelle sowie Abbildung 1 geben den Verlauf der Gesundheitsausgaben in Westdeutschland von 1970 bis 1998 wieder: Bei allen Ausgabearten und Ausgabenträgern ist ein starker Anstieg zu erkennen. Nach der alten Gesundheitsausgabenrechnung umfassen die Gesundheitsausgaben insgesamt die Sach- und Einkommensleistungen aller Träger, d. h. der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung, der privaten Krankenversicherungen, der Arbeitgeber, der öffentlichen Haushalte sowie der privaten Haushalte. So sind bei den Einkommensleistungen die Entgeltzahlungen der Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer im Krankheitsfall und die Invaliditätsrenten der Rentenversicherungsträger erfasst.

Die Entwicklung der Ausgaben könnte man als Kosten-„Explosion“ interpretieren. Freilich wird dabei nicht der Anstieg der Einkommen, aus denen die Ausgaben entrichtet werden, berücksichtigt. Bezieht man deswegen die Ausgaben auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) als einen Indikator für die wirtschaftliche Entwicklung, dann verändert sich das Bild (Abbildung 2).

Allein im Zeitraum 1970 bis 1975 ist für das Verhältnis zwischen Leistungsausgaben und BIP ein kräftiger Anstieg – von 10,1 % im Jahre 1970 auf 12,8 % im Jahre 1975 – zu erkennen; die Relation der Behandlungsausgaben zum BIP veränderte sich in diesem Zeitraum von 5,2 % auf 7,2 %. Hier schlägt sich der gezielte Ausbau des sozialen Netzes durch die erste sozialliberale Bundesregierung nieder.

Die 1975 erreichte Relation der Gesundheitsausgaben zum erwirtschafteten BIP änderte sich in den folgenden Jahrzehnten nur geringfügig; bis 1998 stieg sie lediglich um einen halben Prozentpunkt auf 13,4 %. Beim Verhältnis zwischen Behandlungsausgaben und BIP gab es in dieser Zeit eine Zunahme um rund 1 Prozentpunkt (1998: 8,4 %).

Ausgabenentwicklung der GKV in Westdeutschland

Von besonderem Interesse ist die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt. Der Verlauf der gesamten Leistungsausgaben und der Ausgaben für Behandlung ist aus Abbildung 2 zu ersehen. So hat sich die Relation der Leistungsausgaben der GKV zum BIP von 5,7 % im Jahre

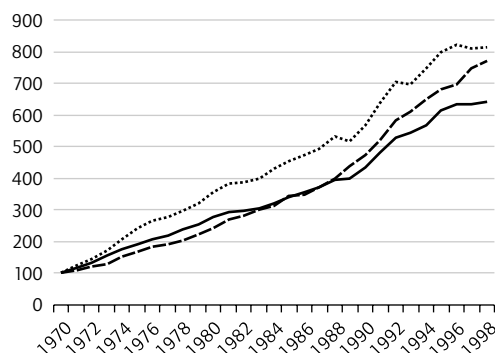
Abbildung 1

Entwicklung der Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabearten

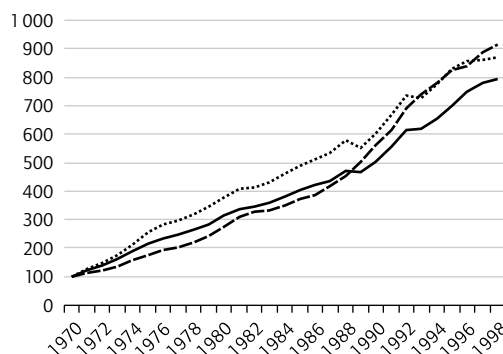
Alte Bundesländer

1970 = 100

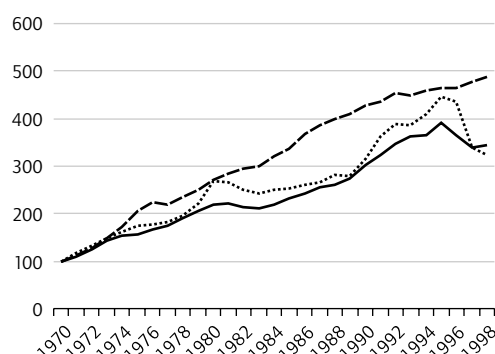
Ausgaben insgesamt



Behandlungsausgaben



Einkommensleistungen



Quellen: Statistisches Bundesamt,
alte Gesundheitsausgabenrechnung;
Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2003

