

Wirtschaftspolitische Informationen

ver.di Bundesvorstand Berlin
Bereich Wirtschaftspolitik – Oktober 2002
<http://www.verdi.de/hintergrund/wirtschaftspolitik>



Ökonomische Rahmenbedingungen und Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Einleitung.....	5
Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung	6
Rahmendaten der Sozialleistungsfinanzierung	18
Finanzierungsmöglichkeiten und -vorschläge.....	23
Quellen und Literatur	32

ver.di-Bundesvorstand,
Ressort 2, Bereich Wirtschaftspolitik

Bereichsleiter, Michael Schlecht

Ralf Krämer
Dr. Sabine Reiner
Dr. Norbert Reuter
Anita Weber

Kontakt:
wirtschaftspolitik@verdi.de

Tel.: 030/6956-1131

Ökonomische Rahmenbedingungen und Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Einleitung	5
Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung	6
Gesundheitsausgaben und Krankenkassenausgaben	6
Spannungsverhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung	9
Anstieg der GKV-Beitragsätze	12
Entlastung der Unternehmen	13
Verschiebeparkplatz zu Lasten der GKV	14
Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.....	15
Perspektiven der GKV-Finzen.....	16
Rahmendaten der Sozialleistungsfinanzierung	18
Die Entwicklung der Sozialleistungsquote.....	18
Anstieg der Sozialbeitragsätze	19
Abnehmender Finanzierungsanteil der Arbeitgeber	20
Starke Entlastung der Unternehmen	21
Finanzierungsmöglichkeiten und -vorschläge	23
Erwerbstätigkeit, Lohnquote und Lohnstruktur	24
Verschiebeparkplatz und Bundesfinanzierung	24
An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV	24
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV	25
Einbeziehung weiterer Bevölkerungsgruppen in die GKV	26
Einbeziehung anderer Einkommensformen in die Beitragspflicht	26
Veränderung der Arbeitgeberbeiträge	27
Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienmitglieder	28
Reform des Risikostrukturausgleichs	29

Kopfbeiträge	30
Selbstbeteiligung der Versicherten / Zuzahlungen / Selbstbehalte	30
Kapitaldeckung.....	30
Beitragsatzveränderungen	31
Quellen und Literatur	32

Einleitung

Die politischen Debatten über die Entwicklung und Reformnotwendigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind vor allem geprägt durch immer wiederkehrende Meldungen und Diskussionen über Kostensteigerungen und Defizite der Krankenkassen, über Kostendämpfungsmaßnahmen und steigende Beitragsätze. Als drohende Perspektive wird an die Wand gemalt, das Gesundheitswesen sei auf die bisherige Weise künftig nicht mehr finanzierbar. Leistungseinschränkungen bzw. eine Differenzierung in reduzierte Grund- und zusätzliche Wahlleistungen oder wachsende individuelle Zuzahlungen und private Zusatzversicherungen seien unvermeidbar.

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) werben mit solchen Argumenten insbesondere um die relativ jungen ArbeitnehmerInnen, die über der Versicherungspflichtgrenze verdienen und damit als „gute Risiken“ besonders attraktive Kunden sind. Dabei sind die Ausgaben und Beiträge der PKV deutlich stärker als die der GKV gestiegen. Die Arbeitgeber fordern das Einfrieren des bisher paritätischen Arbeitgeberbeitrags zur GKV, durch den sie bei Beitragsatzsteigerungen automatisch mit betroffen sind. Die tatsächlichen Problemlagen und strukturellen Reformfordernisse auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite werden dabei kaum thematisiert.

Es gibt erhebliche Qualitäts- und Effizienzmängel, Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem. Das ist kein neues Problem und erfordert strukturelle Reformen. Die erheblichen Steigerungen der Krankenversicherungsbeitragsätze sind damit jedoch nicht zu erklären. Im Folgenden soll zunächst der Behauptung von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen mit empirischen Fakten entgegen getreten und dargestellt werden, dass eine solidarische Finanzierung der GKV auch in Zukunft möglich und notwendig ist. Im Mittelpunkt steht die Darstellung und empirische Begründung der These, dass die Finanzprobleme und Beitragsatzsteigerungen der GKV vor allem durch Probleme auf der Einnahmenseite begründet sind. Hauptprobleme sind die schwache Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen in Folge eines sinkenden Anteils der Löhne am Volkseinkommen (Lohnquote) und des abnehmenden Anteils der beitragspflichtigen an den gesamten Lohn- und Gehaltseinkommen, sowie der seit vielen Jahren betriebene „Verschiebebahn“ finanzieller Lasten von anderen Sozialversicherungszweigen und vom Staat auf die GKV.

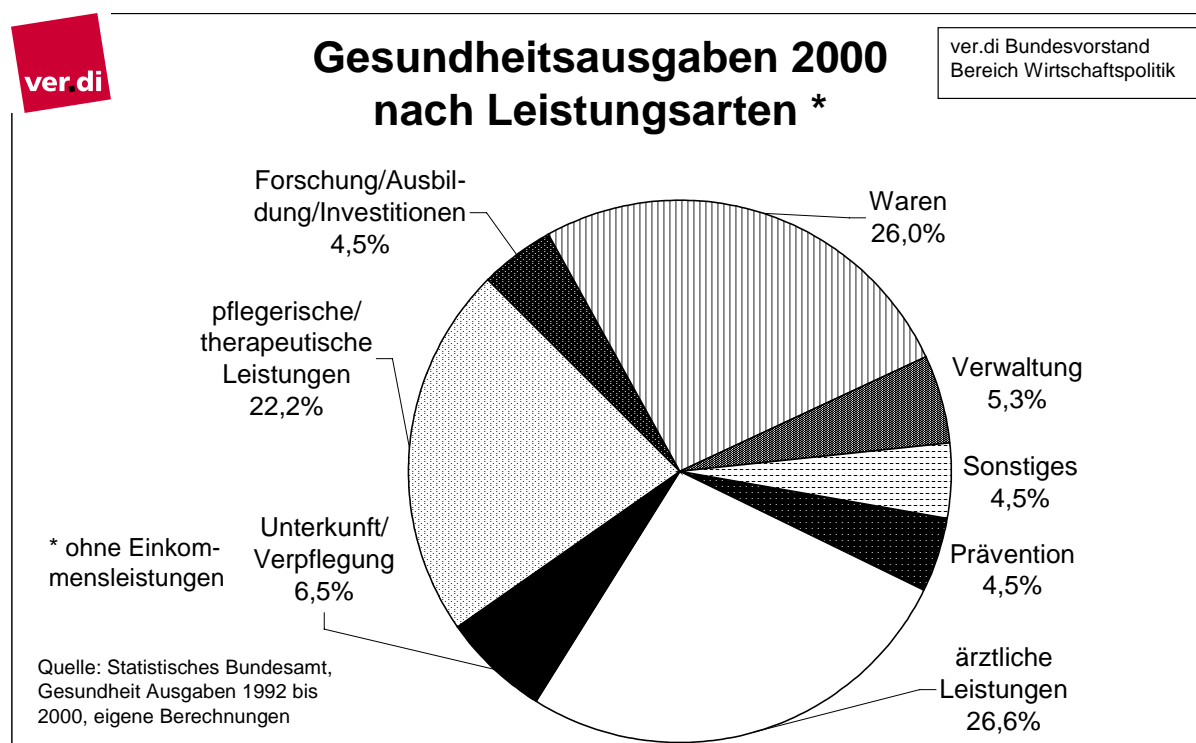
Die Entwicklung der GKV ist eingebettet in die Entwicklung der Finanzierungsstrukturen der sozialen Sicherungssysteme und der öffentlichen Leistungen in Deutschland insgesamt. Eine steigende Belastung der ArbeitnehmerInnen und eine sinkende Belastung der Unternehmens- und Vermögenseinkommen unter der CDU/CSU/FDP-Regierung wurde unter Rot-Grün zwar gebremst, aber nicht umgekehrt.

Vor diesem Hintergrund werden abschließend verschiedene Möglichkeiten und Vorschläge zur Reform der Krankenkassenfinanzierung dargestellt und diskutiert.

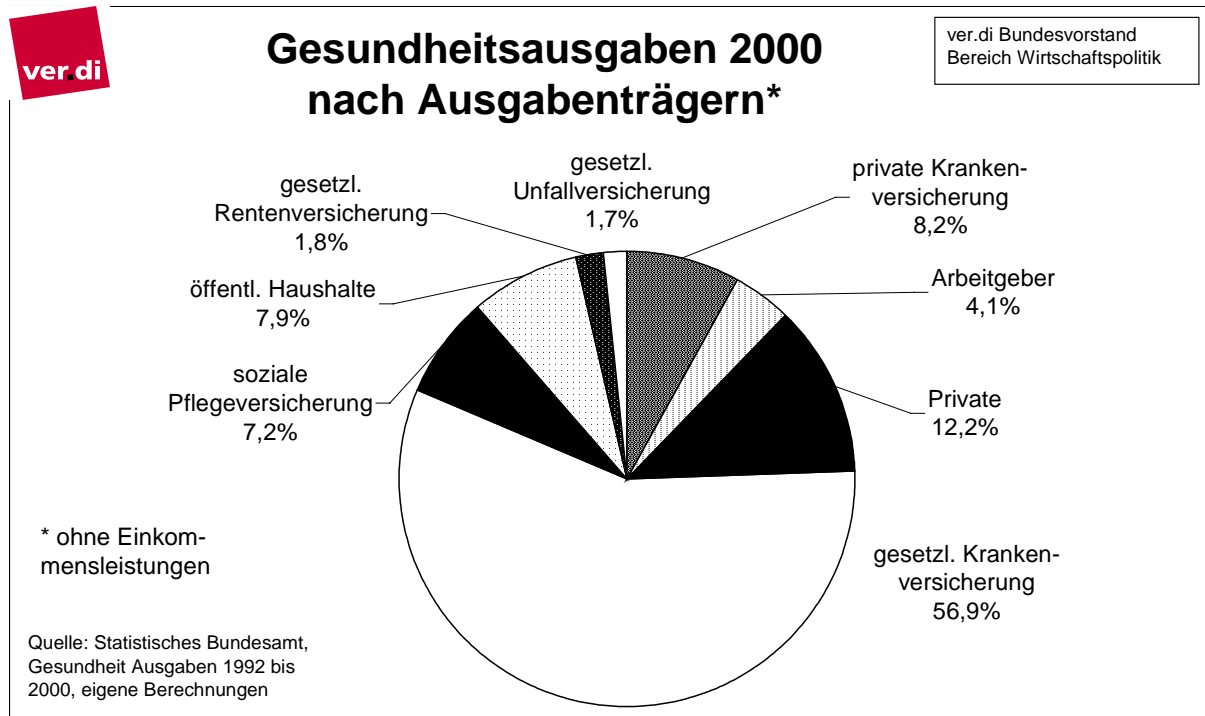
Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung

Gesundheitsausgaben und Krankenkassenausgaben

Die Gesundheitsausgaben umfassen die finanziellen Aufwendungen der Gesellschaft für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder. Sie machten in Deutschland im Jahr 2000 nach Angaben der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes 218,4 Mrd. € aus (ohne Einkommensleistungen), das sind 2660 € je EinwohnerIn oder 10,7% des Bruttoinlandsprodukts (BIP)¹. 1992 waren es 10,1% des Bruttoinlandsprodukts. Unter Einbeziehung von Einkommensleistungen (Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten usw.) lagen die Gesundheitsausgaben bei 283,2 Mrd. € bzw. 13,9%



¹ Um die Strukturen verschiedener gesamtwirtschaftlicher Ausgaben- und Einnahmenblöcke und ihre Veränderung zu beurteilen, hat es wenig Zweck, die absoluten Beträge der verschiedenen Aggregate zu betrachten, weil sich auch das Niveau und die Verteilung der gesamtwirtschaftlichen Leistung und der Einkommen sowie die Preise ändern. Als Maß für das ökonomische Gewicht der verschiedenen Ausgaben- und Einnahmenblöcke werden überwiegend die jeweiligen Anteile am Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrachtet. Dies ermöglicht auch einigermaßen aussagekräftige internationale Vergleiche. In diesen Informationen werden im Wesentlichen auf Grundlage der Angaben im Sozialbudget 2001 des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung die Daten für die Jahre 1970, 1980, 1990, 1995 und 2000 dargestellt, um die Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit zu erhöhen. Die Angaben bis 1990 beziehen sich auf die alten Bundesländer, die danach in der Regel auf Gesamtdeutschland.



