

Dirk Sauerland

Künftige Ausgabenentwicklung in der GKV und ihre Finanzierung

Die unterschiedlichen Reformkonzepte der Parteien zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung spielten im Wahlkampf eine wichtige Rolle. Wie wird sich das Ausgabenvolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung langfristig entwickeln? Welche Belastungen sind mit den unterschiedlichen Finanzierungsverfahren verbunden?

Mit der Bundestagswahl standen auch die Vorschläge der großen Parteien über die künftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zur Abstimmung. Während die CDU/CSU das Konzept der „Gesundheitspauschale“ in ihr Wahlprogramm aufgenommen hat, präsentieren die SPD, die Grünen sowie die Linkspartei das Modell der „Bürgerversicherung“ in ihren Programmen¹. Der wesentliche Unterschied beider Modelle liegt in der Finanzierung der zukünftigen Ausgaben der GKV: Während die „Gesundheitspauschale“ eine Entkopplung von Lohn(neben)kosten und GKV-Ausgaben vorsieht, bleibt im Modell der Bürgerversicherung die Finanzierungslogik des bisherigen Umlageverfahrens ebenso erhalten wie die Mit-Finanzierung der Beiträge durch die Arbeitgeber².

Die Vertreter beider Vorschläge präsentierten im Vorfeld der Wahlprogramme „Einstiegsprämien“, d.h. die Pauschalen bzw. Beitragssätze, die sich zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Systeme ergäben³, während die Wahlprogramme selbst hierzu keine konkreten Angaben enthalten (vgl. Übersicht 1). Projektionen zeigen jedoch ein stetig steigendes Ausgabenvolumen der GKV in der Zukunft. Damit stellt sich unmittelbar die Frage nach den Belastungen, d.h. der Höhe der Prämien und der Höhe der Beitragssätze, die künftig innerhalb der beiden Modelle zu erwarten sind.

Dieser Frage geht der vorliegende Beitrag nach, indem er zunächst ein empirisches Modell zur Erklärung der bisher in der GKV zu verzeichnenden Ausgaben vorstellt. Aufbauend auf diesen Schätzungen, die makroökonomische Daten verwenden, werden Projekti-

onen der künftigen GKV-Ausgaben präsentiert. Diese Projektionen berücksichtigen auch die im Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2004) vorgesehenen Einsparungen. Schließlich wird der Frage nachgegangen, wie sich die projizierten Ausgaben auf die Höhe der Gesundheitspauschalen sowie die Höhe der Beitragssätze bzw. des beitragspflichtigen Einkommens im Modell der Bürgerversicherung auswirken.

Empirie: Determinanten der GKV-Ausgaben

Betrachtet man die Entwicklung der realen Pro-Kopf-Ausgaben der GKV (Abbildung 1) und der durchschnittlichen Beitragssätze zur GKV (Abbildung 2), so ist in der Vergangenheit ein nahezu kontinuierlicher Anstieg beider Größen zu erkennen.

Zur Ermittlung der Determinanten dieser Ausgabenentwicklung werden im Folgenden lineare Regressionsmodelle (OLS) auf der Basis von makroökonomischen Daten präsentiert. Dieses Vorgehen ist in internationalen Vergleichsstudien üblich⁴ und wurde auch schon zur Analyse der GKV-Ausgaben in Deutschland genutzt⁵. Als erklärende Variable werden die realen

¹ Allein die FDP präsentiert einen Vorschlag, der dem Gedanken der Versicherungspflicht mit weitgehenden Wahlfreiheiten entspricht.

² Vgl. D. Sauerland: Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse, in: ORDO. Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, H. 55 (2004), S. 227 ff.

³ Vgl. zu den Berechnungen der Rürup-Kommission: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2003, S. 149 ff., 161 ff.; zu den Vorschlägen der Herzog-Kommission bzw. zum Parteitagbeschluss der CDU vgl. CDU: Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf>, Berlin 2003, S. 29; vgl. CDU: Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern“, <http://www.cdu.de/politik-a-z/deutschlandfairaendern.pdf>, Berlin 2003, S. 24; und darüber hinaus vgl. E. Knappe, R. Arnold: Pauschalprämien in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und Gerechtigkeit, Gutachten für die Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e. V., München 2002; sowie K.-D. Henke et al.: Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Gutachten für die Vereinte Krankenversicherung, München 2002.

Prof. Dr. Dirk Sauerland, 41, ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, Gesundheits- und Institutionenökonomik an der WHL Wissenschaftlichen Hochschule Lahr.

Übersicht 1

Die Aussagen in den Wahlprogrammen zur Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung

	CDU/CSU	SPD	FDP	Grüne	Die Linke.PDS
Finanzierungsmodell	Gesundheitsprämie (Kopfpauschalen) – setzt sich zusammen aus einem dauerhaft festgeschriebenen Arbeitgeberbeitrag und einem flexiblen (in Abhängigkeit von Gesundheitskosten) Arbeitnehmeranteil	Bürgerversicherung Beitragsbemessungsgrenze bleibt bestehen, jeder muss versichert sein – auch gut verdienende werden in die solidarische Krankenversicherung einbezogen; Kapitalerträge werden mit hinzugezogen, Mieten und Pachten bleiben frei	„privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle“ – sozialer Ausgleich erfolgt über das an den einheitlichen Kriterien der Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit angepasste Steuersystem	Bürgerversicherung Beitragsbemessungsgrenze wird „maßvoll“ angehoben, Freigrenzen für zusätzliche Einkommensarten – keine Angabe zu zusätzlichen Einkommensarten	Bürgerversicherung Alle Berufsgruppen und Einkommensarten werden mit einbezogen, die Beitragsbemessungsgrenze soll in einem ersten Schritt auf 5100 Euro angehoben werden
Höhe der geplanten Prämien/ Beitragssätze	keine Angabe, aber: „Niemand zahlt bei Einführung der solidarischen Gesundheitsprämie mehr als zuvor.“ – sozialer Ausgleich bei Geringverdienern	keine Angabe, aber: Es bleibt beim heutigen gesetzlichen Leistungskatalog.	keine Angabe, aber: Jedes Krankenversicherungsunternehmen muss einen Pauschalbeitrag mit Kontrahierungszwang anbieten, der weder nach Alter und Geschlecht noch nach Risiko differenziert.	keine Angabe, aber: Festhalten an Beitragsparität	keine Angabe
Versicherte	keine eindeutige Angabe – es heißt nur: „Die Krankenkassen erhalten für jeden erwachsenen Versicherten eine Gesundheitsprämie als kostendeckenden Beitrag.“	alle Bürger sind pflichtversichert	Versicherungspflicht für alle – „Jeder Bürger ist verpflichtet, einen Mindestumfang an Leistungen, die so genannten Regelleistungen, für den Krankheitsfall abzusichern; dabei gilt die freie Versicherungswahl“	alle Bürger sind pflichtversichert	alle Bürger sind pflichtversichert
beitragsfrei Mit-Versicherte	Kinder werden beitragsfrei mitversichert; die erforderlichen Beiträge werden aus Steuermitteln finanziert.	Familienmitglieder ohne Einkommen sind mitversichert	Pauschalen für die Kinder sowie die Kosten in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft werden durch die Steuerzahler finanziert.	Kinder bleiben beitragsfrei mitversichert; Ehegatten und Lebenspartner, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen, bleiben beitragsfrei	keine Angabe
Einführungszeitpunkt	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe

Quellen: CDU/CSU (2005), SPD (2005), FDP (2005), Grüne (2005), Die Linke.PDS (2005).

Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV (Variable „gkv“) verwendet, die in Abbildung 1 dargestellt sind und aus den absoluten nominalen GKV-Ausgaben errechnet wurden. Da diesen Ausgaben eine gewisse Beharrungstendenz unterstellt werden kann, gehen die Ausgaben der Vorperiode (Variable „gkv_{t-1}“) als erklärende Variable mit in die Schätzung ein.

⁴ Vgl. U.-G. Gerdtham et al.: The Determinants of Health Care Expenditure in the OECD Countries: A pooled analysis, in: P. Zweifel (Hrsg.): Health, the Medical Profession and Regulation, Dordrecht 1998; vgl. U.-G. Gerdtham, M. Løthgren: On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP, in: Journal of Health Economics, H. 19 (2000), S. 461–475.

⁵ F. Breyer, V. Ulrich: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 220 (2000), S. 1–17; vgl. D. Sauerland: Gesundheitspolitik in Deutschland, Gütersloh 2003, S. 205 ff.

Die zur Erklärung dieser Ausgaben üblicherweise sonst noch herangezogenen Variablen sind das Einkommen, die Altersstruktur der Bevölkerung sowie der ausgabensteigernde technische Fortschritt der Medizin. Der Einfluss des Einkommens wird anhand der Zeitreihe des realen Pro-Kopf-Bruttoeinkommens der Vorperiode (Variable „be_{t-1}“) überprüft. Für die Altersstruktur wird der Rentnerquotient (Variable „rq“), definiert als Anteil der Rentner an den Mitgliedern der GKV, benutzt. Während die bisher genannten Zeitreihen in logarithmierter Form in die Gleichungen eingehen, wird als Proxy für einen möglichen Einfluss des technischen Fortschritts in der Medizin ein linearer Zeittrend (Variable „zeit“) mit in die Schätzung einbezogen. Da die verwendeten Zeitreihen im Jahr

Abbildung 1
Entwicklung der realen Pro-Kopf-Ausgaben der GKV 1960 bis 2003
 (in Euro (real, Basis 1995))

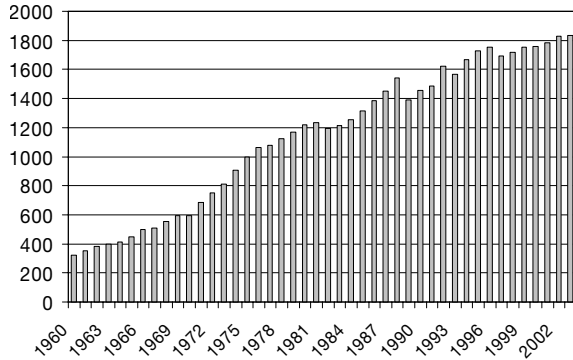
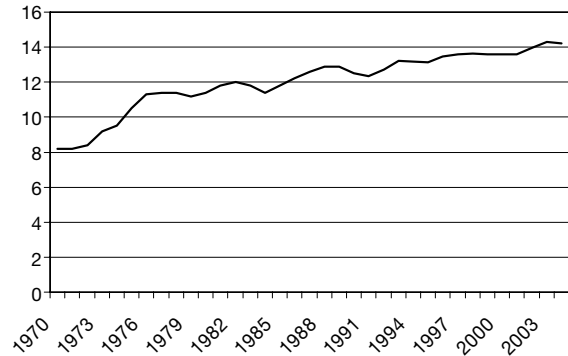


Abbildung 2
Entwicklung der durchschnittlichen GKV-Beitragsätze 1970 bis 2004
 (in %)



1991 von Größen für die alten Bundesländer auf gesamtdeutsche Daten umgestellt wurden, wird anhand des Dummies „wv91“ überprüft, ob die deutsche (Wieder-)Vereinigung einen Einfluss auf die GKV-Ausgaben hatte. Darüber hinaus wurden Dummies für die „großen“ Gesundheitsreformgesetze der Jahre 1989, 1993 und 1997 gesetzt, da in diesen Jahren die realen Pro-Kopf-Ausgaben zurückgegangen sind⁶. Unter Verwendung dieser Größen wurden die drei in Tabelle 1 dargestellten Modelle geschätzt⁷.