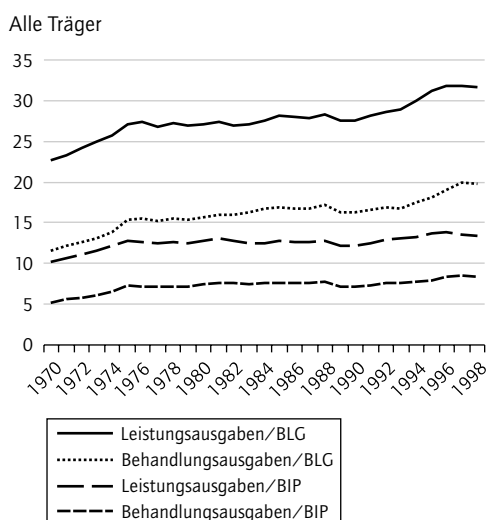
1975 auf 6 % im Jahre 1998 erhöht; bei den Behandlungsausgaben ist sie von 4,7 % auf 5,1 % gestiegen.

Abbildung 2

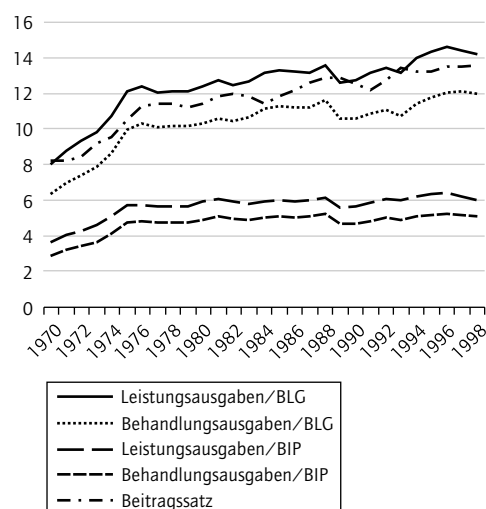
Relation der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandsprodukt und zur Brutto-lohn- und -gehaltssumme

Alte Bundesländer

In %



Gesetzliche Krankenversicherung



Quellen: Statistisches Bundesamt, alte Gesundheitsausgabenrechnung; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2003

Gerade an letzterer Größe müsste sich eine Kostenexplosion nachweisen lassen; sie ist für den Zeitraum ab 1975 jedoch nicht erkennbar. Die Aufwendungen für Behandlungen umfassen die Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlung, stationäre Kurbehandlung, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz; dies zusammen entspricht etwa 90 % der Sachleistungen der GKV.

Die Auswertung der vorliegenden Daten lässt nicht den Schluss zu, dass es zur Finanzkrise der

GKV und zu den Beitragssatzsteigerungen durch eine Kostenexplosion der Gesundheitsausgaben gekommen ist. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat die These, dass vor allem die Ausgabenentwicklung für den Beitragssatzanstieg in den letzten 30 Jahren verantwortlich ist, erneut bekräftigt.⁵ Entscheidend für die Gültigkeit dieser These ist die Wahl des Ausgangspunktes. Der Sachverständigenrat wählt bei seiner Analyse als Bezugspunkt die Ausgaben des Jahres 1970 und konstatiert eine kräftige Zunahme. Diese geht allerdings nahezu ausschließlich auf den unstrittigen Anstieg von 1970 bis 1975 zurück.