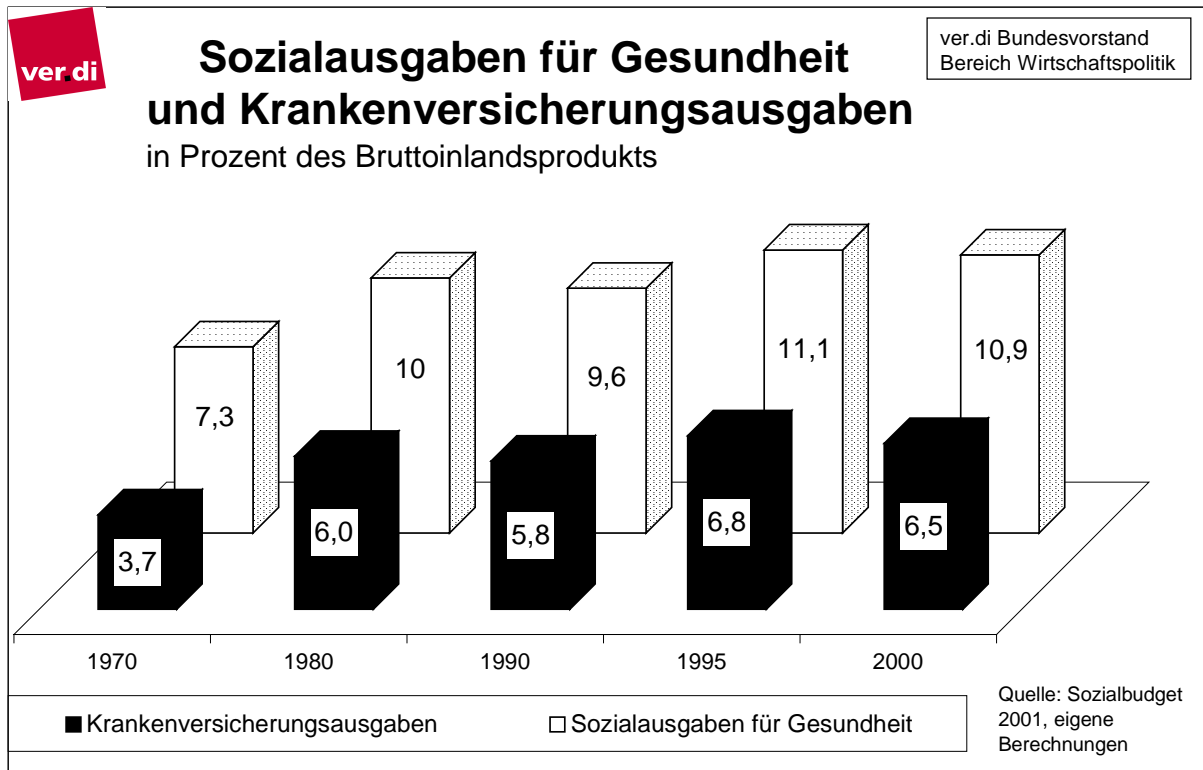
des Bruttoinlandsprodukts, 1992 waren es 13,8%. Auffällig ist der geringe Anteil der Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsschutz. Vor allem der Anteil der pflegerischen und therapeutischen Leistungen an den Ausgaben ist gegenüber 1992 (18,1%) erheblich angestiegen. Kräftig gesunken sind die Ausgabenanteile für Investitionen und Ausbildung (von 6,1%), etwas die für ärztliche Leistungen (von 28,4%) und für Unterkunft/Verpflegung von (7,9%).

Betrachtet man - anders als in der Grafik - die Gesundheitsleistungen *einschließlich* der Einkommensleistungen bezüglich der Ausgabenträger, ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den Ausgaben fiel von 1992 bis 2000 von 47,9% auf 46,6%, der der privaten Krankenversicherung (PKV) stieg von 5,8% auf 6,8%, der der Arbeitgeber fiel von 16,7% auf 13,7%, der der privaten Haushalte stieg von 7,8% auf 9,4%. Der Rest wird von öffentlichen Haushalten und anderen Sozialversicherungen getragen. Dabei hat v.a. eine erhebliche Umschichtung an die 1995 neu gebildete Pflegeversicherung stattgefunden, die 2000 einen Ausgabenanteil von 5,9% hatte.²

Die Krankenausgaben (GKV-Ausgaben) betragen im Jahr 2000 132 Mrd. € bzw. 6,5% des Bruttoinlandsprodukts. Die Grafik zeigt nach Angaben des Sozialbudgets die Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben und der Krankenausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit 1970 bis 2000.³ Nachdem es in den 1970er Jahren insb. in Folge von Leistungsausweitungen erhebliche Ausgabensteigerungen gegeben hatte, ist seitdem nur noch eine geringe Steigerung festzustellen.

² Alle Angaben: Gesundheit Ausgaben 1992 bis 2000, Tab. A1 und A3, eigene Berechnungen

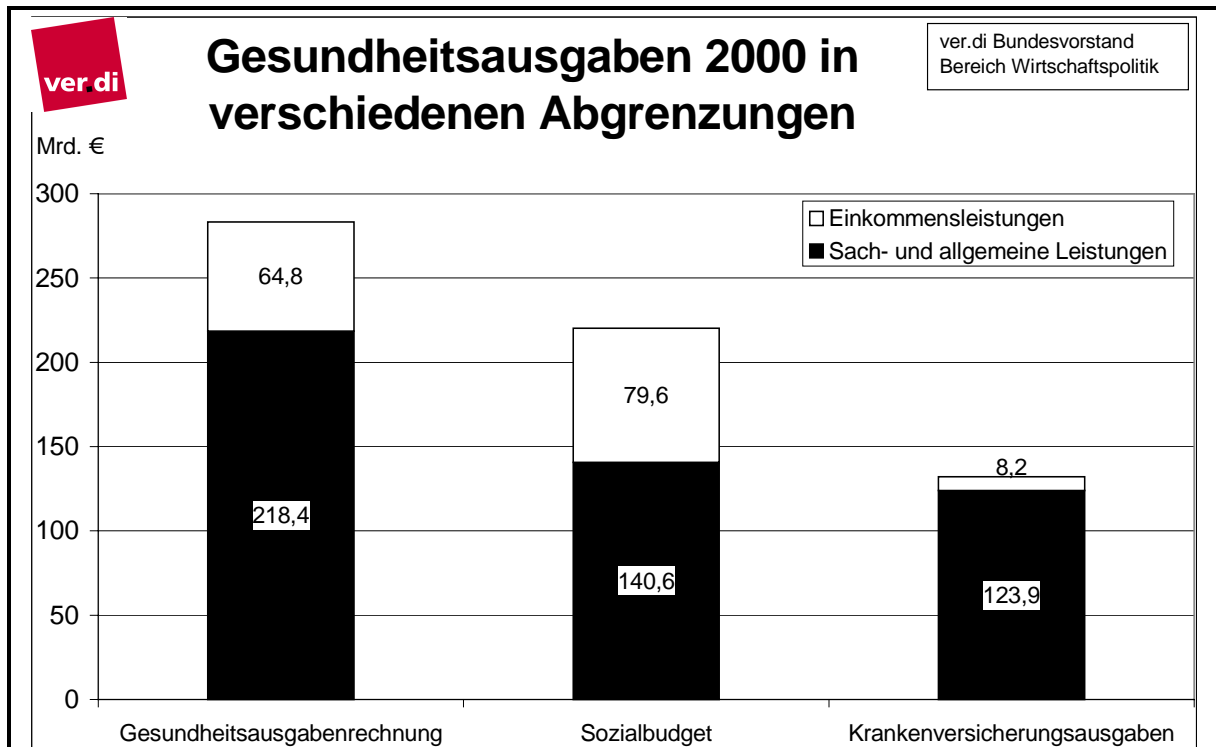
³ Zur Definition und Abgrenzung siehe Kasten auf S. 8.



Von der immer wieder behaupteten „Kostenexplosion“ kann also in Wirklichkeit keine Rede sein. Hierin spiegelt sich allerdings auch die Wirkung der diversen Kostendämpfungsmaßnahmen seit 1977 wider.

Die deutsche Vereinigung hat zu einem deutlichen Anstieg der hier dargestellten Ausgabenanteile geführt. Im Jahr 2000 betragen die Gesundheitsausgaben in Ostdeutschland 14,3% und die GKV-Ausgaben 9,1% des Bruttoinlandsprodukts, im Westen betragen die Werte 10,4% und 6,2%. Dabei sind in Ostdeutschland nicht die Ausgaben pro Kopf höher, sondern das Bruttoinlandsprodukt als Nenner der betrachteten Quote ist geringer. Der West-Ost-Transfer in der Krankenversicherung, der erst seit 1999 im Rahmen des Finanzkraftausgleichs und ab 2001 des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs besteht, betrug in 2001 knapp 2,1 Mrd. €. Das sind ca. 9% der GKV-Finanzierung und 0,8% des Bruttoinlandsprodukts in Ostdeutschland oder 0,1% des westdeutschen Bruttoinlandsprodukts.⁴

⁴ Sozialbudget 2001, Tabelle I 3. und III 13, eigene Berechnungen



Von den Gesundheitsausgaben in der Abgrenzung der Gesundheitsausgabenrechnung zu unterscheiden sind die Ausgaben für die Funktionsgruppe Gesundheit im Rahmen des Sozialbudgets, das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung veröffentlicht wird (in der Grafik auf S. 7 als Sozialausgaben für Gesundheit bezeichnet). Hier sind nur direkte und indirekte Sozialleistungen erfasst, Ausgaben der privaten Haushalte und der privaten Krankenversicherungen sind deshalb nicht einbezogen. Auch andere Definitionen und Abgrenzungen unterscheiden sich. So sind z.B. die in der Gesundheitsausgabenrechnung enthaltenen Mutterschaftsleistungen im Sozialbudget im Funktionsbereich Ehe und Familie erfasst, also nicht unter Gesundheit.

In Folge dessen unterscheiden sich auch die Werte für die Gesundheitsausgaben. Im Sozialbudget sind diese für das Jahr 2000 ausgewiesen mit 220,2 Mrd. €, davon 79,6 Mrd. € Einkommensleistungen. Das sind 10,9% des Bruttoinlandsprodukts. Das BIP für 2000 wird im Sozialbudget mit 3961,6 DM = 2010,2 € angegeben, in der Gesundheitsausgabenrechnung auf Basis revidierter Rechnungen mit 2032,9 Mrd. €.

Die Krankenversicherungsausgaben decken etwa 60% der im Sozialbudget erfassten Gesundheitsausgaben ab. Es handelt sich dabei nur um die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich ihrer Einkommensleistungen. Die Ausgaben anderer Träger - Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitgeber sowie Bund, Länder und Gemeinden – bleiben hier unberücksichtigt.

Spannungsverhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Gesetzliche und private Krankenversicherungen unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht. Die GKV versichert die ArbeiterInnen und Angestellten mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze von zur Zeit 3375 € mit einem Beitrag prozentual zum Bruttoeinkommen (z.Z. durchschnittlich 14%) bis zur Beitragsbemes-

sungsgrenze (ebenfalls 3375 € in 2002). Über die Krankenversicherung der Rentner sind die meisten SozialversicherungsrentnerInnen erfasst. Selbständige und Beschäftigte mit höherem Einkommen können sich freiwillig versichern, wenn sie auch vorher in der GKV waren. Andere Einkommen der Versicherten bleiben bei der Beitragsbemessung außer Betracht. Familienangehörige ohne Einkommen sind beitragsfrei mitversichert.

Eine Differenzierung nach unterschiedlich hohen Krankheitsrisiken findet nicht statt. Alle medizinisch notwendigen Leistungen werden für alle Versicherten gleichermaßen getragen, und zwar in Form von Sachleistungen, die direkt von den Krankenkassen bezahlt werden. Es sind allerdings begrenzte Selbstzahlungsverpflichtungen bei Arzneimitteln, Krankenhaus, Kuren, Heil- und Hilfsmitteln eingeführt worden. Insgesamt findet eine solidarische Umverteilung von den Gesünderen zu den Kranken und Krankheitsanfälligeren sowie von den Einkommensstärkeren zu den Einkommenschwächeren und von Singles und Kinderlosen zu Familien statt. Die GKV beruht auf dem Umlageprinzip, d.h. die Kosten werden aus den laufenden Einnahmen der jeweiligen Periode bestritten.

Die Versicherten können zwischen den verschiedenen GKV-Kassen wechseln. Die Leistungen der verschiedenen Kassen unterscheiden sich nur minimal, die Beitragssätze weisen aber eine erhebliche Spanne auf, 2001 zwischen 8,5% und 15,3%. Dies ist vor allem auf die durch die Entwicklung der Kassen bedingte unterschiedliche Zusammensetzung der Versichertenpopulationen zurückzuführen.

Ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen soll die Differenzen ausgleichen, die sich aus der unterschiedlichen Struktur der Versicherten hinsichtlich Alter, Einkommen (macht den Hauptanteil aus), Geschlecht und Anteil mitversicherter Familienangehöriger ergeben. Er leistet dies aber bisher nur unzureichend. Die unterschiedlichen Krankheitsrisiken werden nicht erfasst, wodurch insbesondere bestimmte Betriebskrankenkassen mit besonders günstiger Versichertenstruktur Vorteile haben. Die Private Krankenversicherung (PKV) ist in den Risikostrukturausgleich nicht einbezogen, obwohl sie für die Vollversorgung von Teilen der Bevölkerung verantwortlich ist.

Die Zahl der GKV-Versicherten inkl. Familienangehörige sank von 71,7 Mio. 1995 auf 71,0 Mio. 2001, macht damit aber immer noch über 86% der Bevölkerung aus.⁵ Seit 1997 gibt es jährlich per Saldo über 170.000 Übergänge von der GKV zur PKV, 2001 waren es sogar 213.000. Die Anzahl der Vollversicherten in der PKV stieg von 6,69 Mio. 1992 auf 7,71 Mio. in 2001. In der privaten Krankenvollversicherung sind nach Schätzungen des PKV-Verbandes etwa zur Hälfte Beamte und ihre Familien (für die Kostenanteile, die über die vom Arbeitgeber geleistete Beihilfe hinausgehen) sowie je etwa 1 Million Selbständige und Angestellte zuzüglich Familienangehörige versichert.

