

Erbe, Susanne

Article — Published Version

## Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und Reformansätze

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Erbe, Susanne (2005) : Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und Reformansätze, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 85, Iss. 10, pp. 664-669,  
<https://doi.org/10.1007/s10273-005-0433-4>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/42431>

### 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.*

Susanne Erbe

# Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und Reformansätze

*Die Sanierung des schon lange als marode geltenden deutschen Gesundheitssystems steht seit 30 Jahren auf der Tagesordnung. Wie sieht die Bilanz der Gesundheitsreformen aus? Wie ist das deutsche Krankenversicherungssystem im internationalen Vergleich zu beurteilen? Welche Ansatzpunkte gibt es für Reformen?*

In rascher Folge wurden in den letzten 30 Jahren Gesundheitsreformgesetze verabschiedet<sup>1</sup>, die immer von neuem die Erwartung weckten, das als marode empfundene Gesundheitswesen sanieren zu können. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre werden in der Regel nicht daran gemessen, ob sie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beitragen. Vielmehr geht es darum, die Lohnnebenkosten – und dabei allein die Arbeitgeberbeiträge – zu senken oder zumindest nicht weiter zu erhöhen. Um dies zu erreichen sind zwei Wege denkbar: Zum einen können die Lasten auf andere Beteiligte verschoben werden: den Versicherten kann ein höherer Beitrag zugemutet und die Patienten können durch Zuzahlungen belastet werden, oder der Staat – und damit der Steuerzahler – kann einen Teil der Last übernehmen. Zum anderen lassen sich die Kosten für alle Betroffenen (und somit auch für die Arbeitgeber) dadurch senken, dass die Effizienz des Systems<sup>2</sup> verbessert wird.

Eine Verbesserung der Effizienz wäre der Königsweg der Reformpolitik: Die Kosten könnten gedämpft werden, ohne bei der Qualität des Gesundheitswesens Einbußen hinnehmen zu müssen. Ein probates Mittel zur Effizienzsteigerung wäre die Einführung von mehr Wettbewerb auf Anbieterseite beispielsweise durch eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, eine Aufhebung der Kontrahierungspflicht mit allen von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Ärzten verbunden mit der Möglichkeit von selektiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, und die Zulassung von unbeschränkten Filialbildungen bei Apotheken etc. Diese Maßnahmen würden auf der Anbieterseite mit Gewinnen aber auch Verlusten verbunden sein. Da aber vor allem Verluste befürchtet werden, ist es den sehr gut organisierten Interessenverbänden in der Ver-

gangenheit immer wieder gelungen, der Intensivierung des Wettbewerbs entgegenzuwirken.

## Internationaler Vergleich

Die Dringlichkeit einer Reduzierung der Gesundheitsausgaben wird immer wieder damit begründet, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich sehr kostenintensiv sei. Als Maßstab werden dabei in der Regel die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP verwendet: Tatsächlich hatte Deutschland nach Angaben der OECD<sup>3</sup> 2003 wie auch schon in den Jahren zuvor mit 10,9% den dritten Platz in der Länderrangliste der Gesundheitsausgaben nach den USA und der Schweiz inne (vgl. Abbildung 1).

Wie soll aber eine solche Zahl interpretiert werden? Hohe Gesundheitsausgaben können bedeuten, dass die Bevölkerung des Landes eine hohe Präferenz für Gesundheit hat. Sie können aber auch ein Hinweis auf ein besonders teures Gesundheitssystem sein. Außerdem besagen hohe Gesundheitsausgaben keineswegs, dass sich die Ausgaben auf die Kranken konzentrieren, die Gesundheitsdienstleistungen am dringendsten benötigen. Insofern ist es auch wenig verwunderlich, dass den hohen Gesundheitsausgaben in den USA eine relativ geringe Lebenserwartung gegenübersteht<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Zuletzt 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und das Beitragssicherungsgesetz von 2002 sowie die Gesundheitsreform von 2000.

