



ROBERT KOCH INSTITUT  
Statistisches Bundesamt



Heft 45  
**Ausgaben und Finanzierung  
des Gesundheitswesens**



Gesundheitsberichterstattung des Bundes



Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Heft 45

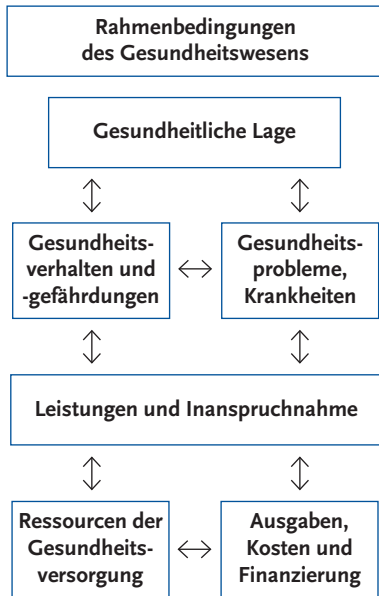
**Ausgaben und Finanzierung  
des Gesundheitswesens**

*Autoren: Michael Müller und Karin Böhm*

*Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2009*

## Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
  - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können

gebündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.  
[www.rki.de](http://www.rki.de)

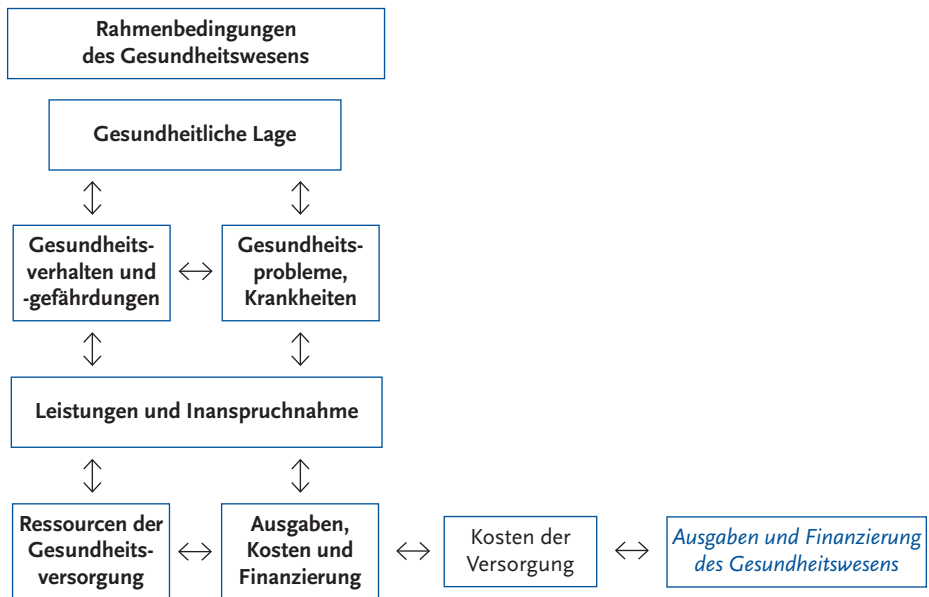
- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
  - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte sowie weitere GBE-Publikationen abgerufen werden.  
[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

- ▶ Schwerpunktberichte
  - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.  
[www.rki.de](http://www.rki.de)

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 45 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>10</b>
2.1	Absicherung im Krankheitsfall	10
2.2	Versicherungsschutz in Deutschland	10
2.3	Wirtschaft, Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt	11
2.4	Gesundheits- und Strukturreformen	14
<b>3</b>	<b>Gesundheitsausgaben</b>	<b>14</b>
3.1	Ausgaben nach Ausgabenträgern	15
3.2	Ausgaben nach Leistungsarten	17
3.3	Ausgaben nach Einrichtungen	22
3.4	Kennziffern	25
3.5	Internationale Vergleiche	26
3.6	Einkommensleistungen	27
<b>4</b>	<b>Finanzierungsströme im Gesundheitswesen</b>	<b>28</b>
4.1	Finanzierungsprinzipien	28
4.2	Finanzierungsströme	29
<b>5</b>	<b>Beiträge</b>	<b>32</b>
5.1	Einnahmesysteme	32
5.2	Entwicklung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung	33
<b>6</b>	<b>Beteiligung der privaten Haushalte</b>	<b>35</b>
6.1	Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	35
6.2	Selbst veranlasste Käufe von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen	37
6.3	Internationaler Vergleich von Eigenbeteiligungen	38
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>38</b>
<b>8</b>	<b>Literatur</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>Weiterführende Literatur</b>	<b>41</b>



# Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens

## 1 Einleitung

Die Reformbestrebungen im Gesundheitswesen der letzten 20 Jahren haben ein Ziel gemein: Den Erhalt eines bezahlbaren und qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems, welches auch zukünftigen Anforderungen, wie sie durch die absehbare Alterung der Gesellschaft entstehen, gewachsen ist. Dies ökonomisch effizient in Einklang zu bringen, stellt die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen immer wieder vor große Herausforderungen. Zeigt doch der Blick durch die Brille der Sozialpolitikerinnen und -politiker das Gesundheitswesen häufig als Kostenfaktor, den es zu begrenzen und möglichst gerecht umzuveteilten gilt. Aus der Perspektive der Unternehmerinnen und Unternehmer als Anbietende von Gesundheitsleistungen rückt das Gesundheitswesen als Wirtschaftssektor mit seinem Wachstums- und Beschäftigungspotenzial in den Vordergrund.

Die Vorschläge für die Ausgestaltung und Finanzierung des Gesundheitswesens hängen qualitativ entscheidend davon ab, inwiefern es ihnen gelingt, die Abhängigkeiten und Wechselwirkungen im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Aussagekräftige und allgemein zugängliche Informationen sind hierfür in mehrfacher Hinsicht von herausgehobener Bedeutung: Als Basis für die Identifizierung von gesundheitsbezogenem Handlungsbedarf, als Input für die Ausarbeitung von Maßnahmen und nicht zuletzt als Nachweis ihrer Wirksamkeit. Der Informationsbedarf zielt dabei neben der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und ihrem gesundheitlichen Versorgungsbedarf in ökonomischer Hinsicht insbesondere auf die Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen.

Dabei geht es insbesondere um die Beantwortung der folgenden Fragen:

- ▶ Wie viel wird in Deutschland für Gesundheit ausgegeben?
- ▶ Wer trägt die Ausgaben?
- ▶ Für welche Leistungen wird wie viel gezahlt?
- ▶ Von welchen Einrichtungen werden die Leistungen erbracht?
- ▶ Wie viel wenden die privaten Haushalte aus eigener Tasche für die Gesundheit auf?

Das Themenheft »Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens« greift diese Fragen auf, quantifiziert die dazu vorliegenden statistischen Größen und analysiert sie auf die jeweiligen Bestimmungsfaktoren. Dabei werden auch Verbindungen zu den sich verändernden demografischen Rahmenbedingungen hergestellt. Die Informationen sind in ihrer Zusammenschau gerade für die Formulierung (auch alternativer) gesundheitspolitischer Strategien von besonderer Bedeutung.

Erweiterte Analysemöglichkeiten für die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen stehen der interessierten Öffentlichkeit über die gesundheitsbezogenen Rechensysteme des Statistischen Bundesamts zu den Gesundheitsausgaben, zu den Krankheitskosten und zum Gesundheitspersonal zur Verfügung. Mit ihrer Hilfe lassen sich die genannten spezifischen Themenbereiche und Fragekomplexe des Gesundheitswesens innerhalb eines geschlossenen Gesamtsystems untersuchen.

In diesem Themenheft soll ein strukturierter Überblick über das Ausgaben- und Finanzierungsgeschehen des Gesundheitswesens gegeben werden. Dabei werden insbesondere die Fragen nach der Höhe und Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben in Deutschland behandelt. Aber auch die Ausgabenrelevanz der im Gesundheitswesen erstellten Waren und Dienstleistungen und die entsprechende Bedeutung der dort tätigen Einrichtungen stehen im Mittelpunkt der Betrachtung. Die hierbei gewonnenen Ergebnisse vermitteln zugleich einen Eindruck über die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens.

Die Ausführungen zum Ausgaben- und Finanzierungsgeschehen im Gesundheitswesen basieren in erster Linie auf der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes. Diese liefert differenzierte statistische Informationen darüber, welche Ausgabenträger wie viel für welche Leistungen ausgegeben und welche Einrichtungen diese Leistungen erbracht haben. Die Ergebnisse sind entsprechend dreidimensional nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen klassifiziert.



Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung liegen für die Jahre 1992 bis 2006 vor. Im Folgenden werden aus Darstellungsgründen nur die Ausgaben für die Jahre 1995 bis 2006 berücksichtigt<sup>1</sup>.

Das vorliegende Themenheft baut im Wesentlichen auf das Kapitel »Wie viel geben wir für unsere Gesundheit aus?« des im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Berichts »Gesundheit in Deutschland« aus dem Jahr 2006 auf.

### Gesundheitsausgabenrechnung

In der Gesundheitsausgabenrechnung wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt, der im Laufe eines Jahres für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wurde. Die Erfassung der Gesundheitsausgaben erfolgt über die verschiedenen Ausgabenträger des Gesundheitswesens. Diese Angaben werden anschließend mit den verfügbaren Angaben über die Produktion und den Konsum von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen abgeglichen.

Kernbereiche für die Erfassung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern sind die großen sozialen Sicherungssysteme wie die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung. Daneben werden Gesundheitsausgaben von einer Vielzahl weiterer Institutionen getätigt. Hierzu gehören die öffentlichen Haushalte, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen sowie die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z. B. Wohlfahrtsverbände). Ein wachsender Teil der Gesundheitsausgaben wird auch direkt von den privaten Haushalten beispielsweise in Form von Zuzahlungen getragen.

Die von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigten Ausgaben werden in der Gesundheitsausgabenrechnung in gesundheitspolitisch relevante Teilbereiche

aufgeschlüsselt. Interessant ist dabei insbesondere die Aufgliederung der Ausgaben nach Leistungsarten (z. B. ärztliche Leistungen, pflegerische und therapeutische Leistungen) und nach Leistungserbringern bzw. Einrichtungen (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser). Bei zahlreichen Ausgabenpositionen ist eine direkte Zuordnung nach Leistungsarten und/oder Einrichtungen unproblematisch, sie können daher zu 100 % einer Leistungsart oder Einrichtung zugewiesen werden. Bei einigen wenigen, aber mengenmäßig bedeutsamen Ausgabenpositionen erfolgt die Zuordnung von Leistungsarten und Einrichtungen mithilfe von Schlüsseln. Diese Schlüssel enthalten Quoten, welche die Ausgaben auf verschiedene Leistungsarten oder Einrichtungen verteilen.

Die Gesundheitsausgabenrechnung orientiert sich in ihrer jetzigen Form an dem von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgelegten »System of Health Accounts« (SHA), das einen einheitlichen Rahmen für die Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmale und Zuordnungskriterien in nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen bereitstellt. Dies erleichtert den länderübergreifenden Vergleich. Abgesehen von minimalen Unterschieden ist die Harmonisierung zwischen dem SHA und der deutschen Gesundheitsausgabenrechnung weitgehend gelungen, so dass zwischen beiden Konzepten eine inhaltliche Übereinstimmung besteht.

Gemäß den Empfehlungen des SHA werden alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen und Individuen durchgeführt oder bereit gestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmittelmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden, zu den Gesundheitsausgaben gezählt. Voraussetzung ist, dass sie dabei eines der folgenden Ziele verfolgen:

<sup>1</sup> Sämtliche Ergebnisse sind unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Stichwort »Gesundheitsausgaben« abrufbar.

- ▶ Gesundheit fördern und Krankheit verhindern
- ▶ Krankheiten heilen und vorzeitige Mortalität reduzieren
- ▶ Personen versorgen, die chronische Krankheiten haben und pflegerische Hilfe benötigen
- ▶ Personen versorgen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben und pflegerische Hilfe benötigen
- ▶ Patientinnen und Patienten einen würdevollen Tod ermöglichen
- ▶ Öffentlichen Gesundheitsschutz oder öffentliche Gesundheitsprogramme für die Bevölkerung bereitstellen und verwalten
- ▶ Zugang zu Versicherungssystemen (gesetzlich oder privat organisiert) verschaffen, welche die Bevölkerung vor den finanziellen Folgen von Krankheit schützen; der Aufbau solcher Systeme, deren Verwaltung und Kontrolle sind Teil der Gesundheitsausgaben

Nach dieser Definition zählen in Deutschland Leistungen und Güter mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den Gesundheitsausgaben. Damit gehören beispielsweise Ausgaben für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder für pflegerische Leistungen, die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute kommen, eindeutig zu den Gesundheitsausgaben.

In der Gesundheitsausgabenrechnung werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern, Dienstleistungen und Investitionen erfasst. Dementsprechend finden sich Ausgaben für Vorleistungen, wie etwa die Produktion von Arzneimitteln durch die Pharmaindustrie und ihr Absatz an Apotheken nicht explizit wieder. Im Falle der Arzneimittel sind die Vorleistungen im Arzneimittel-Abgabepreis enthalten. Nur diese Ausgaben sind Bestandteil der Gesundheitsausgabenrechnung.

Zusätzlich zu den Gesundheitsausgaben werden in der Gesundheitsausgabenrech-

nung auch noch Leistungen des so genannten »erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens« nachrichtlich ausgewiesen. Die Ausgaben für diese Leistungen sind allerdings nicht Bestandteil der aggregierten Größe der Gesundheitsausgaben. Zum erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens zählen Einkommensleistungen, wie z. B. die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, wie z. B. Eingliederungshilfen für behinderte Menschen. Außerdem werden Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen im erweiterten Leistungsbereich erfasst.

Weder unter die Gesundheitsausgaben noch unter die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens fallen Ausgaben für jene Leistungen und Güter, welche die Gesundheit nicht oder nur im weitesten Sinn fördern. Dies ist z. B. bei Schönheitsoperationen ohne medizinische Notwendigkeit oder aber beim privaten Kauf von Fitnessgeräten, bei denen die Förderung der Gesundheit Nebenzweck ist, der Fall.

Ihren Ursprung hat die Gesundheitsausgabenrechnung in ihrer aktuellen Form in der Forschungsphase der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Die konzeptionellen Grundlagen wurden vom Statistischen Bundesamt weiterentwickelt und in ein kontinuierliches Rechensystem überführt. Die Gesundheitsausgabenrechnung ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das im Bereich des Gesundheitswesens alle verfügbaren Datenquellen zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben zusammenfasst. Durch das gezielte Zusammenführen verschiedener Quellen aus dem Statistischen Bundesamt, der Bundes- und Landesministerien und weiteren Institutionen im Gesundheitsbereich entsteht ein Mehrwert mit dem eine Lücke in der Datenlandschaft geschlossen werden konnte, die bis vor wenigen Jahren noch vorhanden war.

## 2 Rahmenbedingungen

### 2.1 Absicherung im Krankheitsfall

Der gesellschaftliche Wille einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung schlägt sich in der umfangreichen deutschen Sozialgesetzgebung nieder. In den Sozialgesetzbüchern sind die unterschiedlichen Aufgaben der Sozialversicherungsträger zur Absicherung der Bevölkerung im Krankheitsfall und gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und Pflegebedürftigkeit geregelt:

- ▶ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfassen insbesondere die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten.
- ▶ In engem Zusammenhang mit Gesundheit stehen die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation sowie die gewährten Renten bei Berufs- und Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Die gesetzliche Unfallversicherung sichert Anspruchsberechtigte gegen Unfälle am Arbeitsplatz, bei Wegeunfällen und gegen die Folgen von Berufskrankheiten ab. Dafür stellt sie Güter und Dienstleistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit zur Verfügung und zahlt Verletztengeld und Unfallrenten aus. Auch Schulkinder sind im Fall von Unfällen in Schulen oder Wegeunfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.
- ▶ Die Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung ist hauptsächlich die Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen sowie deren hauswirtschaftliche Versorgung. Alle Personen, die in der privaten Krankenversicherung krankenversichert sind, müssen sich verpflichtend in der privaten Pflegepflichtversicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichern.

Darüber hinaus gibt es für bestimmte Bevölkerungsgruppen ergänzende Sicherungssysteme, die Leistungen und Güter bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit bereitstellen. Diese Sicherungssysteme werden meist aus Steuermitteln finanziert. Dazu gehören z. B. die Sozialhilfe, die Leistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die Kriegsofopferversorgung und die Kriegsofopferfürsorge.