Trotz dieser relativen Konstanz der Gesundheitsausgaben der GKV im Verhältnis zum BIP ist aber, wie aus Abbildung 2 deutlich wird, der durchschnittliche Beitragssatz für die GKV seit 1970 kräftig angehoben worden: von 8,2 % des beitragspflichtigen Einkommens im Jahre 1970 auf 13,6 % im Jahre 1998. Diese Anhebung um 5,4 Beitragssatzpunkte entspricht einer prozentualen Steigerung um 66 %. Nimmt man das Jahr 1975 als Ausgangspunkt, ergibt sich mit dem Anstieg um 3,1 Punkte ein um rund 30 % höherer Beitragssatz.

Werden allerdings die Gesundheitsausgaben der GKV nicht auf das BIP, sondern auf die Brutto-lohn- und -gehaltssumme (BLG) bezogen, dann ergibt sich ein Anstieg der Relation von 12,1 % (1975) auf 14,2 % (1998); dies entspricht einer prozentualen Steigerung um 17 %. Für die GKV liegt also der Grund für den Anstieg der Beitragssätze in der zunehmenden Spreizung von BIP und BLG. Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge, die Bruttolöhne und -gehälter, hält offensichtlich nicht Schritt mit der Entwicklung des BIP. Dies zeigt die Veränderung der entsprechenden Relation (BLG/BIP), die im Zeitraum 1975 bis 1998 von 47,2 % auf 42,3 % gesunken ist.

Ausgabenentwicklung in Deutschland insgesamt

Eine ähnliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben wie für das alte Bundesgebiet ist für Gesamtdeutschland im Zeitraum 1992 bis 2000 festzustellen (Abbildung 3). Hier pendelt die Relation der Gesundheitsausgaben der GKV zum BIP um 6 % (1992: 6,1 %, 2000: 6 %), während es bezogen auf die Brutto-lohn- und -gehaltssumme auch hier einen leichten Anstieg – von 13,2 % auf 14 % – gab.

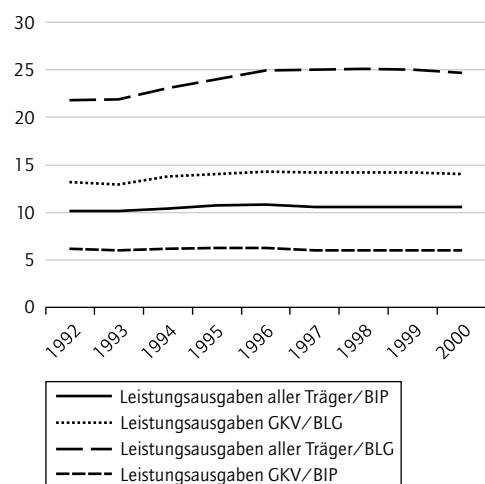
⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/03, Ziffer 237 ff.

Abbildung 3

Relation der Leistungsausgaben zum Bruttoinlandsprodukt und zur Bruttolohn- und -gehaltsumme

Deutschland insgesamt

In %



Quellen: Statistisches Bundesamt,
neue Gesundheitsausgabenrechnung;
Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2003

Beim Verhältnis der gesamten Gesundheitsausgaben zur BLG ist ein Anstieg um knapp 3 Prozentpunkte zu verzeichnen (1992: 21,8 %; 2000: 24,7 %). Die Relation der Bruttolöhne und -gehälter zum Bruttoinlandsprodukt ist in diesem Zeitraum von 46,5 % auf 42,8 % gesunken.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Ein weiterer Anstieg der Beitragssätze in der GKV kann kurzfristig durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage verhindert werden. Sollte dies zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben angestrebt werden, um zu einer Stabilisierung oder sogar Senkung der Beitragssätze zu kommen, dann braucht eine solche Verbreiterung nicht automatisch auf die anderen Zweige der Sozialversicherung übertragen werden. Während sich die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im Fall der Gesundheitsausgaben plausibel damit begründen lässt, dass schließlich auch andere Konsumgüter nicht nur aus einem Teil der Einkünfte, sondern aus sämtlichen Einkünften finanziert werden, trifft diese Argumentation nicht auf die Altersvorsorge zu. Die künftige Rentenzahlung hat die Funktion eines Lohnersatzes. Kapitaleinkünfte müssen nicht ersetzt werden, sie fließen auch in der Altersphase weiter. Von daher sind Kapitaleinkünfte bei der Altersvorsorge anders zu behandeln als im Fall der Gesundheitsvorsorge.