Anders als die GKV folgt die PKV dem Prinzip der Risikoäquivalenz. Die Beiträge richten sich nach dem beim Eintritt in die PKV ermittelten Krankheitsrisiko der

⁵ Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2001, Tab. 9.13 und 9.14

jeweiligen Versicherten und dem von ihnen gewählten Leistungsniveau. Die Höhe des Einkommens spielt dagegen keine Rolle. Für Familienangehörige muss gesondert gezahlt werden. Die PKV ist keine Sozialversicherung, sondern wird von privaten Versicherungsunternehmen betrieben, deren Ziel darin besteht, Gewinn zu machen. Beim Vergleich der Ausgabenstruktur von GKV und PKV, fällt auf, dass bei der PKV insb. die Verwaltungskosten exorbitant höher liegen (17,1% gg. 5,6%, durch Werbung, Außendienst, usw.) und kaum Prävention geleistet wird (0,15% gg. 3%).⁶

Die Leistungen müssen zunächst von den Versicherten bezahlt werden, die Versicherungen erstatten anschließend die Kosten. Die PKV ist kapitalgedeckt, d.h. es werden versicherungsmathematisch berechnete Altersrückstellungen gebildet und auf dem Kapitalmarkt angelegt, um die Beitragssteigerungen mit zunehmendem Alter in Grenzen zu halten. Diese sind aber individuell den einzelnen Versicherten zugeordnet. Ein Solidarausgleich findet nicht statt.

Über die finanziellen Auswirkungen der Konkurrenz zwischen GKV und PKV gibt es interessenbedingt unterschiedliche Auffassungen. Grundsätzlich profitiert die PKV davon, dass sie relativ zur GKV überdurchschnittlich gute Risiken und Beitragszahlenden mit überdurchschnittlich hohen Einkommen versichert. Insbesondere im Bereich der Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze ist davon auszugehen, dass sich insbesondere Jüngere und Gesunde ohne Kinder in der PKV versichern, während solche mit mitversicherten Familienangehörigen oder mit chronischen Krankheiten in der GKV verbleiben. Es findet eine systematische Risikoentmischung zu Lasten der GKV statt. Durch Wechsel zwischen GKV und PKV wurden der GKV 2001 ca. 0,5 Mrd. € entzogen. Dieser Vorteil mildert sich im weiteren Lebensverlauf ab, weil der Gesundheitszustand der Privatversicherten sich verändert. Aber grundsätzlich sind Personen mit höherem Einkommen, die in der PKV stärker vertreten sind, im Durchschnitt weniger krank als einkommensschwächere.

Die Privatversicherten zahlen höhere Preise für medizinische Leistungen als die GKV-Kassen und tragen so in besonderer Weise zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei. Prof. Wasem von der Universität Greifswald schätzt diese Mehrzahlungen auf insgesamt ca. 4 Mrd. € im Jahr (2,7-2,9 Mrd. € durch höhere Punktwerte bei den niedergelassenen Ärzten, 1,1 Mrd. € durch Wahlarztleistungen im Krankenhaus, 0,1 Mrd. € sonstige Wahlleistungen). Dafür erhalten die Privatversicherten zum Teil besondere Leistungen, zum Teil kann dies als Preis für den Ausstieg der PKV-Versicherten aus dem Solidarsystem der GKV betrachtet werden. Auf der anderen Seite profitieren die PKV von allgemeinen Leistungen, die die GKV für das gesamte Gesundheitswesen erbringen, wie Entgeltregelungen im Krankenhaus, Festbetragsregelungen bei Arznei- und Hilfsmitteln und v.a. die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Eine zusammenfassende Quantifizierung der wechselseitigen finanziellen Auswirkungen ist kaum möglich.

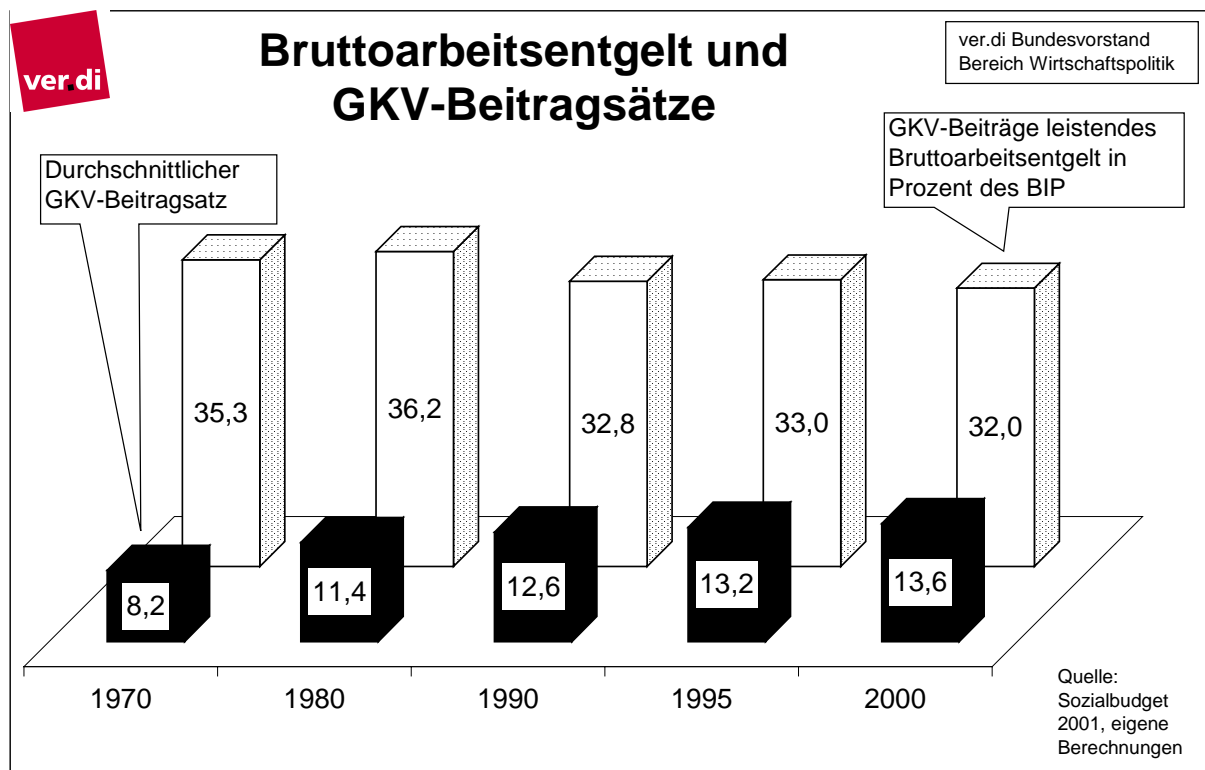
⁶ Gesundheit Ausgaben 1992 bis 2000, Tab. A1, eigene Berechnungen

Anstieg der GKV-Beitragsätze

Obwohl die GKV-Ausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nur wenig zugenommen haben, sind die Beitragsätze in der GKV nach 1980 deutlich stärker angestiegen, von durchschnittlich 11,4% auf 14% in 2002, das ist eine Steigerung um 19,3%. Sie sind auch nach 1995 weiter angestiegen, obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt rückläufig war. Der Anteil der GKV-Beiträge der ArbeitnehmerInnen am Bruttoinlandsprodukt stieg dabei seit 1980 nur leicht von 2,1% auf 2,2%, und damit ebenso die paritätisch aufgebrauchten Beiträge der Arbeitgeber.⁷

Diese Zahlen – nur relativ konstantes Beitragsaufkommen trotz gestiegener Beitragsätze – zeigen, dass der Anstieg der Beitragsätze auf einen erheblichen relativen Rückgang der Einkommen zurück geführt werden muss, auf die GKV-Beiträge entrichtet wurden.⁸ Dieser Rückgang hat zwei Ursachen:

1. ist der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter am Bruttoinlandsprodukt insgesamt zurückgegangen, von 48,2% 1980 auf 43,6% 2000 (vgl. dazu weitere Ausführungen auf S. 18ff.).
2. ist der Anteil derjenigen Löhne und Gehälter an der gesamtwirtschaftlichen Lohn- und Gehaltsumme gesunken, auf die Beiträge entrichtet wurden. Im Jahr 2000 wurden auf ca. 73,4% der Bruttolöhne und -gehälter GKV-Beiträge gezahlt gegen-



⁷ Sozialbudget 2001, Tabellen I-2 und III 13, eigene Berechnungen

über 75,2% 1980. Zum Vergleich: In der Rentenversicherung wurden Beiträge auf ca. 78,8% der Bruttolöhne und -gehälter gegenüber 80,9% 1980 entrichtet.⁹

Das niedrigere Niveau dieses Anteils bei den Kranken- gegenüber den Rentenversicherungsbeiträgen erklärt sich v.a. aus der niedrigeren Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze, die in der GKV bei 75% der Grenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) liegt. Da die Grenze in der GKV in den neuen Ländern seit 2001 mit der im Westen identisch ist, liegt sie hier z.Z. bei 90% der Grenze der GRV-Ost.

Das Absinken des Anteils der Einkommen, auf die GKV-Beiträge geleistet wurden, bedeutet, dass ein wachsender Anteil der insgesamt gezahlten Löhne und Gehälter auf Personen entfällt, die privat oder anderweitig versichert sind (Beamte und Soldaten - deren Zahl allerdings rückläufig ist - oder Beschäftigte mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze), oder dass die Einkommen nicht beitragspflichtig sind, weil sie über der Beitragsbemessungsgrenze oder unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze liegen oder aufgrund Sonderregelungen nicht beitragspflichtig sind (Studierende). Je ungleicher die Einkommensverteilung unter den abhängig Beschäftigten und je größer die Ausnahmen von der Beitragspflicht sind, desto größere Probleme wirft das für die Finanzierung der GKV auf. Das müsste genauer untersucht werden, als es hier möglich ist.¹⁰

Entlastung der Unternehmen

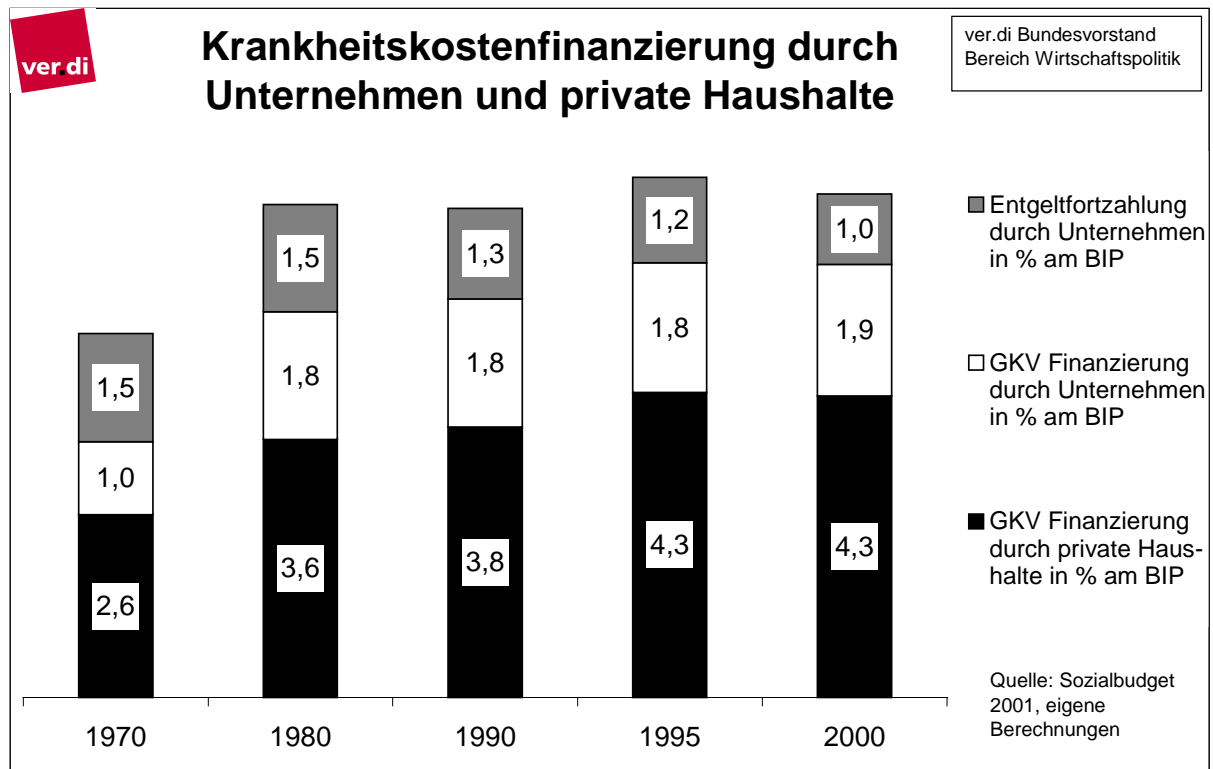
Betrachtet man die Finanzierung der GKV unter der Fragestellung, wer die Beiträge leistet, so ist der Anteil der Versicherten (dazu zählen auch Beitragszahlungen der Rentner und sonstiger Personen sowie der Sozialversicherungsträger) gegenüber 1980 deutlich angestiegen. Der Finanzierungsanteil der Unternehmen ist reaktiv zu dem der Versicherten gesunken und gemessen am Bruttoinlandsprodukt weitgehend konstant geblieben. Betrachtet man zusätzlich die von den Unternehmen aufgebraachte Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, deren Anteil in Folge geringeren Krankenstands deutlich zurückgegangen ist, ist die Gesamtbelastung der Unternehmen durch Krankheitskosten von 1980 bis 2000 um gut 0,4%-Punkte am Bruttoinlandsprodukt gesunken.