Das Basismodell 1 beinhaltet neben den Ausgaben der Vorperiode allein die Erklärungsgrößen Einkommen, Altersstruktur sowie den Proxy für den technischen Fortschritt. In dieser Modellspezifikation sind alle getesteten Variablen signifikant, die Altersstruktur jedoch nur auf einem Niveau von 10%. Im Modell 2 ist zusätzlich der Dummy für das Reformgesetz von 1989 berücksichtigt. Dieser wird jedoch erst dann signifikant, wenn – wie in Modell 3 geschehen – auch die (Wieder-)Vereinigung bzw. die Umstellung der Zeitreihen im Jahr 1991 berücksichtigt wird. Beide Dummies „grg89“ sowie „wv91“ haben dann einen signifikanten Einfluss. Gleichzeitig verliert die Altersstruktur ihre Si-

gnifikanz. Die in Tabelle 1 angeführten Informationskriterien weisen Modell 3 als bestes Schätzmodell aus.

Alle Variablen weisen das theoretisch fundierbare und damit erwartete Vorzeichen auf. Die Signifikanz des Einkommens und des Zeittrends (als Proxy für den technischen Fortschritt) bestätigt die Ergebnisse früherer Schätzungen für Deutschland⁸.

Das Ergebnis der hier verwendeten Schätzung mit Makro-Daten steht damit im Einklang mit mikro-basierten Arbeiten, die mit dem Alter signifikant steigende Ausgabenprofile nachweisen⁹. Andere Arbeiten

Tabelle 1
Schätzmodelle im Überblick

Zu erklärende Variable: log(gkv)			
Ausgaben der GKV, real pro Kopf von 1960 bis 2003			
Variable	Modell 1	Modell 2	Modell 3
C	-0,253430 (-0,355912)	-0,366463 (-0,537451)	-0,817345 (-1,223216)
log(gkv _{t-1})	0,585759 (5,194891)**	0,542992 (4,782461)**	0,540044 (5,055680)**
log(be _{t-1})	0,365002 (2,923508)**	0,394940 (3,193818)**	0,451684 (3,805523)**
log(rq)	0,210952 (1,888206)*	0,147258 (1,266581)	0,150930 (1,379768)
zeit	0,004285 (2,197760)**	0,007221 (2,742437)**	0,005028 (1,905112)*
grg89		-0,042856 (-1,619380)	-0,077799 (-2,700217)**
wv91			0,068384 (2,409665)**
R ² korr.	0,995300	0,995492	0,996011
Akaike-Info-Kriterium	-3,749298	-3,771263	-3,874284
Schwarz-Kriterium	-3,544507	-3,525514	-3,587577
N	43	43	43

** = signifikant auf 5%-Niveau
 * = signifikant auf 10%-Niveau
 t-Werte in Klammern

⁶ Bei der Überprüfung der Relevanz der Reformgesetze anhand eines VAR-Modells zeigte sich, dass allein das Gesundheitsreformgesetz von 1989 (Dummy „grg89“) relevant ist. Die anderen Dummies werden daher bei den Regressionsmodellen nicht weiter berücksichtigt.

⁷ Mögliche Kointegrationsbeziehungen der verwendeten Zeitreihen wurden anhand entsprechender Fehlerkorrekturmodelle überprüft. Zum Ausschluß von Heteroskedastizität und serieller Autokorrelation wurden entsprechende Tests durchgeführt.

⁸ Vgl. F. Breyer, V. Ulrich, a.a.O.; vgl. D. Sauerland: Die gesetzliche Krankenversicherung..., a.a.O.

⁹ Vgl. dazu etwa F. Buchner, J. Wasem: Versteigerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, H. 89 (2/3) (2000), S. 357–392; vgl. F. Buchner: Versteigerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Baden-Baden 2002.

Übersicht 2
In den Projektionen verwendete Annahmen

Variable	Beschreibung	Annahme	Wert
dlog(be) Bruttoeinkommen, real pro Kopf	Geht in die Schätzgleichung ein.	Entwickelt sich mit dem Durchschnittswachstum der letzten 5 Jahre bis 2013, danach mit dem Durchschnitt der letzten 10 Jahre.	2004 bis 2013: +0,00264959 ab 2014: + 0,00143171
dlog(rq), Anteil der Rentner an Gesamtmitgliedern der GKV	Geht in die Schätzgleichung ein.	Entwickelt sich wie der Anteil der über 65-Jährigen.	Anteil der über 65-Jährigen von 2004 bis 2040 gemäß 10. koordinierter Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamts, Variante 5
Anteil der Versicherten an der Gesamtbevölkerung	Wird zur Umrechnung der realen pro Kopf Ausgaben in reale Gesamtausgaben benötigt.	Entwickelt sich bis 2013 mit dem Durchschnittswachstum der letzten 10 Jahre; danach konstant.	2003: 0,8522 2004 bis 2013: -0,0035 p.a. ab 2013: konstant 0,8173
Preisindex der Lebenshaltung	Wird zur Umrechnung der realen Gesamtausgaben in nominale Gesamtausgaben benötigt.	Entwickelt sich bis 2013 mit dem Durchschnittswachstum der letzten 10 Jahre; danach mit Zielinflationsrate der EZB.	2003: 112,0 2004 bis 2013: + 1,56% p.a. ab 2013: + 2,0% p.a.
Beitragspflichtige Einnahmen	Werden zur Berechnung der Beitragssätze benötigt.	Entwickeln sich bis 2013 mit dem Durchschnittswachstum der letzten 5 Jahre; danach mit jährlich 1,5 Prozent.	2004 bis 2013: + 1,08% p.a. ab 2013: + 1,5% p.a.

weisen jedoch darauf hin, dass der Alterseffekt auf die Ausgaben überschätzt wird, da der Anstieg des Ausgabenprofils mit der höheren Todesrate älterer Menschen korreliert. Damit treten die sehr ausgabenintensiven zwei letzten Jahre vor dem Todeszeitpunkt in der älteren Bevölkerungsgruppe häufiger auf und verursachen damit höhere Kosten¹⁰.