Dienstleistungen, die der Gesellschaft als Ganzes zukommen und sich nicht auf einzelne Bevölkerungsgruppen reduzieren lassen, wie z. B. der Gesundheitsschutz mit seinen vielfältigen Aufsichtsbehörden, werden direkt vom Staat erbracht. Für die Finanzierung dieser Leistungen kommt die Allgemeinheit durch Steuermittel auf.

Selbstständige, Beamtinnen und Beamte oder Angestellte mit einem Jahresentgelt von über 47.250 Euro (2006) – der so genannten GKV-Versicherungspflichtgrenze – haben die Wahl, sich freiwillig in der GKV oder bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung zu versichern.

Neben den oben angeführten Institutionen tragen auch die privaten Haushalte in Form von Zuzahlungen oder Direktkäufen von Gütern oder Dienstleistungen einen Teil der Ausgaben. Die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z. B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände) finanzieren ebenfalls einige Gesundheitsleistungen. Die öffentlichen und privaten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wenden finanzielle Mittel für Beihilfen, den betrieblichen Gesundheitsdienst und sonstige Gesundheitsleistungen auf.

### 2.2 Versicherungsschutz in Deutschland

Eine gemeinsame Analyse der Geschäftsstatistiken der Krankenkassen und des Mikrozensus – Angaben zum Versicherungsschutz werden dort im vierjährigen Turnus erhoben – erlaubt Aussagen über die Form der sozialen Absicherung in Deutschland. Demnach waren im Jahr 2006 knapp 88% der deutschen Bevölkerung gesetzlich krankenversichert, über 10% hatten sich bei privaten Krankenkassen versichert. Daneben gibt es besondere Sicherungsformen für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, Soldatinnen und Soldaten sowie Polizistinnen und Polizisten (freie Heilfürsorge), Kriegsschadenrentnerinnen und -rentner etc. Ein geringer, aber bis zum Jahr 2007 wachsender Anteil der Bevölkerung (ca. 196.000 Personen im Jahresdurchschnitt) verfügt nach eigenen Angaben über keinen Krankenversicherungsschutz und keine sonstige Absicherung im Krankheitsfall [1]. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, welches zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde erstmalig eine Versicherungspflicht in Deutschland eingeführt. Es ist zu erwarten, dass sich dadurch

die Zahl der Nichtversicherten deutlich reduziert wird. Bei parlamentarischen Anfragen hat die Bundesregierung die Zahl der zwischenzeitlichen »Rückkehrerinnen und Rückkehrer« auf rund 134.000 für die gesetzliche und rund 5.000 für die private Krankenversicherung beziffert [2].

Die über 70 Mio. Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden im Jahr 2006 insgesamt zu 48 % aus Mitgliedern ohne Rentnerinnen und Rentner, zu 24 % aus Rentnerinnen und Rentnern und Rentenantragstellerinnen und -antragstellern zu 28 % aus beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen [3].

### 2.3 Wirtschaft, Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen üben einen großen Einfluss auf die Höhe und die Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben aus. Aber auch andere Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle:

- ▶ So zeigen die gesamtwirtschaftlichen Daten insbesondere für die Jahre von 2002 bis 2005 nur mäßige Wachstumsraten auf. Sie waren verbunden mit vergleichsweise hoher Arbeitslosigkeit und als Folge davon mit Einnahmeschwächen der sozialen Sicherungssysteme.
- ▶ Auch der Anteil älterer Menschen, deren Behandlung und Versorgung vergleichsweise höhere Ausgaben verursacht, wächst, während die Zahl von Familienverbänden sinkt. Höhere Ausgaben kommen dabei insbesondere auf die soziale Pflegeversicherung zu, da durch die geänderten Lebensformen immer mehr alte Menschen ohne Pflegemöglichkeiten durch die eigene Familie auf professionelle Hilfe angewiesen sind.

Nach den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in der Variante »Mittlere Bevölkerung, Obergrenze«<sup>2</sup> [4] wird im Jahr 2050 das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung bei ca. 50 Jahren liegen. Rund 32 % werden dann 65 Jahre oder älter sein. Der Altenquotient, der angibt, wie viele Personen im Rentenalter (ab 65 Jahren) 100 Menschen im Erwerbsalter (von 20 bis 64 Jahren) gegen-

überstehen, wird sich zwischen 2005 und 2050 von 32 auf 60 erhöhen.

Auch die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen kann aus der Bevölkerungsvorausberechnung abgeleitet werden. So lag die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nach Angaben der amtlichen Pflegestatistik im Dezember 2007 bei 2,25 Millionen. Gemäß Vorausberechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sind im Jahr 2030 etwa 3,36 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten<sup>3</sup> [5].

- ▶ In allen westlichen Industrienationen sind die Gesundheitsausgaben und ihr Anteil am BIP in den letzten vierzig Jahren auch wegen der gestiegenen technischen und medizinischen Möglichkeiten und den damit verbundenen Versorgungsmöglichkeiten und -bedürfnissen der Patientinnen und Patienten stark angestiegen. Der medizinisch-technische Fortschritt kann über Prozessinnovationen zu Ressourceneinsparungen führen, aber auch – wie es in den letzten Jahrzehnten überwiegend der Fall war – durch neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten Ausgabensteigerungen hervorrufen [6]. So hat der medizinisch-technische Fortschritt u. a. zu einer längeren Lebenserwartung geführt, und die höhere Lebenserwartung führt – absolut gesehen – auch zur Vermehrung von chronischen Krankheiten bei älteren Menschen. Die Behandlung dieser Krankheiten bzw. die Pflege der alten Menschen haben wiederum höhere Ausgaben zur Folge.

2 Die Variante »Mittlere Bevölkerung, Obergrenze« geht von einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kinder je Frau, einem Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2050 bei Jungen auf 83,5 Jahren, bei Mädchen auf 88,0 Jahren und einem positiven jährlichen Wanderungssaldo von 200.000 Personen aus.

3 Die Vorausberechnungen gehen vom momentanen Status-Quo der Pflegequoten aus und basiert auf der Variante »Untergrenze der mittleren Bevölkerung« der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Tabelle 1

## Gesundheits- und Strukturreformen in Deutschland von 1989 bis 2008

Quelle: Eigene Darstellung

Gesetz, in Kraft getreten	ausgabenwirksame Änderungen
Gesundheitsreformgesetz (GRG), 01.01.1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Einführung bzw. Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte und Fahrkosten</li> <li>▶ Einführung des Festbetragsystems bei Arznei- und Hilfsmitteln, Ausschluss von Bagatellarzneimitteln</li> <li>▶ Einführung von Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung</li> </ul>
Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), 01.01.1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und Begrenzung auf medizinisch notwendigen Zahnersatz</li> <li>▶ Punktwertabsenkung bei Zahnersatz um 10 %, Absenkung zahntechnischer Höchstpreise um 5 %</li> <li>▶ Strikte Budgetierung der Vergütungen 1993–1995</li> </ul>
Einführung der Pflegeversicherung, 01.01.1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 01.01.1995 Versicherungs- und Beitragspflicht</li> <li>▶ 01.04.1995 Leistungen für die ambulante Pflege</li> <li>▶ 01.07.1996 Leistungen für die stationäre Pflege</li> </ul>
Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), 01.01.1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reduzierung der Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen generell von vier auf drei Wochen</li> </ul>
Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG), 01.01.1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Anhebung der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel und Krankenhausaufenthalte</li> <li>▶ Absenkung des Krankengelds von 80 % auf 70 % des Bruttoeinkommens</li> <li>▶ Kürzungen bei Kurleistungen</li> <li>▶ Streichung der Zuschüsse für Brillenfassungen</li> <li>▶ Klarstellung der Leistungspflicht bei zahnärztlichen Behandlungen (medizinisch nicht erforderliche Leistungen werden nicht mehr auf Kosten der GKV erbracht)</li> <li>▶ Abschaffung der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene</li> </ul>
1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 01.07.1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Krankenhausaufenthalte und Fahrkosten</li> <li>▶ Einführung von Festzuschüssen beim Zahnersatz</li> <li>▶ Notopfer Krankenhaus</li> </ul>
Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG), 01.01.1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reduzierung der Zuzahlungen für Arzneimittel</li> <li>▶ Wiedereinführung der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene</li> <li>▶ Rückkehr zum Sachleistungsprinzip beim Zahnersatz</li> </ul>
Gesundheitsreform 2000, 01.01.2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Stärkung der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation</li> <li>▶ Stärkung von Prävention und Zahnerhalt gegenüber Zahnersatz</li> <li>▶ Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen durch die Krankenkassen</li> <li>▶ Leistungsverbesserungen in der Rehabilitation (Senkung der Zuzahlungen, flexiblere Behandlungsdauer pro Fall)</li> </ul>
Arzneimittelbudgetablösungsgesetz (ABAG), 01.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets</li> </ul>
Beitragsatzsicherungsgesetz (BSSichG), 01.01.2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Krankenkassen erhalten von den Apotheken einen bis zu 10 % hohen Abschlag auf den Arzneimittelabgabepreis</li> <li>▶ Pharmazeutische Unternehmen müssen der GKV einen Rabatt in Höhe von 6 % des Herstellerabgabepreises einräumen</li> <li>▶ Nullrunde für Ärztinnen und Ärzte</li> <li>▶ Absenkung der Höchstpreise für zahntechnische Leistungen</li> <li>▶ Verbot von Beitragsatzanhebungen der Krankenkassen</li> <li>▶ Anhebung der Versicherungspflichtgrenze</li> </ul>

Gesetz, in Kraft getreten	ausgabenwirksame Änderungen
<p>Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), 01.01.2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Finanzierung               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ Zusätzlicher Beitragssatz von 0,9% der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen ab 01.07.2005, der alleine von den Mitgliedern getragen werden muss; gleichzeitig werden die allgemeinen Beitragssätze um 0,9% gesenkt</li> <li>▷ Rentnerinnen und Rentner müssen den vollen Krankenversicherungsbeitrag auf Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten) zahlen</li> <li>▷ Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen</li> </ul> </li> <li>▶ Leistungsspektrum               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ Sehhilfen: werden nur noch in Ausnahmefällen bezuschusst (unter 18 Jahren)</li> <li>▷ Fahrkosten: werden nur noch bei zwingenden medizinischen Gründen übernommen</li> <li>▷ Sterbegeld/Entbindungsgeld: gestrichen</li> <li>▷ Arzneimittel: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch in Ausnahmefällen erstattet</li> <li>▷ Zahnersatz: ab 01.01.2005 befundorientierte Festzuschüsse</li> </ul> </li> <li>▶ Zuzahlungsregelungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ Arzneimittel: 10% der Kosten (min. 5€, max. 10€)</li> <li>▷ Heilmittel und häusliche Krankenpflege: 10% der Kosten + 10€ pro Verordnung</li> <li>▷ Hilfsmittel: 10% der Kosten für jedes Hilfsmittel (min. 5€, max. 10€)</li> <li>▷ Krankenhaus: Erhöhung des Eigenanteiles von 9€ auf 10€ pro Tag</li> <li>▷ Einführung einer Praxisgebühr: einmalig 10€ pro Quartal bei Ärztin und Arzt sowie Zahnärztin und Zahnarzt zu entrichten; Vorsorgeuntersuchungen sind davon ausgenommen</li> </ul> </li> <li>▶ Verwaltungskosten               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ Verwaltungskosten der Krankenkassen wurden begrenzt, indem sie bis zum Jahr 2007 an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt sind</li> </ul> </li> <li>▶ Herstellerabschlag               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ Der Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen wird für das Jahr 2004 auf 16% des Herstellerabgabepreis erhöht</li> </ul> </li> </ul>
<p>Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AWWG), 01.05.2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden</li> <li>▶ Möglichkeit des Abschlusses von Arzneimittelrabattverträgen zwischen Hersteller und Krankenkassen wird eröffnet</li> <li>▶ Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln, die 30% unter dem Festbetragspreis angeboten werden, wird eingeräumt</li> </ul>
<p>Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), 01.04.2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland (ab 01.01.2009)</li> <li>▶ Schaffung des »Gesundheitsfonds« mit Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ab dem 01.01.2009 für alle Krankenkassen; die Kassen können Zusatzbeiträge bis zu max. 1% des Einkommens der Versicherten erheben oder den Versicherten Beiträge zurück erstatten</li> <li>▶ Krankenkassen dürfen Wahltarife für Versicherte einführen</li> <li>▶ Versicherte in der privaten Krankenversicherung haben das Recht ihre Altersrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung mitzunehmen</li> <li>▶ Kuren und Impfungen werden zu Pflichtleistungen der GKV (früher Kann-Leistungen)</li> <li>▶ Angebote der Palliativmedizin werden verbessert</li> <li>▶ Die privaten Krankenversicherungen müssen ab dem 01.01.2009 einen Basistarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht; für diesen Basistarif besteht ein Kontrahierungszwang</li> </ul>
<p>Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfVG), 01.07.2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schrittweise Anhebung der Sätze für ambulante Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie – bei Pflegestufe III – der stationären Leistungen bis 2012</li> <li>▶ Ausweitung der Leistungen für demenziell Erkrankte</li> <li>▶ Schaffung von bundesweit 4.000 Pflegestützpunkten, welche bei Fragen rund um die Pflege als Anlaufstelle dienen sollen</li> <li>▶ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen wollen, können sich bis zu 6 Monate unentgeltlich von der Arbeit frei stellen lassen und haben danach ein garantiertes Rückkehrrecht zu ihrer Arbeitgeberin/ihrem Arbeitgeber</li> <li>▶ Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,95% (2,2% bei Kinderlosen) des Bruttoeinkommens</li> </ul>

## 2.4 Gesundheits- und Strukturreformen

Da die Gesundheitsausgaben nicht einseitig auf einer Konsumentenscheidung privater Haushalte beruhen, sondern vor allem durch Sozialabgaben von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern finanziert werden, erschien schon frühzeitig eine Begrenzung und Steuerung von Seiten des Gesetzgebers nötig. Bestrebungen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung gab es in der Bundesrepublik Deutschland seit Ende der 1970er-Jahre. Die Gesetzesänderungen von 1989 bis 2008 werden in Tabelle 1 dargestellt, wobei sich die Effekte der Reformen der Jahre 2007 und 2008 in den Ergebnissen der vorliegenden Jahre der Gesundheitsausgabenrechnung naturgemäß noch nicht niederschlagen konnten.

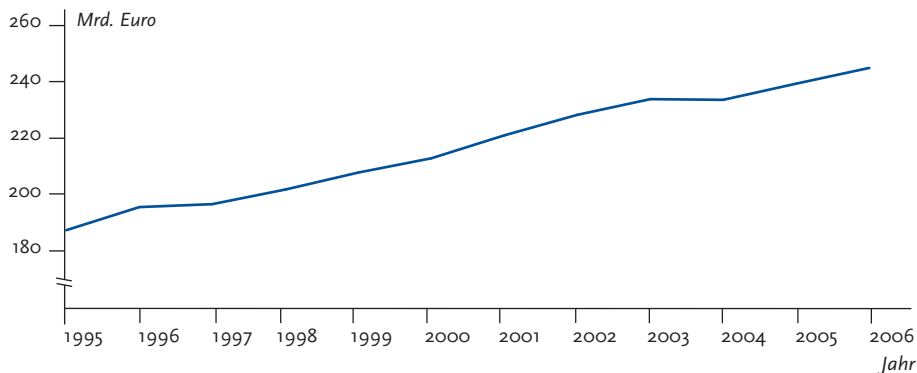
Auf die Änderungen der Zuzahlungsregelungen wird im Kapitel »Beteiligung der privaten Haushalte« näher eingegangen.

## 3 Gesundheitsausgaben

Im Jahr 2006 beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf insgesamt 245,0 Milliarden Euro. Davon entfielen 236,0 Milliarden Euro auf die laufenden Gesundheitsausgaben und 9,0 Milliarden Euro wurden in Gebäude und Anlagegüter des Gesundheitswesens investiert. Im so genannten erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens, der nicht Bestandteil der Gesundheitsausgaben ist, wurden für Einkommensleistungen, wie z. B. Krankengelder oder vorzeitige Renten bei Erwerbsunfähigkeit, weitere 59,3 Milliarden Euro aufgewendet. Weitere Elemente des erweiterten Leistungsbereiches sind die Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, für die 15,5 Milliarden Euro ausgegeben wurden. Darunter versteht man z. B. Eingliederungshilfen für behinderte Menschen oder die Leistungen der Haushaltshilfen, die durch Krankheit beeinträchtigte Menschen in ihren alltäglichen Aufgaben unterstützen. Für Forschung im Bereich des Gesundheitswesens wurden 2,6 Milliarden Euro aufgewendet, die Ausgaben für Ausbildung – vornehmlich im Hochschulbereich – beliefen sich auf 1,6 Milliarden Euro.