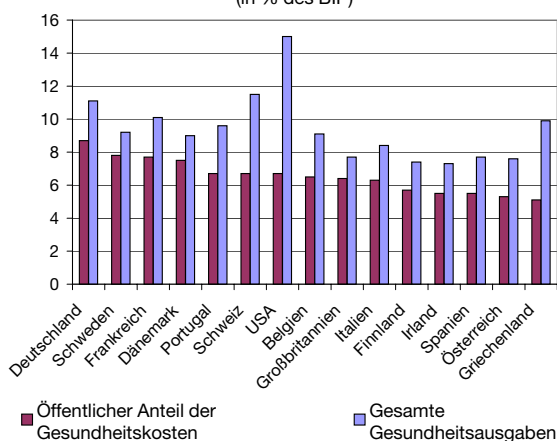
<sup>2</sup> Effizienzverbesserung sei hier definiert als Senkung der Ausgaben bei gleicher Heilungsquote, oder umgekehrt als Verbesserung der Heilungsquote bei gleichen Kosten. Natürlich lässt sich dies für das gesamte System kaum beobachten, möglich ist das aber bei einzelnen Krankheitsbildern.

<sup>3</sup> Vgl. OECD: Health Data 2005 – Frequently requested data, www.oecd.org. Tabelle 6: Total Expenditure on health, % GDP. Gesundheitsausgaben sind relativ eng definiert als Ausgaben, die direkt mit der Gesundheitsversorgung und Prävention sowie deren Verwaltung verbunden sind.

<sup>4</sup> Gemessen am Mortalitätsindex der OECD rangierten die USA in Hinblick auf die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt mit 79,9 Jahren 2003 auf dem 22. Rang unter 30 OECD-Ländern, bei den Männern mit nur 74,5 Jahren auf dem gleichen Rang; vgl. OECD: Health Data 2005, a.a.O., Tabelle 1: Life expectancy (in years).

*Susanne Erbe, 50, Dipl.-Volkswirtin, ist Mitarbeiterin in der Redaktion des Hamburgischen Welt-Wirtschafts-Archiv (HWWA).*

**Abbildung 1**  
**Gesundheitskosten und öffentlicher Anteil 2003**  
**– internationaler Vergleich**  
(in % des BIP)



Quelle: Vgl. OECD Health Data 2005 – Frequently requested data, www.oecd.org; eigene Darstellung.

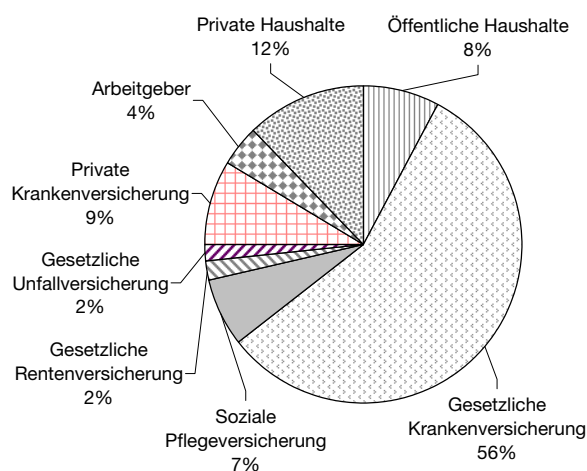
### Öffentliche Ausgaben

Betrachtet man nur den öffentlichen Anteil der Gesundheitskosten am BIP, so liegt Deutschland im internationalen Vergleich nach OECD-Angaben vorn (vgl. Abbildung 1)<sup>5</sup>. Allerdings verbergen sich unter der Rubrik öffentliche Gesundheitsausgaben die unterschiedlichsten Ausgabenträger wie die soziale Pflegeversicherung, die Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung für Gesundheitsleistungen (vgl. Abbildung 2). Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat die deutschen öffentlichen Ausgaben zusätzlich erhöht: Seitdem sind sie jedoch auf hohem Niveau stabil geblieben, was den verschiedenen gesetzlichen Reformbemühungen zu verdanken ist<sup>6</sup>. Die meisten anderen Industrieländer hatten Zuwächse zu verzeichnen, besonders deutliche übrigens die USA und die Schweiz, die beide mittlerweile nicht nur in Hinblick auf die privaten Gesundheitsausgaben weit vorn liegen, sondern auch bei den öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich vorgerückt sind.

