

Henke, Klaus-Dirk

**Article**

## Gesundheitswesen zwischen Wachstumsdynamik und Kostendämpfung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk (1992) : Gesundheitswesen zwischen Wachstumsdynamik und Kostendämpfung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 72, Iss. 8, pp. 415-420

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/136911>

**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.*

Klaus-Dirk Henke

# Gesundheitswesen zwischen Wachstumsdynamik und Kostendämpfung

*Die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitswesens wird in einem starken Maße durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bestimmt. Was bedeutet dieser Grundsatz für die Gesundheitspolitik?*

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist mit seiner Verankerung im Sozialgesetzbuch (SGB) V (§ 141 Abs. 2 und § 71) zu einer langfristig zu verfolgenden Zielvorstellung bzw. Nebenbedingung der Gesundheitspolitik geworden. Insoweit kann sie als medizinisches und ökonomisches Orientierungsdatum im Sinne einer politischen Vorgabe verstanden werden<sup>1</sup>. Zu den Adressaten dieses Grundsatzes zählen neben der Konzertierte Aktion für das Gesundheitswesen insgesamt die Krankenkassen mit ihren Versicherten einerseits sowie die Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer andererseits; Kassen und Leistungserbringer sollen in ihren Vergütungsvereinbarungen dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung tragen. Darüber hinaus spielt die Beitragssatzstabilität eine Rolle in der Tarifpolitik sowie in der öffentlichen Diskussion über die Finanzlage der GKV.

Im Zeitraum von 1970 bis 1992 ist der Beitragssatz von 8,2% auf 12,4% gestiegen (siehe Tabelle 1). Nach der Periode zweistelliger Zuwachsraten der Gesundheitsausgaben Anfang der siebziger Jahre hat sich die Entwicklung auf dem erhöhten Niveau stabilisiert. Trotz der unzweifelhaft gegebenen Bedeutung der Beitragssatzstabilität als Grundsatz in der Gesundheitspolitik überrascht es, daß a priori gar nicht klar ist, was Beitragssatzstabilität bedeutet, und daß seine Operationalisierung erhebliche Probleme aufwirft. Sie ergeben sich, weil der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz (für Pflichtversicherte mit

Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen) lediglich eine rechnerische Größe ist und a priori nicht bekannt ist<sup>2</sup>. Hinzu tritt das Problem, daß diese Zielgröße die Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen und innerhalb der Kassenarten verdeckt und im Falle eines Beitragssatzstopps diese Unterschiede sanktionieren würde. Weiterhin sind bei einer vordergründigen Interpretation der Beitragssatzstabilität Beitragssatzsenkungen, wie sie im Zuge des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. 12. 1988 möglich geworden sind, ausgeschlossen. Über den allgemeinen Beitragssatz, der also von Kassenart zu Kassenart und innerhalb bestimmter Kassenarten (z. B. AOK, BKK, IKK, LKK) schwankt, werden etwa 80 % der GKV-Ausgaben finanziert<sup>3</sup>.

In den neuen Bundesländern war bis zum 1. 1. 1992 ein Beitragssatz in Höhe von 12,8% festgeschrieben; danach kommt es zu einer freien Entwicklung der Beitragssätze und damit zu einer weiteren Angleichung der GKV in den alten und neuen Bundesländern. Die sich aus den Beitragssatzdifferenzen ergebenden Probleme unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den bereits seit Jahren diskutierten Unterschieden in der ehemaligen Bundesrepublik. Mit zunehmender Angleichung der Systeme gewinnen die vor der Vereinigung als lösungsbedürftig angesehenen Probleme wieder an Bedeutung,

---

*Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 49, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft an der Universität Hannover, ist Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.*

<sup>1</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, Tz. 20.

<sup>2</sup> Siehe im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, Tz. 79 ff.

<sup>3</sup> Siehe im einzelnen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der GKV und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 12/1901 vom 7. 2. 1992.

und die gesundheitspolitische Auseinandersetzung setzt dort wieder an, wo sie vor der deutschen Einigung aufgehört hat<sup>4</sup>.

