

Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesund- heitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich

Bearbeiter:

Dr. Thomas Ecker (IGES),

Prof. Dr. Bertram Häussler (Projektleiter, IGES),

Dr. Markus Schneider (BASYS)

Berlin, Augsburg, den 26. Oktober 2004

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstraße 5, 10787 Berlin (Tel 030/230 80 9·0)

BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH

Reisingerstraße 26, 86159 Augsburg (0821/25 79 40)

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	19
0 Zusammenfassung.....	23
1 Einleitung	29
1.1 Ausgangssituation und Fragestellung	29
1.2 Vorgehensweise	30
2 Theoretischer Rahmen.....	33
2.1 Zusammenhang zwischen Leistungen im Gesundheitswesen und gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung.....	33
2.1.1 Theorie.....	33
2.1.2 Bisherige Untersuchungen.....	36
2.2 Mikroökonomische Erklärungsansätze	40
2.2.1 Arbeitsmarkt	40
2.2.2 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung	44
2.3 Makroökonomische Zusammenhänge	47
2.3.1 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR).....	47
2.3.2 Arbeitsmarkt und gesamtwirtschaftliches Gleichgewicht.....	49
2.4 Globalisierung	52
2.4.1 Grundlagen des Außenhandels	52
2.4.2 Spezifika der Globalisierung	53
2.4.3 Folgen der Globalisierung	55
2.4.4 Standortwahl im Zeitalter der Globalisierung	56
2.4.5 Rückwirkungen auf nationale Arbeitsmärkte	56
2.5 Ergebnis und Konsequenzen für das weitere Vorgehen	57
3 Methodik	59
3.1 Datenquellen zur Berechnung der gesundheitssystembedingten Belastung von Arbeitgebern	59
3.1.1 Gesundheitsausgabenrechnung.....	59
3.1.2 Arbeitgeber und Private Haushalte.....	62
3.1.3 Steuerempfänger (Gebietskörperschaften)	63
3.1.4 Empfänger von Sozialbeiträgen.....	64
3.1.5 Metadaten zur Finanzierung des Gesundheitswesens	64

3.1.6	Darstellung der Finanzierungsstruktur	65
3.2	Kennzahlen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung.....	67
4	Arbeitgeberbelastung in Deutschland	71
4.1	Gesamtwirtschaftliche Analyse.....	71
4.1.1	Gesundheitsausgaben in Deutschland	71
4.1.2	Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung	79
4.1.3	Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen	84
4.1.4	Bestandteile der Arbeitgeberbelastung	93
4.2	Branchenanalyse.....	95
4.2.1	Branchenauswahl	95
4.2.2	Chemische Industrie	96
4.2.3	Fahrzeugbau.....	98
4.2.4	Textil- und Bekleidungsindustrie	101
4.2.5	Finanzdienstleistungen	103
4.2.6	Gesundheitssektor.....	106
4.3	Vergleich der Ergebnisse	109
5	Internationaler Vergleich	117
5.1	Ländervergleich.....	118
5.1.1	USA	118
5.1.2	Großbritannien.....	129
5.1.3	Frankreich.....	139
5.1.4	Schweiz.....	148
5.1.5	Niederlande.....	157
5.1.6	Polen	168
5.1.7	Vergleich der gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse.....	177
5.2	Branchendarstellung.....	182
5.2.1	Chemische Industrie	182
5.2.2	Fahrzeugbau.....	186
5.2.3	Textil- und Bekleidungsindustrie	188
5.2.4	Finanzdienstleistungen	191
5.2.5	Gesundheitswesen.....	194
5.2.6	Empirischer Zusammenhang zwischen Beschäftigung und gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung	196
6	Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)	201
6.1	Regelungsinhalte	201
6.2	Wirkungsebenen der finanzierungsrelevanten Einzelmaßnahmen.....	204

6.3	Finanzielle Auswirkungen	205
6.4	Finanzierungsentlastung der Arbeitgeber	207
6.5	Mögliche Beschäftigungseffekte durch das GMG.....	213
7	Schlussfolgerungen.....	217
	Anhang	219
	Literaturverzeichnis.....	223

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Systematik der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (eigene Darstellung).....	35
Abb. 2:	Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Krankenversicherung, in Prozent der Arbeitskosten (SVRKaIG, 1996).....	36
Abb. 3:	Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Sozialversicherung, in Prozent der Arbeitskosten (SVRKaIG, 1996).....	36
Abb. 4:	Veränderung von Komponenten der Arbeitskosten zwischen 1988 und 1992, jeweils in Prozent (SVRKaIG, 1996).....	37
Abb. 5:	Steuern (ST) und Sozialabgaben (SO) in 1994 im Verhältnis zum BIP (SVRKaIG, 1996).....	38
Abb. 6:	Sozialabgaben in 1994; nach Arbeitnehmer (AN), Arbeitgeber (AG) und Selbständige, in Prozent (SVRKaIG, 1996).....	38
Abb. 7:	Arbeitsangebot.....	41
Abb. 8:	Arbeitsnachfrage.....	41
Abb. 9:	Marktgleichgewicht.....	42
Abb. 10:	Arbeitsmarkt bei Mindestlohn (Angebotsüberhang).....	44
Abb. 11:	Arbeitsnachfrage ohne Arbeitgeberbelastung.....	45
Abb. 12:	Arbeitsnachfrage bei einkommensproportionaler Arbeitgeberbelastung auf das Arbeitsangebot.....	45
Abb. 13:	Neues Marktgleichgewicht bei einkommensproportionaler Arbeitgeberbelastung.....	45
Abb. 14:	Arbeitsnachfrage ohne Arbeitgeberbelastung.....	46
Abb. 15:	Arbeitsnachfrage bei beschäftigungspauschaler Arbeitgeberbelastung auf das Arbeitsangebot.....	46
Abb. 16:	Neues Marktgleichgewicht bei beschäftigungspauschaler Arbeitgeberbelastung.....	46
Abb. 17:	Systematik der Einkommensentstehungsrechnung (nach Hübl 1992).....	48
Abb. 18:	Systematik der Einkommensverteilungsrechnung (Hübl 1992).....	49
Abb. 19:	Beispielhafte Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten.....	66
Abb. 20:	Beispielhafte Darstellung der sekundären Finanzierung der Gesundheitsausgaben.....	66
Abb. 21:	Beispielhafte Darstellung der primären Finanzierung der Gesundheitsausgaben <u>einschließlich</u> öffentlicher Haushalte.....	66
Abb. 22:	Beispielhafte Darstellung der primären Finanzierung der Gesundheitsausgaben <u>nach Umlage</u> öffentlicher Haushalte.....	66
Abb. 23:	Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsbereichen (BMGS, 2002, Tabelle A.3).....	73
Abb. 24:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten; in Prozent, 2000 (BMGS, 2003, Tabelle 10.2).....	75
Abb. 25:	Überblick über das Vorgehen bei der primären Ausgabenrechnung (eigene Darstellung).....	81

Abb. 26:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Deutschland 2000; rundungsbedingte Abweichungen zwischen Gesundheitsausgaben (SHA) und Einzelpositionen (eigene Darstellung).....	83
Abb. 27:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	84
Abb. 28:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	84
Abb. 29:	Bestandteile des Produktionswertes; 2000 (Statistisches Jahrbuch, 2003).....	85
Abb. 30:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; alle Beschäftigten (eigene Berechnung)	87
Abb. 31:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; pro Beschäftigten (eigene Berechnung)	87
Abb. 32:	Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen; 2000, in Prozent (Sachverständigenraten, 2003).....	89
Abb. 33:	Veränderung der Erwerbstätigen nach Wirtschaftsbereichen 1995-2000, indexiert (1995=100) (Sachverständigenraten, 2003)	89
Abb. 34:	Erwerbstätige nach Bundesland (2000) (Statistisches Bundesamt, 2003)	90
Abb. 35:	Entwicklung von Erwerbstätigen und Arbeitslosen nach Regionen in 2000, indexiert (1995=100) (Statistisches Bundesamt, 2003)	91
Abb. 36:	Veränderung von Exporten und Außenhandelssaldo, indexiert (1995=100) (Sachverständigenrat, 2003).....	92
Abb. 37:	Außenhandelsströme im Jahr 2000, indexiert (1995=100) (Sachverständigenrat, 2003)	92
Abb. 38:	Struktur der Handelsströme 2000, in Mrd. Euro (Sachverständigenrat, 2003)	92
Abb. 39:	Entwicklung des Warenexports auf Dollarbasis, indexiert (1995=100) (WTO, 2003).....	93
Abb. 40:	Entwicklung des Dienstleistungsexports auf Dollarbasis, indexiert (1995=100) (WTO, 2003).....	93
Abb. 41:	Bestandteile der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung; 2000 (eigene Berechnung).....	94
Abb. 42:	Plausibilisierung der ausgewählten Branchen; rot = besonders ausgeprägt, gelb = mittlere Ausprägung, grün = geringe Ausprägung (eigene Darstellung)	96
Abb. 43:	Veränderung der Kennzahlen in der chemischen Industrie, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen).....	98
Abb. 44:	Veränderung der Kennzahlen in der chemischen Industrie, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen).....	98
Abb. 45:	Veränderung der Kennzahlen im Fahrzeugbau, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen).....	101

Abb. 46:	Veränderung der Kennzahlen im Fahrzeugbau, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	101
Abb. 47:	Veränderung der Kennzahlen in der Textil- und Bekleidungsindustrie, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	103
Abb. 48:	Veränderung der Kennzahlen in der Textil- und Bekleidungsindustrie, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	103
Abb. 49:	Veränderung der Kennzahlen bei Finanzdienstleistungen; alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	106
Abb. 50:	Veränderung der Kennzahlen bei Finanzdienstleistungen; pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	106
Abb. 51:	Veränderung der Kennzahlen im Gesundheitswesen 1995-2000; alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	108
Abb. 52:	Veränderung der Kennzahlen im Gesundheitswesen 1995-2000; pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)	108
Abb. 53:	Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000; pro Beschäftigten, in Euro (eigene Berechnung)	109
Abb. 54:	Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf den Produktionswert, in v.H. (eigene Berechnung)	109
Abb. 55:	Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf die Wertschöpfung, in v.H. (eigene Berechnung)	110
Abb. 56:	Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf die Arbeitskosten, in v.H. (eigene Berechnung)	110
Abb. 57:	Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf den Betriebsüberschuss, in v.H. (eigene Berechnung)	111
Abb. 58:	Entwicklung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)	112
Abb. 59:	Entwicklung der Beschäftigung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; in v.H. (eigene Berechnung)	112
Abb. 60:	Entwicklung der Arbeitskosten in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)	113
Abb. 61:	Entwicklung des Betriebsüberschusses in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)	113
Abb. 62:	Entwicklung des Produktionswertes in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)	113

Abb. 63:	Entwicklung der Wertschöpfung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung).....	113
Abb. 64:	Zusammenhang zwischen der Veränderung der Beschäftigung 1995-2000 und dem Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert 1995 in Prozent (eigene Darstellung).....	114
Abb. 65:	Zusammenhang zwischen der Veränderung der Beschäftigung 1995-2000 in Prozent und der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten in Euro für 2000 (eigene Darstellung).....	115
Abb. 66:	Plausibilisierung der ausgewählten Branchen; rot = besonders ausgeprägt, gelb = mittlere Ausprägung, grün = geringe Ausprägung (eigene Darstellung).....	117
Abb. 67:	Ausgaben für Gesundheit in den USA nach Funktionen; 2000 (OECD).....	119
Abb. 68:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den USA, 2000 (OECD).....	122
Abb. 69:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in den USA, 2000 (eigene Berechnung, nach OECD).....	126
Abb. 70:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den USA einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung).....	127
Abb. 71:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den USA nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung).....	127
Abb. 72:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in USA, 1995-2000; alle Beschäftigten (eigene Berechnung nach OECD) ...	129
Abb. 73:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in USA, 1995-2000; pro Beschäftigten (eigene Berechnung nach OECD)....	129
Abb. 74:	Ausgaben für Gesundheit in Großbritannien nach Funktionen; 2000 (OECD).....	130
Abb. 75:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Großbritannien, 2000 (OECD).....	132
Abb. 76:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Großbritannien, 2000 (eigene Berechnung nach OECD).....	135
Abb. 77:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Großbritannien einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung).....	136
Abb. 78:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Großbritannien nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung).....	136
Abb. 79:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Großbritannien; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD).....	139

Abb. 80:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Großbritannien; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)	139
Abb. 81:	Ausgaben für Gesundheit in Frankreich nach Funktionen; 2000 (OECD)	140
Abb. 82:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Frankreich (OECD).....	142
Abb. 83:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Frankreich 2000 (eigene Berechnung nach OECD).....	145
Abb. 84:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Frankreich einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	146
Abb. 85:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Frankreich nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung).....	146
Abb. 86:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Frankreich; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)....	148
Abb. 87:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; in Frankreich; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD).....	148
Abb. 88:	Ausgaben für Gesundheit in der Schweiz; nach Funktionen 2000 (OECD)	149
Abb. 89:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in der Schweiz, 2000 (OECD)	151
Abb. 90:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in der Schweiz, 2000 (eigene Berechnung nach OECD).....	154
Abb. 91:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in der Schweiz einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	155
Abb. 92:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in der Schweiz nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	155
Abb. 93:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der Schweiz; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD).....	157
Abb. 94:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der Schweiz; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD).....	157
Abb. 95:	Ausgaben für Gesundheit in den Niederlanden nach Funktionen; 2000 (OECD)	159
Abb. 96:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den Niederlanden, 2000 (OECD).....	161
Abb. 97:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in den Niederlanden, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)	165
Abb. 98:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den Niederlanden einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	166

Abb. 99:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den Niederlanden nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	166
Abb. 100:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in den Niederlanden; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	168
Abb. 101:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in den Niederlanden; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	168
Abb. 102:	Ausgaben für Gesundheit in Polen nach Funktionen; 2000 (OECD)	169
Abb. 103:	Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Polen, 2000 (OECD)	171
Abb. 104:	Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Polen, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)	174
Abb. 105:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Polen einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	175
Abb. 106:	Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Polen nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)	175
Abb. 107:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Polen; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	177
Abb. 108:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Polen; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	177
Abb. 109:	Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, in v.H., 2000 (eigene Berechnung)	178
Abb. 110:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten im internationalen Vergleich, in Euro, 2000 (eigene Berechnung)	178
Abb. 111:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. des Produktionswertes im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	178
Abb. 112:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. der Wertschöpfung im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	178
Abb. 113:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. der Arbeitskosten im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	179
Abb. 114:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. des Betriebsüberschusses im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	179
Abb. 115:	Veränderung des Produktionswertes; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	180
Abb. 116:	Veränderung der Wertschöpfung; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	180

Abb. 117:	Veränderung der Arbeitskosten; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	180
Abb. 118:	Veränderung der Betriebsüberschüsse; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	180
Abb. 119:	Veränderung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung)	181
Abb. 120:	Veränderung der Beschäftigung; in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)	181
Abb. 121:	Zusammenhang zwischen Veränderung der Beschäftigung in Prozent (1995-2000) und Gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung in Euro je Beschäftigten (eigene Berechnung)	182
Abb. 122:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	183
Abb. 123:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	183
Abb. 124:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	183
Abb. 125:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	183
Abb. 126:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der deutschen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	184
Abb. 127:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der amerikanischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	184
Abb. 128:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der britischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	185
Abb. 129:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der französischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung) ...	185
Abb. 130:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der niederländischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	185
Abb. 131:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der polnischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	185
Abb. 132:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	186
Abb. 133:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	186

Abb. 134:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	186
Abb. 135:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	186
Abb. 136:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im deutschen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	187
Abb. 137:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im amerikanischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	187
Abb. 138:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im britischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	188
Abb. 139:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im französischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	188
Abb. 140:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im niederländischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	188
Abb. 141:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im polnischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)	188
Abb. 142:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	189
Abb. 143:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	189
Abb. 144:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	189
Abb. 145:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	189
Abb. 146:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der deutschen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	190
Abb. 147:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der amerikanischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	190
Abb. 148:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der britischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	190
Abb. 149:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der französischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	190
Abb. 150:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der niederländischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)	190

Abb. 151: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der polnischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	190
Abb. 152: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	191
Abb. 153: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	191
Abb. 154: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	192
Abb. 155: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	192
Abb. 156: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei deutschen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 157: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei amerikanischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 158: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei britischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 159: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei französischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 160: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei niederländischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 161: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei polnischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	193
Abb. 162: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	194
Abb. 163: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	194
Abb. 164: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	194
Abb. 165: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)	194
Abb. 166: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im deutschen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	195
Abb. 167: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im amerikanischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	195

Abb. 168:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im britischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	195
Abb. 169:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im französischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	195
Abb. 170:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im niederländischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	196
Abb. 171:	Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im polnischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung).....	196
Abb. 172:	Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent in der Chemieindustrie (eigene Berechnung).....	197
Abb. 173:	Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent im Fahrzeugbau (eigene Berechnung).....	198
Abb. 174:	Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent in der Textil- und Bekleidungsindustrie (eigene Berechnung).....	199
Abb. 175:	Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent bei Finanzdienstleistern (eigene Berechnung).....	199
Abb. 176:	Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent im Gesundheitswesen (eigene Berechnung).....	200
Abb. 177:	Gestaltungsansätze zur Reform der Finanzierung im Gesundheitswesen (eigene Darstellung).....	204
Abb. 178:	Entwicklung der Gesamtentlastung durch das GMG, in Mrd. Euro (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003).....	205
Abb. 179:	Struktur der Gesamtentlastung durch das GMG in der Endstufe (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003).....	206
Abb. 180:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberentlastung durch das GMG (eigene Berechnung auf Basis des Gemeinsamen Gesetzesentwurfes, 2003).....	211
Abb. 181:	Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert unter Berücksichtigung der Arbeitgeberentlastung durch das GMG; für 2000 (eigene Berechnungen).....	212
Abb. 182:	Belastungsverteilung vor GMG, ohne öffentliche Haushalte; Jahr 2000 (eigene Berechnung).....	213
Abb. 183:	Belastungsverteilung nach GMG (Endstufe), ohne öffentliche Haushalte; bezogen auf das Jahr 2000 (eigene Berechnung).....	213

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Systematik der untersuchten Kennzahlen (eigene Darstellung)	69
Tabelle 2: Klassifikation der Ausgabenträger (nach Statistisches Bundesamt (2000)).....	80
Tabelle 3: Ergebnisse der sekundären Ausgabenrechnung; 2000, Rundungsbedingte Abweichungen bei der Summe der Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt (2002)).....	82
Tabelle 4: Beitragssätze in der amerikanischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)	125
Tabelle 5: Beitragssätze in der Kranken- und Sozialversicherung Großbritanniens; 2000 (unterschiedliche Quellen).....	135
Tabelle 6: Beitragssätze in der französischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)	144
Tabelle 7: Beitragssätze in der Schweizer Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)	153
Tabelle 8: Beitragssätze in der niederländischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)	164
Tabelle 9: Beitragssätze in der polnischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (ZUS 2002).....	173
Tabelle 10: Leistungsausgrenzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland seit 1. Januar 2004 (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)	202
Tabelle 11: Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland seit 1. Januar 2004. Es bestehen Sonderregelungen für bestimmte Versichertengruppen (Härtefälle, Chroniker) (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003).....	203
Tabelle 12: Wirkungsebenen der finanzierungsrelevanten Einzelmaßnahmen des GMG (eigene Darstellung)	205
Tabelle 13: Entlastungseffekte des GMG für die GKV-Beitragszahler; Endstufe (2007) (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)	207
Tabelle 14: Finanzierungsanteile der Arbeitgeber nach GMG (Darstellung nach Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003).....	209
Tabelle 15: Kennzahlen für Deutschland (eigene Berechnung)	211
Tabelle 16: Entlastung der Arbeitgeber durch das GMG (eigene Berechnung).....	212
Tabelle 17: Beispiele für Entlastungspotenzial durch GMG (Endstufe) (eigene Berechnung)	215
Tabelle 18: Struktur der gesundheitssystembedingten Ausgaben und ihre Finanzierung; für 2000 (eigene Berechnung)	219
Tabelle 19: Wichtige Größen der VGR; absolute Werte, für 2000 (eigene Berechnungen nach OECD).....	220
Tabelle 20: Veränderung wichtiger Größen der VGR; in v.H., für 1995-2000 (eigene Berechnungen nach OECD).....	221

Tabelle 21: Relation gesundheitssystembedingter Kosten zur wichtigen Größen der VGR; in v.H. der gesundheitssystembedingten Kosten, für 2000 (eigene Berechnungen nach OECD).....	222
---	-----

0 Zusammenfassung

1. Diese Untersuchung unternimmt eine umfassende Analyse der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung im internationalen Vergleich. Sie erstreckt sich auf die gesamtwirtschaftliche Ebene und auf ausgewählte Branchen.
2. Nach der grundlegenden ökonomischen Theorie besteht ein inverser Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung und der Arbeitsnachfrage: Sinkt die Belastung, dann wird bei Beibehaltung aller anderen Faktoren („*ceteris paribus*“) eine zusätzliche Beschäftigung erwartet. In dieser Untersuchung wird der Frage nachgegangen, wie hoch die Belastung der Arbeitgeber ist, und ob ein empirischer Zusammenhang zur Beschäftigungsentwicklung erkennbar ist.
3. Von den insgesamt 283,3 Mrd. Euro, die in Deutschland im Jahr 2000 für gesundheitliche Belange ausgegeben werden, werden 116,8 Mrd. Euro von den Arbeitgebern aufgebracht. Das sind 41,2 Prozent. Sie werden im Folgenden als gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung bezeichnet.
4. Von der gesamten gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland entfallen 45,2 Mrd. Euro bzw. 38,7 Prozent auf Beitragszahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Den zweitgrößten Posten bildet mit 30,6 Mrd. Euro (26,2 Prozent) die Lohnfortzahlung, 28,1 Mrd. Euro werden an andere Versicherungssysteme gezahlt. Steuerzahlungen und direkte Leistungen der Arbeitgeber machen weitere 12,9 Mrd. Euro aus.
5. Am Wert aller in Deutschland produzierten Güter und Dienstleistungen von 3.650 Mrd. Euro (Produktionswert) macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 3,2 Prozent aus. Darin machen die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur GKV 1,2 Prozent des Produktionswertes aus, die Lohnfortzahlung 0,8 Prozent. Diese Anteile beschreiben das Potenzial, um das deutsche Produkte *theoretisch* günstiger würden, wenn die Arbeitgeber *vollständig* von ihren Pflichten entlastet würden.
6. An den gesamten Arbeitskosten in Deutschland in Höhe von 1.100 Mrd. Euro machen die gesamte gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 10,6 Prozent aus, die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur GKV 4,1 Prozent und die Lohnfortzahlung 2,8 Prozent. Um diese Anteile würden sich die Arbeitskosten *theoretisch* reduzie-

ren, wenn die Arbeitgeber *vollständig* von ihren Pflichten entlastet würden.

7. An den gesamten Betriebsüberschüssen in Deutschland in Höhe von 779 Mrd. Euro machen die gesamte gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 15,0 Prozent aus, die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur GKV 5,8 Prozent und die Lohnfortzahlung 3,9 Prozent. Um diese Anteile würden sich die Betriebsüberschüsse *theoretisch* erhöhen, wenn die Arbeitgeber *vollständig* von ihren Pflichten entlastet würden.
8. Für die Betrachtung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung auf der Ebene einzelner Branchen wurden insgesamt fünf Branchen ausgewählt, die in Bezug auf Produktionszweig, Exportabhängigkeit, volkswirtschaftliche Relevanz und Wachstum jeweils unterschiedliche Bedeutung haben: Chemische Industrie, Fahrzeugbau, Textil und Bekleidung, Finanzdienstleistungen, Gesundheit. Die ausgewählten Branchen umfassen zwischen 15 und 20 Prozent der deutschen Wirtschaft, je nachdem ob die Betrachtung auf Umsatz, Wertschöpfung oder Beschäftigung liegt.
9. Die branchenspezifische Betrachtung zeigt, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten im Jahr 2000 in den betrachteten Branchen zwischen 2.749 (Gesundheitswesen) und 4.793 Euro (chemische Industrie) schwankt. Im Durchschnitt der gesamten deutschen Wirtschaft liegen sie bei 3.012 Euro. Die Unterschiede sind auch eine Folge der unterschiedlichen Gehaltsstrukturen in den einzelnen Branchen. Die Unterschiede bedeuten unter anderem, dass die Arbeitgeber der verschiedenen Branchen pro Beschäftigten teilweise sehr unterschiedliche Beiträge zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung leisten.
10. Im Verhältnis zum Produktionswert variiert der durchschnittliche Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung von 3,2 Prozent in vier Branchen wenig (zwischen 2,1 Prozent und 2,7 Prozent) und liegt nur im Gesundheitswesen deutlich höher (6,0 Prozent). Die Branchen chemische Industrie, Fahrzeugbau und Textilindustrie haben die geringsten Anteile der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert, was im Hinblick auf ihre Position im internationalen Wettbewerb günstig ist. Das besonders belastete Gesundheitswesen steht dagegen kaum im internationalen Wettbewerb.

11. Die Beschäftigung hat in den betrachteten Branchen äußerst unterschiedliche Entwicklungen genommen: Während die Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in der gesamten deutschen Wirtschaft um 3,7 Prozent zugenommen hat (ca. 1,4 Millionen Beschäftigte), variierte die Veränderung zwischen -26,8 Prozent (Textilindustrie) und +18,3 Prozent (Fahrzeugbau).
12. Ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Beschäftigung und der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung im Untersuchungszeitraum 1995 – 2000 ist bei der getroffenen Auswahl von Branchen nicht zu erkennen: Branchen mit einem sehr ähnlichen Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert (chemische Industrie, Fahrzeugbau, Textilindustrie, Finanzdienstleistungen) zeigen eine Entwicklung der Beschäftigung, die zwischen sehr starker Abnahme (Textilindustrie) und überdurchschnittlich hoher Zunahme (Fahrzeugbau) variiert.
13. Für den internationalen Vergleich wurden sechs Länder ausgewählt, die mit Deutschland entweder im Standortwettbewerb stehen oder deutliche Unterschiede in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsausgaben aufweisen: Schweiz, Frankreich, Niederlande, Polen, Großbritannien und USA.
14. Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten liegen in Deutschland mit 3.012 Euro unter denen von Frankreich, Niederlande und USA. Die Belastung der britischen Arbeitgeber ist mit 1.836 deutlich niedriger, was im Wesentlichen durch die insgesamt deutlich geringeren Ausgaben für das britische Gesundheitssystem sowie dessen Steuerfinanzierung bedingt ist. Die Arbeitgeberbelastungen in Polen betragen auf Grund des sehr viel geringeren Lohnniveaus nur etwa ein Zehntel des deutschen Wertes. Die Belastungen der Schweizer Arbeitgeber sind mit 2.214 Euro deutlich niedriger, obwohl das Gesundheitswesen der Schweiz ein höheres Ausgabenniveau hat als das deutsche.
15. Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man den Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert für das Jahr 2000 vergleicht: drei Länder (Polen, Schweiz und Großbritannien) haben geringere Anteile (2,1, 1,9 und 1,8 Prozent) Die Anteile der anderen Länder sind höher (Frankreich mit 3,6 Prozent und Niederlande mit 3,7 Prozent) oder gleich (USA). Die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland kann damit im internationalen Vergleich als mittelmäßig bezeichnet werden.

16. Ein empirischer Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Belastung der Arbeitgeber und der Entwicklung der Beschäftigung, wie er auf der Basis der ökonomischen Theorie zu erwarten wäre, kann für den untersuchten Zeitraum 1995 – 2000 nicht gezeigt werden. Im Gegenteil: je höher die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung, desto höher ist tendenziell auch die Zunahme der Beschäftigung; andere Ursachen müssen deshalb für die Beschäftigungsentwicklung verantwortlich sein.
17. Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung hat im internationalen Vergleich pro Beschäftigten zwischen 2,1 (Deutschland) und 65,7 Prozent (Polen) zugenommen. Die gesundheitssystembedingten Kosten sind also in allen anderen untersuchten Ländern deutlich stärker gestiegen.
18. Die internationale branchenspezifische Betrachtung zeigt für die Branchen, bei denen ein internationaler Wettbewerb herrscht (Textil, Chemie, Fahrzeugbau und Finanzdienstleistungen) keinen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Beschäftigung und der Höhe der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung. Zu- oder Abnahme der Beschäftigung in den betrachteten Branchen eines Landes scheint demnach von anderen Faktoren abzuhängen als von der Belastung der Arbeitgeber durch gesundheitssystembedingte Ausgaben.
19. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung sowohl in Deutschland als auch im internationalen Vergleich im Verhältnis zum Produktionswert einen nur geringen Anteil hat und damit kein großes Potenzial zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit beinhaltet. Infolgedessen kann auch kein Zusammenhang gezeigt werden zwischen einer unterschiedlichen Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten und der Entwicklung der Beschäftigung in Branchen, die im internationalen Wettbewerb stehen.
20. Bei der Diskussion über Reformen im Gesundheitswesen steht das Ziel der Senkung der Belastung der Arbeitgeber bzw. der Verbesserung des Wirtschaftsstandortes Deutschland in den letzten Jahren an vorderster Stelle.
21. Für die aktuelle Reform durch das GMG wurde im Rahmen dieser Untersuchung ermittelt, dass die mit dem Gesetz angepeilte Entlastung der Arbeitgeber bei voller Wirkung (also nach vier Jahren) einen Umfang von insgesamt 8,0 Mrd. Euro pro Jahr annehmen soll

(bezogen auf die Situation im Jahr 2000). Dies käme einer Reduzierung der Arbeitskosten um 0,7 Prozent gleich. Die Summe der Kosten eines Unternehmens würde sich dadurch maximal um 0,22 Prozent reduzieren. Diese Einsparung könnten Unternehmen an die Käufer deutscher Güter und Dienstleistungen weitergeben oder ihre Betriebsüberschüsse verbessern.

22. Je nach Branche ergäben sich relativ geringe Einspareffekte, die sich zwischen 0,37 Euro für eine Versicherungspolice im Wert von 200 Euro pro Jahr und 28,88 Euro für einen 20.000 Euro teuren PKW bewegen.
23. Aufgrund der Relation von Entlastung der Arbeitgeber zu Produktionswert sind allein durch das GMG keine entscheidenden Verbesserungen für die internationale Wettbewerbsfähigkeit zu erwarten.
24. Die Untersuchung zeigt, dass der Einfluss der gesundheitssystembedingten Arbeitskosten auf die Gesamtkosten von Unternehmen geringer ist als gemeinhin angenommen. Dies gilt umso mehr, wenn die Belastungsdiskussion auf die Beiträge der Arbeitgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung verkürzt wird. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, bei geplanten Einschnitten beim Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung die potenziell negativen Effekte für die gesundheitliche und soziale Situation der Versicherten genau abzuwägen gegen die potenziellen Vorteile für die Wettbewerbsfähigkeit.
25. Darüber hinaus erlaubt das dauerhaft problematische Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Nachlassen bei den Anstrengungen zur wirtschaftlichen Gestaltung des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen.

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation und Fragestellung

Der Anteil der Arbeitgeber an der paritätisch finanzierten Sozialversicherung bildet einen wichtigen Bestandteil der Personalnebenkosten und damit der gesamten Arbeitskosten. Auf den ersten Blick besteht gegenüber Ländern, in denen die direkte Belastung der Arbeitgeber mit Sozialbeiträgen niedriger liegt, eine nachteilige Situation. Hieraus können sich Rückwirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland und damit auf den heimischen Arbeitsmarkt ergeben. Aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung wird bei unverändertem Finanzierungssystem mit einer Verschärfung dieser Problematik gerechnet.

Vor diesem Hintergrund wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Reformvorschlägen zum sozialen Sicherungssystem entwickelt und diskutiert. Als Stichworte sind beispielhaft die Beiträge der Hartz-, Rürup- und Herzog-Kommissionen genannt. Mit im „Reformvisier“ der Reduktion der Personalnebenkosten steht insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). So wird die Höhe der Arbeitskosten explizit als Begründung für Gesetzesreformen im Gesundheitswesen herangezogen, zuletzt im GKV-Modernisierungsgesetz (Sozialdemokratische Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen 2003).

Arbeitgeber zahlen im Gesundheitswesen nicht nur den Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung, sondern auch die durch sie geleistete Lohnfortzahlung und den betrieblichen Gesundheitsdienst (direkte Belastung). Indirekt tragen sie auch anteilig die von anderen Sozialversicherungsträgern gezahlten Ausgaben im Gesundheitswesen sowie durch allgemeine Steuern finanzierte Leistungen wie beispielsweise die Investitionskosten bei Krankenhäusern und beim öffentlichen Gesundheitsdienst (indirekte Belastung).

Ungeachtet ihrer gesundheitspolitischen Relevanz ist die Gesamtbelastung der Unternehmen mit diesen Kosten der Gesundheitsversorgung kaum erforscht. Werden gesundheitspolitische Maßnahmen mit Verweis auf die skizzierte Arbeitgeberbelastung ergriffen, dann sind aber entsprechende Informationen über die tatsächliche Belastungssituation zwingende Voraussetzung für eine rationale Politikentscheidung.

Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel, dieses Kenntnisdefizit mit der Methode der gesundheitssystembedingten Belastungsanalyse zu reduzieren. Konkret geht die Untersuchung folgender zentralen Frage nach: Wie hoch

ist die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland mit den Ausgaben im Gesundheitswesen (gesundheitssystembedingte Kosten bzw. gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung) vor dem Hintergrund des internationalen Standortwettbewerbs?

Diese zentrale Frage gliedert sich in folgende drei Unterfragen:

1. Wie hoch ist die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland?
2. Wie hoch ist die Belastung in anderen Ländern?
3. Welche Auswirkungen haben die Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland?

1.2 Vorgehensweise

Der Aufbau der vorliegenden Untersuchung folgt der Reihenfolge der aufgeworfenen drei Unterfragen.

Voraussetzung für die Beantwortung aller drei Fragen ist es, die damit verbundenen theoretischen Zusammenhänge zu kennen und das Verfahren zur Messung der Belastung der Arbeitgeber mit den Kosten der Gesundheitsversorgung zu klären. Ziel des 2. Kapitels der Untersuchung ist es, diesen theoretischen ökonomischen Rahmen zu entwickeln, während Kapitel 3 die Methodik zur Ermittlung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung erörtert.

Das 4. Kapitel beantwortet die Frage nach der Höhe der Belastung der Arbeitgeber mit gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland. Hierzu werden die im vorhergehenden Kapitel entwickelten Grundlagen zur Messung der direkten und indirekten Belastung auf die konkrete Situation in Deutschland angewendet. Die Untersuchung erstreckt sich dabei sowohl auf die gesamtwirtschaftliche Belastung der Arbeitgeber wie auch auf ausgewählte Branchen.

Das 5. Kapitel stellt die Ergebnisse zur Belastung der Arbeitgeber in Deutschland ausgewählten Vergleichsländern gegenüber. Der Vergleich schließt die schon vorher definierten Branchen ein. Dies erlaubt im Ergebnis eine fundierte Aussage zur tatsächlichen (branchenspezifischen) Belastungssituation.

Die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf die Belastung der Arbeitgeber mit den Kosten der Gesundheitsversorgung in

Deutschland werden im 6. Kapitel untersucht. Aufbauend auf bekannten Abschätzungen zu den Auswirkungen des Gesetzes werden die für Arbeitgeber relevanten Effekte identifiziert und in ihrer Belastungswirkung bewertet.

Das 7. Kapitel fasst das zentrale Ergebnis der Untersuchung zusammen und zieht daraus Schlussfolgerungen hinsichtlich der Belastung der Arbeitgeber in Deutschland mit gesundheitssystembedingten Kosten.

2 Theoretischer Rahmen

Das 2. Kapitel entwickelt den theoretischen Rahmen der Untersuchung und erläutert die verwendete Methodik. In einem ersten Unterkapitel wird beschrieben, inwiefern Leistungen im Gesundheitswesen zu einer Belastung für Arbeitgeber führen können und welche empirischen Analysen zu dieser Thematik schon vorliegen. Mikro- und makroökonomische Erklärungen der Unterbeschäftigung und mögliche Zusammenhänge mit der Arbeitgeberbelastung werden in den beiden darauf folgenden Unterkapiteln aufgezeigt. Fragen der Globalisierung und die Auswirkungen hieraus auf den Standortwettbewerb erörtert Unterkapitel 2.4. Die Konsequenzen für das weitere Vorgehen legt das abschließende Unterkapitel dar.

2.1 Zusammenhang zwischen Leistungen im Gesundheitswesen und gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung

2.1.1 Theorie

Typischerweise variieren die einzelnen Gesundheitsleistungen erheblich in der Art ihrer Finanzierung. Deshalb bilden die jeweiligen Gesundheitsleistungen eines Landes bzw. die dafür entstehenden Ausgaben den Ausgangspunkt dieser Untersuchung. Inwieweit die jeweiligen Ausgaben tatsächlich eine Arbeitgeberbelastung darstellen, ergibt sich aus dem jeweiligen Finanzierungskontext der einzelnen Leistungsart. Deshalb ist im Rahmen der Vorüberlegungen folgendes zu klären:

- Was zählt zu den Gesundheitsleistungen?
- Wer bezahlt diese Leistungen?
- Wie refinanzieren sich die Zahler?
- Inwieweit sind Arbeitgeber hierdurch belastet?

Der Begriff der Gesundheitsleistungen ist im Rahmen dieser Untersuchung umfassend definiert. Zu den Gesundheitsleistungen zählen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen die in diesem Zusammenhang eingesetzten Produkte, Geldleistungen, Verwaltungsleistungen, Investitionen sowie Forschung, Entwicklung und Ausbildung.

Im nächsten Schritt sind die einzelnen Gesundheitsleistungen jeweils getrennt darauf hin zu untersuchen, wer sie bezahlt. Grundsätzlich kommen

hierfür gesetzliche und private Krankenversicherungen, weitere (Sozial-) Versicherungsträger, öffentliche Haushalte („Staat“), private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbscharakter („private Haushalte“ – „PHH“) sowie öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“ – „AG“) in Frage.

Zahler und Träger der Ausgaben können voneinander abweichen. Zur besseren Unterscheidbarkeit werden die Zahler als sekundäre Finanzierungsebene bezeichnet, die eigentlichen Träger der Ausgaben als primäre Finanzierungsebene. So refinanzieren sich Versicherungsträger und öffentliche Haushalte über Beiträge bzw. Steuern. Gezahlt werden die Beiträge und Steuern von Arbeitgebern und privaten Haushalten. Legt man die von Versicherungsträgern und öffentlichen Haushalten gezahlten Gesundheitsausgaben auf Arbeitgeber und private Haushalte um, dann ergibt sich die Belastung auf der primären Finanzierungsebene. Da die Zuordnung der Steuereinnahmen zum Verwendungszweck „Gesundheitsausgaben“ auf zusätzlichen Annahmen beruht, wird im Rahmen dieser Untersuchung die primäre Finanzierungsebene sowohl mit als auch ohne Umlage der Staatsausgaben ausgewiesen. Die Systematik wird aus Abb. 1 ersichtlich.

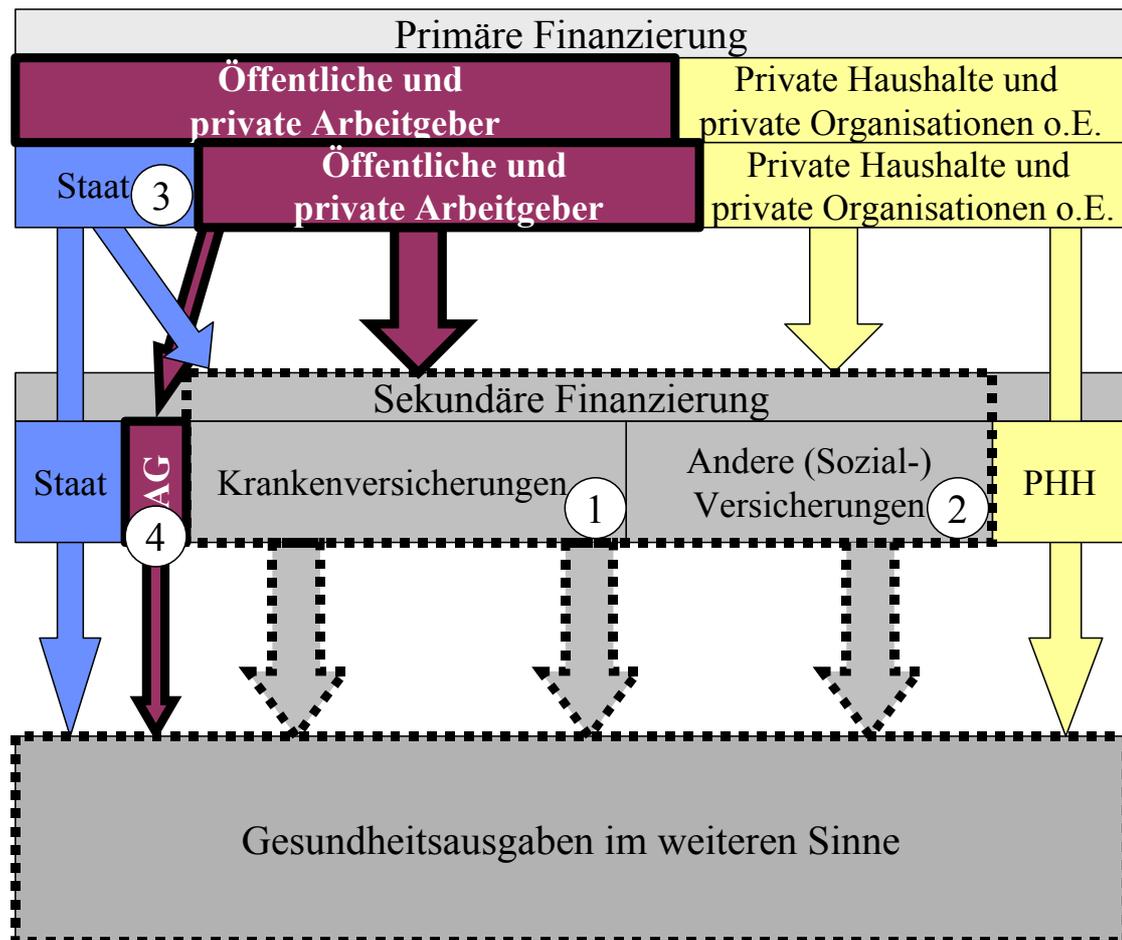


Abb. 1: Systematik der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (eigene Darstellung)

In dieser Systematik sind alle Formen der gesundheitssystembedingten Belastung der Arbeitgeber abgebildet:

1. Arbeitgeberanteil in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung
2. Über andere (Sozial-)Versicherungen finanzierte Gesundheitsleistungen, die ihrerseits von Arbeitgebern Geld erhalten
3. Staatliche Gesundheitsleistungen, die über von Arbeitgebern finanzierte Steuern bezahlt werden
4. Direkt von Arbeitgebern finanzierte Leistungen

Diese Darstellung unterstreicht nochmals, dass Gesundheitsausgaben nicht nur durch Krankenversicherungen finanziert werden und gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastungen nicht nur aus Krankenversicherungsprämien resultieren können. Deshalb müssen umfassende Belastungsver-

gleiche grundsätzlich alle Quellen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung einbeziehen. Das gilt insbesondere für internationale Belastungsvergleiche.

2.1.2 Bisherige Untersuchungen

Die gesundheitssystembedingte Belastung der Arbeitgeber in Deutschland wurde schon vereinzelt von anderen Autoren untersucht. Erstmals haben sich 1985 Krelle et al. in einem Gutachten über alternative Bemessungsgrundlagen für Arbeitgeberbeiträge mit dieser Fragestellung beschäftigt. Neueren Datums sind Berechnungen, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996 im Rahmen seines Sondergutachtens (SVRKAiG, 1996) vorgelegt hat. Eine Aktualisierung erfolgte von derselben Institution 2003 (SVRKAiG, 2003).

Der Sachverständigenrat stellt bei seiner Betrachtung ausschließlich auf die Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Sozialversicherung und zur Krankenversicherung ab und vergleicht diese mit den Arbeitskosten. Der Arbeitgeberanteil an der Krankenversicherung macht je nach betrachteter Branche zwischen 3,6 und 4,6 Prozent der Arbeitskosten aus (Abb. 2), der Anteil der Beiträge zur Sozialversicherung 11,9 bis 15,1 Prozent der Arbeitskosten (Abb. 3).

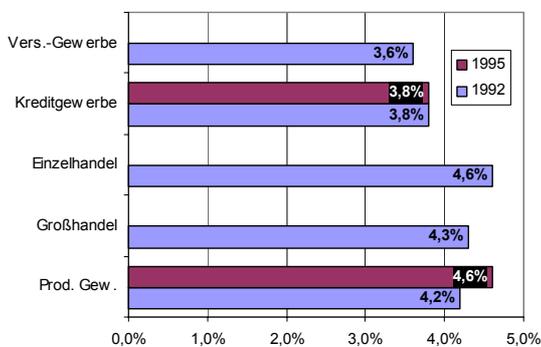


Abb. 2: Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Krankenversicherung, in Prozent der Arbeitskosten (SVRKAiG, 1996)

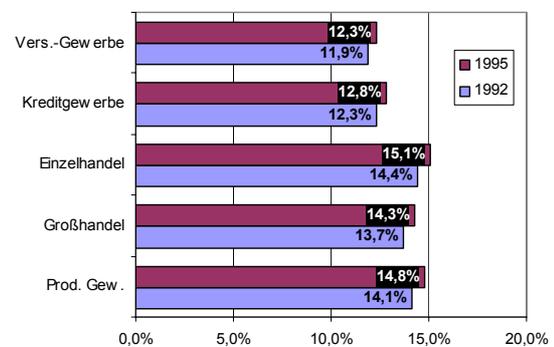


Abb. 3: Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Sozialversicherung, in Prozent der Arbeitskosten (SVRKAiG, 1996)

Die Ergebnisse des SVRKAiG zeigen zweierlei: Erstens schwankt der Anteil der Arbeitgeberpflichtbeiträgen zur Krankenversicherung bezogen auf die Arbeitskosten in Abhängigkeit der Branchenzugehörigkeit. Hierfür dürften insbesondere unterschiedliche Entgelthöhen zwischen den Branchen verantwortlich sein. Zweitens wird auch klar, dass die Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Krankenversicherung mit weniger als 5 Prozent keinesfalls einen dominierenden Kostenbestandteil innerhalb der Arbeitskosten darstellen können.

Weiterhin hat der Sachverständigenrat die Entwicklung unterschiedlicher Komponenten der Arbeitskosten einander gegenübergestellt. Dabei zeigt sich, dass die Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Krankenversicherung zwischen 1988 und 1992 in allen untersuchten Branchen deutlich langsamer als andere Arbeitskostenkomponenten angestiegen sind. So stiegen die Arbeitgeberanteile an der Krankenversicherung je nach Branche um 10,1 bis 18,4 Prozent an, während die Arbeitskosten um 20,2 bis 24,6 Prozent zunahmen (Abb. 4).

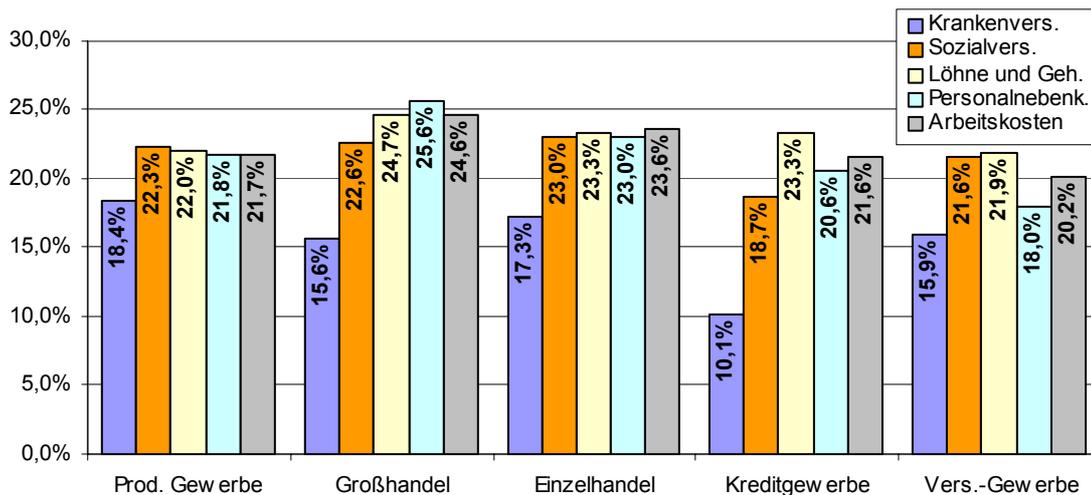


Abb. 4: Veränderung von Komponenten der Arbeitskosten zwischen 1988 und 1992, jeweils in Prozent (SVRKAIG, 1996)

Schließlich überprüft der Sachverständigenrat die beiden Feststellungen, dass erstens der Arbeitgeberpflichtbeitrag zur Krankenversicherung nur einen geringen Anteil der Arbeitskosten ausmacht und dass zweitens die Pflichtbeiträge zur Krankenversicherung in geringerem Umfang als die gesamten Arbeitskosten angestiegen sind, im internationalen Kontext. Hierzu wird ein internationaler Vergleich von Steuereinnahmen bzw. Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt hergestellt (Abb. 5).

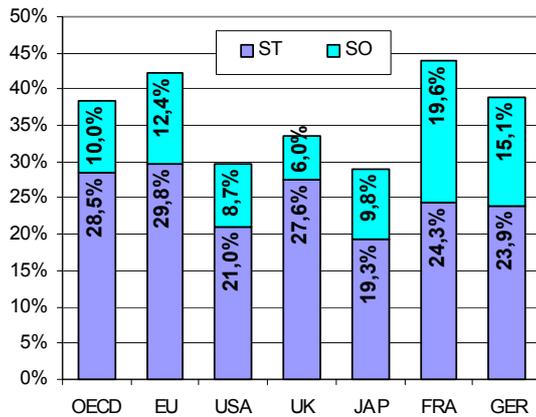


Abb. 5: Steuern (ST) und Sozialabgaben (SO) in 1994 im Verhältnis zum BIP (SVRKAiG, 1996)

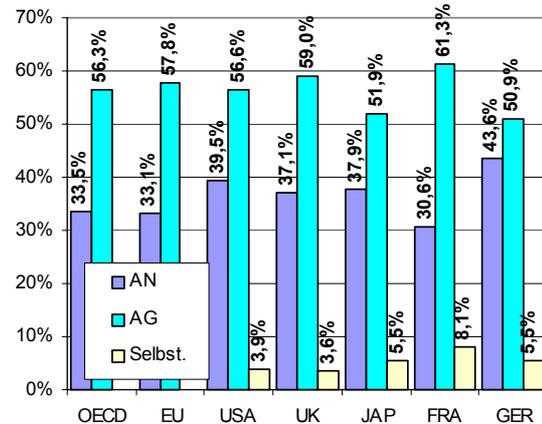


Abb. 6: Sozialabgaben in 1994; nach Arbeitnehmer (AN), Arbeitgeber (AG) und Selbständige, in Prozent (SVRKAiG, 1996)

Im Ergebnis zeigt sich, dass Deutschland zwar relativ hohe Sozialabgaben erhebt; dies relativiert sich aber zumindest zum Teil durch eine niedrigere Steuerbelastung. Insbesondere im Vergleich mit Großbritannien mit seinem steuerfinanzierten Gesundheitssystem wird dies besonders deutlich. Dabei ist der Arbeitgeberanteil an den Sozialausgaben in Deutschland prozentual geringer als in allen anderen untersuchten Ländern (Abb. 6).

Gleichzeitig stellt der Sachverständigenrat in demselben Gutachten an anderer Stelle fest, dass das Gesundheitswesen „einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft“ darstellt. Umsatzsteigerungen im Gesundheitswesen sind daher nicht nur unter Kostengesichtspunkt sondern auch unter Wachstumsperspektiven zu sehen. Deshalb hat die Diskussion über gesundheitssystembedingte Arbeitskosten noch eine zweite Dimension.

Jene zweite Dimension – die Nachfrageseite – erschwert die quantitative Abschätzung der Wirkung von Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, da es sich um gegenläufige Effekte handelt: Hier die Kostensteigerung über allen Branchen und die damit einhergehende sinkende Nachfrage im Inland, dort die zusätzliche Nachfrage im Gesundheitswesen.

Neben den in der Einleitung erwähnten Kommissionen hat nicht zuletzt auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten 2003 erneut die öffentliche Aufmerksamkeit auf zukünftig absehbare Finanzierungsprobleme in der GKV gerichtet.

Im Kern lässt sich die neue Argumentation des Sachverständigenrates wie folgt zusammenfassen (SVRKAiG, 2003): Seit Mitte der siebziger Jahre ist das Verhältnis von Leistungsausgaben in der GKV zum Bruttoinlandspro-

dukt konstant. Die Konstanz von Leistungsausgaben zum BIP ist auch Ergebnis vielfältiger Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen. Ohne diese wären die Leistungsausgaben stärker als das BIP gestiegen.

Gleichzeitig steigen jedoch die GKV-Leistungsausgaben bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Hierin zeigt sich eine Finanzierungsschwäche der GKV. Zwischen 1978 und 2001 stieg der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 11,4 auf 14,0 Prozent an.

Aufgrund der bestehenden Ausgabendynamik bei gleichzeitiger Finanzierungsschwäche ist zu erwarten, dass die durchschnittlichen Beitragssätze auch zukünftig weiter ansteigen werden. Da die Finanzierung der GKV mit den beitragspflichtigen Einnahmen am Arbeitsentgelt anknüpft, werden negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt befürchtet.

Für die internationale Attraktivität eines Wirtschaftsstandortes sind die Arbeitskosten nicht irrelevant. Deshalb unternimmt der Sachverständigenrat auch 2003 einen internationalen Belastungsvergleich und kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Während die deutsche Steuer- und Abgabenquote zusammen bezogen auf das BIP vereinigungsbedingt Anfang der neunziger Jahre den OECD-Durchschnitt noch überstieg, bewegt sie sich seit 1998 auf demselben Niveau und beträgt im Jahr 2000 ca. 37 Prozent. Damit ist sie um etwa 2 Prozent geringer als der EU-Durchschnitt.
- Im langfristigen Trend erreichte Deutschland im Jahr 2000 wieder die Steuerquote des Jahres 1965 von 23,1 Prozent des BIP. Gleichzeitig erhöhten sich die Sozialabgaben in demselben Zeitraum aber von 8,5 auf 14,8 Prozent.
- Damit liegt Deutschland im Jahr 2000 zwar auf gleichem Steuerbelastungsniveau wie die USA und deutlich unter dem Britischen Niveau. Höhere Sozialabgaben gleichen den Unterschied zu Großbritannien wieder aus, während die USA insgesamt ein geringeres Belastungsniveau aufweisen.

Über alles gesehen deuten die Ergebnisse der zitierten Untersuchungen nicht auf offensichtliche Belastungsnachteile von Arbeitgebern in Deutschland gegenüber anderen Standorten. Kritisch anzumerken ist, dass bei diesen Untersuchungen die gesundheitssystembedingte Belastung auf den Arbeitgeberanteil in der Krankenversicherungen verkürzt wird, also nur ein Ausschnitt der relevanten Gesamtbelastung betrachtet wird.

2.2 Mikroökonomische Erklärungsansätze

Bevor für diese Untersuchung die Methodik der Ermittlung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung festgelegt wird, soll zunächst der Zusammenhang zwischen der Arbeitgeberbelastung und der Beschäftigung theoretisch erläutert werden. Hierzu wird sowohl die einzelbetriebliche (= mikroökonomische) also auch eine übergeordnete (= makroökonomische) Betrachtungsperspektive eingenommen.

2.2.1 Arbeitsmarkt

Zentrale Zusammenhänge des Arbeitsmarktes lassen sich mit einem einfachen mikroökonomischen Verhaltensmodell des Arbeitsmarktes erklären. In diesem Modell spielt das Arbeitsentgelt einerseits und die Rentabilität der eingesetzten Produktionsfaktoren andererseits eine entscheidende Rolle für das Erreichen eines Gleichgewichts.

Im internationalen Wettbewerb geht sowohl das unternehmerische Entscheidungsfeld als auch das der Haushalte natürlich über diese einfache Betrachtung hinaus, auch wenn der grundsätzliche Zusammenhang bestehen bleibt. Eine erweiterte Betrachtung unter Berücksichtigung der Globalisierung findet sich in Unterkapitel 2.4.

2.2.1.1 Arbeitsangebot

Mit zunehmender Arbeitsteilung trennen sich Haushalt und Betrieb, und es entstehen Arbeits- und Gütermärkte, auf denen Akteure (private Haushalte) ihren Austausch von Arbeitskraft gegen Arbeitseinkommen und von Arbeitseinkommen gegen Güter organisieren. Damit ist Arbeit nicht Selbstzweck sondern Mittel zum Erwerb von Arbeitseinkommen und zum Tausch von Gütern.

Folgt das Arbeitsangebot einem ökonomischen Kalkül, dann besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Arbeitsentgelt und angebotener Arbeitsmenge: Steigt das Arbeitsentgelt pro Arbeitseinheit, so nimmt das Arbeitsangebot zu (Abb. 7). In dieser Abbildung entspricht y_1 dem Arbeitsentgelt für die Arbeitsmenge A_1 .

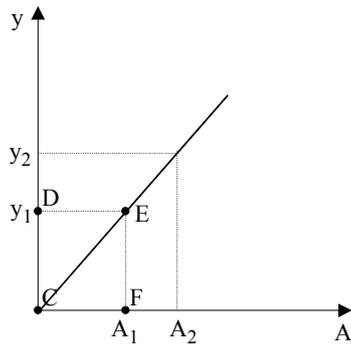


Abb. 7: Arbeitsangebot

Eine Erklärung für dieses Verhalten bietet das Nutzenkalkül: Bezahlte Arbeitszeit und Subsistenzwirtschaft (Arbeit für Eigenverbrauch) stehen in Konkurrenz zueinander. Subsistenzwirtschaft bringt einen bestimmten Nutzen durch die erstellte Leistung, und Arbeit durch das damit verbundene Entgelt. Ein höheres Entgelt steigert den Nutzen bezahlter Arbeit und macht daher bezahlte Arbeit relativ zur Subsistenzwirtschaft attraktiver. Dies führt zur Bereitschaft, auf einen zusätzlichen Teil der Subsistenzwirtschaft zu verzichten.

2.2.1.2 Arbeitsnachfrage

Die Arbeitsnachfrage ist wie die Nachfrage nach anderen Faktorleistungen aus der Nachfrage nach Gütern und Zwischenprodukten abgeleitet. Es besteht daher ein produktionstheoretisch begründeter inverser Zusammenhang zwischen Arbeitsentgelt und nachgefragter Arbeitsmenge: Ein sinkendes Arbeitsentgelt führt zu einer höheren Arbeitsnachfrage (Abb. 8).

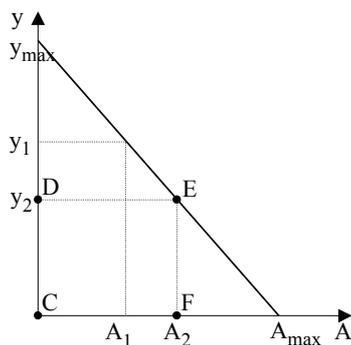


Abb. 8: Arbeitsnachfrage

Der Verlauf der Nachfrage nach Arbeit erklärt sich produktionstheoretisch unter Rückgriff auf das Wertgrenzprodukt. Das Grenzprodukt der Arbeit entspricht der Gütermenge, die durch eine weitere Arbeitskraft zusätzlich

produziert werden kann. Bewertet man diese Gütermenge mit dem dafür erzielbaren Verkaufspreis, dann ergibt sich daraus der Umsatz, der als Verteilungsspielraum zur Verfügung steht – das Wertgrenzprodukt. Dieses entspricht in dem Modell der Arbeitsnachfrage dem jeweiligen Arbeitsentgelt.

Aus Sicht des Arbeitgebers ist die Nachfrage einer zusätzlichen Arbeitskraft immer dann sinnvoll, wenn die damit verbundenen Zusatzkosten unter dem jeweiligen Wertgrenzprodukt bleiben. Erfahrungsgemäß lässt sich die produzierte Gütermenge durch zusätzliche Arbeitskräfte nicht beliebig steigern. Der Grenzertrag zusätzlicher Arbeitskräfte sinkt also. Folglich wird auch das Wertgrenzprodukt und damit der Verteilungsspielraum für zusätzliche Arbeitskräfte abnehmen. Deshalb besteht ein inverser Zusammenhang zwischen Arbeitsentgelt und nachgefragter Arbeitsmenge.

2.2.1.3 Wechselwirkung zwischen Arbeitsangebot und -nachfrage

2.2.1.3.1 Arbeitsmarktgleichgewicht

Nachdem nun der prinzipielle Verlauf von Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage bekannt ist, kann die Funktionsweise des Arbeitsmarktes in dem gewählten Modell erläutert werden.

Der Arbeitsmarkt bezeichnet in diesem Zusammenhang die Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage. Die Angebotskurve gibt ab, welche Arbeitsmenge (Arbeitszeit) ein Akteur bei einem gegebenen Arbeitsentgelt anbieten würde. Dagegen zeigt die Arbeitsnachfrage, welche Arbeitsmenge ein Modellunternehmen bei einem gegebenen Arbeitsentgelt nachfragen würde.

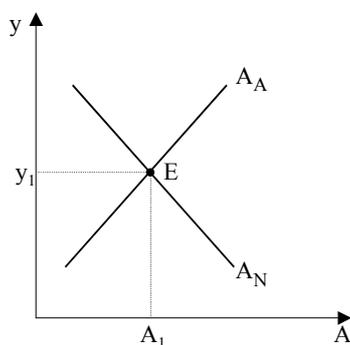


Abb. 9: Marktgleichgewicht

Stellt man Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage gegenüber, dann gibt es eine Entgelthöhe y_1 , bei der sich Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage aus-

gleichen, den Gleichgewichtspunkt E in Abb. 9. An diesem Punkt können sowohl Anbieter als auch Nachfrager eine für sie zu diesem Arbeitsentgelt optimale Arbeitsmenge A_1 tauschen.

Für Arbeitgeber und Arbeitnehmer können Arbeitsentgelt bzw. Arbeitskosten voneinander abweichen. Deshalb an dieser Stelle eine Begriffsklärung:

- Die Arbeitskosten umfassen alle geld- und geldwerten Leistungen, die der Arbeitsnachfrager dem Arbeitsanbieter als Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung bezahlt, einschließlich der über das Bruttoentgelt hinaus gezahlten Leistungen (u.a. Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung).
- Das Bruttoentgelt bezeichnet die zwischen den beiden Vertragsparteien vereinbarte Berechnungsgrundlage für das Arbeitsentgelt. Die Differenz zwischen Arbeitskosten und Bruttoeinkommen wird auch als Personalnebenkosten bzw. Lohnnebenkosten bezeichnet.
- Das um Steuerzahlungen verminderte Bruttoentgelt wird Nettoentgelt genannt.

Da das Nettoentgelt nur einen Teil der Arbeitskosten ausmacht, ist es als Indikator für die mit der Arbeitsnachfrage einhergehende Kostenbelastung von Arbeitgebern unzureichend.

2.2.1.3.2 Niveaubedingte Arbeitslosigkeit

Das hier dargestellte mikroökonomische Arbeitsmarktmodell greift zur Erklärung ausschließlich auf Höhe des Arbeitsentgelts und Arbeitsmenge zurück. Unterbeschäftigung besteht in diesem Modell dann, wenn bei einem gegebenen Arbeitsentgelt die angebotene Arbeitsmenge größer ist als die Arbeitsnachfrage.

Ausgangspunkt der Erklärung von Unterbeschäftigung ist das schon dargestellte Arbeitsmarktgleichgewicht. Nun wird das Arbeitsentgelt auf y_2 erhöht. Bei diesem Entgelt fallen angebotene und nachgefragte Arbeitsmenge auseinander: Das Arbeitsangebot (A_A) ist größer als die Arbeitsnachfrage (A_N), es herrscht Unterbeschäftigung im Umfang von $A_{2A} - A_{2N}$ (Abb. 10). Der Arbeitsanbieter möchte also mehr Arbeit leisten, als der Arbeitgeber nachfragt.

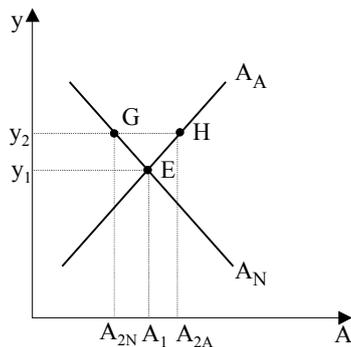


Abb. 10: Arbeitsmarkt bei Mindestlohn
(Angebotsüberhang)

Ist die Höhe des Entgelts in dieser Situation nicht festgeschrieben, dann wird der Arbeitsanbieter versuchen, durch geringere Entgeltforderungen die Arbeitsnachfrage so zu steigern, dass sie seinem Angebot entspricht und damit die Unterbeschäftigung vermeiden. Ist die Höhe des Entgelts hingegen von außen festgeschrieben (z.B. durch eine Regelung zum Mindestlohn), dann kann dieser Ausgleichsmechanismus nicht greifen.

2.2.2 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Wie wirkt sich eine gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in diesem Modell auf den Arbeitsmarkt aus?

Je nach Anknüpfungspunkt der Arbeitgeberbelastung lassen sich drei Fälle unterscheiden:

- Einkommensproportionale Arbeitgeberbelastung (z.B. GKV)
- Arbeitgeberbelastung proportional zur Zahl der Beschäftigten (z.B. betrieblicher Gesundheitsdienst)
- Arbeitgeberbelastung unabhängig von der Zahl der Beschäftigten (also z.B. steuerfinanzierte Krankenhausinvestitionen)

Allen drei Fällen gemein ist, dass Arbeitgeber in ihrer Arbeitsnachfrage weiterhin Wertgrenzprodukt und Arbeitskosten vergleichen. Zusätzliche Arbeitgeberbelastungen, z.B. durch Sozialversicherungsbeiträge, sind dementsprechend für den Arbeitgeber Arbeitskosten, die nicht als Arbeitsentgelt ausbezahlt werden, also Personalnebenkosten.

2.2.2.1 Arbeitseinkommensproportionale Arbeitgeberbelastung

Wie wirkt sich eine einkommensproportionale Arbeitgeberbelastung (z.B. AG-Anteil zur Krankenversicherung) auf den Arbeitsmarkt aus?

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die schon bekannte Nachfragekurve (Abb. 11). Nun wird ein Sozialversicherungsbeitrag mit dem Beitragssatz t eingeführt. Der Arbeitgeber vermindert dann das angebotene Bruttoentgelt um den jeweiligen Betrag T , damit für ihn der Arbeitskostensatz bei gegebener Arbeitsmenge gleich bleibt. Für die graphische Darstellung bedeutet dies: Die Kurve der Arbeitsnachfrage dreht sich entsprechend nach innen (Abb. 12).

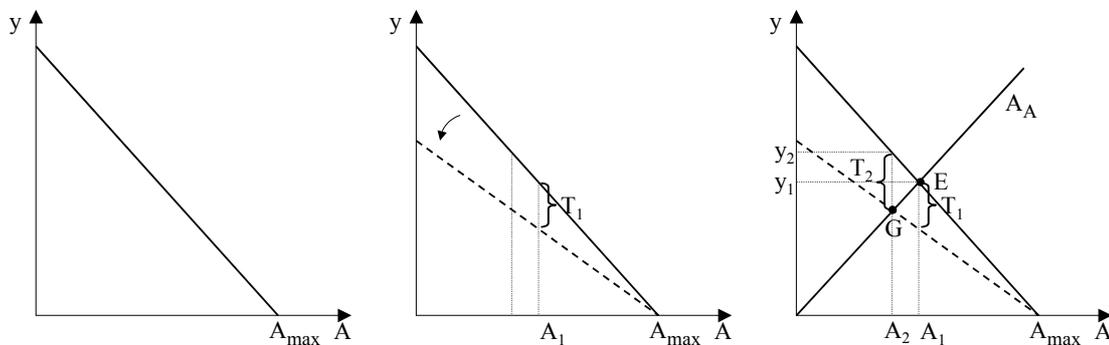


Abb. 11: Arbeitsnachfrage ohne Arbeitgeberbelastung

Abb. 12: Arbeitsnachfrage bei einkommensproportionaler Arbeitgeberbelastung auf das Arbeitsangebot

Abb. 13: Neues Marktgleichgewicht bei einkommensproportionaler Arbeitgeberbelastung

Als neues Gleichgewicht auf dem mikroökonomischen Arbeitsmarkt ergibt sich der Punkt G (Abb. 13). In diesem Punkt gleichen sich Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage aus. Es herrscht wieder Vollbeschäftigung, auch wenn das neue Beschäftigungsniveau A_2 unter dem Beschäftigungsniveau ohne Sozialversicherungsbeitrag (A_1) liegt. Die Differenz zwischen den beiden Beschäftigungsniveaus erklärt sich daraus, dass beim Arbeitsanbieter aufgrund des neuen, geringeren Gleichgewichtsentgeltes die Arbeitsbereitschaft gesunken ist.

2.2.2.2 Arbeitgeberbelastung proportional zur Zahl der Beschäftigten

Eine andere Möglichkeit der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung besteht darin, unabhängig vom vereinbarten Entgelt einen pauschalen Betrag pro Beschäftigten zu erheben. Ein Beispiel hierfür sind Vorgaben zum betrieblichen Gesundheitsdienst, die beschäftigtenproportionale Kosten zur Folge haben dürften.

Ausgangspunkt der Überlegungen ist wiederum die Nachfragekurve (Abb. 14). Nun wird eine beschäftigtenproportionale Arbeitgeberbelastung mit der Höhe T eingeführt. Die Pauschale ist unabhängig davon, welche Arbeitsmenge ein Beschäftigter erbringt. Damit für den Arbeitgeber die Arbeitskosten bei gegebener Arbeitsmenge gleich bleiben, senkt er das Arbeitsentgelt um den jeweiligen Betrag T . Die Arbeitsnachfrage verschiebt sich nach innen (Abb. 15). Dies bedeutet, dass nicht nur das maximal gezahlte Arbeitsentgelt sinkt, sondern sich auch die maximal nachgefragte Arbeitsmenge vermindert (von $A_{\max,1}$ auf $A_{\max,2}$).

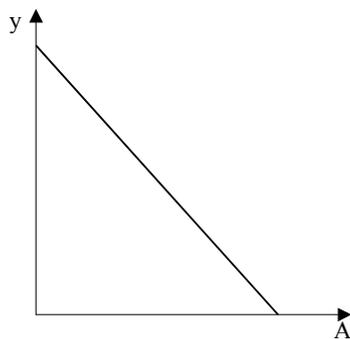


Abb. 14: Arbeitsnachfrage ohne Arbeitgeberbelastung

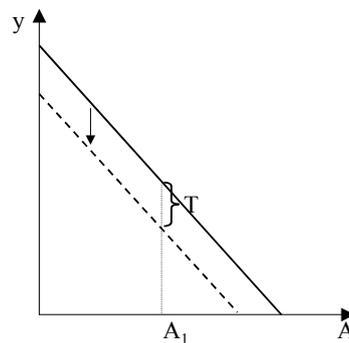


Abb. 15: Arbeitsnachfrage bei beschäftigungspauschaler Arbeitgeberbelastung auf das Arbeitsangebot

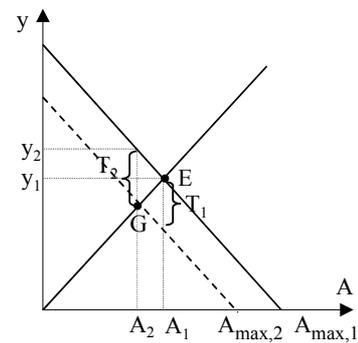


Abb. 16: Neues Marktgleichgewicht bei beschäftigungspauschaler Arbeitgeberbelastung

Als neues Gleichgewicht auf dem mikroökonomischen Arbeitsmarkt ergibt sich nun der Punkt G (Abb. 16). In diesem Punkt gleichen sich Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage wieder aus. Es herrscht wieder Vollbeschäftigung; gleichwohl liegt das neue Beschäftigungsniveau (A_2) unter dem ohne Arbeitgeberbelastung (A_1), da die Arbeitsbereitschaft zu dem verminderten Arbeitsentgelt gesunken ist.

2.2.2.3 Arbeitgeberbelastung unabhängig von der Zahl der Beschäftigten

Bei der letzten Form der Arbeitgeberbelastung wird die Belastung unabhängig von der Entgeltsumme oder der Anzahl der Beschäftigten erbracht. Ein Beispiel hierfür sind Steuern, die beim Arbeitgeber auf den Gewinn erhoben werden und zur Finanzierung des Gesundheitswesens dienen.

Derartige Steuern vermindern die Rendite des Arbeitgeber. Dies kann unterschiedliche Folgen für die Arbeitsnachfrage haben, die sich jedoch nicht innerhalb dieses Arbeitsmarktdiagramms grafisch darstellen lassen.

2.3 Makroökonomische Zusammenhänge

Gegenstand der makroökonomischen Theorie ist die Analyse gesamtwirtschaftlicher Zusammenhänge auf der Basis aggregierter Größen, die von einzelwirtschaftlichen Entscheidungskalkülen abstrahieren. Die Vielzahl der Einzelmärkte wird im Rahmen der makroökonomischen Betrachtung auf folgende Märkte verdichtet: Gütermarkt, Vermögensmarkt, Arbeitsmarkt. Diese aggregierte Ebene erlaubt verallgemeinernde Aussagen über die Gesamtsituation der Akteure in der Gesamtwirtschaft bzw. in einzelnen Branchen.

2.3.1 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR)

In der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung werden die wirtschaftlichen Aktivitäten von Unternehmen, öffentlichen Haushalten und privaten Haushalten – den Wirtschaftseinheiten – zahlenmäßig dargestellt (Hübl 1992). Die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung beruht auf einer Reihe von Vereinbarungen, die für die Interpretation der Ergebnisse wichtig sind.

Unternehmen produzieren durch den Einsatz von Produktionsfaktoren und Vorleistungen Güter und Dienstleistungen. Aggregiert bilden Sie den Wirtschaftssektor Unternehmen. Im einzelnen zählen hierzu Industrie- und Handelsunternehmen, landwirtschaftliche Betriebe, Handwerksbetriebe, Ein- und Verkaufsvereinigungen, Kreditinstitute, Versicherungsunternehmen, Arbeitsstätten der freien Berufe, Unternehmen der öffentlichen Hand sowie die Wohnungsvermietung.

Öffentliche Haushalte produzieren Güter, die sie in der Regel ohne direkte entgeltliche Gegenleistung bereitstellen. Sie finanzieren sich über Zwangsbeiträge. Zu den öffentlichen Haushalten zählen der Bund einschließlich Sonderfonds, Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände. Auch die Sozialversicherungshaushalte fallen hierunter.

Private Haushalte erzielen durch die Bereitstellung von Faktorleistungen an Unternehmen und öffentliche Haushalte Einkommen, das sie zum Kauf von Konsumgütern und für die Ersparnisbildung verwenden. Zum Sektor der privaten Haushalte zählen auch private Organisationen ohne Erwerbscharakter, z.B. Kirchen, Vereine, Parteien und Gewerkschaften.

Die Wirtschaftseinheiten werden in der VGR nach unterschiedlichen Kriterien zu Sektoren zusammengefasst. Dabei rechnet man gleichartige Transaktionen innerhalb des jeweiligen Sektors gegeneinander auf, um Doppelzählungen zu vermeiden. Das Gesundheitswesen stellt einen Sektor im

Rahmen der VGR dar. Änderungen im Gesundheitswesen wirken sich daher auf gesamtwirtschaftliche Größen aus. Dieser Zusammenhang ist gerade vor dem Hintergrund der Belastungssituation von Arbeitgebern mit gesundheitssystembedingten Kosten relevant, da diese Belastung der Arbeitgeber gleichzeitig als Nachfrage im Gesundheitswesen wirksam wird.

In der VGR werden alle inländischen Aktivitäten von Wirtschaftseinheiten abgebildet (Inlandskonzept), unabhängig davon, wo sie ihren Sitz haben oder über welche Staatsbürgerschaft die Wirtschaftseinheiten verfügen.

Die Bewertung der in der VGR erfassten Aktivitäten erfolgt zu Marktpreisen, sofern die Aktivität über Märkte abgebildet werden. Andere Aktivitäten, wie z.B. im Unternehmen die Herstellung einer Maschine zum Eigengebrauch oder die meisten Leistungen öffentlicher Haushalte, werden dagegen zu Herstellungskosten angesetzt.

Die VGR einer Volkswirtschaft umfasst eine Vielzahl von einzelnen Rechenwerken. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sind insbesondere die Einkommensentstehungsrechnung und die Einkommensverteilungsrechnung von Bedeutung.

Aufgabe der Einkommensentstehungsrechnung ist es, die Entstehung des Volkseinkommens abzubilden. Dazu werden für jeden betrachteten Sektor folgende Rechnungen durchgeführt:

Verkauf von Gütern an Unternehmen + Verkauf von Konsumgütern an Haushalte + Verkauf von Gütern an den Staat + Verkauf von Gütern an das Ausland + Investitionen = Produktionswert
./.. Vorleistungen = Bruttowertschöpfung
+ Einfuhrabgaben, Nichtabzugsfähige Umsatzsteuer = Bruttoinlandsprodukt
<i>Korrektur um Aktivitäten im Ausland und ausländ. Wirtschaftseinheiten</i> = Bruttosozialprodukt
./.. Abschreibungen = Nettosozialprodukt (zu Marktpreisen)
./.. Indirekte Steuern + Subventionen = Nettosozialprodukt zu Faktorkosten (= Volkseinkommen)

Abb. 17: Systematik der Einkommensentstehungsrechnung (nach Hübl 1992)

Die Einkommensverteilungsrechnung gibt die primäre Einkommensverteilung an, also die Einkommensverteilung infolge von Wirtschaftsaktivitäten und damit ohne Einkommensumverteilungen.

Die Einkommensverteilungsrechnung kann nach funktionellen, personalen oder sektoralen Kriterien gegliedert werden. Die weitere Darstellung folgt der funktionellen Gliederung. Danach setzt sich das Volkseinkommen aus Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit und aus Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen zusammen:

Volkseinkommen	
<i>Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit</i>	<i>Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen</i>
./. Sozialbeiträge der Arbeitgeber = Bruttolohn- und Gehaltssumme	./. Direkte Steuern = Nettoeinkommen
./. Lohnsteuer ./. Tatsächliche Sozialbeiträge der Arbeitnehmer = Nettolohn- und Gehaltssumme	

Abb. 18: Systematik der Einkommensverteilungsrechnung (Hübl 1992)

2.3.2 Arbeitsmarkt und gesamtwirtschaftliches Gleichgewicht

Welche makroökonomischen Erklärungsansätze zum Arbeitsmarkt gibt es?

2.3.2.1 Arbeitsnachfrage

Unter bestimmten Annahmen kann aus der Produktionsfunktion die gesamtwirtschaftliche Nachfrage abgeleitet werden (Siebke und Thieme 1992): Analog zum mikroökonomischen Wertgrenzprodukt wird von den Unternehmen jene Arbeitsmenge nachgefragt und eingesetzt, bei der das Grenzprodukt der Arbeit den realen Arbeitskosten gleich ist. Die realen Arbeitskosten entsprechen den mikroökonomischen Arbeitskosten, korrigiert um das Preisniveau, da sich in makroökonomischen Modellen das gesamtwirtschaftliche Preisniveau auf dem Geldmarkt bildet. Üblicherweise wird bei makroökonomischen Modellen eine Produktionsfunktion unterstellt, bei der mit zunehmendem Arbeitseinsatz die Grenzproduktivität der Arbeit sinkt. Folglich steigt die gesamtwirtschaftliche Arbeitsnachfrage mit sinkenden realen Arbeitskosten und umgekehrt.

Es wird zudem unterstellt, dass Arbeitsnachfrager frei von Geldillusion sind, Geldwertveränderungen also keine Auswirkungen auf das Beschäftigungsniveau haben.

2.3.2.2 Arbeitsangebot

Analog zur Hypothese über die gesamtwirtschaftliche Arbeitsnachfrage wird angenommen, dass auch das Arbeitsangebot der Haushalte vom realen Arbeitsentgelt abhängt: Je höher das Arbeitsentgelt, desto größer das Arbeitsangebot. Auch beim Arbeitsangebot wird unterstellt, dass dieses frei von Geldillusion ist, d.h. Geldwertveränderungen haben keine Auswirkungen auf das Beschäftigungsniveau.

Insgesamt ergeben sich soweit keine Unterschiede zu dem in Abschnitt 2.2 beschriebenen mikroökonomischen Arbeitsnachfrage- und Arbeitsangebotsverhalten.

2.3.2.3 Arbeitsmarktgleichgewicht

Verhalten sich Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot auf die beschriebene Weise, dann ergibt sich in dieser Situation der Zustand der Vollbeschäftigung. Erklärung dafür ist, dass jeder, der zum geltenden realen Arbeitsentgelt Arbeit anbietet, auch beschäftigt wird, und jeder Arbeitgeber diejenige Arbeitsmenge, die er zum geltenden Entgelt beschäftigen möchte, auch tatsächlich realisieren kann. Die Differenz zwischen dem maximal möglichen Arbeitsangebot und dem tatsächlichen erklärt sich aus der zu geringen Höhe des Entgelts. Analog stellt sich die Situation aus Sicht der Arbeitsnachfrager dar.

2.3.2.4 Realwirtschaftliche Unterbeschäftigung

Die makroökonomische Arbeitsmarkttheorie verfügt über zwei realwirtschaftliche Erklärungsansätze für Unterbeschäftigung, die über das bislang verwendete mikroökonomische Modell hinausgehen.

Bei der friktionellen Arbeitslosigkeit handelt es sich gleichsam um eine natürliche Form der Unterbeschäftigung, die aus der unvollständigen Markttransparenz für Arbeitsanbieter und –nachfrager resultiert. Sie entsteht als Sucharbeitslosigkeit beim Wechsel zwischen zwei Beschäftigungen und ist daher zeitlich eng begrenzt.

Die strukturelle Arbeitslosigkeit entsteht aufgrund von Veränderungen der Wirtschaftsstruktur. Hierzu zählen Nachfrageveränderungen, die die Bedeutung einer Branche vermindern (z.B. der deutsche Steinkohlebergbau), aber auch Branchen, in denen aufgrund veränderter Produktionstechnik Beschäftigte freigesetzt werden, wie die Landwirtschaft.

Für beide hier vorgestellten Formen der realwirtschaftlichen Arbeitslosigkeit gilt, dass sie nicht mit Instrumenten der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage beseitigt werden können. Bei friktioneller Arbeitslosigkeit wird empfohlen, durch eine verbesserte Transparenz am Arbeitsmarkt Suchprozesse zu verkürzen. Bei der strukturellen Arbeitslosigkeit sollten dagegen die Anpassung des Arbeitsangebots von schrumpfenden hin zu wachsenden Branchen gefördert werden.

2.3.2.5 Gleichgewicht bei Unterbeschäftigung

Neben den eben geschilderten realwirtschaftlichen Erklärungsansätzen des Arbeitsmarktes und der Arbeitslosigkeit existieren in der Theorie noch zwei Formen stabiler Gleichgewichte bei Unterbeschäftigung – also zweier Formen von Arbeitslosigkeit –, die durch allgemeine geld- bzw. fiskalpolitischen Maßnahmen in einen Zustand der Vollbeschäftigung überführt werden können:

- Unterbeschäftigung aufgrund nach unten starrer Nominalentgelte
- Unterbeschäftigung bei preisunelastischer Nachfrage

Die Unterbeschäftigung aufgrund nach unten starrer Nominalentgelte entsteht aus dem Zustand der Vollbeschäftigung heraus, wenn die Güternachfrage – zum Beispiel aufgrund externer Ursachen wie einem starken Ölpreisanstieg – sinkt. Dies führt in einem makroökonomischen Gleichgewichtsmodell zu einem Absinken des allgemeinen Preisniveaus. Bleiben gleichzeitig die Arbeitsentgelte nominal konstant, steigen die realwirtschaftlichen Entgelte mit der Folge, dass bei dem höheren realen Entgeltniveau das Arbeitsangebot die Arbeitsnachfrage übersteigt.

Als wirtschaftspolitische Maßnahmen kommen in der Situation der Unterbeschäftigung aufgrund nach unten starrer Nominalentgelte zwei Ansätze in Frage: Gelingt es, die Nominalentgelte zu flexibilisieren, so dass sich diese an die reduzierte Nachfrage anpassen können, kann wieder Vollbeschäftigung erreicht werden. Unklar ist jedoch, welche staatlichen Maßnahmen zur Flexibilisierung der Nominalentgelte angesichts der bestehenden Tarifautonomie überhaupt existieren. Alternativ könnte durch expansive Ausgaben-

oder Geldpolitik zusätzliche nominale Nachfrage geschaffen werden, die den ursprünglichen Rückgang der Güternachfrage ausgleicht und über eine Erhöhung des Preisniveaus die realen Arbeitsentgelte auf ein Niveau der Vollbeschäftigung reduziert.

Der andere Fall der Unterbeschäftigung, die Unterbeschäftigung bei preisinelastischer Nachfrage, resultiert aus der Situation einer vollkommen zinselastischen Geldnachfrage bzw. einer vollkommen zinsunelastischen Investitionsnachfrage. Dies führt dazu, dass eine Reduktion des Preisniveaus nicht zu einer Erhöhung der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage führen kann. In dieser Situation der „Nachfrageverweigerung“ helfen flexible Nominalentgelte nicht weiter, da hierdurch mögliche Preissenkungen keine zusätzliche Nachfrage schaffen. Auch eine expansive Geldpolitik bietet keine Lösung, da das Geld nicht für zusätzliche Güternachfrage verwendet wird, sondern nur zu einer größeren Geldhaltung führt. Den einzigen Ausweg bietet in dieser Modellsituation eine expansive Ausgabenpolitik des Staates, um die bestehende „Nachfrangelücke“ auszugleichen.

2.4 Globalisierung

2.4.1 Grundlagen des Außenhandels

Die wohlstandssteigernde Wirkung der Arbeitsteilung ist spätestens seit Adam Smith weitgehend anerkannt (Smith, 1789/1990). Die Ursache hierfür liegt in der höheren Produktivität durch Spezialisierung. Arbeitsteilung erstreckt sich sowohl auf Tätigkeiten innerhalb eines Unternehmens als auch auf Tätigkeiten zwischen Unternehmen.

Verlaufen die Warenströme über nationale Grenzen hinweg, so spricht man von Außenhandel. Außenhandel ist damit nichts anderes als eine Form der regionalen Arbeitsteilung über nationale Grenzen.

Traditionell erfolgt die regionale Arbeitsteilung entlang definierter Sektorengrenzen: Entweder importiert ein Land Güter einer bestimmten Kategorie oder es exportiert sie. Dieser intersektorale Außenhandel mit Fertiggütern bildet schon seit Jahrhunderten ein bekanntes und allgemein akzeptiertes Phänomen. Das bekannteste Beispiel für intersektoralen Außenhandel ist der von Ricardo beschriebene Tausch von portugiesischem Portwein gegen englisches Tuch (Ricardo 1951). Moderne Beispiele sind amerikanische Kinofilme, deutsche Werkzeugmaschinen und chinesische Textilien.

Ganz allgemein kommt es dann zum intersektoralen Außenhandel, wenn der Import eines Gutes aufgrund von Preisunterschieden auch nach Berücksichtigung von Transportkosten billiger ist als die eigene Produktion bzw. wenn das Gut überhaupt nicht im Inland hergestellt werden kann. Entweder entstehen Preisunterschiede durch Abweichungen in den jeweiligen Produktionstechniken oder die jeweiligen Faktorausstattungen der Regionen unterscheiden sich hinsichtlich Menge bzw. Qualität.

2.4.2 Spezifika der Globalisierung

„Globalisierung“ meint, dass Güter- und Faktormärkte in einem bisher nicht gekannten Ausmaß und damit weit über den traditionellen Außenhandel hinaus zusammenwachsen. Der mit dem Begriff der Globalisierung bezeichnete Prozess hat schon nach dem 2. Weltkrieg mit dem zunehmenden intrasektoralen Außenhandel eingesetzt, an Tragweite gewann er jedoch erst seit Mitte der 70er Jahre, als auch Dienstleistungsmärkte global vernetzt wurden. Damit ging eine grenzüberschreitende Mobilität der Dienstleistungsanbieter und –nachfrager sowie eine Internationalisierung von Unternehmensaktivitäten einher.

Drei wesentliche Einflussfaktoren lassen sich für den Trend der Globalisierung ausmachen (Straubhaar, 2000):

- Gesunkene Kosten der Raumüberwindung
- Verbesserte Kommunikationstechnologie
- Verringerte künstliche Handelsbarrieren

Innovationen bei Verkehrs-, Informations- und Telekommunikationstechnologien haben die Kosten der Raumüberwindung erheblich reduziert. So sanken

- die internationalen Seefrachtkosten zwischen 1930 und 1990 auf 48,3 Prozent ihres Ausgangswertes,
- die internationalen Lufttransportkosten in diesem Zeitraum auf 16,2 Prozent ihres Ausgangswertes und
- die internationalen Telekommunikationskosten auf 1,4 Prozent ihres Ausgangswertes.

Damit kann eine große Zahl von Produkten in den Gütertausch einbezogen werden, deren Transportkosten bislang eine lokale Produktion erforderlich macht.

Zudem erleichtern Fortschritte in der Kommunikationstechnologie die Koordination von Aktivitäten, z.B. durch Telefon- oder Videokonferenzen sowie durch den Austausch von Dokumenten per elektronischer Post. Dies erlaubt eine bisher nicht gekannte Form der Internationalisierung von Unternehmensprozessen.

Ein dritter Faktor der Globalisierung ist der multilaterale Abbau von Handelshemmnissen. So unterliegen inzwischen mehr als 90 Prozent des Welt Handels den Regeln von GATT und WTO (Borrmann et al., 2002, S. 7). Und innerhalb der Europäischen Union gelten weitgehende Freiheiten für den Handel mit Gütern und Dienstleistungen.

Die drei Einflussfaktoren der Globalisierung wirken auf die räumliche Dimension der Güter-, Dienstleistungs-, Kapital- und Arbeitsmärkte.

Der Aufbau von internationalen Produktionsniederlassungen hat den weltweiten Güterhandel nicht nur verstärkt, sondern Gütermärkte auch in ihrer Struktur verändert. An die Stelle des Fertiggüterhandels ist der intra-industrielle und der intra-firmen Handel getreten. Viele Güter überschreiten mehrfach internationale Grenzen, bevor sie zum Endverbraucher gelangen.

Innovationen in der Kommunikationstechnologie haben den weltweiten Handel mit Dienstleistungen überhaupt erst ermöglicht und führen inzwischen dazu, dass bewusst Standortentscheidungen für die Erbringung von Dienstleistungen getroffen werden können.

Auch der Kapitalmarkt hat sich verändert. So hat der Aufbau ausländischer Niederlassungen hohe grenzüberschreitende Kapitaltransfers notwendig gemacht. Zudem erlaubt eine gestiegene Transparenz der Kapitalmärkte weltweite Kapitalanlage- und damit Standortentscheidungen.

Die Arbeitsmärkte stehen ebenfalls in einem globalen Wettbewerb. So hat die grenzüberschreitende Mobilität von Fach- und Führungskräften erheblich zugenommen. Es kommt zu „Standortarbitrage“ (Straubhaar 2000). Vor allem die unternehmensinterne internationale Mobilität qualifizierter Arbeitnehmer ist deutlich angestiegen.

2.4.3 Folgen der Globalisierung

Als Folge der Globalisierung hat sich die Erscheinungsform des Wirtschaftens verändert. Dominierten früher nationale Unternehmen, die ausschließlich in ihrem Heimatland für weltweite Kunden produzierten, so haben sich diese inzwischen in international präsent und produzierende Unternehmen gewandelt. Einschlägige Beispiele aus Deutschland sind DaimlerChrysler, Deutsche Bank und Siemens, die inzwischen alle einen wesentlichen Teil ihrer Mitarbeiter im Ausland beschäftigen und damit eigentlich kaum mehr „deutsche“ Unternehmen darstellen.

Das Potenzial für eine weitere Globalisierung ist keinesfalls abgeschlossen. Innovationen können die Raumüberwindungskosten weiter senken. Weiterhin besteht noch immer eine Vielzahl tarifärer und nichttarifärer Handelshemmnisse. Und schließlich haben viele Akteure auch die schon vorhandenen Möglichkeiten der Internationalisierung nach keineswegs ausgereizt.

Ein Beispiel für aktuelle Entwicklungstrends ist das Phänomen der „offshore services“ (A.T.Kearney, 2004). Dabei werden Dienstleistungen räumlich vollkommen getrennt vom Kunden in sogenannten Niedriglohnländern erbracht. So wird der elektronische Satz von Manuskripten für französische Verlage in Marokko erstellt, die Bearbeitung von Reservierungsdaten für Lufthansa erfolgt durch indische Firmen und die Programmierung für die Software AG in Lettland (Becker 2000).

Die zunehmende Mobilität von Produktionsfaktoren wirkt sich auf die direkte Besteuerung der Einkommensentstehung aus. So können die besteuerten Produktionsfaktoren unterschiedlich auf die Belastungen reagieren:

- Als sehr beweglich gilt das Finanzkapital, da entsprechendes Vermögen zu sehr geringen Kosten an einen beliebigen anderen Standort übertragen werden kann.
- Auch Arbeitskräfte sind mobil. Traditionell ist Arbeitsmigration aber vorwiegend bei geringqualifizierten Arbeitskräften zu beobachten. Ein neuartiger Trend sind dagegen internationale Arbeitsmärkte für bestimmte hochqualifizierte Berufsgruppen.
- Wesentlich weniger mobil ist das Realkapital. Sachinvestitionen wie Anlagen oder Immobilien lassen sich nur unter sehr hohem Aufwand von einem Standort auf einen anderen übertragen. Umso wichtiger sind gerade in diesem Fall bewusste Standortentscheidungen.

2.4.4 Standortwahl im Zeitalter der Globalisierung

Die Globalisierung führt zu einem Standortwettbewerb, der die Gestaltungsmöglichkeiten der nationalen Wirtschaftspolitik verringert. Die nationale Wirtschaftspolitik wird zu einer „Wettbewerbspolitik der immobilen um die mobilen Produktionsfaktoren“ (Straubhaar, 2000).

Kosten für Produktionsfaktoren sind jedoch nur ein Faktor bei der Standortentscheidung. Andere Faktoren sind

- die Verfügbarkeit von Produktionsfaktoren, also z.B. Mitarbeiter mit bestimmten Qualifikationen bzw. das Image des Produktionsstandortes („Made in Germany“),
- die Nähe zum Absatzmarkt, z.B. aufgrund hoher Transportkosten oder einer grundsätzlich mangelnden Transportfähigkeit (Zementindustrie),
- die Vorteilhaftigkeit der Rahmenbedingungen, z.B. rechtliche Zulässigkeit und Abgabenbelastung (Produktion von Windenergie),
- sowie die Möglichkeit der Neutralisierung von Wechselkurseffekten, also die Produktion in einer Region, die demselben Währungsraum wie der Absatzmarkt angehört, um so wechselkursbedingte Kostenveränderungen zu umgehen (Produktion asiatischer PKW-Hersteller in EU-Europa).

Diese (keineswegs abschließende) Auflistung von Kriterien für die Standortentscheidung macht deutlich, dass (Arbeits-)Kostenunterschiede bei den Produktionsfaktoren nicht die einzigen Entscheidungskriterien darstellen. Vielmehr muss jedes Unternehmen entsprechend seinen individuellen Anforderungen die verschiedenen Entscheidungskriterien bewerten und auf dieser Grundlage eine Standortentscheidung treffen.

2.4.5 Rückwirkungen auf nationale Arbeitsmärkte

Auch wenn sich die Relevanz der Globalisierung für die Entwicklung auf nationalen Arbeitsmärkten nicht im einzelnen kausal begründen lässt, so sind doch folgende Zusammenhänge zu beobachten:

Die Globalisierung verändert Strukturen der internationalen Arbeitsteilung und beschleunigt damit den wirtschaftlichen Strukturwandel. Bestehende Beschäftigungsprobleme werden hierdurch verschärft.

Insbesondere wenig qualifizierte heimische Arbeitskräfte sind hiervon betroffen, da Leistungen billigerer Standorte besser zugänglich werden. Aber auch höher qualifizierte Arbeitskräfte stehen unter Druck, da die Qualifikationen an konkurrierenden Standorten ebenfalls zunehmen. Aufgrund gesunkener Raumüberwindungskosten sind immer größere Teile der Volkswirtschaft von dieser Entwicklung betroffen.

Der zunehmende Standortwettbewerb hat direkte und indirekte Wirkungen auf die Beschäftigungssituation (Bach, 2002, S. 10). So sind Belastungsunterschiede ein nicht unwichtiger Faktor bei der Standortwahl von Unternehmen. Diese Standortwahl hat unmittelbare Beschäftigungsrelevanz. Ebenso unmittelbar wirkt sich die Belastung des Arbeitseinkommens für die Arbeitsplatzwahl international mobiler Fachkräfte aus.

2.5 Ergebnis und Konsequenzen für das weitere Vorgehen

Dieses Kapitel hat bislang folgendes gezeigt:

Grundsätzlich besteht ein inverser Zusammenhang zwischen Arbeitsentgelt und Beschäftigung. Steigt das Arbeitsentgelt, dann sinkt die Nachfrage nach Arbeit; gleichzeitig wächst der Anreiz zur Aufnahme einer Beschäftigung.

Gesundheitssystembedingte Personalnebenkosten, die an der Entgelthöhe oder der Beschäftigtenzahl ansetzen, vermindern bei gegebenen Bruttoentgelt die nachgefragte Arbeitsmenge. Dieser theoretische, mikroökonomische Zusammenhang verschärft sich bei zunehmender internationaler Verflechtung der Wirtschaftstätigkeit. Gleichwohl steht hinter einer Standortentscheidung ein ganzes Bündel von Standortfaktoren, von denen die Arbeits-(neben-)kosten einen Faktor darstellen.

Aus makroökonomischer Sicht ergibt sich, dass die Ergebnisse der mikroökonomischen Analyse der Auswirkung gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung nicht unkritisch auf die Gesamtwirtschaft verallgemeinert werden können, da diese Belastungen gleichzeitig Beschäftigung im Gesundheitswesen finanzieren und so ein gegenläufiger Effekt besteht.

Bisher publizierte Studien zur gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung lassen erkennen, dass die damit verbundene Problematik schon seit längerem Gegenstand von Untersuchungen ist. Diese Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die durch die Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Krankenversicherung entstehenden Zusatzkosten nur einen geringen Teil der Arbeitskosten bilden, der sich darüber hinaus noch Anfang der 90er Jahre unterdurchschnittlich entwickelt hat. Auch aus der Abgabenquote ins-

gesamt lassen sich bislang keine Standortnachteile für Deutschland gegenüber den jeweils betrachteten Vergleichsländern ableiten.

Aus den Ergebnissen dieses Kapitels ergeben sich drei Konsequenzen für das weitere Vorgehen:

1. Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung geht über die Belastung durch den Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung hinaus. Da die unternehmerische Beschäftigungsentscheidung sinnvoller Weise nur von der Gesamtbelastung abhängig gemacht werden kann, muss auch im Rahmen dieser Untersuchung die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung umfassend berücksichtigt werden.
2. Beschäftigungsentscheidungen werden von einzelnen Akteuren (Arbeitsanbietern bzw. Arbeitsnachfragern) nach einem einzelwirtschaftlichen Entscheidungskalkül getroffen. Zur Bewertung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung sind deshalb Kenngrößen zu ermitteln, die in Bezug zu betriebswirtschaftlichen Entscheidungssituationen stehen.
3. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehen jedoch nicht Aussagen zu einzelnen, konkreten Unternehmen, sondern Aussagen über die Belastung der Arbeitgeber insgesamt – bezogen auf Branchen bzw. auf die Gesamtwirtschaft. Damit einher gehen eine makroökonomische Betrachtungsebene und die Verwendung makroökonomischer Größen aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung.

3 Methodik

Ziel dieses Kapitels ist es, die im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen Konsequenzen für das weitere Vorgehen methodisch zu konkretisieren.

Der Methodenteil beantwortet zwei Fragen:

1. Welche Datenquellen werden herangezogen, um die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung möglichst umfassend abzubilden?
2. Welche makroökonomischen Kennzahlen werden zur Ermittlung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung verwendet, um deren betriebswirtschaftliche vergleichbar zu machen?

3.1 Datenquellen zur Berechnung der gesundheitssystembedingten Belastung von Arbeitgebern

3.1.1 Gesundheitsausgabenrechnung

Wie in Kapitel 2 gezeigt, ist der Begriff der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung möglichst umfassend auszulegen. Um dabei möglichst vergleichbare Daten zu verwenden, greift diese Untersuchung auf das Konzept für ein System der Gesundheitsausgabenrechnung (System of Health Accounts – SHA) zurück, das die OECD im Jahr 2000 nach mehrjähriger Beratung mit EUROSTAT vorgelegt hat (OECD 2000). Das SHA ist inzwischen in den meisten Mitgliedsländern der EU und den OECD-Ländern eingeführt worden. Es zielt darauf ab, alle Güter- und Leistungstransaktionen und die damit verbundenen Finanztransaktionen des Gesundheitswesens so nach einer einheitlichen internationalen Klassifikation zu verbuchen, dass international vergleichbare Daten zur Höhe und Struktur der Gesundheitsausgaben vorliegen. Damit sollen verlässliche Informationen zur Ausgabenentwicklung und ihrer Finanzierung der Politik und den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig soll der Wissenschaft vergleichbares Material zur Analyse der Entwicklungen und der Strukturen im Gesundheitswesen angeboten werden. Die Gesundheitsausgabenrechnung ist damit ein Instrument der retrospektiven Finanzkontrolle und Datengrundlage für makroökonomische Analysen.

Die Systematik der Gesundheitsausgabenrechnung der Bundesrepublik Deutschland, die im Rahmen der Methodenforschung der Gesundheitsberichterstattung zeitlich vor dem System of Health Accounts

entwickelt wurde, folgt zwar im Grundsatz demselben Konzept, hat jedoch historisch bedingt eine etwas andere nationale Klassifikationen für die drei Dimensionen der Ausgaben: Funktion, Produktion und Finanzierung. Ausbildung und Forschung werden außerdem nicht extra berichtet, sondern den Gesamtausgaben zugeschlagen (Statistisches Bundesamt 2002). Eine Anpassung an die internationale Abgrenzung wird vom Statistischen Bundesamt im Rahmen der internationalen Berichterstattung an die WHO und die OECD vorgenommen. Basis dieser Untersuchung sind die angepassten und damit international vergleichbaren Daten.

Das SHA basiert auf drei Teilklassifikationen:¹

- Klassifikation nach Funktionen (ICHA-HC),
- Klassifikation nach Leistungserbringern (ICHA-HP) und
- Klassifikation nach Finanzierungsträgern (ICHA-HF).

Die Aufteilung nach Funktionen und Leistungserbringern entspricht prinzipiell der Betrachtung der Gesamtwirtschaft in der VGR nach Produktionszweigen und Produkten. Idealerweise werden nach dem SHA die Buchungen der Transaktionen in einem vollständigen Satz von Finanzierungskonten vorgenommen, welche die Finanzströme im Gesundheitswesen zeigen. Im Gegensatz zur VGR werden jedoch keine Bestandskonten geführt.

Die ICHA-HC *Klassifikation nach Funktionen* grenzt das Gesundheitswesen durch die Definition von Transaktionen ab, die dem Gesundheitswesen funktional zugehörig sind. Der funktionalen Klassifikation kommt somit eine Schlüsselrolle für die Berechnung des Umfangs und der Struktur des Gesundheitswesens zu. Dabei sollen in jedem Land alle Transaktionen identifiziert werden, die Gesundheit produzieren. Die funktionale Klassifikation unterscheidet drei Arten von Leistungen: Persönliche Gesundheitsleistungen (HC.1 bis HC.5), Kollektive Gesundheitsleistungen (HC.6 und HC.7) und Leistungen für Gesundheitsrelevante Funktionen (HCR.1 bis HCR.7). Die Gesundheitsausgaben insgesamt werden definiert als Summe der Transaktionen für HC.1 bis HC.7 plus HCR.1 „Investitionen im Gesundheitswesen“. Nicht erfasst werden unter den Gesundheitsausgaben insgesamt die Positionen HCR.2 „Ausbildung“ und HCR.3 „Forschung“, HCR.4 „Ernährung und Hygiene“, HCR.5 „Gesunde Umwelt“, HCR.6

¹ ICHA: International Classification for Health Accounts, ICHA-HC: Health Functional Classification; ICHA-HP: Classification of Health Care Providers; ICHA-HF: Classification of Health Funding Agencies.

„Einkommensleistungen und deren Verwaltung“². Die Positionen HCR.2 bis HCR.7 werden als gesundheitsrelevante Leistungen nachträglich berichtet. Zu den Einkommensleistungen zählen neben Krankengeld und Lohnfortzahlung Einkommensleistungen bei Invalidität, Mutterschaft und Pflegebedürftigkeit. Die Aufgliederung folgt hier Schneider 1991, der sich an die funktionale Systematik der Europäischen Sozialstatistik – ESSPROS – anlehnt. Erwerbsunfähigkeitsrenten und Krankengeldleistungen werden dabei nur insoweit berücksichtigt, als dies in den nationalen Gesundheitsausgaben- und Sozialschutzrechnungen berücksichtigt wird.

Die ICHA-HP *Klassifikation nach Leistungserbringern* richtet sich an die Anbieterseite von Gesundheitsleistungen. Diese Klassifikation gliedert sich wie folgt:

- HP.1 Krankenhäuser
- HP.2 Pflegeeinrichtungen
- HP.3 Einrichtungen ambulanter Leistungserbringer
- HP.4 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter
- HP.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst
- HP.6 Gesundheitsverwaltung und Versicherung
- HP.7 Sonstige Wirtschaftszweige
- HP.9 Ausland

Die ICHA-HF *Klassifikation nach Finanzierungsträgern* stellt eine umfassende Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben nach öffentlichen und privaten (sekundären) Finanzierungsträgern dar und ist wie folgt gegliedert:

- HF.1 Staat
 - HF.1.1 Staat ohne Sozialversicherungen
 - HF.1.2 Sozialversicherungen
- HF.2 Privater Sektor
 - HF.2.1 Private Sozialversicherungen³
 - HF.2.2 Private Versicherungen
 - HF.2.3 Private Haushalte
 - HF.2.4 Private Organisationen ohne Erwerbszweck

² Im deutschem System der Gesundheitsausgabenrechnung werden bisher die Ausgaben für Forschung und Ausbildung den Gesundheitsausgaben insgesamt zugerechnet. Dieses lässt sich damit erklären, dass bereits in der ersten Ausgabenrechnung so verfahren wurde und dass aufgrund des dualen Ausbildungssystems sowie des Zusammenhangs zwischen klinischer Forschung und Therapie eine Trennung fehlerbehaftet ist.

³ Nach Anlage III, ESVG 1995 gibt es keine privaten Sozialversicherungen, sondern nur Sozialschutzsysteme mit speziellen Deckungsmittel und ohne spezielle Deckungsmittel. Die Beihilfe des Staates ist beispielsweise dieser Gruppe zuzuordnen.

HF.2.5 Sonstige Finanzierungsträger
HF.3 Ausland

Eine weitere Aufgliederung in die primäre Finanzierung nimmt die Gesundheitsausgabenrechnung nach der OECD- Systematik nicht vor. WHO und Weltbank haben zwar eine Systematik der Finanzierungsquellen für die Ausgabenrechnung in Entwicklungsländern vorgelegt, die sich aber nicht wesentlich von der oben genannten unterscheidet (WHO, Worldbank, USAID 2003). Deshalb wird die primäre Finanzierungsrechnung im Rahmen dieser Untersuchung vorgenommen, um eine Aussage über die tatsächliche Arbeitgeberbelastung treffen zu können.

Aufgrund der besseren Datenverfügbarkeit basiert die Ermittlung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung auf der Gesundheitsausgabenrechnung als Grundlage. Sofern Arbeitgeber Zahlungen an sekundäre Finanzierungsträger leisten, können Ausgabenzeitpunkt der Arbeitgeber und Ausgabenzeitpunkt des Finanzierungsträgers voneinander abweichen. Solche Abweichungen führen zu einem temporären Kapitalaufbau bzw. -abbau beim Finanzierungsträger und damit zu temporären Verzerrungen zwischen den Ausgaben der primären Finanzierungsträger und den Gesundheitsausgaben. Langfristig gleichen sich diese Effekte jedoch aus, so dass hieraus keine Verzerrung der Ergebnisse zu erwarten ist.

3.1.2 Arbeitgeber und Private Haushalte

Nach dem Konzept der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG 1995) wird die Volkswirtschaft eines Landes zur Analyse der Finanzierungsströme in fünf Sektoren zusammengefasst:

- S11 Nicht finanzielle Kapitalgesellschaften
- S12 Finanzielle Kapitalgesellschaften
- S13 Staat
- S14 Private Haushalte
- S15 Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Im Rahmen dieser Untersuchung ist eine Unterscheidung zwischen den Sektoren S11 und S12 nicht erforderlich. Daher werden diese beiden im Folgenden als private Unternehmen bzw. private Arbeitgeber zusammengefasst. Der Sektor S13 Staat beinhaltet die öffentlichen Verwaltungen des Bundes, der Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherungen. Dabei verfügt der Staat über eine Doppelrolle. Zum einen tritt er institutionell als Arbeitgeber auf und trägt in dieser Rolle ebenfalls die entsprechende gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung. Zum anderen leistet er in

funktioneller Hinsicht Transfers an andere Träger der sekundären Finanzierung im Gesundheitswesen bzw. erwirbt Leistungen im Gesundheitswesen direkt (primäre Finanzierung). Deshalb wird der Staat in seiner institutionellen Rolle als Arbeitgeber zusammen mit den privaten Arbeitgebern betrachtet. Der „Staat“ umfasst nur die funktionelle Transferkomponente.

Auch wenn private Organisationen ohne Erwerbszweck Arbeitgebermerkmale aufweisen, werden sie mit dem Sektoren S14 zum Sektor „Private Haushalte“ zusammengefasst, da diese beiden Sektoren von den statistischen Ämtern oftmals zusammen dargestellt werden. Dies hat zur Folge, dass der Umfang der privaten Arbeitgeber systematisch geringer ausgewiesen wird. Dieser Effekt verstärkt sich dadurch, dass die „Privaten Haushalte“ auch die Selbständigenhaushalte einschließen. Sozialbeiträge der Selbständigen und ihrer Familienangehörigen werden deshalb den privaten Haushalten zugerechnet. In diesen beiden Aspekten – Zuordnung von Organisationen ohne Erwerbscharakter und Selbständige – weicht die hier dargestellte volkswirtschaftliche Abgrenzung der Arbeitgeber von der sozialrechtlichen ab.

3.1.3 Steuerempfänger (Gebietskörperschaften)

Weitere Umrechnungen zur vergleichbaren Darstellung der primären Finanzierung sind bei den Staatsausgaben für Gesundheitsleistungen erforderlich. Diese sind auf die beiden primären Finanzierungsträger – Unternehmen und private Haushalte – umzulegen.

Für steuerfinanzierte öffentliche Körperschaften bilden die Gesundheitsausgaben einen Posten innerhalb des Gesamtbudgets, stehen also in Konkurrenz zu anderen Staatsaufgaben. Hintergrund ist das Nonaffektationsprinzip, nach dem alle Staatsaufgaben als gleichwertig anzusehen sind und daher alle Einnahmen für die Deckung des gesamten Ausgabenbedarfs bereitzuhalten sind..

Das Nonaffektationsprinzip verhindert eine eindeutige Zuordnung bestimmter Ausgabenposten von Gebietskörperschaften zu bestimmten Einnahmen. Deshalb lässt sich der Anteil der durch Unternehmenssteuern finanzierten Gesundheitsausgaben nicht eindeutig ermitteln, sondern nur basierend auf Annahmen abschätzen.

Zur Ermittlung des Anteils der durch Unternehmenssteuern finanzierten Gesundheitsausgaben werden alle Gesundheitsausgaben der steuerfinanzierten öffentlichen Körperschaften identifiziert. Es wird unterstellt, dass Arbeitgeber mit ihrem Steueraufkommen alle Staatsaufgaben gleichermaßen

finanzieren. Deshalb wird der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten steuerfinanzierten Ausgaben ermittelt. Die gesundheitssystembedingte auf die Arbeitgeber entfallende Steuerbelastung entspricht dem gesamten Steueraufkommen der Arbeitgeber, gewichtet mit dem Anteil der Gesundheitsausgaben an den steuerfinanzierten Gesamtausgaben der Körperschaften.

3.1.4 Empfänger von Sozialbeiträgen

Im Gegensatz zu Steuern unterliegen Sozialbeiträge einer Zweckbindung. Deshalb werden sie finanzwirtschaftlich auch als „Quasi-Steuern“ bezeichnet. Dies erleichtert die Zuordnung von Zahlungen zum Verwendungszweck.

Erstrecken sich die Aktivitäten von Sozialversicherungsträgern ausschließlich auf die Finanzierung von Gesundheitsausgaben, so ist der Verwendungszweck eindeutig. Die auf Arbeitgeber entfallenden Gesundheitsausgaben entsprechen der Summe der von Arbeitgebern an diesen Sozialversicherungsträger gezahlten Beiträge.

Verfolgen Sozialversicherungsträger dagegen neben der Finanzierung von Gesundheitsausgaben noch weitere Aufgaben (so z.B. die Rentenversicherungsträger), dann ergibt sich ein ähnliches Problem wie bei der Zuordnung der Einnahmen aus Steuerzahlungen. Es wird deshalb unterstellt, dass die gesundheitssystembedingt auf die Arbeitgeber entfallende Belastung durch diese Sozialbeiträge dem gesamten Beitragsaufkommen der Arbeitgeber an die jeweilige Körperschaft entspricht, gewichtet mit dem Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben dieses Sozialversicherungsträgers.

3.1.5 Metadaten zur Finanzierung des Gesundheitswesens

Die Finanzierungsbeiträge staatlicher Stellen bzw. einzelner Sozialversicherungsträger für das Gesundheitswesen werden in der VGR bzw. dem SHA nicht immer einzeln ausgewiesen. Deshalb sind teilweise Schätzungen erforderlich. Diese erfolgen unter Bezug auf die speziellen institutionellen Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystems. Hierzu werden folgende länderspezifische Informationen („Metadaten“) benötigt:

- Metadaten zu den Finanzierungsträgern im Gesundheitswesen
- Metadaten zu Bemessungsgrundlagen, Beitragssätzen, etc.

- Metadaten zur Besteuerung der Unternehmen und Haushalte

Metadaten zu den Finanzierungsträgern im Gesundheitswesen der westlichen Mitgliedsstaaten wurden im EUCOMP-Projekt der EU erfasst. Für Polen wird auf Studien der OECD und der Weltbank zurückgegriffen (The World Bank 2000 und Schneider, Kawiorska 2002).

Metadaten zu Bemessungsgrundlagen, Beitragssätzen, etc. werden für die Mitgliedsstaaten und osteuropäische Länder durch MISSOC bereitgestellt.

Metadaten zur Besteuerung der Unternehmen und Haushalte werden für die Mitgliedsstaaten und für osteuropäische Länder durch verschiedene Studien der Europäischen Kommission sowie des Bundesministeriums der Finanzen bereitgestellt (vgl. Bundesministerium der Finanzen 2003).

International vergleichbare Daten zur Finanzierung der Gesundheitssysteme liegen derzeit bis zum Jahr 2000 vor. Für aussagekräftige Vergleiche zur Belastungssituation und –veränderung wird ein mehrjähriger Betrachtungszeit benötigt. Da die makroökonomische Entwicklung Anfang der 90er Jahre in Deutschland von erheblichen vereinigungsbedingten Verzerrungen geprägt war, wurden als Vergleichszeitraum die Jahre 1995 bis 2000 gewählt.

3.1.6 Darstellung der Finanzierungsstruktur

Wie lassen sich die Ergebnisse der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung darstellen?

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Systematik der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (Abschnitt 2.1.1). Sie zeigt die Ausgabenverteilung auf 4 Finanzierungsebenen:

- Ausgabenrelevante Gesundheitsleistungen nach Leistungsarten (Gesundheitsausgaben)
- Sekundäre Finanzierung der Gesundheitsausgaben
- Primäre Finanzierung einschließlich öffentlicher Haushalte
- Primäre Finanzierung nach Umlage öffentlicher Haushalte

Die Ergebnisse der Untersuchung werden zum einen entsprechend dieser Systematik aus Abb. 1 als Flussdiagramm aufbereitet. Mit dieser Darstellungsform lassen sich aber nur die grundsätzlichen Finanzierungszusam-

menhänge aufzeigen. Proportionale Finanzierungsanteile sind hieraus nur schwer ablesbar. Deshalb werden die prozentualen Anteile auf jeder Ebene zusätzlich mit insgesamt vier Tortendiagrammen verdeutlicht (Abb. 19 bis Abb. 22).

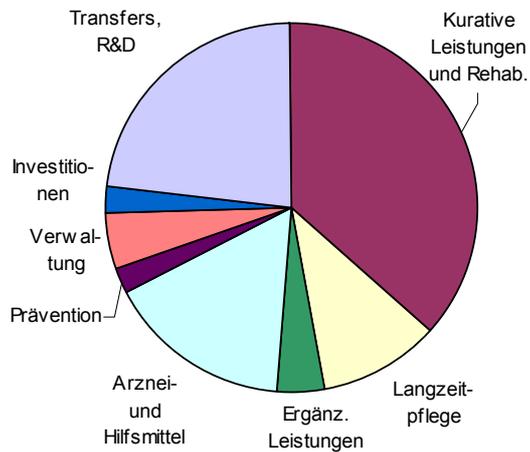


Abb. 19: Beispielhafte Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten

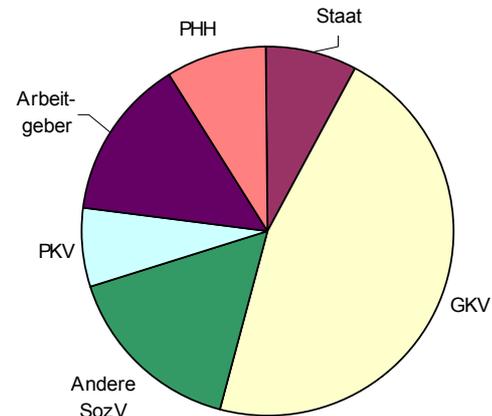


Abb. 20: Beispielhafte Darstellung der sekundären Finanzierung der Gesundheitsausgaben

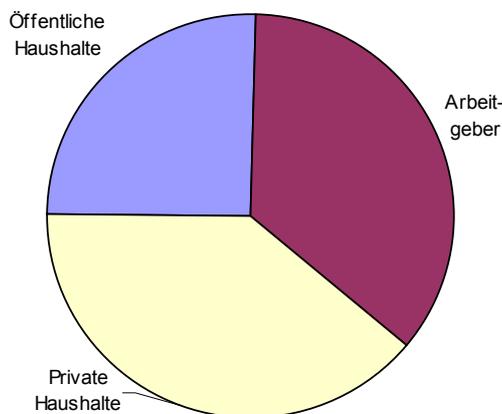


Abb. 21: Beispielhafte Darstellung der primären Finanzierung der Gesundheitsausgaben einschließlich öffentlicher Haushalte

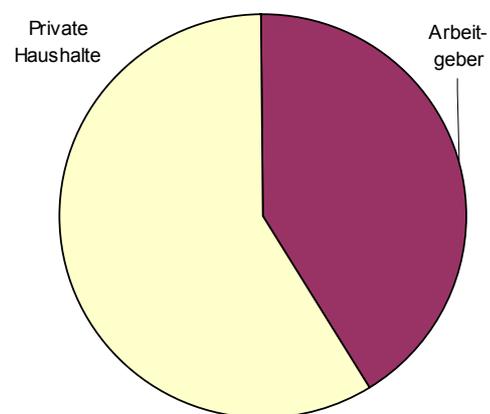


Abb. 22: Beispielhafte Darstellung der primären Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Umlage öffentlicher Haushalte

Soweit die verwendeten Statistiken absolute Werte nicht in Euro berichteten, wurden diese im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in Euro umgerechnet.

3.2 Kennzahlen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung

Die im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Verteilungsdiagramme geben Aufschluss über die Lastverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten. Rückschlüsse auf die damit verbundene betriebswirtschaftliche Kostenbelastung der Arbeitgeber erlauben sie nicht. Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung stellt zwar den Zusammenhang zu betriebswirtschaftlichen Kenngrößen – in diesem Fall den beitragspflichtigen Bruttoentgelten – her, ist aber aufgrund der über die Krankenversicherung hinaus bestehenden weiteren Quellen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung ebenfalls ungeeignet. Deshalb wird im folgenden ein Kennzahlensystem entwickelt, in das zum ersten die gesamte gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung eingeht und dass diese zum zweiten auf unterschiedliche betriebswirtschaftlich relevante Kenngrößen bezieht, um so die betriebswirtschaftliche Kostenbelastung der Arbeitgeber aus unterschiedlichen Perspektiven aufzuzeigen.

Ausgangspunkt ist die Summe der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung, also aller vom Arbeitgeber finanzierten Gesundheitsleistungen, unabhängig vom konkreten Finanzierungsweg. Die Belastung wird als Eurobetrag pro Beschäftigten (0) angegeben. Zudem wird die Belastung auch als Anteil der Arbeitgeber an den gesamten gesundheitssystembedingten Kosten (1) ausgewiesen. Hieran zeigt sich, inwieweit der Arbeitgeber zur Finanzierung herangezogen wird. Gleichzeitig gibt dieser Wert einen Hinweis darauf, welcher Teil einer allgemeinen Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen auf die Arbeitgeber entfällt.

Weiterhin wird die Entwicklung der absoluten Arbeitgeberbelastung (2) genannt. Diese Kennzahl erlaubt Rückschlüsse darauf, inwieweit eine steigende Belastung der Arbeitgeber mit gesundheitssystembedingten Kosten vorliegt.

Es reicht jedoch nicht aus, nur diese beiden Kennzahlen zu ermitteln, da sich die gesundheitssystembedingten Kosten der Arbeitgeber nur im Kontext anderer Kosten- und Ertragsgrößen betriebswirtschaftlich sinnvoll interpretieren lassen.

Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert (3) liefert eine in diesem Sinne wichtige Zusatzinformationen. Der Produktionswert entspricht näherungsweise (unter Gleichsetzung mit den Produktionskosten) den Gesamtkosten der Arbeitgeber einschließlich Vorleistungen. Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert bezeichnet daher die betriebswirtschaftliche Bedeutung der Ausgaben im Gesundheitswesen für Arbeitgeber.

An dem Bezug zum Produktionswert lassen sich auch Einspareffekte bei der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung bewerten. Sinkt beispielsweise die Belastung der Arbeitgeber um 0,1 Prozent des Produktionswertes, dann können die Produkte um diesen Wert theoretisch günstiger angeboten werden, sofern Arbeitgeber diese Entlastung an ihre Kunden weitergeben. Andernfalls würden die Gewinne entsprechend ansteigen.

Vermindert man den Produktionswert um die Vorleistungen, erhält man die Bruttowertschöpfung, also die Summe aller Einkommen, der Abschreibungen und einiger kleinerer Positionen (vgl. Abb. 17 und Abb. 18). Da Branchen in unterschiedlichem Maße Vorleistungen einsetzen, eignet sich der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung (5) besser zum Vergleich der Belastung zwischen Branchen.

Als weitere Kennzahl wird der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten (7) ermittelt. Diese Größe zeigt die relative Bedeutung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung als Bestandteil der Personalnebenkosten und gibt an inwieweit ein gesundheitssystembedingtes Arbeitskostenproblem bestehen kann.

Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen einschließlich Abschreibungen (9) ist als Kennzahl für betriebswirtschaftliche Investitionsentscheidungen von Bedeutung: Je höher die Betriebsüberschüsse, desto attraktiver eine Investitionsentscheidung an einem Standort. Gelingen dem Arbeitgeber Einsparungen bei der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung ohne anderweitige Nachteile, so erhöhen diese Einsparungen seinen Betriebsüberschuss in derselben Höhe.

Die Bedeutung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung wird aber nicht nur durch die Bildung von Relationen zu anderen betriebswirtschaftlichen Kosten- bzw. Ertragsblöcken ermittelt. Ganz wichtig für die subjektive Wahrnehmung ist auch der Entwicklungstrend der einzelnen Bezugsgrößen. Deshalb wird die Entwicklung der aufgeführten Bezugsgrößen – Produktionswert (4), Wertschöpfung (6), Arbeitskosten (8), Betriebsüberschüsse (10) – ermittelt und der Entwicklung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung (2) gegenübergestellt. Damit lässt sich zeigen, inwieweit sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung stärker oder schwächer als wichtige Vergleichsgrößen entwickelt haben.

Schließlich wird als Kennzahl noch die Entwicklung der Beschäftigung (11) ermittelt. Diese Kennzahl ist deshalb von Bedeutung, als die Diskussion über die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung immer vor dem Hintergrund des Standortwettbewerbs und des damit in Beziehung gesehe-

nen Beschäftigungsproblems stattfindet. Besteht, wie in der Theorie anerkannt, ein Zusammenhang zwischen Standortattraktivität und Arbeitsnachfrage, dann lassen sich aus der Beschäftigungsentwicklung Rückschlüsse auf die Standortattraktivität ziehen.

Tabelle 1 fasst die untersuchten Kennzahlen nochmals zusammen:

	Gesamt	Chemie	Fahrzeugbau	Textil, Bekleidung	Finanzdienstleistungen	Gesundheitssektor
0. Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten (GBA)						
1. Anteil der AG an den GBA		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
2. Entwicklung der GBA der AG						
3. Anteil der GBA der AG an Produktionswert						
4. Entwicklung des Produktionswertes						
5. Anteil der GBA der AG an Wertschöpfung						
6. Entwicklung der Wertschöpfung						
7. Anteil der GBA der AG an Arbeitskosten						
8. Entwicklung der Arbeitskosten						
9. Verhältnis der GBA der AG zu den Betriebsüberschüssen						
10. Entwicklung der Betriebsüberschüsse						
11. Entwicklung der Beschäftigung						

Tabelle 1: Systematik der untersuchten Kennzahlen (eigene Darstellung)

Der letzte Punkt in diesem Abschnitt betrifft die Inzidenzproblematik von Gesundheitsausgaben. Nach der gesetzlichen Inzidenz wird entsprechend der Regelungen im Sozialgesetzbuch der Arbeitgeberanteil vom Arbeitgeber getragen, der Arbeitnehmeranteil vom Arbeitnehmer. Diese Aufteilung findet sich in der Zuordnung zu den Personalkosten wieder. Während der Arbeitnehmeranteil den direkten Personalkosten zugerechnet wird, ist der Arbeitgeberanteil Bestandteil der Personalnebenkosten.

Betriebswirtschaftlich gesehen sind aber alle Sozialversicherungsbeiträge Teil der Personalkosten. Da sie durch die Beschäftigung von Personal verursacht werden, müssen sie genauso durch die Leistung der Mitarbeiter erwirtschaftet werden wie andere Bestandteile der Personalkosten. Nach der ökonomischen Inzidenz werden auch die Arbeitgeberanteile den Beschäftigten zugerechnet.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für die vorliegende Untersuchung unterschiedliche Möglichkeiten der Zurechnung gesundheitssystembedingter Sozialversicherungsbeiträge. Diese Untersuchung folgt grundsätzlich der gesetzlichen Inzidenz.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind noch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Daten zu den Beschäftigten umfassen neben den abhängig Beschäftigten auch die Selbständigen. Allerdings werden bei der Belastungsrechnung die Selbständigen wie in der VGR zusammen mit den privaten Haushalten betrachtet. Welche Belastung die Selbständigen haben, konnte im Rahmen dieser Untersuchung ebenso wenig ermittelt werden wie die Effekte auf die Selbständigkeit.
- Es ist davon auszugehen, dass sich die Belastungssituation und –entwicklung zwischen kleinen mittleren und großen Unternehmen unterscheidet. Gerade kleine Unternehmen haben jedoch die vermutlich größte Bedeutung bei Unternehmensgründungen. Welcher langfristige Beschäftigungseffekt aus der Belastungssituation dieser kleinen Unternehmen resultiert, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht ermittelt werden.
- Ein weiterer Indikator für die langfristige Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung, die Entwicklung von Investitionen und Abschreibungen, wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Deshalb kann eine Aussage darüber, wie sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auf die Investitionen und damit auf die zukünftige Beschäftigung auswirkt, nicht getroffen werden.
- Diese Untersuchung beschränkt sich bei der Betrachtung der Kennzahlen auf den Zeitraum der Jahre 1995 – 2000. Dieser Zeitraum wurde aufgrund der Verfügbarkeit international vergleichbarer Daten gewählt. Inwieweit dieser Zeitraum als repräsentativ für die gesundheitssystembedingte Belastung und die wirtschaftliche Entwicklung anzusehen ist, kann nicht beurteilt werden.

4 Arbeitgeberbelastung in Deutschland

Das vierte Kapitel berichtet die Belastung der Arbeitgeber mit den Kosten des Gesundheitssystems in Deutschland. Hierbei werden das im vorhergehenden Kapitel theoretisch entwickelte Konzept zur Messung der gesundheitssystembedingten Belastung der Arbeitgeber auf Deutschland angewendet und die in Abschnitt 3.2 aufgeführten Kennzahlen ermittelt.

Das vierte Kapitel beginnt mit der Darstellung der Ausgaben im Deutschen Gesundheitswesen und ihrer Finanzierung. Darauf folgt die Umrechnung der gesundheitssystembedingten Ausgaben vom jeweiligen sekundären Finanzierungsträger auf die primären Träger und damit die Bestimmung der tatsächlichen Belastung der Arbeitgeber. Danach werden die Kennzahlen auf gesamtwirtschaftlicher Ebene berichtet.

Als nächstes werden die korrespondierenden Kennzahlen auf Branchenebene gezeigt. Dabei geht die Darstellung über eine Wiedergabe der Kennzahlen hinaus und liefert auch Hintergründe über Besonderheiten einzelner Branchen, die für die Interpretation der Ergebnisse von Bedeutung sind.

Abschließend wird auf der Grundlage der bisherigen Ergebnisse ein vorläufiges Zwischenfazit zur Belastung der Arbeitgeber in Deutschland mit den Kosten der Gesundheitsversorgung gezogen.

4.1 Gesamtwirtschaftliche Analyse

4.1.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland

In welche Leistungsbereiche untergliedert sich das deutsche Gesundheitswesen und wie finanzieren sich diese?

4.1.1.1 Überblick über die Struktur

Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung leisten den größten Finanzierungsbeitrag im deutschen Gesundheitswesen. Zugleich prägt die GKV auch das gesamte Versorgungsgeschehen.

Derzeit sind etwa 88% der Bevölkerung in der GKV versichert. Davon sind 74% Pflichtmitglieder bzw. deren Angehörige, freiwillige Mitglieder und deren Angehörige machen die anderen 14% aus. Etwa 9% der Bevölkerung sind über die Private Krankenversicherung abgesichert.

Die Versicherungsbeiträge in der GKV errechnen sich abhängig vom Einkommen des versicherten Mitglieds; Angehörige sind in der Regel beitragsfrei mitversichert. Im Unterschied dazu werden die Prämien in der PKV nach aktuarischen Grundsätzen bemessen.

Die Leistungen der GKV umfassen zum einen die Bereitstellung von Präventions-, Früherkennungs-, Behandlungs- und medizinisch bedingten Transportleistungen. Zum anderen gewähren Krankenkassen Einkommenshilfen im Krankheitsfall.

Zu den Behandlungsleistungen zählen auch nichtmedizinische ambulante Leistungen wie Psychotherapie, Physiotherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie. In einem anderen Leistungsbereich, den Pflegeleistungen, bestehen erhebliche Überschneidungen zwischen GKV und Gesetzlicher Pflegeversicherung, da beide derartige Leistungen finanzieren.

4.1.1.2 Ausgaben nach Leistungsbereich

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung 2002 des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2000 umfassten die Ausgaben für Gesundheit insgesamt 219 Mrd. Euro (BMGS, 2002, Tabelle A.3). Davon sind aus internationalen Vergleichsgründen knapp 4 Mrd. Euro für Forschung und Ausbildung abzuziehen, da diese nicht als laufender Konsum von Gesundheitsleistungen zu werten sind, sondern zu den gesundheitsrelevanten Leistungen im weiteren Sinne zählen. Der Betrag von 214,5 Mrd. Euro ergibt eine Ausgabequote von 10,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt.⁴

Nicht berücksichtigt sind hierbei die krankheitsbedingten Einkommensleistungen in Höhe von 68,8 Mrd. Euro, so dass sich insgesamt unter Berücksichtigung der Einkommensleistungen und der Ausgaben für Ausbildung und Forschung gesundheitssystembedingte Kosten von 283,3 Mrd. Euro ergeben.

Eine Übersicht über die Aufteilung der Ausgaben nach den jeweiligen Leistungsbereichen, in denen Ausgaben angefallen sind, enthält Abb. 23.

⁴ Das Statistische Bundesamt weist diesen Betrag als Gesundheitsausgaben (OECD) aus.

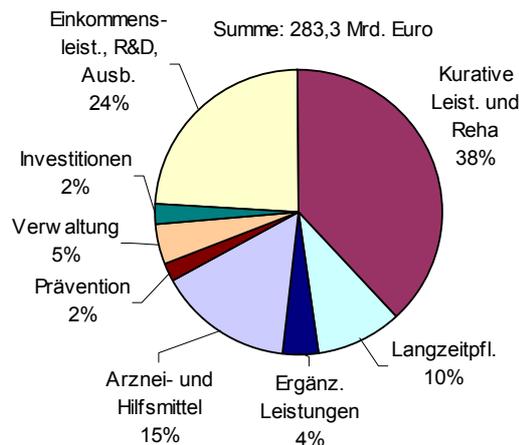


Abb. 23: Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsbereichen (BMGS, 2002, Tabelle A.3)

Der Block der kurativen Leistungen und Rehabilitationen (HC.1 und HC2) bildet mit 38 Prozent der Ausgaben den größten Leistungsbereich. Er umfasst sowohl stationäre und teilstationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser und Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen, als auch ambulanten Einrichtungen wie Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger medizinischer Berufe. Die kurativen Leistungen und Rehabilitation werden überwiegend von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Weitere wichtige Ausgabenträger sind private Krankenversicherungen und Unfallversicherungen.

Die Langzeitpflege (HC.3) umfasst stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen ambulanter Pflege. Die Leistungen werden überwiegend von der Gesetzlichen Pflegeversicherung getragen. Sie machen 10 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus.

Zu den ergänzenden Leistungen (HC.4) zählen Krankentransporte, Laborleistungen und ambulante diagnostische Leistungen. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben beträgt 4 Prozent. Finanziert werden die Leistungen überwiegend von der Gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Krankenversicherungen.

Arznei- und Hilfsmittel (HC.5) bilden mit 15 Prozent aller Ausgaben den zweitgrößten Sachleistungsblock im deutschen Gesundheitswesen. Die Ausgaben werden überwiegend von der Gesetzlichen Krankenversicherung, privaten Krankenversicherungen und über Zuzahlungen von privaten Haushalten getragen.

Prävention (HC.6), Verwaltung (HC.7) und Investitionen (HCR.1) machen zusammen nochmals 9 Prozent der Ausgaben für Gesundheit aus. Präventi-

onsleistungen werden überwiegend von der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Staat finanziert. Verwaltungsausgaben fallen überwiegend bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an. Und Investitionen – insbesondere im Krankenhausbau – werden weitgehend staatlich finanziert.

Eine Sonderstellung innerhalb der Ausgabensystematik haben die Einkommensleistungen, die als gesundheitsrelevante Ausgaben „nachrichtlich“ ausgewiesen werden, da sie Teil der Einkommensumverteilung sind und international nicht den Gesundheitsausgaben im engeren Sinne zugerechnet werden. Sie enthalten Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall, bei Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und bei Mutterschaft. Diese Ausgabenart macht zusammen mit Forschung und Ausbildung 24 Prozent aller Ausgaben für Gesundheit aus. Bei dieser Ausgabenart dominieren Arbeitgeber und die Rentenversicherung als sekundäre Ausgabenträger.

Als Forschungsausgaben sind nur die öffentlich finanzierten Ausgaben sowie von Stiftungen enthalten, da eine Berücksichtigung der privaten Forschungsausgaben zu Doppelzählungen führen würde. Sie werden bereits über die Ausgaben für pharmazeutische und medizintechnische Produkte erfasst.

4.1.1.3 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Kosten von 283,3 Mrd. Euro im Jahr 2000 werden durch folgende sekundäre Ausgabenträger bezahlt:

1. Öffentliche Haushalte („Staat“)
2. Gesetzliche Krankenversicherung („GKV“)
3. Gesetzliche Pflegeversicherung („GPfIV“)
4. Gesetzliche Rentenversicherung („GRV“)
5. Gesetzliche Unfallversicherung („GUV“)
6. Private Krankenversicherung („PKV“)
7. Öffentliche und private Arbeitgeber („AG“)
8. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („pHH“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 24 dargestellt.

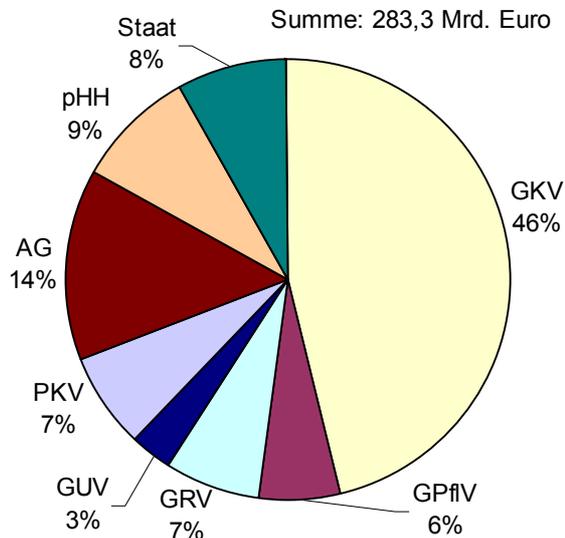


Abb. 24: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten; in Prozent, 2000 (BMGS, 2003, Tabelle 10.2)

4.1.1.3.1 Öffentliche Haushalte

Die öffentlichen Haushalte („Staat“) finanzieren nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes 8 Prozent der gesamten gesundheitssystembedingten Kosten (ohne Beihilfeleistungen). Hierbei bilden Ausgaben für Investitionen, für Einkommensleistungen und für Krankenhäuser die größten Positionen. Die Beihilfeleistungen sind hierin nicht enthalten, sondern werden ausschließlich den öffentlichen Arbeitgebern zugerechnet. Diese Konvention ist insoweit gegenüber den Arbeitgeberbeiträgen zur Krankenversicherung inkonsistent, als beide Beiträge (Beihilfe und Arbeitgeberbeiträge) Teil der Arbeitskosten sind und dementsprechend gleich zu behandeln wären. Über die tatsächliche Belastung bei konsistenter Zuordnung der Beiträge kann deshalb nur die primäre Finanzierungsrechnung Aufschluss geben.

Öffentliche Haushalte finanzieren sich im wesentlichen durch direkte Steuereinnahmen auf Einkommen und Vermögen und indirekte Steuern auf den Konsum sowie – temporär – über Kredite. Letztere werden aufgrund ihres temporären Charakters nicht weiter berücksichtigt. Die Zurechnung auf die

primären Ausgabenträger Arbeitgeber und private Haushalte erfolgt über den jeweiligen Anteil der von ihnen gezahlten Steuern.⁵

4.1.1.3.2 Gesetzliche Krankenversicherungen

Gesetzliche Krankenversicherungen finanzieren mit 46 Prozent den größten Teil der gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland.

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert ihre Leistungen über Beitragseinnahmen unterschiedlicher Personengruppen, für die jeweils eigene Finanzierungsregeln gelten. In geringem Umfang gibt es Zuschüsse der öffentlichen Haushalte (Observatory, 2000, S. 39ff.).

Etwa 88% der Bevölkerung sind in der GKV versichert. Hierzu zählen Arbeitnehmer, Arbeitslose, Selbständige, Studenten und Rentner sowie deren jeweilige Angehörige.

Arbeitnehmer müssen sich in der GKV versichern. Liegen sie über der Versicherungspflichtgrenze (3.862,50 Euro), dann können sie sich weiterhin freiwillig versichern, wobei nur der Einkommensteil bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.487,50 Euro) der Beitragspflicht unterliegt. Familienangehörige von GKV-Versicherten sind im Regelfall beitragsfrei mitversichert. Arbeitnehmer zahlen den normalen Beitragssatz für die Krankenversicherung und teilen sich diesen mit ihrem Arbeitgeber.

Arbeitslose bleiben während der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit in der Krankenversicherung versichert. Da sie kein Krankengeld erhalten können, findet für sie der ermäßigte Beitragssatz Anwendung. Der Träger der Arbeitslosenversicherung übernimmt den Arbeitgeberanteil.

Selbständige unterliegen je nach gewünschtem Krankengeldmodus dem ermäßigten, dem normalen oder dem erhöhten Beitragssatz. In jedem Fall zahlen sie den Beitrag vollständig selber.

Für Studenten gibt es besondere Beitragsregeln. Sie zahlen lediglich einen Mindestbeitrag, den sie jedoch vollständig selber aufbringen müssen.

⁵ Mit dieser Vorgehensweise sind zwei vereinfachende Annahmen verbunden: Erstens wird impliziert, dass öffentliche Haushalte keine weiteren Einnahmen z.B. durch Beteiligungen erhalten und ihren Kreditverpflichtungen nachkommen werden. Zweitens werden Zahllast und Traglast der Besteuerung gleichgesetzt. Die zweite Annahmen ergibt sich aus Praktikabilitätsgründen, da die genaue Ermittlung der Inzidenz einer Steuer praktisch kaum leistbar ist und vor dem Hintergrund der Fragestellung gegenüber dem gewählten Vorgehen nur wenig Zusatzkenntnis verspricht.

Rentner schließlich zahlen den normalen Beitragssatz, wobei sie sich den Versicherungsbeitrag hälftig mit ihrem Rentenversicherungsträger teilen.

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen erstrecken sich auf Leistungen der Prävention, Früherkennung, Behandlung, Krankentransport und Gesundheitsförderung. Zusätzlich leisten Gesetzliche Krankenversicherungen in bestimmten Fällen Einkommensleistungen.

Die größten Ausgabenblöcke Gesetzlicher Krankenversicherungen nach Art der Einrichtung bilden ambulante und stationäre Einrichtungen.

4.1.1.3.3 Gesetzliche Pflegeversicherung

6 Prozent der gesundheitssystembedingten Kosten werden von der Gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert. Hierzu gehören insbesondere Ausgaben für die stationäre/teilstationäre Pflege, Pflegegeld für die Pflege von Angehörigen sowie Ausgaben für die Einrichtungen der ambulanten Pflege.

Die Regeln zur Finanzierung der Gesetzlichen Pflegeversicherung weichen von denjenigen für die Gesetzliche Krankenversicherung im allgemeinen nicht ab, um sicherzustellen, dass die Krankenkassen bei Einzug der Beiträge zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen von denselben Berechnungsgrundlagen ausgehen können.

Arbeitnehmer teilen sich ihren Versicherungsbeitrag hälftig mit ihrem Arbeitgeber. Der Beitrag für Arbeitslose wird vollständig von dem Träger der Arbeitslosenversicherung gezahlt. Selbständige zahlen den Beitrag vollständig selber, genauso wie Studenten, für die nur ein Mindestbeitrag anfällt. Rentner teilen sich den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung hälftig mit dem Träger der Rentenversicherung.

4.1.1.3.4 Gesetzliche Rentenversicherungen

Die Gesetzliche Rentenversicherung finanziert 7 Prozent der gesundheitssystembedingten Kosten. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Einkommensleistungen sowie Ausgaben für Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen.

Die Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung stammen aus Beiträgen von Versicherten sowie Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten (Bundeszuschuss). Letztere machen etwa 25 Prozent des Gesamthaushaltes dieses Ausgabenträgers aus (BMGS, 2003, S. 114). Die Transferzahlungen

verteilen sich nach den Regeln für öffentliche Haushalte auf die primären Ausgabenträger (Abschnitt 4.1.1.2).

Die restlichen Einnahmen der Rentenversicherung stammen zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern.

4.1.1.3.5 Gesetzliche Unfallversicherungen

Die letzte Säule der gesetzlichen Sozialversicherung bildet die Gesetzliche Unfallversicherung. Ihr Anteil an den gesundheitssystembedingten Kosten beträgt 3 Prozent. Diese entstehen durch Ausgaben für stationäre Einrichtungen und Einkommensleistungen.

Bei der Gesetzlichen Unfallversicherung gibt es keine Aufteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Letztere tragen den Sozialversicherungsbeitrag alleine. Hinzu kommen Zuschüsse öffentlicher Haushalte.

4.1.1.3.6 Private Krankenversicherung

Der Anteil der auf Private Krankenversicherungen entfallenden Gesundheitsausgaben macht 7 Prozent aus. Empfänger der Ausgaben sind ambulante und stationäre Leistungserbringer.

In der privaten Krankenversicherung zahlt der Versicherte seinen individuellen Beitragssatz vollständig alleine. Ausgenommen hiervon sind freiwillig in der privaten Krankenversicherung versicherte Arbeitnehmer. Bei ihnen trägt der Arbeitgeber die Hälfte des Versicherungsbeitrages, jedoch nur bis zu ihrem vergleichbaren Höchstbetrag nach dem durchschnittlichen Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund dieser Regelung lässt sich der Finanzierungsanteil von Arbeitgebern in der Privaten Krankenversicherung nur bezogen auf einzelne Versicherte berechnen; für die Gesamtheit der Versicherten ist lediglich eine pauschale Abschätzung möglich.

4.1.1.3.7 Arbeitgeber

Immerhin 14 Prozent aller Gesundheitsausgaben werden nach der sekundären Finanzierungsrechnung direkt von Arbeitgebern gezahlt. Hierbei handelt es sich zum weit überwiegenden Teil um Einkommensleistungen im Krankheitsfall. Ferner zählen hierzu auch Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdiensts.

Da Arbeitgeber primäre Ausgabenträger sind, ist eine weitere Zuordnung dieser von ihnen gezahlten Ausgaben im Rahmen der primären Finanzierungsrechnung nicht erforderlich.

4.1.1.3.8 Private Haushalte

Private Haushalte tragen 9 Prozent der gesundheitssystembedingten Kosten direkt. Hierzu zählen insbesondere Ausgaben für Handwerk/Einzelhandel, für Apotheken und für stationäre/teilstationäre Pflege. Hintergrund hierfür sind zum einen freiverkäufliche „OTC“-Produkte, zum anderen aber auch diverse Selbstbehaltregelungen, u.a. für Arzneimittel, Zahnersatz, Krankentransporte sowie stationären Aufenthalt.

Private Haushalte sind ebenfalls auch primäre Ausgabenträger, weshalb sich eine weitere Zuordnung dieser von ihnen getragenen Ausgaben im Rahmen der primären Finanzierungsrechnung erübrigt.

4.1.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

Nur Arbeitgeber und private Haushalte sind primäre Ausgabenträger; die anderen (sekundären) Ausgabenträger sind zur Berechnung der gesundheitssystembedingten Belastung jeweils primären Ausgabenträgern zuzurechnen. Die Abgrenzung der Ausgabenträger zueinander und die Zuordnung der sekundären Ausgabenträger auf primäre Ausgabenträger wird im folgenden detailliert dargestellt. Hierzu werden die bislang erläuterten Grundsätze der Finanzierung auf die vorhandenen statistischen Rechenwerke angewendet.

4.1.2.1 Gesundheitsausgabenrechnung

Gliedert man die unter 4.1.1.3 genannten sekundären Ausgabenträger weiter auf, dann ergibt sich die Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben, wie sie in Tabelle 2 dargestellt wird.

Diese Systematik entspricht der Gesundheitsausgabenrechnung der amtlichen Statistik. Sie berechnet die Güter- und Leistungstransaktionen des Gesundheitswesens in Deutschland nach Ausgabenträgern (sekundäre Finanzierung), Einrichtungen und Leistungsarten.

Nr.	Ausgabenträger	Beteiligung der Arbeitgeber über
1	Staat/Gebietskörperschaften	Steuern
10	Sozialhilfe	Steuern
11	Jugendhilfe	Steuern
12	Kriegsopferfürsorge	Steuern
13	Kriegsopferversorgung (BVG, Bundeshaushalt)	Steuern
14	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Steuern
15	Sonstige Ausgaben der Gebietskörperschaften	Steuern
16	Beihilfen	Steuern
17	Fürsorgeleistungen der Gebietskörperschaften	Steuern
18	Betrieblicher Gesundheitsdienst für öffentl. Beschäftigte	Steuern
2	Sozialversicherungsträger	Beiträge/Steuern
21	Gesetzliche Krankenversicherung	Beiträge/Steuern
22	Gesetzliche Rentenversicherung	Beiträge/Steuern
221	Rentenversicherung der Angestellten	Beiträge/Steuern
222	Rentenversicherung der Arbeiter	Beiträge/Steuern
223	Knappschaftliche Rentenversicherung	Beiträge/Steuern
224	Altershilfe für Landwirte	Beiträge/Steuern
225	Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst	Steuern
23	Gesetzliche Unfallversicherung	Beiträge
24	Pflegeversicherung	Beiträge/Steuern
25	Bundesanstalt für Arbeit	Beiträge/Steuern
3	Private Versicherung und Unternehmen	Beiträge
31	Private Krankenversicherung	Beiträge
32	Private Pflegeversicherung	Beiträge
33	Private Unfallversicherung	Beiträge
34	Fürsorgeleistungen der Unternehmen	Direkte Zahlungen
35	Betrieblicher Gesundheitsdienst	Direkte Zahlungen
36	Beihilfen der privaten Unternehmen	Direkte Zahlungen
4	Private Haushalte und private Organisationen o. E.	
41	Zuzahlungen GKV	
42	Zuzahlungen PKV	
43	Direkte Käufe	
44	Laien- und Selbsthilfegruppen	
45	Private Organisationen o. E.	
5	Ausland	

Tabelle 2: Klassifikation der Ausgabenträger (nach Statistisches Bundesamt (2000))

Die Arbeitgeber werden allerdings in dieser Klassifikation nur dort aufgeführt, wo kein weiterer Ausgabenträger als Finanzintermediär für die Bezahlung der Leistungen eingesetzt wird. Dies betrifft den betrieblichen Gesundheitsdienst und die Beihilfen durch den Staat und private Unternehmen.

Für die Zwecke dieser Untersuchung ist die Aufgliederung der Ausgabenträger nach der amtlichen Statistik nur bedingt geeignet, da die Finanzierung über Sozialbeiträge sich auf eine Vielzahl von Ausgabenträgern verteilt, ohne dass der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber direkt ausgewiesen

wird. Die Daten des Statistischen Bundesamtes können dennoch zusammen mit den dazugehörigen Finanzstatistiken als Ausgangspunkt für eine Berechnung der Finanzierungsbeiträge der Unternehmen dienen. Hierzu wird die Finanzierung jedes Ausgabenträgers via Beiträge und Steuern in Arbeitgeberzahlungen und sonstige Leistungen – also nach ihrer primären Finanzierung – differenziert.

4.1.2.2 Primäre Ausgabenrechnung

Entsprechend der in Unterkapitel 3.1 beschriebenen Methodik werden die unter 4.1.1.2 nach Leistungsart aufgeführten Gesundheitsausgaben (Schritt 1) ihren sekundären Ausgabenträgern zugerechnet (Schritt 2) und dann in einem weiteren Schritt auf die primären Ausgabenträger umgelegt (Schritt 3). Insoweit ein sekundärer Ausgabenträger einen Teil seiner Einnahmen von einem anderen sekundären Ausgabenträger erhält, durchläuft der Aufteilungsprozess mehrere Runden. Abb. 25 fasst dieses Vorgehen nochmals graphisch zusammen.

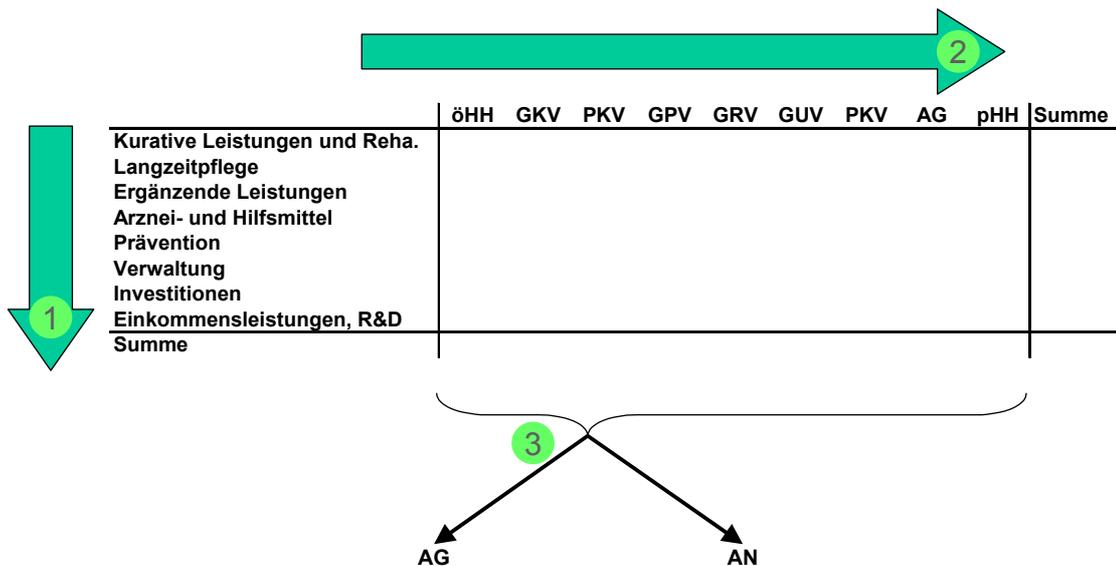


Abb. 25: Überblick über das Vorgehen bei der primären Ausgabenrechnung (eigene Darstellung)

Die Ergebnisse der sekundären Ausgabenrechnung stellt Tabelle 3 dar.

Einrichtungen	Ausgabenträger								Summe
	ÖHH	GKV	GPV	GRV	GUV	PKV	AG	PHH	
	in Mill. Euro								
Gesundheitsschutz	1.813							1.958	3.771
Ambulante Einrichtungen	1.320	64.177	2.895	248	939	8.368	4.856	17.494	100.297
Stationäre Einrichtungen	7.477	50.065	7.684	2.976	1.041	6.068	2.902	7.011	85.224
Krankentransporte	71	1.742			93	101	31	71	2.109
Verwaltung	4	7.266	802	378	918	3.055	1	0	12.424
Sonstige Einrichtungen	816	765	4.255	221	802	128	1.260	34	8.281
Ausland		368	2			31			401
Investitionen	5.680	10		118	2	117			5.927
Einkommensleistungen	4.551	7.727	1.068	16.922	3.508	1.254	29.758		64.788
Summe	21.732	132.120	16.706	20.863	7.303	19.122	38.808	26.568	283.222

Tabelle 3: Ergebnisse der sekundären Ausgabenrechnung; 2000, Rundungsbedingte Abweichungen bei der Summe der Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt (2002))

Im nächsten Schritt werden die Ausgaben der sekundären Finanzierungsträger wie beschrieben auf die primären Finanzierungsträger aufgeteilt. Das Ergebnis dieser Zurechnung bildet die primäre Ausgabenrechnung.

Abb. 26 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt damit den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundären Ausgabenträgern und primären Ausgabenträgern für Deutschland. Der Anteil der Versicherungsleistungen an den Gesundheitsausgaben in Deutschland beträgt für das Jahr 2000 69,2 Prozent.

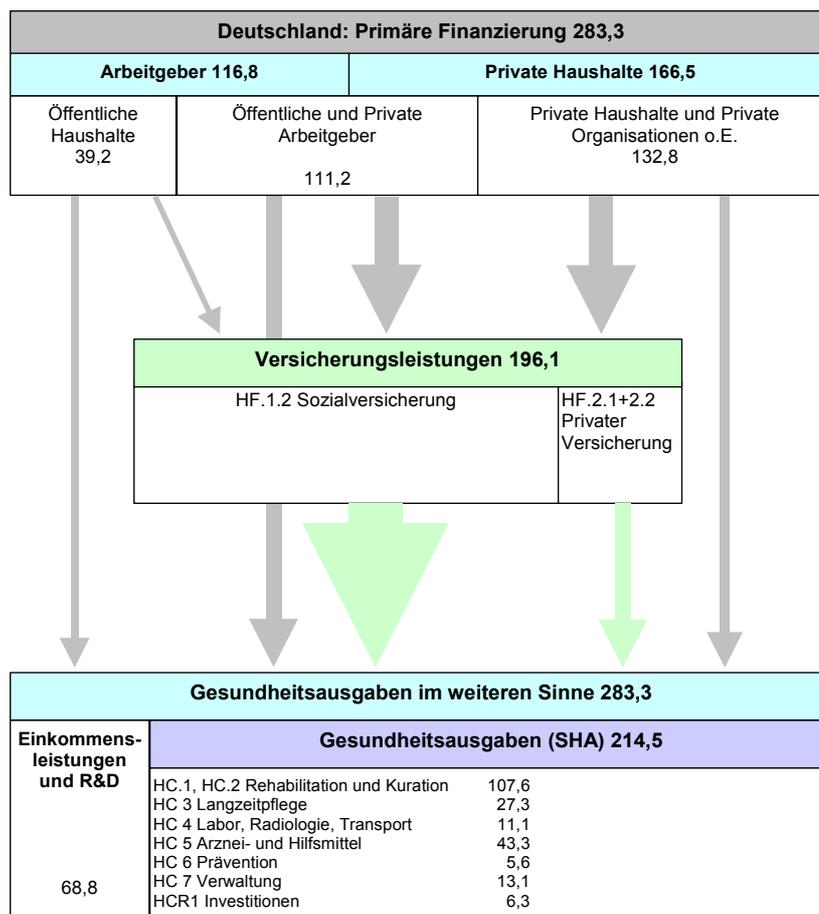


Abb. 26: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Deutschland 2000; rundungsbedingte Abweichungen zwischen Gesundheitsausgaben (SHA) und Einzelpositionen (eigene Darstellung)

4.1.2.3 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgeber und Haushalten

Das Ergebnis der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten von 283,3 Mrd. Euro auf den jeweiligen (primären) Ausgabenträger einschließlich der öffentlichen Haushalte ist nochmals in Abb. 27 dargestellt. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 28 dargestellte Belastungsverteilung.

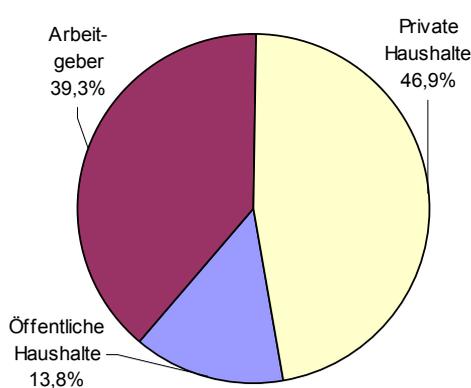


Abb. 27: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

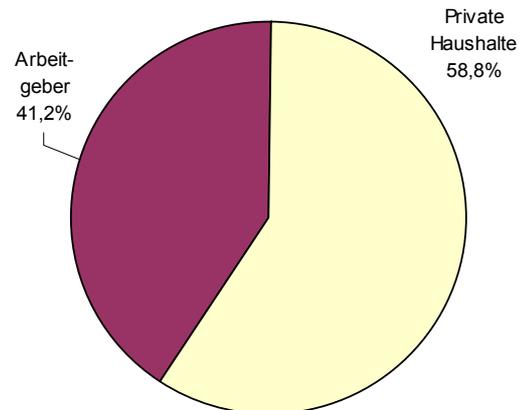


Abb. 28: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Deutschland nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 58,8 Prozent aller gesundheitssystembedingten Ausgaben durch private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbscharakter finanziert. Die anderen 41,2% der Ausgaben entfielen auf öffentliche und private Arbeitgeber, folgt man – wie hier unterstellt – der gesetzlichen Inzidenz. Dies entspricht einer gesundheitssystembedingten Belastung der Arbeitgeber in Höhe von 116,8 Mrd. Euro bzw. pro Beschäftigten 3.012 Euro im Jahr. Die gesundheitssystembedingte Belastung ist gegenüber 1995 um 5,9 Prozent gestiegen.

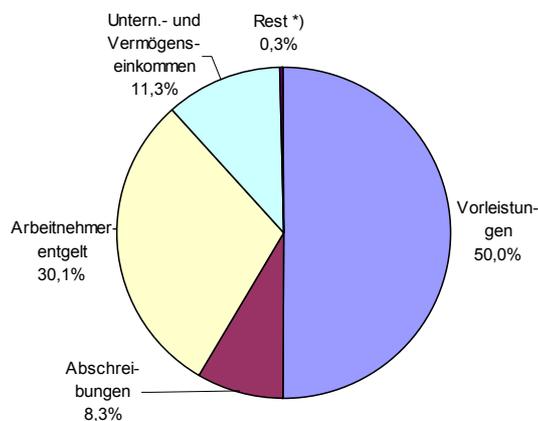
4.1.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

Im folgenden Abschnitt werden die gesamtwirtschaftlichen Kennzahlen zur gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung berichtet. Zum besseren Verständnis wird zuvor die Relation der wichtigsten Bestandteile des Produktionswertes erläutert.

4.1.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert von 3.650 Mrd. Euro für das Jahr 2000 enthält zu 50,0 Prozent Vorleistungen (Abb. 29). Hinzu kommen 8,3 Prozent Abschreibungen, die ebenfalls zumeist von außerhalb des jeweiligen Unternehmens bezogen werden. Arbeitskosten machen mit 30,1 Prozent weniger als ein Drittel des Produktionswertes aus. Hinzu kommen noch Unternehmens- und Vermögenseinkommen mit 11,3 Prozent. Dies zeigt, dass alle Maßnahmen, die zur Reduktion des Arbeitskostenniveaus ergriffen werden können – wie

beispielsweise die Senkung von Personalnebenkosten – zusammen nur ein Drittel der am Produktionswert gemessenen Produktionskosten adressieren.



Rest*): Einfuhrabgaben, nichtabzugsfähige Umsatzsteuer, Saldo aus Primäreinkommen aus der übrigen Welt, Produktions- und Importabgaben abzüglich Subventionen

Abb. 29: Bestandteile des Produktionswertes; 2000 (Statistisches Jahrbuch, 2003)

Der Produktionswert für Deutschland betrug im Jahre 1995 3.247 Mrd. Euro. Er ist bis 2000 um insgesamt 12,4 Prozent auf 3.650 Mrd. Euro gestiegen. Damit hat der Produktionswert in diesen fünf Jahren deutlich stärker zugenommen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung mit 5,9 Prozent.

Bezieht man die gesundheitssystembedingten Ausgaben der Arbeitgeber in Höhe von 116,8 Mrd. Euro auf den Produktionswert, dann machen diese 3,2 Prozent im Jahr 2000 aus. Dies entspricht näherungsweise dem Anteil der von Arbeitgebern getragenen Gesundheitsausgaben an ihren Gesamtkosten. Das Ergebnis lässt sich aus Unternehmenssicht wie folgt interpretieren: Steigen die gesundheitssystembedingten Kosten um 1 Prozent, dann erhöhen sich die Kosten der Arbeitgeber gemessen am Produktionswert um 0,3 Promille, sofern sich die Einkaufspreise für Vorprodukte nicht gleichzeitig ändern.⁶ Bezogen auf die Gesamtkosten dürften geringe Änderungen bei der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung deshalb kaum fühlbar sein.

⁶ Inwieweit sich Änderungen in den nationalen Arbeitskosten auch auf die Einkaufspreise von Vorleistungen auswirken, lässt sich nicht per se sagen. Hierfür sind insbesondere zwei Faktoren ausschlaggebend: Erstens der Anteil der aus dem Inland bezogenen Vorprodukte, da sich Änderungen in der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung im Inland nur auf inländische Vorprodukte erstrecken. Zweitens die Fähigkeit und Schnelligkeit der Anbieter der Vorprodukte, ihre Kostensteigerung über Preissteigerungen möglichst vollständig weiterzugeben. Diese Fähigkeit hängt von den jeweiligen Marktgegebenheiten ab.

4.1.3.2 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung ist gleich dem um die Vorleistungen bereinigten Produktionswert. Mit einer Wertschöpfung von 1.889 Mrd. Euro im Jahr 2000 ist Deutschland nach den USA und Japan die drittgrößte Volkswirtschaft der Welt und die größte Volkswirtschaft der europäischen Union. Ausgehend von einer Wertschöpfung von 1.690 Mrd. Euro in 1995 hat sich dieser Wert im Betrachtungszeitraum um 11,8 Prozent erhöht. Folglich hat auch die Wertschöpfung stärker zugenommen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Bezogen auf die Wertschöpfung machen die gesundheitssystembedingten Ausgaben der Arbeitgeber 6,2 % aus.

4.1.3.3 Arbeitskosten

Eine weitere Kennzahl bilden die Arbeitskosten. Sie betragen im Jahr 2000 1.100 Mrd. Euro, verglichen mit 997 Mrd. Euro im Jahr 1995. Dies entspricht einer Zunahme um 10,3 Prozent. Verglichen mit den anderen beiden bislang dargestellten Kennzahlen – Produktionswert und Wertschöpfung – haben die Arbeitskosten weniger stark zugenommen als die anderen Kostenbestandteile der Unternehmen. Weiterhin sind die Arbeitskosten insgesamt stärker gestiegen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die von Arbeitgebern getragenen Ausgaben im Betrachtungszeitraum den Anstieg der Arbeitskosten gedämpft haben.

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung macht in Deutschland im Jahr 2000 10,6 Prozent aller Arbeitskosten aus. Aufgrund dieser Größenordnung sind Gesundheitsausgaben eine beachtenswerte Größe innerhalb der Arbeitskosten; dennoch vermindert eine Senkung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 1 Prozent die Arbeitskosten nur um 0,1 Prozent.

4.1.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse (einschließlich der Abschreibungen) betragen 779 Mrd. Euro im Jahr 2000 und erhöhten sich um 12,4 Prozent seit 1995. Auch diese Größe entwickelte sich also stärker als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Die von Arbeitgebern getragenen Ausgaben im Gesundheitswesen entspricht im Jahr 2000 15,0 Prozent der Betriebsüberschüsse. Dieser Wert

bedeutet, dass eine 1-prozentige Senkung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung die Betriebsüberschüsse um 0,15 Prozent erhöhen würde.

4.1.3.5 Beschäftigung

Vorrangiges politisches Ziel bei der Verbesserung der Standortsituation ist die Schaffung von Arbeitsplätzen bzw. die Verminderung der bestehenden Erwerbslosigkeit. Die Zahl der Beschäftigten betrug im Jahr 2000 38,8 Millionen und hat gegenüber 1995 um 3,7 Prozent zugenommen.

Abb. 30 fasst die Entwicklung der ausgewählten Kennzahlen zwischen 1995 und 2000 nochmals zusammen. Es zeigt sich, dass im Betrachtungszeitraum Produktionswert, Wertschöpfung, Arbeitskosten und Betriebsüberschüsse deutlich gegenüber der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung angestiegen sind.

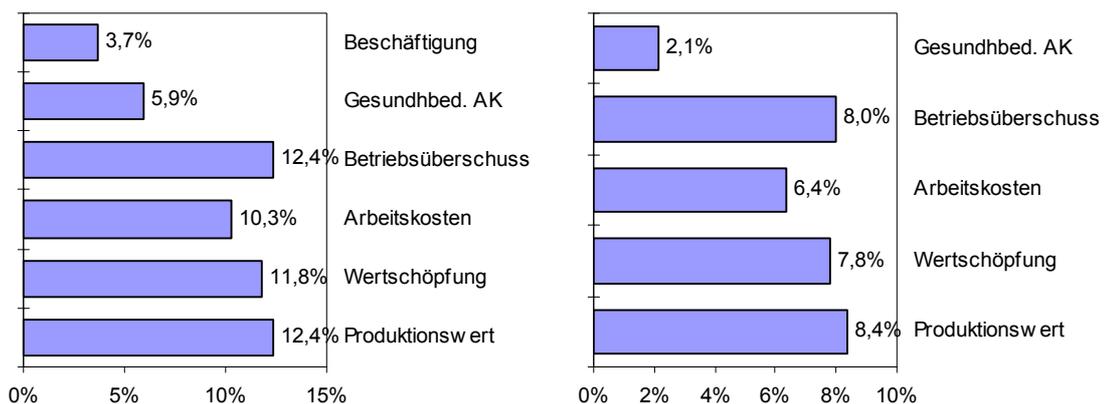


Abb. 30: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; alle Beschäftigten (eigene Berechnung) Abb. 31: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; pro Beschäftigten (eigene Berechnung)

Während Abb. 30 auf die Veränderung bezogen auf alle Beschäftigten abstellt, sind in Abb. 31 Veränderungen der Beschäftigung rausgerechnet, so dass sich die Kennzahlen nunmehr pro Beschäftigten verstehen. Hieraus wird deutlich, dass sich im Betrachtungszeitraum die gesundheitssystembedingten Kosten für Arbeitgeber pro Beschäftigten um 2,1 Prozent erhöht und damit die Arbeitskosten entsprechend gesteigert haben.

Damit hat die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung deutlich langsamer zugenommen als die anderen betrachteten Komponenten. Welche Erklärungen gibt es für den Anstieg der Belastung der Arbeitgeber durch gesundheitssystembedingte Kosten nur um insgesamt 5,9 Prozent bzw. 2,1 Prozent pro Beschäftigten?

- In der Rentenversicherung wurden die Staatszuschüsse erhöht. Eine Steuerfinanzierung belastet anteilig stärker die privaten Haushalte als die Arbeitgeber.
- Der Krankenstand war rückläufig. Dadurch kam es zu einer Entlastung der Arbeitgeber mit den Kosten der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.
- Die Anzahl der geringfügig Beschäftigten hat sich erhöht. Für diese ergeben sich prozentual bezogen auf das Einkommen geringere Sozialversicherungsausgaben der Arbeitgeber.

Einschränkend bleibt hier anzumerken, dass nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes sich die Belastung der Arbeitgeber durch die Arbeitgebersozialbeiträge an der Wertschöpfung erhöhte. Diese Steigerung konnte von uns anhand der Rechnungsergebnisse der Sozialversicherungsträger nicht nachvollzogen werden und bedarf deshalb einer weiteren Überprüfung.

4.1.3.6 Weitere Hinweise für die Standortattraktivität

Im Folgenden werden noch einige weitere empirische Informationen über die wirtschaftliche Situation in Deutschland aufbereitet, die in engem Zusammenhang mit der Standortdiskussion stehen.

Betrachtet man die Wirtschaftsstruktur Deutschlands, dann dominieren drei Bereiche: (1) das verarbeitende Gewerbe, (2) Handel, Gastgewerbe und Verkehr sowie (3) weitere öffentliche und private Dienstleister (Abb. 32). Sie beschäftigen zusammen rund 68 Prozent aller Erwerbstätigen.

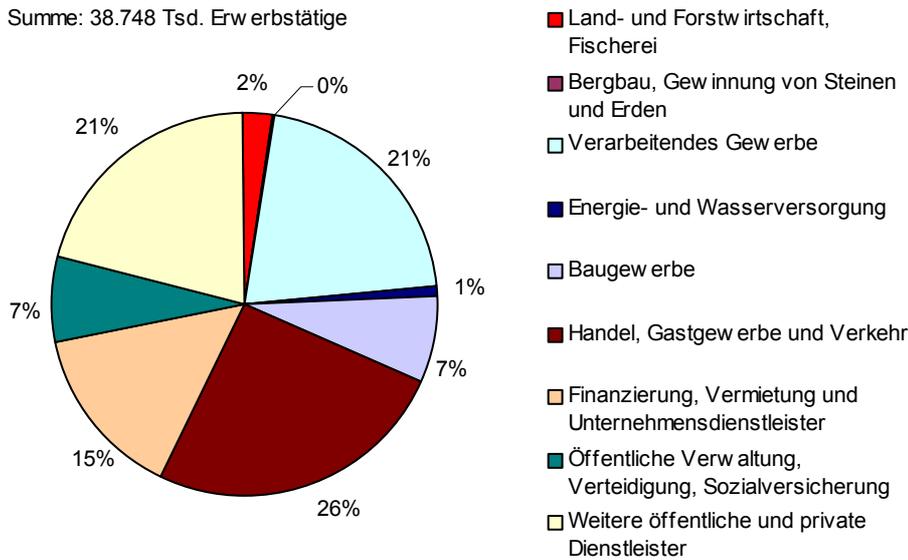


Abb. 32: Erwerb stätige nach Wirtschaftsbereichen; 2000, in Prozent (Sachverständigenraten, 2003)

Dies ist insoweit bemerkenswert, als aufgrund der Art der Produkte nur das verarbeitende Gewerbe relativ stark internationalen Standorterwägungen ausgesetzt sein dürfte. Im Zuge der als Globalisierung charakterisierten Veränderungen trifft dies auf Handel und Verkehr sowie die weiteren öffentlichen und privaten Dienstleister teilweise auch zu. Andere Bereiche der deutschen Volkswirtschaft – öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister sowie das Baugewerbe – scheinen vom internationalen Standortwettbewerb dagegen kaum betroffen.

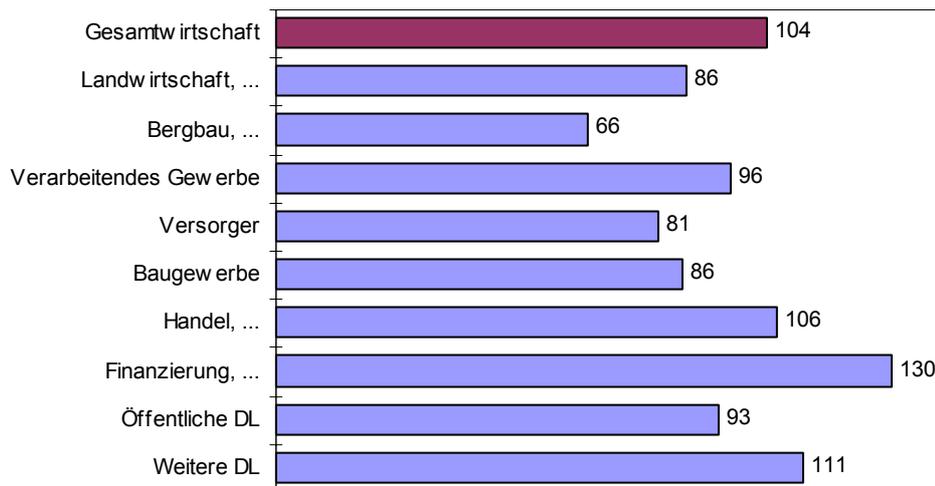


Abb. 33: Veränderung der Erwerb stätigen nach Wirtschaftsbereichen 1995-2000, indexiert (1995=100) (Sachverständigenraten, 2003)

Insgesamt hat die Zahl der Beschäftigten in Deutschland im untersuchten Zeitraum um 4 Prozent zugenommen. Dabei haben sich die einzelnen Wirtschaftsbereiche sehr unterschiedlich entwickelt (Abb. 33): Zu den größten Verlierern gehören Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden, die Energie- und Wasserversorger sowie das Baugewerbe (Rückgang um 34, 19 bzw. 14 Prozent). Dagegen haben Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleistungen sowie weitere öffentliche und private Dienstleistungen in großer Zahl Arbeitsplätze geschaffen (Zunahme um 30 bzw. 11 Prozent). Die Zahl der Erwerbstätigen im verarbeitenden Gewerbe hat sich hingegen kaum verändert.

Gibt es in Deutschland regionale Entwicklungstendenzen, die Hinweise zur Standortattraktivität geben können?

Betrachtet man die Verteilung der Erwerbstätigen nach Bundesländern, dann stellen die drei größten Bundesländer die Hälfte aller Erwerbstätigen in Deutschland: Nordrhein-Westfalen (21 Prozent), Bayern (15 Prozent) und Baden-Württemberg (14 Prozent) (Abb. 34).

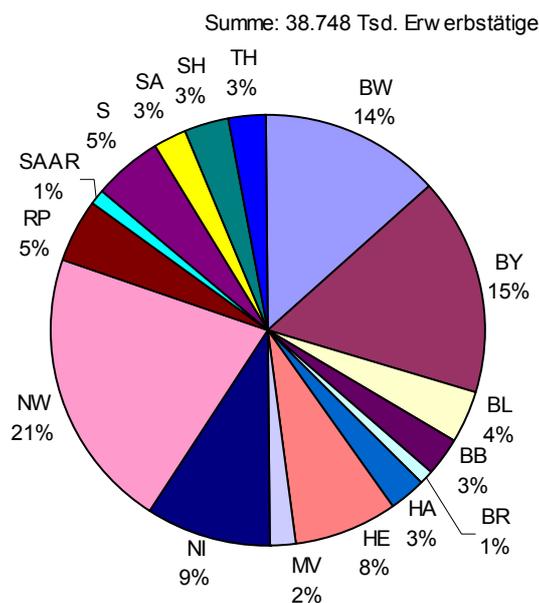


Abb. 34: Erwerbstätige nach Bundesland (2000) (Statistisches Bundesamt, 2003)

Abb. 35 zeigt die dahinterstehenden Entwicklungstrends an: In Deutschland stieg die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt zwischen 1995 und 2000 um 4 Prozent. Am deutlichsten fiel die Zunahme in Nordrhein-Westfalen und in Saarland mit jeweils 7 Prozent aus, während sie in allen neuen Bundesländern mit Ausnahme von Thüringen zurückgegangen ist – im Durchschnitt um 2 Prozent. Gleichzeitig stieg die Zahl der Arbeitslosen seit 1995 im

Bundesdurchschnitt um 8 Prozent, wobei die größten Zunahmen in Brandenburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt auftraten.

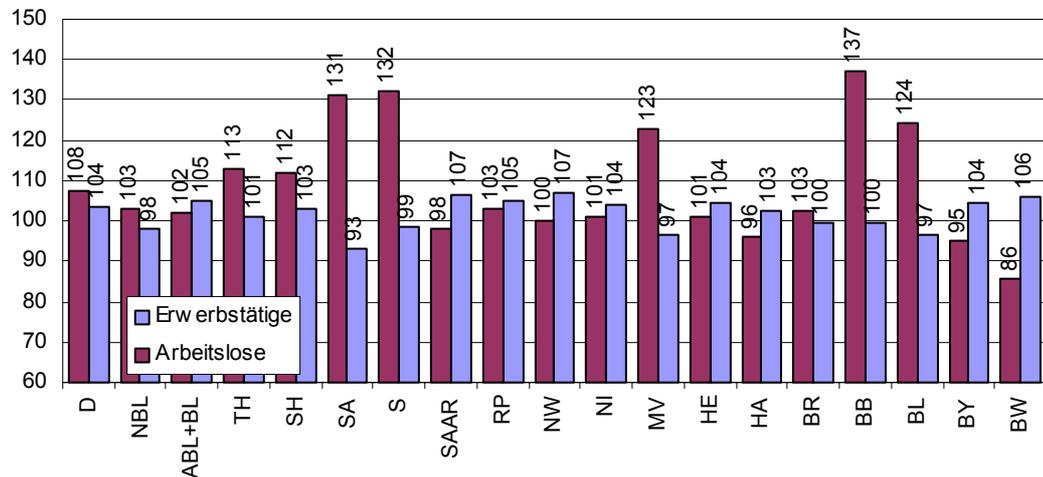


Abb. 35: Entwicklung von Erwerbstätigen und Arbeitslosen nach Regionen in 2000, indiziert (1995=100) (Statistisches Bundesamt, 2003)

Es zeigt sich also ein zweigeteilter Arbeitsmarkt in Deutschland. Während seit Mitte der 90er Jahre Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in den alten Bundesländern moderat zunahmen, verschlechterte sich die Arbeitsmarktsituation in den neuen Bundesländern sowohl hinsichtlich der Erwerbstätigkeit als auch der Arbeitslosigkeit erheblich. Dies deutet darauf hin, dass die Standortbedingungen in Deutschland regional erheblich differieren.

Welche Rückschlüsse auf die Standortsituation lassen sich aus dem Außenhandel ziehen?

Die Exporte der deutschen Wirtschaft sind über die letzten 20 Jahre kontinuierlich gestiegen und haben seit 1995 um 56 Prozent zugenommen (Abb. 36). Der Außenhandelssaldo, also die Differenz aus Ausfuhren und Einnahmen, ist gegenüber 1995 ebenfalls angestiegen. Hieraus lassen sich also vorerst keine Hinweise für eine Verschlechterung der Standortbedingungen gewinnen.

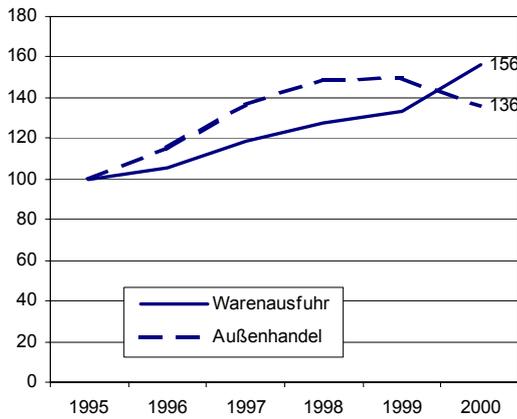


Abb. 36: Veränderung von Exporten und Außenhandels saldo, indexiert (1995=100) (Sachverständigenrat, 2003)

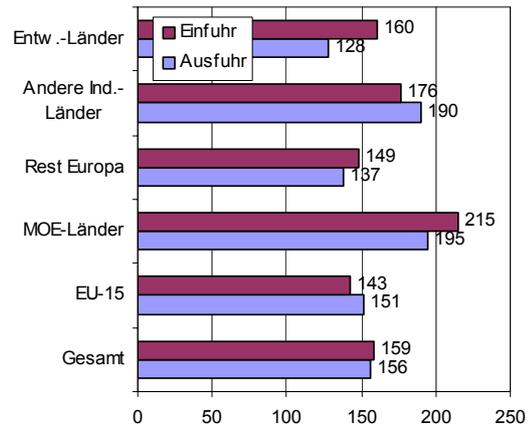


Abb. 37: Außenhandelsströme im Jahr 2000, indexiert (1995=100) (Sachverständigenrat, 2003)

Untergliedert man die Außenhandelsströme nach Bestimmungs- bzw. Ursprungsländern, dann wird insbesondere die Zunahme der Außenhandelsaktivitäten mit Mittel- und Osteuropäischen Ländern deutlich (Abb. 37). Aber auch die Ausfuhren in die anderen Industrieländer, also USA, Kanada und Japan haben sich seit 1995 erheblich verstärkt. Auch dies liefert keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Industriestandortes Deutschland.

Die bisherige Betrachtung erstreckte sich ausschließlich auf den Handel mit Waren. Im Handel mit Dienstleistungen weist Deutschland dagegen ein Defizit auf (Abb. 38). Die Stärke im Warenhandel geht also mit einer Schwäche im Dienstleistungshandel einher. Das begründet die Vermutung, dass die Qualität des deutschen Standortes für das produzierende Gewerbe besser ist als für Dienstleistungsunternehmen.

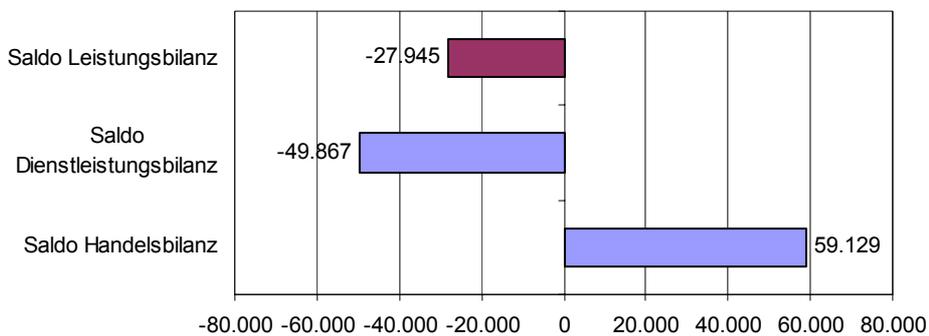


Abb. 38: Struktur der Handelsströme 2000, in Mrd. Euro (Sachverständigenrat, 2003)

Bei der Kategorie des Dienstleistungshandels zeigt sich aber auch die Vielschichtigkeit von Standortfragen, denn der Dienstleistungshandel umfasst

neben den sogenannten anderen kommerziellen Dienstleistungen (u.a. Bau-, Finanz-, Telekommunikations-, IT-Dienstleistungen) auch den Gütertransport und insbesondere den Tourismus. Es ist aber offensichtlich, dass die Entscheidung zugunsten eines ausländischen Urlaubsortes nicht unbedingt primär von den Arbeitskosten bzw. dem Preisniveau dieses Ortes determiniert wird.

Vergleicht man die Entwicklung des Außenhandels Deutschlands mit dem weltweiten Außenhandel, dann ist die Ausfuhr von Gütern und Dienstleistungen aus Deutschland zwischen 1995 und 2000 um 5 bzw. 9 Prozent gestiegen, der Welthandel für Gütern und Dienstleistungen hat aber mit 25 bzw. 24 Prozent deutlich stärker zugenommen (Abb. 39 und Abb. 40). Folglich sank der deutsche Anteil am Welthandel. Dieser abnehmende Anteil erklärt sich aus der zunehmenden Öffnung von Ländern gegenüber einem weltweiten Leistungsaustausch und ist kein Indikator für verschlechterte Standortbedingungen. Die Abweichungen gegenüber Abb. 36 erklären sich daraus, dass der Warenexport in Abb. 39 zur besseren internationalen Vergleichbarkeit von der WTO in Dollar ausgewiesen wird.

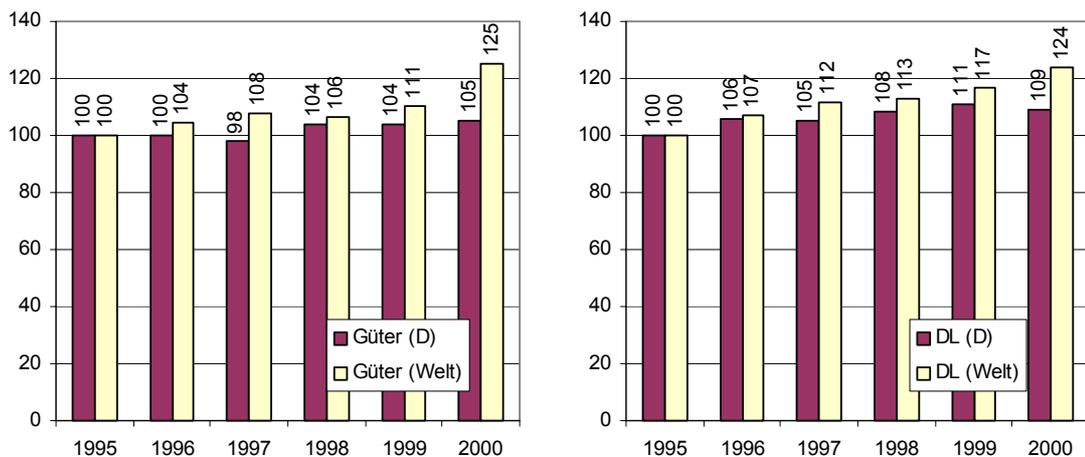


Abb. 39: Entwicklung des Warenexports auf Dollarbasis, indexiert (1995=100) (WTO, 2003)

Abb. 40: Entwicklung des Dienstleistungsexports auf Dollarbasis, indexiert (1995=100) (WTO, 2003)

4.1.4 Bestandteile der Arbeitgeberbelastung

Wodurch kommt die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 116,8 Mrd. Euro zustande? Die folgende Abb. 41 gliedert die von Arbeitgebern getragenen Gesundheitsausgaben in ihre Bestandteile auf:

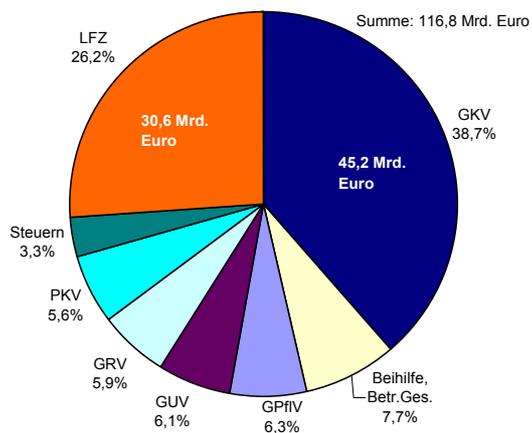


Abb. 41: Bestandteile der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung; 2000 (eigene Berechnung)

Danach bildet die GKV mit 38,7 Prozent der Ausgaben den größten Ausgabenposten im Rahmen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung. Die 45,2 Mrd. Euro Arbeitgeberanteil entsprechen einem Finanzierungsanteil der Arbeitgeber an den GKV-Ausgaben von 132 Mrd. Euro von 34,1 Prozent im Jahr 2000.

Den zweiten großen Ausgabenblock mit 30,6 Mrd. Euro bzw. 26,2 Prozent der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung bildet die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, während alle anderen Ausgabenpositionen zusammen immerhin auch noch 35,1 Prozent der Arbeitgeberbelastung ausmachen.

Verknüpft man die Anteil der einzelnen Bestandteile der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung mit den unter 4.1.3 ermittelten Kennzahlen, dann zeigt sich die gesamtwirtschaftliche Belastung durch einzelne Komponenten der gesundheitssystembedingten Ausgaben. So macht die Beitragszahlung der Arbeitgeber zur GKV 1,2 Prozent des Produktionswertes aus, die Lohnfortzahlung 0,8 Prozent. Das heißt, dass die Arbeitgeber in Deutschland maximal um 1,2 Prozent ihrer Gesamtkosten entlastet werden könnten, würden sie von ihrer Beitragspflicht komplett und ersatzlos entbunden werden.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht der Anteil des Arbeitgeberbeitrages zur GKV 2,4 Prozent aus, die Lohnfortzahlung 1,6 Prozent; im Verhältnis zu den Arbeitskosten entspricht der Arbeitgeberanteil in der GKV 4,1 Prozent, der Anteil der Lohnfortzahlung 2,8 Prozent. Und im Vergleich zu den Betriebsüberschüssen beträgt die Arbeitgeberbelastung durch den Arbeitgeberanteil in der GKV 5,8 Prozent bzw. 3,9 Prozent bei der Lohnfortzahlung. Bezieht man diesen Ansatz auf die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten in Höhe von 3.012 Euro, dann entfallen

davon 1.166 Euro auf den Arbeitgeberbeitrag in der GKV und 789 Euro auf die zweitgrößte Position – die Lohnfortzahlung.

4.2 Branchenanalyse

4.2.1 Branchenauswahl

Für die Branchenbetrachtung ist als erster Schritt die Auswahl der Branchen durchzuführen. Sie erfolgt vor dem Hintergrund der vorliegenden Fragestellung. Kriterium für die Auswahl ist daher, dass hieran zum einen Probleme des Standortwettbewerbs besonders deutlich hervortreten sollen und zum anderen Rückschlüsse darüber möglich sein müssen, inwieweit die Arbeitskostenproblematik ein branchenspezifisches oder branchenübergreifendes Problem ist und welche Brancheneigenschaften hierfür ggf. relevant sind. Als besonders relevante Brancheneigenschaften werden zu Grunde gelegt:

- Arbeitsintensität (Produzierende vs. Dienstleistungsbranche)
- Exportabhängigkeit der Branchen
- Volkswirtschaftliche Relevanz für Deutschland
- Branchenentwicklung (Wachstum bzw. Niedergang)

Folgende Branchen werden betrachtet:

- Chemische Industrie
- Fahrzeugbau
- Textil- und Bekleidungsindustrie
- Finanzdienstleistungen
- Gesundheitssektor

Die Eignung der Branchenauswahl für die Fragestellung zeigt Abb. 42 anhand der festgelegten Brancheneigenschaften. Es wird deutlich, dass für alle Kriterien jeweils mindestens drei unterschiedliche Ausprägungen („besonders stark“, „mittel“, „gering“) festgestellt werden konnten, die jeweils zumindest von einer ausgewählten Branche abgedeckt werden.

Zusammen umfassen die ausgewählten Branchen zwischen 15 und 20 Prozent der deutschen Wirtschaft, je nachdem ob die Betrachtung auf Umsatz, Wertschöpfung oder Beschäftigung liegt. Hinsichtlich Beschäftigung und Wertschöpfung dominiert das Gesundheitswesen diese Auswahl, beim Produktionswert der Fahrzeugbau.

	Chemie	Fahrzeug	Textil	Finanz	Gesundheit
Arbeitsintensität (Produktion vs. Dienstleistung)	Produktion	Produktion	Produktion	Dienstleistung	Dienstleistung
Exportabhängigkeit der Branchen	abhängig	abhängig	abhängig	wenig abhängig	fast nicht abhängig
Volkswirtschaftliche Relevanz für Deutschland (Anteil ges. Wirtschaft)					
Beschäftigung	1,3%	2,7%	0,6%	3,3%	9,7%
Wertschöpfung	2,1%	3,0%	0,5%	4,5%	6,1%
Produktionswert	3,3%	6,5%	0,7%	5,0%	4,7%
Branchenentwicklung (Veränderung 1995 bis 2000)					
Beschäftigung	-11,2%	18,3%	-26,8%	1,8%	15,0%
Wertschöpfung	1,0%	15,4%	-8,4%	-3,8%	13,3%
Produktionswert	11,1%	54,3%	-8,8%	19,2%	9,9%

Abb. 42: Plausibilisierung der ausgewählten Branchen; rot = besonders ausgeprägt, gelb = mittlere Ausprägung, grün = geringe Ausprägung (eigene Darstellung)

4.2.2 Chemische Industrie

Die chemische Industrie stellt eine der Schlüsselbranchen der deutschen Exportindustrie dar. Gleichzeitig sind die Produkte weitgehend gut international handelbar. Deshalb gilt diese Branche als dem Standortwettbewerb entsprechend stark unterworfen. Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit müssten sich deshalb an der Entwicklung dieser Branche besonders gut beobachten lassen.

4.2.2.1 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der chemischen Industrie beträgt für das Jahr 2000 2.502 Mio. Euro. Bezogen auf einen Beschäftigten entspricht dies 4.793 Euro pro Jahr, verglichen mit einer durchschnittlichen gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung über alle Branchen in Höhe von 3.012 Euro.

Zwischen 1995 und 2000 hat sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der chemischen Industrie mit +0,6 Prozent praktisch nicht verändert, gegenüber einer Zunahme von 5,9 Prozent auf gesamtwirtschaftlicher Ebene.

4.2.2.2 Produktionswert

Der Produktionswert in der chemischen Industrie beträgt 121 Mrd. Euro (2000). Gegenüber 1995 hat er um 11,1 Prozent zugenommen. Bezogen auf den Produktionswert macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im Jahr 2000 2,1 Prozent aus.

4.2.2.3 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung macht in der chemischen Industrie im Jahr 2000 40,5 Mrd. Euro aus; damit sind zwei Drittel des Produktionswertes Vorleistungen. Die Wertschöpfung hat sich seit 1995 mit 1,0 Prozent praktisch nicht verändert; der höhere Produktionswert ist daher allein auf die Zunahme der Vorleistungen zurückzuführen.

Bezogen auf die Wertschöpfung entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im Jahr 2000 6,2 Prozent und liegt damit im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

4.2.2.4 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten in der chemischen Industrie machen mit 28,0 Mrd. Euro etwa 23 Prozent des Produktionswertes im Jahre 2000 aus. Sie haben sich gegenüber 1995 um 2,2 Prozent erhöht.

Insgesamt macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der chemischen Industrie 9,0 Prozent aller Arbeitskosten aus und liegt damit unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt für 2000 von 10,6 Prozent.

4.2.2.5 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse einschließlich Abschreibungen betragen in der chemischen Industrie 11,5 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 bedeutet dies eine Verminderung der Bruttogewinne um 0,6 Prozent. Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen liegt mit 21,7 Prozent deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Wert von 15,0 Prozent.

4.2.2.6 Beschäftigung

Die Entwicklung der Beschäftigung in der chemischen Industrie in Deutschland hat in dem betrachteten Zeitraum um 11,2 Prozent auf 522 Tausend abgenommen.

Die Veränderung aller Kennzahlen ist nochmals in Abb. 43 zusammenfassend dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass die Beschäftigung deutlich im Beobachtungszeitraum abgenommen hat, und Arbeitskosten sowie gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auch gesunken sind.

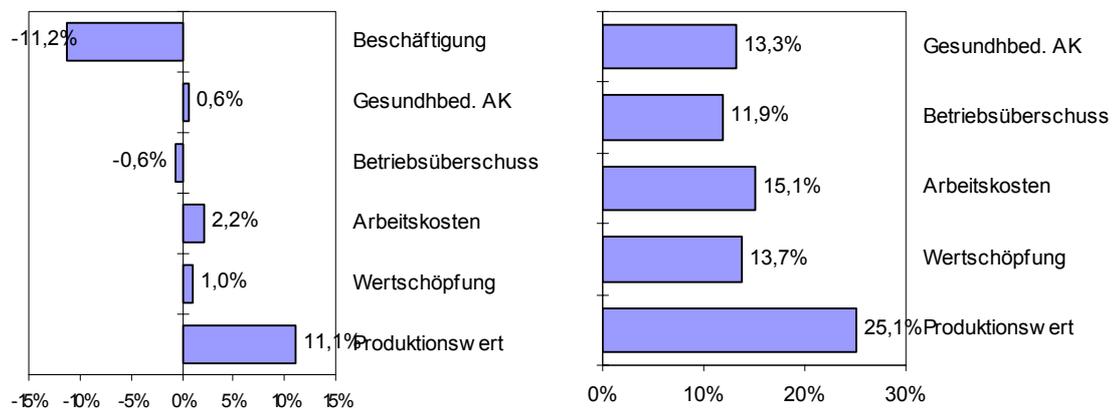


Abb. 43: Veränderung der Kennzahlen in der chemischen Industrie, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Abb. 44: Veränderung der Kennzahlen in der chemischen Industrie, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Stellt man auf die Veränderungsraten pro Beschäftigten ab und eliminiert dadurch beschäftigungsbedingte Einflüsse aus den Veränderungsdaten, dann zeigt sich: Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der chemischen Industrie hat im Betrachtungszeitraum pro Beschäftigten um 13,3 Prozent zugenommen (Abb. 44). Damit stiegen die gesundheitssystembedingten Kosten zwar langsamer an als die Arbeitskosten, dennoch haben auch sie im Betrachtungszeitraum die Arbeitskosten erhöht.

4.2.3 Fahrzeugbau

Neben der chemischen Industrie stellt der Fahrzeugbau eine weitere Schlüsselbranche der deutschen Exportindustrie dar. Die Produkte sind ebenfalls gut international handelbar. Deshalb gilt diese Branche ebenso als dem Standortwettbewerb entsprechend stark unterworfen.

4.2.3.1 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Im Fahrzeugbau beträgt die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 4.631 Euro pro Beschäftigten im Jahr 2000, bzw. 4.886 Mio. Euro insgesamt, gegenüber einer durchschnittlichen gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung über alle Branchen von 3.012 Euro.

Im Vergleich zu 1995 ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im Fahrzeugbau um 31,0 Prozent gewachsen, während sie im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt nur um 5,9 Prozent zugenommen hat.

4.2.3.2 Produktionswert

Der Produktionswert im deutschen Fahrzeugbau beträgt im Jahr 2000 237,9 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ergibt dies eine Zunahme um 54,3 Prozent.

Bezogen auf den Produktionswert macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 2,1 Prozent aus, verglichen mit 3,2 Prozent in der Gesamtwirtschaft.

4.2.3.3 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung betrug im Fahrzeugbau im Jahr 2000 56,7 Mrd. Euro; die Vorleistungen machen also rund drei Viertel des Produktionswertes aus. Dies ist eine Erklärung, wieso die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert so deutlich unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt liegt.

Gegenüber 1995 hat die Wertschöpfung um 15,4 Prozent zugenommen. Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung macht im Jahr 2000 8,6 Prozent aus. Dieser Wert liegt über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 6,2 Prozent und unterstreicht nochmals die Auswirkungen der hohen Vorleistungsintensität auf die Belastung bezogen auf den Produktionswert.

4.2.3.4 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten unterscheiden sich im Fahrzeugbau im Jahr 2000 nur geringfügig von der Wertschöpfung und betragen 53,5 Mrd. Euro. Gegenüber dem Jahr 1995 erhöhten sie sich um 35,5 Prozent. Als Erklärung für den Unterschied gegenüber der Entwicklung der Wertschöpfung ist zu vermuten, dass im Fahrzeugbau die Gewinne deutlich zurückgegangen sind.

Der Anteil der gesundheitssystembedingten Belastung der Arbeitgeber an den Arbeitskosten beträgt 9,1 Prozent, verglichen mit 10,6 Prozent auf gesamtwirtschaftlicher Ebene. Hierin zeigt sich vermutlich das hohe Gehaltsniveau im Fahrzeugbau und die Regressivität der Beitragsbemessungsgrenze.

4.2.3.5 Betriebsüberschüsse

Die Unternehmen des Fahrzeugbaus haben im Jahr 2000 zusammen einen Betriebsüberschuss in Höhe von 3,3 Mrd. Euro erzielt, während er im Jahr 1995 noch 9,8 Mrd. Euro ausmachte. Der Betriebsüberschuss hat folglich um 63,9 Prozent abgenommen. Im Jahr 2000 entsprach die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 147,6 Prozent der Betriebsüberschüsse. Aufgrund dieser Relation könnten Arbeitgeber im Fahrzeugbau schon bei geringen Veränderungen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung erheblich bei den Betriebsüberschüssen profitieren.

4.2.3.6 Beschäftigung

Derzeit beträgt die Zahl der Beschäftigten in der Automobilindustrie 1.055 Tausend Personen. Gegenüber 888 Tausend im Jahr 1995 stellt dies eine Zunahme um 18,3 Prozent dar.

Abb. 45 zeigt die wichtigsten Kennzahlen für die Entwicklung des Fahrzeugbaus seit 1995 nochmals im Überblick. Während die Arbeitskosten um 34,7 Prozent stiegen und die Betriebsüberschüsse stark sanken, wuchs die Beschäftigung immerhin um 18,3 Prozent. Gleichzeitig blieb die Arbeitskostenzunahme deutlich hinter der Zunahme des Produktionswertes zurück; der Vorleistungsanteil erhöht sich also.

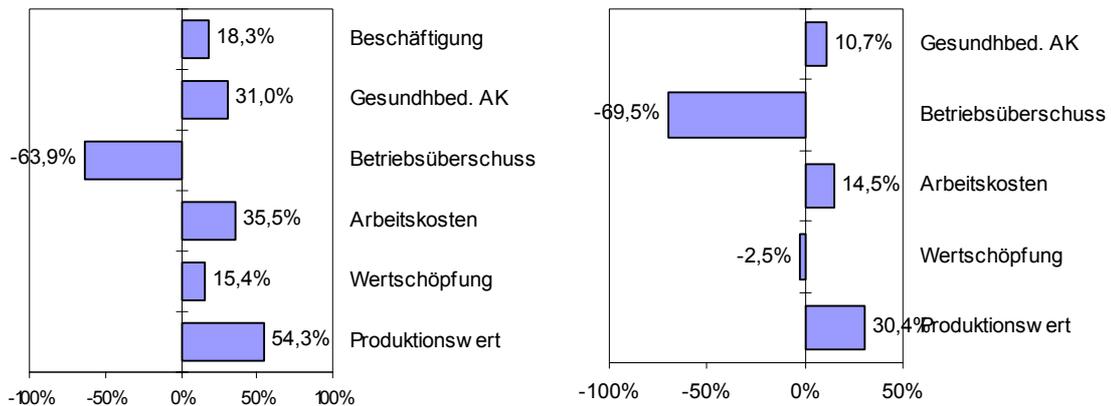


Abb. 45: Veränderung der Kennzahlen im Fahrzeugbau, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Abb. 46: Veränderung der Kennzahlen im Fahrzeugbau, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Bezogen auf einen einzelnen Beschäftigten werden die Entwicklungstrends im Fahrzeugbau noch deutlicher: So stiegen die gesundheitssystembedingten Arbeitskosten pro Beschäftigten um 10,7 Prozent, während die Arbeitskosten um 13,9 Prozent zunahmen.

4.2.4 Textil- und Bekleidungsindustrie

Die Textil- und Bekleidungsindustrie ist eine typisch „alte“ Branche, deren Unternehmen schon zum Großteil aus Deutschland zumeist in sogenannte „Niedriglohnländer“ abgewandert sind. Häufig angeführtes Abwanderungsmotiv ist die Höhe der Arbeitskosten.

4.2.4.1 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Arbeitgeber in der Textil- und Bekleidungsindustrie tragen Gesundheitsausgaben in Höhe von 685 Mio. Euro. Bezogen auf einen Beschäftigten entspricht dies 2.977 Euro im Jahr. Dieser Wert liegt nur knapp unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Gegenüber 1995 hat der Gesamtwert der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 16,2 Prozent abgenommen, im Vergleich zu einer Zunahme im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 5,9 Prozent.

4.2.4.2 Produktionswert

Der Produktionswert in der Textil- und Bekleidungsindustrie betrug im Jahr 2000 27.070 Mio. Euro. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Verminderung 8,8 Prozent.

Insgesamt macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 2,5 Prozent des Produktionswertes aus, verglichen mit 3,2 Prozent im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt und deutlich über den Werten für Chemische Industrie und Fahrzeugbau (jeweils 2,1 Prozent).

4.2.4.3 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung in der Textil- und Bekleidungsindustrie macht 8.660 Mio. Euro aus. Sie ist seit 1995 um 8,4 Prozent gesunken. Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung hieran beträgt im Jahr 2000 7,9 Prozent, also über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 6,2 Prozent.

4.2.4.4 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten betragen in der Textil- und Bekleidungsindustrie für das Jahr 2000 6.330 Mio. Euro und sind gegenüber 1995 um 13,3 Prozent gesunken.

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung hat einen Anteil von 10,8 Prozent an den Arbeitskosten und liegt leicht über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 10,6 Prozent, obwohl das vermutete niedrige Arbeitsentgeltniveau in dieser Branche und die regressive Belastungswirkung der Beitragsbemessungsgrenzen in den Sozialversicherungen einen noch höheren Anteil vermuten lassen würden.

4.2.4.5 Betriebsüberschüsse

Mit 2.150 Mio. Euro machen die Betriebsüberschüsse rund 8 Prozent des Produktionswertes in der Textil- und Bekleidungsindustrie aus. Die Betriebsüberschüsse haben sich gegenüber 1995 um 6,4 Prozent erhöht, also entgegengesetzt zur Entwicklung von Produktionswertes, Wertschöpfung und Arbeitskosten. Bezogen auf die Betriebsüberschüsse beträgt die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 31,8 Prozent davon, also doppelt so viel wie die im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt (15,0 Prozent). Die Ertragssituation in der Textil- und Bekleidungsindustrie würde

also überdurchschnittlich von einer Verminderung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung profitieren.

4.2.4.6 Beschäftigung

Die Wirkung aller Standortfaktoren spiegelt sich in der Entwicklung der Beschäftigung einer Branche wider. Im Jahr 2000 beschäftigte die Textil- und Bekleidungsindustrie noch 230 Tausend Personen – ein Rückgang um 26,8 Prozent gegenüber 1995. (vgl. Abb. 47).

Der Vergleich der hier berechneten Kennzahlen zeigt deutlich, wie in einer Branche die Beschäftigung an eine sinkende Nachfrage angepasst wird, um den Betriebsüberschuss möglichst zu halten (vgl. Abb. 48).

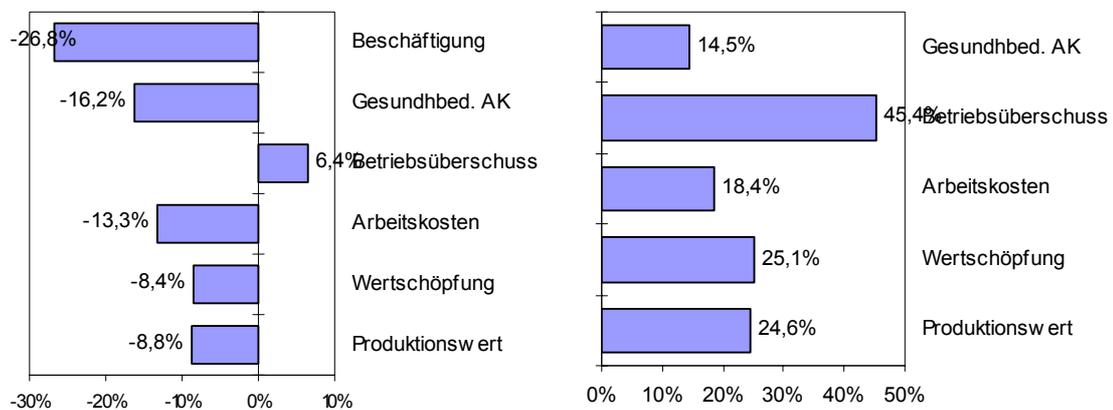


Abb. 47: Veränderung der Kennzahlen in der Textil- und Bekleidungsindustrie, alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Abb. 48: Veränderung der Kennzahlen in der Textil- und Bekleidungsindustrie, pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Betrachtet man die Kennzahlen pro Beschäftigten, dann zeigt sich im Betrachtungszeitraum eine Zunahme der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 14,5 Prozent (Abb. 48). Ursache hierfür ist sicherlich auch die Zunahme der Arbeitskosten pro Beschäftigten um 18,4 Prozent. Der Betriebsüberschuss hat sogar noch deutlicher, mit 45,4 Prozent, zugenommen.

4.2.5 Finanzdienstleistungen

Als Dienstleistungsbranche unterscheidet sich der Finanzsektor in seinen Eigenschaften erheblich von den bislang dargestellten produzierenden Branchen. Finanzdienstleistungen sind in unterschiedlichem Maße dem Standortwettbewerb unterworfen. Das Investment-Banking und das Rückversicherungsgeschäft erscheinen als weitgehend international gegliedert

und werden länderübergreifend organisiert. Das Privatkundengeschäft ist dagegen genauso wie das Erstversicherungsgeschäft typischerweise an den Standort gebunden. Dennoch häufen sich zumindest bei im englischsprachigen Raum agierenden Unternehmen die Meldungen darüber, auch im Privatkundengeschäft Backoffice-Tätigkeiten in sog. Niedriglohnländer auszulagern und damit bewusst arbeitsentgeltbezogene Standortentscheidungen zu treffen.

4.2.5.1 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Als gesundheitssystembedingte Kosten für Arbeitgeber bei Finanzdienstleistungen wurden 4.867 Mio. Euro für das Jahr 2000 berechnet. Bezogen auf einen Beschäftigten entspricht dies 3.808 Euro pro Jahr, also über der durchschnittlichen gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung von 3.012 Euro pro Arbeitnehmer in der Gesamtwirtschaft.

Im Betrachtungszeitraum ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung seit 1995 um insgesamt 6,1 Prozent gestiegen.

4.2.5.2 Produktionswert

Der Produktionswert bei Finanzdienstleistungen machte im Jahr 2000 182.890 Mio. Euro aus. Dieser Wert hat seit 1995 um 19,2 Prozent zugenommen. Diese Zunahme übersteigt die Veränderung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung deutlich. Folglich ist die relative gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in dieser Branche in Zeitvergleich gesunken. So erreicht sie im Jahr 2000 einen Anteil von 2,7 Prozent am Produktionswert bei Finanzdienstleistungen, liegt also unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 3,2 Prozent.

4.2.5.3 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung beträgt bei Finanzdienstleistungen 85.780 Mio. Euro. Sie ist trotz des deutlich gestiegenen Produktionswertes gegenüber 1995 um 3,8 Prozent gefallen. Der zusätzliche Produktionswert wurde also praktisch ausschließlich über zusätzliche Vorleistungen erbracht.

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung macht 5,7 Prozent der Wertschöpfung bei Finanzdienstleistungen aus, verglichen mit einem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 7,9 Prozent.

4.2.5.4 Arbeitskosten

Insgesamt machten die Arbeitskosten 2000 52.490 Mio. Euro aus. Sie haben gegenüber 1995 um 10,0 Prozent zugenommen, obwohl die Wertschöpfung gesunken ist. Folglich ging die Zunahme der Arbeitskosten zu Lasten des Ertrags in der Branche.

Die gesundheitssystembedingte Belastung der Arbeitgeber beträgt 9,3 Prozent der Arbeitskosten, während sie im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt 10,6 Prozent betragen – aufgrund der Regressivität der Sozialversicherungsbeiträge ein Hinweis auf das gute Entgeltniveau der Branche.

4.2.5.5 Betriebsüberschuss

Der Betriebsüberschuss des Sektors Finanzdienstleistungen lag im Jahr 2000 bei 30.320 Mio. Euro. Dies bedeutet gegenüber 1995 ein Rückgang um 24,7%. Für das Jahr 2000 machen die gesundheitssystembedingten Kosten bezogen hierauf 16,1 Prozent aus, gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Vergleichswert von 15,0 Prozent.

4.2.5.6 Beschäftigung

Welcher Zusammenhang besteht zwischen den sehr heterogen ausgeprägten Kennzahlen und der Beschäftigung bei Finanzdienstleistungen?

Die Zahl der beschäftigten Personen hat sich im betrachteten Zeitraum kaum geändert: Sie stieg um 1,8 Prozent auf 1.278 Tausend im Jahr 2000.

Alle Entwicklungskennzahlen bei Finanzdienstleistungen im Überblick fasst Abb. 49 nochmals zusammen. Korrigiert man die Werte um die Beschäftigungsveränderung, so erhält man Abb. 50. Danach ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung mit 4,2 Prozent pro Beschäftigten gegenüber einer Zunahme der Arbeitskosten um 8,1 Prozent moderat gewachsen.

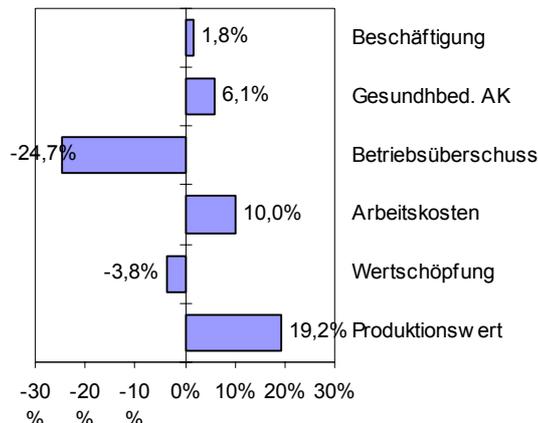


Abb. 49: Veränderung der Kennzahlen bei Finanzdienstleistungen; alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

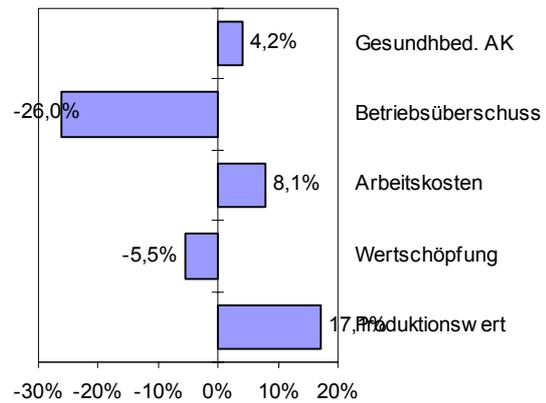


Abb. 50: Veränderung der Kennzahlen bei Finanzdienstleistungen; pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

4.2.6 Gesundheitssektor

Im Gesundheitssektor stellen die Kosten der Gesundheitsversorgung Einnahmen derselben Branche dar. Personalnebenkosten sind daher im Gesundheitssektor anders zu bewerten als in anderen Branchen. Damit kommt dieser Branche im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine Sonderrolle zu.

Zudem sind die Leistungen im Gesundheitswesen regelmäßig schlecht transportier- und damit handelbar, so dass diese Branche weitgehend vom internationalen Faktorwettbewerb ausgenommen ist. Gleichzeitig handelt es sich beim Gesundheitssektor um eine Wachstumsbranche.

4.2.6.1 Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im Gesundheitswesen macht im Jahr 2000 10.374 Mio. Euro aus. Bezogen auf einen Beschäftigten entspricht dies 2.749 Euro im Jahr. Dieser Wert liegt deutlich unter der durchschnittlichen gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung von 3.012 Euro. Gegenüber 1995 hat die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung um 14,7 Prozent zugenommen.

4.2.6.2 Produktionswert

Der Produktionswert im Gesundheitswesen beträgt im Jahr 2000 172 Mrd. Euro. Die Abweichung erklärt sich daraus, dass der Handel (Apotheken, Sanitätshäuser) hierin nicht enthalten sind. Gegenüber 1995 ist er um 9,9

Prozent gestiegen. Da sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt gleichzeitig um 5,9 Prozent erhöht hat, ist der auf die privaten Haushalte entfallende Finanzierungsanteil gestiegen. Die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen im Betrachtungszeitraum wurden folglich vorwiegend von privaten Haushalten finanziert.

Bezogen auf den Produktionswert macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 6,0 Prozent aus (2000). Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung im Gesundheitswesen bezogen auf den Produktionswert liegt deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Wert von 3,2 Prozent.

4.2.6.3 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung beträgt im Gesundheitswesen im Jahr 2000 115 Mrd. Euro; der Anteil der Vorleistungen ist in dieser Branche deutlich geringer als in anderen Branchen. Die Wertschöpfung hat in den sechs betrachteten Jahren um insgesamt 13,3 Prozent zugenommen.

An der gesamten Wertschöpfung im Gesundheitswesen hat die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung einen Anteil von 9,0 Prozent; dieser Wert liegt ebenfalls klar über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 6,2 Prozent. Da der Unterschied zwischen Belastungssituation im Gesundheitswesen zur gesamtwirtschaftlichen Belastungssituation beim Produktionswert noch stärker ausfällt, sind hierfür auch der geringere Vorleistungsanteil im Gesundheitswesen verantwortlich; aber nicht nur, wie die Zahlen zur Wertschöpfung zeigen.

4.2.6.4 Arbeitskosten

Ein großer Teil der Wertschöpfung im Gesundheitswesen geht auf Arbeitskosten zurück. Insgesamt betragen die Arbeitskosten im Jahr 2000 89.330 Mio. Euro. Gegenüber 1995 sind die Arbeitskosten um 19,1 Prozent gestiegen, also deutlich stärker als der Produktionswert und die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung an den gesamten Arbeitskosten macht im Gesundheitswesen 11,6 Prozent aus und liegt geringfügig unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt von 10,6 Prozent. Der Vergleich zur Belastungsrelation bezogen auf die Wertschöpfung zeigt an, dass die zweite Erklärung für den vergleichsweise hohen An-

teil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert in den geringen Gewinnen zu suchen ist.

4.2.6.5 Betriebsüberschuss

Die Betriebsüberschüsse einschließlich Abschreibungen betragen im Gesundheitswesen im Jahr 2000 30.340 Mio. Euro und haben gegenüber 1995 um 0,7 Prozent abgenommen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass öffentliche Krankenhäuser nach den Definitionen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung keinen Verlust machen. Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen macht 34,2 Prozent aus.

4.2.6.6 Beschäftigung

Im Betrachtungszeitraum ist die Beschäftigung im Gesundheitswesen um 15,0 Prozent auf 3.773 Tausend gestiegen. Diese Entwicklung passt nur schwer zu dem in Kapitel 2 formulierten Modell der Arbeitsnachfrage: obwohl Arbeitskosten und gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung anstiegen und Arbeitgeber Betriebsverluste verkraften mussten, wuchs die Beschäftigung in erheblichem Umfang. Erklären lässt sich die Entwicklung vermutlich daraus, dass das Gesundheitswesen durch einen erheblichen Teil nicht gewinnorientierter Arbeitgeber geprägt ist. Die Entwicklung der Kennzahlen im Betrachtungszeitraum fasst Abb. 51 nochmals zusammen.

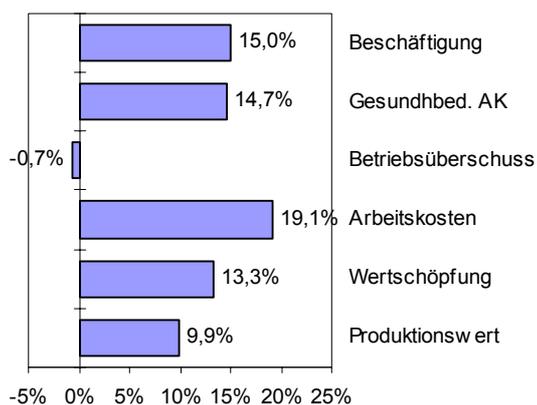


Abb. 51: Veränderung der Kennzahlen im Gesundheitswesen 1995-2000; alle Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

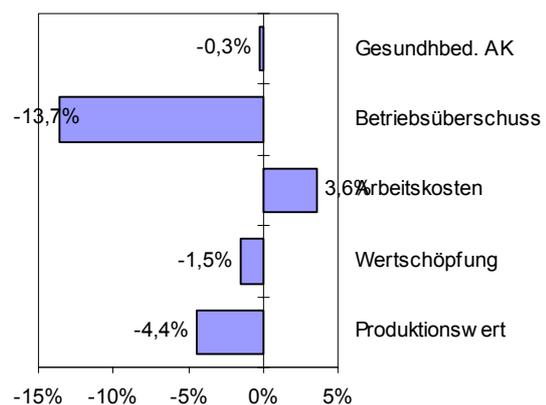


Abb. 52: Veränderung der Kennzahlen im Gesundheitswesen 1995-2000; pro Beschäftigten, in Prozent (eigene Berechnungen)

Blendet man den Effekt durch Beschäftigungsveränderungen aus (Abb. 52), dann ergibt sich ein noch viel deutlicher Rückgang des Betriebsüberschuss-

ses pro Beschäftigten. Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten ist im Gesundheitswesen konstant geblieben.

4.3 Vergleich der Ergebnisse

Wurde in den vorhergehenden Abschnitten die Entwicklung der Kennzahlen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung jeweils branchenweise betrachtet, so stellt dieser Abschnitt die Kennzahlen im Branchenvergleich dar und vergleicht sie mit den gesamtwirtschaftlichen Ergebnissen.

Den Ausgangspunkt bildet der Vergleich der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung im Jahr 2000. Sie liegt im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt bei 3.012 Euro pro Beschäftigten (Abb. 53). Dabei schwanken die Branchenwerte von 2.749 Euro im Gesundheitswesen bis zu 4.793 Euro in der Chemieindustrie. Bezieht man die Belastung hingegen auf den Produktionswert, dann dreht sich die Belastungsreihenfolge um: Nach dieser Kennzahl liegt die Belastung im Gesundheitswesen mit 6,0 Prozent am höchsten und im Fahrzeugbau und der Chemischen Industrie mit jeweils 2,1 Prozent am geringsten (Abb. 54). Ursache hierfür sind vor allem Unterschiede im Vorleistungsanteil der jeweiligen Branchen und damit unterschiedliche Produktionsstrukturen.

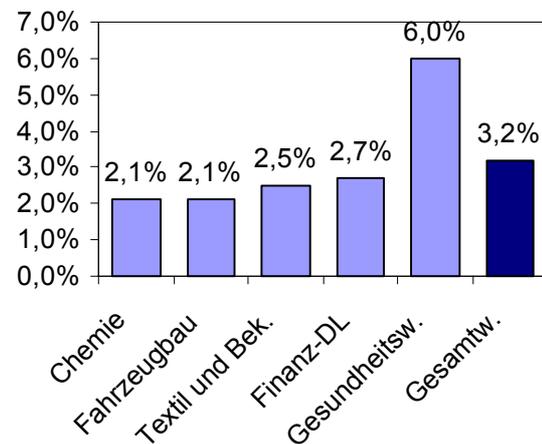
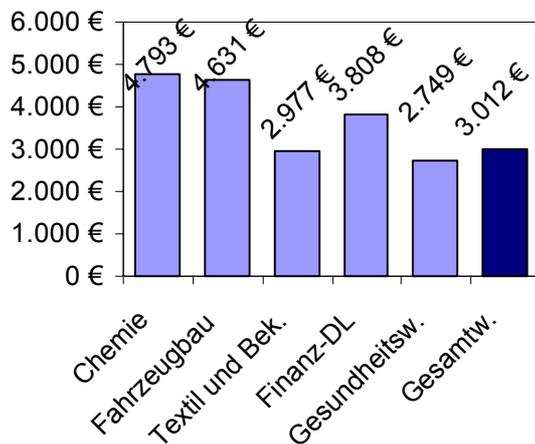


Abb. 53: Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000; pro Beschäftigten, in Euro (eigene Berechnung)

Abb. 54: Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf den Produktionswert, in v.H. (eigene Berechnung)

Die Relationen von gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung zur Wertschöpfung ähneln vom Muster denen beim Produktionswert (Abb. 55). Auch hier ist die Belastung im Gesundheitswesen am höchsten, während sich für die Chemieindustrie und die Finanzdienstleistungen die niedrigsten

Werte errechnen (9,0 bzw. 5,7 – 6,2 Prozent). Aufgrund der offensichtlich schlechten Ertragslage im Fahrzeugbau ist die Belastungsrelation in dieser Branche bezogen auf die Wertschöpfung ähnlich hoch wie im Gesundheitswesen.

Stellt man auf das Verhältnis von Arbeitgeberbelastung zu Arbeitskosten ab, dann ist aufgrund des Verfahrens zur Beitragsbemessung in den unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung eine große Nähe der Werte zu erwarten, wobei die geringsten Werte aufgrund der regressiven Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze in den Branchen mit dem höchsten Entgelt-niveau auftreten sollten. Dieses Muster zeigt sich in Abb. 56.

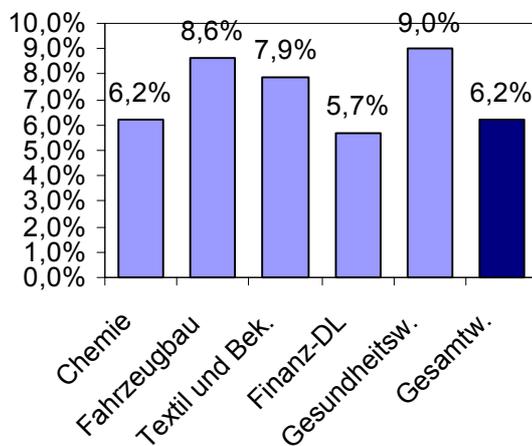


Abb. 55: Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf die Wertschöpfung, in v.H. (eigene Berechnung)

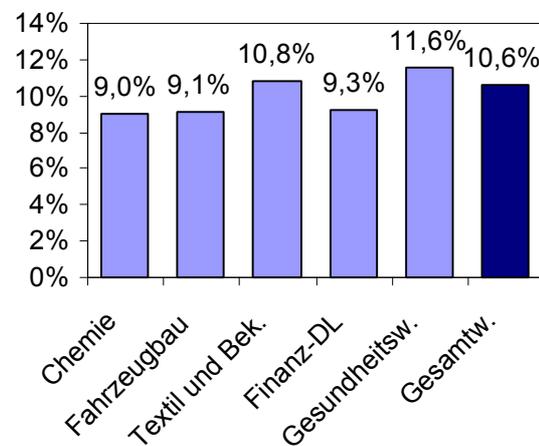


Abb. 56: Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf die Arbeitskosten, in v.H. (eigene Berechnung)

Die Darstellung in Abb. 57 vergleicht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung mit dem Betriebsüberschuss einschließlich Abschreibungen. Hieraus lässt sich abschätzen, wie sich die Betriebsüberschüsse bei entsprechenden gesundheitssystembedingten Belastungsveränderungen ändern könnten. Den Ausreißer bei dieser Kennzahl bildet der Fahrzeugbau, bei dem die Arbeitgeberbelastung im Jahr 2000 den Betriebsüberschuss fast um die Hälfte übersteigt, und deshalb schon geringe Arbeitgeberentlastungen den Betriebsüberschuss merklich erhöhen können. Abgesehen davon weisen das Gesundheitswesen und die Textil- und Bekleidungsindustrie mit 34,2 bzw. 31,8 Prozent die höchsten Werte auf.

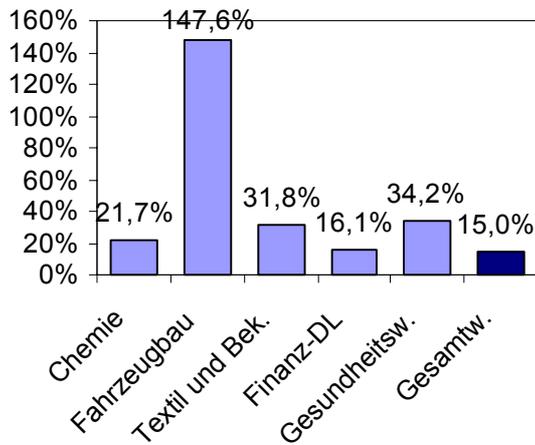


Abb. 57: Gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland im Jahr 2000, bezogen auf den Betriebsüberschuss, in v.H. (eigene Berechnung)

Im Folgenden werden auch noch die Veränderungen der Kennzahlen je Beschäftigtem im Branchenvergleich gegenübergestellt (Abb. 58 – Abb. 63). Ausgangspunkt ist die Veränderung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten (Abb. 58). Im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt hat die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung um 2,1 Prozent zugenommen. Deutlich überdurchschnittlich haben die drei außenhandelsintensiven Branchen – Textil und Bekleidung, Fahrzeugbau sowie Chemie – zugelegt, während die Belastung im Gesundheitswesen sogar leicht gesunken ist.

Die Beschäftigung in der Chemie sowie der Textil- und Bekleidungsindustrie nahm entgegen dem gesamtwirtschaftlichen Trend ab; Fahrzeugbau und Gesundheitswesen konnten die Beschäftigung dagegen deutlich steigern; bei den Finanzdienstleistungen blieb die Beschäftigtenzahl weitgehend konstant (Abb. 59). Abstrahiert man von der Entwicklung im Fahrzeugbau, dann passt diese Entwicklung relativ gut zum vermuteten Standortwettbewerb. Gesundheitswesen und Finanzdienstleistungen sind hiervon weitgehend verschont, während die produzierenden Branchen dem relativ stark ausgesetzt sind.

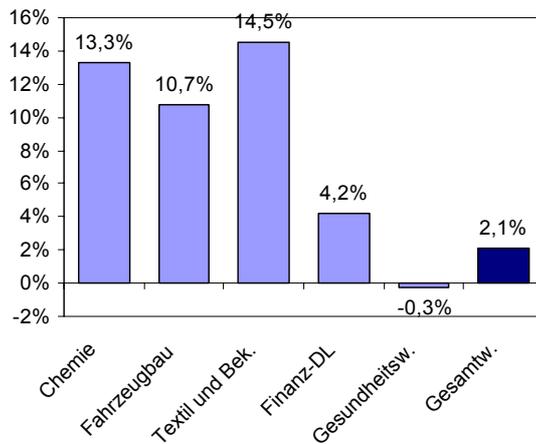


Abb. 58: Entwicklung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)

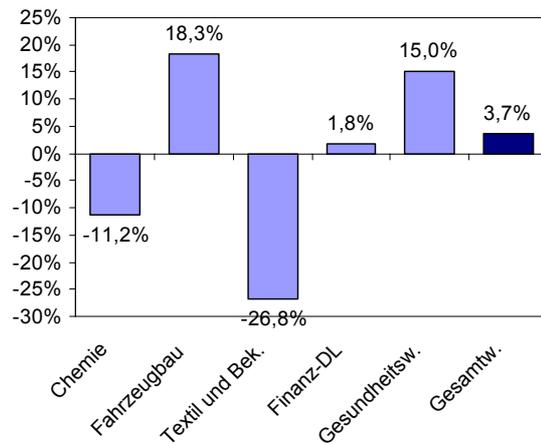


Abb. 59: Entwicklung der Beschäftigung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; in v.H. (eigene Berechnung)

Die Arbeitskosten pro Beschäftigten sind in allen betrachteten Branchen gestiegen (Abb. 60). Folgt man Abb. 61, so ist ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung von gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung bzw. Arbeitskosten und Betriebsüberschuss einschließlich Abschreibungen nicht zu erkennen. Während der Überschuss pro Beschäftigten in der Chemie sowie der Textil- und Bekleidungsindustrie zunahm, sank er in den anderen Branchen. Eine bessere empirische Erklärung für die Entwicklung des Betriebsüberschusses bietet die Entwicklung der Beschäftigung. Stieg sie, dann nahmen die Betriebsüberschüsse pro Beschäftigten ab – und umgekehrt. Dies deckt sich mit der im theoretischen Teil unterstellten Produktionsfunktion, die mit zunehmender Beschäftigung sinkende Grenzerträge postuliert. Bleiben die Arbeitskosten pro Beschäftigten trotz Beschäftigungsveränderung konstant, dann verändert sich dementsprechend der Ertrag. Die Veränderungen der Wertschöpfung pro Beschäftigten (Abb. 63) unterstützen diesen Erklärungsansatz.

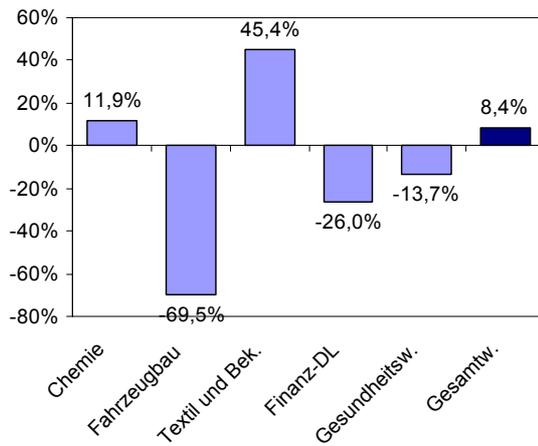
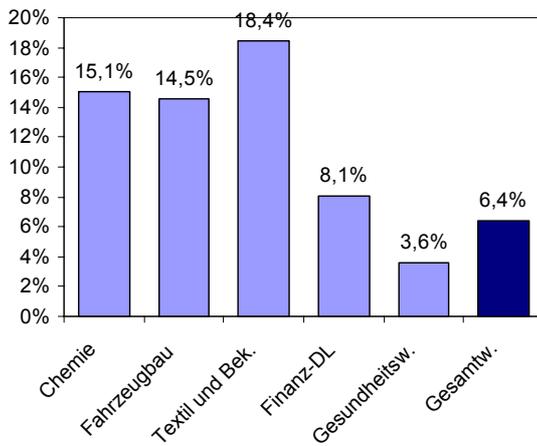


Abb. 60: Entwicklung der Arbeitskosten in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)

Abb. 61: Entwicklung des Betriebsüberschusses in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)

Vergleicht man die Entwicklung von Produktionswert (Abb. 62) und Wertschöpfung pro Beschäftigten (Abb. 63), dann lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen den betrachteten Branchen ausmachen: Während diese beiden Größen im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt praktisch gleich stark zugenommen haben, stieg der Vorleistungsanteil im Fahrzeugbau und – wenn auch in geringerem Umfang – in der Chemieindustrie und bei den Finanzdienstleistungen deutlich an. Demgegenüber blieb der Vorleistungsanteil im Gesundheitswesen sowie der Textil- und Bekleidungsbranche konstant.

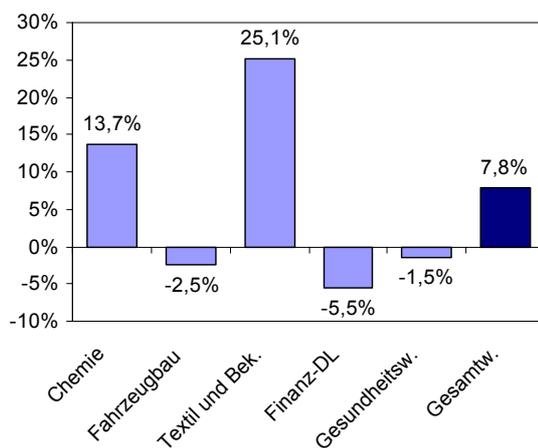
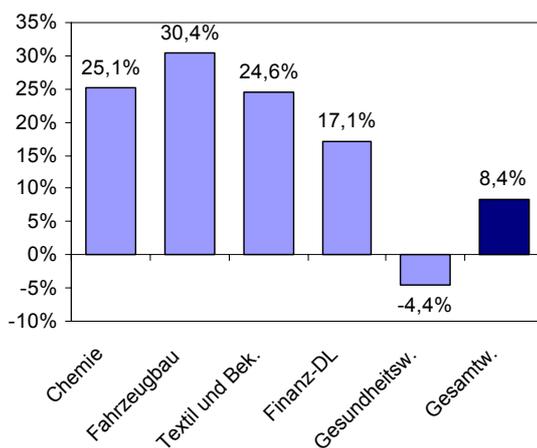


Abb. 62: Entwicklung des Produktionswertes in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)

Abb. 63: Entwicklung der Wertschöpfung in Deutschland 1995 – 2000 im Branchenvergleich; pro Beschäftigten, in v.H. (eigene Berechnung)

Die beiden folgenden Abbildungen untersuchen die Beschäftigungswirkung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung. Ausgehend von der Vermutung, dass die gesundheitssystemgedingte Arbeitgeberbelastung zu-

künftige Beschäftigungsentscheidungen beeinflusst, stellt Abb. 64 den Zusammenhang zwischen der Veränderung der Beschäftigung 1995 und 2000 und dem Anteil der Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert 1995 dar. Abgesehen vom Gesundheitswesen liegen die Belastungswerte der ausgewählten Branchen alle knapp unter 3 Prozent, obwohl die Beschäftigung zwischen $-26,8$ und $+18,3$ Prozent schwankt. Ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen ist für den Betrachtungszeitraum daher nicht erkennbar.

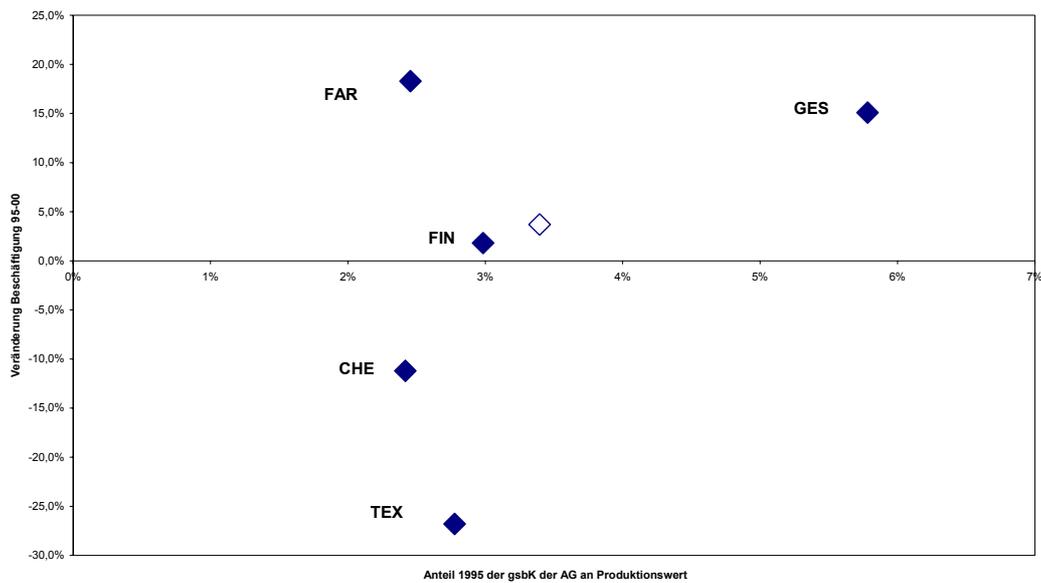


Abb. 64: Zusammenhang zwischen der Veränderung der Beschäftigung 1995-2000 und dem Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert 1995 in Prozent (eigene Darstellung)

Ebenfalls kein Zusammenhang ist zu erkennen, wenn man die Entwicklung der Beschäftigung und die Höhe der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Zusammenhang bringt (Abb. 65)

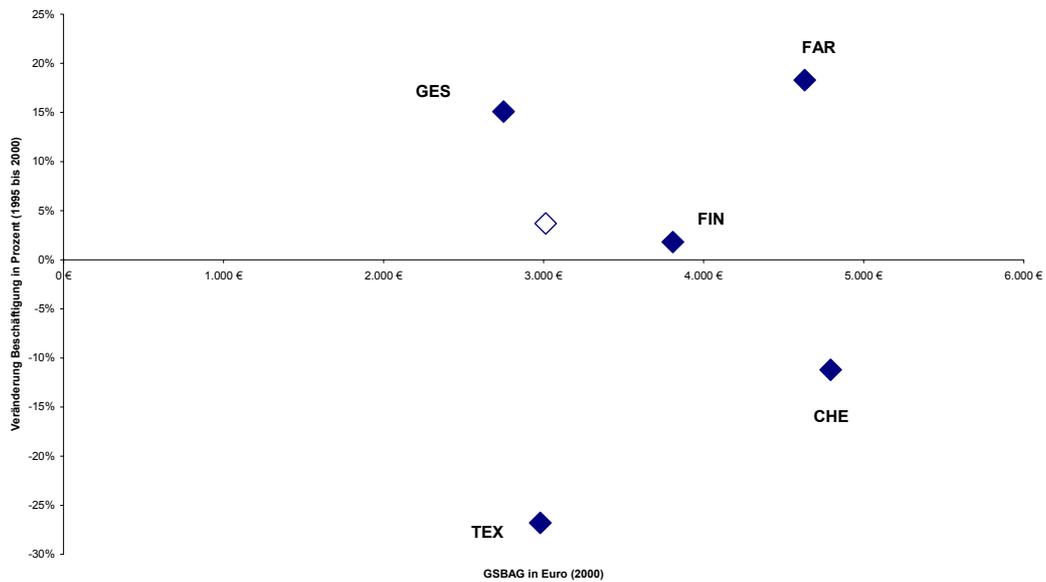


Abb. 65: Zusammenhang zwischen der Veränderung der Beschäftigung 1995-2000 in Prozent und der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten in Euro für 2000 (eigene Darstellung)

Inwieweit für den nicht erkennbaren empirischen generellen Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigungsentwicklung im Betrachtungszeitraum auch vereinigungsbedingte Ursachen verantwortlich sind, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Unstrittig dürfte sein, dass für die in Abschnitt 4.1.3.6 beobachtete regionale Arbeitsmarktentwicklung Beschäftigungsentwicklungen in einzelnen Branchen verantwortlich sind, insbesondere im produzierenden Gewerbe.

5 Internationaler Vergleich

Die zweite im Rahmen dieser Untersuchung zu behandelnde Frage lautet: Wie hoch ist die Belastung in anderen Ländern und damit im Vergleich zu Deutschland?

Die Länder werden so ausgewählt, dass sich hierdurch arbeitskostenspezifische Effekte des Standortwettbewerbs identifizieren lassen. Die Auswahl folgt basiert auf folgenden Ländereigenschaften:

- Finanzierung des Gesundheitswesens (Sozialbeiträge, steuerfinanziert, privatwirtschaftlich)
- Hohe wirtschaftliche Verflechtung mit der Bundesrepublik Deutschland
- Höhe der Arbeitskosten

Ausgehend von diesen Kriterien wurden die Länder USA, Großbritannien, Frankreich, Schweiz, Niederlande und Polen ausgewählt.

Die Eignung der Länderauswahl für die Fragestellung zeigt Abb. 66 anhand der festgelegten Ländereigenschaften. Für alle Kriterien konnten jeweils mindestens drei unterschiedliche Ausprägungen („besonders stark“, „mittel“, „gering“) festgestellt werden, die jeweils zumindest von einem ausgewählten Land abgedeckt werden.

Zusammen umfassen die ausgewählten Länder 43,1 bzw. 39,1 Prozent des deutschen Außenhandels, je nachdem ob die Betrachtung auf Exporten oder Importen liegt. Wichtigste Außenhandelspartner sind Frankreich und die USA. Die höchsten Arbeitskosten pro Beschäftigten weisen die USA und Schweiz auf, die geringste Polen.

	USA	UK	Frankreich	Schweiz	Niederlande	Polen
Finanzierung Gesundheitswesen (Steuern, Sozialbeiträge, Privatwirt.)	Privatw.	Steuern	Sozialbeiträge	Sozialbeiträge	Sozialbeiträge	Sozialbeiträge
Wirtschaftliche Verflechtung (Anteil an Ein-/Ausfuhren)						
Anteil an allen Importen nach D	8,8%	6,9%	9,4%	3,5%	8,3%	2,2%
Anteil an allen Exporten aus D	10,3%	8,3%	11,3%	4,3%	6,5%	2,4%
Arbeitskosten (Euro pro Beschäftigten)	46.299 €	31.762 €	26.196 €	41.128 €	19.444 €	5.098 €

Abb. 66: Plausibilisierung der ausgewählten Branchen; rot = besonders ausgeprägt, gelb = mittlere Ausprägung, grün = geringe Ausprägung (eigene Darstellung)

Der Vergleich erstreckt sich auch auf die schon vorher definierten Branchen, so dass Aussagen über Belastungsunterschiede der Arbeitgeber ebenfalls auf Branchenebene möglich sind, sofern international vergleichbare Daten zu den Branchen vorliegen. Analog zum Vorgehen im vorherigen Kapitel werden die jeweiligen Finanzierungsmodalitäten nach einem standardisierten Schema detailliert dargestellt. In Verbindung mit den Daten aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung errechnen sich hieraus die Kennzahlen zur gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung.

Die Kennzahlen werden sowohl auf gesamtwirtschaftlicher als auch auf Branchenebene dargestellt. Durch den Vergleich mit entsprechenden Kennzahlen für Deutschland werden die standortbezogenen Unterschiede hinsichtlich der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung herausgearbeitet.

Die Berechnungen erfolgen ausschließlich in Euro. Bei der Interpretation der Ergebnisse aus den USA, der Schweiz und Polen ist insoweit Vorsicht geboten, als diese Länder sich in anderen Währungsgebieten befinden, die nicht an den Euro gebunden sind und daher Wechselkursveränderungen zum Euro die Ergebnisse beeinflussen können.

5.1 Ländervergleich

5.1.1 USA

Die Vereinigten Staaten von Amerika stellen unter den hochentwickelten Industrieländern einen wichtigen Handelspartner für Deutschland dar. Das Gesundheitswesen unterscheidet sich jedoch aufgrund seiner vordergründig privatwirtschaftlichen Finanzierungsstruktur erheblich von dem deutschen.

5.1.1.1 Gesundheitsausgaben in den USA

Aufgrund des Verzichts auf ein zumindest große Teile der Bevölkerung umfassendes obligatorisches Sicherungssystem präsentieren sich die Strukturen des amerikanischen Gesundheitswesens heterogen.

Etwa drei Viertel der amerikanischen Bevölkerung verfügen über einen privaten Versicherungsschutz. Dieser steht bei erwerbstätigen Personen meistens in Zusammenhang mit der Beschäftigung. So stellt der Arbeitgeber eine Gruppenversicherung im Rahmen seiner freiwilligen Sozialleistung als

Vergütungskomponente bereit bzw. übernimmt selber Krankenversicherungsfunktionen (entspricht einem Beihilfesystem).

Daneben gibt es für Personen ohne arbeitgeberfinanzierte Krankenversicherung auch Einzelverträge von privaten Versicherungsgesellschaften, die direkt abgeschlossen werden (vergleichbar der deutschen PKV). Da letztere Verträge zumeist auf Basis der versichertenindividuellen Risikoäquivalenz kalkuliert werden, ist für Personen mit hohen Risiken ein derartiger Versicherungsschutz aus eigenen finanziellen Mitteln kaum bezahlbar. Für diesen Personenkreis gibt es je nach Bundesstaat unterschiedliche Lösungen, angefangen von gesetzlichen Einschränkungen der Prämiendifferenzierung bis hin zu staatlichen Transfers.

Ab dem 65. Lebensjahr sind die meisten Amerikaner über das staatlich Medicare-System abgesichert, das sich aus einer Kombination von Steuereinnahmen und Sozialbeiträgen finanziert. Besonders Einkommensschwache sowie Behinderte werden über das ausschließlich steuerfinanzierte Medicaid-System abgesichert (Docteur et al., 2003).

5.1.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit in den USA summierten sich im Jahr 2000 auf 1.600 Mrd. Euro. Davon entfielen 1.446,2 Mrd. Euro auf Gesundheitsleistungen und 153,8 Mrd. Euro auf Einkommensleistungen einschließlich Forschung und Ausbildung.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 67.

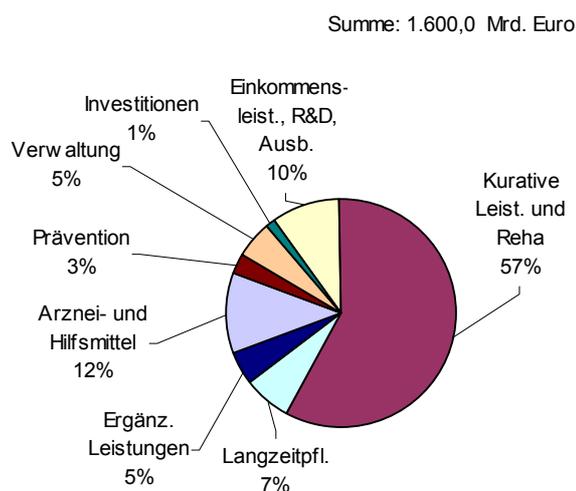


Abb. 67: Ausgaben für Gesundheit in den USA nach Funktionen; 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation bilden in den USA mit 57 Prozent den größten Ausgabenblock im Gesundheitswesen. Diese Ausgabenposition liegt weit über dem deutschen Wert von 38 Prozent. Ursache hierfür sind die geringere Bedeutung der Einkommensleistungen und die relativ höheren Preise für Krankenhausbehandlungen und ärztliche Leistungen.

Die Finanzierung von kurativen Leistungen und der Rehabilitation erfolgt weitgehend über private Krankenversicherungen und die beiden öffentlichen Sicherungsprogramme Medicare und Medicaid.

Die Langzeitpflege macht 7 Prozent der gesamten Ausgaben des amerikanischen Gesundheitswesens aus. Dies liegt deutlich unter dem deutschen Anteil von 10 Prozent und ist insbesondere die Folge einer anderen Altersstruktur. Nur 12,6 Prozent der Bevölkerung ist in den USA 65 Jahre und älter; in Deutschland dagegen 16,6%. Die Finanzierung der Langzeitpflege erfolgt in den USA primär durch Medicaid bzw. direkt durch die privaten Haushalte.

Die ergänzenden Leistungen, also Krankentransporte, ambulante diagnostische Leistungen und Laborleistungen, machen in den USA im Jahr 2000 zusammen 5 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Sie werden finanziert teils über die verschiedenen Versicherungsprogramme, teils über die Zuzahlungen der privaten Haushalte. Eine Ursache für diesen relativ hohen Anteil könnten die relativ höheren Preise für diagnostische Leistungen und die international relativ hohe Bedeutung der Medizintechnik in der Versorgung sein.

Arznei- und Hilfsmittel bilden in den USA mit einem Anteil von 12 Prozent den zweitgrößten Ausgabenposten. Dieser Wert liegt deutlich unter dem deutschen Anteil von 15 Prozent.

Zur Finanzierung von Arznei- und Hilfsmitteln trägt neben privaten Krankenversicherungen auch Medicaid bei, nicht aber Medicare. Medicare bietet Versicherten jetzt jedoch einen erweiterten Tarif zur Übernahme von Arzneimitteln ab 2006 an. Hierzu wird eine Kopfprämie von 35 US\$ erhoben bei einer Franchise von 250 US\$. Ein erheblicher Finanzierungsbeitrag wird deshalb auch in Zukunft über Selbstbehalte geleistet werden.

Prävention, Verwaltung und Investitionen im amerikanischen Gesundheitswesen machen zusammen 9 Prozent der Ausgaben aus und liegen damit auf dem deutschen Niveau. Die Finanzierung in allen drei Leistungsbereichen erfolgt im wesentlichen durch den Staat.

Einkommensleistungen sowie Forschung und Entwicklung entsprechen im amerikanischen Gesundheitswesen rund 10 Prozent der Ausgaben. Ursache der geringeren Einkommensleistungen sind im wesentlichen zwei Faktoren: Der Krankenstand ist deutlich niedriger als in Deutschland, was zu geringeren Ausgaben der Lohnfortzahlung führt. Zweitens ist auch der Umfang der Einkommensersatzleistungen bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit geringer. Tatsächlich haben amerikanische Unternehmen in der Vergangenheit versucht, Kostensteigerungen im Sachleistungsbereich durch geringere Leistungen bei den Einkommensersatzleistungen zu kompensieren.

Gesetzliche Regelungen zur Bezahlung von Krankengeld gibt es in den USA in privaten Unternehmen nur in wenigen Bundesstaaten. Die Einkommenssicherung im Krankheitsfall basiert überwiegend auf tarifvertraglichen Regelungen, die meistens den Arbeitgeber zum Abschluss einer Gruppenversicherung bei einem privaten Unternehmen verpflichten. Zum überwiegenden Teil werden die Beiträge zu diesen Gruppenversicherungen vom Arbeitgeber allein aufgebracht. Nur ein relativ geringer Anteil der Arbeitnehmer ist an der Finanzierung beteiligt. Spezielle Regelungen gelten für öffentliche Angestellte. Invaliditätsrenten werden in den USA von der Sozialversicherung (Disability Insurance), vom Staat, der Kriegsopferversorgung und von privaten Versicherern bezahlt.

5.1.1.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 1.600,0 Mrd. Euro in den USA im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. PKV
2. Medicare
3. Medicaid
4. OASDI, etc.
5. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)
6. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)
7. Öffentliche Haushalte („Staat“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 68 dargestellt.

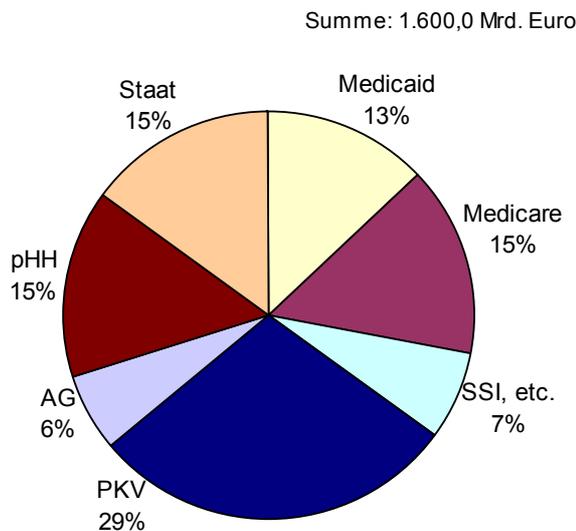


Abb. 68: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den USA, 2000 (OECD)

5.1.1.1.2.1 PKV

Die PKV bildet in den USA den größten Finanzierungsträger. Zur PKV werden in den USA alle von Arbeitgebern bereitgestellten Versicherungsleistungen gezahlt, die nicht von diesen direkt bezahlt werden. Hierunter fallen zum einen Vollversicherungen, zum anderen aber auch Medigap-Policen, die als Zusatzversicherungen Leistungslücken des Medicare-Programms füllt. Im letzten Fall zahlen private Haushalte die Versicherungsprämien. Bei Vollversicherungen existieren zudem je nach Bundesstaat besondere Regeln zum Schutz von Personen mit hohem Leistungsbedarf, die teilweise die partielle Übernahme von Prämienzahlungen durch staatliche Stellen einschließt.

5.1.1.1.2.2 Medicare

Das Medicare-Programm macht 15 Prozent aller Gesundheitsausgaben aus und erstreckt sich auf Personen über 65 Jahren, Personen unter 65 Jahren mit bestimmten Behinderungen sowie Personen mit Nierenversagen. Zu den Leistungen zählen ebenfalls kurative Leistungen, Präventionsleistungen sowie Langzeitpflege. Zudem gibt es unterschiedliche Selbstbehalte und Leistungsobergrenzen. Medicare bietet zwei Leistungstarife an: Teil A ist eine obligatorische Versicherung für die in einem Krankenhaus, Pflegeheimen und in bestimmten Nachsorgeeinrichtungen erbrachten medizinischen Leistungen. Der Versicherte bezahlt in der Regel keine Versichertenbeiträge.

ge für diese Leistungen, da er während des Erwerbslebens hierfür Sozialbeiträge geleistet hat. Teil B ist ein Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen und Verordnungen. Teil B wird zu 75% aus einkommensabhängigen Sozialbeiträgen und zu 25% aus monatlichen Versichertenbeiträgen (2004: 66,60 US\$ pro Monat) finanziert. Beide Teile sind mit zahlreichen Selbsthalten und Obergrenzen durchsetzt. So besteht beispielsweise für den Tarif B eine generelle Franchise von 100 US\$.

Die Sozialbeiträge für Medicare werden zusammen mit den Beiträgen für Renten und Invalidität mit einem Beitragssatz von 15,3 Prozent bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von US\$ 70.200 (Jahr 2000) erhoben, wobei Arbeitgeber und Arbeitnehmer je die Hälfte bezahlen. Von den 15,3 Prozent sind 2,9 Prozent für die Finanzierung von Medicare und 12,4% für die Finanzierung der Einkommenssicherung vorgesehen. Die Selbständigen bezahlen denselben Beitragssatz. Die Beitragseinnahmen werden von den Social Security Trust Funds unter der Leitung des Finanzministeriums verwaltet.

5.1.1.1.2.3 Medicaid

Medicaid ist mit 13 Prozent der Ausgaben neben dem Staat der dritte große öffentliche Finanzierungsträger in den USA. Es handelt sich dabei um ein staatliches Wohlfahrtsprogramm für Familien mit geringem Einkommen, ältere Personen mit geringem Einkommen und Behinderte. Dieses Programm finanziert sich zu gleichen Teilen aus bundesstaatlichen und Ländermitteln und damit über allgemeine Steuereinnahmen.

Medicaid finanziert insbesondere kurative Leistungen und Rehabilitation, Präventionsleistungen sowie Langzeitpflege.

5.1.1.1.2.4 OASI, etc.

Neben den Sachleistungen von Medicare werden auch Invaliditätsrenten über Sozialbeiträge jeweils hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Berufsunfähigkeitsrenten werden von der Disability Insurance (DI), einem Zweig der Alters- und Hinterbliebenversicherung, gewährt (Old Age and Survivors Insurance OASI). Die soziale Invaliditätsversicherung erfasst rund 96 Prozent aller Beschäftigten. Die rund 7 Mill. Beschäftigten, die durch diese Zwangsversicherung nicht erfasst werden, betreffen vor allem öffentliche Angestellte.

5.1.1.1.2.5 Arbeitgeber

Arbeitgeber übernehmen 6 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den USA direkt selber. Hierzu zählen nicht die oben genannten vom Arbeitgeber bezahlten Krankenversicherungsverträge, sondern nur vom Arbeitgeber gemachte, beihilfeartige Leistungszusagen und Lohnfortzahlungen.

Hintergrund für die starke Einbindung der Arbeitgeber sind u.a. Steuervorteile, die die Prämienzahlung bzw. die Krankenversicherungsleistung von der Einkommensteuer befreien, obwohl es sich dabei um einen Entgeltbestandteil handelt. Dies führt sogar dazu, dass Arbeitgeber teilweise für ihre Mitarbeiter Selbstbehalte übernehmen, da dann ebenfalls die Steuerbefreiung greift (Docteur et al., 2003).

Die direkte Belastung amerikanischer Arbeitgeber auf der sekundären Finanzierungsebene macht die Hälfte der Belastung in Deutschland aus. Finanziert werden damit insbesondere kurative Leistungen und Rehabilitationen.

5.1.1.1.2.6 Private Haushalte

Private Haushalte übernehmen in den USA 15 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt, d.h. schon auf der Ebene der sekundären Finanzierung. Hierbei handelt es sich primär um Selbstbehalte für Arzneimittel und Hilfsmittel sowie Zuzahlungen für ärztliche, zahnärztliche und klinische Leistungen.

Der Finanzierungsanteil privater Haushalte ist in den USA deutlich höher als in Deutschland (15 Prozent vs. 9 Prozent).

5.1.1.1.2.7 Staat

Mit 15 Prozent sind öffentliche Haushalte der zweitgrößte eigenständige Finanzierungsträger im amerikanischen Gesundheitswesen. Im Vergleich dazu werden in Deutschland 8 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf sekundärer Ebene durch den Staat getragen. Rechnet man die weitgehend staatlich finanzierten Programme Medicare und Medicaid hinzu, kommt man sogar auf einen staatlichen Finanzierungsanteil auf der sekundären Ebene von 43 Prozent.

Den Schwerpunkt staatlich finanzierter Leistungen bilden bestimmte Personengruppen (Veteranen, Personen ohne andere Absicherung, Pflegebedürft-

tige). Zu den staatlich finanzierten Programmen für spezielle Gruppen zählen die Krankenversicherung für Kinder SCHIP, das Pflegeprogramm PA-CE und das Programm für Kriegsversehrte.

5.1.1.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.1.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten in den USA auf primäre Ausgabenträger aufgetreten: In keinem der untersuchten Länder gibt es so viele verschiedene Versicherungsformen wie in den USA, die zudem in den einzelnen Bundesstaaten durch Spezialprogramme ergänzt werden. Darüber hinaus ist eine sehr dynamische Entwicklung der Versicherungsformen festzustellen.

Angaben zur Finanzierungsbelastung der Arbeitgeber wurden Berechnungen der HCFA entnommen, die durch eigene Berechnungen für die Geldleistungen ergänzt wurden. Bei den Invaliditätsrenten wurde von den Beitragssätzen der Invaliditätsversicherung ausgegangen.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt die folgende Tabelle 4 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung Medicare Part A Medicaid	Gehalt	2,9%	1,45% Steueranteil ca. 15%	1,45% Steueranteil ca. 85%
Krankengeld (Workers Compensation)				
Soziale Berufsunfähigkeitsversicherung (OASDI) Unfallversicherung	Gehalt	1,8%	0,9% Nach Gehalts- summe und Risiko	0,9%

Tabelle 4: Beitragssätze in der amerikanischen Kranken- und Sozialversicherung, 2000 (unterschiedliche Quellen)

Abb. 69 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger im US-amerikanischen Gesundheitswesen dar.

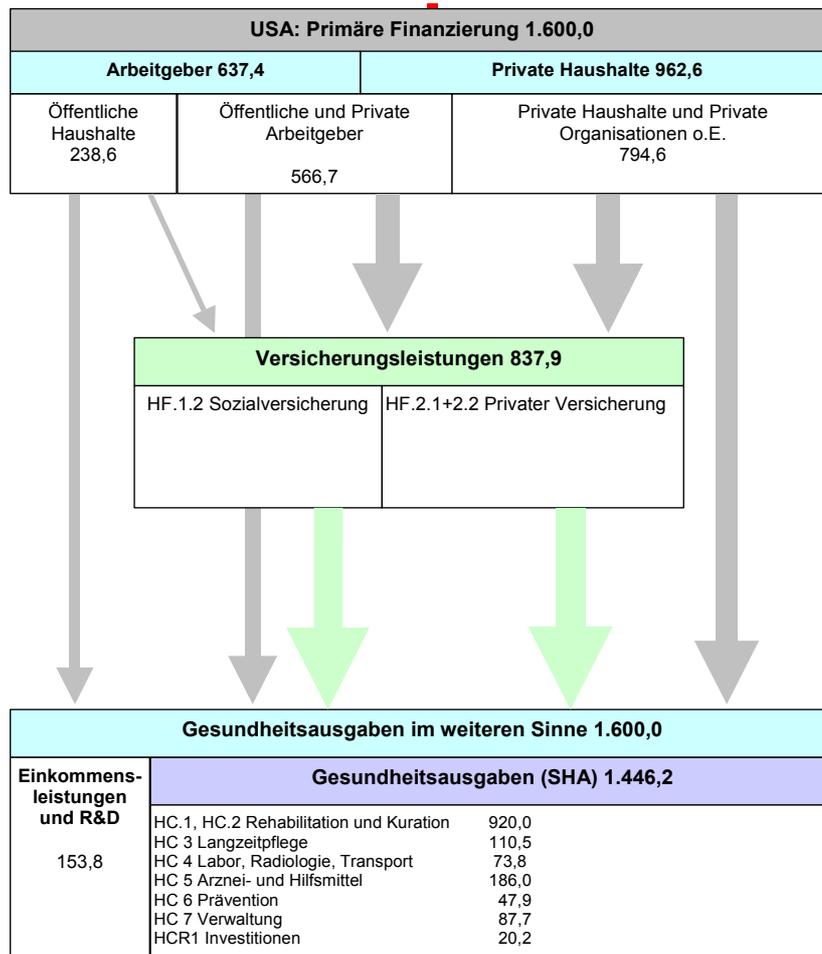


Abb. 69: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in den USA, 2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

In den USA laufen 52,4 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben über Versicherungsträger. Zum Vergleich: der Anteil der über Versicherungsträger finanzierten Ausgaben beträgt in Deutschland 69,2 Prozent. Darin zeigt sich die deutlich größere Rolle staatlich finanzierter Gesundheitsleistungen (u.a. Subvention von Versicherungsprämien bei bestimmten Personengruppen, eigene Leistungserbringer für Veteranen) aber auch der Arbeitgeber (über beihilfeartige Leistungsfinanzierung).

5.1.1.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den USA in Höhe von 1.660,0 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 70. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich auch von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren müssen, erhält man die in Abb. 71 dargestellte Belastungsverteilung.

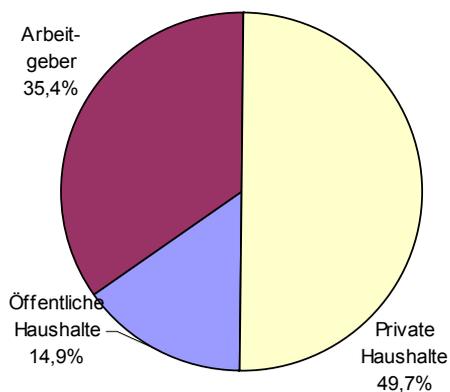


Abb. 70: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den USA einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

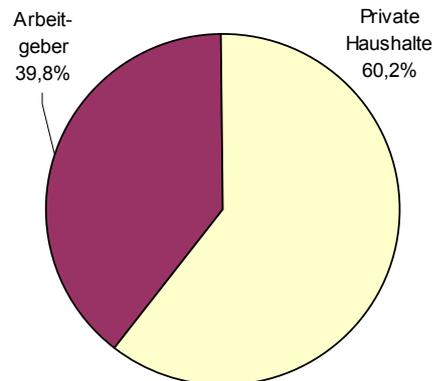


Abb. 71: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den USA nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 mit 39,8 Prozent zwei Fünftel der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern finanziert. Damit entspricht die prozentuale Arbeitgeberbelastung in Deutschland der in den USA. Insgesamt beträgt die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in den USA 637,4 Mrd. Euro bzw. 4.256 Euro pro Beschäftigten im Jahr 2000.

5.1.1.2.3 Entwicklung der Belastungsverteilung

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich für die USA ein Anstieg der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 32 Prozent. Dagegen nahm die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland in diesem Zeitraum um 5,9 Prozent zu.

Ursache für den Belastungszuwachs in den USA war nicht zuletzt die Beschäftigungsentwicklung in diesem Zeitraum, die dazu führte, das freiwillige Angebot von Krankenversicherungsschutz als Mittel der Personalgewinnung und –bindung verstärkt einzusetzen.

5.1.1.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

5.1.1.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der amerikanischen Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 20.117 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 33

Prozent gestiegen. Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 637,4 Mrd. Euro 3,2 Prozent. Dies ist identisch mit der deutschen Belastungsziffer.

5.1.1.3.2 Wertschöpfung

In der amerikanischen Volkswirtschaft wurde im Jahr 2000 10.588 Mrd. Euro an Wertschöpfung erstellt; gegenüber 1995 eine Steigerung um 33 Prozent. Der Vorleistungsanteil ist in den USA somit nicht gestiegen.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 6,0 Prozent aus, verglichen mit 6,2 Prozent in Deutschland.

5.1.1.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten betragen in den USA für das Jahr 2000 6.214 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie um 36 Prozent gestiegen, also leicht stärker als der Produktionswert und die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

10,3 Prozent der Arbeitskosten sind gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Amerika im Jahr 2000, gegenüber 10,6 Prozent in Deutschland.

5.1.1.3.4 Betriebsüberschüsse

Als Betriebsüberschüsse wurden in Amerika im Jahr 2000 3.804 Mrd. Euro erzielt. Gegenüber 1995 sind sie damit um 36 Prozent gestiegen, also in gleichem Umfang wie die Arbeitskosten. Bezogen auf die Betriebsüberschüsse macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 16,8 Prozent aus. Dieses Verhältnis liegt leicht über dem deutschen Vergleichswert von 15,0 Prozent.

5.1.1.3.5 Beschäftigung

Die Beschäftigung hat in den USA im Betrachtungszeitraum um 10 Prozent zugenommen, verglichen mit 3,7 Prozent in Deutschland. Gleichzeitig sind sowohl Arbeitskosten als auch gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Amerika weitaus stärker gestiegen als in Deutschland (Abb. 72).

Stellt man auf die Veränderung der Kennziffern pro Beschäftigten ab (Abb. 73), dann sind die gesundheitssystembedingten Arbeitskosten pro Beschäftigten in den USA zwischen 1995 und 2000 um 20 Prozent gestiegen. Dies liegt zwar noch unter der Zunahme der Arbeitskosten, stellt aber dennoch eine aus Unternehmenssicht sicherlich spürbare Steigerung dar. Zum Vergleich: In Deutschland nahm die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten um 2,1 Prozent zu.

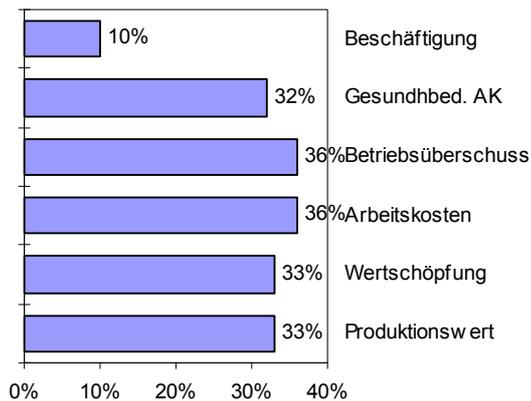


Abb. 72: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in USA, 1995-2000; alle Beschäftigten (eigene Berechnung nach OECD)

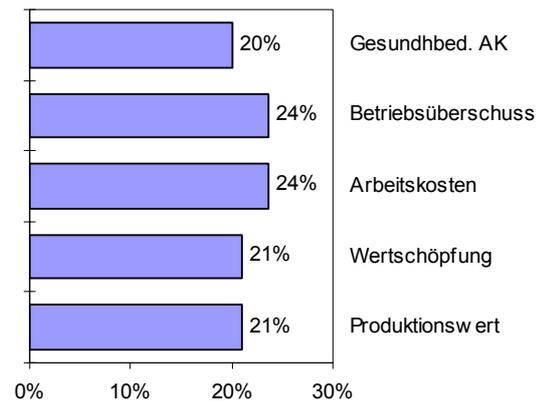


Abb. 73: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in USA, 1995-2000; pro Beschäftigten (eigene Berechnung nach OECD)

5.1.2 Großbritannien

Großbritannien ist zum einen ein wichtiger Handelspartner von Deutschland und bildet mit seinem staatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitssystem einen konzeptionellen Gegenpol zum hierzulande bestehenden System.

5.1.2.1 Gesundheitsausgaben in Großbritannien

Aufgrund seiner zentralistischen Struktur ist das britische Gesundheitssystem deutlich einfacher aufgebaut als andere Gesundheitssysteme. Im Mittelpunkt des britischen Systems steht der nationale Gesundheitsdienst NHS, der zum größten Teil mit Steuermitteln und zu einem geringen Teil, mit rund 8 Prozent, über Sozialbeiträge finanziert wird.

Zusätzlich zum NHS gibt es im Bereich der Pflege den „Social Service“. Aufgrund der staatlichen Grundsicherung beschränken sich die privaten Krankenversicherungen auf Zusatzversicherungen.

5.1.2.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit in Großbritannien summierten sich im Jahr 2000 auf 180 Mrd. Euro. Davon entfielen 130 Mrd. Euro auf Gesundheitsleistungen und 50 Mrd. Euro auf Einkommensleistungen.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 74.

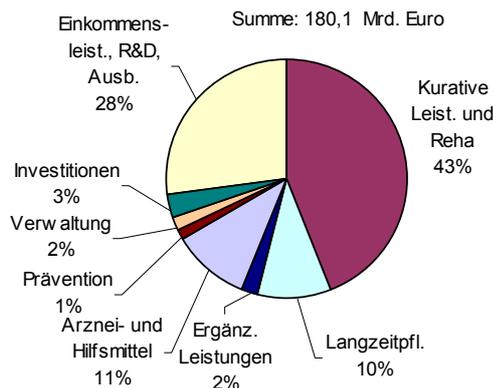


Abb. 74: Ausgaben für Gesundheit in Großbritannien nach Funktionen; 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation bilden in Großbritannien mit 43 Prozent den größten Ausgabenblock im Gesundheitswesen. Diese Ausgabenposition liegt über dem deutschen Wert von 38 Prozent. Ursache hierfür sind u.a. die in Großbritannien geringeren Ausgaben im Arznei- und Hilfsmittelbereich.

Die kurativen Leistungen und die Rehabilitation werden in Großbritannien weitgehend vom NHS erbracht und auch finanziert. Gleichzeitig liegt der Fokus privater Krankenversicherungen auch auf Leistungen in diesem Bereich. Hintergrund hierfür sind wohl die Zugangsprobleme zu derartigen Leistungen über das NHS. Zuzahlungen von Patienten gibt es insbesondere bei zahnärztlichen Leistungen und bei Arznei- und Hilfsmitteln.

Die Langzeitpflege macht 10 Prozent der gesamten Ausgaben des britischen Gesundheitswesens aus. Dies entspricht dem Anteil in Deutschland. Die Finanzierung der Langzeitpflege in Großbritannien erfolgt primär über die privaten Haushalte und den Social Service.

Arznei- und Hilfsmittel bilden in Großbritannien den drittgrößten Ausgabenposten mit einem Anteil von 11 Prozent, verglichen mit 15 Prozent in Deutschland. Zu ihrer Finanzierung tragen neben dem NHS auch die

Selbstbehalte der Patienten bei, die u.a. auf Arzneimittel und Sehhilfen erhoben werden.

Prävention, Verwaltung und Investitionen im Gesundheitswesen machen in Großbritannien zusammen 6 Prozent der Ausgaben aus, liegen also unter dem deutschen Anteil von 9 Prozent. Sowohl bei Präventionsleistungen wie auch bei Investitionen dominiert die Finanzierung über öffentliche Haushalte.

Einkommensleistungen sowie Forschung und Entwicklung bilden mit knapp 28 Prozent den zweitgrößten Ausgabenblock im britischen Gesundheitswesen. Dies liegt etwas über dem deutschen Anteil von 24 Prozent. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ist über das Arbeitgeberkrankengeld und das Arbeitsunfähigkeitsgeld geregelt, wobei zusätzliche Anforderungen wie eine bestimmte Dauer des Beschäftigungsverhältnisses erfüllt sein müssen. Das Krankengeld wird vom Arbeitgeber ab dem 4. Krankheitstag bis höchstens zur 28. Krankheitswoche gezahlt. Das Arbeitsunfähigkeitsgeld wird höchstens 52 Wochen an Personen gezahlt, die keinen Anspruch auf Krankengeld durch den Arbeitgeber haben, für höchstens 26 Wochen an Personen, die Krankengeld vom Arbeitgeber beziehen.

5.1.2.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 180 Mrd. Euro in Großbritannien im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. NHS
2. NI
3. PKV
4. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)
5. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)
6. Öffentliche Haushalte („Staat“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 75 dargestellt.

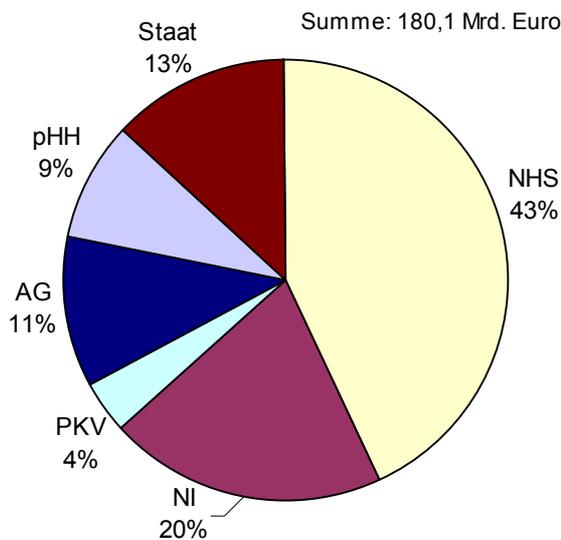


Abb. 75: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Großbritannien, 2000 (OECD)

5.1.2.1.2.1 National Health Service (NHS)

Das NHS Großbritanniens ist mit 43 Prozent der wichtigste Finanzierungsträger im Gesundheitswesen und erhält seine Mittel fast ausschließlich über Steuereinnahmen. Das NHS bildet auf Ebene der sekundären Finanzierung einen von den Öffentlichen Haushalten eigenständigen Finanzierungsträger, der deshalb auch hier separat dargestellt wird.

Bei der Steuerfinanzierung in Großbritannien dominieren die direkten Einkommensteuern, an zweiter Stelle liegt dem Aufkommen nach die Umsatzsteuer.

Der Leistungskatalog des NHS ist nicht explizit definiert und unterliegt daher variierenden politischen Akzentuierungen. Den Schwerpunkt der Leistungen bilden die ambulante und stationäre Versorgung.

5.1.2.1.2.2 National Insurance (NI)

Bei den gesundheitsrelevanten Sozialversicherungsbeiträgen an die National Insurance ist zu unterscheiden zwischen den Beiträgen, die ökonomisch als Teil des NHS verausgabt werden, und den Beiträgen für die Finanzierung der Einkommensleistungen. Die Beiträge für die NI werden als Teil der Einkommenssteuer erhoben.

Krankengeld und Invaliditätsrenten werden über die nationale Pflichtversicherung (National Insurance, NI) finanziert. Das Krankengeld wird 28 Wochen gewährt und vom Arbeitgeber ausbezahlt. Invaliditätsleistungen werden nach dem Ende eines Krankengeldbezuges von 168 Tagen und andauernder Arbeitsunfähigkeit gewährt. Die Invaliditätsleistung setzt sich aus einem einheitlichen Grundbetrag, einem nach dem Alter beim Versicherungsfall gestaffelten festen Invaliditätszuschlag und der entgeltbezogenen Zusatzrente zusammen. Sie wird um Ehegatten- und Kinderzuschläge sowie ggf. um Pflegegeld und Mobilitätsbeihilfe erhöht. Die Ausgaben für Einkommensleistungen (ohne Forschung und Ausbildung) beliefen sich 2000 auf 28,3 Mrd. Euro.

5.1.2.1.2.3 Private Krankenversicherung

Etwa zwei Drittel aller privaten Krankenversicherungen werden über den Arbeitgeber als freiwillige Zusatzleistung angeboten. Das andere Drittel der Versicherungsverträge wird von privaten Haushalten abgeschlossen. Insgesamt deckt die Private Krankenversicherung in Großbritannien etwa 10 Prozent der Bevölkerung ab und bezahlt 4 Prozent aller Ausgaben. Die Leistungen der privaten Krankenversicherung umfassen vor allem solche Leistungen, die nicht vom nationalen Gesundheitsdienst angeboten werden, wie stationäre Behandlung ohne Wartezeit, aber auch besonderen Komfort, Pflege, Krankentagegeld, Sterbegeld und Kostenerstattung.

Das Phänomen einer verstärkten privatwirtschaftlichen Absicherung des Krankheitsrisikos bei Mängeln im staatlichen Gesundheitswesen deutet darauf hin, wie eine Belastungsverminderung der Arbeitgeber durch ein geringeres Leistungsniveau gegenläufige Effekte auslösen kann.

5.1.2.1.2.4 Arbeitgeber

Arbeitgeber zahlen 11 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Großbritannien direkt. Dieser Wert liegt drei Prozentpunkte unter der Belastung deutscher Arbeitgeber. Im einzelnen tragen Arbeitgeber insbesondere die Lasten der Lohnfortzahlung.

5.1.2.1.2.5 Private Haushalte

Private Haushalte zahlen in Großbritannien im Jahr 2000 9 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben selber, d.h. schon auf der Ebene der

sekundären Finanzierung. Hierbei handelt es sich primär um Selbstbehalte für Arzneimittel, Zahnbehandlung und Sehhilfen.

5.1.2.1.2.6 Staat

Mit 13 Prozent ist der Staat der drittgrößte eigenständige Finanzierungsträger im britischen Gesundheitswesen und ist vom eigentlichen NHS zu unterscheiden. Im Unterschied zu Großbritannien werden in Deutschland 8 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf sekundärer Ebene durch den Staat getragen. Zu den direkt von staatlichen Quellen und damit außerhalb des NHS finanzierten Leistungen zählen insbesondere die häusliche Pflege, Investitionen im Gesundheitswesen und Forschungsausgaben. Der Staat erstattet den Arbeitgebern 92% des Mutterschaftsgelds (Statutory Maternity Pay) und gewährt kleinen Unternehmen Zuschüsse bei außergewöhnlich hohem Krankenstand.

5.1.2.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.2.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten in Großbritannien auf primäre Ausgabenträger aufgetreten: Die Beitragssätze der Nationalen Sozialversicherung (NI) variieren für Unternehmen und Selbständige. Die Unterschiede konnten nicht berücksichtigt werden.

Die Angaben zu den Einkommensleistungen wurden der Europäischen Sozialschutzstatistik entnommen. Prinzipiell werden hier Geldleistungen von Privatversicherungen nicht erfasst.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt Tabelle 5 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung NHS	Steuerfinanziert Zuschuss NI	Siehe NI Kopfprämien	Siehe NI Überwiegend Grup- penversicherungen	Siehe NI
PKV				
Krankengeldversicherung NI (Invalidität)	Gehalt	22,0	12,2	10,0
Pflegeversicherung		Entfällt	entfällt	Entfällt
Unfallversicherung		entfällt	entfällt	Entfällt

Tabelle 5: Beitragssätze in der Kranken- und Sozialversicherung Großbritanniens; 2000 (unterschiedliche Quellen)

Abb. 76 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt damit den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger.

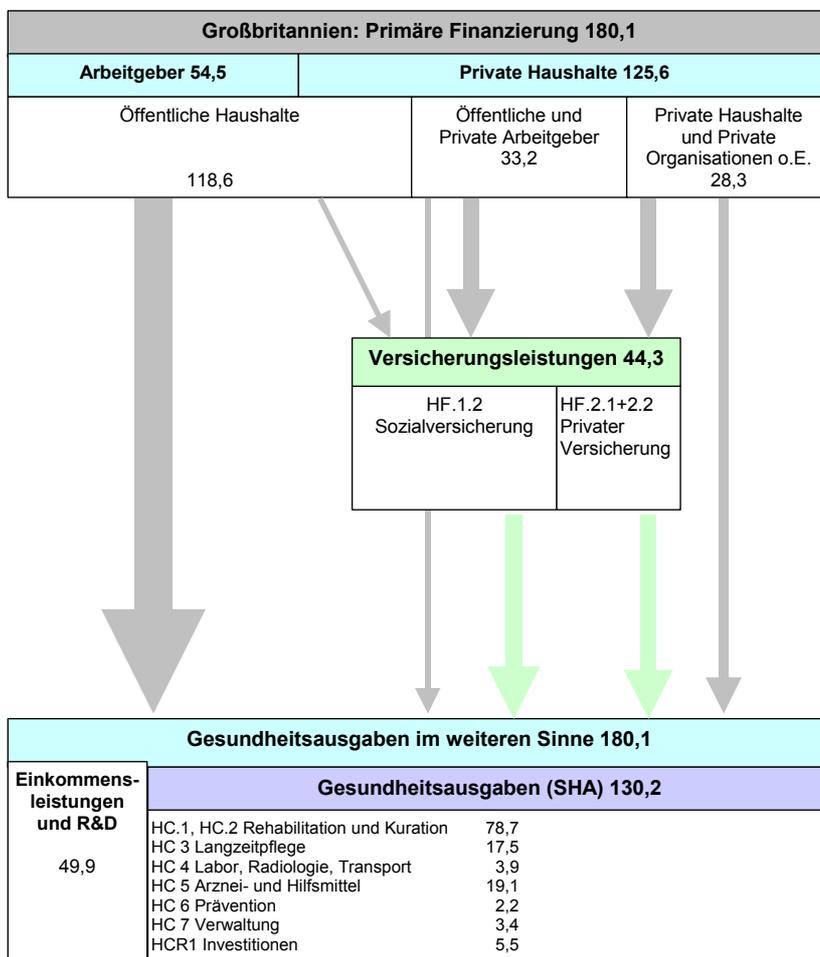


Abb. 76: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Großbritannien, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)

In Großbritannien laufen lediglich 24,6 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben über Versicherungsträger, während der Anteil in

Deutschland 69,2 Prozent beträgt. Hierin zeigt sich das unterschiedliche Finanzierungsparadigma.

5.1.2.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Großbritannien in Höhe von 180,1 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 77. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich auch von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 78 dargestellte Belastungsverteilung.

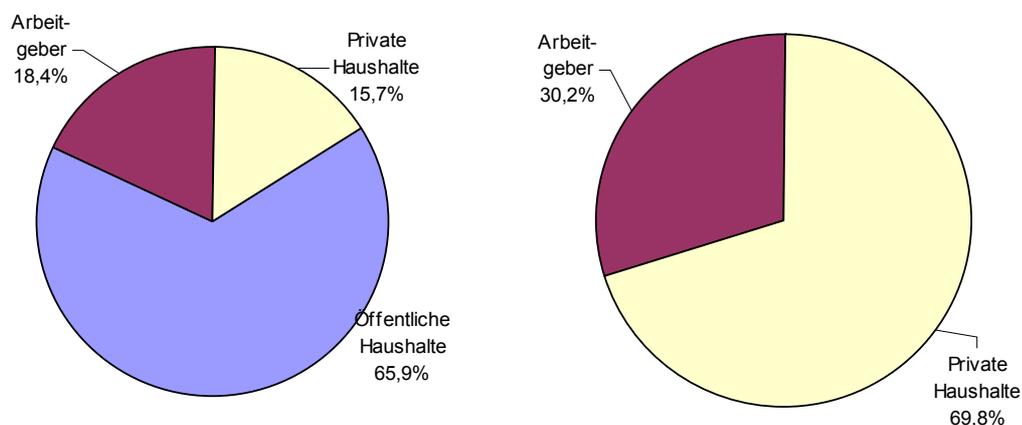


Abb. 77: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Großbritannien einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Abb. 78: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Großbritannien nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 mit 30,2 Prozent knapp ein Drittel der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern finanziert. Ursache für diese Zuordnung der öffentlichen Haushalte auf private Haushalte und Arbeitgeber sind deren unterschiedlichen Anteile am Steueraufkommen. Die prozentuale Arbeitgeberbelastung ist in Deutschland um 11 Prozentpunkte höher als in Großbritannien.

Der Belastungsanteil der Arbeitgeber entspricht einem Betrag von 54,5 Mrd. Euro bzw. von 1.836 Euro pro Beschäftigten.

5.1.2.2.3 Entwicklung der Belastungsverteilung

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich für Großbritannien ein Anstieg der gesundheitssystembedingten Arbeit-

geberbelastung um 22 Prozent. Dagegen nahm die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland in diesem Zeitraum um 5,9 Prozent zu.

5.1.2.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

5.1.2.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der britischen Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 3.003 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 34 Prozent gestiegen, verglichen mit 12,4 Prozent in Deutschland. Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 32 Mrd. Euro 1,8 Prozent, während er in Deutschland 3,2 Prozent beträgt.

5.1.2.3.2 Wertschöpfung

In der britischen Volkswirtschaft wurde im Jahr 2000 1.437 Mrd. Euro an Wertschöpfung erarbeitet. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Steigerung um 32 Prozent.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 3,7 Prozent aus, gegenüber 6,2 Prozent in Deutschland. Hieran zeigt sich nochmals deutlich die geringere Belastung der Arbeitgeber in Großbritannien. Ursache hierfür sind zum einen die deutlich geringeren Gesundheitsausgaben in Großbritannien. Zum anderen ist aber auch der prozentuale Finanzierungsanteil der Arbeitgeber – wie in Abschnitt 5.1.2.2 gezeigt – deutlich geringer.

Hieran schließt sich die Frage an, wie sich die beiden genannten Effekte (einerseits Ausgabenvolumen, andererseits Belastungsverteilung) in welcher Quantität auswirken? Müssten die deutschen Arbeitgeber statt 41 Prozent nur 30 Prozent aller Gesundheitsausgaben tragen, so betrüge ihre Belastung bezogen auf die Wertschöpfung 4,8 Prozent statt 6,2 Prozent.

Hieraus folgt:

- Der geringere Belastungsanteil britischer Arbeitgeber reduziert die Arbeitgeberbelastung bezogen auf die Wertschöpfung um 1,4 Prozentpunkte.

- Das geringere Ausgabenniveau im britischen Gesundheitswesen erklärt die anderen 1,1 Prozentpunkte Unterschied bei der Arbeitgeberbelastung bezogen auf die Wertschöpfung.

Schon diese sehr grobe Abschätzung macht deutlich, dass die geringere Belastung britischer Arbeitgeber mit den Gesundheitsausgaben nicht nur auf Unterschiede in der Belastungsverteilung zurückzuführen ist, sondern auch fast in gleichem Umfang auf das Leistungsniveau des Gesundheitswesens.

5.1.2.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten betragen in Großbritannien für das Jahr 2000 861 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie um 36 Prozent gestiegen, also etwas mehr als der Produktionswert. Gleichzeitig ist dieser Wert deutlich stärker gestiegen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung mit 22 Prozent. Folglich hat sich diese dämpfend auf die Arbeitskostenzunahme ausgewirkt.

Bezogen auf die Arbeitskosten macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Großbritannien im Jahr 2000 6,2 Prozent aus, gegenüber 10,6 Prozent in Deutschland.

5.1.2.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse betragen in Großbritannien im Jahr 2000 576 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 sind sie um 27 Prozent gestiegen. Bezogen auf die Betriebsüberschüsse macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 9,3 Prozent aus. Dieses Verhältnis liegt wiederum deutlich unter dem deutschen Vergleichswert von 15,0 Prozent.

5.1.2.3.5 Beschäftigung

Mit 7 Prozent gab es im Beobachtungszeitraum eine erkennbare Beschäftigungszunahme, obwohl auch die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung zugenommen hat, genauso wie die Arbeitskosten (Abb. 79).

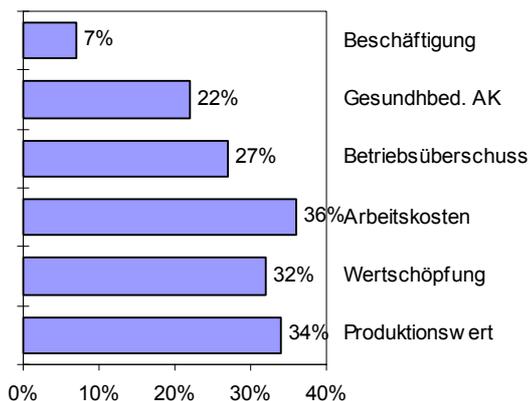


Abb. 79: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Großbritannien; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)

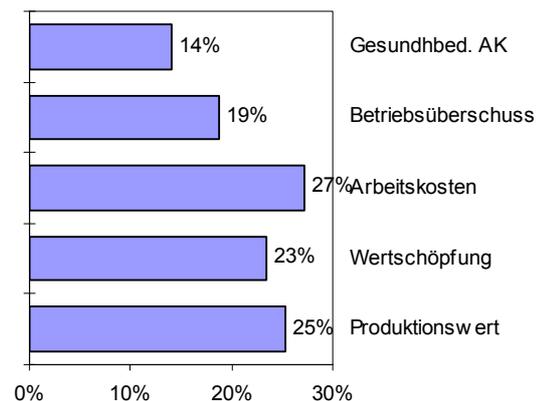


Abb. 80: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Großbritannien; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)

Korrigiert man die Veränderungen um die Beschäftigungsveränderung, dann ergeben sich die Veränderungsraten pro Beschäftigten. Hier zeigt sich, dass die Beschäftigung trotz um ein Viertel gesteigener Arbeitskosten zugenommen hat (Abb. 80). Weiterhin wird deutlich, dass die Ursache für den Belastungszuwachs in Großbritannien das höhere Wirtschaftswachstum und das höhere Wachstum der Gesundheitsausgaben war.

5.1.3 Frankreich

Das französische Gesundheitswesen wird im Wesentlichen über Sozialbeiträge finanziert. Darüber hinaus ist Frankreich der größte Handelspartner der Bundesrepublik Deutschland.

5.1.3.1 Gesundheitsausgaben in Frankreich

Die französische Krankenversicherung basiert auf zwei Säulen, erstens einer Bürgerschaftsversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung (Arbeitnehmer und ihre Familien), der Caisse Nationale d' Assurance Maladie CNAM der Sécurité Sociale, und zweitens Zusatzversicherungen, welche durch private Versicherer, die sogenannten „Mutuelles“, und durch die staatliche Zusatzversicherung basierend auf einer Bedürftigkeitsprüfung angeboten werden.

Die Finanzierung der nationalen Krankenversicherung CNAM erfolgt über eine zentrale Beitrags- und Steuersammelstelle, welche nicht nur die Gesundheitssicherung, sondern auch die Rentenversicherung einschließt. Vergleichsweise zu Deutschland bezahlen die Rentner einen geringeren Teil ihres Einkommens als Krankenversicherungsbeitrag.

5.1.3.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit machen in Frankreich im Jahr 2000 171,6 Mrd. Euro aus. Davon entfallen 143,7 Mrd. Euro auf Gesundheitsleistungen und 27,9 Mrd. Euro auf Einkommensleistungen und R&D.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 81.

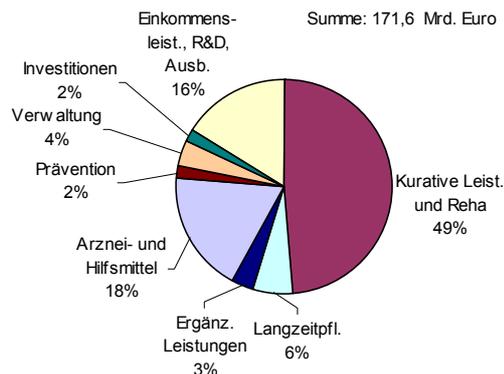


Abb. 81: Ausgaben für Gesundheit in Frankreich nach Funktionen; 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation bilden mit 49 Prozent den größten Ausgabenblock in Frankreich. Diese Ausgabenposition macht einen erheblich größeren Anteil als in Deutschland aus. Ursache hierfür sind die geringeren Einkommensleistungen sowie Abgrenzungsprobleme zwischen kurativen und pflegerischen Leistungen in der Statistik.

Die kurativen Leistungen und die Rehabilitation werden in Frankreich überwiegend durch die CNAM getragen. Als weitere Ausgabenträger sind auch die Mutuelles relevant, die durch Kopfbeiträge, oftmals über Gruppenversicherungen der Unternehmen, finanziert werden. Trotz Kostenerstattungsprinzip im ambulanten Bereich ist deshalb die effektive Zuzahlung bei ärztlichen Leistungen gering (Schneider et al. 2004, S. 28; Imai et al., 2000, S. 10).

Die Langzeitpflege ist mit einem Anteil von 6 Prozent an den Ausgaben von geringerer Bedeutung als in Deutschland. Ihre Finanzierung erfolgt überwiegend über die öffentlichen Haushalte und die Nationale Krankenversicherung und zu 28 Prozent über private Ausgaben.

Die ergänzenden Leistungen machen in Frankreich im Jahr 2000 zusammen 3 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Da die Krankenhaustransporte teilweise in den Krankenhausbereich integriert sind, werden diese Leistungen in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht extra ausgewiesen.

Arznei- und Hilfsmittel bilden in Frankreich den zweitgrößten Ausgabenposten noch vor den Einkommensleistungen. Ihr Anteil beträgt 18 Prozent. Bei Arzneimitteln erfolgt die Finanzierung primär durch die gesetzliche Krankenversicherung der Sécurité Sociale und rund 20 Prozent tragen jeweils Zusatzversicherungen und die Privaten Haushalte. Bei den Hilfsmitteln wird etwa die Hälfte von der Sécurité Sociale übernommen; der Anteil der Privaten Haushalte liegt hier bei rund einem Drittel.

Prävention, Verwaltung und Investitionen machen im französischen Gesundheitswesen zusammen 8 Prozent der Ausgaben aus. Während Präventionsleistungen und Investitionen überwiegend von den Kommunen finanziert werden, kommt die Sécurité Sociale für die Verwaltung der Sozialversicherung auf.

Die Einkommensleistungen repräsentieren 16 Prozent der Gesundheitsausgaben. Dieser Anteil ist um ein Drittel geringer als in Deutschland. Einkommensleistungen werden sowohl über die Sozialversicherung als auch über die Arbeitgeber direkt finanziert.

In Frankreich wird Krankengeld - wie in Deutschland - von der Krankenversicherung, Invalidenrenten jedoch von der Invalidenversicherung, die ein eigener Zweig der Sozialversicherung ist, gewährt. Invalidenrenten vor dem 60. Lebensjahr setzen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens zwei Dritteln voraus. Sie sind von der Versicherungsdauer unabhängig und werden in Höhe eines nach Invaliditätsgraden gestaffelten Prozentsatzes des individuellen durchschnittlichen Jahresarbeitsentgelts gezahlt. Nach dreijähriger Betriebszugehörigkeit erhält der Arbeitnehmer in Frankreich eine Lohnfortzahlung von 90% des Nettoentgeltes für 30 Tage, anschließend zwei Drittel des Bruttoentgeltes für weitere 30 Tage. Häufig sind tarifvertraglich bessere Bedingungen festgelegt, insbesondere wird die Lohnfortzahlung oft auf drei Monate ausgedehnt. Krankengeld wird bezahlt, sobald kein Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht. Das Krankengeld beträgt in der Regel 50% des Arbeitsentgelts, bei Versicherten mit drei oder mehr Kindern erhöht es sich vom 31. Krankheitstag an auf zwei Drittel des Arbeitsentgeltes. Im Jahr 2000 beliefen sich die Geldleistungen bei Krankheit auf 24,7 Mrd. €.

5.1.3.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 171,6 Mrd. Euro in Frankreich im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. Sécurité Sociale

2. Mutuelles
3. PKV
4. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)
5. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)
6. Öffentliche Haushalte („Staat“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 82 dargestellt.

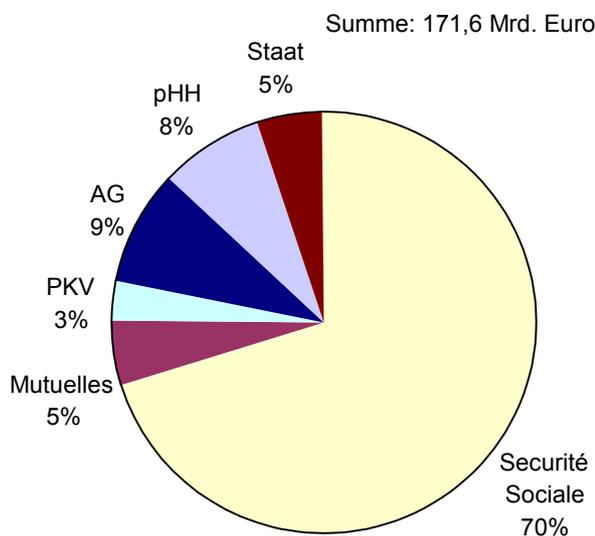


Abb. 82: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Frankreich (OECD)

5.1.3.1.2.1 Sécurité Sociale

Die Sécurité Sociale bildet mit 70 Prozent die wichtigste Säule der sekundären Finanzierung gesundheitssystembedingter Ausgaben in Frankreich. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht und keine freiwillige Versicherung. Allerdings gibt es Sondersysteme für einzelne Bevölkerungsgruppen wie die Selbständigen; die Mitgliedschaft knüpft vorrangig an der Beschäftigung an und subsidiär am Wohnsitz. Familienangehörige sind über versicherungspflichtige Erwerbstätige mitversichert. Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge bilden die Arbeitsentgelte. Eine Beitragsbemessungsgrenze gibt es nicht. Den allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag von insgesamt 13,55 Prozent des Arbeitsent-

gelts zahlt zu 0,75 Prozent der Arbeitnehmer und zu 12,8 Prozent der Arbeitgeber. Daneben gibt es noch eine allgemeine „Sozialversicherungssteuer“ von 7,5 Prozent, welche voll der Arbeitnehmer zahlt und deren Bemessungsgrundlage der Einkommenssteuer entspricht. Diese Sozialversicherungssteuer hat dazu geführt, dass der Anteil der Arbeitgeber an den gesundheitssystembedingten Kosten Ende der 90er Jahre deutlich gesunken ist.

5.1.3.1.2.2 Mutuelles und PKV

Mutuelles und traditionelle privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen bieten einen komplementären Versicherungsschutz als Ergänzung der Sécurité Sociale an. Das System der Zusatzversicherungen wurde während der letzten Jahrzehnte kontinuierlich erweitert und bietet heute mehr als 90 Prozent der Bevölkerung einen zusätzlichen Versicherungsschutz. Viele Arbeitgeber bieten einen solchen Versicherungsschutz als Teil der Sozialleistungen freiwillig an (Imai et al., 2000, S. 10). In den anderen Fällen tragen die Versicherten die Prämie selber.

Im Jahr 2000 hat die Regierung Rocard eine Minimum-Einkommenssicherung eingeführt, welche allen Bürgern einen Zugang zur umfassenden Versorgung sichert. Dieser allgemeine Versicherungsschutz (Couverture Medicale Universelle CMU) gilt für Personen mit Einkommen unter € 15.000. Die Beiträge werden vom Staat bzw. den Kommunen übernommen.

5.1.3.1.2.3 Arbeitgeber

Die Arbeitgeber finanzieren wie in Deutschland die Lohnfortzahlung und den betrieblichen Gesundheitsdienst direkt. Der Finanzierungsumfang der Arbeitgeber auf sekundärer Ebene beträgt 9 Prozent der gesundheitssystembedingten Kosten.

5.1.3.1.2.4 Private Haushalte

Private Haushalte zahlen die als Deckungslücken der Sécurité Sociale ausgestalteten Selbstbehalte. Da sie jedoch in den meisten Fällen über eine Komplementärversicherung verfügen, ist der verbleibende direkte Finanzierungsanteil privater Haushalte mit 8 Prozent entsprechend gering.

5.1.3.1.2.5 Staat

Öffentliche Haushalte bezahlen in Frankreich 5 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben. Diese verteilen sich auf kurative Behandlung und Leistungen der Langzeitpflege, Prävention und Gesundheitsüberwachung sowie auf die Förderung der medizinischen und pharmazeutischen Forschung.

5.1.3.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.3.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten in Frankreich auf primäre Ausgabenträger aufgetreten: Für Selbständige besteht innerhalb der CNAM ein eigener Versicherungszweig, der ca. 3 Mio. Selbständige einschl. Familienangehörige umfasst. In der französischen Gesundheitsausgabenrechnung werden diese nicht extra ausgewiesen, so dass diese identifiziert und den privaten Haushalten zugewiesen werden mussten. Darüber hinaus werden Geldleistungen durch Privatversicherungen nicht erfasst.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt die folgende Tabelle 6 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung				
CNAM	Arbeitsentgelt	13,55%	12,8	0,75
Bemessungsgrenze		Keine	keine	keine
Rentner	Siehe Sonderbeitrag			
Sonderbeitrag	Steuerbares Einkommen			5,05
Mutuelles		Kopfprämien	Bei Erwerbstätigen voller Beitrag	
Krankengeldversicherung		Siehe CNAM	Siehe CNAM	Siehe CNAM
Berufsunfähigkeitsversicherung	3 Karenztage			
Unfallversicherung		14,85	8,30	6,55 plus Kopfprämie
			Nach Risiko	

Tabelle 6: Beitragssätze in der französischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)

Abb. 83 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt damit den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger für das französische Gesundheitswesen.

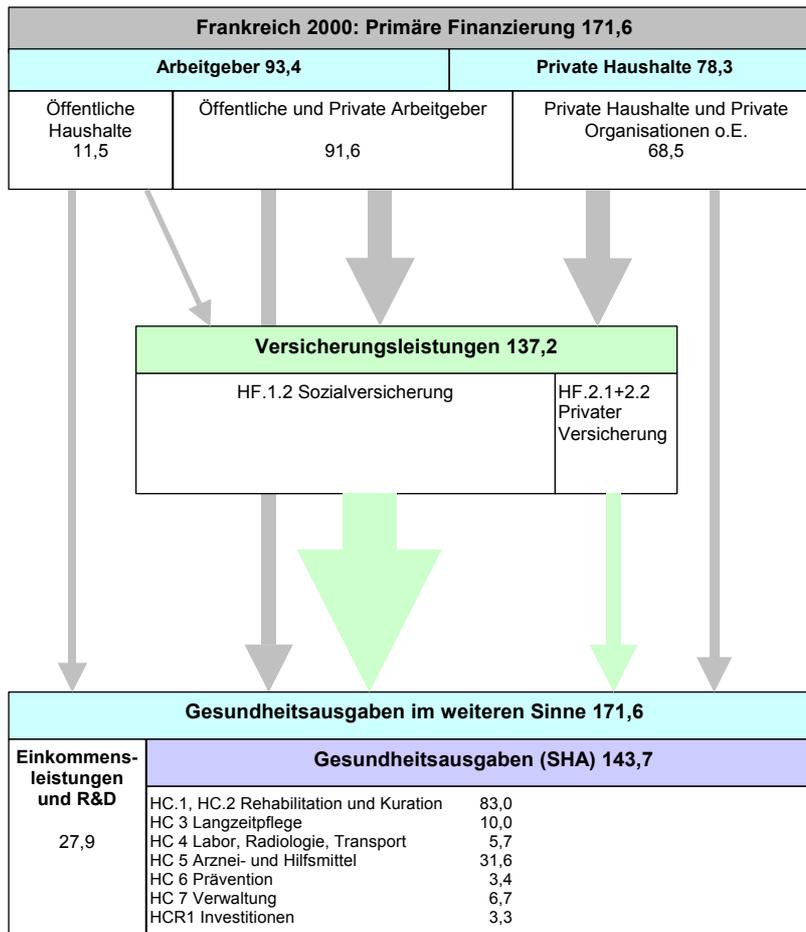


Abb. 83: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Frankreich 2000 (eigene Berechnung nach OECD)

Dabei fällt auf, dass mit 80,0 Prozent vier Fünftel aller Ausgaben im französischen Gesundheitswesen Versicherungsleistungen sind, während der Rest direkt von Öffentlichen Haushalten, Arbeitgebern und Privaten Haushalten gezahlt wird.

5.1.3.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Frankreich in Höhe von 171,6 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 84. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 85 dargestellte Belastungsverteilung.

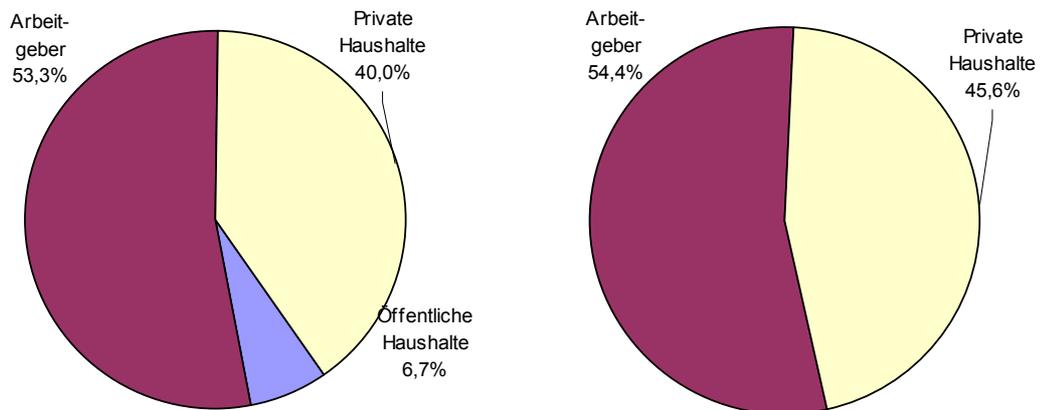


Abb. 84: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Frankreich einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Abb. 85: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Frankreich nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Im Jahr 2000 haben Arbeitgeber mit 54,4 Prozent mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben finanziert. Dies entspricht einer Gesamtbelastung in Höhe von 93,4 Mrd. Euro bzw. 3.792 Euro pro Beschäftigten. Vergleicht man Abb. 84 und Abb. 85, dann fällt zusätzlich auf, dass öffentliche Haushalte in Frankreich überwiegend über indirekte Steuern finanziert werden und daher von den privaten Haushalten getragen werden.

Mit 54 Prozent liegt der Anteil der Arbeitgeber deutlich über der Belastung in Deutschland mit insgesamt 41 Prozent. Ursache hierfür ist der große Anteil der über Versicherungen bezahlten Ausgaben in Frankreich.

5.1.3.2.3 Entwicklung der Belastungsverteilung

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich in Frankreich ein Anstieg der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 23 Prozent. Zum Vergleich: Ausgehend von einem deutlich geringeren Niveau als in Frankreich nahm in Deutschland die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in diesem Zeitraum nur um 5,9 Prozent zu.

5.1.3.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

5.1.3.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der französischen Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 2.544 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 26 Prozent gestiegen. Der Produktionswert nahm etwas stärker zu als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung. Hierdurch relativiert sich die zuvor konstatierte Belastungszunahme in Frankreich.

Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 93 Mrd. einem Anteil von 3,6 Prozent – gegenüber 3,2 Prozent in Deutschland.

5.1.3.3.2 Wertschöpfung

Die Wertschöpfung in Frankreich betrug im Jahr 2000 1.306 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Steigerung um 19 Prozent.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 7,1 Prozent aus, gegenüber 6,2 Prozent in Deutschland.

5.1.3.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten bilden eine weitere wichtige Kennzahl im Standortvergleich. Sie betragen für das Jahr 2000 738 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie in Frankreich um 20 Prozent gestiegen.

Die hohe gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Frankreich zeigt sich auch an deren Anteil bezogen auf die Arbeitskosten. Dieser beträgt 12,5 Prozent. Demgegenüber macht die Belastung in Deutschland 10,6 Prozent der Arbeitskosten aus.

5.1.3.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse betragen 2000 518 Mrd. Euro. Dieser Wert ist gegenüber 1995 um 18 Prozent gestiegen. Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen beträgt in Frankreich 17,8 Prozent, verglichen mit 15,0 Prozent in Deutschland.

5.1.3.3.5 Beschäftigung

In Frankreich waren im Jahr 2000 24.290 Tausend Personen beschäftigt. Gegenüber 1995 entspricht dies einem Anstieg um 7 Prozent (Abb. 86). Diese Entwicklung der Beschäftigungszunahme ist im Vergleich zu Deutschland um so bemerkenswerter, als die Arbeitskosten in Frankreich pro Beschäftigten um 12 Prozent angestiegen sind, Arbeit mithin teurer wurde bzw. Abb. 87). Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung nahm sogar um 15 Prozent pro Beschäftigten zu.

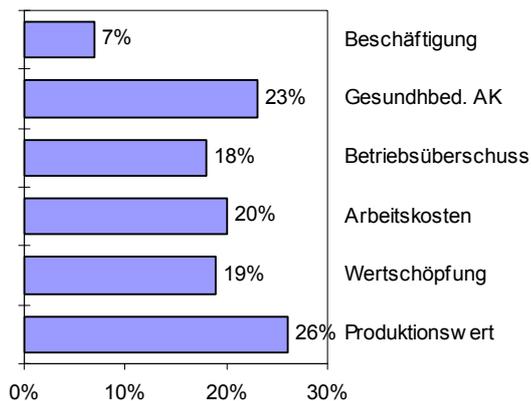


Abb. 86: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Frankreich; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)

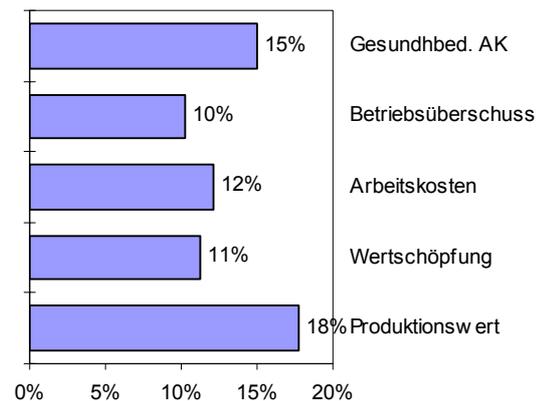


Abb. 87: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern; in Frankreich; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung nach OECD)

5.1.4 Schweiz

Als sehr kleine Volkswirtschaft müsste die Schweiz einem besonders starken Standortwettbewerb unterworfen sein. Aus gesundheitspolitischer Perspektive resultiert das Interesse an der Schweiz aus dem Finanzierungssystem einkommensunabhängiger Kopfpauschalen, ein Ansatz der auch für Deutschland diskutiert wird.

5.1.4.1 Gesundheitsausgaben in der Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem finanziert sich primär über obligatorische Versicherungsprämien. Die Versicherungspflicht für die Grundversicherung erstreckt sich auf die gesamte Schweizer Wohnbevölkerung.

Die Tarifikalkulation folgt dem Prinzip der Risikosolidarität, d.h. alle Versicherten desselben Versicherungsträgers zahlen dieselbe Versicherungsprämie, die einzig noch nach drei Regionalklassen gestaffelt sein kann. Personen unter 18 Altersjahren zahlen eine ermäßigte Prämie. Es besteht die

Möglichkeit einer Ermäßigung bis zum Alter von 25 Jahren. Eine Differenzierung nach dem Geschlecht ist nicht gestattet. Eine Einkommenssolidarität besteht innerhalb der einzelnen Krankenversicherung nicht. Um die Verteilungseffekte abzufedern, bezahlen die Kantone Beitragssubventionen für einkommensschwache Versicherte (Bundesamt für Statistik 2000). Versicherungsträger unterliegen dem Kontrahierungszwang und müssen denselben Leistungskatalog anbieten.

Der Leistungskatalog in der Schweiz ist sehr umfangreich und beinhaltet auch ambulante und stationäre Pflegeleistungen, Krankenhausbehandlung, Krankentransport, Prävention, Gesundheitsförderung sowie komplementärmedizinische Ansätze, sofern diese von Ärzten erbracht werden. Nicht abgedeckt sind dagegen u.a. zahnmedizinische Leistungen und psychotherapeutische Leistungen von Nichtmedizinern.

5.1.4.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit machen in der Schweiz im Jahr 2000 37,4 Mrd. Euro aus. Davon entfallen 27,8 Mrd. Euro auf Gesundheitsleistungen und 9,6 Mrd. Euro auf Einkommensleistungen.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 88.

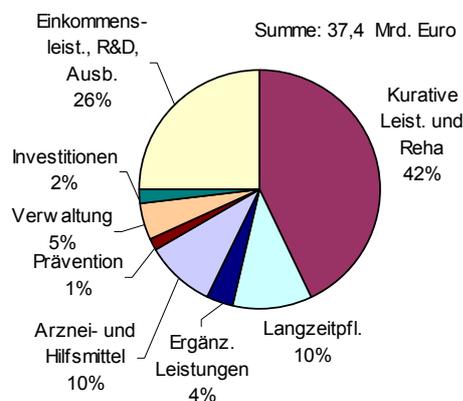


Abb. 88: Ausgaben für Gesundheit in der Schweiz; nach Funktionen 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation bilden mit 42 Prozent den größten Ausgabenblock im Schweizer Gesundheitswesen aus. Diese Ausgabenposition macht einen größeren Anteil als in Deutschland (38 Prozent) aus. Ursache hierfür dürften vor allem ein höheres Preisniveau bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen sein.

Die kurativen Leistungen und die Rehabilitation werden in der Schweiz weitgehend durch die obligatorische Krankenversicherung getragen, deren Prämien für Geringverdiener in nicht unerheblichem Umfang bezuschusst werden. Als weitere Ausgabenträger sind auch private Haushalte sowie freiwillige Zusatzversicherungen relevant.

Die Langzeitpflege hat mit einem Anteil von 10 Prozent an den Ausgaben dieselbe Bedeutung wie in Deutschland. Die Finanzierung erfolgt, abgesehen von einem Selbstbehalt – überwiegend über die obligatorische Krankenversicherung.

Arznei- und Hilfsmittel bilden in der Schweiz genauso wie in Deutschland nach den Einkommensleistungen den drittgrößten Ausgabenposten. Ihr Anteil beträgt 10 Prozent, während er in Deutschland bei 16 Prozent liegt. Ursache ist nicht zuletzt eine geringere Anzahl von Arzneimittel- und Hilfsmittelverordnungen, was möglicherweise in der hohen Selbstbeteiligung begründet liegt. Ihre Finanzierung erfolgt neben der obligatorischen Krankenversicherung nicht unwesentlich auch über private Haushalte, da die Erstattung bei Arzneimitteln, Sehhilfen und Hilfsmitteln stark eingeschränkt ist.

Prävention, Verwaltung und Investitionen machen im Schweizerischen Gesundheitswesen zusammen 8 Prozent der Ausgaben aus. Während Präventionsleistungen und Verwaltungsaufwendungen überwiegend von der obligatorischen Krankenversicherung finanziert werden, kommen öffentliche Haushalte für die Krankenhausinvestitionen auf.

Die Einkommensleistungen einschl. Forschung und Ausbildung repräsentieren 26 Prozent der Gesundheitsausgaben und liegen damit anteilmäßig etwas höher als in Deutschland. Einkommensleistungen werden überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge der Unfall- und Invalidenversicherung finanziert.

5.1.4.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 37,4 Mrd. Euro in der Schweiz im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. KVG
2. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)

3. Öffentliche Haushalte („Staat“)
4. SUVA, IV, AHV
5. PKV
6. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 89 dargestellt.

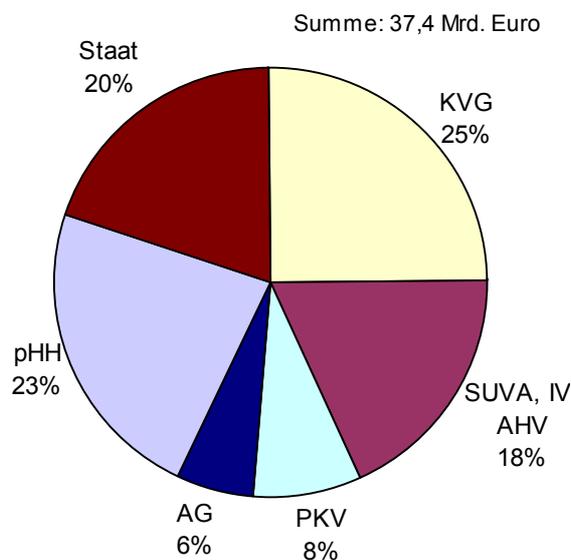


Abb. 89: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in der Schweiz, 2000 (OECD)

5.1.4.1.2.1 KVG

Die Grundversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) bildet mit 25 Prozent die wichtigste Säule der sekundären Finanzierung gesundheitssystembedingter Ausgaben in der Schweiz. Die Krankenversicherungen finanzieren sich über regional- und versicherungsspezifische Kopfprämien. Einkommensschwache Haushalte erhalten Transfers von den Kantonen, die direkt an den Versicherungsträger ausgezahlt werden. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf alle Gebietsansässige, also auch nicht Berufstätige sowie Kinder und Jugendliche.

Versicherte haben die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Selbstbehaltstarifen. Statt der obligatorischen Grundfranchise von 230 sfr (157 €) für Erwachsene pro Jahr können die Versicherten freiwillig eine höhere Franchise wählen. Sie erhalten dafür einen Prämienrabatt. Die Prämienra-

batte in den einzelnen Stufen sind gesetzlich festgelegt. Die maximal zulässigen Prämienreduktionen betragen bei den einzelnen Stufen 8%, 15%, 30% bzw. 40%. Daneben gibt es für die Versicherten noch andere Möglichkeiten, die Prämienbelastung zu reduzieren. Sie können so z.B. auf die freie Wahl des Arztes und des Spitals verzichten (Hausarztmodell bzw. HMO- und PPO-Modell).

5.1.4.1.2.2 Private Haushalte

Private Haushalte zahlen 23 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt, d.h. schon auf der Ebene der sekundären Finanzierung. Das ist mehr als das Doppelte dessen, was private Haushalte in Deutschland aufwenden. Die hohe direkte Belastung erklärt sich zum einen aus den hohen Selbstbehaltstarifen, die sich aus einer wählbaren Franchise und einer 10% Zuzahlung zusammensetzen, zum anderen aus hohen Direktzahlungen.

5.1.4.1.2.3 Staat

Mit 20 Prozent finanziert der Staat fast soviel wie die privaten Haushalte. Der gegenüber Deutschland mit 8 Prozent deutlich höhere Anteil der staatlichen Finanzierung erklärt sich aus folgenden beiden Faktoren: Als Folge der Kopfprämien in der Krankenversicherung leistet der Staat in erheblichem Umfang Zuschüsse zur Grundversicherung im Krankheitsfall an die Krankenkassen. Und die Kantone finanzieren direkt einen Teil der Krankenhausleistungen.

5.1.4.1.2.4 SUVA, IV, AHV

SUVA, IV, AHV bilden mit 18 Prozent die dritte Säule der sekundären Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch öffentliche Finanzierungsträger. Die Sozialversicherungsträger der Alters- und Hinterbliebenversicherung, der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung gewähren Sach- und Einkommensleistungen im Falle von Invalidität und bei Unfällen.

5.1.4.1.2.5 PKV

Über Zusatzversicherungen werden in der Schweiz rund 8 Prozent der gesundheitssystembedingten Kosten finanziert. Hierbei handelt es sich einerseits um die gesetzlich anerkannten, privatwirtschaftlichen Krankenkassen der Grundversorgung, zum anderen um private Versicherungen.

5.1.4.1.2.6 Arbeitgeber

Arbeitgeber zahlen nur 6 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt selber. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Bei einer Erkrankung oder einem Unfall ist der Arbeitgeber zu einer Lohnfortzahlung verpflichtet, wenn das Arbeitsverhältnis seit mehr als drei Monaten besteht oder auf mehr als drei Monaten besteht. Das Arbeitsentgelt ist in jedem Fall für drei Wochen weiter zu zahlen, danach für eine „angemessene längere Zeit“. Im Vergleich zu Deutschland ist die direkte Belastung der Arbeitgeber in der Schweiz weniger als halb so hoch.

