Hagen Kühn

Beitragssatzsteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erosion der Einnahmeseite – Anmerkungen zu einer verfehlten Widerlegung[1]

Da die Mehrheit den Abbau des Sozialstaats nicht will, werden die öffentlichen Auseinandersetzungen meist nicht offen debattiert. Eine der indirekten Austragungsformen sind Bedrohungsszenarien (›Standort Deutschland‹[2]) auf der Basis von Zukunftsprognosen. Diese stellen dann ›Sachzwänge‹[3] dar, aus denen die Notwendigkeit des Abbaus als zwingende Schlußfolgerung erscheint. Am deutlichsten ist das derzeit bei der Rentendiskussion der Fall, wo mit annahmebeladenen Bevölkerungsprognosen bis 2030 das Terrain bereitet wurde für den Einstieg von Versicherungskonzernen, Investmentfonds etc. in das Geschäft der Altersicherung durchschnittlicher Lohnempfänger und in die spürbarere Absenkung des Lebensstandards der Rentner, die sich diese ›private Vorsorge‹ (ohne Arbeitgeberzuschuß) nicht leisten können.[4] Auch im Bereich der GKV sind Prognosen über die künftige Nichtfinanzierbarkeit wohlfeil. Die uralte wirtschaftsliberale Forderung, die soziale Krankenversicherung in eine Mindestsicherung zu verwandeln und den jetzigen Standard der ›privaten Vorsorge‹ (ohne Arbeitgeberbeitrag) zu überlassen, erscheint nun als überaus moderne und zukunftsweisende Schlußfolgerungen aus wohlpräparierten Prognosen auf der politischen Bühne. Entgegen diesem Trend konnten in den vergangenen Jahren viele Experten und Politiker langsam darüber aufgeklärt werden, daß es keine ›Kostenexplosion‹ in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt und damit auch keinen Sachzwang zu kurzsichtiger Kostendämpfungspolitik.[5] Die dafür ehemals offenen Ohren bei den rotgrünen Akteuren haben sich nach dem Regierungswechsel umgehend verschlossen. Für die wirtschaftsliberalen Antworten braucht man die passenden Fragen bzw. Sachzwänge.

Ein annähernd unabhängiger Wissenschaftsbetrieb würde wenigstens als Hüter statistisch gesicherter Tatsachen funktionieren. Die Unabhängigkeit wird jedoch einem meist äußerst platten Verständnis von ›Praxisorientierung‹ geopfert, das auch noch die Resultate wissenschaftlicher Bemühungen dem politischen Bedürfnis unterstellt. Damit verlieren die

demokratischen Sektoren der Gesellschaft ihre Orientierungsmöglichkeiten und damit eine zentrale Möglichkeit zur Selbstkorrektur. Für die ›finalisierte‹ Ermittlung, Darstellung und Analyse von Fakten kann es keine Rechtfertigung geben, und sei sie noch so gut gemeint.

Das folgende betrifft einen solchen Fall. Dabei geht es um eine Kernfrage der Gesundheitspolitik, nämlich die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das zugrundeliegende Problem lautet: selbst wenn die Gesellschaft über eine längere Periode einen konstanten Anteil ihres Reichtums (Indikator: Bruttoinlandsprodukt, BIP) für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgibt, müssen die Beitragssätze auch bei konstantem Ausgabenanteil steigen, solange der Lohnanteil am BIP (die Lohnquote[6]) sinkt, da die Beiträge Prozentsätze nicht des BIP, sondern der Löhne und Gehälter sind. Umgekehrt ausgedrückt: verfolgt man, wie die Bundesregierung, auf der Grundlage der lohnbezogenen Finanzierung die ›Beitragssatzstabilität‹, dann heißt das bei sinkender Lohnquote, daß ein tendenziell abnehmender Anteil des BIP für die Finanzierung des Gesundheitswesens verfügbar sein wird. Da aber die Produktivität aufgrund des überdurchschnittlich hohen Anteils personenbezogener Dienstleistungen nur unterdurchschnittlich gesteigert werden kann, müssen ihre ›relativen Preise‹ in der Tendenz steigen. Unter diesen Bedingungen heißt Beitragssatzstabilität im Trend so viel wie Schrumpfung der für die medizinische Versorgung eingesetzten Ressourcen. Die Rede von ›Wirtschaftlichkeitsreserven‹ klingt hohl, da nachhaltig effektive Verbesserungen (z.B. Integration) einen aktuellen Mehraufwand erfordern, dem erst zukünftig Nutzen bzw. Einsparungen gegenüberstehen können. Bei sinkendem realen Ressourceneinsatz ist dieser Investitionszusammenhang blockiert.