Zwischen 1995 und 2006 sind die Gesundheitsausgaben nominal (in jeweiligen Preisen) von 186,5 Milliarden Euro um insgesamt 58,5 Milliarden Euro angestiegen (vgl. Abbildung 1), das entspricht einer Steigerung von 31,3 %. Der allgemeine Verbraucherpreisindex hat sich in diesem Zeitraum um 16,6 % erhöht. Die Preise für

**Abbildung 1**  
**Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal)**  
 Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



Gesundheitsleistungen steigen im Allgemeinen stärker als das gesamte Preisniveau. Dies ist kein Spezifikum des Gesundheitswesens, sondern tritt üblicherweise in dienstleistungsintensiven Wirtschaftssektoren auf. Das Bruttoinlandsprodukt ist zwischen 1995 und 2006 um 25,2% gewachsen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 2006 10,6%.

Die Gesundheitsausgaben sind von 1995 bis 2006 jährlich um durchschnittlich 2,5% gestiegen. Dieser Anstieg ist jedoch nicht gleichmäßig verlaufen, sondern Jahre mit stärkerem Wachstum wechselten sich mit Jahren ab, in denen das Wachstum der Gesundheitsausgaben stagnierte. Diese Entwicklung ist zum Teil auf ausgabenbegrenzende Maßnahmen des Gesetzgebers zurückzuführen. So waren insbesondere in den Jahren, in denen umfangreiche Gesetzesänderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft traten, teilweise nur geringe Ausgabenanstiege der gesamten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahren zu beobachten. 2004, im Jahr der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht zurückgegangen.

Die Maßnahmen des Gesetzgebers waren jedoch im betrachteten Zeitraum nicht nur einseitig auf eine Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen gerichtet, sondern enthielten eine Vielzahl struktureller Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung sowie zur stärkeren Patientenorientierung. Mit der Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der sozialen Sicherungssysteme wurde zudem das Leistungsspektrum der Sozialversicherungen erheblich erweitert. Die Einführung der Pflegeversicherung mit Leistungen für die ambulante Pflege ab dem 1. April 1995 und für die stationäre Pflege ab dem 1. Juli 1996 hat einen überdurchschnittlichen Gesamtanstieg der Gesundheitsausgaben in diesen Jahren bewirkt.

Wie sich die Ausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungen und Einrichtungen verändert haben und welche Bereiche besonders ausgabenintensiv sind, wird in den folgenden Abschnitten dargestellt. Dabei werden nominale Veränderungen betrachtet. Nach Alter und Geschlecht differenzierende Informationen bleiben einem eigenen Themenheft vorbehalten und werden daher im Rahmen dieses

Heftes nicht analysiert. Die Ergebnisse können auf der Seite [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) unter dem Stichwort »Krankheitskostenrechnung« abgerufen werden.

### 3.1 Ausgaben nach Ausgabenträgern

Für die Leistungen des Gesundheitswesens kommt in Deutschland eine Vielzahl von Trägern auf:

- ▶ Öffentliche Haushalte
- ▶ Gesetzliche Krankenversicherung
- ▶ Soziale Pflegeversicherung
- ▶ Gesetzliche Rentenversicherung
- ▶ Gesetzliche Unfallversicherung
- ▶ Private Krankenversicherung (inkl. Privater Pflege-Pflichtversicherung)
- ▶ Arbeitgeber
- ▶ Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

Ihre unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Aufgaben sind unter 2.1 Absicherung im Krankheitsfall beschrieben. Tabelle 2 veranschaulicht

**Tabelle 2**  
**Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern**  
Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]

Ausgabenträger	1995	2000	2005	2006
	in Mrd. Euro			
Öffentliche Haushalte	19,9	13,6	13,6	13,4
Gesetzliche Krankenversicherung	112,5	123,9	135,9	139,8
Soziale Pflegeversicherung	5,3	16,7	17,9	18,1
Gesetzliche Rentenversicherung	4,4	3,5	3,6	3,6
Gesetzliche Unfallversicherung	3,4	3,7	4,0	4,1
Private Krankenversicherung*	14,3	17,6	22,0	22,5
Arbeitgeber	7,8	8,7	10,1	10,4
Private Haushalte/private Organisationen o. E.	19,0	24,7	32,2	33,3
gesamt	186,5	212,4	239,3	245,0

\* einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung; die erste Stufe der Pflegeversicherung mit Leistungen für ambulante Pflege trat am 01. April 1995, die zweite Stufe mit Leistungen für die stationäre Pflege am 01. Juli 1996 in Kraft



die Bedeutung der einzelnen Ausgabenträger für das Gesundheitswesen. Mit Ausnahme der öffentlichen Haushalte (-32,9%) und der gesetzlichen Rentenversicherung (-18,6%) sind die Ausgaben für Gesundheit im Zeitraum von 1995 bis 2006 bei allen anderen Ausgabenträgern z. T. beträchtlich gestiegen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind um 24,3% gestiegen. Einen deutlich höheren Anstieg hatten die private Krankenversicherung (+57,4%) sowie die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (+75,4%) zu verzeichnen.

Die **gesetzliche Krankenversicherung** ist der wichtigste Ausgabenträger, sie kam 2006 auf 57,0% der gesamten Gesundheitsausgaben. Das entsprach 139,8 Milliarden Euro. Von 1995 bis 2006 haben sich ihre Ausgaben deutlich erhöht, jedoch weniger stark als die Gesamtausgaben. Von einer »Kostenexplosion« kann in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung auch in der langen Frist nicht gesprochen werden. Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist in der Zeit von 1975 bis 1990 für die alten Bundesländer fast konstant geblieben. Der Anteil für Gesamtdeutschland lag 2006 auch nur geringfügig über dem Anteil von 1991. Dies ist auch auf die Kostendämpfungsmaßnahmen von Seiten der Politik zurückzuführen.

Die **privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck** (o. E.) finanzierten 2006 rund 13,6% der gesamten Gesundheitsausgaben, darunter vor allem Ausgaben für Arznei-

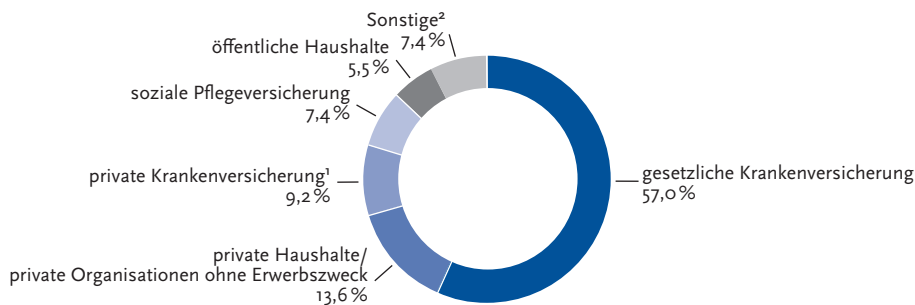
mittel, Zahnersatz und für ambulante und stationäre Pflegeleistungen. Die privaten Haushalte haben einen deutlichen Ausgabenanstieg zu verzeichnen. Ausschlaggebend dafür waren insbesondere die politisch gewollte Ausgliederung einiger Leistungen aus dem GVK-Leistungskatalog, die veränderten Zuzahlungsregelungen für GKV-Leistungen und die vermehrte Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen.

Für die **private Krankenversicherung**, die auch die Ausgaben für die private Pflege-Pflichtversicherung und die Versicherungen für Post- und Bahnbeamtinnen und -beamte einschließt, sind ebenfalls überdurchschnittliche Ausgabenzuwächse zu verzeichnen. Rund 9,2% der Gesundheitsausgaben werden von der privaten Krankenversicherung getragen. Eine Ursache für den Ausgabenzuwachs ist u. a. der Anstieg der Vollversicherten in der privaten Krankenversicherung im betrachteten Zeitraum um 1,5 Millionen [8].

In der Systematik der Gesundheitsausgabenrechnung finanzieren die **öffentlichen Haushalte** u. a. Gesundheitsleistungen im Rahmen der Sozialhilfe, der Kriegsofopferfürsorge und -versorgung, den öffentlichen Gesundheitsdienst und leisten Krankenhausinvestitionen. Im Jahr 2006 wurden von den öffentlichen Haushalten insgesamt 13,4 Milliarden Euro für Gesundheit aufgewendet. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben ist von 10,7% im Jahr 1995 auf 5,5% im Jahr 2006 zurückgegangen. Dies ist vor allem auf die Entlastung der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) durch die

**Abbildung 2**  
**Gesundheitsausgaben 2006 nach Ausgabenträgern**

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



<sup>1</sup> einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung, Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

<sup>2</sup> gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Arbeitgeber

Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen. Darüber hinaus finanzieren die öffentlichen Haushalte den Großteil der Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, in dem sie die Eingliederung von behinderten Menschen in die Gesellschaft fördern. Diese Leistungen gehören allerdings zum erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens und sind nicht Bestandteil der Gesundheitsausgaben.

Die **soziale Pflegeversicherung** hat in ihrem Einführungsjahr 1995 vor allem für ambulante Leistungen 5,3 Milliarden Euro gezahlt. Durch die Einbeziehung stationärer Leistungen ab dem 1. Juli 1996 stiegen ihre Ausgaben sprunghaft an und betragen im Jahr 2006 schließlich 18,1 Milliarden Euro oder 7,4 % der Gesamtausgaben.

Die öffentlichen und privaten **Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber** wendeten 2006 insgesamt 10,4 Milliarden Euro für Beihilfen, den betrieblichen Gesundheitsdienst und sonstige Gesundheitsleistungen auf, das entsprach 4,2 % der gesamten Gesundheitsausgaben. In den betrachteten zwölf Jahren haben sich die Ausgaben der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber um knapp 2,6 Milliarden Euro und damit prozentual etwa in gleichem Maße erhöht wie die Gesamtausgaben insgesamt.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** wendete für die Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Beschäftigte und andere Gesundheitsleistungen im Jahr 2006 insgesamt 3,6 Milliarden Euro auf. Die Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes zum 1. Januar 1997 sorgte für die oben angesprochene Reduzierung der Ausgaben im Zeitverlauf, da einerseits die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen generell von vier auf drei Wochen gekürzt wurde und andererseits die Zahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund der Erhöhung des Eigenanteils deutlich gesunken ist. Die von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten zählen nicht zu den Gesundheitsausgaben, sondern zu den Einkommensleistungen.

Die Ausgaben der **gesetzlichen Unfallversicherung**, die finanzielle Hilfen für die Heilung und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit leistet sowie präventive Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz finanziert, sind von 3,4 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf 4,1 Milliarden Euro im Jahr 2006 gestiegen.

### 3.2 Ausgaben nach Leistungsarten

Leistungen im Gesundheitswesen werden mit der übergeordneten Zielsetzung erbracht, die Gesundheit der Menschen zu erhalten oder wiederherzustellen. Von zentraler Bedeutung ist die Stellung der Ärztin/des Arztes im Gesundheitssystem, denn der weitaus größte Teil der Leistungen wird ärztlich erbracht bzw. veranlasst. Ärztinnen und Ärzte steuern in erheblichem Umfang die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Sie behandeln nicht nur, sondern verschreiben und verordnen z. B. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und Behandlungen bzw. Pflege durch andere Leistungserbringerinnen und -erbringer. In den Ausgaben für die einzelnen Leistungsarten sind sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen enthalten, da die Leistungsartenklassifikation unabhängig von der Einrichtungsklassifikation ist. Die Ausgaben nach Leistungsarten für die Jahre 1995, 2000, 2005 und 2006 werden in Tabelle 3 aufgeführt.

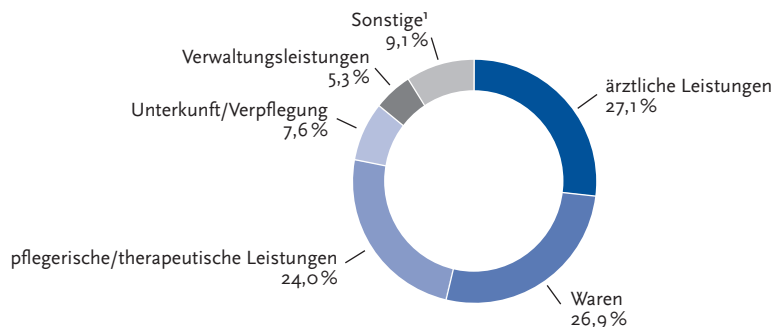
**Tabelle 3**  
**Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten**  
Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]

Leistungsarten	1995	2000	2005	2006
Prävention/ Gesundheitsschutz	7,5	7,5	8,9	9,3
ärztliche Leistungen	51,7	57,5	64,4	66,4
pflegerische/ therapeutische Leistungen	43,7	52,3	57,5	58,8
Unterkunft/Verpflegung	16,0	16,5	17,7	18,5
Waren	47,8	55,7	64,5	65,8
davon:				
Arzneimittel	26,4	31,6	39,4	39,6
Hilfsmittel	8,8	10,4	10,5	10,9
Zahnersatz (nur Material- und Laborkosten)	5,5	5,4	5,1	5,5
sonstiger medizinischer Bedarf	7,2	8,2	9,5	9,8
Transporte	2,8	3,4	4,0	4,0
Verwaltungsleistungen	9,9	11,3	13,1	13,1
Investitionen	7,2	8,3	9,2	9,0
gesamt	186,5	212,4	239,3	245,0

Abbildung 3

## Gesundheitsausgaben 2006 nach Leistungsarten

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



<sup>1</sup> Prävention/Gesundheitsschutz, Transporte, Investitionen

Über drei Viertel des Ausgabevolumens entfällt auf die drei Leistungsarten ärztliche Leistungen, Waren und pflegerische/therapeutische Leistungen.

**Ärztliche Leistungen** sind alle im Rahmen der beruflichen Tätigkeit einer Ärztin/eines Arztes anfallenden Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Die ärztlichen Leistungen werden in Grund-, Sonder-, Labor- und strahlendiagnostische Leistungen unterteilt. Dies erfolgt in Anlehnung an die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ), die für die Vergütung ärztlicher bzw. zahnärztlicher Leistungen für privat Versicherte oder Selbstzahler gelten, sowie des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM/BEMA), der für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Im Jahr 2006 waren die ärztlichen Leistungen mit 66,4 Milliarden Euro die ausgabenstärkste Leistungsart. Dabei entfielen

- ▶ 20,7 Milliarden Euro auf Grundleistungen (z. B. Beratung der Patientin/des Patienten, Ausstellung von Rezepten, Hausbesuche und eingehende Untersuchungen an Organsystemen),
- ▶ 33,1 Milliarden Euro auf Sonderleistungen (u. a. fachärztliche Tätigkeiten, zahnärztliche Leistungen der Prothetik und der Kieferorthopädie sowie stationär erbrachte ärztliche Leistungen),
- ▶ 6,1 Milliarden Euro auf Laborleistungen,
- ▶ 6,5 Milliarden Euro auf strahlendiagnostische Leistungen.

In der Zeit zwischen 1995 und 2006 haben sich die Ausgaben für ärztliche Leistungen um 28,4 % erhöht, ein im Vergleich zu den Gesamtausgaben unterdurchschnittlicher Anstieg. Dies ist auch auf die Budgetierung der ambulanten ärztlichen Leistungen zurückzuführen.

Die unter dem Begriff **Waren** zusammengefassten Einzelpositionen Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnersatz und sonstiger medizinischer Bedarf stellten im Jahr 2006 mit 65,8 Milliarden Euro die zweitstärkste Leistungsart dar. Die Ausgaben verteilen sich wie folgt:

- ▶ 39,6 Milliarden Euro für Arzneimittel
- ▶ 10,9 Milliarden Euro für Hilfsmittel
- ▶ 5,5 Milliarden Euro für Zahnersatz (Material- und Laborkosten)
- ▶ 9,8 Milliarden Euro für sonstigen medizinischen Bedarf

Der Ausgabenanstieg um 37,8 % bei den Waren in den letzten zwölf Jahren fiel in seinen einzelnen Komponenten sehr unterschiedlich aus: Einer überdurchschnittlichen Erhöhung der Ausgaben für Arzneimittel (+ 50,1 %) und für den sonstigen medizinischen Bedarf (+ 36,4 %) – darunter fallen z. B. Narkose- und sonstiger OP-Bedarf im Rahmen der Krankenhausbehandlung – stand ein teilweise weit unterdurchschnittliches Anwachsen der Ausgaben für Hilfsmittel und Zahnersatz gegenüber (+ 24,6 % bzw. + 1,3 %). Bei einer Analyse der Ausgabenentwicklung der Waren ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich

die Zuzahlungsregelungen im Betrachtungszeitraum verändert haben (siehe hierzu auch Kapitel 6.1). Die Begrenzung des Ausgabenanstieges von Arzneimitteln stand schon des Öfteren im Fokus des Gesetzgebers. So wurden im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes und des 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetzes die Zuzahlungen für die GKV-Versicherten erhöht. Das Beitragssicherungsgesetz und das GKV-Modernisierungsgesetz zielten zudem darauf, durch Zwangsrabatte von Apothekerinnen, Apothekern und Arzneimittelherstellern für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebene Arzneimittel den Ausgabenanstieg für Arzneimittel einzudämmen. Für einzelne Jahre führten diese Maßnahmen zu einem Rückgang der Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch sind die Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung im betrachteten Zeitraum mit 57 % stärker angestiegen als die Ausgaben für Arzneimittel insgesamt. Das stärkste Wachstum der Ausgaben für Arzneimittel hatte mit 104 % die private Krankenversicherung zu verbuchen. Der oben erwähnte Anstieg der Personen mit PKV-Vollversicherung trug auch zu diesem Wachstum bei.