Bei Einbeziehung der Pflegeversicherung, deren Leistungen ebenfalls Teil der Gesundheitsausgaben im Sozialbudget sind, vergrößert sich die Ungleichbelastung noch. Die Arbeitnehmer sind hier seit 1995 mit 0,3% und die Versicherten insgesamt mit 0,5% am Bruttoinlandsprodukt zusätzlich belastet worden, während die Belastung

⁸ In der Grafik ist das durch die Größe „GKV-Beiträge leistendes Bruttoarbeitsentgelt“ ausgedrückt.

⁹ Berechnungsmethode: die gesamtwirtschaftliche Summe der Arbeitnehmerbeiträge wird durch den durchschnittlichen Beitragsatz dividiert, das ergibt die Lohn- und Gehaltssumme, auf die Beiträge gezahlt wurden. Dann kann man deren Anteil am gesamtwirtschaftliche Bruttoarbeitsentgelt insgesamt errechnen.

¹⁰ vgl. auch Wille, Abschnitt 1.2, S. 12 – 27



der Unternehmen durch den Wegfall eines Feiertags kompensiert wurden, was im Sozialbudget keinen Niederschlag findet.

Verschiebeparkplatz zu Lasten der GKV

Die Finanzen der GKV sind in den vergangenen Jahren durch eine Reihe gesetzgeberischer Maßnahmen belastet worden, durch die andere Sozialversicherungszweige oder öffentliche Haushalte von Zahlungen entlastet wurden, die sie sonst an die GKV hätten leisten müssen. Die größte Dimension hatte dabei die Senkung der Beitragszahlungen für Arbeitslose und die Erhöhung der Rentenversicherungsbeiträge aus Krankengeld durch das Rentenreformgesetz 1992. Mit der Umsetzung des Hartz-Konzepts zur Arbeitsmarktreform drohen weitere Ausfälle in dreistelliger Millionenhöhe, weil geringfügig Beschäftigte einen niedrigeren Pauschalbeitrag zahlen sollen.

Eine aktuelle Studie des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung errechnet eine plausible Belastung der GKV durch diesen „Verschiebeparkplatz“ in Höhe von 2,5 – 3 Mrd. € jährlich in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre, 3,6 Mrd. € 2001 und je 4,5 Mrd. € 2002 und 2003.¹¹ Das entspricht zunächst ca. 2% und ab 2002 mehr als 3% der GKV-Ausgaben. Von 1995 bis 2003 addieren sich diese Belastungen auf rund 30 Mrd. €. Da ein Beitragsatzpunkt in der Allgemeinen Krankenversicherung 2001 ca. 7,8 Mrd. € entsprach¹², bedeutete dies in 2001 um ca.

¹¹ Beske u.a., S. 65

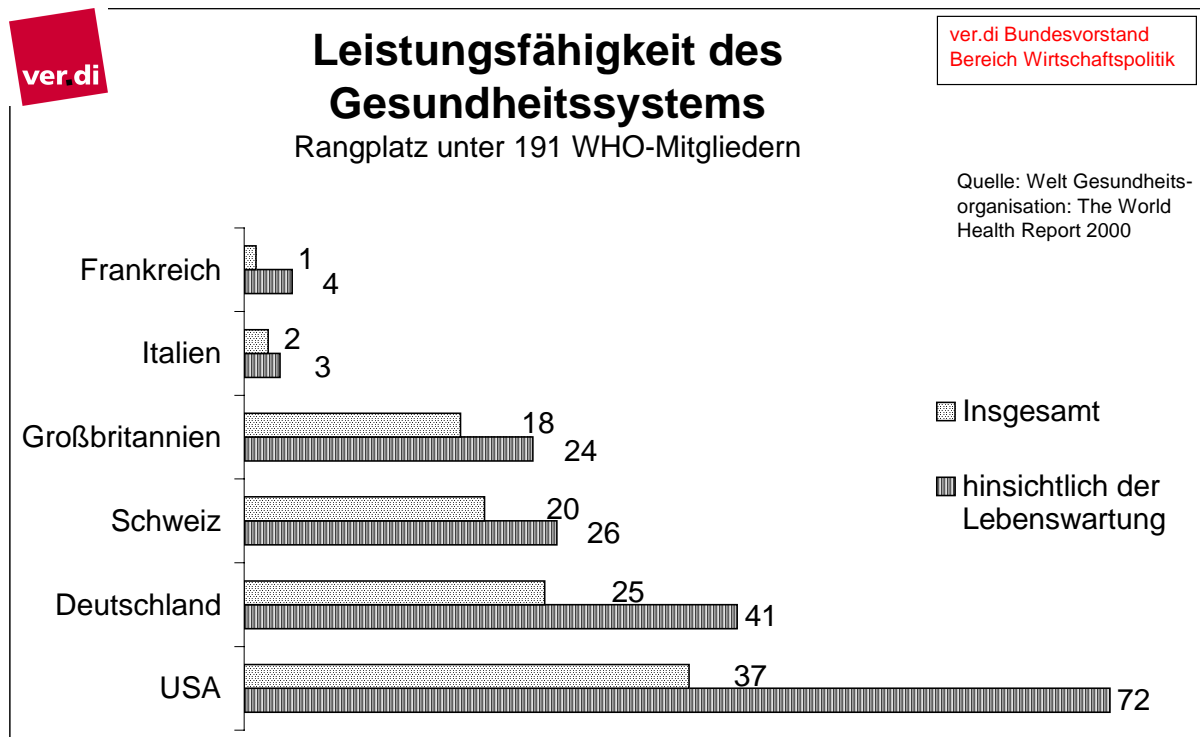
¹² Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2001, Tab. 10.13

0,5%-Punkte höhere GKV-Beiträge, 2002 ca. 0,6%-Punkte, je hälftig als Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag zu leisten.

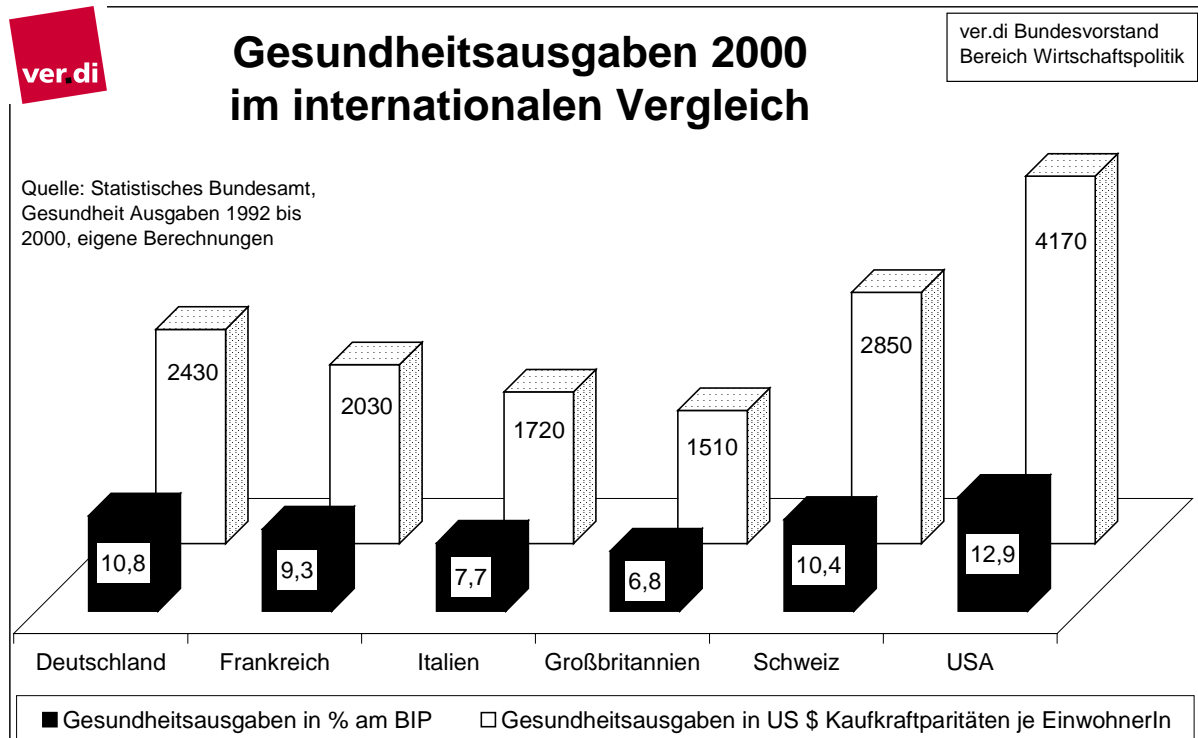
Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Es gab zwar keine Kostenexplosion, aber dennoch bestehen im Gesundheitswesen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven, die erschlossen werden können. Das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat vielfältige Unter-, Über- und Fehlversorgung festgestellt und Reformvorschläge dazu entwickelt. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass das Gesundheitswesen in Deutschland relativ teuer ist, seine Leistungen gemessen an Gesundheitszustand und Lebenserwartung der Bevölkerung aber nur im Mittelfeld der vergleichbaren Länder liegen.¹³

Das mit Abstand teuerste Gesundheitswesen mit sehr mäßigen Ergebnissen leisten sich die USA. Besonders deutlich wird das bei den Pro-Kopf-Ausgaben. Die Krankenversicherung ist in den USA für die Mehrzahl der Bevölkerung nicht gesetzlich geregelt. Während in Deutschland drei Viertel der Gesundheitsausgaben von Sozialversicherungen und Staat getragen werden, sind es in den USA nur 44%. Für Ältere und bestimmte besonders bedürftige Gruppen gibt es staatliche Hilfsprogramme, doch die Erwerbsfähigen müssen sich privat bzw. über ihren Arbeitgeber versichern. Aber längst nicht alle Unternehmen bieten ihren Beschäftigten eine Krankenversicherung oder Zuschüsse dazu an. Insbesondere kleinere Betriebe, Betriebe in Landwirtschaft, Einzelhandel und Service-Bereich und Betriebe mit einem



¹³ vgl. WHO 2000, Annex Table 10: Health system performance in all Member States



hohen Anteil an Niedriglohnbeschäftigten bieten kaum Krankenversicherung. Von den Teilzeitbeschäftigten ist nur eine kleine Minderheit über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

Nach Angaben des US Census Bureau waren im Jahr 2000 in den USA 39 Mio. Menschen, das sind 14% der Bevölkerung, das ganze Jahr über ohne Krankenversicherungsschutz. Einschließlich derjenigen, die zeitweise ohne Krankenversicherung waren, waren es etliche Millionen mehr. Die verschiedenen Bevölkerungsgruppen sind sehr unterschiedlich betroffen: 9,2 Millionen oder 30% der Armen waren nicht krankenversichert, und von den 61 Mio. Menschen in Haushalten mit einem Jahreseinkommen unter 25.000 \$ waren es 14 Mio. oder 23%. 11,6% aller und 22% der armen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren waren nicht versichert, und 27 % aller und 47% der armen 18-24-Jährigen. 32% der Hispanics waren unversichert gegenüber 10% der weissen Nicht-Hispanics.¹⁴

Perspektiven der GKV-Finzen

Die längerfristige Entwicklung der GKV-Ausgaben wird von einer ganzen Reihe miteinander in Zusammenhang stehender Faktoren bestimmt. Die wichtigsten sind:

- der medizinisch-technische Fortschritt: Hier gibt es sowohl kostensenkende als auch zusätzliche Kosten hervor rufende Innovationen. In der Vergangenheit überwogen die kostensteigernden Effekte, aber es ist offen, ob sich das in der Zukunft fortsetzen wird.

¹⁴ US Census Bureau, Health Insurance Coverage 2000

- die Produktivitätsentwicklung im Gesundheitswesen und die Effizienz der Leistungserbringung. Medizinische und pflegerische Leistungen sind nur begrenzt rationalisierbar, steigende Einkommen der Beschäftigten wirken also stärker als in anderen Wirtschaftsbereichen kostensteigernd. Die Effizienz kann aber durch den Abbau verbreiteter Fehl- und Überversorgungen und eine bessere Koordination und Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter noch erheblich gesteigert werden.
- die Veränderung der Bevölkerungsstruktur, insb. der wachsende Anteil älterer Menschen, und damit zusammenhängende Veränderungen im Krankheitsspektrum und der Versorgungsbedürftigkeit. Der hieraus resultierende ausgabensteigernde Effekt wird allerdings häufig überschätzt, weil der durchschnittliche Gesundheitszustand der älteren Menschen sich ständig verbessert und ein Großteil der Behandlungskosten nur einmal pro Person im letzten Lebensjahr anfallen. Relativ stärker als die GKV wird die Pflegeversicherung von Kostensteigerungen betroffen sein. Von einem steigenden Anteil Älterer gehen aber auch von der Einnahmeseite her negative Wirkungen aus, weil RentnerInnen erheblich niedrigere Beiträge zahlen als Erwerbstätige. Für die nächsten 10 – 20 Jahre werden sich die Auswirkungen aber in engen Grenzen halten, weil erst dann der Bevölkerungsanteil der Alten stark steigt.

Insgesamt sind die Auswirkungen dieser und anderer Faktoren auf die weitere Entwicklung der Beitragsätze in der GKV nur schwer abzuschätzen. Dem entsprechend gibt es eine weite Spanne der Schätzungen, für die Zeit bis 2020 von weitgehender Stabilität bis zu 20% (heute 14%), für die Zeit bis 2040 von überschaubaren Steigerungen unterhalb 20% bis über 30%. Wenngleich ein längerfristiger Anstieg der Gesundheitskosten wahrscheinlich ist, sind diese langfristigen Vorhersagen also mit großer Vorsicht zu betrachten.¹⁵

Für Katastrophengerede über eine bevorstehende Unfinanzierbarkeit des Gesundheitswesens und die angebliche Notwendigkeit eines Systemwechsels zu einer privaten, kapitalgedeckten Absicherung besteht jedenfalls kein Grund. Erstens ist die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in erheblichem Maße gestaltbar (vgl. dazu die Ausführungen ab S. 22) und zweitens ist eine kapitalgedeckte Versicherung ebenfalls von den oben genannten Faktoren betroffen (vgl. dazu S. 30).