5.1.4.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.4.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten in der Schweiz auf primäre Ausgabenträger aufgetreten:

Die Angaben zu den Einkommensleistungen wurden der Europäischen Sozialschutzstatistik entnommen. Prinzipiell werden hier Geldleistungen von Privatversicherungen nicht erfasst. Bei den Tagegeldversicherungen werden vielfach in Rahmen von Gesamtarbeitsverträgen kollektive Krankentagegeldversicherungen vereinbart. Die Prämien werden von Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte bezahlt.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt die folgende Tabelle 7 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung KVG	Region: Kopfprämien Geringere Prämien unter 18, (25) Jahren Risiko			€ 184 im Durchschnitt
PKV Krankentagegeldversicherung	Gehalt			
AHV	Gehalt	8,4	4,2	4,2
Invalidenversicherung (IV)* Pflegeversicherung	Gehalt entfällt	1,4	0,7	0,7
Unfallversicherung (UVG)	Arbeitsentgelt, Risiko		Berufsunfälle	Nichtberufsunfälle

* zu mehr als der Hälfte über die öffentliche Hand finanziert

Tabelle 7: Beitragssätze in der Schweizer Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)

Abb. 90 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt damit

den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger im Schweizer Gesundheitswesen.

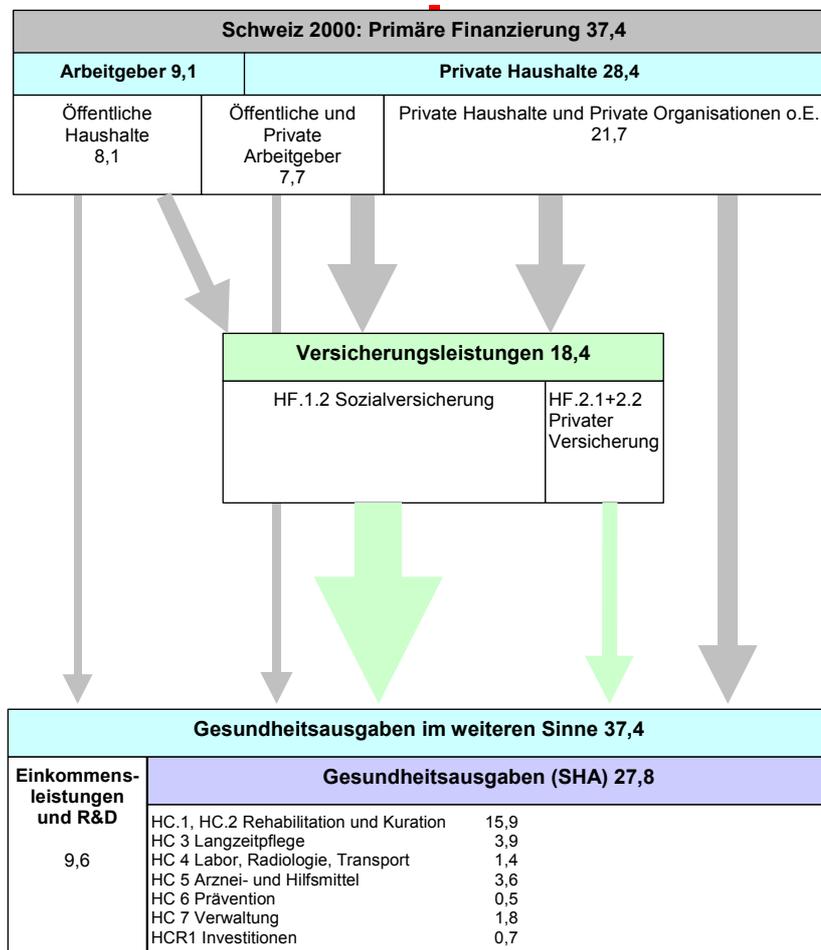


Abb. 90: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in der Schweiz, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)

In der Schweiz laufen lediglich 49,2 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben über Versicherungsträger, gegenüber 69,2 Prozent in Deutschland. Ursache hierfür sind u.a. die höheren Ausgaben des Staates und der privaten Haushalte.

5.1.4.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in der Schweiz in Höhe von 37,4 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 91. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich auch von privaten

Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 92 dargestellte Belastungsverteilung.

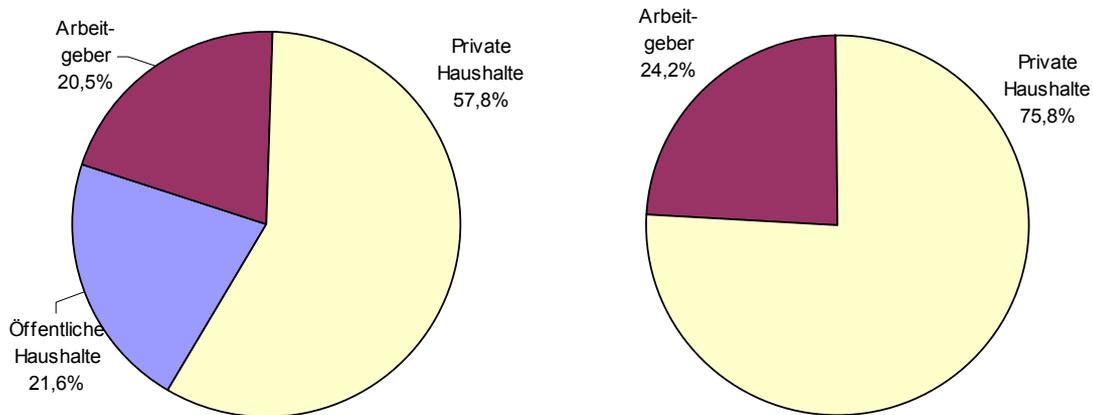


Abb. 91: Primäre Finanzierung der gesundheitsystembedingten Kosten in der Schweiz einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Abb. 92: Primäre Finanzierung der gesundheitsystembedingten Kosten in der Schweiz nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 nur 24,2 Prozent der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern finanziert. Dies entspricht einer Gesamtbelastung in Höhe von 9,1 Mrd. Euro bzw. 2.214 Euro pro Beschäftigten. Vergleicht man Abb. 91 und Abb. 92, dann zeigt sich, dass öffentliche Haushalte in der Schweiz weitgehend über indirekte Steuern und daher von privaten Haushalten finanziert werden.

Mit 24,2 Prozent liegt der Anteil der Arbeitgeber deutlich unter der Belastung in Deutschland mit insgesamt 41 Prozent und sogar noch unter dem Vergleichswert für Großbritannien (30,2 Prozent). Zwei Gründe sind hierfür verantwortlich: Die Krankenkassenprämien werden vom Versicherten gezahlt, nicht vom Arbeitgeber. Der Umfang der über Prämien zu finanzierenden Grundversorgung ist als Folge des relativ hohen Selbstbehalts geringer als in Deutschland. Auch in der Unfallversicherung tragen im Gegensatz zu Deutschland die Arbeitnehmer die Beiträge voll. Nur bei den Sozialversicherungsträgern der AHV und IV findet eine hälftige Finanzierung der einkommensabhängigen Beiträge statt.

5.1.4.2.3 Entwicklung der Belastungsverteilung

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich in der Schweiz ein Anstieg der gesundheitsystembedingten Arbeitgeberbelastung um 21 Prozent. Zum Vergleich: Ausgehend von einem deutlich gering-

geren Niveau als in der Schweiz nahm in Deutschland die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in diesem Zeitraum nur um 5,9 Prozent zu.

Ursache für den Belastungszuwachs in der Schweiz sind im Bereich der Kranken- und Sozialversicherungen die stark gestiegenen Ausgaben für Sachleistungen im Gesundheitswesen und für Invalidenrenten.

5.1.4.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

5.1.4.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der Schweizer Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 487 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 16 Prozent gestiegen, verglichen mit 12,4 Prozent in Deutschland. Der Produktionswert nahm weniger stark zu als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung. Folglich erhöhte sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung, gemessen an ihrem Anteil an den gesamtwirtschaftlichen Kosten.

Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 9,1 Mrd. Euro 1,9 Prozent. Dies entspricht gut der Hälfte des deutschen Belastungsniveaus.

5.1.4.3.2 Wertschöpfung

In der Schweizer Volkswirtschaft wurde im Jahr 2000 246 Mrd. Euro an Wertschöpfung erzielt. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Steigerung um 5 Prozent. Damit ist die Wertschöpfung deutlich langsamer angestiegen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung inzwischen 3,7 Prozent aus, gegenüber 6,2 Prozent in Deutschland.

5.1.4.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten bilden eine weitere wichtige Kennzahl im Standortvergleich. Sie betragen in der Schweiz für das Jahr 2000 163 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie um 11 Prozent gestiegen. Damit hat die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auch weitaus stärker zugenommen als die Arbeitskosten insgesamt.

Bezogen auf die Arbeitskosten macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der Schweiz im Jahr 2000 5,6 Prozent aus, verglichen mit 10,6 Prozent in Deutschland.

5.1.4.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse betragen 83 Mrd. Euro für die Schweizerische Wirtschaft insgesamt. Dieser Wert ist gegenüber 1995 um 9 Prozent gestiegen, also geringer als der Produktionswert. Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen beträgt in der Schweiz 10,9 Prozent, gegenüber 15,0 Prozent in Deutschland.

5.1.4.3.5 Beschäftigung

In der Schweiz waren im Jahr 2000 4.089 Tausend Personen beschäftigt. Gegenüber 1995 ist dies ein Anstieg um 3 Prozent (Abb. 93). Betrachtet man die Veränderungsraten pro Beschäftigten, dann zeigt sich, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten um 17 Prozent zugenommen hat und auch die Arbeitskosten insgesamt um 8 Prozent zugelegt haben (Abb. 94).

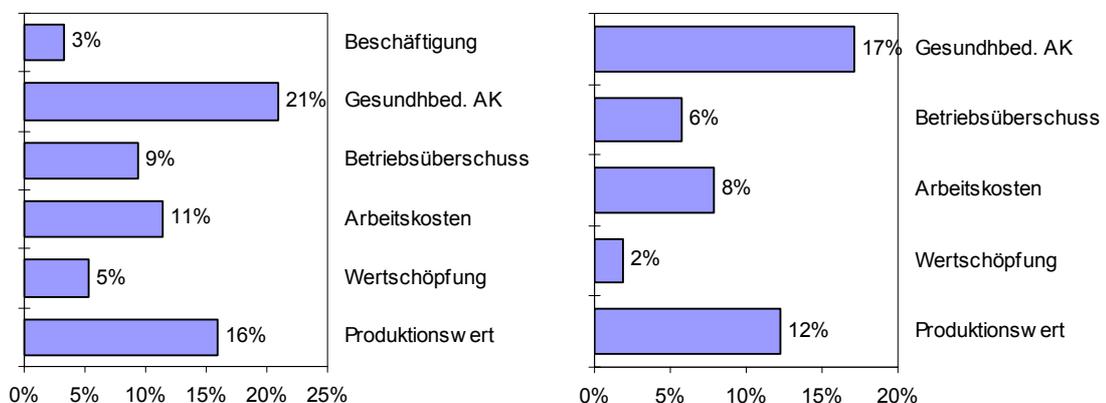


Abb. 93: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der Schweiz; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

Abb. 94: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der Schweiz; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

5.1.5 Niederlande

In den Niederlanden wurden in den neunziger Jahren eine Vielzahl von Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen ergriffen, die internationale Aufmerksamkeit erlangt haben. Dabei unterscheidet sich das holländische Gesundheitswesen in wichtigen Eigenschaften vom Schweizer System. Die

Sozialbeiträge sind einkommensabhängig ausgestaltet und Zuzahlungen bei der Leistungsanspruchnahme spielen nur eine geringe Rolle. Ein Teil der Bevölkerung ist privat versichert. Zudem sind die Niederlande im Unterschied zur Schweiz Mitglied der Europäischen Union.

5.1.5.1 Gesundheitsausgaben in den Niederlanden

Das Niederländische Gesundheitssystem finanziert die Sachleistungen primär über drei Quellen: Gesetzliche Krankenkassen (Zfw), Versicherung gegen besondere Krankheitskosten (AWBZ) und Privatversicherungen (Wtz) (Ministerium, 2002). Geldleistungen werden nach Krankengeldgesetz (ZW) und dem Erwerbsunfähigkeitsgesetz (WAO) finanziert.

In der Versicherung gegen besondere Krankheitskosten sind alle Einwohner der Niederlande im Rahmen einer Bürgerversicherung zwangsversichert. Sie ist eine Grundsicherung unabhängig vom Einkommen. Die AWBZ umfasst folgende Leistungen: Versorgung von Körperbehinderten und Senioren, Versicherten mit einer psychiatrischen Krankheit, Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose und Schwerhörige, geistig Behinderte, Gesundheitsfürsorge für Kinder, stationärer Aufenthalt soweit er länger als 12 Monate dauert. Finanziert wird die AWBZ über eine prozentuale Abgabe auf das zu versteuernde Einkommen.

In den Gesetzlichen Krankenkassen sind große Teile der Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen zwangsversichert, soweit ihr Einkommen bestimmte Höchstgrenzen nicht überschreitet. Die Leistungsansprüche der Versicherten nach dem Zfw umfassen u.a. hausärztliche Behandlung, Behandlung durch Angehörige von Heilhilfsberufen, Geburtshilfe, Mutterschaftshilfe, Arzneimittel, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlung, fachärztliche Behandlung einschließlich Krankenhausaufenthalt sowie Krankentransport. Die Kosten der Versicherung nach dem Zfw werden hauptsächlich durch einkommensabhängige Beiträge der Versicherten sowie staatliche Zuschüsse gedeckt. Verwaltungsmäßig übernehmen die Krankenkassen auch die Abwicklung der Leistungen nach dem AWBZ.

Daneben gibt es in den Niederlanden noch privatwirtschaftliche Versicherungsanbieter nach dem Wtz, die den Personenkreis versichern, der nicht gesetzlichen Krankenkassen beitreten kann und auch nicht anderweitig gegen das Krankheitskostenrisiko abgesichert ist. Es besteht somit keine Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen wie in Deutschland. Gesetzlich ist geregelt, dass private Versicherungsanbieter einen vordefinierten Standardtarif anbieten müssen und dabei gegenüber

Versicherungswilligen dem Kontrahierungszwang unterliegen. Die Höhe des Standardtarifs ist je nach Personengruppe staatlich festgelegt.

5.1.5.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit in den Niederlanden betragen im Jahr 2000 54,8 Mrd. Euro. Davon entfallen 34,5 Mrd. auf Gesundheitsleistungen und 20,3 Mrd. auf Einkommensleistungen.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 95.

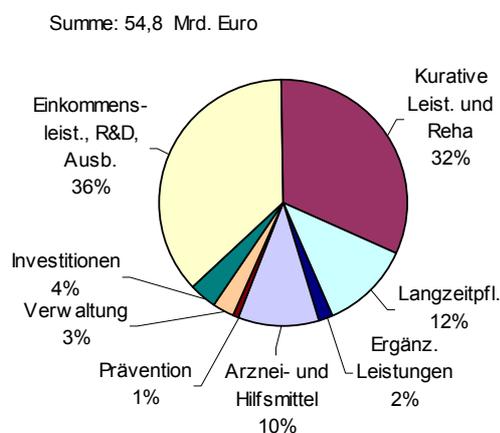


Abb. 95: Ausgaben für Gesundheit in den Niederlanden nach Funktionen; 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation machen in den Niederlanden mit 32 Prozent nur den zweitgrößten Ausgabenblock im Gesundheitswesen aus. Diese Ausgabenposition liegt etwas unter dem Deutschen Wert von 38 Prozent. Ursache hierfür ist u.a., dass in der AWBZ Leistungen optional auch als Geldleistungen erbracht werden können.

Die kurativen Leistungen und die Rehabilitation werden in den Niederlanden weitgehend durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen getragen. Als weitere Ausgabenträger sind auch private Haushalte sowie freiwillige Zusatzversicherungen relevant.

Die Langzeitpflege hat mit einem Anteil von 12 Prozent an den Ausgaben eine ähnliche Bedeutung wie in Deutschland. Die Finanzierung erfolgt, abgesehen von einem Selbstbehalt für die Hotelkosten – überwiegend über die Versicherung gegen besondere Krankheitskosten (AWBZ).

Arznei- und Hilfsmittel bilden in den Niederlanden den viertgrößten Ausgabenposten. Ihr Anteil beträgt 10 Prozent, während er in Deutschland bei

16 Prozent liegt. Ursache für diesen Unterschied ist vor allem ein geringeres Niveau an Arzneimittelverordnungen pro Kopf der Bevölkerung. Daneben spielen auch die Arzneimittelpreise eine Rolle, die in den Niederlanden unter denjenigen Deutschlands liegen.

Im Gegensatz zu den Arzneimitteln erfolgt die Finanzierung der Hilfsmittel neben den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen nicht unwesentlich auch über private Haushalte, da die Erstattung bei Sehhilfen und Hilfsmitteln wie in vielen anderen Ländern stark eingeschränkt ist. Bei Arzneimitteln ist hingegen im Vergleich zu Deutschland keine Zuzahlung zu leisten.

Prävention, Verwaltung und Investitionen machen im Niederländischen Gesundheitswesen zusammen 8 Prozent der Ausgaben aus. Nahezu die Hälfte geht davon an Krankenhäuser für Investitionsmaßnahmen und der Rest wird für Public Health Programme, den betrieblichen Gesundheitsdienst und die öffentliche Verwaltung ausgegeben.

Die Einkommensleistungen repräsentieren 36 Prozent der Gesundheitsausgaben und übersteigen damit den Anteil in Deutschland mit 24 Prozent bei weitem. Ursache hierfür dürfte die Möglichkeit sein, bestimmte Leistungen der Versicherung gegen besondere Krankheitsrisiken in Geld auszahlen zu lassen.

In den Niederlanden haben die Arbeitnehmer ab einer gewissen Dauer der Betriebszugehörigkeit Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber. Tarifverträge sehen häufig eine längere Entgeltfortzahlung oder eine Aufstockung des Krankengeldes vor. Anschließend übernimmt die Krankengeldversicherung die Zahlung des Krankengeldes in Höhe von 70 Prozent des Entgeltes für maximal 52 Wochen. Es gelten zwei Karenztage für das Krankengeld.

Erfolgt die Minderung der individuellen beruflichen Erwerbsfähigkeit durch Krankheit, bestehen im allgemeinen Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer speziellen Invaliditätsversicherung.

5.1.5.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 54,8 Mrd. Euro in den Niederlanden im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. Zfw

2. AWBZ
3. WAO, etc.
4. PKV (Wtz)
5. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)
6. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)
7. Öffentliche Haushalte („Staat“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 96 dargestellt.

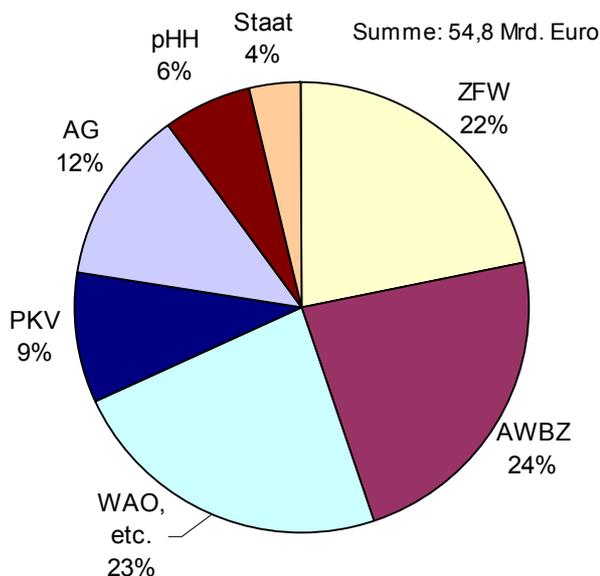


Abb. 96: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den Niederlanden, 2000 (OECD)

5.1.5.1.2.1 Zfw

Die Gesetzliche Krankenversicherung (Zfw) bildet zusammen mit der Versicherung gegen besondere Krankheitskosten (AWBZ) und der Absicherung gegen Erwerbsunfähigkeit WAO die drei Hauptsäulen der Finanzierung gesundheitssystembedingter Ausgaben in den Niederlanden. Die Gesetzliche Krankenversicherung deckt 22 Prozent aller Ausgaben ab. Sie finanziert sich über einen allgemeinen Beitragssatz von 7,95 Prozent auf das Arbeitsentgelt, wobei eine Beitragsbemessungsgrenze besteht. 6,25 Prozentpunkte des Beitragssatzes werden vom Arbeitgeber bezahlt.

5.1.5.1.2.2 AWBZ

Die Versicherung gegen besondere Krankheitskosten macht mit 24 Prozent den größten Ausgabenblock im niederländischen Gesundheitswesen aus. Die AWBZ-Beiträge werden gemeinsam mit den Beiträgen für andere Volksversicherungen mit der Einkommensteuer erhoben. Der Staat legt jährlich den Prozentsatz des AWBZ-Beitrages fest, der innerhalb der Bemessungsgrenze erhoben und parallel mit der Lohnsteuer an das Finanzamt abgeführt wird.

5.1.5.1.2.3 WAO, etc.

Die Versicherungen gegen Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit decken 23 Prozent der gesundheitssystembedingten Arbeitskosten.

5.1.5.1.2.4 PKV

Die private Krankenversicherung nach Wtz basiert grundsätzlich auf aktuarischen Prämien. Für die Standardversicherung sind jedoch personengruppenspezifische landesweite Höchstbeiträge vorgegeben. Zusätzlich wird noch von allen PKV-Versicherten eine einheitliche Umlage erhoben, um unterfinanzierte Teilkollektive innerhalb der PKV zu subventionieren.

5.1.5.1.2.5 Arbeitgeber

Arbeitgeber zahlen 12 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt selber. Hierbei handelt es sich um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Im Vergleich zu Deutschland ist die direkte Belastung der Arbeitgeber in den Niederlanden etwas niedriger.

5.1.5.1.2.6 Private Haushalte

Private Haushalte zahlen in den Niederlanden nur 6 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt, d.h. schon auf der Ebene der sekundären Finanzierung. Der vergleichbare Wert für Deutschland liegt bei 9 Prozent.

5.1.5.1.2.7 Staat

Mit 4 Prozent ist der Staat der kleinste sekundäre Finanzierungsträger im Niederländischen Gesundheitswesen. Im Vergleich dazu werden in

Deutschland 8 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf sekundärer Ebene durch den Staat getragen. Ursache für diesen Unterschied ist zum einen die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, welche in Holland im Wesentlichen auf einem monistischen System beruht, zum anderen die geringe Bedeutung der Sozialhilfe bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

5.1.5.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.5.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheitssystembedingten Kosten in den Niederlanden auf primäre Ausgabenträger aufgetreten: In den Niederlanden ist ein noch größerer Teil der Bevölkerung als in Deutschland privat versichert. Für diesen Personenkreis liegen keine genauen Angaben über den Anteil der Arbeitgeberzuschüsse vor. Hier wurde deshalb derselbe Split wie in der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt. Ein besonderes Problem stellen ferner Arbeitskostensubventionen an die Unternehmen für besondere Personengruppen wie Behinderte dar. Diese wurden nicht berücksichtigt.

Die Angaben zu den Einkommensleistungen wurden der Europäischen Sozialschutzstatistik entnommen. Prinzipiell werden hier Geldleistungen von Privatversicherungen nicht erfasst. Für Selbständige und junge Behinderte gibt es Sondersysteme.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt Tabelle 8 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung				
Zfw: Abhängig Beschäftigte	Arbeitsentgelt: Bemessungsgrenze: 31.750 €	8,45	6,75	1,70
Selbständige	Steuerbare Jahreseinkünfte: Bemessungsgrenze 20.250 €	8,45		
Rentner	Allgemeine Altersrente Zusatzrenten, Löhne	8,45		
		6,45		
AWBZ	Bemessungsgrenze 28.850 €	12,05		12,05
PKV				
Krankengeldversicherung	Arbeitsentgelt:		70% Lohnfortzahlung (2 Jahre)	
Karenztage	2			
Berufsunfähigkeitsversicherung (WAO)	Arbeitsentgelt	5,05	5,05	
Pflegeversicherung	Siehe AWBZ	2,38*		
Unfallversicherung		entfällt	entfällt	Entfällt

* für Kleinbetriebe

Tabelle 8: Beitragssätze in der niederländischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (unterschiedliche Quellen)

Abb. 97 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger im Niederländischen Gesundheitswesen auf. Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2000 54,8 Mrd. Euro.

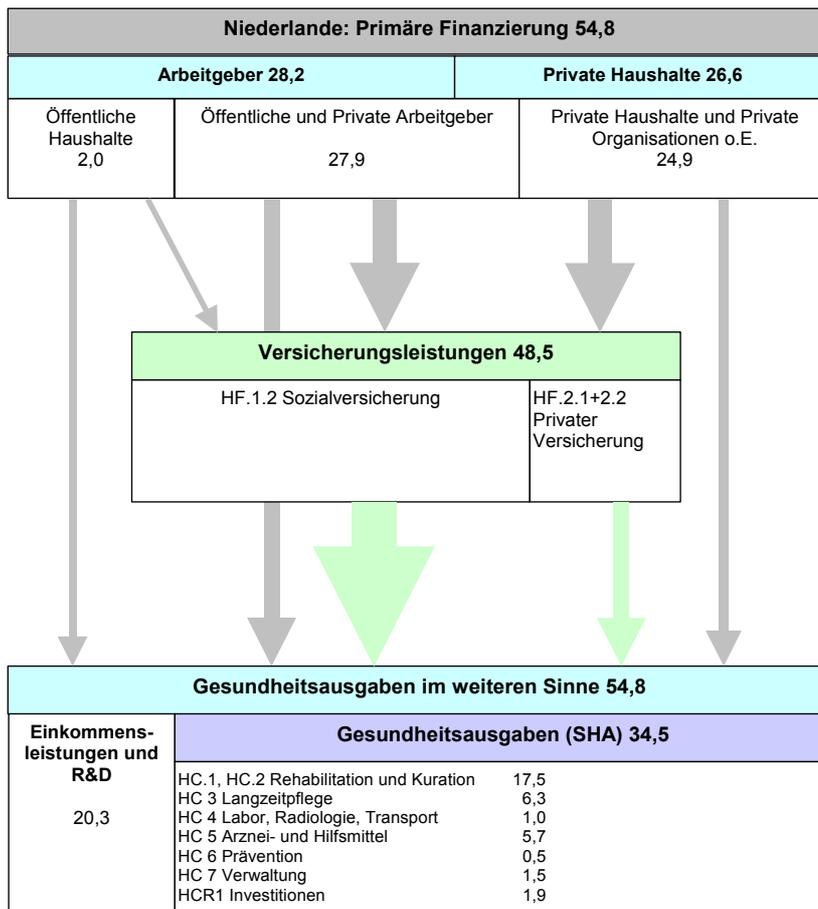


Abb. 97: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in den Niederlanden, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)

In den Niederlanden laufen 68,5 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben über Versicherungsträger; dies ist der höchste Wert in der Vergleichsgruppe.

5.1.5.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in den Niederlanden in Höhe von 54,8 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 98. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich auch von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 99 dargestellte Belastungsverteilung.

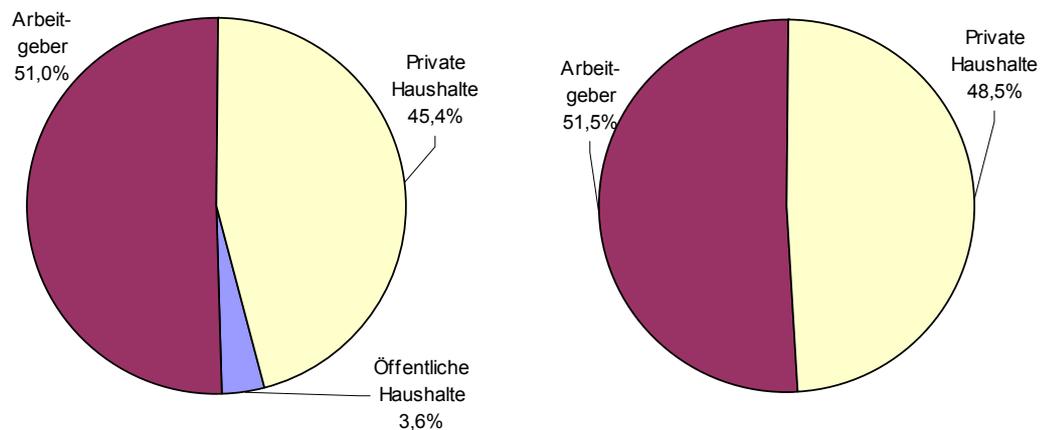


Abb. 98: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den Niederlanden einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Abb. 99: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in den Niederlanden nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 mit 51,5 Prozent der etwas größere Teil der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern finanziert. Dies entspricht einer Gesamtbelastung in Höhe von 28,2 Mrd. Euro oder 3.474 Euro pro Beschäftigten. Vergleicht man Abb. 98 und Abb. 99, dann fällt zusätzlich auf, dass öffentliche Haushalte in den Niederlanden weitgehend über indirekte Steuern von privaten Haushalten finanziert werden.

Mit 51,5 Prozent liegt der Anteil der Arbeitgeber deutlich über der Belastung in Deutschland mit insgesamt 41,2 Prozent.

5.1.5.2.3 Entwicklung der Belastungsverteilung

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich in den Niederlanden ein Anstieg der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 25 Prozent. Zum Vergleich: in Deutschland nahm die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in diesem Zeitraum um 5,9 Prozent zu.

5.1.5.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

5.1.5.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der Niederländischen Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 759 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 31 Pro-

zent gestiegen. Der Produktionswert nahm damit stärker zu als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 28,2 Mrd. Euro 3,7 Prozent, verglichen mit 3,2 Prozent in Deutschland.

5.1.5.3.2 Wertschöpfung

In der Niederländischen Volkswirtschaft wurde im Jahr 2000 371 Mrd. Euro an Wertschöpfung erzielt. Gegenüber 1995 entspricht dies einer Steigerung um 32 Prozent. Damit ist die Wertschöpfung ebenfalls stärker angestiegen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 7,6 Prozent aus, gegenüber 6,2 Prozent in Deutschland.

5.1.5.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten betragen in den Niederlanden für das Jahr 2000 206 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie um 34 Prozent gestiegen. Folglich haben auch die Arbeitskosten stärker zugenommen als die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung.

Bezogen auf die Arbeitskosten macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in den Niederlanden im Jahr 2000 13,7 Prozent aus. In Deutschland beträgt der Vergleichswert 10,6 Prozent.

5.1.5.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebskostenüberschüsse betragen in den Niederlanden im Jahr 2000 165 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 sind sie um 31 Prozent gestiegen. Bezogen auf die Betriebsüberschüsse macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 17,1 Prozent aus. Das liegt etwas über dem deutschen Wert von 15,0 Prozent.

5.1.5.3.5 Beschäftigung

In den Niederlanden waren im Jahr 2000 8.123 Tausend Personen beschäftigt. Gegenüber 1995 stieg diese Zahl um 14 Prozent (Abb. 100). Korrigiert man die Kennzahlen um die Beschäftigung, dann wurde der Beschäfti-

gungszuwachs in den Niederlanden trotz um 10 Prozent gestiegener Arbeitskosten erreicht. Interessanterweise sind die Arbeitskosten pro Beschäftigten in demselben Zeitraum um 18 Prozent gestiegen (Abb. 101). Offensichtlich gelang es den Niederländischen Arbeitgebern, diesen Kostenschub zu kompensieren, wie die ebenfalls um 15 Prozent zugenommenen Betriebsüberschüsse pro Beschäftigten zeigen.

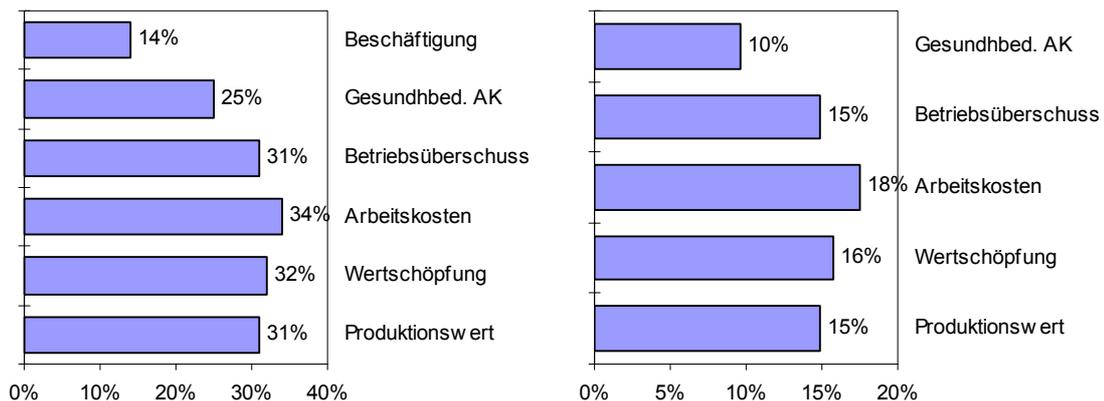


Abb. 100: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in den Niederlanden; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

Abb. 101: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in den Niederlanden; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

5.1.6 Polen

Während es sich bei den bisher genannten Vergleichsländern jeweils um Volkswirtschaften mit einer vermutlich ähnlichen Arbeitskostenstruktur handelt, weicht das letzte der einbezogenen Länder hiervon deutlich ab. Polen zählt zu den Transformationsländern und ist schon aufgrund seiner räumlichen Nähe ein offensichtlicher Standortkonkurrent zu Deutschland. Polen ist seit dem 1. Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union und mit 38 Mio. Einwohnern das größte der neuen Mitgliedsländer.

Aufgrund von Sonderfaktoren in der Transformationssituation sind die zu Polen folgenden quantitativen Angaben mit besonderer Vorsicht zu behandeln. Zudem ist bei der Bewertung von Veränderungsdaten das geringe Ausgangsniveau sowie die für Transformationsbedingungen nicht untypische Veränderungsdynamik zu beachten.

5.1.6.1 Gesundheitsausgaben in Polen

Das polnische Gesundheitssystem basiert auf drei Finanzierungsquellen: Die erst 1999 geschaffenen regionalen Krankenkassen finanzieren Gesundheitsleistungen, die als Sachleistungen erbracht werden. Einkommensleis-

tungen werden hingegen von der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) finanziert. Für die Landwirtschaft gibt es das Sondersystem KRUS. Öffentliche Haushalte finanzieren im wesentlichen noch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Investitionsausgaben sowie sehr teure Leistungen. Schließlich zahlen private Haushalte viele Leistungen (insbesondere ambulante Behandlungen und Arzneimittel) auch direkt selber.

5.1.6.1.1 Ausgaben nach Funktionen

Die Ausgaben für Gesundheit in Polen betragen im Jahr 2000 20,0 Mrd. Euro. Davon entfielen 11,1 Mrd. Euro auf Gesundheitsleistungen und 8,9 Mrd. Euro auf Einkommensleistungen.

Die Verteilung der Ausgaben nach Funktionen zeigt Abb. 102.

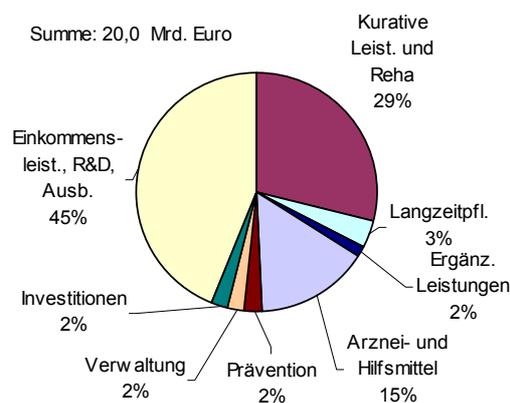


Abb. 102: Ausgaben für Gesundheit in Polen nach Funktionen; 2000 (OECD)

Die kurativen Leistungen und Rehabilitation machen in Polen mit 29 Prozent nur den zweitgrößten Ausgabenblock im Gesundheitswesen aus. Diese Ausgabenposition liegt deutlich unter dem deutschen Wert von 38 Prozent. Ursache hierfür ist u.a., dass der Umbau des polnischen Gesundheitswesens zu einem modernen westlichen Gesundheitssystem noch nicht abgeschlossen ist.

Die kurativen Leistungen und die Rehabilitation werden in Polen traditionell von staatlichen Einrichtungen erbracht und auch finanziert. Insoweit Krankenversicherungsfonds auch praktisch schon ihre Arbeit aufgenommen haben, geht diese Rolle aber auf die Fonds über.

Die Langzeitpflege ist mit einem Anteil von 3 Prozent an den gesamten Ausgaben des polnischen Gesundheitswesens von untergeordneter Bedeu-

tung. Der Unterschied zu dem Anteil in Deutschland (immerhin 10 Prozent) ist auffallend. Die Finanzierung der Langzeitpflege in Polen erfolgt primär über Krankenversicherungsfonds und Zuzahlungen der Versicherten.

Die ergänzenden Leistungen machen in Polen im Jahr 2000 zusammen 2 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Der relativ geringe Anteil erklärt sich wohl daraus, dass noch nicht ausreichende Mittel für medizintechnische Investitionen zur Verfügung stehen.

Arznei- und Hilfsmittel bilden in Polen den drittgrößten Ausgabenposten. Ihr Anteil beträgt 15 Prozent, etwa gleich wie Deutschland. Ihre Finanzierung erfolgt über Krankenversicherungsfonds und, wegen Selbstbehaltregelungen bei Arzneimitteln, über private Haushalte. Der relativ hohe Anteil hängt zusammen mit dem relativ hohen Preisniveau der Arzneimittel in Polen gemessen am durchschnittlichen Einkommen.

Prävention, Verwaltung und Investitionen im Gesundheitswesen machen in Polen zusammen 6 Prozent der Ausgaben aus, liegen also unter dem deutschen Anteil. Sowohl bei Präventionsleistungen wie auch bei Investitionen dominiert die Finanzierung über öffentliche Haushalte.

Den größten Ausgabenblock im polnischen Gesundheitswesen stellen die Einkommensleistungen dar. Sie machen 45 Prozent aus – etwa das doppelte des deutschen Wertes. Ursache hierfür sind die hohe Anzahl der Invaliditätsrenten, die von der Sozialversicherungsanstalt (ZUS) bezahlt und je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert werden.

5.1.6.1.2 Ausgaben nach sekundären Ausgabenträgern

Die gesundheitssystembedingten Ausgaben von 20,0 Mrd. Euro in Polen im Jahr 2000 verteilen sich auf folgende (sekundäre) Ausgabenträger:

1. Regionale Krankenversicherungsfonds
2. ZUS, KRUS
3. Öffentliche und private Arbeitgeber („Arbeitgeber“)
4. Private Haushalte und private Institutionen ohne Erwerbscharakter („Private Haushalte“)
5. Öffentliche Haushalte („Staat“)

Die Aufteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf den jeweiligen sekundären Ausgabenträger ist in Abb. 103 dargestellt.

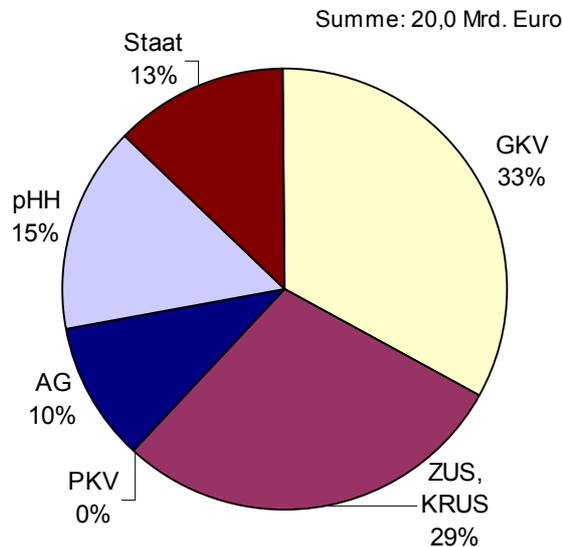


Abb. 103: Sekundäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Polen, 2000 (OECD)

5.1.6.1.2.1 Regionale Krankenkassen (GKV)

Die im Jahre 2000 etablierten 17 Krankenkassen (16 regionale und eine gewerbliche) finanzieren 33 Prozent der Ausgaben auf der sekundären Ebene. Sie erheben von ihren Mitgliedern einkommensabhängige Beiträge; der Beitragssatz beträgt 7,75 Prozent des steuerpflichtigen Einkommens. Im Januar 2003 wurde der Beitragssatz auf 8% erhöht. Arbeitgeber sind im Gegensatz zu Deutschland nicht beitragspflichtig. Es besteht Versicherungspflicht (Girouard und Imai, 2000).

Der Leistungskatalog der Krankenversicherungsfonds umfasst Diagnoseleistungen, Leistungen bei Schwangerschaft, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, Arznei-, Heil- und Heilmittel, Kuren und Krankentransporte.

5.1.6.1.2.2 ZUS, KRUS

Bei ZUS handelt es sich um die allgemeine Sozialversicherungsanstalt, welche neben Einkommensleistungen im Krankheitsfall auch Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsrenten sowie Unfallrenten und Rehabilitati-

onsleistungen gewährt. ZUS bezahlt ferner Pflegeleistungen und Kinder- und Erziehungsgelder (vgl. ZUS 2002).

KRUS ist die Sozialversicherungsanstalt für Landwirte. Zusammen finanzieren beide rund 29 Prozent der Ausgaben im polnischen Gesundheitswesen, darunter größtenteils Geldleistungen.

5.1.6.1.2.3 Arbeitgeber

Arbeitgeber zahlen 10 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Polen direkt selber. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Die Höhe des Krankengeldes beträgt im Regelfall 80 Prozent der Entlohnung und wird die ersten 35 Tage vom Arbeitgeber bezahlt.

Der Anteil privater Krankenversicherungen an den Gesundheitsausgaben liegt noch unter der Promillegrenze.

5.1.6.1.2.4 Private Haushalte

Private Haushalte zahlen in Polen 15 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben direkt, d.h. schon auf der Ebene der sekundären Finanzierung. Hierbei handelt es sich primär um Selbstbehalte für Arzneimittel und kurative Behandlungen. Der vergleichbare Belastungswert für Deutschland liegt bei 9 Prozent.

5.1.6.1.2.5 Staat

Mit knapp 13 Prozent ist der Staat der viertgrößte Finanzierungsträger im polnischen Gesundheitswesen. Im Vergleich dazu werden in Deutschland 8 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben auf sekundärer Ebene durch den Staat getragen. Ursachen für diesen Unterschied ist die Defizitabdeckung bei den Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Krankenhäusern, da das Beitragsaufkommen insgesamt nicht ausreichend ist, die vertraglichen Leistungen zu bezahlen.

5.1.6.2 Rolle der Arbeitgeber bei der Finanzierung

5.1.6.2.1 Primäre Ausgabenrechnung

Folgende methodische Probleme sind bei der Aufteilung der gesundheits-systembedingten Kosten in Polen auf primäre Ausgabenträger aufgetreten: Die polnische Gesundheitsausgabenrechnung weist auch die Finanzierung der Lohnfortzahlung unter den Ausgaben der Sozialversicherungsanstalt aus. Hier wurde der Anteil der von den Arbeitgeber geleisteten Einkommensersatzleistungen nach den Angaben der ZUS herausgerechnet. Die Defizitabdeckung von ZUS wie der Krankenhäuser wurde dem Staat zuge-rechnet und anteilig auf private Haushalte und Arbeitgeber aufgeteilt.

Die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der verschiedenen Sozialversicherungszweige stellt die folgende Tabelle 9 dar.

Versicherung	Grundlage	Insgesamt	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Krankenversicherung GKV	Einkommen	7,75%		7,75%
PKV				
Krankengeldversicherung ZUS	Gehalt	2,45%		2,45%
Berufsunfähigkeitsversicherung	Gehalt	13%	6,5%	6,5%
Pflegeversicherung				
Unfallversicherung		1,62%	1,62%	

Tabelle 9: Beitragssätze in der polnischen Kranken- und Sozialversicherung; 2000 (ZUS 2002)

Abb. 104 stellt die Ergebnisse der primären Ausgabenrechnung in den Kontext der gesamten Ausgabenrechnung im Gesundheitswesen und zeigt damit den Zusammenhang zwischen Ausgaben nach Funktionen, sekundärem Ausgabenträger und primärem Ausgabenträger für das polnische Gesundheitswesen im Jahr 2000 .

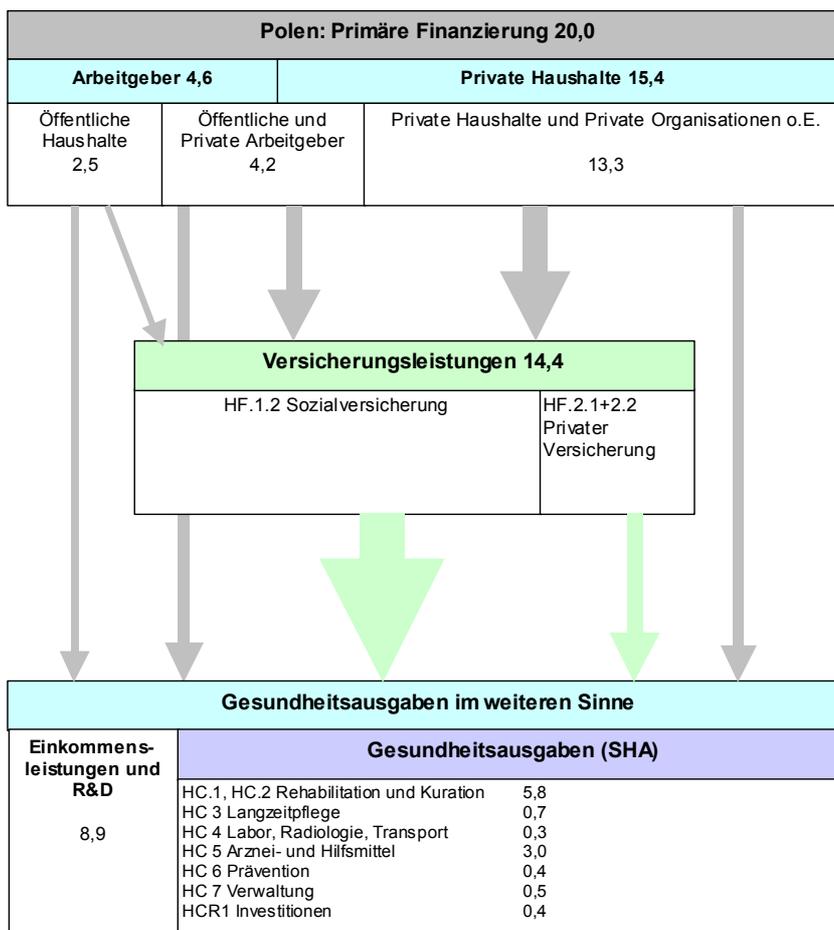


Abb. 104: Finanzierungsstruktur der Gesundheitsausgaben in Polen, 2000 (eigene Berechnung nach OECD)

Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben in Polen im Jahr 2000 20,0 Mrd. Euro bzw. 312 Euro pro Beschäftigten. 72,0 Prozent der gesundheitssystembedingten Ausgaben laufen in Polen über Versicherungsträger; dies entspricht dem Anteil in Deutschland. Allerdings ist in Polen die private Krankenversicherung von untergeordneter Bedeutung.

5.1.6.2.2 Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und privaten Haushalten

Die primäre Verteilung der gesundheitssystembedingten Ausgaben in Polen in Höhe von 20,0 Mrd. Euro (2000) zeigt Abb. 105. Berücksichtigt man, dass sich die öffentlichen Haushalte letztendlich auch von privaten Haushalten und Arbeitgebern refinanzieren, erhält man die in Abb. 106 dargestellte Belastungsverteilung.

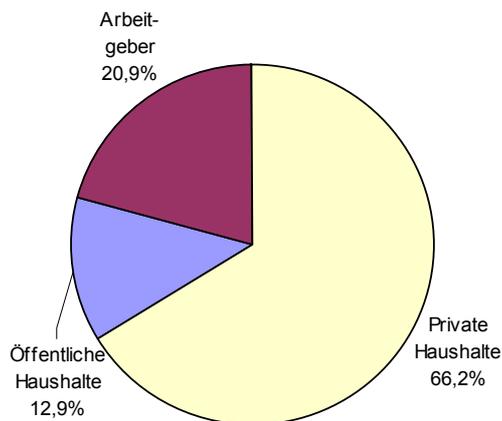


Abb. 105: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Polen einschließlich öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

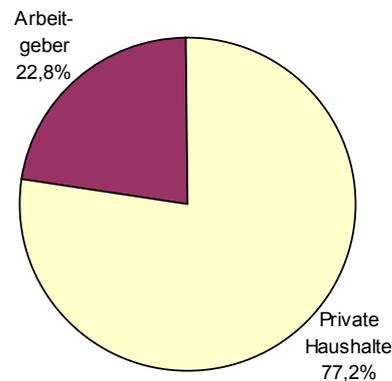


Abb. 106: Primäre Finanzierung der gesundheitssystembedingten Kosten in Polen nach Umlage öffentlicher Haushalte, 2000 (eigene Berechnung)

Danach wurden im Jahr 2000 mit 22,8 Prozent weniger als ein Viertel der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern finanziert. Dies entspricht einer Gesamtbelastung in Höhe von 4,6 Mrd. Euro. Der Anteil der Arbeitgeber liegt damit noch unter dem in der Schweiz und in Großbritannien.

5.1.6.3 Gesamtwirtschaftliche Kennzahlen

Führt man die im vorhergehenden Abschnitt dargestellte Finanzierungsrechnung für den Vergleichszeitraum 1995 – 2000 durch, dann zeigt sich in Polen ein Anstieg der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um 69 Prozent, wenn auch von einem sehr geringen Ausgangsniveau.

Dieser absolute Belastungszuwachs in Polen ist gegen den Hintergrund einer starken Inflation zu sehen. Betrachtet man die gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung an der Finanzierung insgesamt, ergibt sich ein anderes Bild. Die Einführung des Krankenversicherungssystems im Jahr 1999, wodurch die ursprünglich weitgehend steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung in eine beitragsfinanzierte umgestellt wurde, hat den Finanzierungsanteil der Arbeitgeber von 30 auf 22,8 Prozent gesenkt, da in Polen kein Arbeitgeberbeitrag in der Krankenversicherung zu zahlen ist.

5.1.6.3.1 Produktionswert

Der Produktionswert der Polnischen Volkswirtschaft betrug im Jahr 2000 220 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 ist der Produktionswert um 47 Prozent gestiegen.

Bezogen auf den Produktionswert entspricht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Höhe von 4,6 Mrd. Euro. 2,1 Prozent, verglichen mit 3,2 Prozent in Deutschland.

5.1.6.3.2 Wertschöpfung

In der polnischen Volkswirtschaft wurde im Jahr 2000 151 Mrd. Euro an Wertschöpfung erzielt. Gegenüber 1995 ist dies eine Steigerung um 124 Prozent.

Bezogen auf die Wertschöpfung macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 3,1 Prozent aus, verglichen mit 6,2 Prozent in Deutschland.

5.1.6.3.3 Arbeitskosten

Die Arbeitskosten betragen in Polen für das Jahr 2000 75 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 1995 sind sie um 127 Prozent gestiegen.

Bezogen auf die Arbeitskosten macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Polen im Jahr 2000 6,2 Prozent aus, gegenüber 10,6 Prozent in Deutschland.

5.1.6.3.4 Betriebsüberschüsse

Die Betriebsüberschüsse betragen in Polen im Jahr 2000 73 Mrd. Euro. Gegenüber 1995 sind sie um 122 Prozent gestiegen. Das Verhältnis der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung zu den Betriebsüberschüssen macht 6,4 Prozent aus. Dies liegt unter dem Anteil in Deutschland von 15,0 Prozent.

5.1.6.3.5 Beschäftigung

In Polen waren im Jahr 2000 15.018 Tausend Personen beschäftigt. Gegenüber 1995 entspricht dies einem Anstieg um 2 Prozent. Dieser scheinbar bescheidene Wert relativiert sich, wenn man die spezifische Situation in Polen als Transformationsland berücksichtigt und mit dem deutlichen Beschäftigungsrückgang in den neuen Bundesländern vergleicht (siehe Abschnitt 4.1.3.6).

Die Gegenüberstellung der Veränderungsraten für Polen im Untersuchungszeitraum dokumentiert die starke Veränderung (Abb. 107). Wertschöpfung, Arbeitskosten und Betriebsüberschuss haben sich jeweils mindestens verdoppelt..

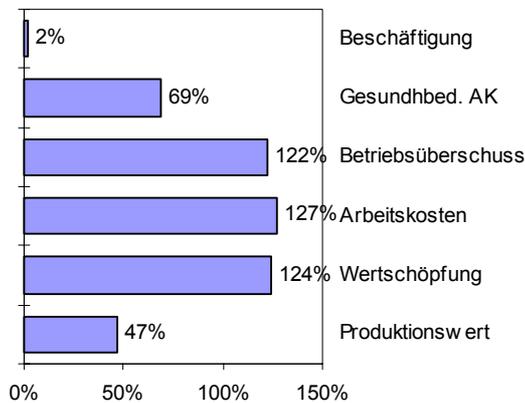


Abb. 107: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Polen; alle Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

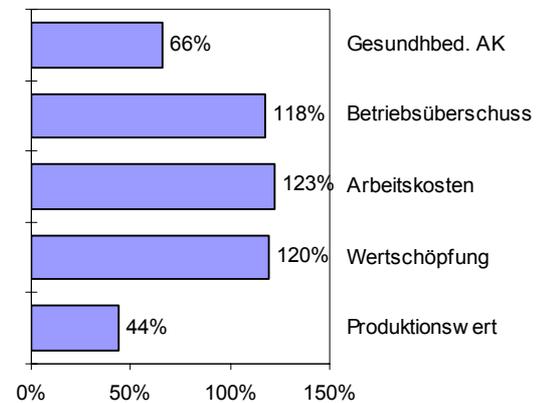


Abb. 108: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in Polen; pro Beschäftigten, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

Die Korrektur der Kennzahlen um Beschäftigungsveränderungen bringt keine neuen Erkenntnisse, da die Beschäftigungsveränderungen gegenüber den Veränderungen der anderen Kennzahlen marginal erscheinen (Abb. 108).

5.1.7 Vergleich der gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse

Vergleicht man den Anteil der Arbeitgeber an der primären Finanzierung der Gesundheitsausgaben, dann lassen sich drei Ländergruppen unterscheiden (Abb. 109). Frankreich und die Niederlande bilden die Gruppe, in der Arbeitgeber für mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben aufkommen. Im Mittelfeld mit Deutschland, Polen und den USA beträgt der Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben rund 40 Prozent. Schließlich gibt es noch mit Polen, der Schweiz und Großbritannien drei Länder, in denen der Arbeitgeberanteil deutlich unter 40 Prozent liegt. Dies korrespondiert mit den vorstehenden Ergebnissen.

Noch stärker als die Anteile der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich variiert die Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten (Abb. 110). So weisen die USA mit 4.256 Euro pro Jahr die höchste absolute gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auf, während polnische Arbeitgeber im Durchschnitt 312 Euro pro Jahr aufwenden.

Ursache hierfür sind die Unterschiede in den jeweiligen Ausgabenniveaus. Die Belastung in Polen und Großbritannien ist absolut gesehen am niedrigsten, während sie in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und den USA am höchsten ist.

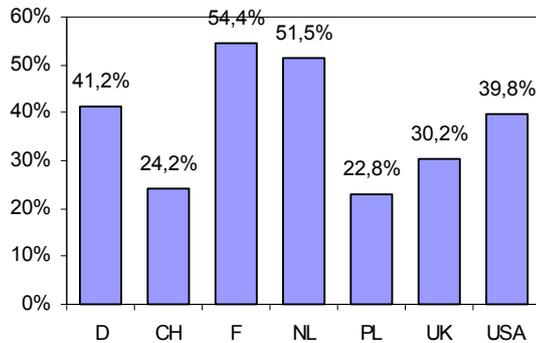


Abb. 109: Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, in v.H., 2000 (eigene Berechnung)

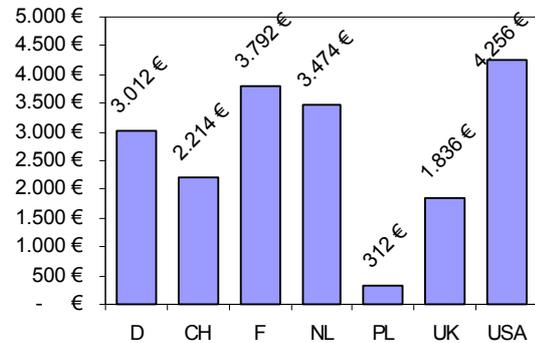


Abb. 110: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten im internationalen Vergleich, in Euro, 2000 (eigene Berechnung)

Der internationale Vergleich auf Basis der Kennzahlen zeigt, dass die gesundheitssystembedingte Belastung der Arbeitgeber erheblich variiert. Zu den Ländern mit deutlich geringerer Arbeitgeberbelastung als Deutschland zählen Großbritannien und die Schweiz, zu Ländern mit höherer Belastung Frankreich und die Niederlande, jeweils bezogen auf den Produktionswert. Die USA weisen eine ähnliche prozentuale Arbeitgeberbelastung durch die Finanzierung gesundheitssystembedingter Kosten auf wie Deutschland. Deutschland liegt hinsichtlich aller vier Belastungsparameter im Mittelfeld (vgl. Abb. 111 – Abb. 114).

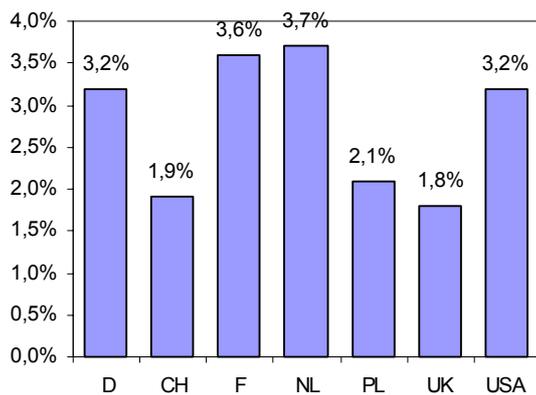


Abb. 111: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. des Produktionswertes im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

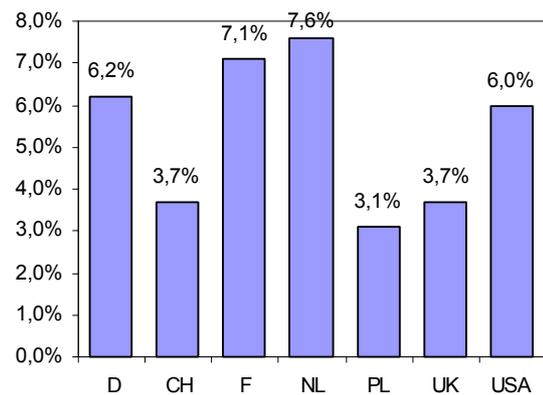


Abb. 112: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. der Wertschöpfung im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

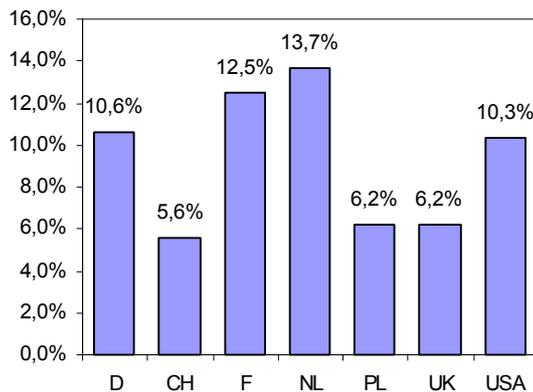


Abb. 113: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. der Arbeitskosten im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

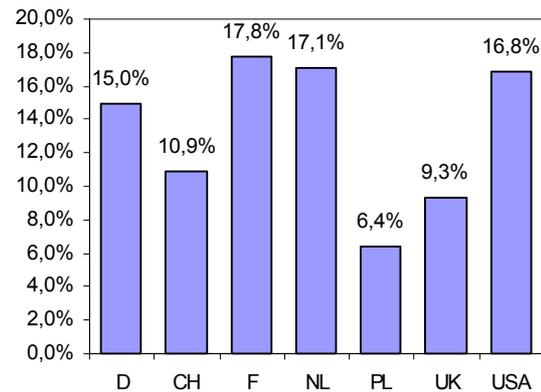


Abb. 114: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in v.H. des Betriebsüberschusses im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Interessanterweise ist diese Rangfolge weitgehend unabhängig von der betrachteten Kennzahl. Bemerkenswert ist weiterhin die Belastung im Vergleich mit den Niederlanden. Die Belastung in den Niederlanden ist bezogen auf jede betrachtete Komponente der VGR deutlich höher als in Deutschland. Andererseits ist die Beschäftigungszunahme in der holländischen Gesamtwirtschaft deutlich höher als in Deutschland (14 vs. 3,7 Prozent).

Aufgrund der Transformationssituation sind die polnischen Werte zur Veränderung der Kennzahlen im Betrachtungszeitraum wenig aussagekräftig. Abstrahiert man von diesem Sonderfall, zeigt sich folgendes Bild, bezogen auf die beschäftigungskorrigierten Werte: Der Produktionswert hat in Deutschland im internationalen Vergleich mit 8,4 Prozent relativ schwach zugenommen, während Großbritannien und die USA den Produktionswert pro Beschäftigten jeweils um mehr als 20 Prozent steigern konnten (Abb. 115). Eine ähnliche Zunahme zeigen diese beiden Länder auch bei der Wertschöpfung bezogen auf einen Beschäftigten. Dagegen bleiben die Zunahmen der Wertschöpfung in Frankreich und der Schweiz deutlich hinter dem Produktionswert zurück (Abb. 116).

Die Zunahme der Arbeitskosten pro Beschäftigten reicht unter den betrachteten Ländern von 6,4 Prozent in Deutschland bis hin zu 27,1 Prozent in Großbritannien, 23,6 Prozent in den USA sowie 17,5 Prozent in den Niederlanden (Abb. 117). Interessanterweise haben diese Länder auch die höchste Zunahme der Beschäftigung – zwischen 7,0 und 14,0 Prozent (Abb. 120).

Die gestiegenen Arbeitskosten gingen jedoch nicht zu Lasten der Betriebsüberschüsse. Diese stiegen auch in den USA, Großbritannien und den Niederlanden an stärksten, mit bis zu 23,6 Prozent (Abb. 118).

Eine ähnliche Reihenfolge findet sich überraschenderweise auch bei der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung. Sie stieg in der genannten Dreigruppe um zwischen 9,6 und 20,0 Prozent an (Abb. 119). Dagegen bleibt sie in Deutschland mit einem Anstieg von 2,1 Prozent im Betrachtungszeitraum fast konstant. Vergleicht man die Belastungszunahmen mit dem Finanzierungssystem des Gesundheitswesens, so ist kein Zusammenhang erkennbar. Sozialversicherungssysteme weisen Zuwachsraten von 2,1 bis 17,1 Prozent auf, im steuerfinanzierten Großbritannien hat die Belastung um 14,0 Prozent zugenommen und in den privatwirtschaftlich organisierten USA stieg die Belastung um 20,0 Prozent.