Bei den Material- und Laborkosten für die Versorgung mit Zahnersatz werden Ausgabenanstiege von Rückgängen abgelöst und in der Gesamtwirkung konnte im betrachteten Zwölfjahreszeitraum 1995 bis 2006 fast eine Stagnation der Ausgaben beobachtet werden. Diese Entwicklung wird zu einem Teil auf die sich stark verbessernde Mundgesundheit zurückgeführt. Gleichzeitig begleiten verschiedene die Prävention, die Zahnerhaltung sowie den Zahnersatz betreffende Gesetzesänderungen diese Entwicklung. Das Gesundheitsstrukturgesetz führte die Budgetierung ein und begrenzte Zahnersatz auf medizinisch notwendige Versorgungen. Ein erneuter Ausgabenanstieg wurde durch die GKV-Neuordnungsgesetze abermals verhindert. Diese führten im Jahr 1998 therapiebezogene Festzuschüsse beim Zahnersatz in Kombination mit dem Kostenerstattungsprinzip ein. Der Gesetzgeber kehrte mit dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch zum Sachleistungsprinzip in Verbindung mit der prozentualen Eigenbeteiligung der Versicherten zurück. Mit dem GKV-Modernisierungs-

gesetz wurden mit Wirkung vom 1. Januar 2005 befundbezogene Festzuschüsse beim Zahnersatz eingeführt.

Besonders ausgeprägt war der Ausgabenanstieg für pflegerische Leistungen in den Einführungsjahren der Pflegeversicherung 1995 und 1996 und den damit verbundenen Leistungsausweitungen.

Bei den einzelnen Ausgabenträgern verlief die Entwicklung unterschiedlich. Während bei der sozialen Pflegeversicherung starke und bei der gesetzlichen Krankenversicherung moderate Anstiege zu verzeichnen waren, sind die Ausgaben der öffentlichen Haushalte für pflegerische/therapeutische Leistungen deutlich zurückgegangen. Ursache hierfür war hauptsächlich die Einführung der Pflegeversicherung, welche die öffentlichen Haushalte – insbesondere die Sozialhilfe – entlastet hat. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 58,8 Milliarden Euro für pflegerische/therapeutische Leistungen aufgewendet, 77 % davon allein für pflegerische Leistungen. Ein Vergleich der pflegerischen/therapeutischen Leistungen in ambulanten und stationären Einrichtungen – ohne Berücksichtigung der Leistungen privater Pflegepersonen – zeigt, dass sich die Ausgaben für Leistungen in ambulanten Einrichtungen seit 1995 mit 65 % stärker erhöht haben als in stationären Einrichtungen (27 %).

Über die drei genannten Leistungsarten hinaus werden als weitere Leistungsarten unterschieden:

- ▶ Prävention/Gesundheitsschutz
- ▶ Unterkunft/Verpflegung
- ▶ Transporte
- ▶ Verwaltungsleistungen
- ▶ Investitionen

Die Leistungsart **Prävention/Gesundheitsschutz** umfasst Leistungen, die bereits im Vorfeld oder im Frühstadium einer Erkrankung greifen und deren Entstehen oder Verschlimmerung bzw. eine weitere Verbreitung verhindern sollen. Dazu gehören auch die von den Ministerien, den Gesundheitsämtern und sonstigen Institutionen erbrachten Überwachungs- und Aufsichtsfunktionen, die AIDS-Beratung, zahnprophylaktische Leistungen, Schutzimpfungen, die Früherkennung von Krankheiten, die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen sowie ärztliche Begutachtungen und Koordinationen. Im Jahr 2006 wurden

9,3 Milliarden Euro für Prävention/Gesundheitsschutz ausgegeben.

Mehrere Reformen im Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren den Spielraum der Krankenkassen verändert, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen zu können. Seit der Gesundheitsreform 2000 ist insbesondere die primäre Prävention als Betätigungsfeld der Krankenkassen in den Mittelpunkt gerückt. Ausdrücklich erwähnt ist dabei die betriebliche Gesundheitsförderung. Außerdem werden seitdem Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen gefördert, die sich die Prävention bestimmter Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.

Prävention rückt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe immer stärker in den Vordergrund. Das zeigt sich in der Analyse der Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz der unterschiedlichen Ausgabenträger. Die öffentliche Haushalte – also Bund, Länder und Gemeinden – finanzieren vor allem die Aufsichtsbehörden des Gesundheitsschutzes und national angelegte oder regional begrenzte Aufklärungsmaßnahmen. Die gesetzliche Krankenversicherung fördert Maßnahmen der primären Prävention bzw. betriebliche Gesundheitsförderung und bezahlt die gesetzlich fixierten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. jährliche Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen für Männer ab dem 45. Lebensjahr). In den Leistungsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung wiederum fallen Präventionsmaßnahmen, deren Ziel die Vermeidung von Unfällen am Arbeitsplatz ist.

Das von der Bundesregierung angestrebte Präventionsgesetz hat zum Ziel, Prävention als eigenständige vierte Säule des Gesundheitswesens neben Akutbehandlung von Krankheiten, Rehabilitation und Pflege zu verankern.

Kosten für **Unterkunft und Verpflegung** bei stationären Aufenthalten verursachten 2006 gut 7,6 % der Gesundheitsausgaben. Das entspricht 18,5 Milliarden Euro. Diese Leistungen werden von den Krankenversicherungen, aber auch von der Unfall- und Rentenversicherung gezahlt. Bei Unterbringung in stationären Pflegeheimen müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den Patientinnen und Patienten selbst beglichen werden, da sie nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Pflegeversicherung sind.

Zu den **Transporten** – knapp 1,7 % der Gesundheitsausgaben oder 4,0 Milliarden Euro – zählen die im Rahmen einer Erstversorgung oder einer Beförderung von Notfallpatientinnen und -patienten anfallenden Ausgaben für Rettungs- und Notarztwagen oder Flugrettung sowie die Ausgaben für dabei anfallende Erste-Hilfe-Maßnahmen. Auch Aufwendungen für die Beförderung in Krankentransportwagen, Taxen und Mietwagen gehören dazu.

Gut 5,3 % der Gesundheitsausgaben wurden 2006 für **Verwaltungsleistungen** (13,1 Milliarden Euro) aufgewendet. In die Verwaltungsleistungen fließen vor allem die Personalausgaben der Ausgabenträger, deren Aufwendungen für die Durchführung von Verwaltungsarbeiten sowie ihre Beiträge an Verbände und Vereine ein. Die ausgewiesenen Verwaltungsleistungen sind nicht mit den von den Kassen veröffentlichten Verwaltungskosten gleichzusetzen, da z. B. Ausgaben für Finanzausgleiche und Abschreibungen in die Gesundheitsausgabenrechnung nicht einbezogen sind. Die Gutachter- und Koordinationsleistungen des Medizinischen Dienstes werden in der Systematik der Gesundheitsausgabenrechnung ebenfalls nicht als Verwaltungsleistung angesehen, sondern in der Leistungsart Prävention/Gesundheitsschutz berücksichtigt. Die Ausgaben für Verwaltungsleistungen sind seit 1995 um mehr als 30 % gestiegen. Diese Erhöhung ist u. a. darauf zurück zu führen, dass ab Mitte der 1990er-Jahre die Personalausgaben der Betriebskrankenkassen größtenteils nicht mehr von den Betrieben getragen wurden, sondern direkt von der Betriebskrankenkasse. Erst mit dieser Verlagerung der Personalkosten vom Betrieb zur Krankenkasse werden die Personalkosten der Betriebskrankenkassen in der Gesundheitsausgabenrechnung erfasst. Die Verwaltungsleistungen des Ausgabenträgers gesetzliche Krankenversicherung sind dabei im selben Zeitraum weniger stark gestiegen (25 %) als die Verwaltungsleistungen insgesamt.

Der Anteil der Verwaltungsleistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben lag bei der gesetzlichen Krankenversicherung 2006 bei rund 5,7 %. Bei der privaten Krankenversicherung lag dieser Anteil darüber, hierbei spielen vor allem auch die hohen Abschlusskosten eine Rolle.

Unter den **Investitionen** – sie lagen 2006 bei 9,0 Milliarden Euro – werden in der Gesund-

heitsausgabenrechnung insbesondere die Investitionsausgaben und Investitionszuschüsse der öffentlichen Haushalte für Krankenhäuser sowie die öffentlichen Investitionen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen verstanden. Zusätzlich werden die Investitionskosten, die den Bewohnerinnen und Bewohnern von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Rechnung gestellt werden, unter den Investitionen erfasst. Die Investitionen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der privaten Krankenversicherung werden aus ihren jährlichen Rechnungsergebnissen abgeleitet. Die darüber hinaus gehenden, in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Arztpraxen, Apotheken und Gesundheitshandwerk/-einzelhandel) getätigten Investitionen können dagegen nicht abgebildet werden. Sie werden den Einrichtungen jedoch indirekt über die in den Leistungsabrechnungen enthaltenen Abschreibungsbestandteile vergütet und sind somit implizit in den Gesundheitsausgaben enthalten.

Neben den angeführten Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten werden im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung nachrichtlich auch Leistungen erfasst, die in den **erweiterten Bereich des Gesundheitswesens** gehören, aber nicht Bestandteil des eng definierten Begriffes »Gesundheitsausgaben« sind.

Darunter gehörten im Jahr 2006 folgende Ausgaben:

- ▶ 1,6 Milliarden Euro für Ausbildung
- ▶ 2,6 Milliarden Euro für Forschung
- ▶ 15,5 Milliarden Euro zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen
- ▶ 59,3 Milliarden Euro Einkommensleistungen

Die Erfassung der Ausgaben für die Ausbildung von medizinischen und paramedizinischen Berufen beschränkt sich vornehmlich auf den Hochschulbereich.

Als Forschung wird in der Gesundheitsausgabenrechnung die öffentlich finanzierte Erforschung des Menschen unter humangenetischen, biochemischen, biophysikalischen u. ä. Gesichtspunkten definiert. Die Erforschung der Entstehung von Krankheiten und die Entwicklung von Methoden zur Krankheitsvermeidung, Früherkennung und Behandlung sowie die Entwicklung

von Arzneimitteln mit öffentlichen Mitteln werden ebenfalls einbezogen. Nicht enthalten sind die Forschungsleistungen der pharmazeutischen Industrie.

Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen werden gewährt, um ein Leben mit Krankheit oder Behinderung zu erleichtern. Unter dieser Leistungsart werden z. B. Leistungen zur beruflichen Teilhabe für behinderte Menschen, aber auch Haushalts- und Betriebshilfen, die für kranke Menschen gewährt werden, zusammengefasst. Bei diesen Leistungen handelt es sich um nicht-medizinische Leistungen, bei denen der soziale Aspekt im Vordergrund steht. Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Integration werden dabei vor allem im Rahmen der Sozialhilfe gewährt.

Einkommensleistungen dienen zum Lebensunterhalt der Kranken, Berufs- oder Erwerbsunfähigen. Dies geschieht durch die Zahlung von Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeldern, vorzeitigen Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie durch die Entgeltfortzahlung bei Krankheit und Mutterschaft. Gemäß der gesetzlichen Bestimmung stellen für Angestellte die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen einer Krankheit die Entgeltfortzahlung sicher. Erst danach werden Krankengelder – in Höhe von 70% des Bruttolohnes – von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgezahlt.

### 3.3 Ausgaben nach Einrichtungen

Unbeschadet der Zweckbestimmung, Trägerschaft, Organisation oder Rechtsform wird als Einrichtung im Gesundheitswesen jede Institution bezeichnet, die als Betrieb, Amt oder Dienststelle Leistungen des Gesundheitswesens erbringt. Die Untergliederung der Einrichtungen nach Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste und Verwaltung widerspiegelt die Struktur des Gesundheitssystems. Diese Einteilung wird auch in der Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung verwendet. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden noch die Positionen Ausland und Investitionen ausgewiesen.

Das Ausgabengeschehen wird von den ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen bestimmt. Auf die dort erbrachten Leistungen entfallen 85,2 % der Gesundheitsausgaben (siehe Abbildung 4).

Für Leistungen des **ambulanten Sektors** wird am meisten ausgegeben. Im Jahr 2006 waren das 118,6 Milliarden Euro bzw. 48,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Ausgaben verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Einrichtungen:

- ▶ 36,4 Milliarden Euro in Arztpraxen
- ▶ 15,8 Milliarden Euro in Zahnarztpraxen
- ▶ 7,1 Milliarden Euro in Praxen sonstiger medizinischer Berufe (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Masseurinnen und Masseur)
- ▶ 34,7 Milliarden Euro in Apotheken
- ▶ 15,5 Milliarden Euro im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (z. B. Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Zahntechnikerinnen und Zahntechniker)
- ▶ 7,4 Milliarden Euro in Einrichtungen der ambulanten Pflege
- ▶ 1,6 Milliarden Euro in sonstigen ambulanten Einrichtungen

#### Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Einrichtungen des Gesundheitsschutzes umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden und Landesministerien sowie Einrichtungen des Bundes wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zu den ambulanten Einrichtungen zählen die Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und sonstigen medizinischen Berufen, die Betriebe des Gesundheitshandwerks und des Einzelhandels, die Apotheken sowie weitere Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Unter den Einrichtungen der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege zusammengefasst.

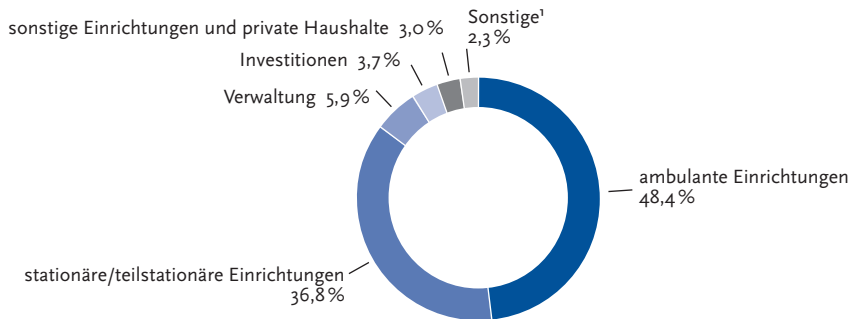
Rettungsdienste beinhalten die Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein.

Zu den Verwaltungseinrichtungen zählen die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung. Leistungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden ebenfalls dieser Einrichtung zugeordnet.

Unter den sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalten werden Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige wie z. B. Taxiunternehmen, Anbieterinnen und Anbieter eines betrieblichen Gesundheitsdienstes sowie die privaten Haushalte, in denen z. B. Privatpersonen Angehörige oder Bekannte pflegen, subsumiert.