**Trägerische Zielgröße**

Bei der Interpretation der Beitragssätze ist zu berücksichtigen, daß durch Leistungsverlagerungen und Belastungsverschiebungen die Beitragssatzstabilität unterlaufen wird. Be- und Entlastungen sind von unmittelbarem Einfluß auf die Höhe des Beitragssatzes (Selbstbehalt bei Arzneimitteln, Fahrkosten oder Kuren einerseits und Einbeziehung von Renten, Sonderzahlungen oder Krankengeld in die Beitragspflicht andererseits). Im Grunde ist ein Vergleich der um die genannten Faktoren nicht bereinigten Beitragssätze wenig aussagekräftig. Daher ist die Beitragssatzstabilität vom Sachverständigenrat auch als trägerische Zielgröße bezeichnet worden<sup>5</sup>. Aus Tabelle 2 ist die Vielzahl von Ausgabenträgern und Verlagerungsmöglichkeiten ersichtlich; es zeigt sich die relative Bedeutung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei gesamtwirtschaftlicher Betrachtung.

Es darf nicht der Eindruck entstehen, als handelte es sich im Rahmen der Beitragssatzstabilität um eine Budgetierung im Sinne einer starren Ausgabenbegrenzung

<sup>4</sup> Vgl. K.-D. Henke: Alternativen zur Weiterentwicklung im Krankheitsfall, in: K.-H. Hansmeyer (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin 1991, S. 118-175.

innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Vielmehr handelt es sich um eine einnahmeseitige Begrenzung, und die Festschreibung der Beitragssätze bewirkt bei gegebenem Finanzierungssystem von Jahr zu Jahr erhebliche Steigerungen der Einnahmen. Das liegt zum einen an der Aufkommenselastizität der Bemessungsgrundlage (Löhne, Gehälter, Renten) und zum anderen an der regelmäßig erfolgenden Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Allein die „Grundlohndynamik“ führte im Jahre 1986 zu Mehreinnahmen in Höhe von etwa 3,5 Mrd. DM. Hinzu kommen der fiskalische Effekt einer höheren Beitragsbemessungsgrenze, der zur Zeit für die neuen Bundesländer von besonderer Bedeutung ist<sup>6</sup>, und der Einfluß, der von der Zahl der beitragszahlenden Mitglieder ausgeht.

Beitragssatzstabilität soll mit Hilfe des im SGB V bereitgestellten Instrumentariums erreicht werden. Die Selbstverwaltung ist aufgerufen, durch ihre Verträge Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Versicherten und die Leistungserbringer zu kostengünstigen Leistungen und sparsamerem Handeln bewegen. Sollen die Versi-

<sup>5</sup> Siehe im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, Tz. 82 ff.

<sup>6</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, Anhangtabelle A 46; und ders.: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, Tz. 81.

**Tabelle 1**

**Beitragssatzentwicklung in der  
Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>1</sup>**  
(in %)

Jahr	Beitragssatz	Jahr	Beitragssatz
1970	8,20	1985	11,80
1971	8,13	1986	12,20
1972	8,39	1987	12,62
1973	9,15	1988	12,90
1974	9,47	1989	12,91
1975	10,47	1990	12,53
1976	11,30	1991	12,20
1977	11,37	1992 <sup>2</sup>	12,46
1978	11,41		
1979	11,26		
1980	11,38		
1981	11,79		
1982	12,00		
1983	11,83		
1984	11,44		

<sup>1</sup> Es handelt sich um den jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz. <sup>2</sup> Zum 1. 1. 1992.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Jahresgutachten 1992, Baden-Baden 1992.

**Tabelle 2**

**Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen in 1989**

Ausgabenträger	Mrd. DM	%	Finanzierung
Private Krankenversicherung	15,9	5,7	Prämien
Gesetzliche Rentenversicherung	19,6	7,1	Sozialabgaben
Gesetzliche Unfallversicherung	8,6	3,1	Sozialabgaben
Gesetzliche Krankenversicherung	127,6	46,1	Sozialabgaben
Arbeitgeber	46,9	16,9	Lohnfortzahlung
Öffentliche Haushalte	37,9	13,7	allgemeine Deckungsmittel, d. h. überwiegend Steuern
Private Haushalte	20,4	7,4	Selbstbeteiligung und private Ausgaben
Insgesamt	276,8	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 12, Reihe S. 2, 1990, S. 9.