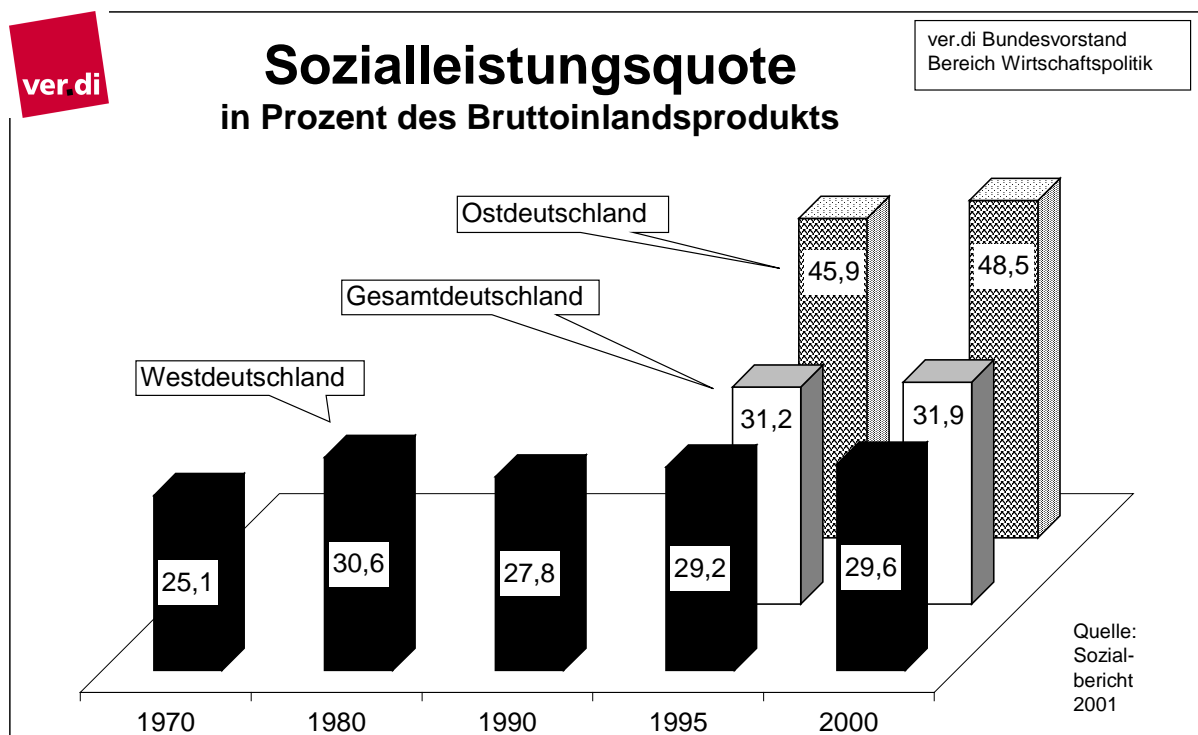
¹⁵ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 117ff., und Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, S. 6

Rahmendaten der Sozialleistungsfinanzierung

Die Entwicklung der Sozialleistungsquote

Die Wahrnehmung einer immer weiter steigenden Abgabenbelastung der Arbeitseinkommen resultiert weniger aus der Entwicklung einzelner Sozialversicherungszweige, sondern aus der Kumulation der Beitragssatzsteigerungen sowie einer gleichzeitig wachsenden bzw. anhaltend hohen Lohnsteuerbelastung. Deshalb wird im Folgenden die Entwicklung der Sozialleistungen insgesamt betrachtet. Dann wird noch deutlicher, in welchem Maße die Umverteilung zu Lasten der Löhne und Gehälter und zugunsten der Unternehmens- und Vermögenseinkommen dafür verantwortlich ist, dass die ArbeitnehmerInnen immer höhere Sozialbeiträge zahlen mussten.

Die Sozialleistungsquote, also der Anteil der Sozialleistungen am Bruttoinlandsprodukt, weist zunächst im Verlauf der 1960er und ersten Hälfte der 1970er Jahre einen deutlich steigenden Verlauf auf. Dieser ist Ausdruck der Ausweitung der sozialen Leistungen, die sich mit dem wachsenden Wohlstand und den in dieser Zeit realisierten Sozialreformen vollzogen hat. Ein weiterer, im Verlauf der Sozialleistungsquote ablesbarer Faktor ist der Anstieg der Arbeitslosigkeit im Gefolge der ökonomischen Krisen bzw. Rezessionen 1966/67, 1974/75, 1981/82, 1993 und aktuell wieder 2001/2002. Insgesamt ist die Sozialleistungsquote in Deutschland seit Mitte der 1970er Jahre trendmäßig recht konstant geblieben und in der zweiten Hälfte der

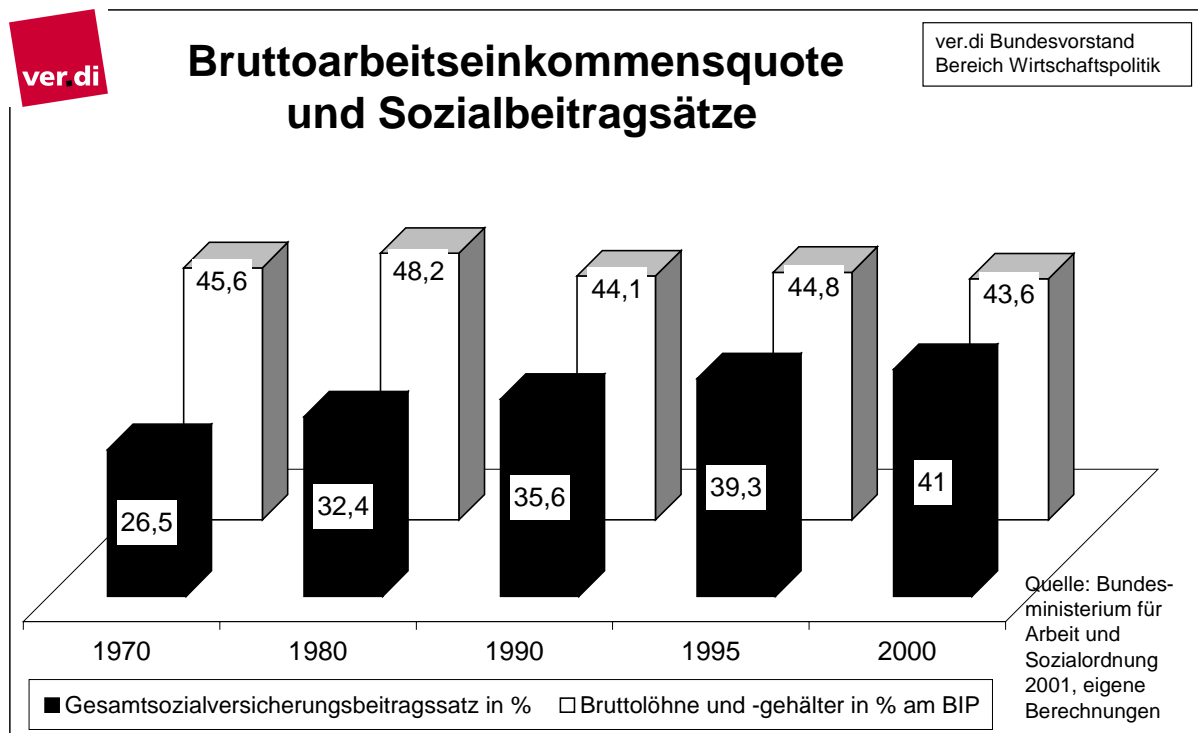


1980er Jahre sogar deutlich gesunken, obwohl die Arbeitslosigkeit stufenweise von unter 1% in den 1960er und wieder Anfang der 1970er Jahre auf über 10% seit 1994 anstieg.

Ganz neue Herausforderungen haben sich durch den Zugang der neuen Bundesländer ergeben. In Folge des weitgehenden Absturzes der ökonomischen Basis Ostdeutschlands weisen die Sozialleistungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt dort eine exorbitante Höhe auf, die nur langsam zurückgeht. Das gesamtdeutsche Sozial- und Finanzsystem ist seitdem in erheblichem Maße durch eine ständige Umverteilung von Finanzmitteln aus dem Westen in den Osten geprägt. Im Sozialbudget machte der West-Ost-Transfer 2001 ca. 28 Mrd. € aus, das sind 11,2% des Bruttoinlandsprodukts der Neuen und 1,6% der Alten Bundesländer. Die Zahlen für Gesamtdeutschland liegen aufgrund des weit größeren Gewichts des Westens dann wieder näher beim Westniveau, allerdings gegenüber diesem deutlich erhöht.

Anstieg der Sozialbeitragsätze

Im Unterschied zur Sozialleistungsquote weist der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz, also die Summe der Beitragssätze der gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung eine deutlich stärkere Steigerung auf. Dies ist wesentlich dadurch bedingt, dass gemessen am Bruttoinlandsprodukt der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter, die die Basis für die Sozialversicherungsbeiträge sind, seit Anfang der 1980er Jahre deutlich gesunken ist. Dies liegt hauptsächlich am Rückgang der Lohnquote um ca. 4%-Punkte, also des Anteils der Arbeitnehmerentgelte (inkl. aller Sozialbeiträge, auch der Arbeitgeberanteile) am Volkseinkommen. Spiegelbildlich stieg der Anteil der Unternehmens- und Vermögenseinkommen. Außerdem stieg der Anteil der Ab-



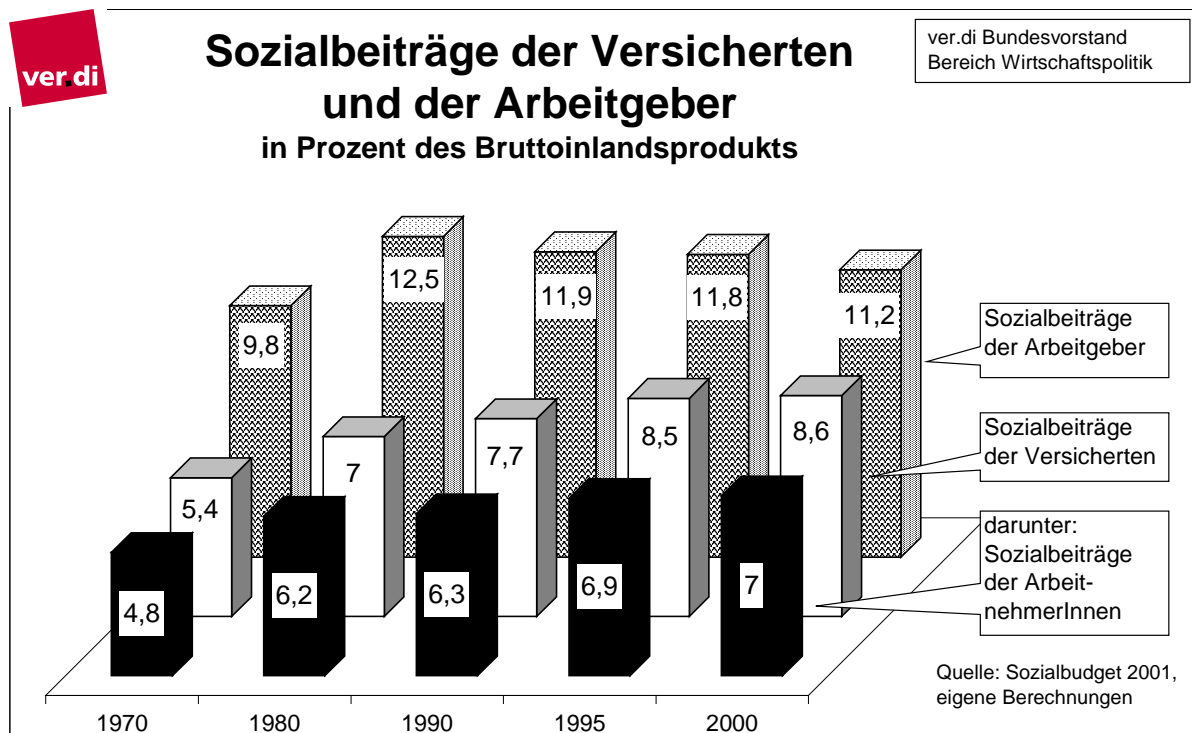
schreibungen, die den Unternehmen als Ausgleich für den kalkulatorischen Wertverlust der Produktionsanlagen zufließen, am Bruttoinlandsprodukt um ca. 2%-Punkte.