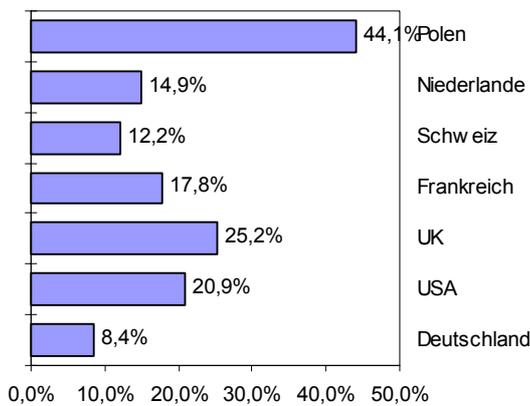


Abb. 115: Veränderung des Produktionswertes; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

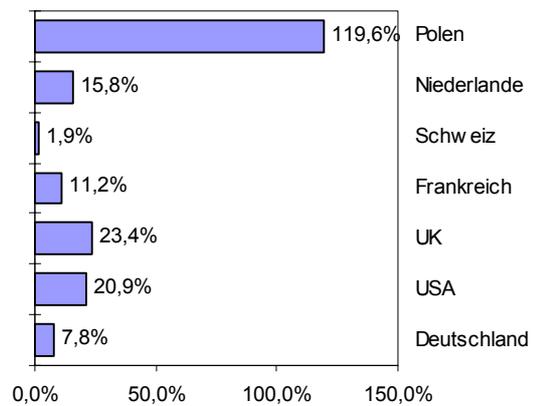


Abb. 116: Veränderung der Wertschöpfung; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

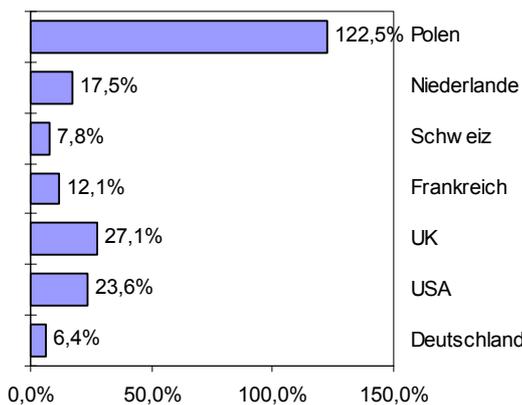


Abb. 117: Veränderung der Arbeitskosten; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

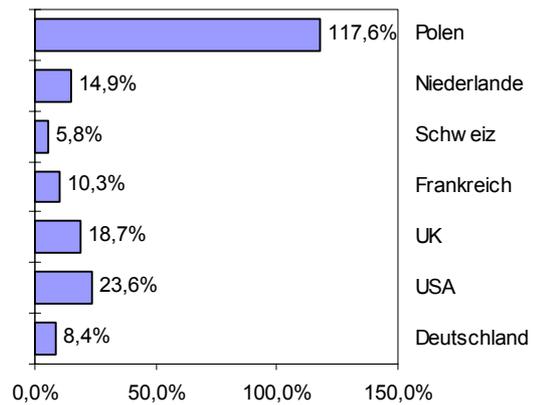


Abb. 118: Veränderung der Betriebsüberschüsse; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

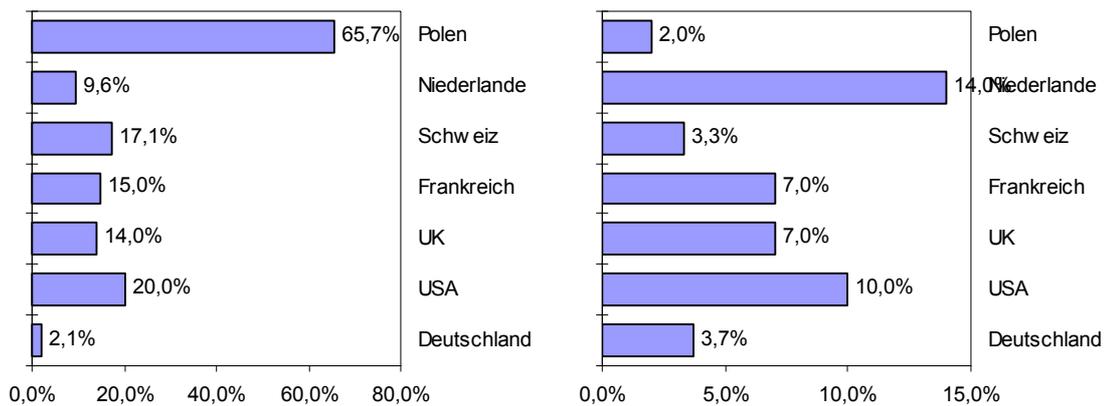


Abb. 119: Veränderung der gesundheitsystembedingten Arbeitgeberbelastung; je Beschäftigten, in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Abb. 120: Veränderung der Beschäftigung; in Prozent, 1995-2000 (eigene Berechnung, nach OECD)

Besteht ein Zusammenhang zwischen der gesundheitsystembedingten Arbeitgeberbelastung und der Entwicklung der Beschäftigung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene? Abb. 121 zeigt das Ergebnis für die ausgewählten Länder im Untersuchungszeitraum: Danach ist die Zunahme der Beschäftigung im Untersuchungszeitraum umso größer, je höher die gesundheitsystembedingte Belastung ausfällt. Dies passt nicht zu dem nach der ökonomischen Theorie zu erwartenden Zusammenhang. Folglich liegt es nahe, dass andere Faktoren außerhalb der Arbeitgeberbelastung mit Kosten des Gesundheitswesens eine weit größere Wirkung auf die Beschäftigungsentwicklung entfalten.

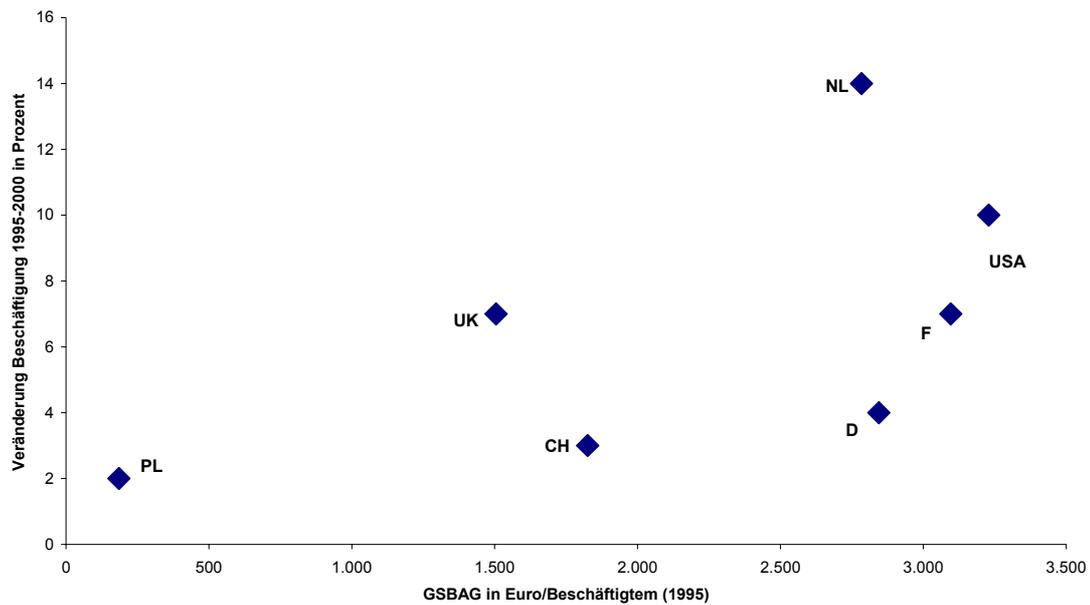


Abb. 121: Zusammenhang zwischen Veränderung der Beschäftigung in Prozent (1995-2000) und Gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung in Euro je Beschäftigten (eigene Berechnung)

5.2 Branchendarstellung

Ziel des nun folgenden internationalen Branchenvergleichs ist es, die bislang auf gesamtwirtschaftlicher Ebene gemachten Beobachtungen hinsichtlich der Bedeutung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung auf einen branchenspezifischen Kontext zu übertragen. Vorab ist einschränkend festzustellen, dass die erforderlichen volkswirtschaftlichen Daten nicht in allen Ländern für alle Branchen vorliegen.

5.2.1 Chemische Industrie

Als erste Branche wird im Rahmen dieser Untersuchung die chemische Industrie näher betrachtet.

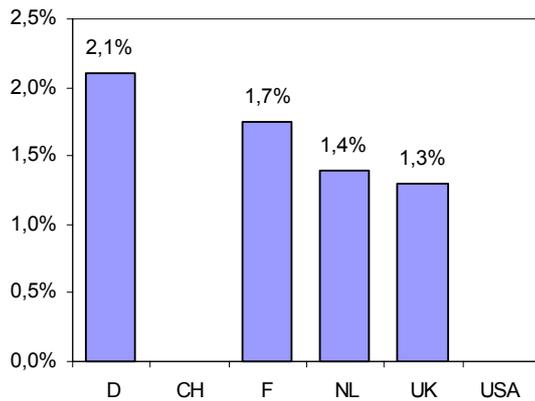


Abb. 122: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

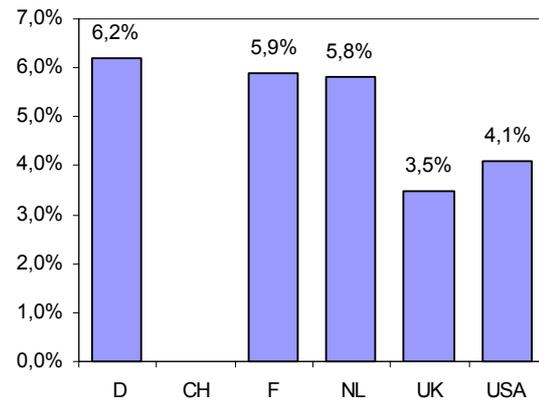


Abb. 123: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

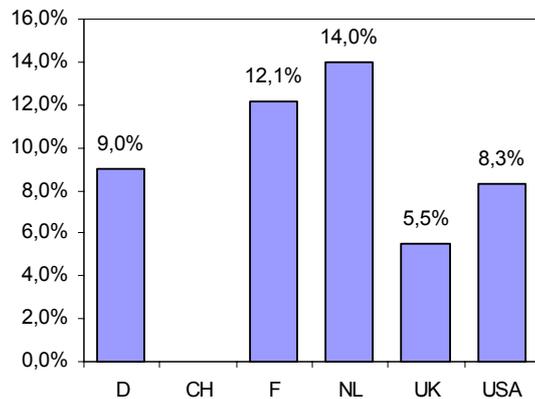


Abb. 124: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

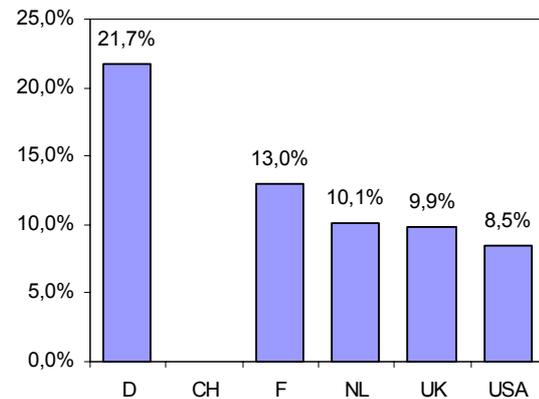


Abb. 125: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss in der chemischen Industrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Der Belastungsvergleich für die chemische Industrie zeigt, dass die gesundheitssystembedingte Belastung in bezug auf den Produktionswert in Deutschland deutlich höher liegt als in den Vergleichsländern (Abb. 122). Zieht man dagegen die Wertschöpfung als Vergleichsmaßstab für die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in der chemischen Industrie heran (Abb. 123), so verringert sich dieser Abstand und die Belastung ist mit den Niederlanden und Frankreich vergleichbar. Bezogen auf die Arbeitskosten ist die Belastung der chemischen Industrie sogar deutlich geringer als in diesen beiden Vergleichsländern (Abb. 124). Offensichtlich sind der Vorleistungsanteil am Produktionswert bzw. die Erträge in der chemischen Industrie anderer Ländern höher, so dass der Unterschied bezogen auf den Produktionswert und die Wertschöpfung besonders auffällt.

Bezogen auf den Betriebsüberschuss fallen die Relationen wieder weiter auseinander. In Deutschland ist die Belastung bezogen auf den Betriebsüberschuss mehr als doppelt so hoch wie in den Niederlanden (Abb. 125). Dies lässt darauf schließen, dass die Ertragssituation in Deutschland im Vergleich zu den anderen Standorten schlechter ist.

Aufschlussreich ist auch der Vergleich der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert auf gesamtwirtschaftlicher und Branchenebene. Während deutsche Arbeitgeber gesamtwirtschaftlich mit einer Belastung von 3,2 Prozent im Mittelfeld liegen, ist in der chemischen Industrie die Belastung deutscher Unternehmen am höchsten. Ähnlich stellt sich die Situation beim Verhältnis der gesundheitssystembedingten Kosten zu den Arbeitskosten dar.

Welche Entwicklungstrends lassen sich zwischen 1995 und 2000 beobachten?

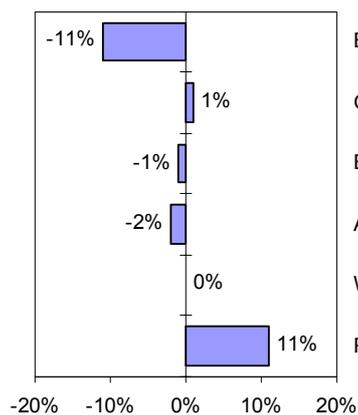


Abb. 126: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der deutschen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

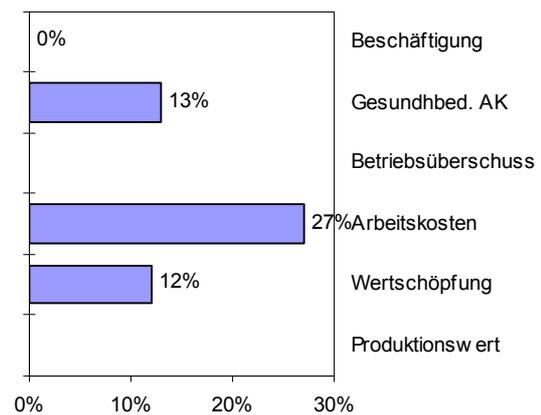


Abb. 127: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der amerikanischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

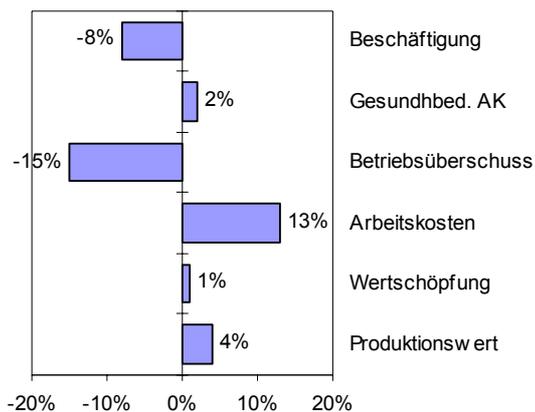


Abb. 128: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der britischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

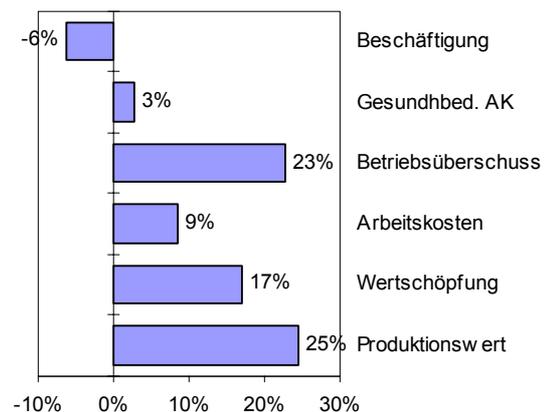


Abb. 129: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der französischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

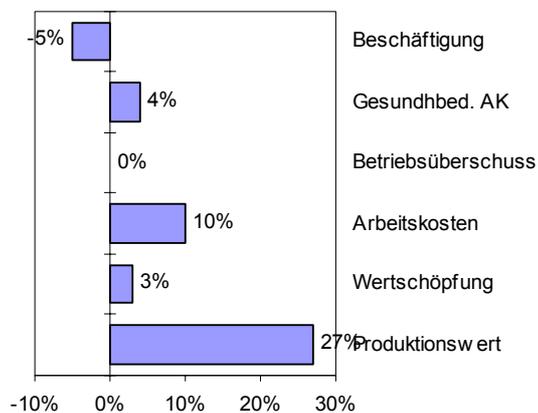


Abb. 130: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der niederländischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

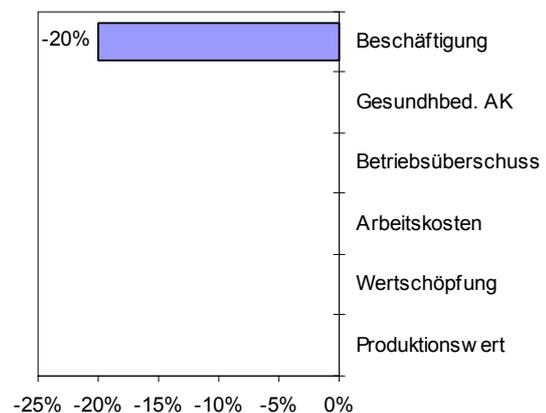


Abb. 131: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der polnischen Chemieindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Die Gegenüberstellung der Branchenentwicklung in den sechs Ländern zeigt Folgendes: Am stärksten ist die Beschäftigung in der deutschen Chemieindustrie eingebrochen (minus 11 Prozent), sofern man von den transformationsbedingten Sonderentwicklungen in Polen absieht. Aber auch in Großbritannien, Frankreich und den Niederlanden ist die chemische Industrie geschrumpft (zwischen minus 5 und minus 8 Prozent); einzig die USA weisen eine konstante Beschäftigungsentwicklung auf (Abb. 126 – Abb. 131).

Vergleicht man die Veränderung von gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung und Beschäftigung, dann weist die chemische Industrie der USA die höchste Zunahme der gesundheitssystembedingten Belastung auf und verfügt gleichzeitig zumindest über eine konstante Beschäftigung. Dagegen hat in Großbritannien sowohl die gesundheitssystembedingte Arbeit-

geberbelastung als auch die Beschäftigung in der chemischen Industrie abgenommen.

5.2.2 Fahrzeugbau

Der deutsche Fahrzeugbau weist im internationalen Vergleich bezogen auf den Produktionswert gleich hohe Belastungen wie Frankreich und die Niederlande auf (Abb. 132). Im Verhältnis zur Wertschöpfung ist die Belastung in den Niederlanden höher als in Deutschland (Abb. 133). Bezogen auf die Arbeitskosten ist die Belastung in Deutschland deutlich geringer als in Frankreich und den Niederlanden und auf ähnlichem Niveau wie in den USA (Abb. 134).

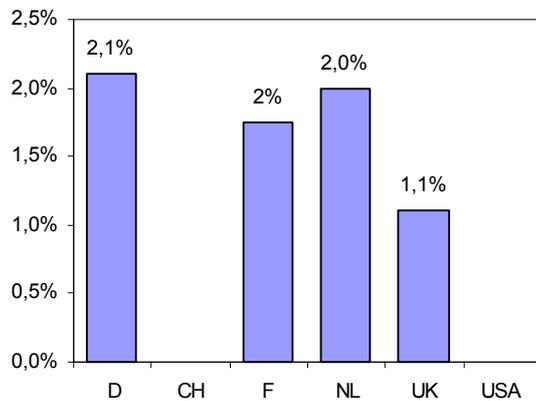


Abb. 132: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

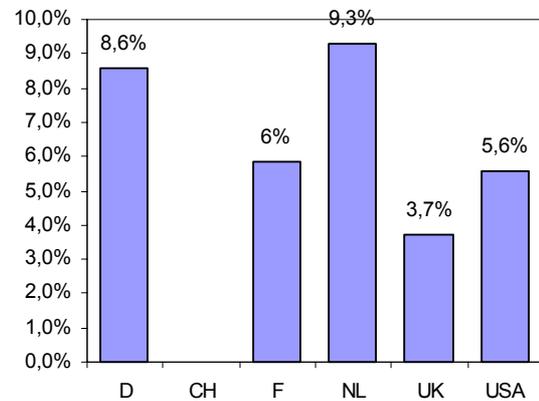


Abb. 133: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

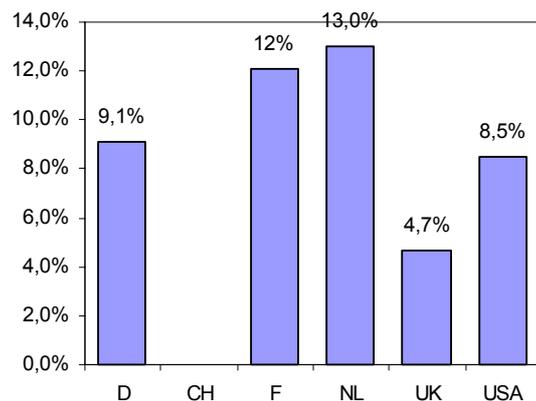


Abb. 134: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

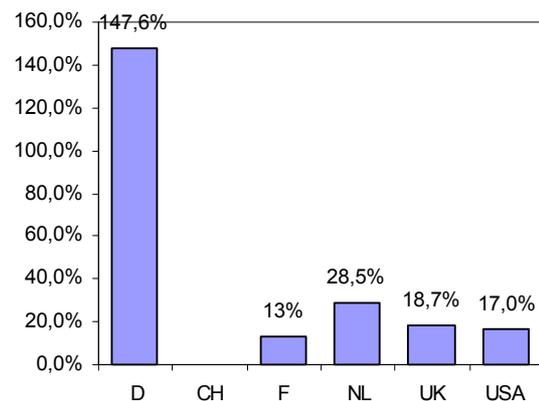


Abb. 135: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss im Fahrzeugbau im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Während nach diesen Indikatoren die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im deutschen Fahrzeugbau nicht als übermäßig hoch erscheint, weicht sie hinsichtlich des Betriebsüberschusses mit 147,6 Prozent deutlich nach oben ab. Dies zeigt, dass der deutsche Fahrzeugbau im Betrachtungszeitraum ein Profitabilitätsproblem hat (Abb. 135). Dies macht auch der Vergleich des Verhältnisses von Arbeitgeberbelastung zu Betriebsüberschüssen auf gesamtwirtschaftlicher Ebene und auf Branchenebene deutlich (15,0 vs. 147,6 Prozent).

Die Gegenüberstellung der Branchenentwicklung zwischen 1995 und 2000 in den sechs Ländern zeigt Folgendes: Die Beschäftigung ist in Deutschland mit einem Zuwachs von 18 Prozent am stärksten angestiegen, während sie in Großbritannien und den USA zwischen 3 und 4 Prozent anstieg und in Frankreich geringfügig und in Polen stark schrumpfte. Im Vergleich dazu ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland und Großbritannien jeweils um mehr als 25 Prozent gewachsen (Abb. 136 – Abb. 141).

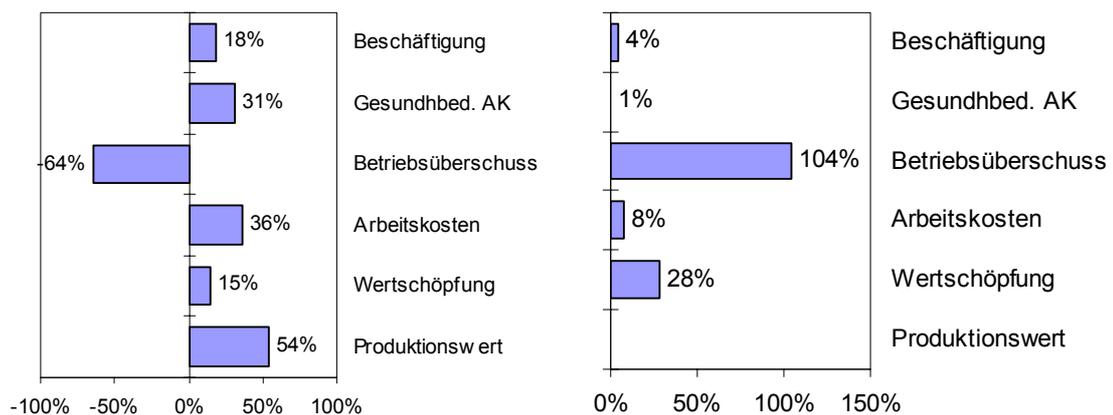


Abb. 136: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im deutschen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Abb. 137: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im amerikanischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

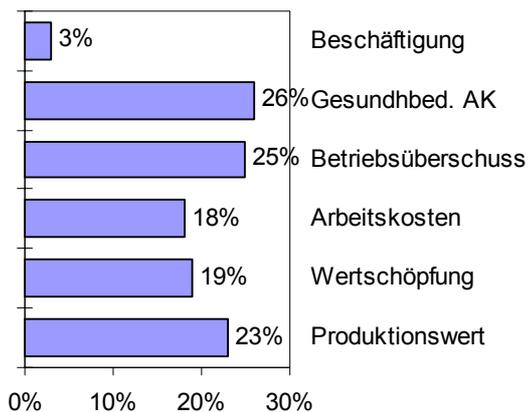


Abb. 138: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im britischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

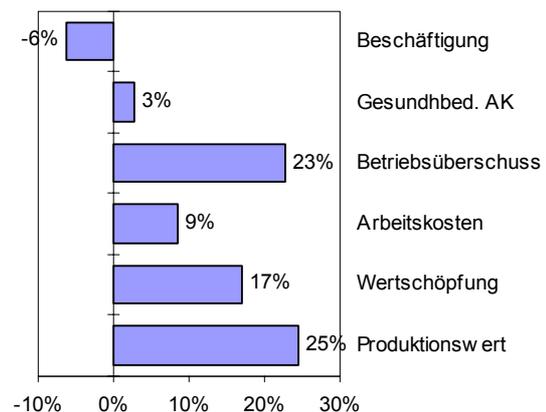


Abb. 139: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im französischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

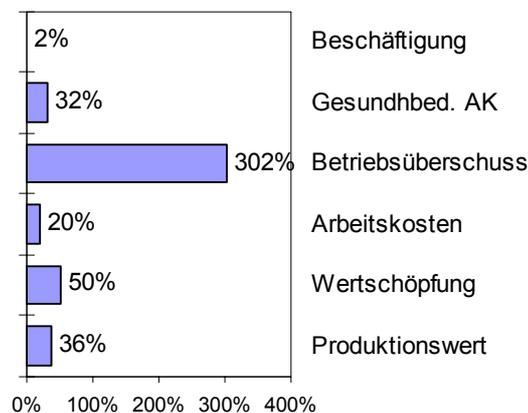


Abb. 140: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im niederländischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

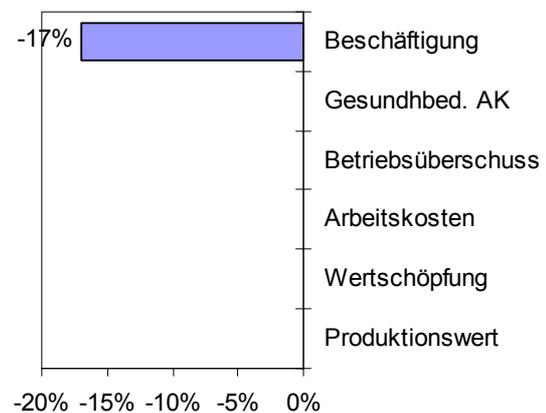


Abb. 141: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im polnischen Fahrzeugbau, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Die Arbeitskosten haben sich in Deutschland, den Niederlanden und Großbritannien am stärksten erhöht (36 vs 20 vs 18 Prozent). Gleichzeitig überstieg die Beschäftigungszunahme in Deutschland die Entwicklung in den Niederlanden und Großbritannien um ein Vielfaches (18 vs 2 vs 3 Prozent).

5.2.3 Textil- und Bekleidungsindustrie

Die deutsche Textil- und Bekleidungsindustrie weist die höchste Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert unter den Vergleichsländern auf (Abb. 142). Bezogen auf die Wertschöpfung, die Arbeitskosten und den Betriebsüberschuss ist die Belastung in Deutschland zumindest geringer als in den Niederlanden und den USA – abgesehen von Betriebsüberschuss in den Niederlanden (Abb. 143 – Abb. 145).

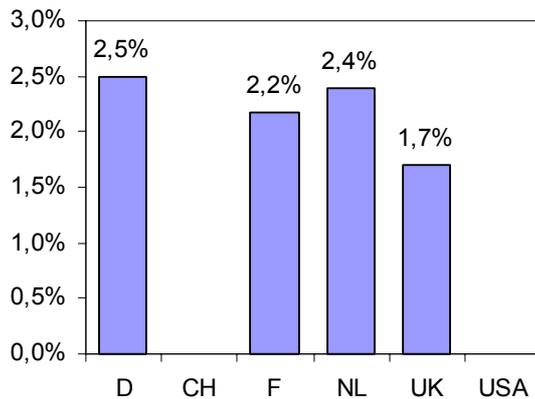


Abb. 142: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

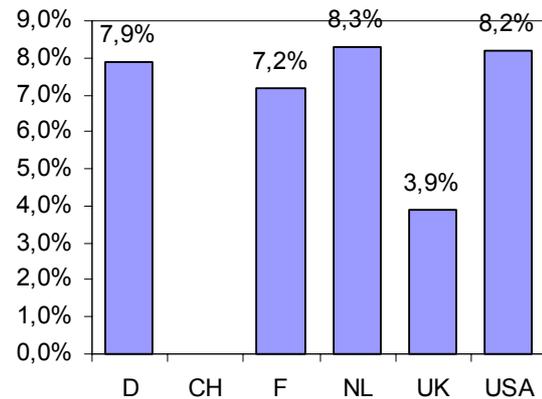


Abb. 143: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

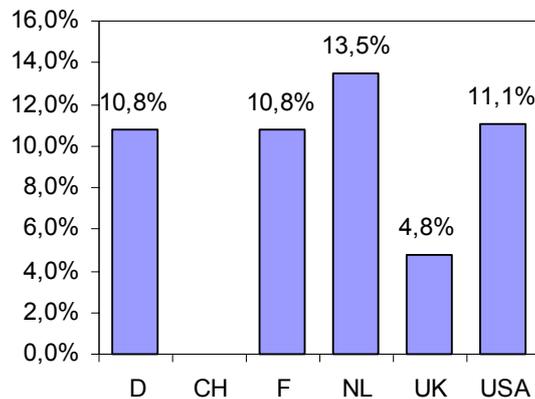


Abb. 144: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

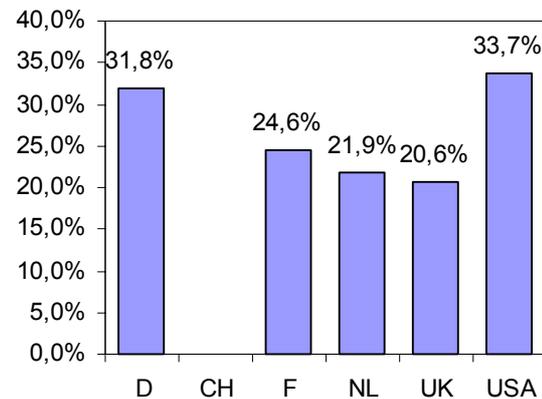


Abb. 145: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss in Textil- und Bekleidungsindustrie im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Der internationale Vergleich der Veränderungsdaten macht auch deutlich, dass der starke Beschäftigungsabbau keineswegs auf Deutschland beschränkt ist. Auch die USA, Großbritannien, Frankreich und Polen haben die Beschäftigung jeweils um mehr als 20 Prozent reduziert (Abb. 146 – Abb. 151).

Die Textil- und Bekleidungsindustrie in Deutschland ist in den letzten Jahren erheblich geschrumpft. Gilt dies auch im internationalen Vergleich?

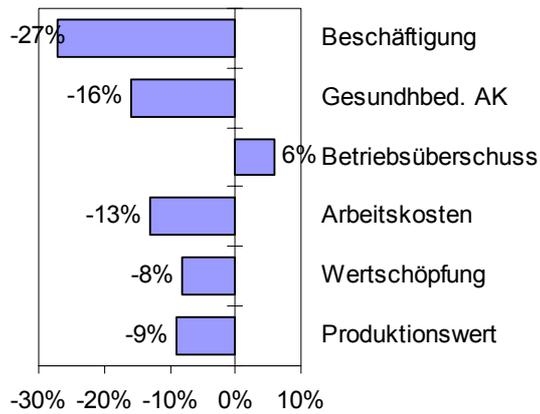


Abb. 146: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der deutschen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

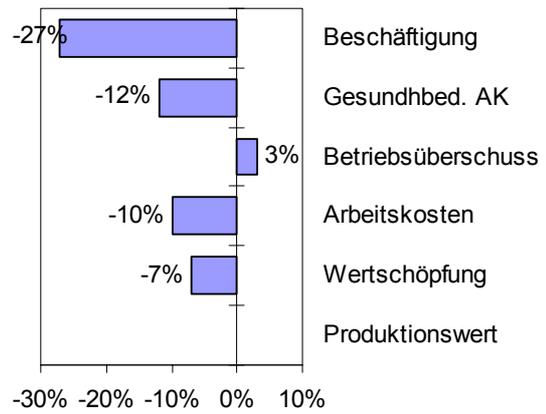


Abb. 147: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der amerikanischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

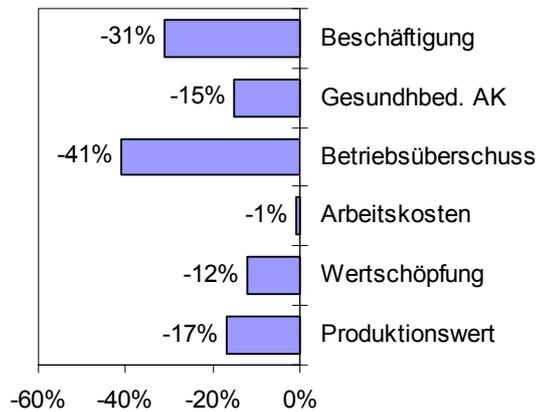


Abb. 148: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der britischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

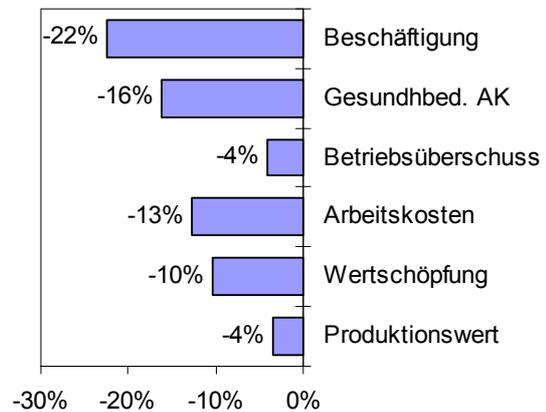


Abb. 149: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der französischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

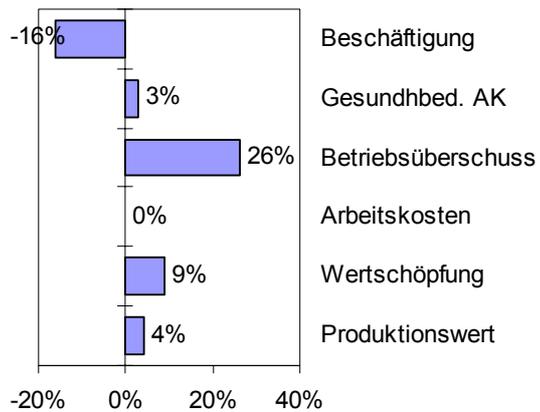


Abb. 150: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der niederländischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

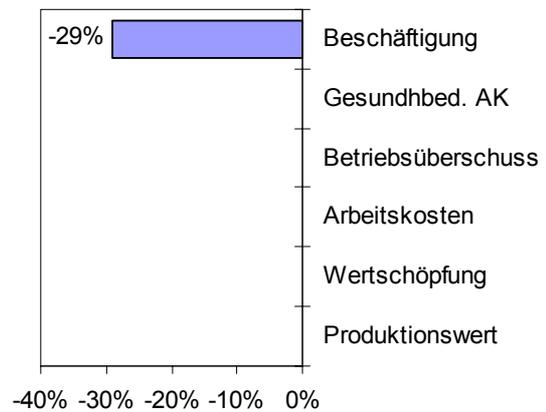


Abb. 151: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern in der polnischen Textil- und Bekleidungsindustrie, 1995-2000 (eigene Berechnung)

In allen untersuchten Ländern ist die Beschäftigung deutlich gesunken, zwischen 16 und 31 Prozent im Untersuchungszeitraum. Von allen untersuchten Ländern fällt der Beschäftigungsrückgang in den Niederlanden noch am geringsten aus (Abb. 146 – Abb. 151). Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung hat im Vergleich dazu deutlich schwächer abgenommen; die Arbeitskosten sind sogar praktisch konstant geblieben, d.h. angesichts des Beschäftigungsrückgangs bezogen auf einen Beschäftigten deutlich gestiegen.

5.2.4 Finanzdienstleistungen

Der Sektor der Finanzdienstleistungen unterscheidet sich erheblich hinsichtlich der deutschen Arbeitgeberbelastung im internationalen Vergleich. So weisen die Niederlande und Frankreich bezogen auf den Produktionswert die höchste gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auf (Abb. 152). Bezogen auf die Wertschöpfung, die Arbeitskosten und die Betriebsüberschüsse ist die Belastungsrelation ähnlich (Abb. 153 – Abb. 155).

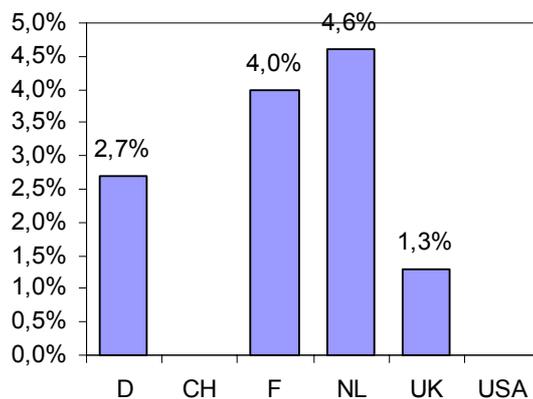


Abb. 152: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

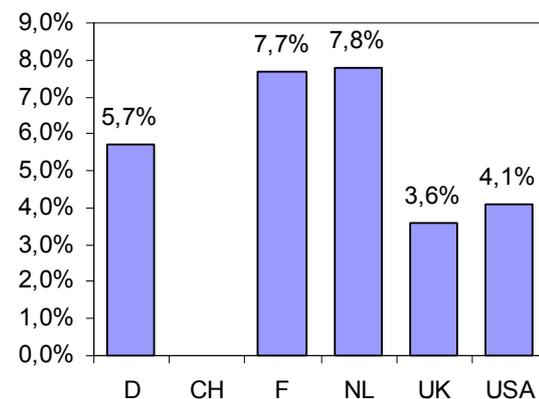


Abb. 153: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

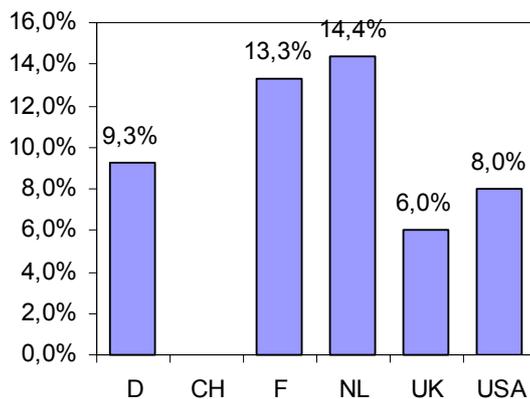


Abb. 154: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

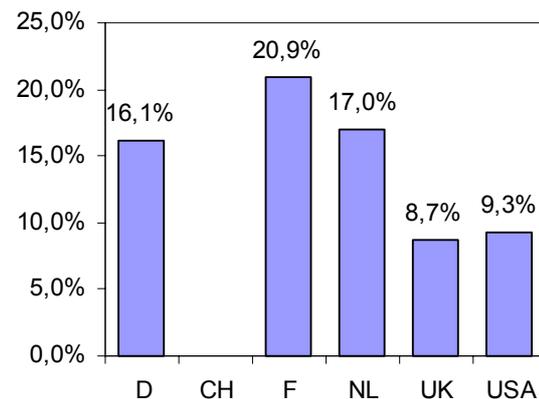


Abb. 155: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss bei Finanzdienstleistungen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Zudem fällt auf, dass im Unterschied zu anderen Branchen bei Finanzdienstleistungen die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in den USA näher am britischem Niveau liegt. Hier macht sich bemerkbar, dass bei nicht einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen Wirtschaftszweige mit hohem Einkommen weniger stark belastet werden. Insgesamt ist die Belastungssituation der deutschen Finanzdienstleister mit gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung deutlich schwächer als in den bisher untersuchten Branchen.

Im Betrachtungszeitraum hat sich die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland mit 6 Prozent Zunahme kaum verändert, während sie in den USA, Frankreich und den Niederlanden deutlich zugenommen hat; die USA weisen sogar eine Steigerung der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung um die Hälfte auf (Abb. 156 – Abb. 161). Trotzdem weisen Finanzdienstleister in Deutschland gegenüber allen Vergleichsländern zusammen mit Großbritannien den geringsten Beschäftigungszuwachs auf, während in den USA, den Niederlanden und Polen die Beschäftigung deutlich zunimmt.

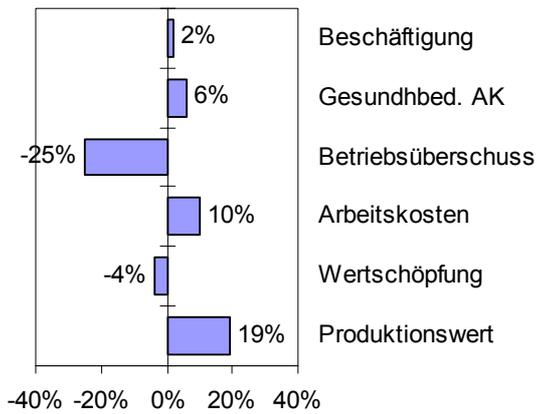


Abb. 156: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei deutschen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

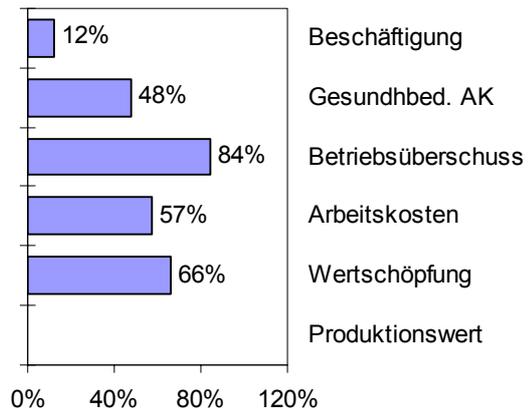


Abb. 157: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei amerikanischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

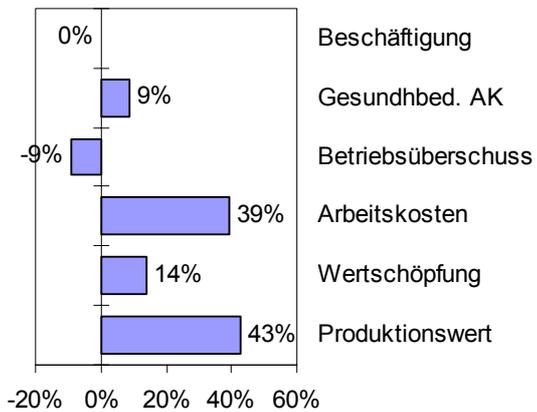


Abb. 158: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei britischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

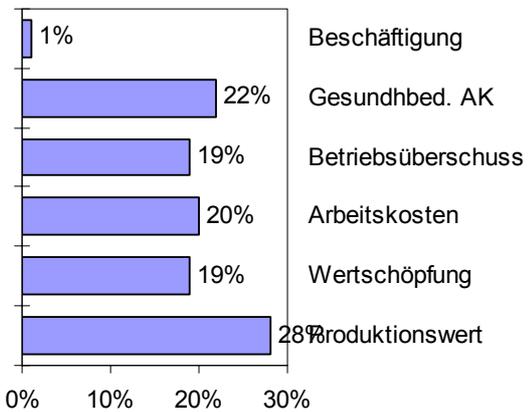


Abb. 159: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei französischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

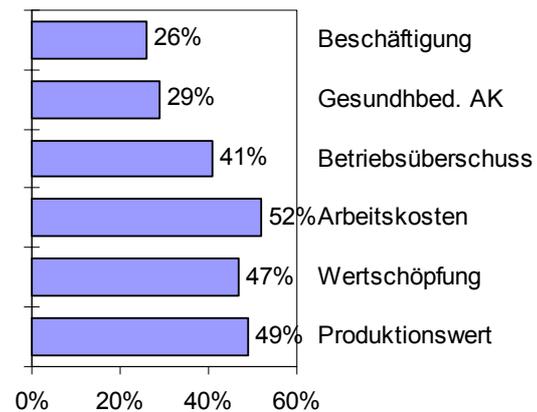


Abb. 160: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei niederländischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

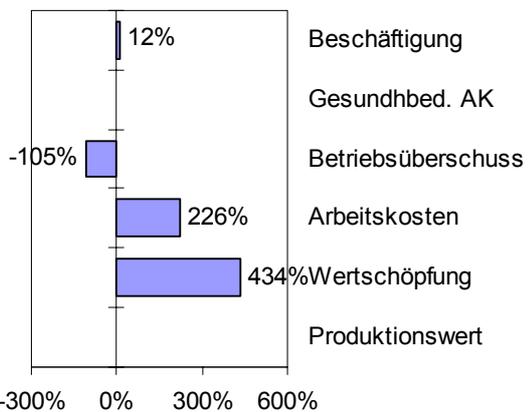


Abb. 161: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern bei polnischen Finanzdienstleistungen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

5.2.5 Gesundheitswesen

Als letzte Branche wird noch das Gesundheitswesen betrachtet, da dieses sowohl Quelle der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung ist, und die Belastung gleichzeitig als Nachfrage in jener Branche auch wirksam wird. Zudem unterliegt das Gesundheitswesen starken gesetzlichen Einschränkungen.

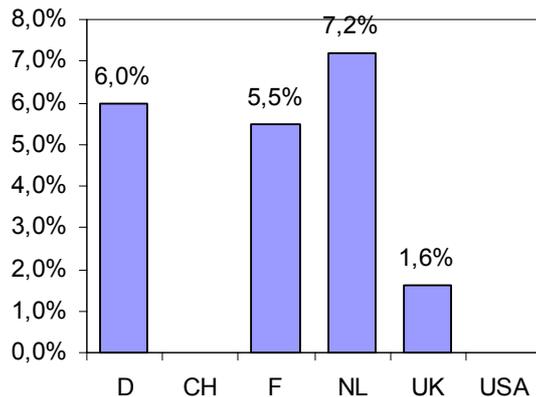


Abb. 162: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Produktionswert im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

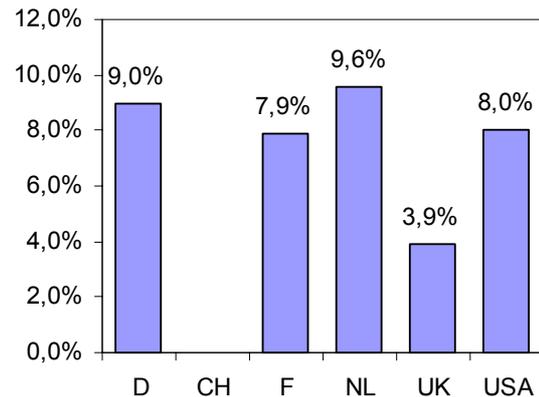


Abb. 163: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an der Wertschöpfung im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

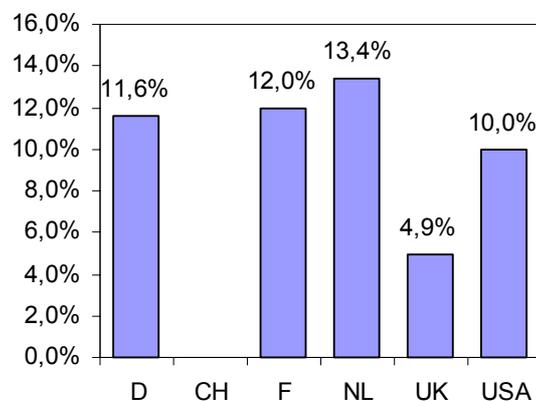


Abb. 164: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung an den Arbeitskosten im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

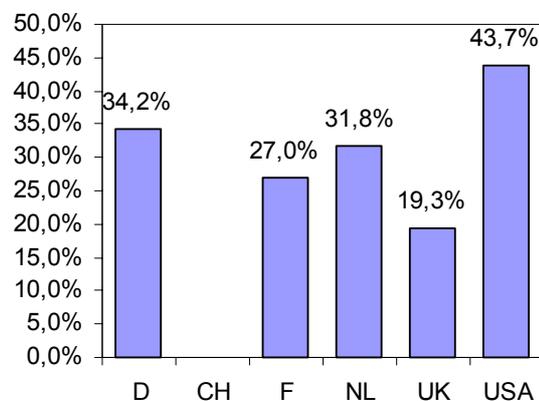


Abb. 165: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung am Betriebsüberschuss im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2000 (eigene Berechnung)

Deutschland weist im Gesundheitswesen bezogen auf den Produktionswert nach den Niederlanden die höchste gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung auf (Abb. 162). An dieser Rangfolge ändert sich nichts, wenn man diese Belastung auf die Wertschöpfung bezieht (Abb. 163). Im Verhältnis zu den Arbeitskosten liegt die Belastung in Deutschland unter der in den Niederlanden und Frankreich (Abb. 164).

Bezogen auf den Betriebsüberschuss ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung im amerikanischen Gesundheitswesen am höchsten (Abb. 165). Hier bleibt jedoch anzumerken, dass der Betriebsüberschuss im Gesundheitswesen schwer vergleichbar ist, da öffentliche Krankenhäuser defintorisch keine Gewinne machen.

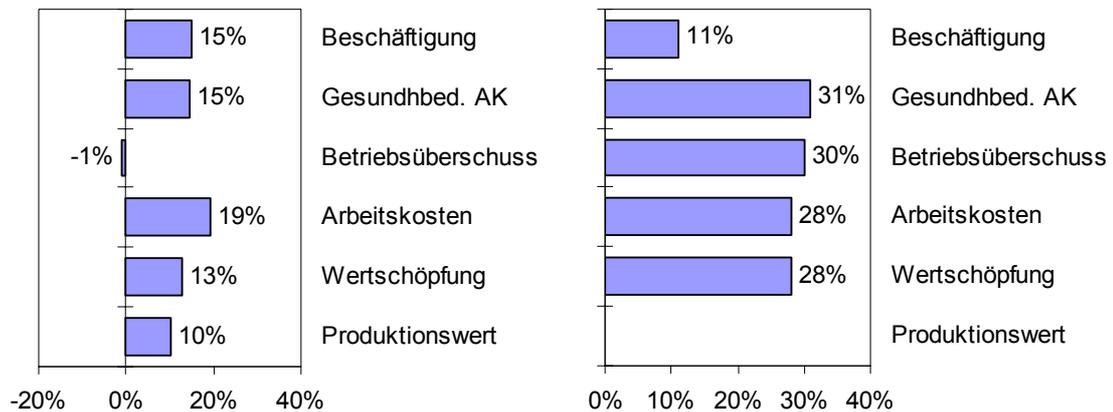


Abb. 166: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im deutschen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Abb. 167: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im amerikanischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

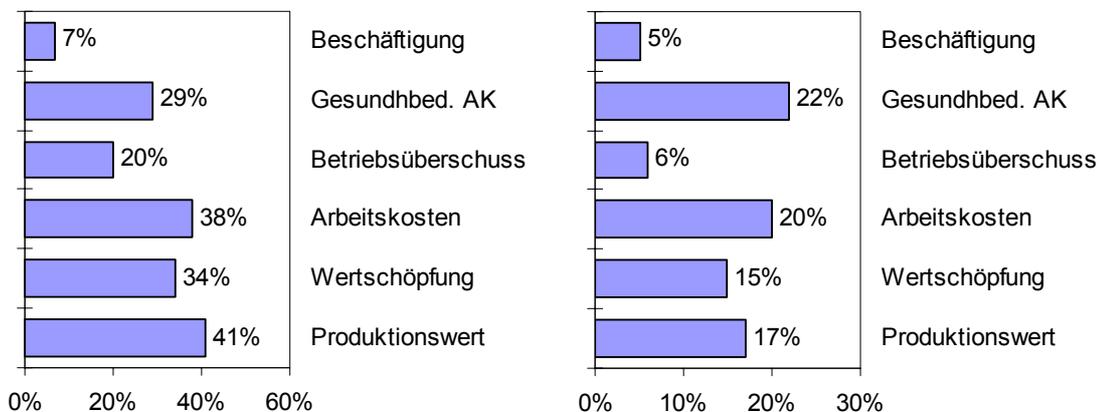


Abb. 168: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im britischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Abb. 169: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im französischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

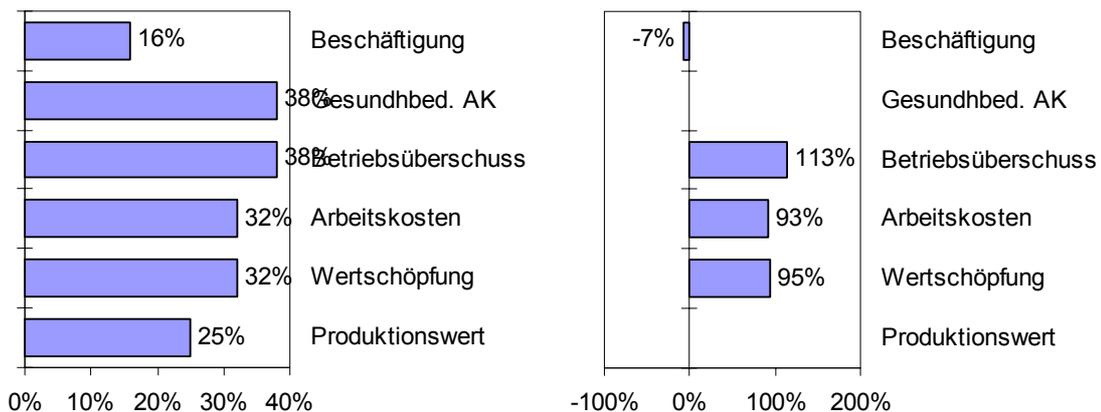


Abb. 170: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im niederländischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Abb. 171: Veränderung von Kosten- und Ertragskennziffern im polnischen Gesundheitswesen, 1995-2000 (eigene Berechnung)

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung hat im deutschen Gesundheitswesen mit 15 Prozent am geringsten zugenommen, während sie in den Niederlanden um 38 Prozent anstieg (Abb. 166 – Abb. 171). Dagegen ist die Beschäftigungszunahme im niederländischen Gesundheitswesen mit 16 Prozent am höchsten, dicht gefolgt von Deutschland.

Offensichtlich handelt es sich bei der Belastungszunahme in den USA von 31 Prozent um eine Anpassung an die gestiegenen Produktionsanforderungen im Gesundheitswesen. Dennoch überrascht die Stärke dieser Veränderung. Es zeigt sich, dass das Gesundheitswesen im Betrachtungszeitraum in allen Ländern, bis auf Polen, die Beschäftigung steigern konnte. Steigerungsraten von etwa 10 Prozent weisen das Gesundheitswesen als Wachstumsbranche aus, auch wenn andere Branchen, wie der Fahrzeugbau und die Finanzdienstleistungen vereinzelt, durch höhere Wachstumsraten aufgefallen sind.

5.2.6 Empirischer Zusammenhang zwischen Beschäftigung und gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung

Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene ist es an anderer Stelle nicht gelungen, einen systematischen empirischen Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und der Beschäftigungsveränderung nachzuweisen. In diesem Abschnitt wird nun untersucht, inwieweit ein solcher empirischer Zusammenhang auf Branchenebene erkennbar ist.

In der chemischen Industrie reichte im Jahr 1995 die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten von 3.238 Euro (Großbritannien) bis 6.750 Euro (Frankreich) (Abb. 172). Großbritannien musste

neben Deutschland den größten Beschäftigungsabbau hinnehmen. Dagegen konnten die USA das Beschäftigungsniveau bei einer gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung von 6.363 Euro (1995) erhalten. Dies bedeutet einen positiven Zusammenhang zwischen Belastungshöhe und Beschäftigungsentwicklung im Betrachtungszeitraum für diese Branche.

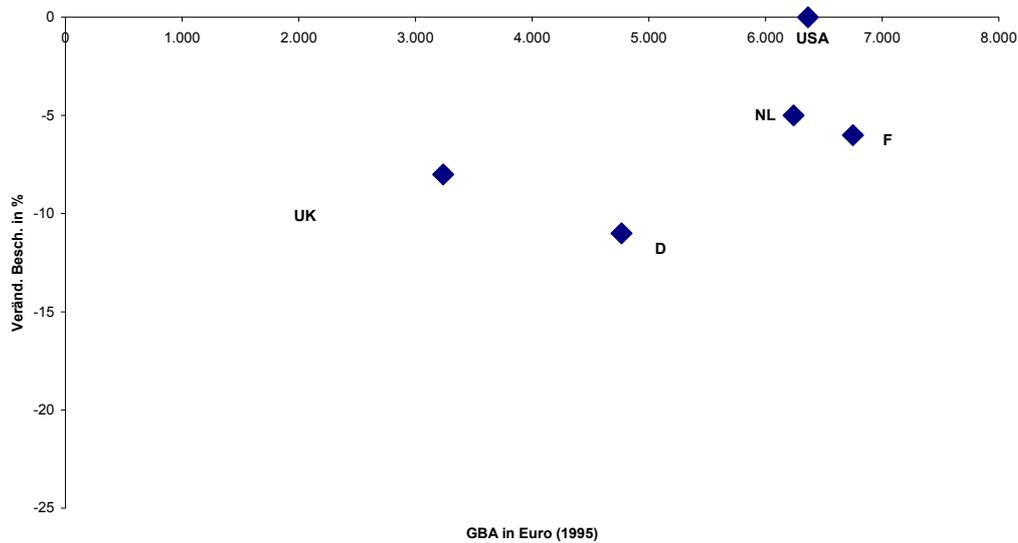


Abb. 172: Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent in der Chemieindustrie (eigene Berechnung)

Im Fahrzeugbau reicht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung von 1.683 Euro (Großbritannien) bis zu 5.998 Euro für die USA (Abb. 173). Während Frankreich, Großbritannien, die Niederlande und die USA eine Zunahme der Beschäftigung zwischen 1 und 4 Prozent verzeichnen, fällt der deutsche Beschäftigungszuwachs von 18 Prozent aus dem Rahmen. Ein systematischer, empirischer Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigung ist für den Fahrzeugbau im Untersuchungszeitraum nicht erkennbar.

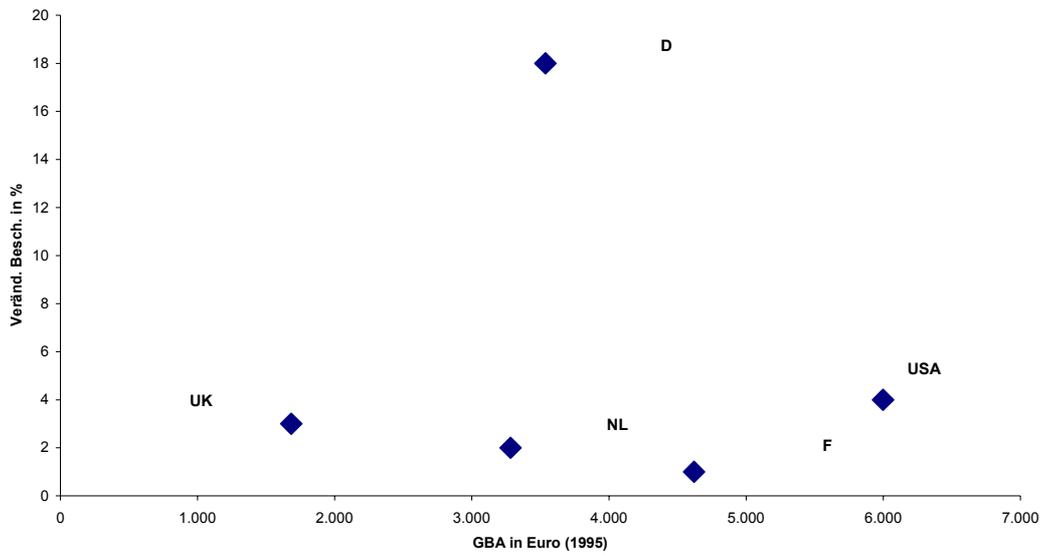


Abb. 173: Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent im Fahrzeugbau (eigene Berechnung)

In der Textil- und Bekleidungsindustrie zeigt sich ein ähnliches Bild: Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung reicht von 1.542 Euro (Großbritannien) bis zu 4.061 Euro (USA) (Abb. 174). Der größte Beschäftigungsabbau erfolgte in Großbritannien mit –31 Prozent und der geringste in den Niederlande mit –16 Prozent. Für die Textil- und Bekleidungsindustrie ist damit bestenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen Belastung und Beschäftigungsentwicklung zu erkennen.

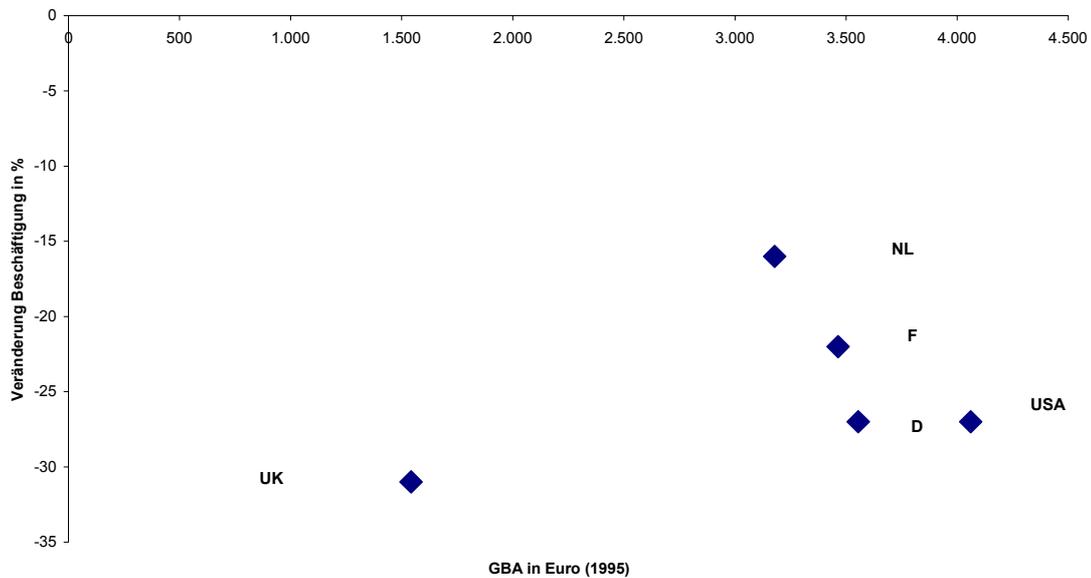


Abb. 174: Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent in der Textil- und Bekleidungsindustrie (eigene Berechnung)

Ein positiver Zusammenhang im Untersuchungszeitraum deutet sich bei den Finanzdienstleistern an, wenn man von der Entwicklung in Frankreich absieht (Abb. 175). Abstrahiert man hingegen von der Entwicklung in den Niederlanden, dann scheint kein Zusammenhang zu bestehen.

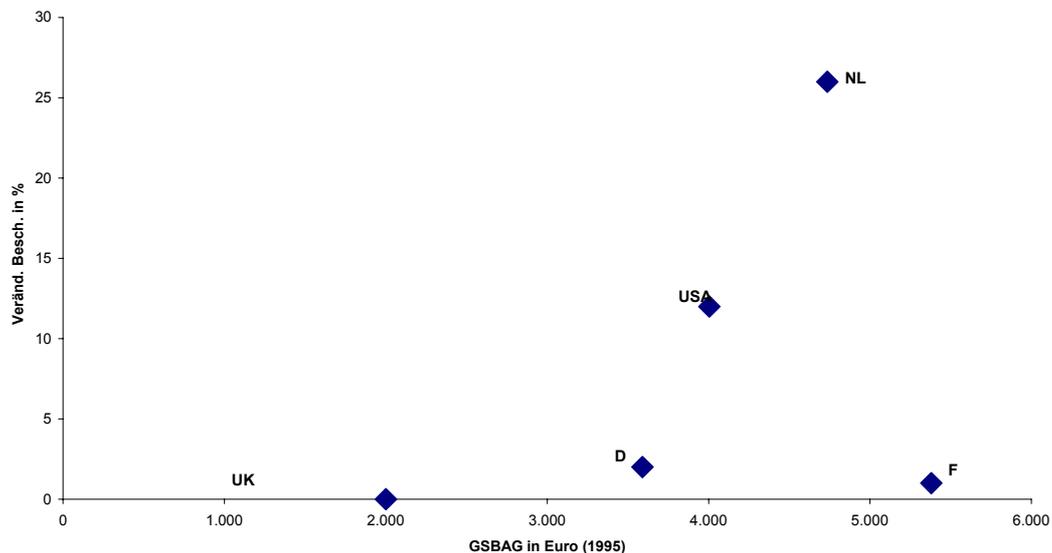


Abb. 175: Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent bei Finanzdienstleistern (eigene Berechnung)

Auch im Gesundheitswesen fällt es schwer, einen eindeutigen Zusammenhang zwischen den Größen gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelas-

tung pro Beschäftigten und Beschäftigungsentwicklung auszumachen (Abb. 176). Dies verwundert jedoch auch insofern nicht, als das Gesundheitswesen aufgrund der Doppelseigenschaft der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung (Kosten- und Erlös-komponente) sowieso über einen Sonderstatus verfügt.

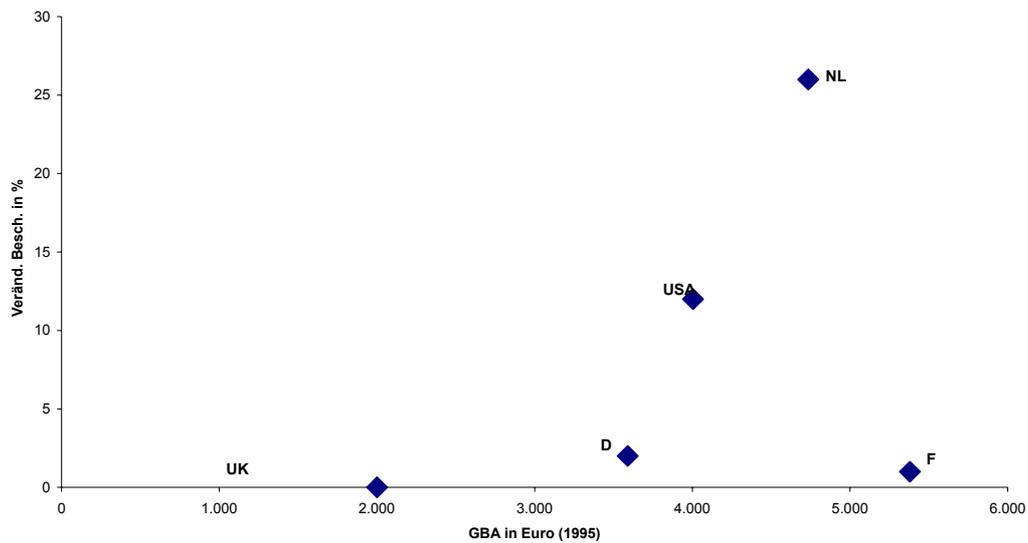


Abb. 176: Zusammenhang zwischen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Euro in 1995 und der Veränderung der Beschäftigung zwischen 1995 und 2000 in Prozent im Gesundheitswesen (eigene Berechnung)

6 Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)

Der letzte Teil dieser Untersuchung geht der Frage nach, welche Auswirkungen die Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland haben.

Die Darstellung nimmt bezug auf die im 3. Kapitel definierten Kennzahlen. Während das GMG in seinen Wirkungen im Jahr 2004 einsetzt, liegen international vergleichbare Daten zur gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung durch diese Untersuchung bislang nur bis zum Jahr 2000 vor. Um die Auswirkungen des GMG auf die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung beziehen zu können, wird im Folgenden unterstellt, dass die für das Jahr 2000 ermittelten Kennzahlen auch die Arbeitgeberbelastung im Jahr 2004 (ohne GMG) korrekt wiedergeben. Aufbauend auf diesem Basisszenario werden bestehende Abschätzungen zur Beitragssatzwirkung im gemeinsamen Gesetzesentwurf aufgegriffen und daraufhin untersucht, welche Konsequenzen sie auf die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung haben.

6.1 Regelungsinhalte

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) trat zum 1. Januar 2004 in Kraft. Eine wichtige Motivation für seine Einführung war nach Angaben der Gesetzesinitiatoren, dass die aus einem Auseinanderfallen von Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV entstehende Finanzierungslücke nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen finanziert werden kann (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003).

Das GMG umfasst eine Vielzahl einzelner Reformmaßnahmen. Folgende finanzierungsrelevante Einzelmaßnahmen sind vorgesehen:

- A. Ausgrenzung von Leistungen: Sterbegeld, OTC-Präparate, Sehhilfen, künstliche Befruchtung und Sterilisation, Entbindungsgeld, ambulante Fahrtkosten (Tabelle 10)
- B. Anhebung von Zuzahlungen: prozentuale Zuzahlung von 10% bei allen Leistungen; min. 5 Euro, max. 10 Euro; mit Sonderregelungen für Härtefälle und chronisch Kranke (Tabelle 11)
- C. Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Steuertransfers
- D. Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge

- E. Struktureffekte (Festbeträge und Herstellerrabatt, Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Grundlohnbindung der Verwaltungskosten)
- F. Finanzierung des Zahnersatzes alleine durch Prämien der Mitglieder
- G. Sonderbeitrag der Mitglieder

Die detaillierte Darstellung zeigt, dass die Leistungsausgrenzungen nicht nur versicherungsfremde Leistungen betreffen (Tabelle 10). Die Zuzahlungsänderungen betreffen fast alle Leistungsbereiche (Tabelle 11).

Leistungen	Art der Maßnahme	Ausnahmen
- Sterbe- und Entbindungsgeld	Werden aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen.	
- Sterilisation	Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese künftig vom Versicherten selbst finanziert werden.	Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.
- Künstliche Befruchtung	Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50% bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.	
- Sehhilfen / Brillen	Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen.	Ein Leistungsanspruch besteht weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen und therapeutische Sehhilfen.
- Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.
- Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der GKV grundsätzlich nicht mehr erstattet. Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z.B. Viagra) werden nicht mehr erstattet.	Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.

Tabelle 10: Leistungsausgrenzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland seit 1. Januar 2004 (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Nicht berücksichtigt sind in der Tabelle 10 die durch das GMG definierten Umfinanzierungen von versicherungsfremden Leistungen (§221 SGB V) wie Mutterschaftsleistungen, die zu einer sukzessiv steigenden Entlastung der GKV und damit zu einer Beitragsentlastung von Versicherten und Arbeitgeber führen.

Leistungen	Höhe der Zuzahlung	Ausnahmen
- Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 € pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt	Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.
- Arznei- und Verbandmittel	Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	
- Heilmittel und häusliche Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt); mindestens 5 € und maximal 10 €.	
- Hilfsmittel	Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 € pro Monat.
- Soziotherapie, Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €.	
- Stationäre Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 € pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage unter Anrechnung vorheriger Krankenhaustage.	
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 € pro Tag.	
- Krankenhaus	Zuzahlung von 10 € pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.	

Tabelle 11: Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland seit 1. Januar 2004. Es bestehen Sonderregelungen für bestimmte Versichertengruppen (Härfälle, Chroniker) (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Mit dem bislang nur als Entwurf vorliegenden Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2004b) werden die Regelung des GMG zum Zahnersatz und zum Sonderbeitrag für Mitglieder wieder aufgehoben und durch einen auf 0,9 BS-Punkte erhöhten Sonderbeitrag zum 1. Juli 2005 ersetzt. Die Wirkungen dieses Gesetzes werden im Folgenden ebenso dargestellt. Soweit nicht explizit erwähnt, beziehen sich die Ausführungen jedoch immer auf den Regelungsstand des GMG.

6.2 Wirkungsebenen der finanzierungsrelevanten Einzelmaßnahmen

Ausgehend von der Systematik der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (Abb. 1) können Regelungen zur Finanzierung der GKV an folgenden fünf Ebenen ansetzen (Abb. 177):

- (1) Umfang der sekundären Finanzierung, d.h. der versicherungsfinanzierten Leistungen (GKV, PKV, andere Versicherungen mit Leistungen im Gesundheitswesen)
- (2) Verhältnis zwischen Krankenversicherung und öffentlichen Haushalten
- (3) Verhältnis von GKV und PKV
- (4) Innenverhältnis der Sozialversicherungen
- (5) Innenverhältnis der GKV

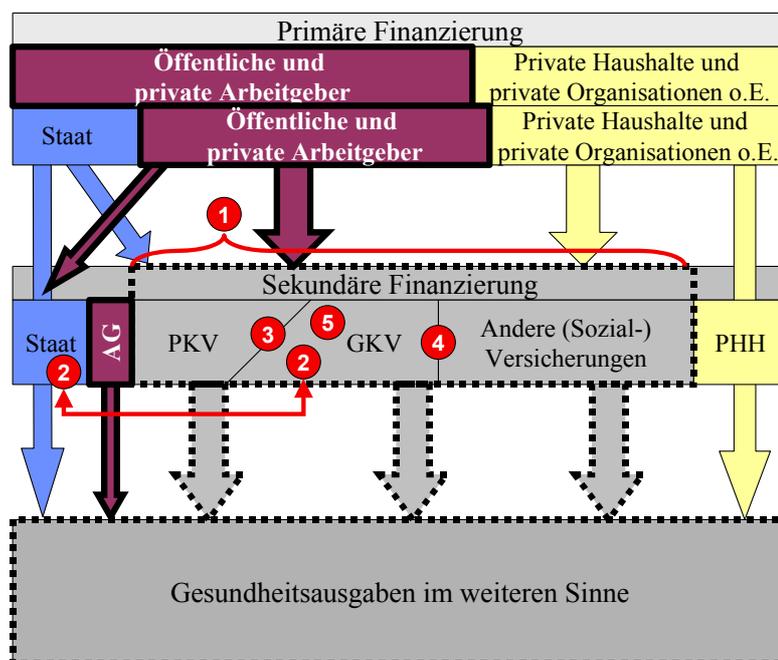


Abb. 177: Gestaltungsansätze zur Reform der Finanzierung im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)

Die finanzierungsrelevanten Einzelmaßnahmen des GMG lassen sich wie folgt den Ebenen zuordnen (Tabelle 12):

Ebene	Finanzierungsrelevante Einzelmaßnahmen
1. Umfang der sekundären Finanzierung	A. Ausgrenzung von Leistungen B. Anhebung von Zuzahlungen
2. Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Haushalten	C. Finanzierung versicherungsfremder Leistungen
3. Verhältnis von Sozialversicherung und Privater Versicherung	
4. Innenverhältnis der Sozialversicherungen	
5. Innenverhältnis der GKV	D. Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge E. Struktureffekte F. Finanzierung des Zahnersatzes allein durch Prämien der Mitglieder G. Sonderbeitrag der Mitglieder

Tabelle 12: Wirkungsebenen der finanzierungsrelevanten Einzelmaßnahmen des GMG (eigene Darstellung)

6.3 Finanzielle Auswirkungen

Im gemeinsamen Gesetzesentwurf wird das finanzielle Entlastungsvolumen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der vorgesehenen Regelungen im 1. Jahr (2004) auf rund 10 Mrd. Euro geschätzt, das im 4. Jahr (Endstufe) auf insgesamt 14,5 Mrd. Euro ansteigen sollen (Abb. 178). Hinzu kommen Belastungsverschiebungen bei der paritätischen Finanzierung, die 8,5 Mrd. Euro ausmachen.

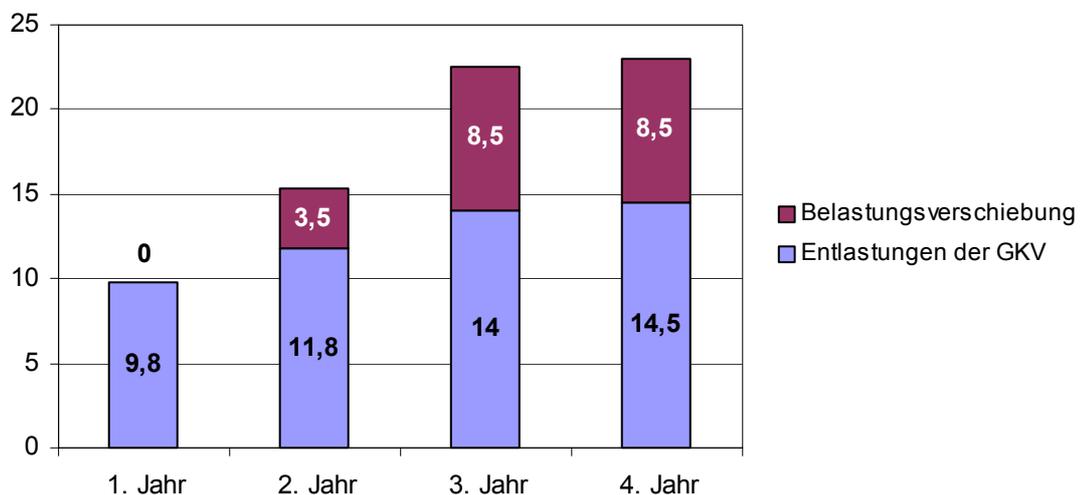


Abb. 178: Entwicklung der Gesamtentlastung durch das GMG, in Mrd. Euro (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Durch die noch geplante Veränderung im Zahnersatz erhöht sich die Belastungsverschiebung im zweiten Jahr gegenüber der ursprünglichen Regelung im GMG von 3,5 auf 4,4 Mrd. Euro und ab dem dritten Jahr von 8,5 auf 8,7 Mrd. Euro. Die starke Erhöhung nur im zweiten Jahr resultiert daraus, dass mit dem Gesetzesentwurf zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

der ursprünglich erst zum 1. 1. 2006 geplante Sonderbeitrag für Mitglieder um sechs Monate vorgezogen wird.

Gliedert man die Gesamtentlastung durch das GMG weiter in die Einzelmaßnahmen auf, erhält man, bezogen auf die Endstufe (4. Jahr) die in Abb. 179 dargestellte Struktur der Entlastung und Beitragsverschiebung.

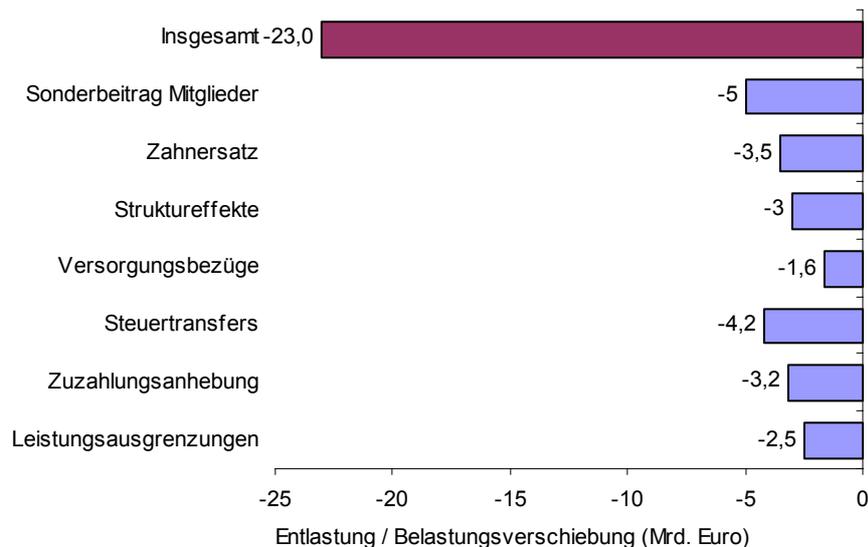


Abb. 179: Struktur der Gesamtentlastung durch das GMG in der Endstufe (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Die nunmehr geplanten Änderungen bei Zahnersatz und Sonderbeitrag

- heben die Belastungsverschiebung beim Zahnersatz von 3,5 Mrd. Euro auf und
- erhöhen den Sonderbeitrag der Mitglieder um 3,7 Mrd. Euro.

Die Summe aus Entlastungen und Belastungsverschiebungen steigt hierdurch um 0,2 auf 23,2 Mrd. Euro.

Aus der Gesamtentlastung und der Belastungsverschiebung für die GKV schätzen die Gesetzesinitiatoren des GMG unter Berücksichtigung des Schuldenabbaus und der Auffüllung von Rücklagen die langfristige Entlastung für die GKV-Beitragszahler von 14,3 Prozentpunkten auf 13,0 Prozentpunkte. Davon sind 6,08 Prozentpunkte durch die Arbeitgeber und 6,93 Prozentpunkte durch die Mitglieder zu erbringen (Tabelle 13).

Maßnahme	Beitragssatzpunkte	
Entlastung durch Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungsanhebungen, Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge, Struktureffekte	1,5	
./. Schuldenabbau und Rücklagenauffüllung	0,2	
= Spielraum für Beitragssatzsenkung (ggü. 2003)	1,3	
⇒ ∅ allgemeiner Beitragssatz (ohne Belastungsverschiebung ggü. AG)	13,0	
./. Ausgliederung Zahnersatz	0,35	
./. Sonderbeitrag der Mitglieder	0,5	
⇒ ∅ allgemeiner Beitragssatz (mit Belastungsverschiebung ggü. AG)	12,15	
⇒ Beitragssatzanteil für AG/Mitglied	AG	Mitglied
	6,08	6,93

Tabelle 13: Entlastungseffekte des GMG für die GKV-Beitragszahler; Endstufe (2007) (Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Die geplante Veränderung beim Zahnersatz führt zu einer Belastungsverschiebung zu Lasten der Mitglieder. Hierdurch sinkt der durchschnittliche Beitragssatz (mit Belastungsverschiebung ggü. Arbeitgebern) um 0,05 Beitragssatzpunkte auf 12,1 Prozent. Der Beitragssatzanteil für Arbeitgeber beträgt folglich 6,0 Beitragssatzpunkte und für Mitglieder 7,0 Beitragssatzpunkte.

Der skizzierte Beitragssatzeffekt im GMG wirkt sich über die Grenzen der GKV auch auf die Träger der Arbeitslosen- und Rentenversicherung aus, da ihr Beitragsanteil zur GKV dementsprechend sinkt. Die geschätzte langfristige Wirkung beträgt 2,3 Mrd. Euro (Rentenversicherung) bzw. 0,5 Mrd. Euro (Bundesagentur für Arbeit). Dabei wird unterstellt, dass diese Einsparung nicht an die Beitragszahler in der Rentenversicherung weitergegeben werden wird, sondern eine entsprechende Kürzung des Bundeszuschusses erlaubt.

Sinkende Beitragssätze und geringere Leistungsausgaben in der GKV führen auch zu Einsparungen beim Bund für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe in Höhe von 0,1 Mrd. Euro. Zudem sinkt der Bedarf an Bundesmitteln für die Krankenversicherung der Landwirte um 0,2 Mrd. Euro. Einsparungen für Länder und Gemeinden werden im Gesetzesentwurf nicht quantifiziert. Zur Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen steigt die Belastung des Staates um 0,6 Mrd. Euro, so dass per Saldo eine Zusatzbelastung von 0,3 Mrd. Euro resultiert.

Im Folgenden werden zunächst die projizierten finanziellen Entlastungseffekte diskutiert, anschließend die Beschäftigungswirkungen.

6.4 Finanzierungsentlastung der Arbeitgeber

Die Senkung der Arbeitgeberbelastung und Personalnebenkosten ist ein explizites Reformziel des GMG. Für eine gerechte und ausgewogene Las-

tenverteilung sollen nach dem Wunsch der Gesetzesinitiatoren alle Beteiligten, von den Versicherten und Patienten über die Krankenkassen bis hin zu den Leistungserbringern, ihren Beitrag leisten und sich strukturellen Veränderungen stellen. Dies wird für erforderlich gehalten, um die Beitragssätze deutlich zu senken, die Personalnebenkosten zu entlasten und wieder mehr Beschäftigung zu ermöglichen.

Die oben diskutierten Reformvorschläge führen über den Arbeitgeberanteil zu einer direkten Entlastung der Arbeitgeber in der GKV, sobald die Beitragssätze der GKV sinken. Da Arbeitgeber neben dem Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung noch weitere gesundheitssystembedingte Belastungen zu tragen haben und das GMG nicht nur die GKV betrifft, werden Arbeitgeber durch das GMG auch in anderer Weise entlastet (Tabelle 14).

Was die sonstigen Sozialversicherungsträger betrifft, so wirkt sich die Beitragssatzentlastung in der GKV nicht auf die Träger der Arbeitslosen- und Rentenversicherung aus, da ihr Beitragsanteil zur GKV nicht sinkt, Statt dessen gibt es eine Entlastung der Bundeszuschüsse. Deshalb bleibt die Belastung der Arbeitgeber mit gesundheitssystembedingten Kosten aus der Arbeitslosen- und Rentenversicherung unverändert.

Der Entlastung der Bundeszuschüsse stehen neue Verpflichtungen bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gegenüber. Entscheidend ist hier der Nettoeffekt aus Sicht der Arbeitgeber. Da allerdings die Belastung der Unternehmen aus der Steuerfinanzierung grundsätzlich kleiner ist als aus der paritätischen Beitragsfinanzierung, kommt es zu Entlastung der Arbeitgeber.

Weitere Effekte ergeben sich bei der Finanzierung der Privaten Krankenversicherung. Hier kommt es – analog zur GKV – zu einer Entlastung der Arbeitgeberzuschüsse. Schließlich sinken auch direkte Arbeitgeberzahlungen, sofern in der Beihilfe die Zuzahlungsregelungen und Leistungsausgrenzungen übernommen werden.

Modell	Finanzierungsanteile der Arbeitgeber				
	Gesetzliche Krankenversicherung	Soziale Pflege-, Renten-, Unfallversicherung	Private Krankenversicherung	Direkte Arbeitgeberzahlungen	Staat
GMG	Entlastung durch Beitragssatzsenkung; Herausnahme Zahnersatz aus paritätischer Finanzierung; Sonderbeitrag durch Mitglieder	Kein Effekt (siehe Staat)	Entlastung Zuschüsse AG	Entlastung der Beihilfe durch Übernahme der Zuzahlungsregelungen und Leistungsausgrenzungen	Entlastung des Bundeszuschuss für RV und ALV Bundeszuschuss zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen

Tabelle 14: Finanzierungsanteile der Arbeitgeber nach GMG (Darstellung nach Gemeinsamer Gesetzesentwurf, 2003)

Vergleicht man diese Maßnahmen mit der Struktur der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung (Abb. 41), dann fällt auf, dass sie sich auf die Finanzierungsträger GKV, PKV, Staat (Steuern) und Arbeitgeber (Beihilfe) beschränken, die zusammen 56 Prozent aller Gesundheitsausgaben bezahlen. Alle anderen Quellen der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung – Lohnfortzahlung, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung – adressiert das GMG nicht.

Die folgenden Berechnungen zum GMG gehen von Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 134 Mrd. Euro für das Jahr 2000 aus und berechnen die Entlastungswirkungen für die ersten vier Jahre des GMG. Wie im gemeinsamen Gesetzesentwurf wird auch in dieser Untersuchung ein durchschnittlicher Beitragssatz von 14,3 Prozent (Stand Oktober 2003) angenommen.⁷ 0,97 Mrd. Euro Beitragseinnahmen entsprechen danach 0,1 Beitragssatzpunkten. Bei einem effektiven Finanzierungsanteil der Arbeitgeber an der GKV von 34,1 Prozent (vgl. Abschnitt 4.1.4) entspricht eine Beitragssatzsenkung um 1 Beitragssatzpunkt einer anteiligen Entlastung der Arbeitgeber um 3,3 Mrd. Euro.

Insgesamt ergibt sich aus den GMG-Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ein intendiertes finanzielles Entlastungsvolumen, das von 9,8 Mrd. Euro im ersten Jahr auf 14,5 Mrd. Euro in der Endstufe ansteigt. Dies würde langfristig (also nach Abschluss von Schuldenabbau und Rücklagenauffüllung) zu einer Entlastung in der GKV um 1,5 Beitragssatzpunkte bzw. 14,5 Mrd. Euro pro Jahr führen. Da das hier verwendete Belastungskonzept

⁷ Zur Simulation der Belastungswirkung des GMG ist es erforderlich, die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume (Belastungsanalyse bis 2000; GMG ab 2004) zusammenzuführen. Der durchschnittliche Beitragssatz wurde deshalb übernommen, weil die Bearbeiter bewusst auf eine eigene Abschätzung der GMG-Entlastung verzichtet haben.

auf der Gesundheitsausgabenrechnung aufbaut und daher von temporärer Verschuldung bzw. Rücklagenbildung abstrahiert (vgl. 3.1.1), wird an dieser Stelle mit der vollen Entlastung gerechnet, nicht mit den von den Gesetzesinitiatoren eigentlich für 2007 erwarteten 14,3 Mrd. Euro.

Von den Entlastungen in der GKV durch das GMG von 14,5 Mrd. Euro entfallen bei einem effektiven Arbeitgeberanteil an der GKV von 34,1 Prozent 4,9 Mrd. Euro auf die Arbeitgeber. Hinzu kommen Belastungsverchiebungen in Höhe von 8,5 Mrd. Euro, die einer Arbeitgeberentlastung von 2,9 Mrd. Euro entsprechen. Zusammen also eine Arbeitgeberentlastung in Höhe von 7,8 Mrd. Euro. Die nunmehr geplanten Veränderungen beim Zahnersatz würden die Belastung um weitere 0,2 Mrd. in Richtung der Mitglieder verschieben, was einer zusätzlichen Arbeitgeberentlastung gegenüber dem GMG von rund 0,1 Mrd. entspricht.

Weitere Entlastungen der Arbeitgeber durch das GMG ergeben sich außerhalb der GKV: Bezüglich der Beihilfe enthält der Gesetzesentwurf zum GMG keine Regelung. Geht man von der Übernahme der Zuzahlungsänderungen und Leistungsausgrenzungen in der GKV aus, ergibt sich eine anteilige Entlastung der Beihilfe um rund 0,3 Mrd. Euro.

Der Nettoeffekt aus Ent- und Belastung der Bundeszuschüsse bewirkt einen Belastungseffekt der Arbeitgeber durch höheren Steuerbedarf des Bundes von ca. 0,3 Mrd. Euro.

Ein weiterer Entlastungseffekt erfolgt bei den Trägern der Arbeitslosen- und Rentenversicherung, da ihr Beitragsanteil zur GKV mit der Reduktion des GKV-Beitragsatzes ebenfalls sinkt. Diese werden in dem hier verwendeten Modell allerdings nicht als „gesundheitssystembedingte“ Entlastungen der Arbeitgeber sondern als Entlastungen der öffentlichen Haushalte berücksichtigt.

Die Belastung der Arbeitgeber in der PKV reduziert sich durch die Verminderung des durchschnittlichen Beitragsatzes in der GKV. Diese Entlastung wird jährlich auf 0,2 Mrd. Euro geschätzt.

Für die gesundheitssystembedingten Arbeitskosten ergibt sich somit insgesamt längerfristig eine Gesamtentlastung der Arbeitgeber um 8,0 Mrd. Euro (Abb. 180). Aufgrund der zeitlichen Staffelung der Entlastungsmaßnahmen fallen davon im ersten Jahr der Reform erst ca. 3,5 Mrd. Euro an. Dies entspricht 3,0 (1. Jahr GMG) bzw. 6,9 Prozent (Endstufe) der gesamten gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung in Deutschland.

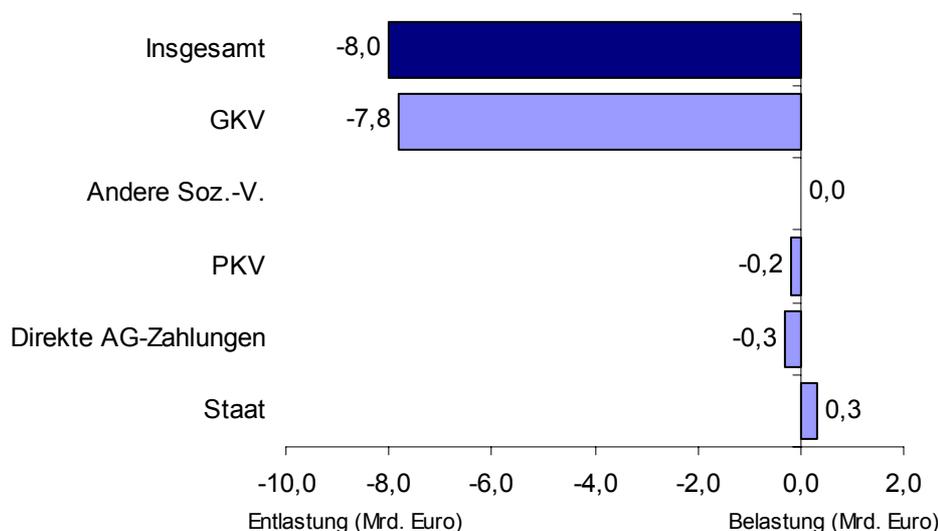


Abb. 180: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberentlastung durch das GMG (eigene Berechnung auf Basis des Gemeinsamen Gesetzesentwurfes, 2003)

Durch die geplante Veränderung des Zähnersatzes steigt in der Endstufe (2007) die Entlastung der Arbeitgeber durch den veränderten Sonderbeitrag der Mitglieder um 0,1 Mrd. Euro, so dass die Gesamtentlastung der Arbeitgeber auf 8,1 Mrd. Euro zunimmt.

Durch die Entlastung der Arbeitgeber im GMG sinkt der Anteil der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert von 3,2 % auf 3,1 % (1. Jahr GMG) bzw. auf 3,0 % (Endstufe GMG) (Tabelle 15).

	2000	1. Jahr GMG	Endstufe GMG
Anteil der GBA der AG an Produktionswert	3,2 %	3,1 %	3,0 %
Anteil der GBA der AG an Wertschöpfung	6,2 %	6,0 %	5,8 %
Anteil der GBA der AG an Arbeitskosten	10,6 %	10,3 %	9,9 %
Anteil der GBA der AG an Betriebsüberschüssen	15,0 %	14,6 %	14,0 %

Tabelle 15: Kennzahlen für Deutschland (eigene Berechnung)⁸

Damit sinken die Produktionskosten (ausgedrückt als Produktionswert) durch das GMG voraussichtlich um 0,10 (1. Jahr) bzw. 0,22 Prozent (Endstufe) – jeweils bezogen auf den fortgeschriebenen Stand der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung aus dem Jahr 2000 (Tabelle 16). Gemessen am Betriebsüberschuss (einschließlich Abschreibungen) entspricht dies einer Entlastung von 0,45 bzw. 1,03 Prozent. Würde es den Unternehmen gelingen, alle anderen Einnahmen- und Ausgabenpositionen konstant zu halten, würde hierdurch der Betriebsüberschuss um diesen Pro-

⁸ GSBAG – gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung

zentwert steigen und damit den Wirtschaftsstandort entsprechend attraktiver machen.

	1. Jahr GMG	Endstufe GMG
Entlastung der Arbeitgeber (absolut)	3,5 Mrd. Euro	8,0 Mrd. Euro
Entlastung am Produktionswert	0,10 %	0,22 %
Entlastung an der Wertschöpfung	0,19 %	0,43 %
Entlastung der Arbeitskosten	0,32 %	0,73 %
Entlastung am Betriebsüberschuss	0,45 %	1,03 %
Reduktion der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung	2,99 %	6,87 %

Tabelle 16: Entlastung der Arbeitgeber durch das GMG (eigene Berechnung)

Die Entlastung der Arbeitgeber in Deutschland durch das GMG wirkt sich auch im internationalen Vergleich aus. Hierzu ist die Annahme erforderlich, dass sich in allen anderen Ländern der für diese Untersuchung gewählten Vergleichsgruppe die Arbeitgeberbelastung nicht ändert („ceteris paribus“). Unter dieser Voraussetzung liegt die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung in Deutschland weiterhin im Mittelfeld (Abb. 181). Dennoch kommt es zu einem „Rangwechsel“ mit den USA, wodurch nun aus der Vergleichsgruppe noch die Schweiz und Großbritannien eine teilweise deutlich geringe gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert aufweisen; Frankreich, die Niederlande, Polen und die USA dagegen eine teilweise nur geringfügig höhere.

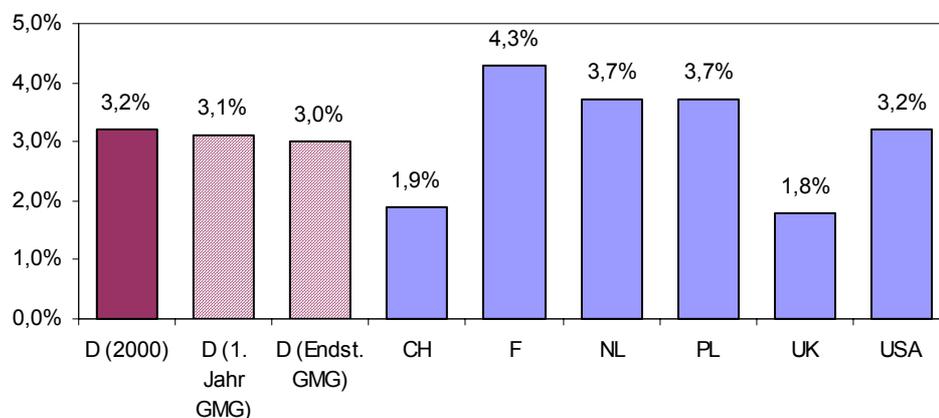


Abb. 181: Gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung bezogen auf den Produktionswert unter Berücksichtigung der Arbeitgeberentlastung durch das GMG; für 2000 (eigene Berechnungen)

Die Entlastung der Arbeitgeber im GMG wird erreicht nicht zuletzt durch eine (gewollte) Belastungverschiebung von Arbeitgebern zu privaten Haushalten. Verändert sich hierdurch das Gesamtvolumen an Gesundheitsausgaben in der deutschen Volkswirtschaft nicht, dann sinkt in der Endstufe des GMG der Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben von 41,2 auf 38,4 Prozent (Abb. 182 und Abb. 183).

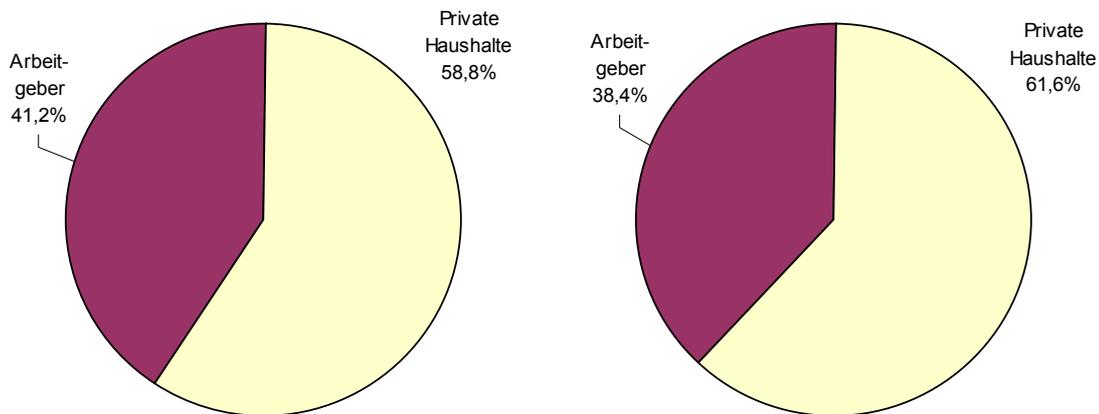


Abb. 182: Belastungsverteilung vor GMG, ohne öffentliche Haushalte; Jahr 2000 (eigene Berechnung)

Abb. 183: Belastungsverteilung nach GMG (Endstufe), ohne öffentliche Haushalte; bezogen auf das Jahr 2000 (eigene Berechnung)

6.5 Mögliche Beschäftigungseffekte durch das GMG

Die im vorhergehenden Abschnitt beschriebene Entlastung der Arbeitgeber bei gesundheitssystembedingten Kosten durch das GMG reduziert die gesamtwirtschaftlichen Arbeitskosten um 0,3 Prozent im 1. Jahr bzw. 0,7 Prozent in der Endstufe und erhöht so am Standort Deutschland die Attraktivität des Faktors Arbeit gegenüber dem Faktor Kapital. Zugleich sinken hierdurch die Produktionskosten (gemessen als Produktionswert) relativ zu anderen Standorten um 0,1 bzw. 0,2 Prozent.

Welche Beschäftigungseffekte sind aus dem GMG zu erwarten? Die bisherigen Ergebnisse der Untersuchung zeigen keinen generellen empirischen Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigung.

Das Fehlen eines empirischen Zusammenhangs zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigung im Zeitraum 1995-2000 deutet aber nicht darauf, dass der theoretische Zusammenhang zwischen Arbeitskosten und Beschäftigung ungültig ist. Es war auch nicht Gegenstand dieser Untersuchung den Zusammenhang zwischen Arbeitskosten und Beschäftigung empirisch zu überprüfen. Darüber hinaus gilt, dass in jeder Theorie immer nur eine begrenzte Anzahl von Faktoren berücksichtigt wird. Dies waren im Fall des vorgestellten mikroökonomischen Modells nur die Arbeitskosten in ihrer Wirkung auf die Arbeitsmenge. Alle Aussagen auf Grundlage dieser Theorie erfolgen deshalb unter der Annahme der Konstanz aller anderen Einflussfaktoren („ceteris paribus“).

Für die Frage nach dem empirischen Zusammenhang zwischen Beschäftigung und gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung bedeutet dies, dass er deshalb nicht beobachtet werden konnte, weil andere generelle und branchenspezifische Einflussfaktoren offensichtlich einen größeren Einfluss auf die Beschäftigungsentscheidung im Untersuchungszeitraum ausgeübt haben. Vor dem Hintergrund des betriebswirtschaftlichen Gewichts der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung bezogen auf die Gesamtkosten der Arbeitgeber von unter 4 Prozent kann das nicht überraschen.

Aufgrund des multifaktoriellen Zusammenhangs ist eine quantitative Prognose der Beschäftigungswirkung durch das GMG schwierig. Grundsätzlich senkt jede Entlastung bei den gesundheitssystembedingten Kosten die gesamten Arbeitskosten relativ zu den Kapitalkosten. Dies eröffnet dem Arbeitgeber, die Einsparungen zu investieren und Kapital durch Arbeit zu ersetzen (Substitutionseffekt). Hieraus resultieren positive Beschäftigungseffekte.

Ein weiterer positiver Beschäftigungseffekt ist mit der absoluten Kostenentlastung verbunden. Hierbei sind zwei Reaktionen der Arbeitgeber möglich. In jedem Fall steigt ihr Gewinn und damit die wirtschaftliche Attraktivität des eigenen Standortes.

- Geben Arbeitgeber die Arbeitskostenreduktion an ihre Kunden weiter und senken sie daher ihre Preise, dann können sie hierdurch möglicherweise zusätzliche Nachfrage für sich schaffen, da ihre Produkte attraktiver werden (Nachfragekreationseffekt). Die zusätzliche Nachfrage erhöht dann ihren Gesamtgewinn.
- Senken Arbeitgeber ihre Preise hingegen nicht, dann erhöht die Kostenreduktion ihre Gewinnspanne und die Produktion am heimischen Standort wird für sie attraktiver.

Schließlich sind die indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte zu beachten. Unter Berücksichtigung der Vorleistungsverflechtungen und induzierter Einkommenseffekte des GMG treffen Nachfrage- und Einkommensreduzierungen im Gesundheitswesen auch andere Wirtschaftsbereiche. Die Einkommen der im Gesundheitswesen Beschäftigten werden größtenteils in Deutschland wieder verausgabt; zudem beziehen die Einrichtungen des Gesundheitswesens Vorleistungen aus den verschiedensten Wirtschaftsbranchen. Hierdurch werden Multiplikatorprozesse angestoßen, die wiederum mit weitergehenden Einkommens- und Beschäftigungseffekten verbunden sind (indirekte und induzierte Effekte). Der gesamte Beschäftigungseffekt als Summe aus direkten, indirekten und induzierten Arbeitsplatzeffekten ergibt sich somit aus einer Vielzahl von Wechselwirkungen,

deren Abschätzung die gesamten Beziehungen zwischen dem Gesundheitswesen und der Gesamtwirtschaft einbeziehen müssen.

Um einen Eindruck über die Größenordnungen der direkten Einsparungen durch das GMG für die Arbeitgeber zu geben, wurde die voraussichtliche Entlastung der Arbeitgeber durch das GMG in der Endstufe in Relation zum Produktionswert in den verschiedenen Branchen berechnet. Die Entlastungen bezogen auf den Produktionswert variieren zwischen 0,14 Prozent (Chemie und Fahrzeugbau) und 0,41 Prozent (Gesundheitswesen).

	Anteil am Produktionswert	Entlastung am Produktionswert	Produkt	Produktpreis	Entlastung
Textil u. B.	2,50%	-0,17%	Anzug	400,00 €	- 0,69 €
Chemie	2,10%	-0,14%	Kunststoff-Teil	200,00 €	- 0,29 €
Fahrzeug	2,10%	-0,14%	PKW	20.000,00 €	- 28,88 €
Finanz-DL	2,70%	-0,19%	Versicherungspolice	200,00 €	- 0,37 €
Gesundheits.	6,00%	-0,41%	Krankenhausfall	3.000,00 €	- 12,38 €

Tabelle 17: Beispiele für Entlastungspotenzial durch GMG (Endstufe) (eigene Berechnung)

Bezieht man diese Entlastung auf den Wert typischer branchenspezifischer Produkte, errechnen sich folgende Entlastungen der Arbeitgeber, die über die Preise weitergegeben werden können:

- Ein Kunststoff-Teil im Wert von 200 Euro (chemische Industrie) würde um 0,29 Euro günstiger,
- ein Automobil im Wert von 20.000 Euro würde um 28,88 Euro günstiger,
- ein Anzug im Wert von 400 Euro würde um 0,69 Euro günstiger,
- eine Versicherungspolice im Wert von 200 Euro pro Jahr würde um 0,37 Euro günstiger,
- ein Krankenhaus-Fall im Wert von 3.000 Euro würde um 12,38 Euro günstiger.

Damit die skizzierten Entlastungen tatsächlich eintreten und zu einer Zunahme der Beschäftigung führen, müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Einsparungen des GMG müssen tatsächlich in voller Höhe erreicht werden.
2. Die Einsparungen dürfen nicht durch andere Effekte kompensiert werden, z.B. höheren Lohnabschlüsse.

3. Die Beschäftigungswirkung der Einsparungen dürfen nicht durch Personalabbau im Gesundheitswesen (über-)kompensiert werden.

Die Erfüllung der dritten Bedingung hängt davon ab, wie sich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern durch private Haushalte entwickelt. Kommt es aufgrund der verschärften Zuzahlungsregeln zu Steuerungseffekten bei der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und damit zu einem Nachfragerückgang, dann ist hieraus ein entsprechend negativer Beschäftigungseffekt für das Gesundheitswesen zu erwarten. Die internationalen Erfahrungen auch in den untersuchten Ländern wie USA und Schweiz zeigen allerdings, dass bei erhöhter Finanzierung durch private Haushalte auf sekundärer Finanzierungsebene die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht zwangsläufig zurückgeht (vgl. Schneider et al., 2004).

7 Schlussfolgerungen

Ausgangspunkt dieser Untersuchung war die Beobachtung, dass die Reduktion der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung ein wesentliches Motiv gesundheitspolitischer Reformen darstellt, obwohl der Umfang dieser Belastung bisher wenig beziffert ist. Hieran anknüpfend hat diese Untersuchung die tatsächliche Belastung der Arbeitgeber näher geprüft. Welche Schlussfolgerung ergibt sich hieraus?

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung für sich genommen gegenüber den gesamten Produktionskosten nur eine sehr untergeordnete Bedeutung zukommt. Geringer, als die Präsenz der Belastung in der gesundheitspolitischen Diskussion vermuten lassen würde. Dies gilt um so mehr, wenn man entsprechend der politischen Diskussionslinien die Betrachtung der Arbeitgeberbelastung auf den Arbeitgeberanteil in der GKV verkürzt.

Im internationalen Vergleich ist die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung durchaus vergleichbar mit anderen hochentwickelten, im internationalen Wettbewerb konkurrierenden Standorten. Die Arbeitgeberbelastung ist in Deutschland keineswegs höher als in anderen Ländern; weder gesamtwirtschaftlich noch in den betrachteten Branchen. Insofern entspricht die Diskussion über die absolute Belastungshöhe in Deutschland nicht der tatsächlichen Problemlage.

Die volkswirtschaftliche Theorie beschreibt *ceteris paribus* einen logischen Zusammenhang zwischen Arbeitskosten und Beschäftigung. Empirisch konnte ein Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigungsentwicklung im Rahmen dieser Untersuchung nicht beobachtet werden. Dies heisst nicht, dass die Theorie falsch wäre. Es deutet darauf hin, dass noch eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren für die jeweilige Beschäftigungshöhe relevant waren, z.B. andere Arbeitskostenfaktoren sowie arbeitskostenunabhängige Nachfrage- und Angebotstrends in den betroffenen Branchen im In- und Ausland. Insofern ist es sicherlich eine unzulässige Beschränkung der Diskussion um die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Deutschland, primär auf die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung abzustellen.

Dennoch ist auch die bestehende gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung ein Kostenfaktor. Aufgrund des dauerhaft problematischen Verhältnisses zwischen Einnahmen und Ausgaben besteht ein stetiger Zwang zur wirtschaftlichen Gestaltung des Gesundheitswesens.

Jede Reduktion der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung erhöht die Chancen für mehr Beschäftigung. Dabei genügt es aber nicht, ausschließlich auf die Gesetzliche Krankenversicherung abzustellen. Weitere Bestandteile der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Anhang

Der Anhang enthält alle für den Vergleich der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung relevanten Werte aus den Kapiteln 4 und 5 nochmals in tabellarischer Zusammenstellung.

2000 - Mrd. Euro	D	CH	F	NL	PL	UK	USA
THE+HCR	283,3	37,4	171,6	54,8	20,0	180,1	1600,0
THE	214,5	27,8	143,7	34,5	11,1	130,2	1446,2
Einkommens-leist., R&D, Ausb.	68,8	9,6	27,9	20,3	8,9	49,9	153,8
Kurative Leist. und Reha	107,6	15,9	83,0	17,5	5,8	78,7	920,0
Langzeitpfl.	27,3	3,9	10,0	6,3	0,7	17,5	110,5
Ergänz. Leistungen	11,1	1,4	5,7	1,0	0,3	3,9	73,8
Arznei- und Hilfsmittel	43,3	3,6	31,6	5,7	3,0	19,1	186,0
Prävention	5,6	0,5	3,4	0,5	0,4	2,2	47,9
Verwaltung	13,1	1,8	6,7	1,5	0,5	3,4	87,7
Investitionen	6,3	0,7	3,3	1,9	0,4	5,5	20,2
Einkommens-leist., R&D, Ausb. Mrd. Euro	24%	26%	16%	37%	44%	28%	10%
	68,8	9,6	27,9	20,3	8,9	49,9	153,8
Staat	39,2	8,1	11,5	2,0	2,6	118,6	238,6
Arbeitgeber	111,2	7,7	91,6	27,9	4,2	33,2	566,7
Private Haushalte	132,8	21,7	68,5	24,9	13,3	28,3	794,6
Versicherungen	196,1	18,4	137,2	48,5	14,4	44,3	837,9
Staat	13,8%	21,5%	6,7%	3,6%	12,8%	65,9%	14,9%
Arbeitgeber	39,3%	20,5%	53,4%	50,9%	20,8%	18,4%	35,4%
Private Haushalte	46,9%	58,0%	39,9%	45,4%	66,4%	15,7%	49,7%
Gesundheitsbedingte Belastung							
Arbeitgeber ber.	116,8	9,1	93,4	28,2	4,6	54,5	637,4
Private Haushalte ber.	166,5	28,4	78,3	26,6	15,5	125,6	962,6
Arbeitgeber ber.	41,2%	24,2%	54,4%	51,5%	22,8%	30,2%	39,8%
Private Haushalte ber.	58,8%	75,8%	45,6%	48,5%	77,2%	69,8%	60,2%

Tabelle 18: Struktur der gesundheitssystembedingten Ausgaben und ihre Finanzierung; für 2000 (eigene Berechnung)

	2000	D	CH	F	NL	PL	UK	USA
Insgesamt								
Produktionswert Mrd. Euro	3.650,5		487,2	2.544,4	758,8	220,3	3.003,0	20.117,1
Wertschöpfung Mrd. Euro	1.889,4		245,5	1.305,7	371,0	150,9	1.437,3	10.588,0
Arbeitskosten Mrd. Euro	1.099,8		162,6	738,1	205,5	75,1	861,2	6.214,0
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	779,2		83,0	518,4	164,6	73,3	576,1	3.803,6
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	116,7		9,1	92,1	28,2	4,7	53,8	637,3
Beschäftigung in Tsd.	38.752		4.089	24.290	8.123	15.018	29.303	149.731
Textil								
Produktionswert Mrd. Euro	27,1			28,9	4,2		22,8	
Wertschöpfung Mrd. Euro	8,7			8,8	1,2		9,8	52,6
Arbeitskosten Mrd. Euro	6,3			5,8	0,8		8,0	38,8
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	2,2			2,6	0,5		1,9	12,8
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	0,7			0,6	0,1		0,4	4,3
Beschäftigung in Tsd.	230			216	31	346	291	1.201
Chemische Industrie								
Produktionswert Mrd. Euro	121,3			86,7	34,6		69,3	
Wertschöpfung Mrd. Euro	40,5			25,8	8,5		25,4	183,3
Arbeitskosten Mrd. Euro	28,0			12,5	3,6		16,3	90,8
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	11,5			11,6	4,9		9,0	88,0
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	2,5			1,5	0,5		0,9	7,5
Beschäftigung in Tsd.	522			219	77	116	272	1.043
Fahrzeugbau								
Produktionswert Mrd. Euro	237,9			142,8	14,0		85,0	
Wertschöpfung Mrd. Euro	56,7			28,2	3,0		25,6	202,4
Arbeitskosten Mrd. Euro	53,5			16,3	2,2		20,5	132,6
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	3,3			10,2	1,0		5,1	66,6
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	4,9			2,0	0,3		1,0	11,3
Beschäftigung in Tsd.	1.055			377	65	180	454	1.867
Banken und Versicherungen								
Produktionswert Mrd. Euro	182,9			126,5	39,8	6,3	204,7	
Wertschöpfung Mrd. Euro	85,8			66,2	23,7	3,5	75,1	925,2
Arbeitskosten Mrd. Euro	52,5			38,1	12,8	3,1	44,3	477,2
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	30,3			24,3	10,8	0,0	30,8	410,6
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	4,9			5,1	1,8	0,2	2,7	38,3
Beschäftigung in Tsd.	1.278		205	776	302	288	1.222	6.460
Gesundheit und Soziales								
Produktionswert Mrd. Euro	172,0			119,0	36,3	5,7	223,7	
Wertschöpfung Mrd. Euro	114,8			83,2	27,2	5,4	92,7	668,2
Arbeitskosten Mrd. Euro	89,3			54,7	19,3	4,7	73,9	537,4
Betriebsüberschuss Mrd. Euro	30,3			24,4	8,2	0,6	18,8	123,0
Gesundhbed.AK Mrd. Euro	10,4			6,6	2,6	0,3	3,6	53,8
Beschäftigung in Tsd.	3.773		420	2.163	967	937	3.070	14.390

Tabelle 19: Wichtige Größen der VGR; absolute Werte, für 2000 (eigene Berechnungen nach OECD)

Veränderung 1995-2000 (in Prozent)

	D	CH	F	NL	PL	UK	USA
Insgesamt							
Produktionswert	12,4	15,9	25,5	30,9	46,7	34,2	33,0
Wertschöpfung	11,8	5,3	19,2	31,8	124,5	32,1	33,0
Arbeitskosten	10,3	11,4	19,9	33,7	126,6	35,7	36,2
Betriebsüberschuss	12,4	9,3	17,7	31,2	122,2	27,0	36,1
Gesundheitsbed.Kosten	5,9	21,3	22,5	24,8	68,7	22,0	31,8
Beschäftigte	3,7	3,3	7,1	13,7	1,9	7,5	10,4
Textil							
Produktionswert	-8,8		-3,5	4,3		-16,6	
Wertschöpfung	-8,4		-10,4	8,5		-12,2	-6,9
Arbeitskosten	-13,3		-12,6	0,1		-1,0	-9,6
Betriebsüberschuss	6,4		-4,2	26,0		-40,9	2,6
Gesundheitsbed.Kosten	-16,2		-16,1	3,4		-14,8	-11,6
Beschäftigte	-26,8		-22,4	-16,2	-29,0	-31,0	-27,1
Chemische Industrie							
Produktionswert	11,1		24,5	27,1		3,8	
Wertschöpfung	1,0		17,0	3,4		1,0	12,1
Arbeitskosten	2,2		8,5	9,9		12,7	27,2
Betriebsüberschuss	-0,6		22,7	0,0		-15,1	0,4
Gesundheitsbed.Kosten	0,6		2,6	3,8		2,0	13,1
Beschäftigte	-11,2		-6,3	-4,9	-20,2	-8,1	-0,1
Fahrzeugbau							
Produktionswert	54,3		62,9	36,3		22,7	
Wertschöpfung	15,4		37,6	49,6		19,5	27,9
Arbeitskosten	35,5		14,6	19,9		18,2	8,0
Betriebsüberschuss	-63,9		95,5	302,0		24,6	104,0
Gesundheitsbed.Kosten	31,0		13,7	31,6		25,5	1,2
Beschäftigte	18,3		1,3	1,6	-17,0	2,7	4,0
Banken und Versicherungen							
Produktionswert	19,2		28,3	48,8		42,5	
Wertschöpfung	-3,8		19,4	46,8	433,8	14,2	65,7
Arbeitskosten	10,0		20,2	51,9	225,9	39,2	56,5
Betriebsüberschuss	-24,7		18,8	41,4	-105,4	-9,2	84,0
Gesundheitsbed.Kosten	6,1		21,6	28,7		9,3	48,0
Beschäftigte	1,8		0,7	26,4	12,5	0,2	11,6
Gesundheit und Soziales							
Produktionswert	9,9		16,6	25,0		41,0	
Wertschöpfung	13,3		15,5	32,3	95,0	34,4	28,2
Arbeitskosten	19,1		19,9	31,9	92,8	38,4	27,7
Betriebsüberschuss	-0,7		6,3	38,1	112,8	20,5	30,5
Gesundheitsbed.Kosten	14,7		22,5	38,4	0,0	29,5	31,0
Beschäftigte	15,0	12,3	5,3	16,4	-7,3	7,3	11,0

Tabelle 20: Veränderung wichtiger Größen der VGR; in v.H., für 1995-2000 (eigene Berechnungen nach OECD)

Gesundheitsbedingte Belastung (2000)

	D	CH	F	NL	PL	UK	USA
Insgesamt							
Produktionswert (in %)	3,2	1,9	3,6	3,7	2,1	1,8	3,2
Wertschöpfung (in %)	6,2	3,7	7,1	7,6	3,1	3,7	6,0
Arbeitskosten (in %)	10,6	5,6	12,5	13,7	6,2	6,2	10,3
Betriebsüberschuss (in %)	15,0	10,9	17,8	17,1	6,4	9,3	16,8
je Beschäftigten in Euro	3.012	2.214	3.792	3.474	312	1.836	4.256
Textil							
Produktionswert (in %)	2,5		2,2	2,4		1,7	0,0
Wertschöpfung (in %)	7,9		7,2	8,3		3,9	8,2
Arbeitskosten (in %)	10,8		10,8	13,5		4,8	11,1
Betriebsüberschuss (in %)	31,8		24,6	21,9		20,6	33,7
je Beschäftigten in Euro	2.977		2.906	3.288		1.314	3.591
Chemische Industrie							
Produktionswert (in %)	2,1		1,7	1,4		1,3	0,0
Wertschöpfung (in %)	6,2		5,9	5,8		3,5	4,1
Arbeitskosten (in %)	9,0		12,1	14,0		5,5	8,3
Betriebsüberschuss (in %)	21,7		13,0	10,1		9,9	8,5
je Beschäftigten in Euro	4.793		6.928	6.479		3.301	7.200
Fahrzeugbau							
Produktionswert (in %)	2,1		1,4	2,0		1,1	0,0
Wertschöpfung (in %)	8,6		7,0	9,3		3,7	5,6
Arbeitskosten (in %)	9,1		12,1	13,0		4,7	8,5
Betriebsüberschuss (in %)	147,6		19,5	28,5		18,7	17,0
je Beschäftigten in Euro	4.631		5.253	4.320		2.113	6.071
Banken und Versicherungen							
Produktionswert (in %)	2,7		4,0	4,6		1,3	0,0
Wertschöpfung (in %)	5,7		7,7	7,8		3,6	4,1
Arbeitskosten (in %)	9,3		13,3	14,4		6,0	8,0
Betriebsüberschuss (in %)	16,1		20,9	17,0		8,7	9,3
je Beschäftigten in Euro	3.808		6.539	6.096		2.187	5.925
Gesundheit und Soziales							
Produktionswert (in %)	6,0		5,5	7,2		1,6	0,0
Wertschöpfung (in %)	9,0		7,9	9,6		3,9	8,0
Arbeitskosten (in %)	11,6		12,0	13,4		4,9	10,0
Betriebsüberschuss (in %)	34,2		27,0	31,8		19,3	43,7
je Beschäftigten in Euro	2.749		3.047	2.687		1.181	3.736

Tabelle 21: Relation gesundheitssystembedingter Kosten zur wichtigen Größen der VGR; in v.H. der gesundheitssystembedingten Kosten, für 2000 (eigene Berechnungen nach OECD)

Literaturverzeichnis

- AGV Banken - Arbeitgeberverband des privaten Bankgewerbes (2004). Beschäftigte im Kreditgewerbe. http://www.agvbanken.de/Statistik_2002/01_Beschaefigte/Beschaefigte08.htm (31.03.04)
- AGV – Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland (2003). Sozialstatistische Daten der Versicherungswirtschaft 2002.
- A.T.Kearney (2004). IT-Offshoring und Implikationen für den Standort Deutschland. Manuskript, Düsseldorf.
- Bach, S. (2002). Harmonisierung der Steuerpolitik in der EU unter besonderer Berücksichtigung der beschäftigungsrelevanten Aspekte (Stellungnahme für die Arbeitsgruppe „Arbeitsmärkte“ der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages Globalisierung der Weltwirtschaft). Berlin.
- BaFin – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2004). Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Teil B. Frankfurt.
- BDB – Bundesverband deutscher Banken (2002). Statistik-Service. Berlin.
- Becker, J. (2000). Globalisierung, elektronische Netze und der Export von Arbeit. Globalisierung, Vernetzung und Erwerbsarbeit: theoretische Zugänge und empirische Entwicklungen. Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag: 35-46.
- Borrmann, A. et al. (2002). Stand und Perspektiven der Globalisierung – Außenhandel und Direktinvestitionen (Kurzgutachten im Auftrag der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages Globalisierung der Weltwirtschaft: Herausforderungen und Antworten). Hamburg.
- Breyer, F. et al. (2004). Reform der Sozialen Sicherung. Berlin, Springer-Verlag.
- Buchanan, J. (1950). Federal Fiscal Equity. In: American Economic Review 40.
- Bundesamt für Statistik (2000). Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der

sozialen Sicherheit, Bericht des Bundesamtes für Statistik zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung, Neuchatel.

Bundesministerium der Finanzen (2003). Die wichtigsten Steuern im internationalen Vergleich, Ausgabe 2003.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS, 2002). Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bonn 2002.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS, 2003). Sozial-Kompass Europa. Bonn 2003.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2001), Unternehmenssteuern in Deutschland: Ein Überblick für Auslandsinvestoren. Berlin.

Deutsche Bundesbank (2000). Die Rolle Deutschlands im internationalen Dienstleistungsverkehr. Monatsbericht 7/2000. S. 47-58.

Deutsche Bundesbank (2003). Die Ertragslage der deutschen Kreditinstitute im Jahr 2002. Monatsbericht 9/2003. S. 15-43.

Deutsche Bundesbank (2004). Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung. Monatsbericht 7/2004. S. 15-32.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.) (2004). Grundlinien der Wirtschaftsentwicklung 2004/2005. Wochenbericht des DIW Nr. 1-2. Manuskript, Berlin.

Docteur, E. et al. (2003). The US health system: an assessment and prospective directions for reform. OECD – Economics department working papers no. 350, Paris

DZCF – DZ Corporate Finance (2003). Entwicklungstendenzen auf dem Akutklinikmarkt – Wertsteigerungsmöglichkeiten durch Mergers & Acquisitions. Frankfurt.

Fink, O. (1998). Die Bedeutung der Lohnnebenkosten für die Entwicklung der Arbeitskosten in Deutschland. Empirische Befunde und wirtschaftspolitische Handlungsempfehlungen. Mainz, FfW.

- Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN (2004a). Entwurf eines Gesetzes zur wirkungsgleichen Übertragung von Regelungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung auf dienstrechtliche Vorschriften (BT-Drs. 15/3444). Berlin
- Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN (2004b). Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (BT-Drs. 15/3681). Berlin
- GDV (2003). Gesamtverband der Versicherungswirtschaft. Statistisches Taschenbuch der Versicherungswirtschaft 2003. Berlin.
- Gemeinsamer Gesetzesentwurf – Fraktionen der SPD, CDU/CSU und Bündnis 90 / Die Grünen (2003). Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Berlin.
- Gesamtverband der deutschen Textil- und Modeindustrie (2003): Jahrbuch der Textilindustrie 2003. Eschborn.
- Girouard, N. und Yutaka Imai (2000). Health Care System in Poland. OECD – Economics Department Working Papers No. 257, Paris.
- Herzog Kommission (2003). Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin, 29. September 2003.
- IG Metall (2002). Branchenanalyse Automobilindustrie 2002. Manuskript, Frankfurt.
- IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2004). Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten. Berlin.
- Imai, Y. et al. (2000). The changing health system in France. OECD – Economics department working papers no. 269, Paris
- Krelle, W. et al. (1985). Der "Maschinenbeitrag", Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen alternativer Bemessungsgrundlagen für die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, erstellt unter Leitung von Krelle, W., Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

- Lesch, H. (2001). Beschäftigungswirkung einer moderaten Lohnpolitik. Iw-trends 4/01
- Matthes, J (2002). Internationalisierungsstrategien im deutschen Textil- und Bekleidungs-gewerbe. Iw-trends 4/02
- McLuhan, M. (1995). Die Gutenberg-Galaxis. Bonn.
- Ministerium – Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2002). Krankenversicherungen in den Niederlanden. Den Haag.
- MISSOC (2003). Gegenseitiges Informationssystem der Sozialen Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der EU und des EWR. Brüssel.
- Observatory – European Observatory on Health Care Systems (1999). Health Care Systems in Transition – Poland. Copenhagen.
- Observatory – European Observatory on Health Care Systems (1999b). Health Care Systems in Transition – United Kingdom. Copenhagen.
- Observatory – European Observatory on Health Care Systems (2000). Health Care Systems in Transition – Germany. Copenhagen.
- Observatory – European Observatory on Health Care Systems (2000b). Health Care Systems in Transition – Switzerland. Copenhagen.
- OECD (2000). A System of Health Accounts Version 1.0. Paris
- o.V. (2003). Textil- und Bekleidungsindustrie – Kein Globalisierungsoffer. Iwd – Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft, Heft 22, Köln.
- Ricardo, D. (1951). Principles of Political Economy. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rürup-Kommission (2003) – Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“. Bericht der Kommission, Bonn.
- Sachverständigenrat (2002) – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/03. Wiesbaden, Heene-mann.

- Sachverständigenrat (2003) – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/04. Wiesbaden, Heenemann.
- Scharpf F.W. (2003), Auswirkung unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen von Sozialstaaten auf die Beschäftigung: Deutschland im europäischen Vergleich. Enquete-Kommission „Globalisierung der Weltwirtschaft“ - AU Stud 14/22.
- Schmähl, W. (2003). Senkung der Lohnnebenkosten in Deutschland – Optionen und Potentiale, in: Sozialer Fortschritt 52: 83-90.
- Smith, A. (1789/1990): Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen (Übersetzung aus dem Englischen nach der fünften Auflage (letzte Hand); erschienen als "Inquiry into the Nature and the Causes of the Welth of Nations", London, 1789, fünften Auflage, München, dtv.
- Schneider, M. (1991). Finanzierung der Gesundheitssysteme der Europäischen Gemeinschaft, der Schweiz, der USA und Japans. BASYS. Augsburg.
- Schneider M., Kawiorska D. (2002). System rachunkow zdrowia w Polsce, Biuro Zagranicznych Programow Pomocy w Ochronie Zdrowia, Warszawa (www.bzp.gov.pl).
- Schneider, M., Hofmann U., Köse A. (2004). Zuzahlung im internationalen Vergleich. BASYS. Augsburg.
- Schröder, C. (2002). Produktivität und Lohnstückkosten im internationalen Vergleich, in: iw-trends 3.
- Schröder, C. (2003). Industrielle Arbeitskosten im internationalen Vergleich, in: iw-trends 3.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen (2003). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG). Stand: 8. September 2003. Manuskript. O.O.

- Statistisches Bundesamt (2000). Konzept einer Ausgaben- und Finanzierungsrechnung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Langfassung der Ergebnisse, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2003. Stuttgart, Metzler-Poeschel [Vorg.: W. Kohlhammer Verlag].
- Statistisches Bundesamt (2003). Gesundheit: Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- Straubhaar, T. (2000). Globalisierung und nationale Arbeitsmärkte. Globalisierung, Vernetzung und Erwerbsarbeit: theoretische Zugänge und empirische Entwicklungen. Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag: 24-33.
- SVRKAIg – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996). Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 1. Baden-Baden, Nomos.
- SVRKAIg – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997). Fortschschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 2. Baden-Baden, Nomos.
- SVRKAIg – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Band I: Finanzierung und Nutzenorientierung. Veröffentlicht als Drucksache des Deutschen Bundestages, Berlin, Nr. 15/530.
- The World Bank (2000). Impact of social health insurance on access and utilization of health care in Poland. Warsaw.
- VCI - Verband der Chemischen Industrie (2003). Die Chemische Industrie in Deutschland. Manuskript, Frankfurt.
- VCI - Verband der Chemischen Industrie (2000). Erfolgsformel Globalisierung. Manuskript, Frankfurt.

- VDA – Verband der Automobilindustrie (2003). Jahresbericht 2003. Frankfurt.
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. (2003). „Lohnnebenkosten“ senken? Schafft und sichert keine Arbeitsplätze. Berlin, Manuskript.
- Welzmüller, R. (2003). Lohnnebenkosten – ein Verteilungskonflikt. Reihe Wirtschaft-Technologie-Umwelt. Herausgeber IG Metall. Frankfurt, Manuskript.
- Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004). Nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Rentenversicherung. Gutachten.
- WHO, Worldbank, USAID (2003). Guide to Producing National Health Accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Geneva.
- Wille, E. und Igel, C. (2002). Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse. PKV-Dokumentationen Nr. 27. Köln.
- ZUS (2002). Sozialversicherung in Polen: Informationen und Fakten. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warschau.