cherungs- und Versorgungsstrukturen dieses Verhalten der Beteiligten fördern, sind entsprechende Anreize erforderlich. Leistungsumschichtungen zwischen und innerhalb der Sektoren (sogenannte qualitative Budgetierung) können nur in Grenzen wirken. Außerdem brauchen die Organe der Selbstverwaltung bessere Informationen über das medizinische Leistungsgeschehen in den verschiedenen Bereichen. Der Sachverständigenrat war mehrheitlich der Ansicht, daß die Umsetzung aller im SGB V vorgesehenen Vorschriften nicht ausreichen würde, um Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Um eine Stabilisierung der Beitragssätze zu erreichen, sind vielmehr einschneidendere Maßnahmen erforderlich. Dazu zählen insbesondere Bonus-Malus-Regelungen bei den Leistungserbringern und Selbstbehaltsregeln bei den Versicherten bzw. Patienten<sup>7</sup>.

### Evaluierung der Krankenversorgung

Die medizinischen Fachgesellschaften, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, aber auch die Krankenhausgesellschaften sind aufgerufen, Prioritäten zu erarbeiten und unabdingbar notwendige Leistungen weniger notwendigen Leistungen gegenüberzustellen und Leistungen zu nennen, deren Kosten ihrer Ansicht nach teilweise oder ganz der persönlichen Lebensführung zuzurechnen sind. Diese Aufgabe ist als dynamischer Prozeß zu begreifen. Allerdings müssen auch Gremien geschaffen werden und nötigenfalls weitere Reformen erfolgen, um die erforderlichen Änderungen im Leistungsbereich vorzunehmen. In jedem Fall wird durch die gesetzliche Verankerung der Beitragssatzstabilität der Rechtfertigungsdruck für die Verwendung knapper Mittel erhöht und eine sorgfältige Evaluierung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung immer wichtiger<sup>8</sup>.

An dem beschriebenen Evaluierungsprozeß sind auch Leistungserbringer in nicht-medizinischen Berufen zu beteiligen. Zusätzlich müssen die Versicherten und die Patienten mit ihren Angehörigen stärker als in der Vergangenheit in die gesundheitspolitische Willensbildung einbezogen werden. Die Beitragssatzstabilität als politisches Ziel könnte auf diese Weise auch von denjenigen beurteilt werden, die die Arbeitnehmerbeiträge bezahlen und möglicherweise auch die Arbeitgeberbeiträge aufbringen<sup>9</sup>. In diesem Bereich liegt ein ungenutztes Feld für

die empirische Sozialforschung, die die Bedürfnisse der versicherten Bevölkerung erhellen könnte. Letztlich geht es vorrangig um die Krankenversorgung und Gesundheit der Bevölkerung und nicht primär um Kostendämpfung.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität kann als Besonderheit der deutschen Gesundheitspolitik angesehen werden. Sie wird auch im Ausland, insbesondere in den USA, mit Aufmerksamkeit verfolgt. Dennoch ist die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nicht ohne Probleme. Der Sachverständigenrat hat die Beitragssatzstabilität stets als „second-best-Lösung“ und als Zwischenlösung für eine Atempause angesehen, in der versucht werden sollte, bessere Anreizinstrumente zu finden und das Gesundheitswesen mit dem Ziel eines höheren Grades an Selbststeuerungsfähigkeit für eine kostengünstige und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu reformieren. Solange allerdings eine solche auf immer neue diskretionäre Maßnahmen verzichtende Gesundheitspolitik noch nicht hinreichend formuliert ist und keine anderen und erkennbar besseren Alternativen vorliegen, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf mittlere Sicht ein politisches Ziel bleiben. Einer grenzenlosen Ausgabenentwicklung wird man nicht tatenlos zusehen wollen, und die Entwicklung medizinischer Orientierungsdaten und entsprechender Prioritäten wird auch in Zukunft kaum so perfekt möglich sein, daß das politische Ziel der Beitragssatzstabilität außer acht gelassen werden könnte. Gewarnt sei aber vor dem Versuch, ein System von der Komplexität des Gesundheitswesens durch immer neue und detailliertere Eingriffe und immer weitergehende Kontrollen in eine Ordnung bringen zu können, die die gewünschte Effizienz garantiert.