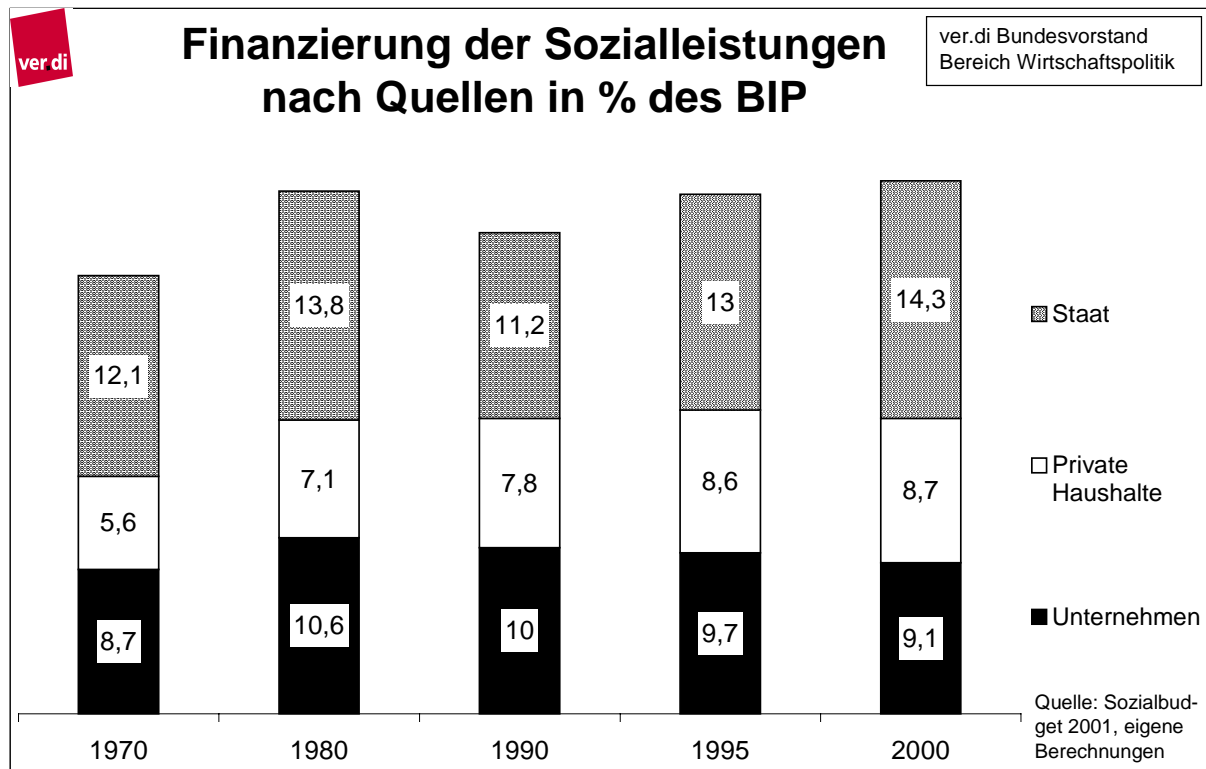
Abnehmender Finanzierungsanteil der Arbeitgeber

Auch der Anteil der Sozialbeiträge der Arbeitgeber an der Finanzierung des Sozialbudgets und am Bruttoinlandsprodukt ist zurückgegangen. Die im Sozialbudget ausgewiesenen Sozialbeiträge der Arbeitgeber umfassen neben den überwiegend paritätischen Arbeitgeberanteilen zu den Sozialversicherungen auch unterstellte Sozialbeiträge für Pensionen und Beihilfen im öffentlichen Dienst sowie Lohnfortzahlung, betriebliche Altersversorgung, Zusatzversorgung, gesetzliche Unfallversicherung und andere Leistungen und liegen deshalb erheblich über den Arbeitnehmerbeiträgen. Bis in die 1980er Jahre lagen sie noch mehr als doppelt so hoch, im Jahr 2000 nur noch 60% höher.

Hätten im Jahr 2000 noch die Verteilungsverhältnisse von 1980 in Bezug auf den Anteil der Löhne und Gehälter am Bruttoinlandsprodukt und auf den Anteil der Arbeitnehmerbeiträge an der Sozialleistungsfinanzierung bestanden, ergibt sich für 2000 bei gleichem Finanzierungsvolumen rechnerisch ein Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von nur ca. 32,4% statt tatsächlich 41%.

Diese Zahlen dienen aber nur einer Illustration der Größenordnungen, denn bei gleichem Leistungsniveau wären bei höheren Löhnen auch die Leistungsausgaben höher. Eine Angabe für den durchschnittlichen GKV-Beitrag unter den früheren Verteilungsverhältnissen ist noch schwieriger, er dürfte etwa 1%-Punkt niedriger liegen.



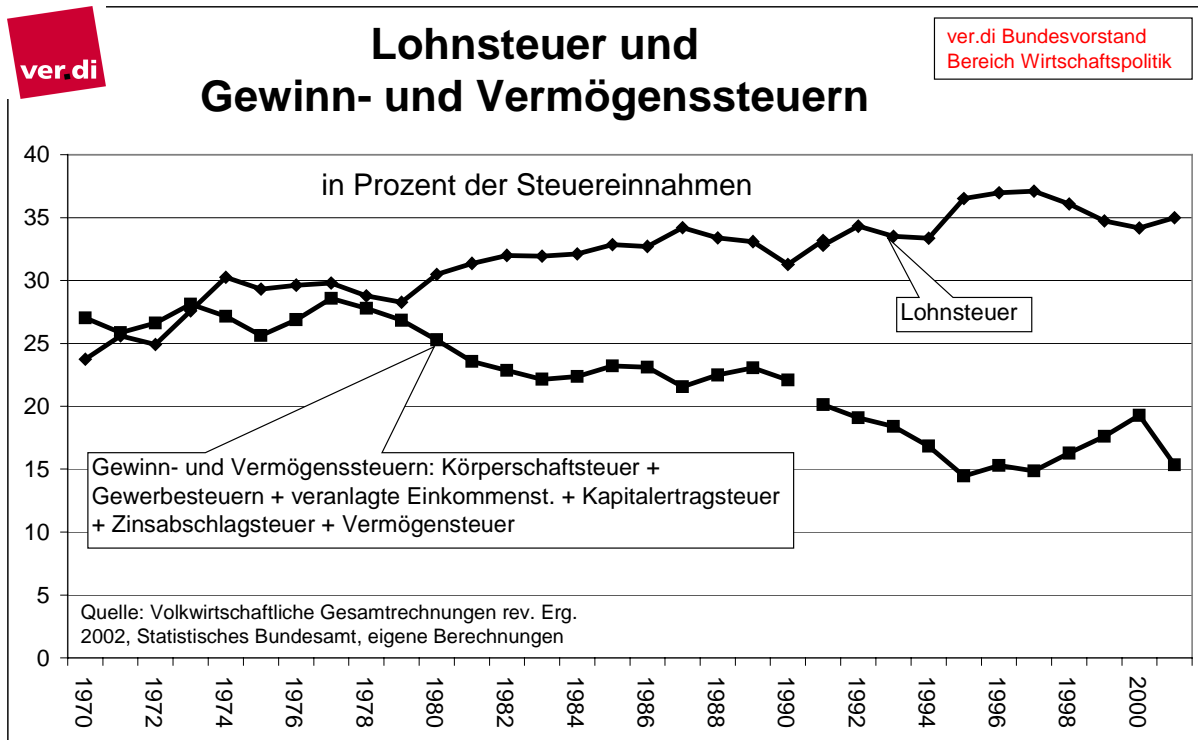


Starke Entlastung der Unternehmen

Betrachtet man, wer die Sozialleistungen finanziert hat, zeigt sich, dass die Unternehmen insgesamt gegenüber 1980 deutlich entlastet worden sind. Im Jahr 2000 betrug die relative Entlastung gegenüber 1980 1,5%-Punkte am Bruttoinlandsprodukt, das entspricht über 30 Mrd. €. Dabei sind hier die (tatsächlichen und unterstellten) Sozialbeiträge der öffentlichen Arbeitgeber nicht enthalten und andererseits Leistungen einbezogen, für die keine Sozialbeiträge unterstellt werden, wie Leistungen zur Vermögensbildung der Arbeitnehmer. Der Anteil der Unternehmen an der Finanzierung des Sozialbudgets sank von 33,2% 1980 auf 27,8% 2000.

Gleichzeitig fand noch eine erhebliche Umverteilung der Steuerbelastungen zugunsten der Unternehmen sowie der Gewinn- und Vermögenseinkommen insgesamt statt, so dass auch der Anteil des Staates an der Finanzierung der Sozialleistungen in letzter Instanz immer stärker von den ArbeitnehmerInnen getragen wird, während die Unternehmen und Vermögensbesitzer immer weniger beitragen.

Wären die Steuerbelastungsverhältnisse wie in 1980 geblieben, wäre die Lohnsteuer 2001 um 22 Mrd. € geringer ausgefallen, die Nettolöhne und -gehälter um knapp 4% höher. Die Belastung der Gewinn- und Vermögenseinkommen hätte um 49 Mrd. € höher gelegen, allein die von Kapitalgesellschaften und Gewerbebetrieben gezahlte Körperschaft- und Gewerbesteuer hätten 38 Mrd. € mehr erbracht.



Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt dargestellt beträgt die Entlastung der Gewinne und Vermögenseinkommen 2,7% des Bruttoinlandsprodukts, die der Kapitalgesellschaften und gewerbesteuerzahlenden Unternehmen allein 2% des Bruttoinlandsprodukts.

Finanzierungsmöglichkeiten und -vorschläge

In Bezug auf die Finanzierungsseite des Sozialbudgets und insbesondere der Krankenversicherung besteht das Hauptproblem darin, dass die Sozialbeitragsätze und damit die subjektiv wahrgenommene Belastung der Mehrheit der Bevölkerung erheblich angestiegen sind, obwohl das gesamtwirtschaftliche Gewicht der Sozialleistungen und der Gesundheits- und Krankenversicherungsausgaben kaum gewachsen ist. Die oben dargestellten Daten sollten deutlich machen, dass für diese Auseinanderentwicklung vor allem der sinkende Anteil der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter am Bruttoinlandsprodukt und der abnehmende Finanzierungsanteil der Unternehmen verantwortlich sind.

Aufgrund der differenzierten Struktur der Krankenkassenfinanzierung gibt es eine ganze Reihe von Bestimmungsfaktoren und Stellschrauben, die letztlich die Höhe der Beiträge und der Kostenbelastungen verschiedener Bevölkerungsgruppen beeinflussen. In der GKV sind die Leistungsansprüche nicht von den eingezahlten Beiträgen abhängig und erhebliche Teile der Bevölkerung und ihrer Einkommen sind nicht einbezogen. Deshalb bietet insb. eine Ausweitung des Kreises der beitragspflichtig versicherten Personen und der beitragspflichtigen Einkommen Möglichkeiten zur Verbesserung der Finanzierungssituation bzw. zur Senkung der Beitragsätze. Damit sind immer zugleich strukturelle Veränderungen verbunden, insb. im Verhältnis GKV – PKV. Ziel der Gewerkschaften ist die Sicherung und Stärkung der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Folgenden werden wichtige Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten, die für die Entwicklung der Finanzierung der GKV von Bedeutung sind, dargestellt und kurz unter ökonomischen Aspekten diskutiert. Die Ausgabenseite wird hier nicht weiter betrachtet. Für einige Vorschläge liegen Modellrechnungen zur Quantifizierung vor, deren Ergebnisse referiert werden. Joachim Klose und Henner Schellschmidt vom Wissenschaftlichen Institut der AOK haben 2001 diverse Modelle zur Reform der GKV-Finanzierung zusammengetragen, dargestellt und diskutiert. Unter anderem referieren sie mehrfach eine Studie des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie, das auf der Basis von Daten aus 1994 verschiedene Modellrechnungen zur Erweiterung des Kreises der beitragspflichtigen Einkommen durchgeführt hat. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hat 2001 auf Basis der Daten für 1999 verschiedene Modelle durchgerechnet.

Aktuell arbeitet Prof. Dr. Eberhard Wille an der Universität Mannheim im Auftrag des PKV-Bundesverbandes an einem methodisch anders vorgehenden Gutachten zu den zu erwartenden Auswirkungen einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder der Beitragsbemessungsgrenze auf die Finanzen der PKV und der GKV. Das Gutachten wird in Kürze fertiggestellt sein.

Erwerbstätigkeit, Lohnquote und Lohnstruktur

Eine wichtige Bedingung für eine sozial verträgliche Stabilisierung oder Senkung der Sozialbeitragsätze und insbesondere der Krankenversicherungsbeitragsätze ist eine Trendwende der ungünstigen Verteilungsentwicklung der letzten 20 Jahre, also die Stabilisierung oder Steigerung des Anteils der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen und am Bruttoinlandsprodukt. Diese Trendwende ist einerseits eine Aufgabe einer aktiven Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik. Ein Wachstum der Beschäftigung und der Abbau der Arbeitslosigkeit steigern tendenziell auch den Lohnanteil am Volkseinkommen. Andererseits ist es eine Aufgabe der Tarifpolitik, deren Durchsetzungschancen wiederum wesentlich durch die Höhe der Arbeitslosigkeit und politisch gesetzte Rahmenbedingungen, aber auch die Politik der Gewerkschaften selbst geprägt sind. Von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung der Beitragsätze ist auch die Entwicklung der Erwerbsquote, also des Anteils der Erwerbstätigen an der Bevölkerung. Hier kann insbesondere eine weitere Steigerung der Frauenerwerbsquote und eine Reduzierung der Zahl der Erwerbsunfähigen durch bessere gesundheitliche Vorsorge und Rehabilitation einen wichtigen Beitrag leisten.

Verschiebepark und Bundesfinanzierung

Eine Beendigung der Verschiebung finanzieller Belastungen von anderen Sozialversicherungszweigen oder Gebietskörperschaften auf die GKV könnte die Finanzlage der GKV um gegenwärtig jährlich ca. 4,5 Mrd. € oder 0,6 Beitragsprozentpunkte entlasten. Den größten Einzelbeitrag würden erbringen, die Beiträge für Arbeitslose wieder am früheren Bruttogehalt zu bemessen. Darüber hinaus wäre die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses wie in der Rentenversicherung möglich (das fordert der DGB) oder die Steuerfinanzierung „krankenversicherungsfremder Leistungen“ wie Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Dies würde nach Auskünften des Verbands der Angestelltenkrankenkassen die GKV um ca. 2 Mrd. € oder 0,2 – 0,3 Beitragssatzprozentpunkte entlasten. Würden auch die entgangenen Zuzahlungen bei sozialen Härtefällen erstattet, wären das weitere ca. 1,3 Mrd. € oder 0,2 Prozentpunkte. Auch die Beitragsfreiheit während des Bezugs von Erziehungsgeld und der reduzierte Beitrag für Studierende müsste eigentlich vom Bund finanziert werden. Dadurch würden alle SteuerzahlerInnen und damit zumindest in gewissem Umfang auch Gewinne und Vermögenseinkommen an der Finanzierung der GKV beteiligt. Zur Reform der Steuerpolitik, um Unternehmens- und Vermögenseinkommen künftig wieder stärker zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben heran zu ziehen, hat ver.di detaillierte Forderungen entwickelt.¹⁶

An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV

Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze - im Jahr 2002 bei 3375 € im Monat - können sich bisher durch Übertritt zur PKV dem

¹⁶ Vgl. ver.di Bundesvorstand 2002 und weitere Informationen unter www.verdi.de/hintergrund/wirtschaftspolitik

Solidarausgleich der GKV entziehen. Das schwächt die Finanzierungsbasis der GKV nachhaltig. Um dem zu begegnen und die Risikoentmischung zu Lasten der GKV zu mindern, könnte die Versicherungspflichtgrenze schrittweise auf das Niveau derjenigen in der Rentenversicherung (GRV) angehoben oder wie es die Ersatzkassen fordern ganz abgeschafft werden. Dadurch werden Beitragsatzsenkungen ermöglicht und der solidarische Charakter der Krankenversicherung gestärkt. Der DGB fordert in seinem aktuellen Kongressbeschluss eine schrittweise Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. In der Koalitionsvereinbarung ist eine Anhebung für neue Versicherungsverhältnisse auf das Niveau der Rentenversicherung vorgesehen.

Das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) errechnete für eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der GRV eine mögliche Beitragsatzsenkung um 0,7 Prozentpunkte. Bei einem Wegfall der Versicherungspflichtgrenze und einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der GRV ergaben sich 0,8 Prozentpunkte.¹⁷ Der überwiegende Teil dieser Beitragssenkungsspielräume resultiert dabei aus der gleichzeitigen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Eine Erhöhung oder Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze bei konstanter Beitragsbemessungsgrenze hätte deutlich geringere Effekte, nach Auskunft von Prof. Wasem von der Universität Greifswald ca. 0,1 Beitragsatzpunkte, zum gleichen Ergebnis kommt nach Auskunft von Prof. Wille von der Universität Mannheim sein neues Gutachten.

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von bisher 75% auf 100% des Niveaus in der Gesetzlichen Rentenversicherung ohne Veränderung des Kreises der versicherten Personen Mehreinnahmen von 4,6 Mrd. € (1999) oder 0,5 Beitragsatzpunkte berechnet.¹⁸ Prof. Wille kommt in seinem Gutachten auf einen etwas geringeren Wert von etwa 0,3 Punkten. Der DGB fordert eine solche Anhebung.

Es ist klar, dass bei einer Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommen diejenigen Teile der Bevölkerung, die zusätzliche Beiträge zu leisten haben, verstärkt belastet werden. Auf der anderen Seite wird die Mehrzahl der Versicherten entlastet, weil dann die Beitragsätze gesenkt werden können. Per Saldo würde die solidarische Qualität des Gesundheitssystems damit verstärkt, denn die Beitragsbemessungsgrenze führt zu einer sinkenden relativen Belastung höherer Einkommen. Z.B. liegt bei einem Beitragsatz von 14% die maximale Beitragshöhe bei der Beitragsbemessungsgrenze von 3375 € bei 472,50 € im Monat, bei einem Einkommen von 5000 € sind das noch 9,5%, bei 10.000 € nur noch 4,7% effektive Beitragsbelastung. Andererseits ist klar, dass es eine Beitragsbemessungsgrenze auch weiterhin geben muss, weil ein für bestimmte Zwecke erhobener Sozialversicherungsbeitrag im Unterschied zu einer Steuer nicht völlig von der Gegenleistung abgekoppelt werden kann, die es dafür gibt.

¹⁷ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 51f.

¹⁸ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 176- 192, insb. S. 187, Modell 1.

Einbeziehung weiterer Bevölkerungsgruppen in die GKV

Auch die Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV auf die bisher privat versicherten Selbständigen, Freiberufler und Beamten hätte einen positiven Effekt auf die Finanzsituation. Das INIFES errechnete dafür bei Beibehaltung der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze eine mögliche Senkung des Beitragsatzes um 0,5 Prozentpunkte, für eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung und aller Arbeitseinkommen inkl. des kalkulatorischen Arbeitseinkommens der Selbständigen ohne Beitragsbemessungsgrenze ergab sich eine mögliche Senkung um 1,4 Prozentpunkte.¹⁹

Perspektivisch könnten zunächst alle Erwerbstätigen und ihre Familienangehörigen in die GKV integriert und diese damit zu einer „Erwerbstätigenversicherung“ und dann noch weiter zu einer Volksversicherung entwickelt werden. Dies erforderte einen längeren Übergangsprozess und begleitende Maßnahmen in Richtung der bei den PKV Beschäftigten, da damit die Rolle der PKV tendenziell auf die einer möglichen Zusatzversicherung für Sonderleistungen reduziert wird.

Einbeziehung anderer Einkommensformen in die Beitragspflicht

Bisher sind bei ArbeitnehmerInnen nur die Löhne und Gehälter und bei RentnerInnen nur die Renten beitragspflichtig. Die in vielen Fällen erheblichen und wachsenden Vermögenseinkommen bleiben außen vor. Da Einkommensersatzleistungen, die proportional zu den Beiträgen geleistet werden, für die GKV mit 5,8% der Ausgaben nur eine ganz untergeordnete Rolle spielen, wirkt dies zunehmend Finanzierungs- und Gerechtigkeitsprobleme auf. Werk- und Dienstverträge in die Beitragspflicht einzubeziehen wäre auch aus arbeitsmarktpolitischen Gründen sinnvoll, um Anreize zur Ausweitung ungesicherter Erwerbsverhältnisse und zur Abwälzung von Sozialkosten auf die Einzelnen und die Gesellschaft abzubauen. Dabei könnten die Beiträge vom Auftraggeber gezahlt werden mit der Möglichkeit für Privatversicherte, sich den Beitrag erstatten zu lassen.

Insbesondere bei den RentnerInnen hat das vorhandene oder nicht vorhandene Vermögen eine große Bedeutung für die Lebenslage und die finanzielle Leistungsfähigkeit, oft eine größere als die Höhe der Rente. Vor diesem Hintergrund erscheint die Entscheidung unangemessen, die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Gleichbehandlung pflicht- und freiwillig versicherter RentnerInnen in der GKV dadurch herzustellen, dass bei allen nur noch die Rente und nicht auch andere Einkommen beitragspflichtig sind. Hätte man den Anteil der RentnerInnen an der GKV-Finanzierung konstant gehalten, hätte die Einbeziehung auch anderer Einkommen Beitragssenkungen für die Mehrheit der RentnerInnen bedeutet, die nur geringe andere Einkünfte haben.

Die Spielräume für Beitragsatzsenkungen, die sich durch Einbeziehung anderer Einkommensformen ergäben, sind beträchtlich. Das INIFES errechnete für eine

¹⁹ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 33ff.

Ausweitung der GKV-Pflicht auf die gesamte Bevölkerung und Einbeziehung aller Primäreinkommensformen ohne Beitragsbemessungsgrenze eine mögliche Senkung um 3,4 Prozentpunkte. Werden auch die Renten voll einbezogen, ergäben sich danach um 4,7 Punkte geringere Beitragsätze.²⁰

Das DIW errechnete für eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten bei den bisherigen GKV-Mitgliedern Mehreinnahmen von 3,2 Mrd. € (1999), entsprechend 0,4 Beitragsatzpunkten. Würde zusätzlich die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben, ergeben sich Mehreinnahmen von 7,9 Mrd. € oder 0,9 Beitragsatzpunkten. Bei einer allgemeinen Versicherungspflicht einschließlich der bisher privat Versicherten ergeben sich nach Abzug der Mehraufwendungen für die zusätzlichen Versicherten 11,2 Mrd. € Mehreinnahmen oder um 1,3 Prozentpunkte niedrigere Beiträge. Bei gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung errechnen sich Mehreinnahmen von 18,6 Mrd. € oder etwa 2 Beitragsatzpunkten.²¹

Eine generelle Einführung der Beitragspflicht für private Einkommen aus Vermögen und aus Vermietung und Verpachtung wirft allerdings Probleme auf, die berücksichtigt werden müssen. Zum einen werden nur diejenigen BezieherInnen solcher Einkommen belastet, die weiterhin unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, die Bezieher höherer Einkommen dagegen nicht. Zum anderen würde eine einseitige Mehrbelastung von Versicherten durch Einbeziehung anderer Einkommen dem Prinzip der Beitragsparität widersprechen und zu einer weiteren ungerechtfertigten Entlastung der Arbeitgeber führen. Aus diesen Gründen hat der DGB sich aktuell gegen diesen Vorschlag ausgesprochen. Außerdem besteht das technische Problem der Erfassung dieser Einkommen durch die Krankenkassen, evt. auf Basis der Steuerbescheide.

Grundsätzlich bleibt es aber richtig, dass die Einbeziehung weiterer Einkommen die finanzielle Leistungsfähigkeit der Beitragspflichtigen angemessener berücksichtigen und die Finanzierungsbasis der GKV erweitern würde.²² Dies dürfte längerfristig immer wichtiger werden. Die genannten Probleme könnten durch eine geeignete Gestaltung umgangen werden. So könnten für andere Einkünfte als aus Erwerbsarbeit besondere Freibeträge vorgesehen werden. Darüber hinaus gehende Beträge könnten dann bis zu einem gesonderten Höchstbetrag unabhängig von der allgemeinen Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden. Soweit weiterhin eine Versicherungspflichtgrenze bestünde, dürften andere Einkommen für diese nicht berücksichtigt werden.

Veränderung der Arbeitgeberbeiträge

Die Arbeitgeber fordern, die Arbeitgeberbeiträge bei künftigen Steigerungen der GKV-Beitragsätze konstant zu halten oder sogar sie einseitig zu senken. Angesichts

²⁰ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 35f.

²¹ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 176- 192, insb. S. 187, Modelle 2,3, 9 und 10.

²² Vgl. Jacobs/Schellschmidt

der dargestellten bereits erfolgten Entlastung der Unternehmen bei der Sozialleistungsfinanzierung besteht dafür keinerlei Grund.

Von einigen Wissenschaftlern wird angeführt, dass auch die sog. Arbeitgeberbeiträge Bestandteil der Arbeitskosten bzw. letztlich vorenthaltener Lohn sind und ihre Entwicklung in die Tarifauseinandersetzungen um Lohn- und Gehaltserhöhungen mit einfließen. Deshalb sei die Parität der Belastung nur Schein und nicht so wichtig. Dennoch ist die paritätische Zahlung der Sozialbeiträge von großer Bedeutung, weil nur so steigende Beitragsätze automatisch auch die Arbeitgeber belasten. Ob die Gewerkschaften in der Lage wären, ohne diesen Mechanismus eine entsprechende tarifliche Kompensation durchzusetzen, ist fraglich. Auch hat auf diese Weise die Arbeitgeberseite ein eigenes politisches Interesse, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch Umsatz- und Einkommenssteigerungen der Anbieter und durch gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zu begrenzen.

Um bei Einbeziehung anderer Einkommen das Prinzip der Parität aufrecht zu erhalten, könnte ein zusätzlicher Wertschöpfungsbeitrag der Arbeitgeber in mindestens der Höhe eingeführt werden, wie durch die Einbeziehung anderer Einkommensformen zusätzliche Beiträge der Versicherten entstehen und die Arbeitgeber durch niedrigere lohnbezogene Beitragsätze entlastet werden. Dieser Wertschöpfungsbeitrag sollte an der Bruttowertschöpfung ansetzen und so auch Finanzmittel der Unternehmen erfassen, die bisher nicht zu Beiträgen herangezogen werden (Gewinne, Zinsen und Pachten, Abschreibungen).

Dabei wäre wichtig, dass es sich um einen additiven, also zusätzlichen Wertschöpfungsbeitrag über die wie bisher paritätisch erhobenen lohnbezogenen Beiträge hinaus handelt. Damit könnten verschiedene Probleme vermieden werden, die mit der auch diskutierten Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge auf die Wertschöpfung verbunden wären.²³ Es würde sichergestellt, dass tatsächlich Mehreinnahmen erzielt werden, deren Umfang hinge von der Höhe des Beitragsatzes ab. Angesichts der dargestellten Entlastung der Unternehmen von der Sozialstaatsfinanzierung wäre ein solcher zusätzlicher Wertschöpfungsbeitrag auch unabhängig von der Einbeziehung anderer Einkommen der Versicherten und über das dabei ggf. erzielte Volumen hinaus zu begründen.

Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienmitglieder

Durch die beitragsfreie Mitversicherung nichterwerbstätiger EhepartnerInnen werden Paare, bei denen beide erwerbstätig sind, gegenüber Einverdienerhaushalten benachteiligt. Im Zusammenwirken mit der Beitragsbemessungsgrenze müssen im Extremfall erstere bei gleichem Bruttohaushaltseinkommen einen doppelt so hohen Beitrag bezahlen. Gesellschaftlich bzw. für die Versichertengemeinschaft zu begründen ist diese Privilegierung eines bestimmten Familienmodells höchstens in Fällen, wo die nichterwerbstätige Person kleine Kinder betreut oder Pflegeleistungen erbringt. In anderen Fällen wäre ein Splitting zu diskutieren, bei dem jede/r Ehepart-

²³ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 154ff.

nerIn Beiträge unter Bezug auf die Hälfte des Haushaltseinkommens leistet. Dies hätte den Effekt, dass die Beitragsbemessungsgrenze und eine ggf. noch bestehende Versicherungspflichtgrenze erst in den gleichen Höhe greift wie bei Haushalten mit zwei VerdienernInnen. Zu prüfen wäre auch die Einführung eines Mindestbeitrags für nichterwerbstätige EhepartnerInnen, dabei wären bei einkommensschwächeren Versicherten ggf. Härtere Regelungen vorzusehen.

Laut INIFES würden Beitragzahlungen für bisher beitragsfrei mitversicherte Ehepartner ohne Kinder unter 7 Jahren in Höhe von 50% des bisherigen Beitrags Beitragssatzsenkungen um 0,9 Prozentpunkte ermöglichen.²⁴ Das DIW ermittelte bei einer Ausweitung der Beitragspflicht auf Familienversicherte in der GKV mit sonstigen Einkommen Mehreinnahmen von 3,7 Mrd. €, bei gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze 8,4 Mrd. €, in Beitragssatzpunkten macht das 0,4 bzw. 0,9.²⁵ Das DIW kommt auf geringere Werte als INIFES, weil es Beiträge nur auf die sonstigen Einkommen und nicht unter Bezug auf die früheren Einkommen der nicht mehr Erwerbstätigen oder auf einen Mindestsatz berechnet.

Reform des Risikostrukturausgleichs

Bei den Krankenkassen, die durch selektive Wechselprozesse besonders viele Junge und Gesunde in ihrer Mitgliedschaft haben, führt der Risikostrukturausgleich zu einer Überdeckung der tatsächlichen Leistungsausgaben. Dies wird insb. von bestimmten Betriebskrankenkassen ausgenutzt, die gezielt diese Klientel ansprechen – etwa übers Internet. Hier ist eine Umgestaltung der Rahmenbedingungen nötig, die Risikoselektion uninteressant macht und Anreize in Richtung Qualitätsverbesserung und wirksamer Prävention setzt. Im theoretischen Idealfall müsste neben den unterschiedlichen Einkommen auch das unterschiedliche Morbiditätsrisiko der unterschiedlich strukturierten Versichertenpopulationen der verschiedenen Kassen vollständig ausgeglichen werden. Das ist allerdings schwierig und erst nach längerer Vorbereitung umzusetzen. Um die weitere Bevorzugung insb. von Billig-Betriebskrankenkassen zu beenden, sind kurzfristig wirksame Ausgleichsmaßnahmen erforderlich.

Die PKV sind in den Risikostrukturausgleich, der zwischen den GKV-Kassen einen gewissen Ausgleich schafft, nicht einbezogen. Eine Einbeziehung in Form eines Ausgleichs der unterschiedlichen Finanzkraft der Mitglieder könnte nach Schätzungen zu Beitragssatzsenkungen in der GKV von ca. 0,5%-Punkten führen und würde die PKV-Versicherten mit durchschnittlich rund 500 € jährlich zusätzlich belasten. Die Umsetzung wirft aber verschiedene Probleme auf. Die PKV verfügen nicht über die Einkommensdaten ihrer Mitglieder, und die angemessene Bewertung der Nicht-Lohneinkommen müsste geklärt werden.²⁶

²⁴ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 62f.

²⁵ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 176- 192, insb. S. 187, Modelle 4 und 5.

²⁶ Vgl. Klose/Schellschmidt, S. 39 - 42, Jacobs/Schellschmidt, und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 174f.

Kopfbeiträge

Das DIW hat errechnet, dass bei einer Umstellung der Krankenversicherungsbeiträge auf einen für alle gleich hohen Kopfbeitrag dieser 1999 gut 140 € im Monat betragen hätte, bei beitragsfreier Versicherung der Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahre 180 €. Um zu gewährleisten, dass dieser Beitrag höchstens 15% des Haushaltsbruttoeinkommens ausmacht, wäre je nach Modellvariante ein staatlich zu organisierendes Umverteilungsvolumen von 26 bis über 29 Mrd. € erforderlich, das durch zusätzliche Steuereinnahmen aufzubringen wäre.²⁷ Das dürfte kaum realistisch sein. Und dennoch würden Haushalte mit niedrigen Einkommen höher als heute, Haushalte mit höheren Einkommen geringer belastet.

Selbstbeteiligung der Versicherten / Zuzahlungen / Selbstbehalte

Eine Ausweitung der in diversen Bereichen ja schon bestehenden Zuzahlungen der Versicherten zu ihren Krankenbehandlungskosten (allein für Arzneimittel machten sie 2000 1,8 Mrd. € aus) wird von ihren Verfechtern vor allem unter Lenkungsaspekten diskutiert, also um unnötige Behandlungen zu vermeiden. Die dahinter stehenden Auffassungen sind höchst problematisch und umstritten. Die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand insb. von einkommensschwächeren und krankheitsanfälligeren Bevölkerungsteilen sind absehbar negativ. Es drohen sogar höhere Kosten, wenn notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen zu lange herausgezögert werden.²⁸ Auf der Einnahmenseite steht einer geringen Beitragsentlastung eine massive Mehrbelastung derjenigen gegenüber, die Zuzahlungen zu leisten haben. Nach Erfahrungswerten der Krankenkassen entfallen etwa 80% der Aufwendungen auf 20% der Versicherten. Es handelt sich also um eine gravierende Umverteilung zu Lasten derjenigen, die besonders häufig oder chronisch krank sind.

Selbstbehalte, also die Zahlung eines Teils der Behandlungskosten durch die einzelnen Versicherten, und Rückerstattungen eines Teils der Beiträge, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, wirken im gleichen Sinne. Ersparnisse derjenigen, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, und die außerdem noch um so höher sind, je höher das Einkommen ist, müssen durch höhere Ausgaben derjenigen kompensiert werden, die die Selbstbehalte zahlen müssen und keine Beitragserstattungen in Anspruch nehmen können.

Kapitaldeckung

Weil das Umlageprinzip der GKV, nach dem die Ausgaben aus den laufenden Einnahmen bestritten werden, angeblich den bevorstehenden demografischen Veränderungen nicht gewachsen sei, wird ein Übergang oder eine Ergänzung durch eine kapitalgedeckte Vorsorge gefordert. Daran hat insb. die Versicherungs- und Finanzwirtschaft ein Interesse, die das angesammelte Kapital anlegen und verwalten

²⁷ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 176- 194, Modelle 7- 8 und 11 - 13.

²⁸ Vgl. zu der Diskussion ausführlich Klose/Schellschmidt, S. 121 - 147

und daran verdienen möchte. Volkswirtschaftlich betrachtet gilt aber – wie übrigens auch bei der Altersversorgung – dass immer die Ausgaben einer Periode aus der Wertschöpfung, also den Einkommen, die in der selben Periode erzielt worden sind, gedeckt werden muss. Es müssen immer die jeweils Arbeitenden die Güter und Dienstleistungen produzieren, die im Gesundheitswesen und von den Nichterwerbstätigen verbraucht werden. Immer bedeutet das eine Minderung des Einkommens, das sie selbst für eigene Zwecke verbrauchen können.

Demografische Veränderungen wirken sich daher auch auf kapitalgedeckte Systeme aus. Ein wachsender Anteil an Menschen, die ihr angesammeltes Kapital auflösen, und ein sinkender derjenigen, die sparen, führt zu einem sinkenden Realwert der aufgelösten Ersparnisse und zu einer wachsenden Belastung der Arbeitenden, um die Kapitalerträge zu erwirtschaften. Darüber hinaus müssen erhebliche Verwaltungskosten gedeckt werden und sind kapitalgedeckte Systeme den Schwankungen und Risiken der Kapitalmärkte und Börsen unterworfen.²⁹ Öffentlich organisierte Umlagesysteme können auch viel leichter soziale Kriterien berücksichtigen und haben sich vielfach bewährt, auch schwierige gesellschaftliche Umbrüche wie zuletzt die deutsche Vereinigung zu bewältigen.

Beitragsatzveränderungen

Die Begrenzung der Beitragssätze ist zwar ein wichtiges Ziel, Beitragsatzstabilität sollte aber nicht zum Dogma erhoben werden. Wenn aus unabwiesbaren Gründen mittel- und längerfristig die Kosten des Gesundheitswesens stärker als die Einkommen steigen sollten, ist eine Erhöhung der Beitragssätze auf jeden Fall das kleinere Übel gegenüber einer Einschränkung des Umfangs der solidarisch finanzierten Leistungen (das sehen nach einer Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK auch 70% der Versicherten so), gegenüber zunehmenden Direktzahlungen oder privaten Zusatzversicherungen.

Bei gestiegenen Einkommen sind auch höhere Beitragssätze verkraftbar, zumal private Zahlungen ebenso das ansonsten verfügbare Einkommen mindern. Die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen eines Beitragssatzanstiegs sind gering, durch einen höheren GKV-Beitrag finanzierte steigende Gesundheitsausgaben führen sogar per Saldo zu einem positiven Effekt für Wachstum und Beschäftigung³⁰. Vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde der positive Beschäftigungseffekt einer Erhöhung der GKV-Beiträge um einen %-Punkt auf nahezu 100.000 geschätzt.³¹

²⁹ Vgl. Gewerkschaft der Privatangestellten Österreichs. Die Autoren David Mum und Gerald Klec leisten hier eine differenzierte Kritik kapitalgedeckter Pensionssysteme, die auch auf kapitalgedeckte Krankenversicherung übertragen werden kann.

³⁰ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 141 - 48

³¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996, S. 242

Quellen und Literatur

- Allgemeine Quellen für grundlegende und aktuelle sozialpolitische und gesundheitspolitische Informationen im Internet:
<http://www.sozialpolitik-aktuell.de>
<http://www.arbeitnehmerkammer.de>
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung, Sondermemorandum Juni 2002,
<http://www.memo.uni-bremen.de/docs/sm0213.pdf>
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Michel, Claus: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Band 91 der Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel 2002
- Deppe, Hans-Ulrich; Burkhardt, Wolfram (Hg.): Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002
- Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundeskongress Berlin 2002: Beschluss Mobilisierung für Gesundheit, Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
http://www.dgb.de/dgbkongress/files/1028552389.87/beschluesse_05.doc
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin im Auftrag des BMWT: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Oktober 2001,
http://www.diw.de/deutsch/publikationen/forschungsergebnisse/docs/diw_GesundheitsDL_200112.pdf
- Gesundheit Ausgaben 1992 bis 2000, Statistisches Bundesamt, Mai 2002,
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2002/gesundheitsausgaben_1992_2000.pdf
- Gesundheit Personal 1992 bis 2000, Statistisches Bundesamt, Mai 2002,
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2002/gesundheitspersonalrechnung_2000.pdf
- Gewerkschaft der Privatangestellten (Hg.): Mythos Kapitaldeckung,
http://www.gpa.at/arbwelt/gpa_mythos_kompl.pdf
- Jacobs, Klaus; Schellschmidt, Henner: Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität - Konturen einer GKV-Finanzierungsreform in: G+G Wissenschaft 3/2002
- Klose, Joachim; Schellschmidt, Henner: Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Wissenschaftliches Institut der AOK, Juni 2001

- OECD Health Data 2002 – Frequently asked data,
<http://www.oecd.org/EN/document/0,,EN-document-684-5-no-1-29041-684,00.html>
- Pfaff, Anita B.; Rindsfüßer, Chr.; Busch, S.: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen, Stadtbergen 1996
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1996, Bd. I: Demografie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Sozialbericht 2001 mit Materialband zum Sozialbudget 2001, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, <http://www.bma.de/download/broschueren/A101.pdf> und <http://www.bma.de/download/broschueren/A102.pdf>
- Statistisches Taschenbuch 2002, Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung,
<http://www.bma.de/download/statistiken/stat2001/stat2001.zip>
- Statisches Taschenbuch Gesundheit 2001, Bundesministerium für Gesundheit,
<http://www.bmggesundheits.de/vorh/stattb/stattb2001/Inhalt.htm>
- Verband der Angestelltenkrankenkassen: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2002, <http://www.vdak.de/basisdaten2002.htm>
- ver.di Bundesvorstand Bereich Wirtschaftspolitik: Finanzpolitik für Arbeit und Gerechtigkeit, Juli 2002,
http://www.verdi.de/hintergrund/wirtschaftspolitik/info/finanzpolitik_fuer_arbeit_+_gerechtigkeit
- US Census Bureau: Health Insurance Coverage 2000,
<http://www.census.gov/prod/2001pubs/p60-215.pdf>
- World Health Organization: The World Health Report 2000,
<http://www.who.int/whr/2001/archives/2000/en/contents.htm>
- Wille, Eberhard: Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsbericht Nr. 199 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Dezember 2001