Es sieht so aus, als wäre die Belastung des öffentlichen Haushalts durch Gesundheitsausgaben kein spezifisch deutsches Problem. Dies wird an einer anderen Statistik deutlich, die das Europäische Statistikamt Eurostat veröffentlicht hat: Irland lag im Jahr 2002 mit einem Anteil des Gesundheitswesens an den

<sup>5</sup> Dies sieht nach der Eurostat-Statistik, die auf den Ausgaben des Staates und der Parafiski (unter anderem der Krankenkassen) beruht, ganz anders aus: In dieser Statistik liegt Deutschland nach Frankreich, Schweden, Portugal, Belgien, Österreich und Italien an sechster Stelle; vgl. Lenka Pulpánová: Ausgaben des Staates: Trends in ausgewählten Aufgabenbereichen in den EU-Mitgliedstaaten, in: Statistik kurz gefasst, Wirtschaft und Finanzen, 43, 2004, Tabelle 3.

**Abbildung 2**  
**Gesundheitsausgaben 2003**  
**nach Ausgabenträgern**



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Darstellung.

gesamten Staatsausgaben von 19,1% im Vergleich der EU15-Staaten<sup>7</sup> an erster Stelle. Deutschland erreichte mit einem Anteil von 13,2% nicht einmal den Durchschnitt der EU15-Staaten von 13,9%<sup>8</sup>.

### Entwicklung der Beiträge und des BIP-Anteils

Kern der deutschen Diskussion sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der BIP-Anteil dieser Ausgaben war über lange Zeit stabil<sup>9</sup>. Eine deutliche Steigerung gab es zu Beginn der 1970er Jahre nach einer Ausweitung des Leistungskatalogs durch die sozial-liberale Regierung von 3,7% (1970) auf knapp 6% (1975). Um diesen Wert oszillierte der Anteil bis 1991, nahm dann bis 1996 auf 7% zu und geht seitdem wieder deutlich zurück. Gemessen am BIP hat es seit 1980 wohl eher keine Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen gegeben (vgl. Abbildung 3).

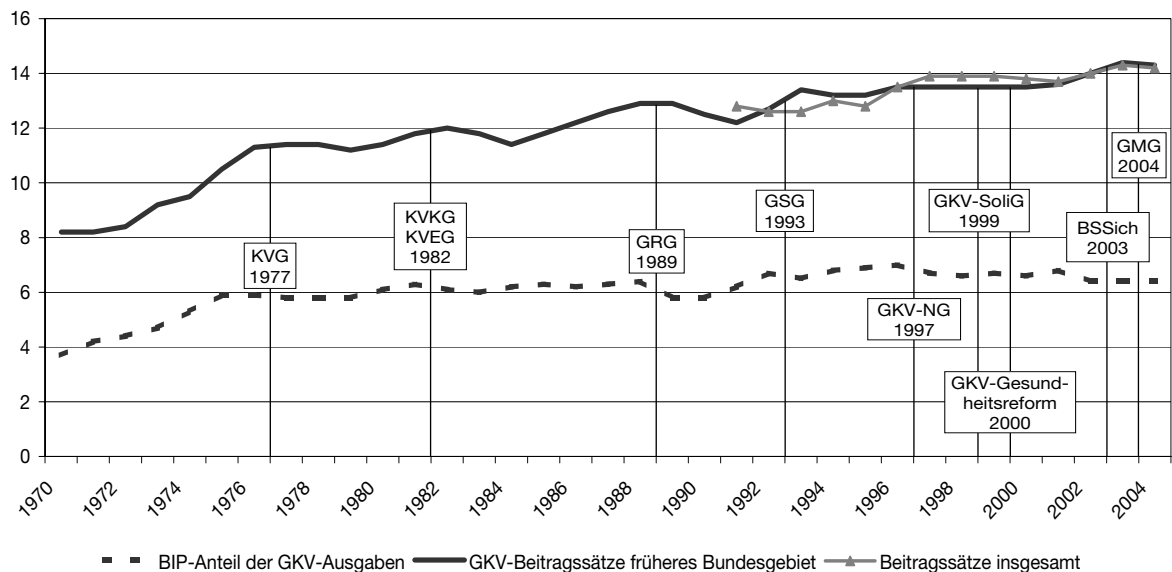
Zunächst haben sich die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung parallel zum BIP-Anteil entwi-

<sup>6</sup> Vgl. OECD: Health Data 2005, a.a.O., Tabelle 10: Public Expenditure on health, % of total health expenditure, sowie eigene Berechnungen. Auffällig ist hier allerdings ein Sprung der Ausgaben von 6,5% des BIP (1990) auf 8% des BIP (1992). Dies kann daran liegen, dass die Arbeitnehmer in Ostdeutschland kaum privat versichert waren, es kann aber auch mit Abgrenzungsproblemen zusammenhängen. Als öffentliche Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge werden Ausgaben von zentralen, regionalen und lokalen staatlichen Organisationen sowie Sozialversicherungssystemen definiert.