Dieser Sachverhalt ist potentiell unbequem für alle sozialpolitischen Denkrichtungen, da er ein breites Spektrum von Schlußfolgerungen zuläßt. Von ›links‹ nach ›rechts‹ gesehen beginnt das Spektrum mit der Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in den Solidarausgleich[7], geht weiter mit der Infragestellung des Dogmas von der ›Beitragssatzstabilität‹[8]. Die Gesundheitsministerin möchte stattdessen die Miet- und Zinseinnahmen der Pflichtversicherten beitragspflichtig machen, womit schon die andere Seite des Spektrums erreicht ist, die mit der konservativ-wirtschaftsliberalen Forderung abschließt, die GKV sei auf eine Art Mindestsicherung zu reduzieren, da die Beitragssatzstabilität ansonsten unmöglich sei.

Die seit den 50er Jahren propagierten wirtschaftsliberalen Ideen zur Sozialpolitik waren ihrer Realisierung noch nie so nahe gekommen wie derzeit. Und zugegebenermaßen sind die Erfolgsaussichten der Gegen-

wehr derzeit nicht gerade rosig. Ist es da nicht verständlich, wenn Sozialpolitiker ihre gegenwärtig nicht sehr aussichtsreiche Position dadurch zu verbessern suchen, daß sie sagen: ›die Lohnquote fällt ja gar nicht‹? Das versucht der CDU-Abgeordnete Ulf Fink (früherer Sozialsenator in Berlin, ehemals DGB-Bundesvorstandsmitglied) jetzt mit einer wissenschaftlichen Studie. Aber politische Strategien zur Erhaltung der Sozialstaatsfunktionen müssen auf realistischen Einschätzungen basieren, da hilft alles nichts. Mit welcher Lohnquotenentwicklung haben wir also mittelfristig zu rechnen?

Bevor ich darauf eingehe, noch einige Stichworte zum Kontext der Kostendebatte: Um die Ausgaben für die GKV im Zeitverlauf darstellen zu können, ist es sinnvoll und üblich, sie als jährlichen Prozentsatz des BIP darzustellen. Dieser gibt darüber Auskunft, welcher Teil des gesellschaftlichen Reichtums jährlich für die GKV ausgegeben wird. Tabelle 1 zeigt, daß dieser Anteil seit 1980 relativ konstant um die 6% herum schwankt. Die Bundesrepublik verwendet für die Versorgung der GKV-Versicherten also einen recht konstanten Anteil von 6% ihres BIP. Die Schwankungen werden weniger von den GKV-Ausgaben als vom zyklischen Wachstum des BIP bestimmt. Bei hohen Wachstumsraten (z.B. 1990 und 1991) geht der GKV-Anteil zurück, bei niedrigen ist es umgekehrt, da die meisten Ausgaben für die Krankenversorgung konjunkturunabhängig sind. Um dies auszugleichen, sind in der letzten Spalte der Tabelle 1 Dreijahresdurchschnitte gebildet worden. Hier ist eine leichte Steigerung zu verzeichnen, die jedoch bei höheren Wachstumraten des BIP wieder auf die frühere Linie zurückkehrt. Der Einzelwert von 1998 (5,86%) liegt um 0,02%-Punkte über dem Wert von 1980. Das sind zwei Zehntausendstel, der letzte Dreijahresdurchschnitt der Tabelle (1997) übertrifft den von 1981 um sieben Zehntausendstel. Kaum eine Bezeichnung könnte unzutreffender sein, als die ›Kostenexplosion‹.

Mit Recht wird nun eingewandt, mit gestiegenen Zuzahlungen seien Kosten auf die erkrankten Versicherten umverteilt worden, die dann beim intertemporären Vergleich hinzugezählt werden müßten. Andererseits haben aber die Bundesregierungen zeitgleich Kosten aus anderen Sozialversicherungszweigen und dem Staatshaushalts in die GKV verschoben, was in einer ›bereinigten‹ Ausgabenstatistik wieder abgezogen werden müßte. Beides gliche sich zumindest aus, so daß der Trend davon nicht berührt wird.

Tabelle 1: Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt 1980-1998 (alte Bundesländer)

Jahr	GKV	BIP	BIP Wachstum[3)]	GKV-BIP	3-Jahres-durchschnitte
1980	85.956	1.472.040		5,84	
1981	92.203	1.534.970	4,3	6,01	5,97
1982	92.676	1.588.090	3,5	5,84	5,87
1983	95.898	1.668.540	5,1	5,75	5,83
1984	103.526	1.750.890	4,9	5,89	5,87
1985	108.704	1.823.180	4,1	5,96	5,92
1986	114.061	1.925.290	5,6	5,92	5,95
1987	118.930	1.990.480	3,4	5,97	6,00
1988	128.059	2.095.980	5,3	6,11	5,87
1989	123.241	2.224.440	6,1	5,54	5,73
1990	134.238	2.426.000	9,1	5,53	5,60
1991	151.634	2.647.600	9,1	5,73	5,74
1992	167.850	2.813.000	6,2	5,97	5,85
1993	166.092	2.840.500	1,0	5,84	5,94
1994	178.463	2.962.100	4,3	6,02	6,01
1995	190.289	3.049.800[2)]	3,0	6,18	6,16
1996	196.392	3.112.300[2)]	2,0	6,29	6,15
1997	191.683	3.202.600[2)]	2,9	5,98	6,04
1998	195.066	3.329.000[2)]	3,9	5,86	

1) Aus Vergleichsgründen nur alte Bundesländer
2) Vorläufige Werte des Stat. Bundesamtes
3) In Prozent des Vorjahres

Quelle: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden (Nomos) 1999, eigene Berechnung

Der Begriff ›Kostenexplosion‹ wäre nicht so populär geworden, gäbe es dafür nicht ein Korrelat in der Erfahrung der Bürger: steigende Beitragssätze. Sie sind in den alten Bundesländern zwischen 1980 und 1998 von 11,38 Prozent auf 13,56 Prozent, in den neuen zwischen 1991 und 1998 von 12,8 Prozent auf 13,95 Prozent gestiegen. Wie der konstante Anteil der GKV am BIP zeigt, können die Beitragssatzsteigerungen keine Folge der Ausgaben sein. Ihre Ursachen liegen auf der *Einnahmeseite*, also – grob gesehen – dem Produkt von Beschäftigung und Lohnniveau. Der Anteil der Lohnsumme am Volkseinkommen ist die Lohnquote, die in den alten Bundesländern von fast 77 Prozent Anfang der 80er Jahre auf 69,6 Prozent 1991 gesunken ist; für Gesamtdeutschland ist sie zunächst angestiegen (1993: 74,1), um dann auf 68,1 % nach der alten, bzw. 70,9 % nach der neuen Berechnungsweise zu sinken (Tabelle 2). Bezogen auf das BIP zeigt die Lohnquote ebenfalls eine sinkende Tendenz.[9]

Unter gegebenen Bedingungen steht also das Konsensziel *›Beitragssatzstabilität‹* mit dem – jedenfalls als Lippenbekenntnis – Konsensziel

›ausreichende Finanzierung der GKV‹ im Konflikt. Wie gesagt, ist es ein derzeit für alle außer den Wirtschaftsliberalen äußerst unbequemer Sachverhalt, der zu seiner Lösung den Mut erfordert, gegen den Mainstream zu schwimmen. Ist es da nicht einfacher, den Sachverhalt zu bestreiten? Das unternahm Ulf Fink, indem er öffentlich verkündete, ein ihm nahestehendes »Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH« habe herausgefunden, die Lohnquote habe keineswegs eine sinkende Tendenz, und das wie folgt begründete:

»Im Durchschnitt der 70er Jahre betrug die Lohnquote	72,20 %
Im Durchschnitt der 80er Jahre	73,70 %
Im Durchschnitt der 90er Jahre	72,64 %
Zum Vergleich:	
Im Durchschnitt der 50er Jahre betrug die Lohnquote	59,37 %
und in den 60er Jahren	64,40 %«

Als weitere Argumente werden angeführt, die ostdeutsche Lohnquote sei 1991 fast drei Prozentpunkte höher als die westdeutsche, und international (u.a. USA und Japan) sei ebenfalls die Lohnquote angestiegen. Man kommt zu dem Fazit: »Das Ergebnis der Analyse der Lohnentwicklung in der Vergangenheit in Deutschland ist eindeutig: Die These von der Erosion der Finanzierungsbasis ›Löhne‹ ist zwar eingängig, aber statistisch nicht belegbar.«

Um diese Aussage zu prüfen, muß man zunächst einen Schritt zurücktreten und zwei Punkte klären: (1) um welche Tatsachen und (2) um welche Zukunftsprognose geht der Streit:

(1) Die Tatsache (Abbildung 1): In den Perioden ansteigender und voller Beschäftigung stieg in Deutschland/West die Lohnquote. Mit dem Wendepunkt der Arbeitsmarktentwicklung Mitte bis Ende der 70er Jahre haben sich dann die Bedingungen für eine fallende Lohnquote (LQ) herausgebildet. Die LQ begann – nach einer gewissen zeitlichen Verzögerung – Anfang der 80er Jahre zu fallen, und dieser Trend hält mit konjunkturellen Unterbrechungen bis heute an. Die Abbildung 1[10] zeigt die LQ zunächst für West- und ab 1991 für Gesamt-Deutschland: ein kontinuierlich ansteigender Trend bis Anfang der 80er Jahre, von da an läßt sich eine deutliche Trendwende nach unten erkennen, der kurz nach der Vereinigung für kurze Zeit unterbrochen wird.

(2) Die Zukunftsprognose für den LQ-Trend ist für die Einschätzung der künftigen Einnahmeentwicklung der GKV entscheidend. Sie lautet: der Trend einer sinkenden Lohnquote wird sich fortsetzen, solange der Arbeitsmarkt ein starkes Ungleichgewicht (Käufermarkt) zu Gunsten der Nachfrager nach Arbeitskräften hat. Derzeit gibt es kein Anzeichen,

daß sich dies – über einen eventuellen konjunkturellen Aufschwung hinaus – ändern wird.

Tabelle 2: Brutto-Lohnquoten[11] Bundesrepublik Deutschland

Jahr	Lohnquote VE alte Berechng. West	Lohnquote VE alte Berechng. Gesamt-D.	Lohnquote VE neue Berechng.	Lohnquote BIP West (Gesamt)
1980	75,8			58,7
1981	76,8			
1982	76,9			
1983	74,6			
1984	73,3			
1985	72,9			56,3
1986	72,2			
1987	72,6			
1988	71,4			
1989	70,3			
1990	69,6			54,3
1991	69,6	72,4[12]	72,3	53,7 (56,2)
1992		73,3	73,6	(56,7)
1993		74,1	74,5	(56,6)
1994		72,7	73,6	(55,2)
1995		72,4	73,0	(55,1)
1996		71,6	72,9	(54,8)
1997		69,7	71,6	(53,7)
1998		68,1	70,9	(52,9)

VE: Volkseinkommen (Nettosozialprodukt zu Marktpreisen)
BIP: Bruttoinlandsprodukt
Quelle: SVR GE 1998/99, 1999/2000; Statistisches Bundesamt

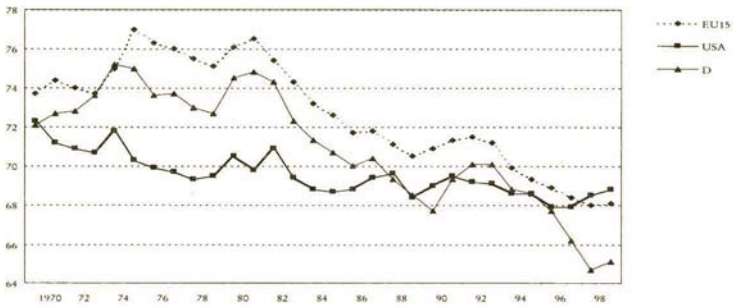
Die Studie des Instituts präsentiert Statistiken, in denen allgemein die Möglichkeit einer steigenden Lohnquote gezeigt wird. Das ist aber nicht die Frage. Niemand bestreitet, daß die Lohnquote auch steigen kann. Die Frage bezieht sich allein auf die Empirie des Zeitraums zwischen Anfang der 80er Jahre bis heute und auf die mittelfristige Prognose ab heute.

Die Prognose kann sich auf den empirischen Zusammenhang von Lohnquote und Arbeitsmarkt auch der Länder stützen, die von der Studie als angebliche Gegenbelege herangezogen wurden. Meine implizite theoretische Annahme lautet: frühestens zu dem künftigen Zeitpunkt, an dem die Nachfrage nach Arbeitskräften so stark ansteigt, daß die Löhne und Gehälter im Trend wieder zumindest mit dem Wachstum des Volkseinkommens bzw. Bruttoinlandsprodukts schritthalten können, kann mit einer nachhaltigen Trendänderung[13] gerechnet werden.

Die gegenwärtige Entwicklung hat – in Deutschland durch gewerkschaftliche Macht etwas zeitverzögert – mit der Umkehr der Arbeitsmärkte von Verkäufer – zu Käufermärkten zwischen 1975 und 1981

begonnen und wird erst bei einer abermaligen Umkehr die Chance haben, geändert zu werden.[14] Wie die amerikanischen Werte nach 1992 (Wachstum mit steigender Beschäftigung) zeigen (Abb.1), muß nicht einmal das unbedingt der Fall sein. Den Lohnentwicklungen liegt zwar der Arbeitsmarkt zugrunde, exekutiert werden sie aber in Lohnkämpfen. In den USA erodierte die Macht der Gewerkschaften in einem solchen Maße, daß auch die günstigen Wachstumsvoraussetzungen kaum genutzt werden konnten. In Deutschland konnten die Gewerkschaften den arbeitsmarktdeterminierten Rückgang des Lohnanteils nach 1975 zwar verzögern, abfedern und verlangsamen, nicht jedoch verhindern oder gar umdrehen.

Abbildung 1: Entwicklung der Lohnquoten in Deutschland, EU und USA



Quelle: Europäische Wirtschaft, Nr. 68, 1999, Statistischer Anhang, Tabelle 32

Die Studie negiert diese politisch-ökonomische Realität der nationalen Wendepunkte (in Deutschland 1975/80) und führt als Beleg Durchschnitte an, die schlicht nach Jahrzehnten (»70er Jahre«) berechnet werden. Um eine Einschätzung des künftigen Trends zu erhalten, sind aber Daten, die vor besagter Trendwende liegen unbrauchbar, da die damaligen Voraussetzungen (Vollbeschäftigung) derzeit nicht gegeben sind und auch nichts darauf hindeutet, daß sie in absehbarer Zeit gegeben sein werden (auch wenn zyklisch die Arbeitslosenzahl einmal sinkt).

Das inhaltsleere Zahlenspiel wird als solches noch deutlicher, wenn der plötzliche Anstieg der Lohnquote zwischen 1991 bis 1993 als Beleg in Anspruch genommen wird. Wären die ostdeutschen Zahlen herausgerechnet worden, dann läge auch der – inhaltlich unsinnige – »Durchschnitt der 90er Jahre« nicht nur unterhalb der 80er, sondern auch unterhalb der 70er Jahre. Die erheblich höhere ostdeutsche Quote besagt

nichts anderes, als daß mit der Vereinigung zwar relativ viel Lohneinkommen, aber relativ wenig Sozialprodukt hinzugekommen sind. Für die Frage nach der künftigen Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV ist das ohne Bedeutung. Die Abbildung zeigt, daß nach der Parallelverschiebung der Kurve nach oben, die ursprüngliche Trendrichtung (und nur auf die kommt es an) nach unten sich fortsetzt. Der Anstieg verdankt sich allein der Vereinigung, also einem einmaligen Sachverhalt, der sich in Zukunft garantiert nicht mehr wiederholen wird, und repräsentiert keine Faktoren, die auf die längerfristige Entwicklungsrichtung der Lohnquote Einfluß haben. Allenfalls geht von der Vereinigung ein zusätzlicher Druck in die umgekehrte Richtung aus, wenn die höhere Arbeitslosigkeit und die daraus resultierende hohe Sozialleistungsquote in Ostdeutschland auf die Dauer den Druck auf die Löhne und auf die Höhe der Sozialeinkommen, d.h. auf die Finanzierungsgrundlage der GKV verstärken.

Brieflich hat Fink noch ein wichtiges Argument hinzugefügt, indem er darauf verwies, für einen Anstieg der Lohnquote spreche »auch ein Übergang vom sekundären zum tertiären Sektor«. Normativ gesehen hat er völlig recht. Da die Produktivität des tertiären Sektors unterdurchschnittlich wächst, steigen dessen relative Preise – bei gegebenem sektoralen Lohnniveau – überdurchschnittlich. Daraus folgt, daß diese Dienstleistungen bei gegebenem Ungleichheitsmaß der Einkommensverteilung einem immer kleiner werdenden Kreis von Empfängern überdurchschnittlicher Einkommen verfügbar wären (oder einem wachsenden Teil nur noch teilweise). Damit also die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen künftig im bedarfsgerechten Umfang gekauft werden können, müssen die Einkommen der Sozialversicherten (relativ!) steigen. Damit sind wir jedoch nur wieder beim Ausgangsproblem, denn allein durch die Existenz dieser Bedingung wächst noch nicht die Möglichkeit ihrer Realisierung. Diese liegt in einer sich erholende Lohnquote, was wiederum vor allem von zwei interagierenden Faktoren abhängt: einer Trendwende auf den Arbeitsmärkten in der politisch-ökonomischen Kräftekonstellationen.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. Hagen Kühn
AG Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
E-Mail: kuehn@medea.wz-berlin.de

Anmerkungen

1 Das folgende bezieht sich auf: Ulf Fink, MdB, Presseerklärung vom 3. Februar 2000 »WISO-Institut legt neue Analyse zur Entwicklung der Lohnquote vor«; WISO Institut für Wirtschaft & Soziales: Arbeitspapier Lohnquote von Dr. Hermann Berié und Ulf Fink, Februar 2000.

2 *Kühn. 1997*, Gesundheitspolitik für den »Standort Deutschland« – Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen, in: Nach der Reform, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 28, Argument-Verlag, Hamburg, 15-32.

3 »Wir können gar nichts machen, uns zwingt der Zwang der Sachen«.