**Abbildung 4**  
**Gesundheitsausgaben 2006 nach Einrichtungen**

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



<sup>1</sup> Gesundheitsschutz, Rettungsdienst, Ausland

**Tabelle 4**  
**Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen**

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]

Einrichtungen	1995	2000	2005	2006
	in Mrd. Euro			
Gesundheitsschutz	1,8	1,8	1,9	1,9
ambulante Einrichtungen	87,0	100,8	115,3	118,6
davon:				
Arztpraxen	27,0	30,8	35,1	36,4
Zahnarztpraxen	14,0	14,7	15,2	15,8
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	4,8	5,8	7,0	7,1
Apotheken	23,6	28,2	34,7	34,7
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	12,5	14,1	14,7	15,5
ambulante Pflege	3,9	5,8	7,1	7,4
sonstige Einrichtungen	1,1	1,3	1,6	1,6
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	70,9	78,8	87,5	90,1
davon:				
Krankenhäuser	51,1	56,4	62,1	63,9
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	7,6	7,5	7,3	7,4
stationäre/teilstationäre Pflege	12,2	14,9	18,1	18,8
Rettungsdienste	1,7	2,1	2,6	2,6
Verwaltung	11,0	12,7	14,6	14,5
sonstige Einrichtungen und private Haushalte	6,3	7,4	7,3	7,3
Ausland	0,6	0,6	0,9	1,0
Investitionen	7,2	8,3	9,2	9,0
gesamt	186,5	212,4	239,3	245,0



Zwischen 1995 und 2006 haben sich die Ausgaben für ambulante Einrichtungen um insgesamt 31,6 Milliarden Euro (+36,3%) erhöht. Dabei sind die Ausgaben in Apotheken mit einem Anstieg von 11,1 Milliarden Euro (+47,2%) stärker als diejenigen in Arztpraxen (+9,4 Milliarden Euro; +34,8%) gestiegen. Den höchsten Ausgabenzuwachs verzeichneten die ambulanten Pflegeeinrichtungen aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung und die dadurch resultierende Ausweitung der ambulanten Pflege. Ihr Volumen ist seit 1995 um knapp 90% gewachsen. Den geringsten Anstieg gab es bei den Zahnarztpraxen. Auf die Gesetzesänderungen, die mit der Versorgung mit Zahnersatz im Zusammenhang stehen, wurde bereits eingegangen. Ausgabenrückgänge gab es vor allem von 2004 auf 2005. Die Einführung des Festzuschuss-Prinzips im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes mag ein Erklärungsansatz für diesen Rückgang sein.

Rund 36,8% bzw. 90,1 Milliarden Euro der Gesundheitsausgaben entfallen auf die Leistungen der **(teil-)stationären Einrichtungen**. Die einzelnen Einrichtungen tragen dazu wie folgt bei:

- ▶ 63,9 Milliarden Euro in Krankenhäusern
- ▶ 7,4 Milliarden Euro in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- ▶ 18,8 Milliarden Euro in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

Der (teil-)stationäre Sektor ist mit rund 27% im betrachteten Zeitraum deutlich geringer gewachsen als der ambulante Sektor.

Die Krankenhäuser sind erwartungsgemäß die ausgabenintensivsten Einrichtungen. Dies hängt mit der Art und Schwere der in diesen Einrichtungen behandelten Erkrankungen und der für die Behandlung erforderlichen personellen und medizinisch-technischen Ausstattung zusammen. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen und Waren in Krankenhäusern sind zwischen 1995 und 2006 besonders stark gestiegen (beide um rund 39%).

1997 traten zwei Gesetze mit Neuregelungen zu medizinischen Kuren in Kraft: Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz und das Beitragsentlastungsgesetz schränkten u. a. die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen auf drei Wochen ein und erhöhten die Zeitspanne für Wiederholungsmaßnahmen. Sie führten noch im

gleichen Jahr zu einem Ausgabenrückgang für Leistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die jährlichen Zuwächse in den Folgejahren bewegten sich auf niedrigerem Niveau als vor der gesetzlichen Regelung. Im Jahr 2006 sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr wieder moderat angestiegen. In der Konsequenz sind die Aufwendungen im gesamten betrachteten Zeitraum um knapp 3% gesunken. Hierfür verantwortlich sind neben den gesetzlichen Neuregelungen auch die konjunkturelle Lage, die zu einem Rückgang der Anträge für Rehabilitationsmaßnahmen geführt hat.

Der Ausgabenanstieg in den Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege um rund 54% im betrachteten Zeitraum ist wiederum mit der Einführung der Pflegeversicherung für stationäre Pflege ab dem 1. Juli 1996 und der seitdem stetig steigenden Anzahl derjenigen Pflegebedürftigen zu erklären, die sich stationär versorgen lassen.

Neben den ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen stellen der Gesundheitsschutz, die Rettungsdienste, die Verwaltung sowie die sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalte weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens dar. Hinzu kommen aus Gründen der Systematik noch die Einrichtungen Ausland und Investitionen. Die von diesen Einrichtungen erbrachten Leistungen entsprachen im Jahr 2006 36,4 Milliarden Euro.

Die Leistungen der sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalte – im Jahr 2006 hatten die Ausgaben in diesen Einrichtungen ein Volumen von 7,3 Milliarden Euro – sind in den betrachteten zwölf Jahren mit 16,1% nur unterdurchschnittlich gewachsen. Ein Hauptgrund dieses geringen Wachstums liegt in der leicht rückläufigen Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger, d. h. derjenigen Pflegebedürftigen, die sich zu Hause von Angehörigen betreuen lassen. Die Ergebnisse der Pflegestatistik der letzten Jahre lassen einen Trend zur »professionellen« Pflege feststellen [9].

Für Leistungen im Ausland haben die gesetzliche und private Krankenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung 2006 erstmalig über eine Milliarde Euro ausgegeben, das sind fast 80% mehr als noch 1995.

### 3.4 Kennziffern

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist die wichtigste gesundheitsökonomische Kennziffer. Sie gibt in kompakter Form Auskunft über die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens eines Landes. Die Kennziffer kann in zweierlei Hinsicht interpretiert werden: Zum einen gibt sie Hinweise auf den (positiven) Beitrag des Gesundheitswesens am erwirtschafteten BIP. Zum anderen zeigt sie auf, wie viel Prozent des BIP die Volkswirtschaft allein für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger verwendet.

An dieser Stelle sollte jedoch auf die eingeschränkte Aussagekraft des Indikators hingewiesen werden. Um den tatsächlichen (positiven) Beitrag des Gesundheitswesens im Verhältnis zum BIP zu beschreiben, wäre es notwendig, die Bruttowertschöpfung der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu messen. Im Kostenansatz, welcher der Gesundheitsausgabenrechnung zugrunde liegt, sind jedoch auch die von den Einrichtungen »zugekauften« Vorleistungen enthalten. Am einfachsten lässt sich der Unterschied bei den Apotheken verdeutlichen. Der Arzneimittelabgabepreis, der in die Gesundheitsausgabenrechnung eingeht, misst nicht nur die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker, sondern auch die Leistungen der pharmazeutischen Industrie, die sich im für den Arzneimittelabgabepreis relevanten Hersteller-

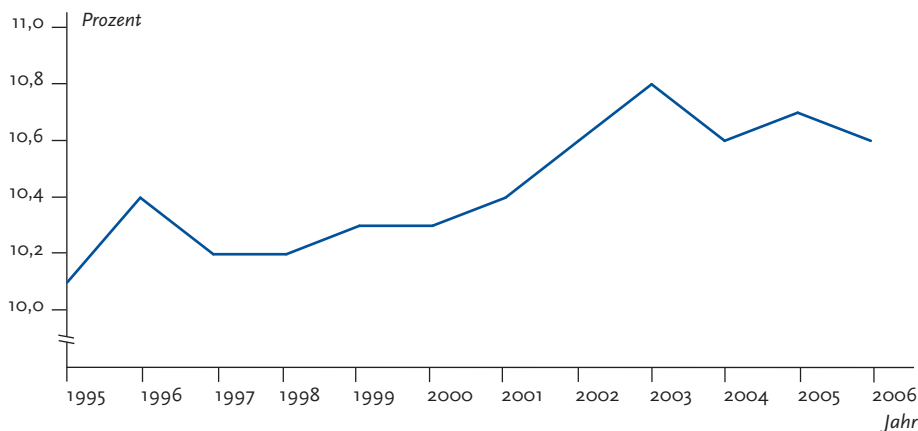
abgabepreis niederschlagen. Eine Messung der Bruttowertschöpfung des Gesundheitswesens ist mithilfe der Gesundheitsausgabenrechnung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Die Kenngröße »Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt« gilt daher als die wichtigste Kennziffer, um die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens für die Volkswirtschaft zu beschreiben.

Bei längerfristigen Vergleichen dieses Indikators muss beachtet werden, dass nicht nur ein Anstieg oder Rückgang der Gesundheitsausgaben Einfluss auf die Kennziffer hat, sondern auch die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes ein Absinken oder Ansteigen der Kennziffer bewirken kann.

Im Jahr 2006 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland bei rund 10,6%. Zwischen 1995 und 2003 ist er von 10,1% um 0,7 Prozentpunkte angestiegen. Da die Gesundheitsausgaben – auch bedingt durch das GKV-Modernisierungsgesetz – von 2003 auf 2004 leicht gesunken sind, das BIP aber gewachsen ist, ging der Indikator in der Folge leicht zurück.

Die Bedeutung des Gesundheitssektors macht auch folgender Vergleich deutlich: Die Gesundheitsausgaben betragen in Deutschland im Jahr 2006 ca. das 2,4-fache des Inlandsumsatzes (ohne Mehrwertsteuer) der deutschen Automobilindustrie. Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen war etwa 5,7-mal so hoch wie die Zahl der Beschäftigten in der Automobilindustrie [10].

**Abbildung 5**  
**Entwicklung der Gesundheitsausgaben, Anteil am BIP**  
 Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



Auch die Ausgaben für Gesundheit je Einwohner können als Indikator für den Stellenwert der Gesundheit in einer Gesellschaft interpretiert werden. Diese lagen im Jahr 2006 bei 2.970 Euro und sind im Vergleich zum Jahr 1995 um 700 Euro gestiegen.

Aussagen über die Qualität der Gesundheitsversorgung eines Landes oder die Effizienz des Gesundheitssystems lassen sich aus diesen Kennziffern alleine nicht ableiten. Dazu werden zusätzlich Qualitäts- oder Effizienzindikatoren wie z. B. Infektionsraten nach Operationen, die Entwicklung der gesunden Lebensjahre oder Kosten-Nutzen-Analysen einzelner medizinischer Maßnahmen benötigt. Qualitätsmessungen oder Effizienzvergleiche würden den Umfang dieses Themenheftes jedoch sprengen und bleiben daher anderen Veröffentlichungen vorbehalten.

### 3.5 Internationale Vergleiche

Grundlage für den internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben sind die Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Mit der Entwicklung des »System of Health Accounts« hat die OECD ein für alle OECD-Mitgliedstaaten gültiges Rahmenwerk für die Messung von Gesundheitsausgaben geschaffen. Durch eine einheitliche Definition von Gesundheitsausgaben, sowie eine exakte Beschreibung von Leistungsarten und Einrichtungen soll eine verbesserte internationale Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben gewährleistet werden. Die Umsetzung des System of Health Accounts ist jedoch in den OECD-Staaten unterschiedlich weit fortgeschritten, so dass auch weiterhin internationale Vergleiche in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind.

Beim Vergleich und der Interpretation von Gesundheitsindikatoren verschiedener Länder sind außerdem die Unterschiede in den Gesundheitssystemen immer mit in Betracht zu ziehen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass sich hinter klassifikatorisch gekennzeichneten Leistungsblöcken unterschiedliche Leistungskataloge und ein unterschiedlicher Leistungsumfang verbergen können. So sagt der Ausgabenblock Krankenhäuser im internationalen Vergleich nichts über deren Anzahl, die Betten- oder Personaldichte oder auch

sonstige Merkmale der Versorgung aus, die Leistungsumfang und -qualität entscheidend beeinflussen können. Internationale Ausgabenvergleiche geben daher vor allem grobe Anhaltspunkte für weiterführende Analysen und die Suche nach Bereichen mit hohen Potenzialen für eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung der nationalen Systeme.

Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen sind insbesondere bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben zu erkennen. Nationale Gesundheitssysteme werden über Steuern finanziert und sind allen Patientinnen und Patienten kostenlos zugänglich, die Leistungen werden nahezu ausschließlich von öffentlichen Einrichtungen erbracht. Im Vereinigten Königreich, das ein nationales Gesundheitssystem hat, wurden 2006 gut 87% der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert. Deutschland und Frankreich, die jeweils über Sozialversicherungssysteme verfügen, finanzieren 77% bzw. 80% der Gesundheitsausgaben über öffentliche Mittel. Sozialversicherungssysteme werden hauptsächlich über einkommensabhängige Beiträge von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern finanziert.

Die Gesundheitsausgaben in Japan, Italien, Dänemark und der Schweiz sind mit Werten zwischen 84% und 60% ebenfalls überwiegend öffentlich finanziert. Lediglich in den USA dominieren private Ausgabenträger mit 54%.

Unter öffentlicher Finanzierung werden nach den Klassifikationen der OECD die deutschen Ausgabenträger öffentliche Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung verstanden. Die Beihilfeausgaben der öffentlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind hier ebenfalls enthalten. Private Finanzierung der Gesundheitsausgaben umfasst die private Krankenversicherung inklusive der privaten Pflege-Pflichtversicherung, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck sowie den betrieblichen Gesundheitsdienst.

Tabelle 5

**Gesundheitsausgaben 2006 im internationalen Vergleich**

Quelle: OECD, Health Data 2008 (Stand: Dezember 2008) [11]

Länder	Anteil am BIP	Ausgaben je Einwohner in US\$ KKP*
Deutschland	10,6%	3.371
Frankreich	11,0%	3.449
Italien	9,0%	2.614
Japan	8,1%	2.578
Dänemark	9,5%	3.362
Schweiz	11,3%	4.311
Vereinigtes Königreich	8,4%	2.760
Vereinigte Staaten	15,3%	6.714

\* Kaufkraftparitäten sind Umrechnungskurse, die die Unterschiede in den Preisniveaus zwischen den einzelnen Ländern beseitigen

Wie Tabelle 5 verdeutlicht, lagen im Jahr 2006 die Vereinigten Staaten mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 15,3 % im Vergleich der hier betrachteten Staaten auf Platz eins. Es folgten die Schweiz mit 11,3 % und Frankreich mit 11,0 %. In Deutschland wurden 10,6 % des BIP für Gesundheitsleistungen aufgewendet, in Dänemark 9,5 %. Italien gab dafür 9,0 % des BIP aus. Die Anteile für das Vereinigte Königreich und für Japan betragen 8,4 % bzw. 8,1 %.

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben derselben Staaten in US-Dollar je Einwohner, wobei die Umrechnung mit Hilfe von BIP-Kaufkraftparitäten erfolgte, wendeten die Vereinigten Staaten im Jahr 2006 durchschnittlich 6.714 US-Dollar pro Kopf für Gesundheitsleistungen auf. Mit 4.311 US-Dollar folgte die Schweiz und mit 3.449 US-Dollar Frankreich. Deutschland (3.371 US-Dollar pro Kopf) gab ähnlich viel wie Dänemark (3.362 US-Dollar pro Kopf) für Gesundheit aus. Erheblich weniger gaben das Vereinigte Königreich (2.760 US-Dollar), Italien (2.614 US-Dollar) und Japan (2.578 US-Dollar) aus. Im Vergleich aller OECD-Staaten liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland im oberen Drittel [11].

**3.6 Einkommensleistungen**

Einkommensleistungen werden Kranken und Verletzten in der Regel für ihre allgemeine Lebenshaltung zur Verfügung gestellt. Sie werden nicht zu den Gesundheitsausgaben gezählt, sondern im erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens separat ausgewiesen. Zu den Einkommensleistungen zählen u. a. die Entgeltfortzahlung, die Angestellte im Allgemeinen für die ersten sechs Wochen der Erkrankung erhalten, das Krankengeld, das die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 70 % des Bruttolohns ab der siebten Krankheitswoche zahlt, sowie Verletzten- und Erwerbsunfähigkeitsrenten. Privat Krankenversicherte beziehen entsprechend ihrer Krankenversicherungsverträge Krankentagegelder und Krankenhaustagegelder. Beamtinnen und Beamte erhalten hingegen ihre Dienstbezüge auch während der Zeit der Erkrankung.

Tabelle 6

**Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern**

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]

Ausgabenträger	1995	2000	2005	2006
	in Mrd. Euro			
öffentliche Haushalte	3,4	2,9	2,4	2,1
gesetzliche Krankenversicherung	10,1	7,7	6,6	6,4
gesetzliche Rentenversicherung	15,5	16,7	15,9	15,5
gesetzliche Unfallversicherung	3,4	3,5	3,4	3,4
private Krankenversicherung	1,2	1,3	1,3	1,3
Arbeitgeber	32,9	31,9	30,6	30,6
gesamt	66,5	64,1	60,3	59,3

Im Jahr 2006 wurden in Deutschland insgesamt 59,3 Milliarden Euro als Einkommensleistungen gezahlt (vgl. Tabelle 6). Über die Hälfte der Einkommensleistungen wendeten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf. Davon machten Entgeltfortzahlungen den weitaus größten Teil aus. Die Beschränkung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall auf 80 % des Lohns in den ersten sechs Wochen von Oktober 1996 bis Dezember 1998 führte zu einem vorübergehenden Rückgang der

Einkommensleistungen. In vielen Tarifverträgen wurde allerdings weiterhin eine hundertprozentige Lohnfortzahlung vereinbart. Ausgabensteigernd auf die Entgeltfortzahlung haben sich die zwischenzeitlichen Lohnerhöhungen ausgewirkt.