<sup>7</sup> Lenka Pulpánová, a.a.O., Tabelle 3.

<sup>8</sup> Hier sei angemerkt, dass in den übrigen EU-Staaten die Finanzierung in unterschiedlicher Weise in der staatliche Sphäre durchgeführt wird. Wenn – wie es im Rahmen der Gesundheitsprämie geplant ist – ein sozialer Ausgleich direkt durch Steuern und nicht – wie bisher – im Rahmen des Krankenversicherungssystems stattfindet, wird sich an der Belastung des gesamten Staatshaushalts, zu dem auch die Parafiski gehören, nichts ändern.

**Abbildung 3**  
**GKV-Ausgaben im Verhältnis zum BIP und Beitragssätze**  
(in %)



1977 KVG: Kostendämpfungsgesetz; 1982 KVKG: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, KVEG: Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz; 1989 GRG: Gesundheitsreformgesetz; 1993 GSG: Gesundheitsstrukturgesetz; 1997 GKV-NG: GKV-Neuordnungsgesetz; 1999 GKV-SoliG: GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz; 2000 GKV-Gesundheitsreform; 2003 BSSich: Beitragssatzsicherungsgesetz; 2004 GMG: GKV-Modernisierungsgesetz.

Quellen: Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/2005; Susanne Erbe: Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 80. Jg. (2000), H. 5, S. 308 ff.

ekelt: 1970 mussten nur 8,2% des Arbeitsentgelts in die gesetzlichen Krankenkassen eingezahlt werden, 1975 waren es schon 10,5%. Dann waren die Steigerungen der Beitragssätze ausgeprägter, bis sie 2004 14,3% erreichten. Die Beitragssatzsteigerungen wären noch stärker ausgefallen, wenn nicht in diesem Zeitraum die Beitragsbemessungsgrenze deutlich stärker angehoben worden wäre als die Bruttolöhne und -gehälter pro Arbeitnehmer. Tatsächlich haben sich die Beitragssätze nicht kontinuierlich entwickelt. Nach der deutlichen Steigerung in den 1970er Jahren erlebten die Beitragssätze in den folgenden Jahren eine Berg-und-Tal-Fahrt, wobei der jeweils nächste Berggipfel höher als der letzte ausfiel. Bestimmend für den Rhythmus waren beginnend im Jahr 1977 Kostendämpfungsgesetze, die mit Namen wie Gesundheitsreformgesetz (1989), Gesundheitsstrukturgesetz (1993), Beitragsentlastungsgesetz (1996), GKV-Neuordnungsgesetz (1997), GKV-Solidaritäts-

stärkungsgesetz (1999) belegt wurden. Mit Hilfe dieser Maßnahmen ist es immer wieder gelungen, eine Steigerungsphase der Beitragssätze zu beenden, bis ihre Wirkung nachließ und die Kosten wieder zunahmen und dann erneut von Reformbemühungen kurzzeitig im Zaum gehalten werden konnten. Als besonders erfolgreich hatte sich das Gesundheitsstrukturgesetz in Verbindung mit dem GKV-Neuordnungsgesetz erwiesen, denn von 1994 bis 2001 blieben die Beitragssätze stabil, erst seit 2001 ist wieder ein deutlicher Beitragsanstieg festzustellen (vgl. Abbildung 3).

### Einnahmenschwäche?

Die jüngsten Beitragssteigerungen sind auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Ein Argumentationsstrang bezieht sich dabei auf den möglichen Rückgang der Einnahmen der Krankenkassen. Grundidee ist, dass aufgrund der höheren Arbeitslosenzahlen und der Zunahme von Minijobs mit pauschalierten geringeren Sozialabgaben die Beitragsbasis ausgehöhlt werde und nicht Ausgabensteigerungen, sondern Einnahmensenkungen die Beitragsentwicklung dominieren. Bezug genommen wird hier immer wieder auf die nur geringe Steigerung der Lohn- und Gehaltssumme, die tatsächlich von 1996 bis 2003 nominal nur um durchschnittlich 1,6% p.a. wuchs<sup>10</sup>, während die Ausgaben

<sup>10</sup> Die Aussagekraft dieser Beobachtung wird von Pimpertz bezweifelt, da sich in einem steigenden Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen am BIP auch eine steigende Mitgliederzahl niederschlagen könnte. Pimpertz stellt aber selbst fest, dass sich die Entwicklung einer um Bestandsschwankungen bereinigten Quote in den 1990er Jahren analog zur unbereinigten Quote entwickelt hat; vgl. Jochen Pimpertz: Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: iw-trends, 1/2003, S. 13 f.

**Tabelle 1**  
**Versicherte in der**  
**Gesetzlichen Krankenversicherung**

Jahr	Mitglieder			Mitversicherte Familienangehörige <sup>1</sup>			Durchschnitt
	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	
	in %				Anzahl		
1970	58,2	15,7	26,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
1975	57,1	14,1	28,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
1980	58,3	12,6	29,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
1985	58,3	12,4	29,3	n.v.	n.v.	n.v.	0,502 <sup>2</sup>
1990	59,6	11,6	28,8	0,501	1,029	0,144	0,459
1995	59,4	11,2	29,4	0,482	0,862	0,101	0,413
2000	57,3	12,8	29,9	0,483	0,761	0,095	0,403
2001	57,0	13,0	29,9	0,473	0,760	0,083	0,394
2002	56,6	10,9	32,4	0,470	0,838	0,092	0,388
2003	57,1	10,0	33,0	0,487	0,847	0,089	0,392

<sup>1</sup> Mitversicherte Familienangehörige pro Mitglied. <sup>2</sup> 1986.

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/2005; eigene Berechnungen.

der Gesetzlichen Krankenversicherung im gleichen Zeitraum einen Anstieg von 1,8% p.a. verzeichneten<sup>11</sup>. Letztlich können solche Daten aber immer nur annähernd die tatsächliche Entwicklung der Beitragsbasis wiedergeben, und unterschiedliche Entwicklungen der beiden Größen lassen sich auch durch die Wahl des jeweils betrachteten Zeitraums konstruieren.

Ein wesentlich genauerer Indikator für einen möglichen Schwund bei der Einnahmenbasis ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (im Folgenden: Sachverständigenrat Wirtschaft) hat festgestellt, dass dieser Indikator seit 2001 deutlich hinter der Zuwachsrates des Bruttoinlandsproduktes je Erwerbstätigen zurückbleibt<sup>12</sup>. Ein langfristiger Vergleich des Wachstums dieser beiden Größen hatte auch schon der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durchgeführt und war zu dem Ergebnis gekommen, dass das BIP je Erwerbstätigen von 1980 bis 2000 um insgesamt 115,22% gestiegen war, während die beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied nur um 84,32% zunahmen<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (im Folgenden zitiert als Sachverständigenrat Wirtschaft): Jahresgutachten 2004/2005, Wiesbaden 2004, Tab.28.

<sup>11</sup> Vgl. ebenda, Tabelle 83.

<sup>12</sup> Vgl. ebenda, Textziffer 344.

**Tabelle 2**  
**Struktur der Ausgaben in der Gesetzlichen**  
**Krankenversicherung**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003
	(in % der Leistungsausgaben insgesamt)					
Ärztliche Behandlung	17,9	18,2	17,1	16,8	15,9	17,8
Zahnärztliche Behandlung	15	9,7	8,9	8,9	8,5	8,7
Arzneimittel	14,6	16,3	15,3	16,4	17,5	17,8
Krankenhaus	29,6	33,2	35,4	34,4	34,4	34,4
Krankengeld	7,7	6,6	5,6	5,9	5,6	5,1
Übriges	15,2	16,1	17,7	17,6	18,1	16,2
	(in Mrd. Euro)					
Leistungsausgaben insgesamt	43,95	68,65	125,94	130,63	134,33	136,22
Nettoverwaltungs-kosten	1,92	3,72	7,3	7,64	8,02	8,21
Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen	0,06	0,07	0,58	0,53	1,28	0,67
Ausgaben insgesamt	45,93	72,43	133,82	138,81	143,63	145,09
Nachrichtlich: Verwaltungskosten in % der gesamten Ausgaben	4,18	5,14	5,46	5,5	5,58	5,66

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/2005, Wiesbaden 2004; eigene Berechnungen.