Die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherung ist allerdings nicht trivial, da die Krankenversicherungsträger für die Erfassung jener Einkünfte, die nicht aus abhängiger Beschäftigung erzielt werden, zu zweiten Finanzämtern umfunktioniert werden müssten. Das DIW Berlin hat – nicht zuletzt deshalb – als Finanzierungsalternative versicherungsspezifische Pauschalprämien für jeden Versicherten vorgeschlagen.⁶ Bei einer derartigen Finanzierung benötigt die Krankenversicherung keinerlei Informationen über die Einkünfte, da der soziale Ausgleich über das Steuer-Transfersystem erfolgt.

⁶ Als Anreiz zum Wettbewerb können die einzelnen Versicherungsträger die Höhe ihrer Pauschalprämien selbst festlegen. Vgl. F. Breyer et al.: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit, Bd. 145 der Schriftenreihe des BMG. Berlin 2002, S. 195 ff. und S. 209 ff.



Studie des DIW Berlin unter Mitarbeit des IGES Berlin zu wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitswesens

Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen

Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union

Von Friedrich Breyer, Markus M. Grabka, Klaus Jacobs (IGES), Volker Meinhardt, Andreas Ryll (IGES), Erika Schulz, C. Katharina Spieß und Gert G. Wagner

Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie

In der Studie wird anfangs die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und ihrer Komponenten in der Vergangenheit dargelegt. Dem folgt ein Blick in die Zukunft: Zunächst werden die erwartete Bevölkerungsentwicklung und die daraus abgeleitete Nachfrage nach Gesundheitsdiensten sowie die potentiellen Beschäftigungswirkungen erörtert. Anschließend werden Simulationen über die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklungen durchgeführt. Des Weiteren werden die Gesundheitsversorgung in den EU-Mitgliedstaaten sowie die künftige mögliche Verflechtung der Gesundheitsmärkte diskutiert. Die abschließenden Erörterungen sind den Reformmöglichkeiten und alternativen Finanzierungsmodellen gewidmet.

Diese Studie wurde auf der Tagung „Zukunftsmarkt Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie vorgestellt und ist in dem Tagungsband veröffentlicht. Sie kann auch von folgender Website des BMWi heruntergeladen werden:

<http://bmwi.de/Homepage/download/wirtschaftspolitik/gesundheitsdienstleistungen.pdf>

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann (Präsident)
PD Dr. Gustav A. Horn
Dr. Kurt Hornschild
Wolfram Schrettl, Ph. D.
Dr. Bernhard Seidel
Prof. Dr. Viktor Steiner
Prof. Dr. Gert G. Wagner
Dr. Hans-Joachim Ziesing

Redaktion

Dörte Höppner
Dr. Elke Holst
Jochen Schmidt
Dieter Teichmann

Pressestelle

Dörte Höppner
Tel. +49-30-897 89-249
presse@diw.de

Verlag

Verlag Duncker & Humblot GmbH
Carl-Heinrich-Becker-Weg 9
12165 Berlin
Tel. +49-30-790 00 60

Bezugspreis

(unverbindliche Preisempfehlungen)
Jahrgang Euro 108,-/sFR 182,-
Einzelnummer Euro 10,-/sFR 18,-
Zuzüglich Versandkosten
Abbestellungen von Abonnements
spätestens 6 Wochen vor Jahresende

ISSN 0012-1304

Bestellung unter www.diw.de

Konzept und Gestaltung

kognito, Berlin

Druck

Druckerei Conrad GmbH
Oranienburger Str. 172
13437 Berlin