Mehr als ein Viertel der Einkommensleistungen wird von der gesetzlichen Rentenversicherung u. a. in Form von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten getragen. Von der gesetzlichen Krankenversicherung fließen als Einkommensleistungen Krankengelder, Mutterschaftsgeld oder Beiträge aus Krankengeld zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Die öffentlichen Haushalte gewähren Einkommensleistungen vor allem für behinderte Menschen. Die gesetzliche Unfallversicherung gibt in diesem Zusammenhang Gelder insbesondere für Verletztenrenten und Verletztengeld aus. Die private Krankenversicherung zahlt Einkommensleistungen als Krankentage- und Krankenhaustagegeld.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 7,2 Milliarden Euro weniger Einkommensleistungen ausgezahlt als noch 1995. Vor allem der kontinuierlich sinkende Krankenstand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, der im Jahr 2006 seinen bis dahin tiefsten Wert erreichte [12], sorgte für eine spürbare Entlastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Sie mussten weniger Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall leisten. Gleichzeitig reduzierten sich die ausgezahlten Krankengelder der gesetzlichen Krankenversicherung.

## 4 Finanzierungsströme im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben und die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens – wozu auch die unter Punkt 3.6 dargestellten Einkommensleistungen gehören – werden in Deutschland von verschiedenen Ausgabenträgern gezahlt. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Sozialversicherungen und die private Krankenversicherung. Da Ausgaben – unter vereinfachenden Annahmen – nur getätigt werden können, wenn der »Zahlende« über entsprechende Mittel verfügt, stellt sich die Frage, woher die Ausgabenträger ihre Einnahmen beziehen und wer damit das Gesundheitswesen in Deutschland letztendlich finanziert.

### 4.1 Finanzierungsprinzipien

Die deutschen Sozialversicherungen

- ▶ gesetzliche Krankenversicherung,
- ▶ soziale Pflegeversicherung,
- ▶ gesetzliche Rentenversicherung und
- ▶ gesetzliche Unfallversicherung

sind Zwangsversicherungen nach dem Sozialprinzip, d. h. es handelt sich dabei um gesetzlich verfügte staatliche Vorsorge. Die Finanzierungsgrundlagen der einzelnen Versicherungen unterscheiden sich gleichwohl. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung werden die einkommensproportionalen Beiträge für versicherungspflichtig Beschäftigte jeweils zur Hälfte durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber getragen. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen (bis zur Grenze von 400 Euro monatlich) sind beitragsfrei mitversichert. Zum 1. Juli 2005 wurde ein zusätzlicher Beitragssatz von 0,9 % des Bruttoeinkommens eingeführt, der ausschließlich von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden muss. Es findet im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung somit eine Umverteilung von den höheren Einkommen zu den niedrigeren Einkommen und den Familien statt. Entsprechendes gilt für die soziale Pflegeversicherung. Zusätzlich wird in der gesetzlichen

Krankenversicherung aufgrund der Neuregelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes seit 2004 ein pauschaler Bundeszuschuss für familienpolitisch motivierte, versicherungsfremde Leistungen aus dem Bundeshaushalt gezahlt. Dieser betrug im Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro.

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung werden ebenfalls einkommensproportionale Beiträge von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gezahlt. Allerdings leistet auch der Bund hohe Zuschüsse in die gesetzliche Rentenversicherung. Die gesetzliche Unfallversicherung wird alleine von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern finanziert.

Zwischen den Sozialversicherungen gibt es wechselseitige Finanzströme: Die gesetzliche Rentenversicherung führt Krankenversicherungsbeiträge für Rentnerinnen und Rentner an die gesetzliche Krankenversicherung ab. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt für eine erkrankte Person Beiträge aus Krankengeld an die Rentenversicherung und die Pflegeversicherung.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung findet darüber hinaus ein Risikostrukturausgleich statt. Er dient dazu, die unterschiedlichen Risiken der einzelnen Kassen auszugleichen, die aufgrund der Einkommens- und Morbiditätsunterschiede ihrer Versicherten entstehen.

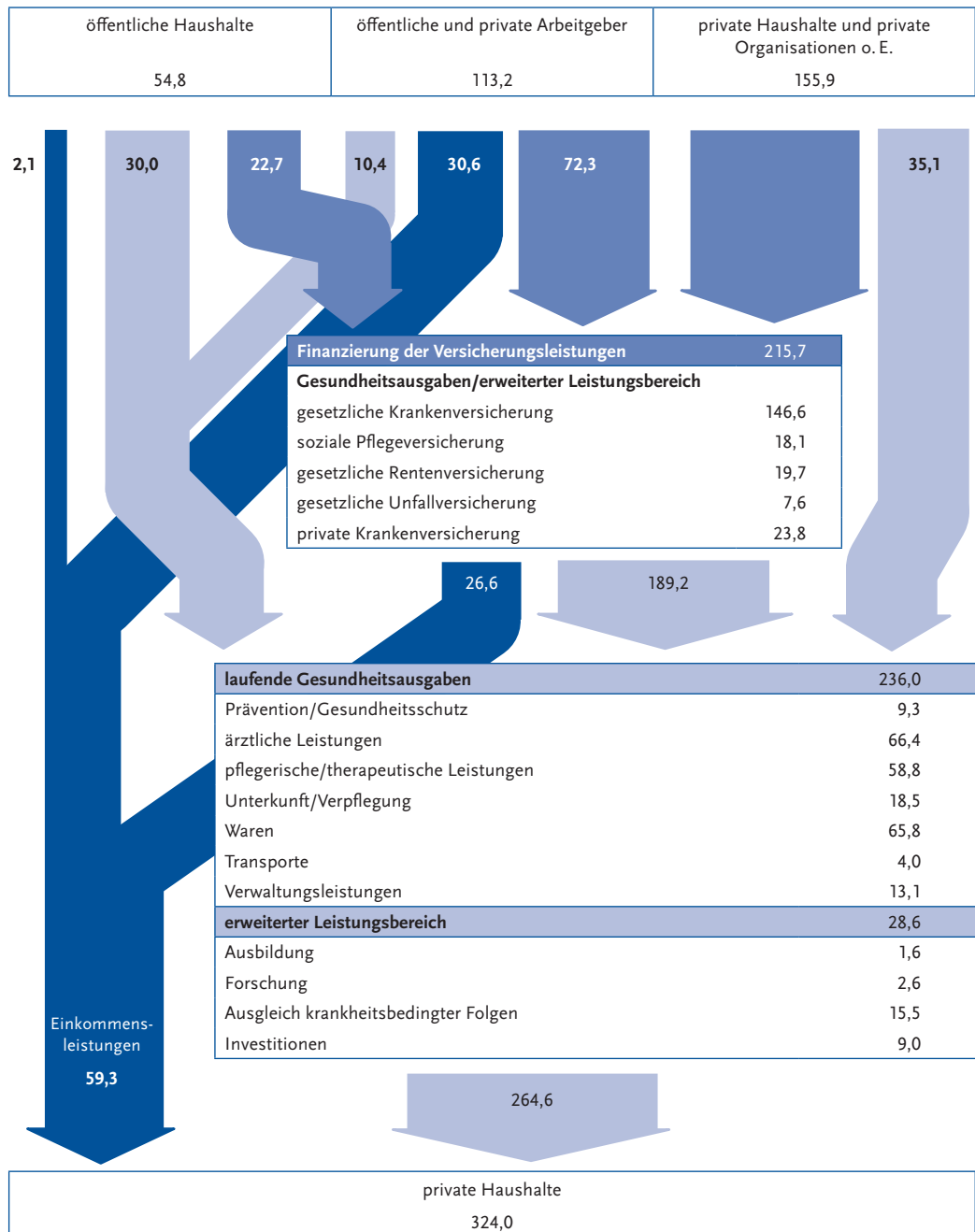
Die private Krankenversicherung orientiert sich bei ihrer Prämienkalkulation dagegen vor allem am Individual- und Risikoäquivalenzprinzip. Die Prämienberechnung erfolgt auf Basis der vereinbarten Versicherungsleistungen, des Alters und Geschlechts sowie den Vorerkrankungen jeder/jedes einzelnen Versicherten. Die Berücksichtigung des Geschlechts als Risikofaktor wurde zwischenzeitlich aufgrund eines entsprechenden Urteils des Europäischen Gerichtshofes abgeschafft. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern gibt es in der privaten Krankenversicherung nicht. Die Einführung der allgemeinen Verpflichtung zur Krankenversicherung seit dem 1. April 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) hat dazu geführt, dass im Rahmen des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung und des ab 1. Januar 2009 geltenden neuen Basistarifs gewisse Ausgleichs zwischen zahlungskräftigen Versicherten und solchen mit geringerem Einkommen stattfinden können.

## 4.2 Finanzierungsströme

Die Komplexität des deutschen Gesundheitswesens wird nicht zuletzt an den zugrundeliegenden Finanzierungsströmen deutlich, die in Abbildung 6 veranschaulicht werden. Die Finanzierung vollzieht sich danach in mehreren Stufen und bezieht eine Vielzahl von Finanzierungsbeteiligten in unterschiedlichen Rollen mit ein. Vereinfacht ausgedrückt werden die im Gesundheitswesen verteilten Mittel von den so genannten »primären Finanzierern« ganz oben in der Abbildung 6 (öffentliche Haushalte, öffentliche und private Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie private Haushalte und private Organisationen o. E.) aufgebracht und an die privaten Haushalte bzw. Patientinnen und Patienten als Empfänger sämtlicher Leistungen im Gesundheitswesen ganz unten in der Abbildung 6 weitergegeben. Die »primären Finanzierer« finanzieren die Versicherungen, die in der Mitte des Schaubildes dargestellt sind. Diese übernehmen einen Großteil der Bereitstellung der Leistungen im Gesundheitswesen und der Auszahlung von Einkommensleistungen. Darüber hinaus tragen die »primären Finanzierer« auch selbst Gesundheitsausgaben, Einkommensleistungen und sonstige Leistungen im erweiterten Bereich des Gesundheitswesens ohne Zwischenschaltung der Versicherungen.

Die Finanzierungsströme zeigen die Menge und Richtung der jeweiligen Geldbewegung an. Dabei sind die direkt ausgezahlten Einkommensleistungen der primären Finanzierer und die von den Versicherungen getragenen Einkommensleistungen – die jeweils den privaten Haushalten bzw. den Patientinnen und Patienten zugute kommen – in dunkelblauer Farbe dargestellt. Die laufenden Gesundheitsausgaben und die sonstigen Leistungen des Gesundheitswesens der primären Finanzierer und der Versicherungen sind in hellblau gehalten. Die Beitrags- und sonstigen Zahlungen der primären Finanzierer an die Versicherungen sind mittelblau unterlegt.

**Abbildung 6**  
**Finanzierungsströme im Gesundheitswesen 2006 in Milliarden Euro**  
 Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt [7]



Das bei der Finanzierungsrechnung betrachtete Finanzvolumen betrug im Jahr 2006 324,0 Milliarden Euro. Neben den laufenden Gesundheitsausgaben werden hier auch die Einkommensleistungen und die sonstigen Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereiches betrachtet. Diese Ausgaben verteilten sich dabei wie folgt auf die primären Finanzierer: 16,9 % (54,8 Milliarden Euro) dieser Summe finanzierten die öffentlichen Haushalte, 34,9 % oder 113,2 Milliarden Euro die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und 48,1 % bzw. 155,9 Milliarden Euro die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Die große Bedeutung der »Privaten« an der Finanzierung im Gesundheitswesen wird auch deutlich, wenn man die Finanzierung der Versicherungsleistungen (Ausgabenvolumen: 215,7 Milliarden Euro) genauer analysiert. Sie werden zu mehr als der Hälfte von den privaten Haushalten und privaten Organisationen o. E. (120,8 Milliarden Euro) über Beiträge an die Sozialversicherungen und die private Krankenversicherung finanziert. Die Arbeitgeberbeiträge an die Versicherungen beliefen sich auf insgesamt 72,3 Milliarden Euro. Die öffentlichen Haushalte haben im Jahr 2006 rund 22,7 Milliarden Euro vor allem in Form von Zuschüssen an die Versicherungen gezahlt.

Die Versicherungen verwendeten die ihnen von den primären Finanzierern zur Verfügung gestellten Mittel, um den Patientinnen und Patienten Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen im Wert von insgesamt 189,2 Milliarden Euro und Einkommensleistungen in Höhe von 26,6 Milliarden Euro bereit zu stellen.

Die primären Finanzierer finanzierten auch direkt Einkommensleistungen sowie Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, ohne dass die Versicherungen zwischen ihnen und den Patientinnen und Patienten geschaltet waren. So verausgabten die öffentlichen Haushalte 2,1 Milliarden Euro an Einkommensleistungen und stellten Güter und Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens in Höhe von 30,0 Milliarden Euro bereit. Die öffentlichen und privaten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanzierten insgesamt 30,6 Milliarden Euro Einkommensleistungen (v. a. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall). 10,4 Milliarden Euro wurden in Form von Gütern oder Dienstleistungen bereitgestellt. Die privaten Haus-

halte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck trugen 35,1 Milliarden Euro an Ausgaben für Gesundheitsgüter oder -dienstleistungen in Form von Direktkäufen oder Zuzahlungen.

Den privaten Haushalten bzw. den Patientinnen und Patienten in Deutschland kamen im Jahr 2006 somit Leistungen im Wert von insgesamt 324,0 Milliarden Euro zugute – 236 Milliarden Euro laufende Gesundheitsausgaben, 28,6 Milliarden Euro Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereiches und 59,3 Milliarden Euro Einkommensleistungen.

Seit 1995 hat sich die Struktur der Finanzierung im Gesundheitswesen zu Gunsten der öffentlichen Haushalte sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und zu Lasten der privaten Haushalte/privaten Organisationen o. E. verschoben.

Nachdem die öffentlichen Haushalte 1995 mit insgesamt 47,6 Milliarden Euro noch 17,9 % der Finanzierungslast des Gesundheitswesens getragen haben, ist dieser Anteil bis zum Jahr 2006 auf 16,9 % zurückgegangen. Der Anteil der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber hat sich im selben Zeitraum sogar um 5,4 Prozentpunkte von 40,3 % auf 34,9 % verringert. Absolut ist der Finanzierungsbeitrag allerdings um 6,3 Milliarden Euro gestiegen. 45 Milliarden Euro mehr gaben die privaten Haushalte/privaten Organisationen o. E. 2006 im Vergleich zum Jahr 1995 aus. Ihr Finanzierungsanteil wuchs dadurch von 41,8 % auf 48,1 %.

Für die Verschiebungen der Finanzierungslast gibt es unterschiedliche Erklärungen. So führte z. B. die Einführung der Pflegeversicherung zu Entlastungseffekten bei den öffentlichen Haushalten. Der bis zum Jahr 2006 stetig sinkende Krankenstand und die daraus resultierende Verringerung der Ausgaben im Rahmen der Entgeltfortzahlung brachte eine Entlastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber im betrachteten Zeitraum mit sich. Auch die steigenden Eigenleistungen der GKV-Versicherten führten – relativ gesehen – zu einer Entlastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, da sich dadurch der paritätisch von ihnen sowie Arbeitnehmerinnen und -nehmern zu finanzierende Beitragssatz zwischen 1995 und 2006 kaum erhöht hat (siehe Kapitel 5.2).



## 5 Beiträge

### 5.1 Einnahmesysteme

Für die Versicherungen sind Beitragseinnahmen die wichtigste Finanzierungsgrundlage, sie machten 2006 zwischen 74 % (Rentenversicherung) und 99 % (Pflegeversicherung) der Einnahmen aus.

Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung werden direkt als Prozentsatz des versicherungspflichtigen Arbeitseinkommens vom Gehalt abgezogen. Allerdings wird das Einkommen nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenzen belastet. Für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung lagen die Beitragsbemessungsgrenzen im Jahr 2006 bei 3,562,50 Euro im Monat, für die gesetzliche Rentenversicherung galten für die alten Bundesländer 5,250 Euro und für die neuen Bundesländer 4.400 Euro im Monat.

Die Höhe des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet sich je nach Krankenkasse und Status des Versicherten. Für Studentinnen und Studenten sowie Praktikantinnen und Praktikanten und je nach Krankengeldanspruch gibt es vom allgemeinen Beitragssatz abweichende Beitragssätze. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz lag 2006 für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei 13,31 %. Er wird jeweils hälftig von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragen. Mit Wirkung vom 1. Juli 2005 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren allgemeinen – zu gleichen Teilen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanzierten – Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte zu senken. Gleichzeitig wurde ein zusätzlicher Beitragssatz in gleicher Höhe eingeführt, der komplett von der Arbeitnehmerin bzw. vom Arbeitnehmer finanziert werden muss. Hintergrund dieser Entscheidung war die ursprünglich geplante Ausgliederung des Zahnersatzes und des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, um eine Senkung der Lohnnebenkosten zu erreichen. Letztlich blieben diese beiden Leistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung verankert, allerdings werden sie nun durch den zusätzlichen Beitragssatz einseitig finanziert.