Diese Entwicklung ist – neben dem genannten Strukturwandel bei den Beschäftigungsverhältnissen, dessen Wirkung der Sachverständigenrat Wirtschaft im Zeitraum von 2000 bis 2003 auf Einnahmeverluste von 2,8 Mrd. Euro jährlich einschätzt<sup>14</sup> – auch mit der Veränderung der Mitgliederstruktur zu begründen: Tatsächlich ist der Anteil der freiwillig Versicherten, die hohe Beiträge im Umfang der Beitragsbemessungsgrenze zahlen, von 12,8% (2000) auf 10% (2003) deutlich zurückgegangen, gleichzeitig hat der Anteil der Rentner mit in der Regel geringen Beiträgen von 29,9% auf 33% zugenommen (vgl. Tabelle 1).

Die Diskussion über die Einnahmenschwäche ist keineswegs rein akademisch, sie hat auch Folgen für vorzuschlagende Reformmaßnahmen. Bei einer rückläufigen oder schwankenden Beitragsbasis bei Aufgaben, die auf stetige Einnahmen angewiesen sind, bietet sich als Lösung die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage an: Dies könnte durch eine Steuerfinanzierung des sozialen Ausgleichs ge-

<sup>13</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Kurzfassung, S. 18, Abbildung 1.

<sup>14</sup> Sachverständigenrat Wirtschaft: Jahresbericht 2004/2005, a.a.O., Textziffer 346.

schehen – wie es bei der Gesundheitsprämie vorgesehen ist – oder durch eine Bürgerversicherung, die alle Einkunftsarten in die Finanzierung einbezieht.

#### Ausgaben- und Mitgliederstruktur

Eine mögliche Einnahmenschwäche allein kann jedoch die Entwicklung der Beitragssätze nicht erklären. Die Ausgaben hatten – wenn auch im Vergleich zum BIP relativ geringe – Steigerungen zu verzeichnen. Welche Einzelbereiche traten hier hervor? Betrachtet man den Beitrag einzelner Ausgabenposten zu den steigenden Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist vor allem festzustellen, dass Arzneimittel seit 1995 einen wachsenden Anteil an der Kostenentwicklung hatten, eine Entwicklung, die durchaus auch in vielen anderen OECD-Ländern zu beobachten ist<sup>15</sup>. Demgegenüber wuchsen die Ausgaben für Zahnärzte und – besonders deutlich – das Krankengeld weniger rasch als die gesamten Ausgaben (vgl. Tabelle 2).

Die Ausgabensteigerungen für die Krankenhausbehandlung konnten 1995 gestoppt werden; seitdem nahm dieser Ausgabenposten in gleichen Tempo wie die Gesamtausgaben zu. Dies ist ausschließlich eine Folge der gesteigerten Wirtschaftlichkeit in diesem Sektor. Während die Zahl der Patienten deutlich zunahm, sank die Zahl der Krankenhäuser und der Pflgetage<sup>16</sup>. Dennoch ist hier noch manches zu tun, denn im internationalen Vergleich liegt Deutschland in Hinblick auf die Bettenzahl pro Einwohner wie auch auf die Pflgetage im Krankenhaus weit vorn<sup>17</sup>.

Immer wieder werden die hohen Verwaltungskosten als Problem des öffentlichen Krankenversicherungswesens genannt. Tatsächlich ist hier langfristig eine Steigerung festzustellen (vgl. Tabelle 2). Dies ist insofern erstaunlich, als durch das Gesundheitsstrukturgesetz viele Kassen fusionierten mit dem Ergebnis, dass nach 1147 (1990) mittlerweile nur noch 298 gesetzliche Krankenkassen ihre Leistungen anbieten<sup>18</sup>. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob denn die privaten Krankenkassen weniger Verwaltungskosten ausweisen. Tatsächlich fallen bei den privaten Kran-

kenkassen neben den direkten Verwaltungskosten Abschlusskosten an, die die Aufwendungen für den Verwaltungsbetrieb bei weitem übersteigen. Auf eine kleine Anfrage des Abgeordneten Seehofer im Oktober 2003 gab das Gesundheitsministerium für 2001 an: Der Anteil der Verwaltungskosten an den Beitragseinnahmen der PKV lag mit 13% deutlich höher als die Verwaltungsausgaben der GKV<sup>19</sup>.