4 Mit dem Einstieg in die kapitalgedeckte Alterssicherung können die künftigen Renten nicht sicherer werden, da in jedem Fall und so auch 2030 nur das konsumiert werden kann, was auch 2030 erwirtschaftet wird. Und wenn wirklich eine Kausalität zwischen dem Anteil der über 65jährigen Bürger und dem Wohlstand der unter 65jährigen existierte – mit dieser Behauptung wird ein Generationenkonflikt geschürt – dann müßten letztere heute um ein Vielfaches ärmer sein als ihre Altersgenossen vor 100 Jahren, als der Anteil der ersteren nur ein Bruchteil betrug. Bei einem realen Wachstum von nur einem Prozent jährlich, würde das Realeinkommen 2030 um 35 Prozent über dem heutigen liegen und die individuell erzielten Einkommen würden auch dann beträchtlich ansteigen, wenn ein relativ größerer Teil davon für die Alterssicherung abgezweigt werden muß.

5 Zu Einzelheiten und Hintergründen vgl. *Kühn 1976*, Statistische Überlegungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Argument-Sonderband AS 8, Bd.1, Berlin, S. 179-195, *Kühn. 1995*, Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«: Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 24 »Frauen Gesundheit«, Hamburg, 145-161, *Kühn. 1995*, GKV: Kosten-»Explosion«? – Zur Makroökonomie der Gesundheitsreform, WZB-Mitteilungen 70, Dezember, 11-15; – *Braun./Kühn./Reiners. 1999*[3] Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M (Fischer Taschenbuch Verlag).

6 Die Lohnquote wird schulmäßig am Volkseinkommen (VE bzw. Nettosozialprodukt zu Marktpreisen) errechnet. Die Quote mit dem BIP ist aus Vergleichszwecken mit anderen Quoten durchaus akzeptabel. Die LQ am VE in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) versteckt Interessen, indem sie die ›Abschreibungen‹, also die Reproduktionskosten des Kapitals der Verteilung entzieht, während sie einen entsprechenden Reproduktionsanteil an den Lohneinkommen nicht vorsieht. Hinzu kommt, daß die Abschreibungen Gewinnelemente enthalten, ein großer Teil der technischen Neuerungen wird darüber finanziert.

7 Das brächte der Regierung aber einen Konflikt mit jenen 10 Prozent der Bevölkerung ein, die über die höchsten Einkommen und das niedrigste Krankheitsrisiko verfügen. Diese Gruppe ist privatversichert und hat aufgrund ihres sozialen Status zugleich das Monopol, öffentlich zu definieren, was »wir uns« in der GKV nicht mehr leisten können. Zugleich handelt es sich um die ›neue Mitte‹, der sich die Regierung (wie auch die vorherige) besonders verpflichtet fühlt.

8 Das hätte keineswegs die Effekte, die vom ›Standort-D.-Szenario‹ suggeriert werden. Eine zehnprozentige Beitragssatzsteigerung (die es in den letzten 20 Jahren niemals gegeben hat) verteuert die Produkte der gewerblichen Wirtschaft um ca. 1/1000, also eine Größenordnung, die angesichts der Wechselkursschwankungen auf den internationalen Märkten überhaupt nicht feststellbar ist (Kühn 1997).

9 s. Anm. 6.

10 Diese Werte entsprechen denen, die auch der zur Debatte stehenden Studie zugrundeliegen.

11 In der Bruttolohnquote sind die Arbeitgeberbeiträger zur Sozialversicherung enthalten, d.h. daneben gibt es keine GKV oder RV-»Nebenkosten« mehr.

12 Ostdeutschland hat eine weit geringere Arbeitsproduktivität (ProKopf/VE), da die geringeren Lohneinkommen das nicht kompensieren, muß die Lohnquote höher sein.

13 Konjunkturell kann die LQ durchaus einmal steigen, wenn z.B. das Wachstum der Bezugsgröße plötzlich stark zurückgeht und die Löhne erst mit Verzögerung folgen. Das ändert jedoch nicht den Trend.

14 Um internationale Belege für den Nachweis eines Quotenanstiegs in den USA und Japan anführen zu können, mußten die Verfasser der Studie bis ins Jahr 1965 zurückgehen. Hätten sie die jeweiligen Wendepunkte als Ausgangspunkt genommen, wäre ihre These nicht möglich gewesen.