Der Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung liegt seit dem 1. Juli 1996 bei 1,7 %. Das Prinzip der paritätischen Finanzierung gilt auch für dieses soziale Sicherungssystem. Für kinderlose Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hat sich der Beitragssatz ab dem 1. Januar 2005 auf 1,95 % erhöht. Die Erhöhung geht dabei einseitig zu Lasten der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers, so dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber unabhängig vom Familienstand ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterhin ihren Anteil von 0,85 % erbringen. Mit der zum 1. Juli 2008 beschlossenen Ausweitung des Pflegeangebotes im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes stieg der paritätisch finanzierte Beitragssatz auf 1,95 %, für Kinderlose entsprechend auf 2,2 %.

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung lag 2006 für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte bei 19,5 %, zwischenzeitlich ist er auf 19,9 % gestiegen. Wie im Fall der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Beitrag jeweils hälftig von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragen. Ausnahmen von diesem Finanzierungsgrundsatz gibt es für geringfügig Beschäftigte und Arbeitslose.

Die Beiträge der gesetzlichen Unfallversicherung werden allein von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragen.

Die Sozialversicherungssysteme in Deutschland werden nach dem Umlageverfahren finanziert. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sehen die gesetzlichen Bestimmungen zur Finanzierung der Leistungsausgaben vor, dass die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen durch deren Einnahmen gedeckt sein sollten. Hierzu stellen alle Kassen Haushaltspläne auf, die von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder geprüft, genehmigt und überwacht werden. Grundsätzlich sind die Krankenkassen nicht berechtigt, sich über Kredite zu finanzieren.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung decken die jährlichen Beitragseinnahmen – bedingt durch die demografische Entwicklung und die Wiedervereinigung – die jährlichen Ausgaben seit Jahren nicht mehr. Durch Zuschüsse

des Bundes aus Steuermitteln soll ein negativer Saldo vermieden werden.

Die gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung sehen vor, dass die jährlichen Ausgaben durch die jährlichen Einnahmen gedeckt sind. Ein negativer Saldo wird durch einen Abbau des Kapitalstocks der sozialen Pflegeversicherung ausgeglichen.

Im Gegensatz zur Renten- und Pflegeversicherung, bei denen die Beitragssätze gesetzlich fixiert sind, haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Spielraum, die Beitragssätze individuell zu gestalten. Mit der Einführung des »Gesundheitsfonds« zum 1. Januar 2009, welcher zentraler Bestandteil des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wurde der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung auf 14,6 % zuzüglich des Sonderbeitragssatzes von 0,9 % einheitlich festgelegt. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds standardisierte Zuweisungen für ihre Versicherten sowie Risikozuschläge für Versicherte mit schwerwiegenden Erkrankungen. Sie haben die Möglichkeit, Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern bis zu einem Prozent des Bruttoeinkommens zu erheben, wenn die Zuweisungen, die sie vom Gesundheitsfonds erhalten, zur Deckung ihrer Ausgaben nicht ausreichen. Gut wirtschaftende Kassen können allerdings auch Beitragsrückzahlungen an die Versicherten veranlassen. Zentrales finanzielles Wettbewerbs-element in der gesetzlichen Krankenversicherung wird ab diesem Zeitpunkt dann nicht mehr der Beitragssatz, sondern die Höhe des Zusatzbeitrags oder der Prämienauszahlung sein, in dem sich die Kassen unterscheiden. Hauptwettbewerbsinstrumente sollen allerdings die Versorgungsangebote und die Serviceleistungen der Krankenkassen für ihre Versicherten sein. Hierzu hat der Gesetzgeber zusätzliche Vertragsmöglichkeiten und Wahltarife geschaffen.

Das Finanzierungsprinzip der privaten Krankenversicherung unterscheidet sich grundlegend vom GKV-Umlageverfahren. Versicherte in der privaten Krankenversicherung zahlen Prämien, die von ihrem individuellen Risiko abhängen und sich nicht nach dem Einkommen der Versicherten bemessen. Da sich das gesundheitliche Risiko mit dem Alter erhöht, steigen

die Prämien der Versicherten im Zeitverlauf. Die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter ist auch der Grund, warum die privaten Versicherungsunternehmen für jeden einzelnen Versicherten in jungen Jahren Rücklagen bilden, die im Alter aufgelöst werden. Die Prämien zur privaten Krankenversicherung zahlen die Versicherten als Selbstständige oder Beamtinnen und Beamte größtenteils selbst, Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erhalten genau wie gesetzlich Versicherte einen Beitragszuschuss von ihren Arbeitgebern, maximal 50 % des paritätisch finanzierten Beitragssatzes, jedoch nicht mehr als die Hälfte der tatsächlichen Prämie. Beamtinnen und Beamte erhalten von ihrer Arbeitgeberin bzw. ihrem Arbeitgeber – also Bund, Länder oder Gemeinden – Beihilfezahlungen, daher müssen sie nur einen Teil der Versicherungsleistungen über eine private Krankenversicherung abdecken. Außer den Beitragseinnahmen können sich die Versicherungsunternehmen der privaten Krankenversicherung noch über Kapitalerträge und Entnahmen aus den Beitragsrückstellungen der Vergangenheit finanzieren.

## 5.2 Entwicklung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

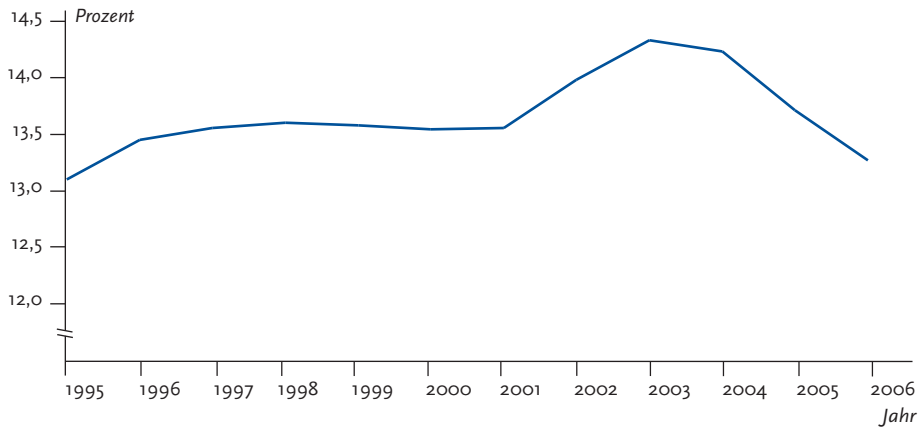
Abbildung 7 veranschaulicht die Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre von 1995 bis 2006. Dieser Beitragssatz hat sich in diesem Zeitraum von 13,15 % auf 13,31 % erhöht [13]. Besonders auffällige Beitragssatzsteigerungen gab es zwischen 2001 und 2003. Mit Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 % zum 1. Juli 2005, der alleine von den GKV-Mitgliedern zu tragen ist, sank der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zwischen 2004 bis 2006.

Speziell in der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit Ende der 1970er-Jahre in Deutschland das Ziel der Beitragssatzstabilität verfolgt. Beitragssatzstabilität dient dazu, die Ausgaben für die entsprechenden Versicherungsbeiträge der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu begrenzen. Sie wirkt damit direkt auf die Kosten des Faktors Arbeit ein. Von der Beitragssatzstabilität werden

Abbildung 7

## Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Statistik KM1 [13]



positive Wirkungen auf die Sicherung von Arbeitsplätzen sowie die internationale Wettbewerbsfähigkeit erwartet. Steigende Beitragssätze erhöhen dagegen die Lohnnebenkosten und können sich somit negativ auf die Beschäftigung und den Arbeitsmarkt auswirken.

Das Beitragsaufkommen hängt direkt von der Einkommensentwicklung der Versicherten ab, da diese einen Anteil (Beitragssatz) ihres Einkommens als Beitrag an die gesetzliche Krankenversicherung zahlen. In den Jahren 2002 und 2003 kam es durch die hohe Arbeitslosigkeit und der daraus resultierenden Wachstumsschwäche der sozialversicherungspflichtigen Einkommen zu Finanzierungsproblemen: Die GKV-Ausgaben konnten nicht mehr über die Einnahmen gedeckt werden. Dabei spielt auch die zunehmende Bedeutung von Kapitaleinkommen und die sinkende Bedeutung von Arbeitseinkommen, die nach wie vor die wesentliche Grundlage für die GKV-Beiträge sind, sowie die steigende Zahl an Rentnerinnen und Rentnern eine Rolle. Die Ausgaben begrenzenden gesetzlichen Regelungen vermochten die Ausgaben-Einnahmen-Problematik nur abzumildern. Ihr musste deshalb zusätzlich über eine Erhöhung der Einnahmen begegnet werden. Um genügend Beitragseinnahmen zu erzielen, wurden die Beitragssätze erhöht. Für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber stiegen dadurch die Lohnnebenkosten, für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gingen die Beitragssatzerhö-

hungen mit Kaufkraftverlusten einher. Gemildert werden konjunkturbedingte Einnahmeausfälle seit 2004 zudem durch die Einführung des pauschalen Bundeszuschusses.

Die Beitragssätze zu den anderen Sozialversicherungssystemen sind im betrachteten Zeitraum ebenfalls gestiegen. Mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 wurde der Beitragssatz für dieses neue Sozialversicherungssystem auf 1,0 % festgesetzt. Die Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auf den stationären Bereich zum 1. Juli 1996 führte zu einer Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,7 %. Erst mit In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 wurde dieser Beitragssatz auf 1,95 % erhöht (für kinderlose Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beträgt er seitdem 2,2 %). Der Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung hat sich zwischen 1995 und 2006 von 18,6 % auf 19,5 % erhöht. Mit den Gesetzen zur ökologischen Steuerreform, deren erste Stufe zum 1. April 1999 in Kraft trat, konnte der Beitragssatz in den Folgejahren um insgesamt 1,2 Prozentpunkte gesenkt werden, nachdem er zwischenzeitlich auf 20,3 % gestiegen war (vom 1. Januar 1997 bis 31. März 1999). Seitdem stieg er wieder leicht an. Seit 2007 liegt der Beitragssatz bei 19,9 %.

## 6 Beteiligung der privaten Haushalte

Die privaten Haushalte bzw. die darin lebenden Personen nehmen im Gesundheitswesen mehrere Rollen wahr: Sie sind Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen, finanzieren über Beiträge die Sozialversicherungen und privaten Versicherungen und bezahlen außerdem einen Teil der Gesundheitsausgaben als zu erbringende Eigenleistung selbst. Im englischsprachigen Raum hat sich für die zuletzt genannte Form der Beteiligung der Begriff »Out-of-pocket payments« durchgesetzt. Diese Beteiligungen aus eigener Tasche können dabei ganz unterschiedliche Formen annehmen:

- ▶ Zu unterschiedlichen Leistungen der Sozialversicherungen müssen die Versicherten eine gesetzlich fixierte Zuzahlung leisten. Unter einer Zuzahlung wird dabei die über die Beitragszahlung hinausgehende finanzielle Beteiligung einer/eines Versicherten an einer Leistung, die ihr/ihm ihre/seine Versicherung zur Verfügung stellt, verstanden. Für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Zuzahlungen in § 61 des 5. Sozialgesetzbuches geregelt.
- ▶ Leistungen wie z. B. die Versorgung mit Zahnersatz durch die gesetzliche Krankenversicherung oder die pflegerischen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben eine gesetzlich fixierte finanzielle Obergrenze. Liegen die tatsächlichen Kosten über dieser Grenze, so müssen die Versicherten diese Kosten aus eigener Tasche übernehmen.
- ▶ Einige Güter und Leistungen des Gesundheitswesens müssen von den Versicherten vollständig selbst getragen werden, unabhängig davon, ob sie ärztlich veranlasst werden. Selbst bezahlte Arzneimittel beispielsweise können dabei durchaus von einer Ärztin/einem Arzt verschrieben worden sein. Auch bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – das sind ärztliche Leistungen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden – ist dies der Fall.
- ▶ Selbstbehalttarife und Tarife mit Beitragsrückerstattungen gibt es in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Hierbei müssen versicherte Personen selbst einen Teil

der Kosten medizinischer Behandlungen übernehmen. Die tatsächliche Beteiligung hängt allerdings von der Ausgestaltung des Versicherungsvertrages ab. Bei Selbstbehalttarifen muss die/der Versicherte zuerst bis zu einer vereinbarten Grenze die Rechnungen aus eigener Tasche bezahlen, bevor sie/er sie ab einem bestimmten Betrag bei ihrer/seiner Krankenversicherung einreichen kann und erstattet bekommt. Alternativ kann die/der Versicherte auch Tarife mit Beitragsrückerstattung vereinbaren. Bei dieser Vereinbarung bekommt die/der Versicherte einen Teil ihrer/seiner Beiträge zurückerstattet, wenn sie/er keine Rechnung bei ihrem/seinem Versicherungsunternehmen einreicht. Zusätzlich gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung Bonusmodelle für »gesundheitsbewusstes Verhalten« der Versicherten. Aus ökonomischem Kalkül wird die/der Versicherte daher ihre/seine Kosten solange nicht geltend machen, wie die Beitragsrückerstattung über den selbst getragenen Kosten liegt. Bei einigen Leistungen, wie z. B. Zahnersatz sehen die Verträge im Regelfall eine prozentuale Beteiligung der Versicherten vor.

Die Eigenanteile der privaten Haushalte sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Gründe dafür liegen insbesondere im politisch gewollten Finanzierungsbeitrag der Versicherten und der Stärkung ihrer Eigenverantwortung. Diese Ziele wurden umgesetzt durch Ausgliederung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der Ausweitung der Zuzahlung auf bis dahin zuzahlungsfreie Leistungsbereiche (z. B. Einführung der »Praxisgebühr«). Andererseits haben sich Gesundheitsbewusstsein und Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung gewandelt, was u. a. an der Nachfrage nach IGeL-Leistungen abgelesen werden kann.

### 6.1 Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten zu den Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden in Form von festen Euro-Beträgen oder als prozentuale Anteile an den Kosten gezahlt. Selbstbeteiligungen dieser Art

gibt es außer bei der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.

Tabelle 7 stellt die Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Änderungen in den Jahren 2002 und 2004 im Überblick dar. Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 hat die Zuzahlungen in fast allen Leistungsbereichen grundlegend geändert. Diese Änderungen sind zum Großteil auch heute noch gültig.

Um die Versicherten finanziell nicht zu überfordern, gibt es eine obere Grenze der zu leistenden Zuzahlungen. Diese wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf 2 % des Bruttoeinkommens begrenzt (bei chronisch Kranken liegt diese Grenze bei 1 %). Bei Überschreitung dieser Grenzen sind die Versicherten von Zuzahlungen befreit und die Krankenkassen übernehmen die Kosten vollständig.

**Tabelle 7**  
**Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
Quelle: Eigene Darstellung

Leistung	2002	2004
Arzneimittel	4 Euro / 4,50 Euro / 5 Euro je Medikament, gestaffelt nach Packungsgröße	10 % des Preises, jedoch mind. 5 Euro und max. 10 Euro in jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel sind selbst zu tragen
Verbandmittel	4 Euro je Mittel	wie 2002
Heilmittel	15 % der Kosten	10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt) bei Soziotherapie oder Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe: Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch mind. 5 Euro und max. 10 Euro
Hilfsmittel (z. B. Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie)	20 % der von der Kasse übernommenen Kosten	10 % für jedes Hilfsmittel, jedoch mind. 5 Euro und max. 10 Euro, in jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels
Krankenhausbehandlung	9 Euro täglich (für höchstens 14 Tage im Kalenderjahr)	10 Euro täglich (für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr)
stationäre Vorsorgekuren	9 Euro täglich	10 Euro täglich
Müttergenesungskuren	9 Euro täglich	10 Euro täglich
stationäre Rehabilitationskuren (außer Anschlussrehabilitation)	9 Euro täglich	10 Euro täglich
Anschlussrehabilitation und wohnortnahe Rehabilitation	9 Euro täglich (für höchstens 14 Tage im Kalenderjahr)	10 Euro täglich (für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr)
Zahnersatz	50 % der Kosten ohne Vorsorgenachweis; 40 % der Kosten mit Vorsorgenachweis über 5 Jahre; 35 % der Kosten mit Vorsorgenachweis über 10 Jahre	ab 01.01.2005 Umstieg auf ein Festzuschussystem; für jeden Befund geben die Krankenkassen einen festgelegten Zuschuss, welcher der Hälfte der Kosten der Regelversorgung entspricht; der Patient kann für sich eine höherwertige Versorgung wählen; bei Vorlegung der Vorsorgenachweise erhöht sich der Festzuschuss entsprechend
Fahrtkosten	13 Euro je Fahrt	werden bei zwingender medizinischer Notwendigkeit übernommen; dann 10 Euro Zuzahlung je Fahrt
ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung	keine Zuzahlung	10 Euro pro Quartal (»Praxisgebühr«); bei Überweisung sind weitere Arztbesuche im Quartal zuzahlungsfrei; Vorsorgeuntersuchungen sind zuzahlungsfrei; Kinder unter 18 Jahren sind von dieser Zuzahlungsregelung ausgenommen

Gemäß den aktuell gültigen Bestimmungen wurden im Jahr 2006 für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von den Versicherten insgesamt rund 5,3 Milliarden Euro an Zuzahlungen geleistet [14]<sup>4</sup>.