Die Änderung der Mitgliederstruktur hat nicht nur auf der Einnahmenseite Wirkungen, der größere Rentneranteil wirkt auch auf die Ausgabenentwicklung: So sind die Ausgaben pro Mitglied der Krankenversicherung der Rentner mit 4052 Euro im früheren Bundesgebiet 2003 fast doppelt so hoch wie die Pro-Kopf-Ausgaben für die übrigen Mitglieder (2134 Euro)<sup>20</sup>. Mit wachsendem Rentneranteil wird sich dies in einer deutlichen Steigerung der Gesamtausgaben niederschlagen.

Der Rückgang des Anteils freiwillig Versicherter ist auf der Ausgabenseite nicht so negativ zu bewerten wie es auf den ersten Blick scheint, denn während bei den Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner im Durchschnitt so gut wie keine Angehörigen mitversichert sind, fällt auf jeden freiwillig Versicherten fast ein mitversicherter Angehöriger. Bei den Pflichtversicherten ist es ein Angehöriger pro zwei pflichtversicherte Mitglieder (vgl. Tabelle 1). Wenn man davon ausgeht, dass die Leistungsausgaben bei freiwillig Versicherten dem Durchschnitt der Versicherten (ohne Rentner) insgesamt entspricht, dann sind die freiwillig Versicherten Mitglieder fast genauso teuer wie die Rentner<sup>21</sup>.

Hier zeigt sich ganz deutlich, dass freiwillig Versicherte sehr rational entscheiden, ob sie sich privat oder in der Gesetzlichen Krankenkasse versichern: Wenn Familienmitglieder mitzuversichern sind, fällt die Entscheidung für die gesetzliche Krankenkasse. Dies hat auch Bedeutung für die Planung der Gesundheitsreform. Wenn die Mitversicherung für Familienangehörige abgeschafft wird, wie es im Gesundheitsprämien-Modell vorgesehen ist, wird es für Versicherte mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze auch keinen Anlass mehr geben, in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben.

<sup>15</sup> OECD: Health Data 2005, a.a.O., Tabelle 9: Total expenditure on pharmaceuticals, % of total expenditure on health.

<sup>16</sup> Vgl. Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V., a.a.O., S. 80, Tabelle Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten Pflgetage und Fälle 1991-2001, sowie OECD: Health Data 2004, Tabelle 7: Average length of stay in acute care, days.

<sup>17</sup> Vgl. OECD: Health Data 2004, a.a.O. Bei einem internationalen Vergleich wird natürlich immer auch nicht vergleichbares miteinander verglichen. So sind möglicherweise in anderen Ländern die ambulante und stationäre Pflege besser verzahnt als in Deutschland, was es wiederum erst möglich macht, den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen.

<sup>18</sup> Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2004, Siegburg 2004, S. 20, Zahl der Krankenkassen nach Kassenarten.

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Antwort auf Schriftliche Fragen im Oktober 2003, Arbeitsnummer 10/141. Dies wird bestätigt durch die Angaben in Verband der privaten Krankenversicherung: Zahlenbericht 2003/2004, Köln o.J., S. 43.

<sup>20</sup> Vgl. Sachverständigenrat Wirtschaft: Jahresbericht 2004/2005, a.a.O., Tabelle 84.

<sup>21</sup> Pro Mitglied wären das dann 2003 in der Krankenversicherung der Rentner:  $4052 \cdot 1,089 = 4412,6$  Euro und für freiwillig Versicherte  $2134 \cdot 1,847 = 3941,5$  Euro.

Wenn außerdem die Beitragsbemessungsgrenze steigt oder gar ganz abgeschafft wird, rechnet es sich nicht mehr, in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben. Wie die Entscheidung der freiwillig Versicherten ausfällt, hängt natürlich auch davon ab, wie sich die Kosten in der privaten Krankenversicherung entwickeln. Auch hier sind Beitragserhöhungen zu erwarten, denn die private Krankenversicherung werden gleichermaßen von der demographischen Belastung und den Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts betroffen sein. Wie auch immer sich der Anteil der freiwillig Versicherten entwickeln mag, auf die Ausgabenseite dürfte dies keinen so großen Einfluss haben. Auf der Einnahmenseite ist ein Rückgang der freiwillig Versicherten jedoch mit Einbußen verbunden.