### Gesundheitssektor als Dienstleistungsbereich

Es überrascht, mit welcher Selbstverständlichkeit Beitragssatzstabilität von fast allen Beteiligten in der Gesundheitspolitik gefordert wird und wie wenig die Besonderheiten des Gesundheitssektors als Dienstleistungsbereich in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden. Warum, so könnte gefragt werden, wird eine positive Entwicklung von Umsätzen, Gewinnen und Beschäftigung in der Automobilbranche als Erfolgsmeldung in die Schlagzeilen der Medien gebracht, während die gleiche Entwicklung im Gesundheitswesen als beklagenswert bezeichnet wird und den Ruf nach Reformen verstärkt<sup>10</sup>. Können gesamtwirtschaftliche Ursachen der Ausgaben-

<sup>7</sup> Siehe im einzelnen Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Stabilität ohne Stagnation?, Bonn 1991, Tz. 102 ff.

<sup>8</sup> Vgl. ausführlich Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, Teil C, Kapitel III.

<sup>9</sup> Zur Inzidenz der Sozialbeiträge siehe H. Zimmermann, K.-D. Henke: Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 6. Aufl., München 1990, S. 171 ff.

<sup>10</sup> Siehe im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, Tz. 182 ff.

entwicklung wie Einkommensverbesserungen und Preissteigerungen tatsächlich dem Gesundheitssektor angelastet werden? Ohne sich auf Art und Menge der medizinischen Leistungen auszuwirken, waren nach Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beispielsweise im 1. Halbjahr 1991 knapp 4 Mrd. DM auf diese beiden systemun-spezifischen Ursachen zurückzuführen.

Der Gesundheitssektor wird ein Dienstleistungssektor bleiben, der anders als im Falle von Banken und Versicherungen einer Rationalisierung nicht im gleichen Maß zugänglich sein wird. Die ungewöhnlich hohe Personalintensität führt dazu, daß die Arbeitsproduktivität langsamer steigt als in anderen Sektoren, in denen die Kapitalintensität höher ist. Wenn diese Aussage zutrifft, sind überproportionale Mittelzuweisungen erforderlich, wenn sich die reale Versorgung verbessern soll. Die praktische Bedeutung dieser Aussage hängt allerdings davon ab, in welchem Ausmaß im Gesundheitswesen noch immer Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind. Bedenkt man weiterhin, daß im Gesundheitswesen mehr als 1,5 Mill. Personen beschäftigt sind, sollte bei der Gratwanderung zwischen Kostendämpfung und Wachstum beachtet werden, daß den (umweltfreundlichen) Dienstleistungsbranchen die Zukunft gehören wird.

Beitragssatzstabilität kann als Instrument der Globalsteuerung interpretiert werden, die nichts anderes als eine Antwort auf die Wirkungsunsicherheiten und die mangelnde Meßbarkeit des medizinisch Notwendigen in Diagnose und Therapie darstellt. Diese Ansicht kommt einer früheren Position des Rates nahe, wonach die Beitragssatzstabilität der „Beliebigkeit der Medizin“ einen Riegel verschieben könnte<sup>11</sup>.

### Umstellung der Bemessungsgrundlage?

Dem Hinweis von Leistungsanbietern, daß die Zuwachsraten der beitragspflichtigen Einnahmen (Löhne, Gehälter, Renten) prozentual rückläufig seien und dadurch der Anstieg der Beitragssätze mit verursacht würde, führte zu der Forderung nach einer Orientierung der Ausgaben am Volkseinkommen. Es sollten daher auch die Einkünfte aus Unternehmertätigkeit und Vermögen einbezogen werden. Dieser Weg scheint selbst aus fiskalischer Sicht nicht überzeugend, da eine Orientierung am Volkseinkommen bei aufkommensneutraler Umstellung der Beitragsbemessungsgrundlage auch auf längere Sicht nicht mehr Mittel in das Gesundheitswesen

leiten würde, als es bei der traditionellen Orientierung an den beitragspflichtigen Einnahmen der Fall ist. Zudem ginge der Beitragscharakter der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerzahlungen verloren, wenn das Lohn-, Gehalts- und Renteneinkommen durch die gesamte volkswirtschaftliche Wertschöpfung als Bemessungsgrundlage ersetzt würde. Die Bereitschaft zur Steuerfinanzierung und die sich damit verstärkende Tendenz zur Einheitskasse würden gefördert<sup>12</sup>.

Auch die Forderung nach einer Zweckbindung des Tabaksteueraufkommens scheint nicht der geeignete Weg für die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ganz abgesehen von haushaltsrechtlichen Bedenken und finanzpolitischen Gefahren ist nicht einzusehen, warum gerade auf diese Weise der GKV ein höheres Einnahmenvolumen zur Verfügung gestellt werden soll.

Unklar ist im Finanzierungszusammenhang auch die gelegentlich erhobene Forderung, als Bemessungsgrundlage nicht länger das Einkommen des individuellen Mitglieds zu verwenden, sondern das Familieneinkommen heranzuziehen. Derzeit zahlen versicherungspflichtig Beschäftigte entsprechend ihrer Krankenkassenzugehörigkeit und nach Maßgabe der Beitragsbemessungsgrenze Beiträge, und insoweit liegt das Familieneinkommen bereits zugrunde. Für den Fall, daß mit dieser Forderung andere als die derzeit beitragspflichtigen Einkommen gemeint sind, stellt sich die Frage nach ihrer Einbeziehung. Wollte man tatsächlich den steuerrechtlichen Einkommensbegriff (sieben Einkunftsarten nach §§ 13 bis 23 EStG) zugrunde legen, ergeben sich jedoch vielfältige Probleme. So müßte der zur Zeit praktizierte Beitragseinzug um die Beiträge ergänzt werden, die auf die anderen Einkunftsarten fällig würden. Ohne Hilfe des Finanzamtes ließe sich die Beitragserhebung nicht vornehmen. Dann aber erfolgte sie ex post. Diese Gründe und vor allem die damit verbundene Loslösung von der Lohnbezogenheit der Beiträge sprechen eher für die Beibehaltung der jetzigen Regelung einschließlich der „Friedensgrenzen“ bei der Beitragsbemessung. Ist mit der Forderung die Beitragszahlung der mitversicherten Familienmitglieder gemeint, so würde der Versicherungscharakter der GKV betont und der bestehende Familienlastenausgleich gekürzt.

Der Finanzierungsmodus in der GKV führt dazu, daß in Zeiten der Hochkonjunktur mehr Mittel zur Verfügung stehen als in Zeiten einer Rezession. Wenn sich die Morbidi-

<sup>11</sup> Siehe im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, Tz. 73.

<sup>12</sup> Vgl. ausführlich W. Schmähl, K.-D. Henke, H. M. Schellhaab: Änderung der Beitragsfinanzierung in der Rentenversicherung? – Ökonomische Wirkungen des „Maschinenbeitrags“ –, Baden-Baden 1984.

tät in der Bevölkerung tatsächlich gleichläufig zur konjunkturellen Lage entwickeln würde, wäre dieser Sachverhalt bedarfsgerecht<sup>13</sup>. Lügen jedoch gegenläufige Bewegungen vor, müßte über Ausgleichsrücklagen eine Verstetigung vorgenommen werden. In Zeiten einer guten wirtschaftlichen Entwicklung werden überdies die strukturellen Probleme im Gesundheitswesen unterschätzt, während eine schlechte wirtschaftliche Lage sie stärker sichtbar macht.

Das Ziel der Beitragssatzstabilität ist auch im Zusammenhang mit politischen Forderungen nach Konstanz der Lohnnebenkosten und dem Wunsch nach Konsolidierung der Staatsfinanzen, zu der angesichts ihres Umfangs und ihrer Abhängigkeit von Entscheidungen des Gesetzgebers auch stets die Sozialversicherung zählt, zu sehen. Diese wirtschaftspolitischen Forderungen sollen günstige Rahmenbedingungen für Wachstum und Beschäftigung sowie für die internationale Wettbewerbsfähigkeit schaffen. Der Anteil der Arbeitgeberbeiträge zur GKV ist mit 6 bis 7% der Lohnnebenkosten zwar verhältnismäßig gering, gewinnt aber bei einer Erhöhung an Bedeutung und ist auch im Kontext aller Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber zu sehen. Jedoch spiegelt der weit überwiegende Teil der Lohnnebenkosten den Konsens der Tarifpartner wider (siehe Tabelle 3). Auch die vorge-

sehene soziale Pflegeversicherung „unter dem Dach der GKV“ muß im Zusammenhang mit diesen Belastungen gesehen werden.

Höhere Krankenversicherungsbeiträge mindern überdies im Rahmen der nettolohnbezogenen Rentenanpassung die Höhe der Rentenzahlungen. Die politische Bedeutung dieses Arguments angesichts der Bundestagswahlen 1994 kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es zeigt anschaulich, wie sehr die einzelnen Zweige der Sozialversicherung miteinander verbunden sind.

### Zahlungsbereitschaft der Versicherten

Wird gefragt, wer überhaupt Interesse an Beitragssatzstabilität hat, so bezögen die Patienten und ihre Angehörigen, die Versicherten, die Wähler, die Leistungserbringer, die Krankenkassen, die politischen Parteien und die Selbstverwaltung sicherlich unterschiedliche Positionen. Dabei sollte allen Beteiligten klar sein, daß Einnahmen und Ausgaben stets identisch sind, d. h. daß jede Ausgabenkürzung ex definitione zu geringeren Einnahmen führt und steigende Einnahmen-, Ausgaben- und Honorarspielräume eröffnen. Wie bereits ausgeführt, besteht ein Defizit darin, daß die Bevölkerung bisher über keine befriedigenden Artikulationsmöglichkeiten verfügt, die Aufschluß über ihre Zahlungsbereitschaft oder auch ihre konkreten Wünsche zu Veränderungen in der Krankenversorgung (z. B. über Befragungen von Patienten und

<sup>13</sup> Siehe im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, Abbildung 18.

**Tabelle 3**

### Lohnnebenkosten in Prozent des Entgelts für geleistete Arbeit (Lohnnebenkostenquote)<sup>1</sup>

Bestandteile der Lohnnebenkosten	1966	1975	1980	1985	1988
<b>Gesetzliche Lohnnebenkosten</b>					
Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber	11,8	17,7	20,9	22,1	22,7 <sup>2</sup>
Bezahlte Feiertage und sonst. Ausfallzeiten	4,0	5,1	5,2	5,3	5,3
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	1,7	5,4	6,3	5,1	5,3
Sonstige Lohnnebenkosten	1,9	2,5	2,7	2,7	2,7
<b>Tarifliche und betriebliche Lohnnebenkosten</b>					
Urlaub	9,8	15,9	18,6	20,6	20,6
Sonderzahlungen	5,0	7,4	8,2	9,7	9,9
Betriebliche Altersversorgung	4,1	2,4	6,4	9,1	9,4
Vermögensbildung	0,2	1,5	2,0	1,6	1,5
Sonstige Lohnnebenkosten	4,9	4,9	4,9	6,1	6,2
<b>Lohnnebenkosten insgesamt</b>	<b>43,4</b>	<b>62,8</b>	<b>75,2</b>	<b>82,3</b>	<b>83,6</b>

<sup>1</sup> Unternehmen des Produzierenden Gewerbes mit 50 und mehr Beschäftigten, je Arbeitnehmer.

<sup>2</sup> Setzt man die im Sozialbudget für das Jahr 1986 ausgewiesenen Arbeitgeberbeiträge für die Sozialversicherung gleich 100%, dann betragen die Arbeitgeberbeiträge für die GKV 30%. Legt man diesen Prozentsatz auch für die in der Tabelle ausgewiesenen Lohnnebenkosten in Höhe von 22,7% zugrunde, betrüge der Anteil der Arbeitgeberbeiträge an der GKV 6,81% der Lohnnebenkosten.

Quellen: Zusammengestellt nach: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Aufwendungen der Arbeitgeber für Personal- und Personalnebenkosten im Produzierenden Gewerbe 1966, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 10/66, S. 521, 610; sowie Personalzusatzkosten im Produzierenden Gewerbe, in: Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): iw-trends 2/83, 1/88 und 2/89, Köln.

**Tabelle 4**  
**Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD-Staaten 1989**

Land	Pro-Kopf-Ausgaben in US-Dollar	Ausgabenniveau der USA liegt um ...% höher
USA	2 354	0
Kanada	1 683	40
Schweiz	1 376	71
Schweden	1 361	73
Island	1 353	74
Frankreich	1 274	85
Norwegen	1 234	91
Deutschland	1 232	91
Luxemburg	1 193	97
Niederlande	1 135	107
Australien	1 125	109
Österreich	1 093	115
Finnland	1 067	121
Italien	1 050	124
Japan	1 035	127
Belgien	980	140
Dänemark	912	158
Großbritannien	836	182
Neuseeland	820	187
Irland	658	258
Spanien	644	266
Portugal	464	407
Griechenland	371	535
Türkei	175	1 245

Quelle: G. J. Schieber, J. P. Poullier: International Health Spending: Issues and Trends, Health Affairs, S. 106-116; OECD: Health Data 1991.

deren Angehörigen) gäben. Die Möglichkeiten zur Artikulation innerhalb der Selbstverwaltung reichen dafür bisher nicht aus; neue Formen der Partizipation der Versicherten müssen entwickelt werden.

In einer Wohlstandsgesellschaft mit hohem Pro-Kopf-Einkommen und einem Konsumniveau, das weit über die Grundbedürfnisse hinausreicht, ist eine Verknappung im beitragsfinanzierten Bereich der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung keineswegs selbstverständlich. Der Gesundheitsbereich genießt Priorität bei fast allen Bürgern, und die Zahlungsbereitschaft schwankt sicherlich auch in Abhängigkeit vom Verwendungszweck der Mittel. Die Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland liegen im internationalen Vergleich mit ähnlich wohlhabenden Ländern sowohl weit hinter dem privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen in den USA mit seinen großen sozialen Defiziten als auch hinter dem schwedischen System und hinter weiteren fünf Ländern mit teilweise erheblicher Selbstbeteiligung erst an siebter Stelle (Tabelle 4). Das spricht dafür, daß dieses System insgesamt bei aller Kenntnis von Mißbrauch in Einzelfällen und der Vermutung nicht ständig durchgehaltener Sparsamkeit vergleichsweise preiswert funktio-

niert. Diese positive Einschätzung wird auch durch den Vergleich der Zuwachsraten der nominellen Ausgaben pro Kopf belegt, die für Deutschland seit Jahren die niedrigsten Werte aufweisen<sup>14</sup>.

### Notwendige strukturelle Änderungen

Da die optimale Gesundheitsquote weder bekannt ist noch wissenschaftlich abgeleitet werden kann und eine Festschreibung eines historisch zufälligen Beitragsatzes immer willkürlich ist und bestehende Strukturen tendenziell verfestigt, muß die Suche einem System gelten, das Anreize schafft, die allen Beteiligten den Weg zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität weisen. Erst eine höhere Selbststeuerungsfähigkeit des Systems führt zu einer Ausgaben- und Einnahmenentwicklung, die nicht nur kostengünstig, sondern auch bedarfsgerecht ist. Der Suche nach den erforderlichen strukturellen Änderungen, die eine höhere Effizienz in einem von der Natur her expandierenden Dienstleistungssektor hervorrufen, müssen die Bemühungen um Weiterentwicklung des Krankenversicherungsschutzes und der Krankenversorgung gelten.

Sollten sich auf absehbare Zeit Beitragssatzsteigerungen nicht vermeiden lassen, wird die politische Forderung nach einer gesetzlichen Festschreibung der Beitragssätze wieder an Bedeutung gewinnen. Ein sogenanntes Beitragssatzstabilitätsgesetz könnte zum Endpunkt aller Kostendämpfungsgesetze werden, in dem zu einem bestimmten Zeitpunkt die herrschenden Beitragssätze gesetzlich zementiert würden. Dieser Weg würde gegebene Strukturen und die ohnehin schon vorhandenen Quotierungen nach Leistungsbereichen und Leistungssektoren noch weiter festschreiben. Die unerwünschte Tendenz zur Einheitskasse verfestigte sich, wenn es zum Beitragssatzstopp käme. Das Parlament würde der Selbstverwaltung ein Stück Autonomie nehmen und den gesetzlich Versicherten weiter entmündigen. In einer Zeit, in der sich die Marktwirtschaft in einem von ihren Kritikern nicht für möglich gehaltenen Aufschwung befindet, würde im Bereich der sozialen Sicherung die Entwicklung in die entgegengesetzte Richtung, das heißt zugunsten einer staatlichen Steuerung und bürokratischen Lenkung laufen. Anstelle der erwünschten, sich selbststeuernden Systeme, die quasi automatisch zu einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Lösung führen, träte die parlamentarisch-politische Willensbildung, der mit Sicherheit weitere Interventionen folgen würden. Um diese Entwicklung zu vermeiden, muß das Konzept der Beitragssatzstabilität überdacht werden. Diese Neueinschätzung kann allerdings nur erreicht werden, wenn die Grundelemente unseres Sozialstaates, Solidarität und Subsidiarität, überdacht und neu austariert werden.

<sup>14</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden 1992, Tz. 23.