Für Arzneimittel wurde von den GKV-Versicherten 2006 gut 2 Milliarden Euro zugezahlt. 1995 betrug diese Zuzahlung noch 1,5 Milliarden Euro. Im Zeitverlauf unterlagen diese Ausgaben Schwankungen, ausgelöst durch unterschiedliche Regelungen. Bedingt durch die gesetzlichen Bestimmungen waren sie im Jahr 1998 mit 2,8 Milliarden Euro bisher auf dem höchsten Stand, ehe die Reduzierung der Zuzahlungen durch das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung auf maximal 5 Euro je Medikament mit Wirkung vom Jahr 1999 die Aufwendungen der privaten Haushalte für Arzneimittelzuzahlungen wieder deutlich reduzierte.

Mit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden die Zuzahlungen für Versicherte auch auf Leistungsbereiche ausgeweitet, die bis dahin zuzahlungsfrei gewesen sind. So wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2004 eine »Praxisgebühr« in Höhe von 10 Euro pro Quartal beschlossen. Die Praxisgebühr sollte eine Lenkungswirkung haben und die übermäßige Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen (»Ärzte-Hopping«) auf Kosten der Krankenkassen reduzieren<sup>5</sup>. Für jeden ersten Arztbesuch im Quartal haben GKV-Versicherte nun einmalig 10 Euro zu entrichten. Weitere Arztbesuche im selben Quartal sind kostenlos, wenn eine Überweisung vom ersten Arzt vorliegt. Bei weiteren Arztbesuchen ohne Überweisung wird die Gebühr erneut fällig. Die Praxisgebühr wird auch bei Zahnarztbesuchen und der ambulanten Behandlung in Krankenhäusern und bei Inanspruchnahme von Notfalldiensten fällig. Ausgenommen von der Praxisgebühr sind die gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen und alle Leistungsansprüche von Kindern. Im Jahr 2006 vereinnahmten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rund 1,6 Milliarden Euro direkt in der Praxis und Zahnärztinnen und Zahnärzte 375 Millionen Euro.

4 Die Eigenleistung für Sehhilfen und die Eigenbeteiligung bei der Versorgung mit Zahnersatz sind bei dieser Betrachtung ausgeschlossen, da sie keine gesetzlich definierten »Zuzahlungen« sind.

5 Der Erfolg dieser Lenkungswirkung konnte in einigen Studien nachgewiesen werden [15].

## 6.2 Selbst veranlasste Käufe von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen

Die privaten Haushalte kaufen in bisher noch geringem Umfang Gesundheitsleistungen vollständig auf eigene Rechnung. Ambulante ärztliche Leistungen, die die Krankenkassen nicht übernehmen, werden als individuelle Gesundheitsleistungen oder IGeL bezeichnet. In wie weit diese Leistungen jedoch als medizinisch sinnvoll erachtet werden können, ist auch unter Fachleuten umstritten. Eine erste Studie des Wissenschaftlichen Institutes der allgemeinen Ortskrankenkassen (WiO) schätzte – basierend auf Selbstausskunft der Versicherten – den Umsatz der IGeL für 2004 auf knapp 1 Milliarde Euro [16].

Verlässlichere Zahlen gibt es über die zur Selbstmedikation erworbenen Arzneimittel. Unter Selbstmedikation versteht man alle eigenverantwortlichen Maßnahmen mit rezeptfreien und frei verkäuflichen Arzneimitteln zur Erhaltung der Gesundheit und zur Behandlung von Gesundheitsstörungen. Im Jahr 2006 haben die Patientinnen und Patienten insgesamt 4,5 Milliarden Euro für selbst gekaufte Arzneimittel ausgegeben. Von diesen Präparaten wiederum werden mehr als zwei Drittel ohne vorangegangene Arztkonsultation von den Verbraucherinnen und Verbrauchern selbst gekauft [17].

Wie in Tabelle 8 angegeben, wurden im Jahr 2006 rund 4,3 Milliarden Euro für rezeptfreie Arzneimittel aus Apotheken und 250 Millionen Euro für freiverkäufliche Arzneimittel aus Drogerie- und Verbrauchermärkten bezahlt. Die Aufwendungen für Selbstmedikation durch die privaten Haushalte sind in den letzten Jahren tendenziell leicht gestiegen, von 2005 auf 2006 sind sie allerdings gesunken.

In Packungseinheiten hatte die Selbstmedikation 2006 einen Anteil von rund 44 % am gesamten Arzneimittelabsatz. Der Anteil ist seit 1995 gestiegen. Gemessen an den gesamten Arzneimittelausgaben entfielen auf die Selbstmedikation 2006 dagegen nur 13 % der Ausgaben, da Arzneimittel, die von der Patientin und vom Patienten direkt erworben werden können, i. d. R. preisgünstiger sind als verschreibungspflichtige. Mit 12 % war dieser Anteil im Jahr 2003 am niedrigsten. Besonders hoch war der Anteil der Selbstmedikation an den gesamten Ausgaben für Medikamente im Jahr 1997 mit 18 % [18].

Tabelle 8

## Selbstmedikation

Quelle: IMS HEALTH, BAH [18]

Arzneimittelmarkt	1995	2000	2005	2006
<b>zu Endverbraucherpreisen in Mrd. Euro</b>				
Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln in der Apotheke	3,7	3,8	4,5	4,3
Selbstmedikation mit freiverkäuflichen Arzneimitteln in Drogerie- und Verbrauchermärkten*	0,4	0,4	0,3	0,3
gesamt	4,1	4,2	4,8	4,5
<b>in Mio. Packungseinheiten</b>				
Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln in der Apotheke	595	579	593	562
Selbstmedikation mit freiverkäuflichen Arzneimitteln in Drogerie- und Verbrauchermärkten*	82	106	79	74
gesamt	677	685	672	636

\* ohne Discounter

### 6.3 Internationaler Vergleich von Eigenbeteiligungen

Die Eigenbeteiligung der privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben ist von 9,7% im Jahr 1995 auf 13,2% im Jahr 2006 gewachsen. Im internationalen Vergleich der Zuzahlungen zu Leistungen im Krankheitsfall, die in den meisten Ländern von sozialen Sicherungssystemen oder einem nationalen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt werden, bewegt sich Deutschland im Mittelfeld seiner europäischen Nachbarländer und der OECD-Staaten [19]. In der Schweiz haben die Eigenbeteiligungen mit über 30% an den gesamten Ausgaben eine besonders hohe Bedeutung. Der deutsche Anteil liegt unter den Werten von Österreich (16,5%), Norwegen (15,6%) und Dänemark (14,3%). In Frankreich wird mit knapp 7% Eigenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben zwar weniger direkt aus eigener Tasche bezahlt, dort sind aber private Zusatzversicherungen nahezu flächendeckend vorhanden. Diese übernehmen die gesetzlich geforderten Zuzahlungen.

## 7 Zusammenfassung

- ▶ In den zwölf Jahren von 1995 bis 2006 haben sich die Gesundheitsausgaben um 58,5 Milliarden Euro auf 245 Milliarden Euro erhöht, sind aber im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt nicht überproportional gestiegen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in den letzten Jahren zwischen 10,1% und 10,8%.
- ▶ Der wichtigste Ausgabenträger ist die gesetzliche Krankenversicherung, bei der rund 88% der deutschen Bevölkerung versichert sind und die ca. 57% der Gesundheitsausgaben trägt. Die Bedeutung von privat finanzierten Leistungen nimmt allerdings stetig zu.
- ▶ Ärztliche Leistungen sowie die Waren des Gesundheitswesens – also Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnersatz und sonstiger medizinischer Bedarf – sind die ausgabenmäßig bedeutendsten Leistungsarten.
- ▶ Die kostenintensivste Einrichtung sind die Krankenhäuser. Für Leistungen in Krankenhäusern wird mit 26% etwas weniger ausgegeben wie für Leistungen von Arztpraxen und Apotheken zusammen (29%).
- ▶ Im internationalen Vergleich liegt Deutschland beim Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im oberen Drittel und bei den Ausgaben je Einwohner im Mittelfeld der OECD-Staaten.

- ▶ Für Einkommensleistungen wurden 2006 zusätzlich rund 59 Milliarden Euro ausgegeben.
- ▶ Seit 1995 hat sich die Struktur der Finanzierung im Gesundheitswesen zu Gunsten der öffentlichen Haushalte sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und zu Lasten der privaten Haushalte/privaten Organisationen ohne Erwerbszweck verschoben. Die Finanzierung aus Bundesmitteln wird zukünftig an Bedeutung gewinnen.
- ▶ Im Jahr 2006 gaben die privaten Haushalte 5,3 Milliarden Euro für Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung aus. Für Arzneimittel sowie die ärztliche Behandlung mussten dabei die meisten Zuzahlungen geleistet werden. Die Eigenbeteiligung der privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben in Deutschland entspricht dem Niveau der Nachbarstaaten.



## 8 Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2008) Sozialeleistungen: Fragen zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus 2007) – Fachserie 13 Reihe 1.1, Wiesbaden
2. Deutscher Bundestag; Drucksache 16/10991
3. Bundesministerium für Gesundheit  
www.bmg.bund.de/cdn\_117/nn\_1168278/Shared Docs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/KM1JD2004-pdf-512.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KM1JD2004-pdf-512.pdf (Stand: 30. Juli 2008)
4. Statistisches Bundesamt (2006) Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvoraberechnung: Presseexemplar. Wiesbaden
5. Statistisches Bundesamt (2008) Demografischer Wandel, Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden
6. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität: Gutachten 2003. Nomos, Baden-Baden
7. Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgabenrechnung  
www.gbe-bund.de
8. Verband der privaten Krankenversicherung (2007) Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung. Köln
9. Statistisches Bundesamt (2007) Bericht: Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
10. Verband der Automobilindustrie  
www.vda.de/de/zahlen/jahreszahlen/allgemeines/ (Stand: 30. Juli 2008)
11. OECD (2008) OECD Health Data 2008. Statistics and indicators for 30 countries. Paris
12. Bundesministerium für Gesundheit  
www.bmg.bund.de/cdn\_117/nn\_1169112/Shared Docs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Geschaeftsergebnisse/Krankenstand-Juni-2007.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Krankenstand-Juni-2007.pdf (Stand: 30. Juli 2008)
13. Bundesministerium für Gesundheit  
www.bmg.bund.de/cdn\_117/nn\_1169112/Shared Docs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/Beitragssaetze2-pdf.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Beitragssaetze2-pdf.pdf (Stand: 30. Juli 2008)
14. Bundesministerium für Gesundheit  
www.bmg.bund.de/cdn\_117/nn\_1168278/Shared Docs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kv45-1-4q-2006.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kv45-1-4q-2006.pdf (Stand: 30. Juli 2008)
15. Grabka M, Schreyögg J, Busse R (2005) Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
16. Zok K, Schuldzinski W (2005) Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg), Bonn
17. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.  
www.arzneimittelscout.de/sites/f\_selbst.html
18. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (2007) Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2006: Verordnungsmarkt und Selbstmedikation. Bonn
19. Schneider M, Hofmann U, Köse A (2004) Zuzahlungen im internationalen Vergleich. Augsburg

## 9 Weiterführende Literatur

- Böcken J, Butzlaff M, Esche A (Hrsg) (2001) Reformen im Gesundheitswesen: Ergebnisse der internationalen Recherche, 2. Auflage. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005) Gesundheitsökonomie, 5. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg
- Busse R, Riesberg A (2005) Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG
- Henke KD, Schreyögg J (2005) Towards sustainable health care systems, Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – a comparative study, 2. Auflage. Genf
- Jacobs K (2003) Die GKV als solidarische Bürgerversicherung. In: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 83, Jahrgang Heft 2 2003. Springer, Berlin Heidelberg
- Kifmann M, Wambach A, Wigger B (2003) Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien? In: ifo Schnelldienst 56. Jahrgang Heft 10 2003. Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität zu München
- May U (2002) Selbstmedikation in Deutschland: Eine ökonomische und gesundheitspolitische Analyse. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
- Osterkmap R (2003) Reform des deutschen Gesundheitswesens. In: ifo Schnelldienst 56. Jahrgang Heft 10 2003. Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität zu München
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996) Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I: Demografie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung: Sondergutachten 1996. Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998) Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung: Sondergutachten 1997. Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003) Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren: Jahresgutachten 2003/04. Wiesbaden
- Schneider M (2006) Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Augsburg
- Statistisches Bundesamt (2006) Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004: Presseexemplar. Wiesbaden



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Dr. Eckardt Bergmann, Dr. Thomas Ziese  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin

#### Autoren

Michael Müller, Karin Böhm  
Statistisches Bundesamt, Bonn

#### Adressen

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Postfach 650261  
13302 Berlin  
Tel.: 030-18754-3400  
Fax: 030-18754-3513  
E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn  
Gruppe VIII A  
Gesundheit  
Graurheindorfer Straße 198  
53117 Bonn  
Tel.: 0228-99643-8121  
Fax: 0228-99643-8996  
E-Mail: [gbe-bund@destatis.de](mailto:gbe-bund@destatis.de)  
[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

#### Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Abonnement oder als einzelne Hefte kostenlos bezogen werden.

#### Grafik/Satz

Gisela Winter  
Robert Koch-Institut

#### Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

#### ISBN

978-3-89606-197-3

#### ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit  
mit dem Statistischen Bundesamt

**Heft 45**  
Mai 2009

**Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens**

**Berlin: Robert Koch-Institut**  
ISBN 978-3-89606-197-3  
ISSN 1437-5478

The German Health Expenditure Accounts shows the national economy's total annual expenditure on maintaining and restoring the population's health. Germany spends approx. 10.6% of its gross domestic product on health, putting it within the upper third of the countries in the OECD's international comparison. Expenditure per capita is in the middle range of OECD countries. Health spending in Germany totalled €245 billion in 2006. Most health spending (57%) is borne by the Statutory Health Insurance Funds, which covers about 88% of the population. The importance of privately funded services is increasing, and private households' cost contribution corresponds to the level in neighbouring countries. Federal Government funding will gain in importance in the future.

The largest items of expenditure are medical services and health-related goods, e.g. drugs, aids and dentures. The most cost-intensive institutions are hospitals; they account for 26% of expenditure, which is almost as much as the amount spent on doctors' practices and pharmacies together (29%). Spending on pharmaceuticals rose especially rapidly between 1995 and 2006.

In der Gesundheitsausgabenrechnung wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt, der jährlich für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wird. Deutschland gibt ca. 10,6% des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit aus und liegt damit beim internationalen Ländervergleich der OECD im oberen Drittel. Die Ausgaben je Einwohner liegen im Mittelfeld der OECD-Staaten. Im Jahr 2006 betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 245 Milliarden Euro. Die meisten Gesundheitsausgaben (57%) trägt die gesetzliche Krankenversicherung, in der rund 88% der Bevölkerung versichert sind. Die Bedeutung von privat finanzierten Leistungen nimmt zu und die Eigenbeteiligung privater Haushalte entspricht dem Niveau der Nachbarstaaten. Die Finanzierung aus Bundesmitteln wird zukünftig an Bedeutung gewinnen. Ärztliche Leistungen sowie Waren des Gesundheitswesens, z. B. Arzneimittel, Hilfsmittel und Zahnersatz, sind finanziell die bedeutendsten Leistungen. Die kostenintensivsten Einrichtungen sind Krankenhäuser; für sie wird mit 26% fast soviel ausgegeben wie für Arztpraxen und Apotheken zusammen mit 29%. Besonders stark angestiegen sind zwischen 1995 und 2006 die Ausgaben für Arzneimittel.



© Robert Koch-Institut  
ISBN 978-3-89606-197-3  
ISSN 1437-5478

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit