

Schriften des Vereins für Socialpolitik

---

Band 194/II

# Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II

Von

Dieter Brümmerhoff, Klaus-Dirk Henke,  
Volker Ulrich, Eberhard Wille

Herausgegeben von Karl-Heinrich Hansmeyer



Duncker & Humblot · Berlin

**Schriften des Vereins für Socialpolitik**  
**Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**  
**Neue Folge Band 194/II**

**SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK**

**Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

**Neue Folge Band 194/II**

---

**Finanzierungsprobleme  
der sozialen Sicherung II**



**Duncker & Humblot · Berlin**

# Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II

Von

Dieter Brümmerhoff, Klaus-Dirk Henke,  
Volker Ulrich, Eberhard Wille

Herausgegeben von Karl-Heinrich Hansmeyer



Duncker & Humblot · Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung.** – Berlin:

Duncker und Humblot.

(Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; N. F. Bd. 194)

NE: Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; Schriften des Vereins . . .

2. von Dieter Brümmerhoff . . . Hrsg. von Karl-Heinrich Hansmeyer. – 1991

ISBN 3-428-07144-1

NE: Brümmerhoff, Dieter; Hansmeyer, Karl-Heinrich [Hrsg.]

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten

© 1991 Duncker & Humblot GmbH, Berlin 41

Satz: Hagedornsatz, Berlin 46

Druck: Druckerei Gerike GmbH, Berlin 36

Printed in Germany

ISSN 0505-2777

ISBN 3-428-07144-1

## Vorwort

Der finanzwissenschaftliche Ausschuß des Vereins für Socialpolitik hat seine jährlich stattfindende Arbeitstagung im Jahre 1990 vom 6. bis 8. Juni in Passau abgehalten. Die Sitzung war wie die vorangegangene dem Generalthema „Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung“ gewidmet. Die 1989 behandelten Themen sind als Band 194/I der Schriften des Vereins erschienen. Die Beiträge der Passauer Tagung werden hiermit als Band 194/II vorgelegt.

Klaus-Dirk Henke untersucht in seinem Beitrag „Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall“ das Sicherungsproblem sowohl unter grundsätzlichen Gesichtspunkten als auch im Hinblick auf die konkreten Fragen des bundesdeutschen Systems. Zunächst werden die beiden Formen der Risikovorsorge — Risikoprävention und Risikoübernahme — sowie die konstituierenden Ausgestaltungsmerkmale und der Ziel — Mittel — Zusammenhang eines Krankenversicherungsschutzsystems einer eingehenden theoretischen Analyse unterzogen. Daran anknüpfend beschäftigt sich Henke mit den derzeitigen Steuerungsmechanismen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik Deutschland. Ausführlich geht er in diesem Zusammenhang auf einige Elemente des Gesundheits-Reformgesetzes ein, z. B. auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und auf die Entwicklung von prioritären Gesundheitszielen. Hierbei wird deutlich, daß das Gesundheits-Reformgesetz nur ein erster Schritt bei der Reform der Krankenversorgung sein kann und daß noch eine Reihe ungelöster Probleme verbleibt. Der letzte Teil ist daher Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall im vereinten Deutschland gewidmet. Als wichtige Reformvorhaben greift der Autor hier die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos, Vorbilder für den Aufbau des Medizinischen Dienstes in der GKV sowie die Organisationsreform und den Finanzausgleich in der GKV heraus. Als Konsequenz aus dem Vergleich des Status Quo mit den Anforderungen an ein rationales Krankenversicherungsschutzsystem ergibt sich schließlich die Leitvorstellung eines gesetzlich vorgeschriebenen privaten Krankenversicherungsschutzes mit dem Ziel einer Verstärkung der Anreize und der Selbststeuerungsfähigkeit des Systems.

Eberhard Wille und Volker Ulrich präsentieren in ihrem Beitrag „Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ die wichtigsten Entwicklungslinien dieses zentralen Bereichs der Sicherung im Krankheitsfall. Nach einem Überblick über die Entwicklung von Umfang und Struktur der nominalen Gesundheitsausgaben unter besonderer Berücksichtigung der GKV und einem kurzen internationalen Vergleich erfolgt die Herausarbeitung und Klassifizierung der bundesdeutschen Verhältnisse

prägenden Determinanten. Hierbei werden generelle Merkmale des Gesundheitsmarktes, angebotsseitige Faktoren und nachfrageseitige Einflußgrößen unterschieden. In der zweiten Hälfte ihres Referats stellen Wille und Ulrich eigene empirische Untersuchungen zu einigen der aufgeführten Entwicklungsfaktoren vor. Zunächst verknüpfen sie mit Hilfe eines integrierten Strukturmodells Input- und Outputgrößen im Gesundheitswesen und gelangen im wesentlichen zu einer empirischen Bestätigung der theoretisch zu erwartenden Zusammenhänge. Eine zusätzlich für den Zeitraum von 1970 bis 1987 durchgeführte Längsschnittanalyse legt den Schluß nahe, daß vornehmlich die negativen Preisstruktureffekte zuungunsten des Gesundheitssektors sowie der zunehmende Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung wichtige Bestimmungsfaktoren von Niveau und Struktur der GKV-Ausgaben sind und daß eine Sensibilisierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu einer Eindämmung des Ausgabenwachstums beitragen kann. Der Artikel schließt mit programmatischen Thesen zur Effizienz der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung.

Im dritten Beitrag „Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ beschäftigt sich Dieter Brümmerhoff mit den wesentlichen Gestaltungsprinzipien, auf denen die Ordnung der GKV aufbauen kann. Nach einleitenden Begriffserläuterungen entwickelt der Autor ein Modell, das die systematische Verbindung der wesentlichen Merkmale einer GKV — Versicherung, Zwang und Umverteilung — abbildet. Vor dem Hintergrund dieses Referenzsystems zeigt sich, daß das Äquivalenzprinzip gegenwärtig in der bundesdeutschen GKV nur eine unbedeutende Rolle spielt und daß das Solidaritätsprinzip als rein interpersonelles Umverteilungsziel praktiziert wird, das jedoch eine ausreichende Klarheit vermissen läßt. Auf dieser Situationsanalyse aufbauend diskutiert Brümmerhoff Maßnahmen zur Stärkung beider Gestaltungsformen. Im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip stehen hierbei Fragen der Festlegung der Solidargemeinschaft und der Beitragsbemessungsgrundlage im Mittelpunkt; bei einer Stärkung des Äquivalenzprinzips geht es vor allem darum, Versicherungszwang, Orientierung an den individuellen Präferenzen sowie Anreize zur Risikoprävention miteinander zu verbinden. Abschließend untersucht der Verfasser das Problem eines potentiellen Zielkonflikts zwischen beiden Prinzipien. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, daß bei weiter Interpretation des Solidaritätsprinzips die verstärkte Berücksichtigung beider Prinzipien nicht zu Widersprüchen führen muß.

Die Diskussion um Grundfragen der sozialen Sicherung wird anhalten. Es wäre zu wünschen, daß sich die Politik dabei den hier vorgelegten Gedanken nicht verschließt.

Karl-Heinrich Hansmeyer

## Inhaltsverzeichnis

Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	
Von <i>Eberhard Wille</i> und <i>Volker Ulrich</i> , Mannheim	9
Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall	
Von <i>Klaus-Dirk Henke</i> , Hannover .....	117
Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung	
Von <i>Dieter Brümmerhoff</i> , Essen .....	177





# **Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

Von *Eberhard Wille* und *Volker Ulrich*, Mannheim

## **Gliederung**

A. Die Finanzmisere der GKV als Anlaß von Reformdiskussionen .....	10
I. Die Beitragssatzstabilität als politische Zielgröße .....	10
II. Disposition .....	11
B. Überblick über die Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben .....	13
I. Zu Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben .....	13
1. Ausgabenträger und globale Leistungsarten .....	13
2. Die Behandlungsarten .....	16
II. Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich .....	21
C. Grundlegende Bestimmungsfaktoren .....	24
I. Zielsysteme, Anreizstrukturen und asymmetrische Informationsverteilung .....	24
II. Angebotsseitige Einflußgrößen .....	29
III. Nachfrageseitige Determinanten .....	32
IV. Einige Interdependenzen .....	36
D. Ein integriertes Strukturmodell der Gesundheitsversorgung .....	38
I. Zum Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und -zielen .....	38
II. Gesundheit als latente Variable in einem mikroökonomischen Ansatz ...	44
1. Ein MIMIC-Modell der Gesundheitszustandsmessung bei partieller Information .....	44
2. Schätzergebnisse .....	48
3. Messung der Gesundheit anhand von Proxy-Variablen .....	53
E. Partielle Analysen einzelner Entwicklungsfaktoren .....	55
I. Preisstruktureffekte im Gesundheitswesen .....	55
1. Die einzelnen Behandlungsarten .....	55
2. Die GKV-Behandlungsleistungen insgesamt .....	57
3. Preis- und Mengenkomponekte von Behandlungsarten .....	61
II. Die Bedeutung des Rentneranteils .....	62
1. Unterschiede in der Ausgabenentwicklung zwischen Mitgliedern und Rentnern .....	62
2. Die Rentnerquote und die relative Ausgabenintensität als Determinanten .....	66
III. Zur Relevanz einer Sensibilisierung der Nachfrage .....	69
F. Schlußfolgerungen in Thesen .....	73

Summary .....	79
Tabellen .....	81
Anhang .....	99
Literaturverzeichnis .....	105

## A. Die Finanzmisere der GKV als Anlaß von Reformdiskussionen

### I. Die Beitragssatzstabilität als politische Zielgröße

Das Gesundheitswesen bildete lange Zeit nur vereinzelt Gegenstand ökonomischer Überlegungen, denn es dominierte der ethische Vorbehalt, daß bei Fragen der Gesundheit und des Lebens wirtschaftliche Kalküle in den Hintergrund treten sollten (vgl. Wiemeyer 1984, S. 9). Die kräftige Expansion der Gesundheitsausgaben rückte dann aber, vor allem bei abgeschwächtem Wachstum des Sozialproduktes und eingeengten Finanzierungsspielräumen in den öffentlichen Haushalten, die Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung mit in den Vordergrund sowohl des politischen als auch des wirtschaftswissenschaftlichen Interesses. Da die Gesundheitsausgaben deutlich stärker anstiegen als die Grundlohnsumme bzw. das Sozialprodukt, kletterte der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 8,2 vH im Jahre 1970 auf zwischenzeitlich fast 13 vH<sup>1</sup>. Diese Entwicklung rief nicht nur „die Politik auf den Plan“ (Molitor 1986, S. 1), sondern nährte auch aus ökonomischer Sicht den Verdacht, daß bei zahlreichen Gesundheitsausgaben die erzielten gesellschaftlichen Nutzen die entsprechenden Opportunitätskosten unterschreiten bzw. nicht mehr rechtfertigen. Letztere fallen dadurch an, daß die im Gesundheitswesen gebundenen Ressourcen in keine andere Verwendung mehr fließen und dort Nutzen stiften können.

Der Beitragssatz in der GKV verdient auch insofern wirtschaftspolitische Aufmerksamkeit, als er in die Sozialabgabenquote eingeht, die von 12,6 vH im Jahre 1970 auf 17,3 vH im Jahre 1988 zunahm<sup>2</sup>. Bei im wesentlichen konstanter volkswirtschaftlicher Steuerquote erhöhte sich deshalb im entsprechenden Zeitraum die (Gesamt-)Abgabenquote, d. h. der Anteil von Steuern und Sozialbeiträgen am nominalen Bruttosozialprodukt, von 36,5 vH auf 41,4 vH (siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 1989, Tab. 30\* und Tab. 33\*). Diese relative Ausdehnung der Sozialabgaben drohte u. a. auch die mit der Steuerreform angestrebten Effekte zu

<sup>1</sup> Er betrug z. B. im Jahre 1989 durchgehend 12,9 vH. Vgl. *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* 1990, S. 126. Zur Entwicklung der Beitragssätze siehe Tabelle 1, die sich wie alle folgenden Tabellen im Anhang befindet.

<sup>2</sup> Hier in der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* 1989, Tab. 30\*, S. 256 und Tab. 33\*, S. 262.

konterkarieren (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft 1985, S. 4 ff.). Im Hinblick auf das Niveau der Sozialabgabenquote sowie den Anteil der Sozialversicherungsbeiträge an den Lohnkosten nimmt die Bundesrepublik zwar innerhalb der Europäischen Gemeinschaft einen Mittelplatz ein, aber die Vereinigten Staaten und Japan, als die vielfach relevanten Konkurrenten auf den Weltmärkten, belasten hier ihre Unternehmen wesentlich geringer (vgl. Deutsche Bundesbank 1986, S. 23f.).

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)<sup>3</sup> zielt deshalb, wie der entsprechende Gesetzentwurf vom 3. 5. 1988 bereits auf S. 1 betont, schwergewichtig darauf ab, „die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und dauerhaft zu stabilisieren“ (Fraktionen der CDU/CSU und FDP 1988, S. 1). Steigende Beitragssätze, so erläutert der Gesetzentwurf, hemmen die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer, fördern den Drang zur Schattenwirtschaft und gefährden den Abbau der Arbeitslosigkeit (ebenda, S. 134). Entsprechend sieht der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Beitragssatzsteigerungen „Gift im Kampf gegen die Arbeitslosigkeit“ (Blüm 1987, S. 245). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erhielt dann sogar in § 71 GRG bzw. § 71 SGB V eine eigenständige gesetzliche Verankerung. Die GKV-Strukturreform stand insofern stark im Zeichen fiskalischer Zielsetzungen und bildete weitgehend eine Reaktion auf das vorausgegangene relative Wachstum der GKV-Ausgaben<sup>4</sup>.

## II. Disposition

Dieser Beitrag zielt darauf ab, die zentralen Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der GKV herauszuarbeiten, zu klassifizieren und bei einigen dieser Einflußgrößen ihre Bedeutung in quantitativer oder qualitativer Hinsicht abzuschätzen. Eine Analyse der Determinanten, welche die Entwicklung der GKV-Ausgaben in der Vergangenheit prägten, vermag über den empirischen Befund hinaus die Informationsbasis für wirtschaftspolitische Beurteilungen, prognostische Überlegungen und schließlich Reformmaßnahmen zu verbreitern bzw. zu verbessern. Eine vorwiegend deskriptive diagnostische Funktion übernimmt zunächst im folgenden 2. Kapitel ein „Überblick über die Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben“, wobei Umfang und Struktur der GKV-Ausgaben im Mittelpunkt des Interesses stehen. In diesem Kontext geht ein kursorischer Abriß der Gesundheitsausgaben im internationa-

---

<sup>3</sup> Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. 12. 1988 (1988, S. 2477) kodifiziert und ergänzt zum größten Teil die Vorschriften über die GKV, welche dann als 5. Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen wurden.

<sup>4</sup> Diesen fiskalischen Leitgedanken bestätigt auch *Jung* (1989, S. 15), der als Ministerialdirektor im Bundesministerium für Arbeit (BMA) wohl maßgeblich am GRG mitwirkte: „Die Reform war notwendig, insbesondere die Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Krankenkassen“.

len Vergleich der Frage nach, ob es sich bei der Entwicklung des Ausgabenvolumens der GKV um eine bundesdeutsche Besonderheit oder ein verbreitetes Phänomen entwickelter Industrienationen handelt. Diese internationale Perspektive beschränkt sich hier auf den Umfang der Ausgabenentwicklung, weil für einen — inhaltlich an sich aussagefähigeren — strukturellen Vergleich noch keine validen Daten vorliegen, und eine solche Ausweitung wohl auch den Rahmen dieses Beitrages bzw. Themas sprengen würde.

Selbst eine grobe Skizze der Ausgabenentwicklung im OECD-Bereich deutet bereits auf übergreifende Einflußgrößen hin, welche das relative Wachstum der Gesundheitsausgaben in den meisten entwickelten Volkswirtschaften verursachten. Im 3. Kapitel folgt eine Auflistung dieser grundlegenden Bestimmungsfaktoren, die unbeschadet aller vorhandenen Interdependenzen angebots- und nachfrageseitige Determinanten von solchen zu trennen versucht, die primär in den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bzw. in den Anreizstrukturen wurzeln. Die beiden folgenden Kapitel beinhalten zu einigen dieser Entwicklungsfaktoren eigene empirische Untersuchungen, die zunächst auf einem — wenn auch noch fragmentarischen — integrierten Strukturmodell der Gesundheitsversorgung und dann auf Partialanalysen aufbauen.

Während gesundheitsökonomische Partialanalysen von den meisten Interdependenzen abstrahieren, die zwischen den Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung existieren, setzt das in Kapitel 4 vorgestellte integrierte Strukturmodell die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowie prädisponierende und Zugangsvariablen mit Indikatoren des Gesundheitsstatus und der latenten Variable Gesundheit in Beziehung. Dieses MIMIC-Modell („multiple-indicators-multiple causes“), das die Gesundheit in einem mikroökonomischen Ansatz als latente Variable abbildet, leistet damit auch einen Beitrag zur theoretischen und empirischen Verknüpfung von In- und Outputströmen im Gesundheitswesen. Eine möglichst umfassende Analyse des Verhältnisses zwischen Gesundheitsinputs und -zielen erscheint im Rahmen dieses Themas vor allem deshalb wünschenswert, weil die behandelten Ausgabenarten im Sinne gesundheitlicher Leistungserstellung als monetäre Inputs auf der untersten Ebene rangieren. Der hier benutzte Ansatz zur Schätzung eines MIMIC-Modells besitzt zudem den für die empirische Gesundheitsforschung nicht unerheblichen Vorzug, den Gesundheitszustand auch bei partieller Information, d. h. bei unterschiedlicher Kenntnis bzw. Datenqualität der einzelnen Kategorien von Variablen, messen zu können.

Unabhängig von noch ungelösten theoretischen Problemen erlaubt die Datenlage bei gesundheitsökonomischen Totalmodellen bisher lediglich eine Querschnittsanalyse. Letztere liefert zwar nützliche Einblicke in die vielfältigen Wirkungsbeziehungen zwischen exogenen und endogenen Variablen, vermag aber im Gegensatz zur Zeitreihenanalyse nicht die *Ausgabenentwicklung* zu beschreiben und zu ergründen. Zu diesem Zweck eignen sich Partialanalysen, die auf möglichst langen Zeitreihen aufbauen, besser, selbst wenn ihnen aus