Mit Hinblick auf die Determinanten der GKV-Ausgaben bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass von den großen Gesundheitsreformen allein das Reformgesetz des Jahres 1989 einen signifikanten Einfluss auf die Ausgaben der GKV hatte und das Niveau der Ausgaben nachhaltig gesenkt hat. Jedoch wird die jährliche Steigerung der Ausgaben durch diesen Effekt nicht gebremst: Diese wird vielmehr – in Abhängigkeit von den Ausgaben des Vorjahres – getrieben von der Einkommensentwicklung und dem linearen Zeittrend, der als Proxy für den technischen Fortschritt herangezogen werden kann. Auch ein Einfluss der Altersstruktur bzw. der alternden Bevölkerung kann nicht widerlegt werden.

**Projektionen: Die künftige
Ausgabenentwicklung der GKV**

Um die Auswirkungen der künftigen Ausgabenentwicklung abschätzen zu können, ist es hilfreich, sich die Finanzierungslogik des aktuellen Umlageverfahrens in der GKV in Erinnerung zu rufen.

¹⁰ Zur Bedeutung der letzten Lebensjahre für die Ausgaben vgl. etwa P. Zweifel, St. Felder, M. Meier: Ageing population and health care expenditures: a red herring?, in: Health Economics, H. 8 (1999), S. 485–496; C. Hogan et al.: Medicare beneficiaries' cost of care in the last years of life, in: Health Affairs, H. 20 (2001), S. 173–181; vgl. M. Seshamani, A.M. Gray: A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs, in: Journal of Health Economics, H. 23 (2004), S. 217–235.

Die Einnahmen der GKV setzen sich zusammen aus den Beiträgen, die von der Höhe der Beitragssätze (BS) und dem beitragspflichtigen Einkommen (BPE) abhängig sind, sowie Transferzahlungen (TR) aus dem Bundeshaushalt. Ausgaben der GKV resultieren aus medizinischen Leistungen, d.h. aus ambulanten Leistungen (L_{amb}), stationären Leistungen (L_{stat}) und den Leistungen in Form von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (L_{AHH}) sowie dem Krankengeld (KG) als Einkommensersatzleistung. Damit lautet die Budgetgleichung der GKV in einer vereinfachten Form:

$$(1) BS \cdot BPE + TR = L_{amb} + K_{stat} + L_{AHH} + KG$$

Die Gesundheitspolitik hat im Status quo sowohl auf der linken als auch auf der rechten Seite der Gleichung (1) Stellschrauben, um das System – und damit die Beitragssätze – zu beeinflussen. Legt man die dargestellten Schätzmodelle zugrunde und setzt die projizierten Ausgaben als rechte Seite der obigen Gleichung ein, so lassen sich auf Basis von Gleichung (1) die künftig zur Finanzierung benötigten Beitragssätze zur GKV projizieren. Es gilt

$$(2) BS = \frac{AUSGABEN_{proj.} - TR}{BPE}$$

Zur Berechnung der notwendigen Werte wurden verschiedene Annahmen getroffen, die in der Übersicht 2 aufgeführt sind und sich an den Entwicklungen der jeweiligen Größen in den Jahren 1994 bis 2003 orientieren. Auf Basis dieser Annahmen wachsen die tatsächlichen Ausgaben der GKV von 145 Mrd. Euro im Jahr 2003 auf einen projizierten Wert zwischen 507 Mrd. (Modell 3) und 606 Mrd. Euro (Modell 2) im Jahr 2040 an¹¹. Modell 2 projiziert die höchsten Ausgaben und repräsentiert mit Blick auf das Ziel der Beitrags-

Abbildung 3
Projektion der GKV-Ausgaben 2004-2040
 (in Mrd. Euro)

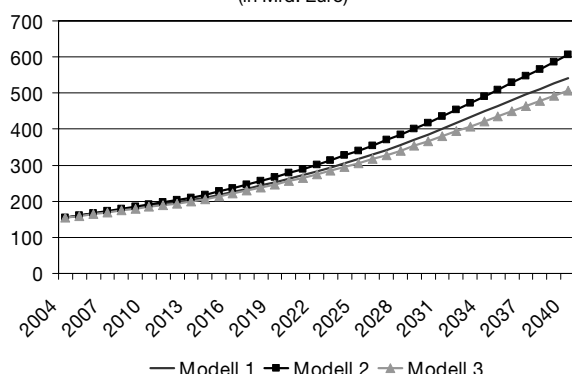
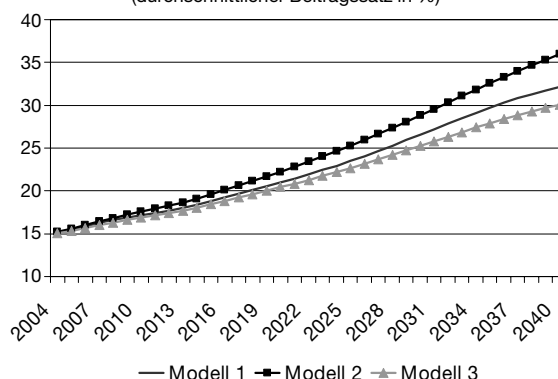


Abbildung 4
Projektion der Beitragssätze 2004-2040
 (durchschnittlicher Beitragssatz in %)



satzstabilität in der GKV den Worst Case der hier betrachteten Modelle. Hingegen ist Modell 3, das die „beste“ Schätzung darstellt, mit den niedrigsten Ausgaben verbunden und steht hier für den Best Case bei der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung.

Projektionen der Modelle

Aus dieser, in Abbildung 3 dargestellten, Entwicklung resultiert ein projizierter Anstieg der Beitragssätze von 14,3% im Jahr 2003 auf 30,1 (Modell 3) bis 36,0% (Modell 2) im Jahr 2040 (Abbildung 4)¹².

Die genannten Werte liegen bis zu 12% höher als die Prognosen anderer Studien zur künftigen Beitragssatzentwicklung in der GKV¹³. Zu diesen Differenzen dürfte im Wesentlichen der in den hier vorgestellten Berechnungen als moderat unterstellte Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen beitragen. Diese stellen, wie Gleichung 1 zeigt, eine wesentliche Determinante der Einnahmenseite dar¹⁴. Die Wachstumsrate von 1,08% p.a., die bis zum Jahr 2013 unterstellt ist, basiert auf der Entwicklung der letzten 10 Jahre. In diesem Zusammenhang weist die Bundesbank¹⁵

darauf hin, dass das Wachstum des BPE seit 1995 mit 1,1% p.a. noch um etwa 0,4 Prozentpunkte unter dem schwachen Wachstum der Bruttolöhne lag. Ein höheres Wirtschaftswachstum verringert die projizierte Beitragssatzentwicklung.

Projektionen unter Berücksichtigung der Effekte des GMG 2004

Die Entwicklung der GKV-Ausgaben erhöht die Skepsis darüber, dass die ambitionierten Ziele, die im Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2004) in Hinblick auf die Beitragssätze zur GKV formuliert wurden, tatsächlich erreicht werden können. Die dort fixierten Vorgaben hinsichtlich der Ausgaben bzw. Einsparungen und Beitragssätze sind in Tabelle 2 im Überblick dargestellt.

Die Frage, ob die genannten Ausgabensenkungen bzw. Einsparvolumina tatsächlich erreichbar sind, soll hier nicht diskutiert werden. Auf Basis der oben dargestellten Schätzmodelle sollen die Ergebnisse der Projektionen allein dahingehend modifiziert werden, dass unterstellt wird, die angestrebten Einsparungen würden zu den jeweils geplanten Zeitpunkten in voller Höhe realisiert. Dabei werden zwei Szenarien unterschieden: Szenario 1 unterstellt Ausgabensenkungen in der geplanten, absoluten Höhe. Das bedeutet, die projizierten Ausgaben sinken ab dem Jahr 2007 dau-

¹¹ Im Rahmen des Modells 1 ergeben sich Ausgaben in Höhe von 541 Mrd. Euro im Jahr 2040.

¹² Verwendet man die Spezifikation von Modell 1, steigt der Beitragssatz auf 32,1% im Jahr 2040 an.

¹³ Vgl. im Überblick D. Cassel: Wege zur nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Vorträge/Ingenieur- und Wirtschaftswissenschaften, Paderborn 2005, S. 8.

¹⁴ Erhöht man in den Berechnungen das unterstellte Wachstum der Einkommen ab dem Jahr 2013 von 1,5 auf 2,0%, so sinken die projizierten Beitragssätze im Modell 1 auf 28,1%, im Modell 2 auf 31,5% und im Modell 3 auf 26,4%. Diese Werte liegen wieder in der Spannweite der Prognosen, die bei Cassel dargestellt sind, vgl. D. Cassel, a.a.O.

¹⁵ Vgl. Deutsche Bundesbank: Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht Juli 2004, S.19 f.

Tabelle 2
Ziele des GMG 2004^a

	2004	2005	2006	2007
Beabsichtigter Beitragssatz	13,60%	12,95%	12,15%	12,15%
Dazu geplante Ausgabensenkungen	9,8 Mrd. Euro	15,3 Mrd. Euro	22,5 Mrd. Euro	23,0 Mrd. Euro

^a Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung von 2004

Abbildung 5
Projektion der modifizierten Ausgaben 2004-2040,
Modell 2
 (in Mrd. Euro)

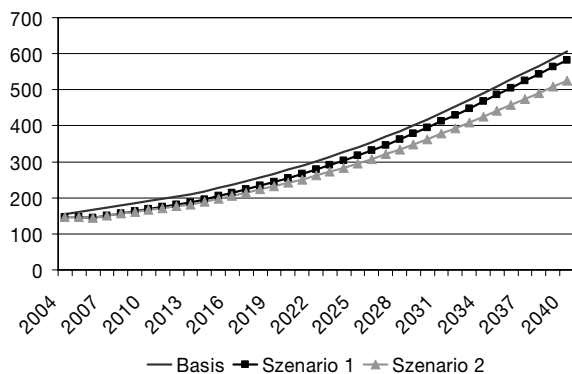
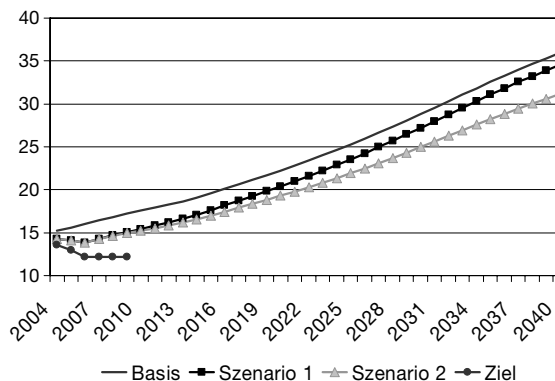


Abbildung 6
Projektion der modifizierten Beitragssätze
2004-2040, Modell 2
 (durchschnittlicher Beitragssatz in %)



erhaft um den konstanten Betrag von 23 Mrd. Euro. Daraus resultieren dann modifizierte Ausgaben im Jahr 2040 zwischen 484 Mrd. Euro (Modell 3) und 583 Mrd. Euro (Modell 2).

Im Szenario 2 werden ebenfalls die geplanten Ausgabensenkungen berücksichtigt. Ab 2007 werden jedoch die projizierten Ausgaben dauerhaft um jeweils etwa 13% gekürzt. Dies entspricht dem Anteil der vorgesehenen Einsparungen von 23 Mrd. Euro an den projizierten Ausgaben von 174 Mrd. Euro im Jahr 2007¹⁶. Da die absoluten Einsparungen hier im Zeitablauf ansteigen, ergeben sich im Jahr 2040 modifizierte Ausgaben zwischen 438 Mrd. (Modell 3) und 525 Mrd. Euro (Modell 2)¹⁷.

Abbildung 5 und 6 verdeutlichen die Entwicklung der Szenarien im Vergleich zur Situation ohne die Effekte des GMG anhand der Projektionen für Modell 2, das weiterhin den Worst Case repräsentiert. Die Ergebnisse der Basisprojektion, in der die geplanten GMG-Einsparungen nicht berücksichtigt sind, und der beiden Szenarien, die eben diese Einsparungen berücksichtigen, sind in Tabelle 3 gegenübergestellt¹⁸.

Es zeigt sich, dass die Ausgabensenkungen des GMG 2004 bis zum Jahr 2040 zu einer Senkung der Beitragssätze von etwa 2 Prozentpunkten im Szenario 1 und von bestenfalls knapp 5 Prozentpunkten im Szenario 2 führen. Eine dauerhafte Stabilisierung der Ausgaben und Beitragssätze kann durch die im GMG 2004 vorgesehenen Ausgabensenkungen offensichtlich nicht realisiert werden.

erhalt um den konstanten Betrag von 23 Mrd. Euro. Daraus resultieren dann modifizierte Ausgaben im Jahr 2040 zwischen 484 Mrd. Euro (Modell 3) und 583 Mrd. Euro (Modell 2).

Projektionen: beitragspflichtiges Einkommen, Beiträge und Pauschalen

Die hier vorgestellten Schätzmodelle basieren auf Daten aus einem Umweltsetting, in dem neben der GKV auch eine private Krankenversicherung (PKV) existiert. Der Anteil der PKV-Versicherten ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen¹⁹; dieser Umstand ist in den bisher vorgestellten Projektionen berücksichtigt. Die Projektionen basieren darüber hinaus auf der Annahme, dass die in Gleichung 1 dargestellte Finanzierungslogik der Gesetzlichen Krankenversicherung im Status quo auch künftig fortgeschrieben wird. Was ändert sich aber, wenn auf eine Bürgerversicherung oder eine Finanzierung auf Basis von pauschalen Kopfprämien umgestellt wird?

Beiträge und beitragspflichtige Einkommen im Modell „Bürgerversicherung“

Unter dem Schlagwort Bürgerversicherung werden unterschiedliche Modelle diskutiert²⁰. Ihre Gemein-

Tabelle 3
Projizierte Beitragssätze ohne und mit geplanten Einsparungen durch GMG 2004

	Basis	Szenario 1	Szenario 2	Maximale Differenz
Modell 1	32,1%	30,8%	27,8%	4,3%-Punkte
Modell 2	36,0%	34,6%	31,2%	4,8%-Punkte
Modell 3	30,1%	28,7%	26,0%	4,1%-Punkte

¹⁶ Für die einzelnen Spezifikationen ergeben sich folgende Werte: Modell 3 = 13,6% (23 Mrd./169 Mrd.), Modell 2 = 13,21% (23 Mrd./174 Mrd.) und Modell 1 = 13,4% (23 Mrd./172 Mrd.).

¹⁷ Auf Basis von Modell 1 errechnen sich Ausgaben von 469 Mrd. Euro im Jahr 2040.

¹⁸ Dabei sind jährliche Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einkommen von 1,5% ab 2013 unterstellt.

¹⁹ Vgl. D. Sauerland: Die gesetzliche Krankenversicherung..., a.a.O., S. 225.

²⁰ Vgl. etwa ebenda, S. 227 ff.

Tabelle 4
Notwendiges beitragspflichtiges Einkommen 2007

	Basis- projektion	Sze- nario 1	Sze- nario 2
Modell 1 • BPE in 2007 (in Euro)	1331 Mrd.	1153 Mrd.	1153 Mrd.
• d.h. Ausweitung um	34%	16%	16%
• benötigtes BPE- Wachstum p.a. bis 2040	3,54%	3,86%	3,54%
Modell 2 • BPE in 2007 (in Euro)	1347 Mrd.	1169 Mrd.	1169 Mrd.
• d.h. Ausweitung um	35%	17%	17%
• benötigtes BPE- Wachstum p.a. bis 2040	3,86%	4,18%	3,86%
Modell 3 • BPE in 2007 (in Euro)	1313 Mrd.	1134 Mrd.	1134 Mrd.
• d.h. Ausweitung um	32%	14%	14%
• benötigtes BPE- Wachstum p.a. bis 2040	3,38%	3,70%	3,38%

samkeit besteht darin, die bisherige Logik der Finanzierung prinzipiell beizubehalten und – wie der Name besagt – die bestehende Versicherungspflicht auf alle Bürger auszudehnen. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen bleiben – wie bisher – beitragsfrei mitversichert.

Durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht ergibt sich ein anderer Versichertenkreis als im bestehenden System, das den hier präsentierten Schätzmodellen zugrunde liegt. Um die Ausführungen kompatibel zum System der pauschalen Prämien zu halten, das im Folgenden skizziert wird, werden auch die nachfolgenden Projektionen auf der Grundlage der Modelle 1 bis 3 berechnet. Die dabei getroffene Annahme entspricht mithin nicht der Idee der Bürgerversicherung, da nur ein Teil der Bevölkerung als in der GKV versichert betrachtet wird. Das heißt die Einnahmen und Ausgaben einer echten Bürgerversicherung sind höher als die hier präsentierten Zahlen.

Im Konzept der Bürgerversicherung sollen Beitragssätze der Mitglieder – in der Tradition des Ziels „Beitragssatzstabilität in der GKV“ – auf einem erwünschten Niveau (BS_{Ziel}) fixiert werden. Dies ist innerhalb des bestehenden Systems nur möglich, wenn bei gegebenen projizierten Ausgaben das beitragspflichtige Einkommen ($BPE_{notwendig}$) als Bemessungsgrundlage für die zu erhebenden Beitragssätze angepasst wird.

Legt man die projizierte Ausgabenentwicklung zugrunde, muss die Budgetgleichung der GKV wie folgt modifiziert werden:

$$(3) BS_{Ziel} \cdot BPE + TR = AUSGABEN_{proj.}$$

Die Finanzierungslogik erfordert nun die Ermittlung des zur Sicherstellung des Ziel-Beitragssatz-

zes notwendigen beitragspflichtigen Einkommens ($BPE_{notwendig}$). Es ergibt sich aus

$$(4) BPE_{notwendig} = \frac{AUSGABEN_{proj.} - TR}{BS_{Ziel}}$$

Unterstellt man vereinfachend den im GMG für das Jahr 2007 genannten Beitragssatz von 12,15% als dauerhaften Zielbeitragssatz und unterstellt man weiterhin, dass die Umstellung der Finanzierung ebenfalls im Jahr 2007 erfolgt, so resultiert daraus (unter Zugrundelegung der projizierten Ausgaben von Modell 2) ein notwendiges beitragspflichtiges Einkommen in Höhe von 1169 Mrd. Euro. Dies ist – im Verhältnis zu der bisher verwendeten Berechnungsbasis – eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage von 17% im Jahr 2007²¹. In den Jahren bis 2040 muss das beitragspflichtige Einkommen im Durchschnitt um 3,86% jährlich wachsen, damit der Ziel-Beitragssatz gehalten werden kann. Legt man die Wachstumsraten der letzten Jahre zugrunde, ist ein solches Wachstum nur mit einer permanenten Ausweitung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V zu erreichen. Die Ergebnisse bei Verwendung der projizierten Ausgaben aller Modelle sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Beiträge im Modell „Gesundheitspauschale“

Auch unter der Überschrift „Gesundheitspauschalen“ werden unterschiedliche Modelle diskutiert²². Im Kern stellen diese Vorschläge darauf ab, die bisherigen, rein einkommensabhängigen Beiträge durch Kopfpauschalen zu ersetzen, die als durchschnittliche Ausgaben aller Versicherten einer Kasse berechnet werden. Bei einer Umstellung auf Gesundheitspauschalen verändert sich die Finanzierungslogik der GKV stärker als bei der Bürgerversicherung. Ursächlich dafür ist die – gewünschte – Entkoppelung der Beitragszahlungen vom Einkommen der versicherten Mitglieder und der Wegfall der beitragsfreien Familienmitversicherung für Kinder und Ehepartner der gesetzlich pflichtversicherten Personen. Die Höhe der durchschnittlichen, monatlichen Kopfpauschale (KP) in der GKV errechnet sich – wieder unter Zugrundelegung der projizierten Ausgaben – anhand folgender Gleichung:

²¹ Vgl. zu den Vor- und Nachteilen einer solchen Erweiterung der Bemessungsgrundlage etwa P. Oberender: Zukunft der GKV: Erweiterung der Bemessungsgrundlage oder ordnungspolitische Reform, in: M. Albring, E. Wille (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabedynamik, Einnahmenschwäche und Koordinationsproblemen, Frankfurt a. M. u.a.O. 2003, S. 201 f.

²² Zu einem Überblick über verschiedene Prämienmodelle vgl. etwa J. Wasem, St. Gress, H. Rothgang: Kopfprämien in der gesetzlichen Krankenversicherung: eine Perspektive für die Zukunft?, ZeS-Arbeitspapier, Bremen 2003.

Abbildung 7
Projektion der durchschnittlichen Kopfpauschalen
2007-2040
 (in Euro pro Kopf)

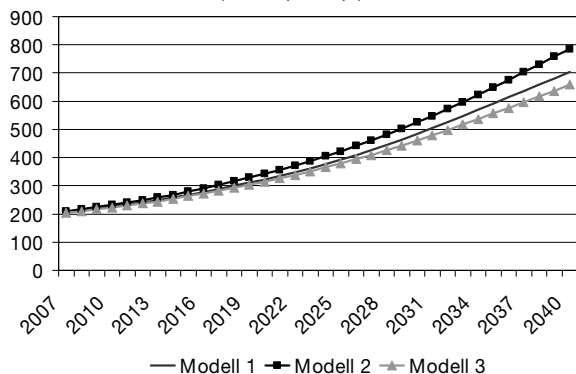
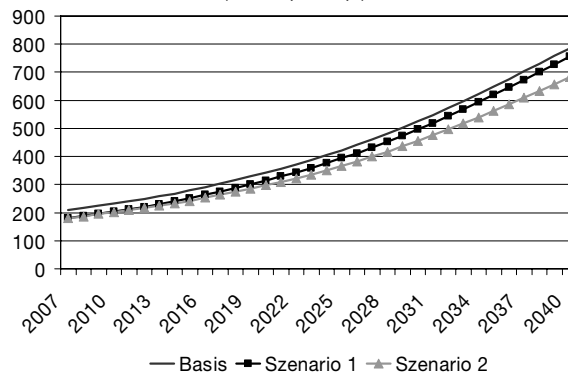