### Zusammenfassung

Die Daten weisen auf folgende Sachlage und Entwicklungen in der Krankenversicherung hin:

- Die deutschen Ausgaben für Gesundheit liegen im internationalen Vergleich an der Spitze, besonders wenn allein die öffentlichen Ausgaben betrachtet werden.
- Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung sind seit 1980 nicht viel schneller gestiegen als das BIP.
- Die Krankenversicherungsbeiträge sind nach einem deutlichen Anstieg Anfang der 70er Jahre seit 1982 aufgrund diverser gesetzlicher Maßnahmen im Durchschnitt nur um 2 Prozentpunkte gewachsen.
- Die unterschiedliche Entwicklung von Beiträgen und BIP-Anteil weist auf eine Einnamenschwäche hin, die auch von den Sachverständigenräten für Gesundheit und für Wirtschaft konstatiert wurde.
- Die Einnamenschwäche ist – neben dem Strukturwandel bei den Beschäftigungsverhältnissen – auch auf die Entwicklung der Mitgliederstruktur mit einem wachsenden Anteil der Rentner und einem sinkenden Anteil der freiwillig Versicherten zurückzuführen.
- Freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden je nach Familienstand, ob sie sich privat oder gesetzlich versichern.
- Die Ausgabendynamik wird durch die Arzneimittelkosten vorangetrieben. Die Krankenhauskosten haben sich demgegenüber seit 1995 eher moderat entwickelt, sind aber im internationalen Vergleich noch sehr hoch.

### Schlussfolgerungen

Aus dieser Diagnose lassen sich Folgerungen für Reformen ableiten. Allerdings muss bei einem Rückgriff auf den internationalen Vergleich bedacht werden, dass das Gesundheitswesen stark institutionell bestimmt ist und sich daher auch in den OECD-Ländern deutlich voneinander unterscheidet, so dass nicht immer von im internationalen Vergleich ungünstigeren Einzeldaten darauf geschlossen werden kann, dass man in Deutschland nur am entsprechenden Stellschraubchen drehen muss, um insgesamt ein besseres Ergebnis zu erreichen.

Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen?

- Der internationale Vergleich lässt vermuten, dass es in Deutschland noch Wirtschaftlichkeitsreserven gibt. Hier könnten Reformen ansetzen. Manche Maßnahmen sind schon in Angriff genommen worden, sie können ihre Wirksamkeit aber erst langfristig zeigen – wie beispielsweise die seit 2003 sukzessive eingeführten Fallpauschalen im Krankenhausbereich.
- Die Einnamenschwäche deutet darauf hin, dass es angesichts einer zu erwartenden weiteren Ausweitung von sozialversicherungsfreien Arbeitsplätzen und der Zunahme des Rentneranteils sinnvoll ist, die Beitragsbemessungsgrundlage in der Krankenversicherung auszuweiten.
- Der hohe Anteil der mitversicherten Familienmitglieder bei den freiwillig Versicherten weist darauf hin, dass die Bilanz dieser Gruppe für die Krankenkassen nicht so positiv ausfällt, wie es aufgrund ihrer hohen Beitragszahlungen scheinen mag. Ein Nebeneinander von privaten und gesetzlichen Krankenkassen führt wohl eher dazu, dass sich die teuren Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse sammeln. Insofern sollte überlegt werden, die im übrigen Europa unbekannte Dualität von privater und gesetzlicher Vollversicherung langfristig aufzugeben.
- Die Zunahme der Arzneimittelkosten in fast allen Industrieländern zeigt, dass die deutschen Probleme in diesem Bereich nicht speziell auf die deutschen Strukturen zurückzuführen sind. Dieser Bereich macht eine eigene Strategie erforderlich, die eine strenge Kontrolle der von den Kassen finanzierten Medikamente beinhalten könnte, beispielsweise durch eine Positivliste oder – wie der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem jüngsten Gutachten<sup>22</sup> vorgeschlagen hat – eine „vierte Hürde“, die die Erstattungsfähigkeit eines Medikaments an den Nachweis einer günstigen Nutzen-Kosten-Relation knüpft.

<sup>22</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Kurzfassung, Bonn 2005, Tz. 143.