Abbildung 8
Projektion der durchschnittlichen Kopfpauschalen
2007-2040, Modell 2
 (in Euro pro Kopf)



$$(5) KP_{\text{mtl.}} = \frac{\text{AUSGABEN}_{\text{proj.}} - TR}{\text{VERSICHERTE}} \cdot \frac{1}{12}$$

In den in der Diskussion befindlichen Modellen sind differenzierte Pauschalen für erwachsene Versicherte und Kinder vorgesehen. Für erwachsene Versicherte beträgt der monatliche Beitrag – je nach Vorschlag – zwischen 170 und 264 Euro monatlich: Die Herzog-Kommission empfiehlt einen Monatsbeitrag von 264 Euro, die Rürup-Kommission kommt auf 210 Euro monatlich, während Henke et al. (2002)²³ eine Pauschale von 200, Knappe/Arnold²⁴ von 170 Euro errechnen²⁵.

Auf Basis der projizierten Ausgaben – ohne Berücksichtigung der GMG-Effekte (Basisprojektion) – ergeben sich bei einer unterstellten Umstellung des Systems im Jahr 2007 durchschnittliche Kopfpauschalen in Höhe zwischen 203 Euro (Modell 3) und 208 Euro (Modell 2)²⁶. Diese liegen in der Spannweite der Werte, die von den genannten Vorschlägen ausgewiesen werden. Berücksichtigt man die GMG-Einsparungen in den modifizierten Ausgabenprojektionen, ergeben sich Werte zwischen 175 (Modell 3) und 180 Euro (Modell 2).

Aufgrund der beschriebenen Finanzierungslogik steigen mit den Ausgaben auch die Kopfpauschalen

bis zum Jahr 2040 deutlich an. In Abbildung 7 ist zu erkennen, dass im Jahr 2040 Pauschalen zwischen 658 (Modell 3) und 786 Euro projiziert werden, wenn man wieder die Basisprojektion der Ausgaben zugrunde legt.

Die Änderungen im Zeitablauf, die sich unter Verwendung der modifizierten Ausgabenprojektionen, d.h. unter Berücksichtigung der geplanten GMG-Effekte ergeben, sind exemplarisch für den Worst Case (Modell 2) in Abbildung 8 dargestellt. Wie sich die geplanten Einsparungen in den Projektionen der Kopfpauschalen bis zum Jahr 2040 auswirken, ist in Tabelle 5 zusammengefasst.

Fazit

Die hier präsentierten Modelle zeigen – wie alle anderen Studien zu diesem Thema auch –, dass die Ausgaben der GKV in Zukunft weiterhin ansteigen werden. Dies gilt insbesondere unter der Annahme der Basisprojektion, die unterstellt, dass das System so weitergeführt wird wie bisher. Berücksichtigt man die geplanten Einspareffekte des GMG-2004 als jüngstem

Tabelle 5
Die Entwicklung der durchschnittlichen
Kopfpauschalen 2007 bis 2040

		Basisprojektion	Szenario 1	Szenario 2
Modell 1	• Pauschale in 2007	206 Euro	178 Euro	178 Euro
	• Pauschale in 2040	703 Euro	673 Euro	608 Euro
	• Wachstum p.a.	3,80%	4,11%	3,80%
Modell 2	• Pauschale in 2007	208 Euro	180 Euro	180 Euro
	• Pauschale in 2040	786 Euro	756 Euro	682 Euro
	• Wachstum p.a.	4,11%	4,43%	4,11%
Modell 3	• Pauschale in 2007	203 Euro	175 Euro	175 Euro
	• Pauschale in 2040	658 Euro	628 Euro	569 Euro
	• Wachstum p.a.	3,63%	3,95%	3,63%

²³K. Henke et al., a.a.O.

²⁴E. Knappe, R. Arnold, a.a.O.

²⁵ Das Modell der Herzog-Kommission sieht etwa eine beitragsfreie Mitversicherung für Kinder und ein Ehegattensplitting für die Beitragshöhe von mitversicherten Ehegatten vor, vgl. CDU: Bericht der Kommission..., a.a.O., S. 29. Der CDU-Parteitagbeschluss beinhaltet hingegen eine Finanzierung der Beiträge für Kinder in Höhe von 90 Euro monatlich über die Kindergeldstelle, vgl. CDU: Beschluss des 17. Parteitages..., a.a.O., S. 24.

²⁶ Zur Berechnung von differenzierten Pauschalen für Erwachsene und Kinder vgl. B. Hof, C. Schlömer: Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel, in: Sozialer Fortschritt 54, H. 8 (2005), S. 194-205.

Reformgesetz (Szenarien 1 und 2), bleibt die Aussage in der Tendenz erhalten; allein die Höhe der absoluten Ausgaben im Jahr 2040 sinkt.

Getrieben werden die Ausgaben nicht zuletzt durch das Einkommen und den technischen Fortschritt in der Medizin. Da beide Faktoren für das deutsche Gesundheitssystem (ebenso wie die demographische Entwicklung) annähernd exogen sind, bleibt die Frage der nachhaltigen Finanzierung der Ausgaben weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Für die Diskussion um „Gesundheitspauschalen“ oder eine „Bürgerversicherung“ bleibt festzuhalten, dass die Belastungen der Versicherten unabhängig vom Finanzierungssystem zunehmen werden, da beide Systeme letztlich lediglich die – vorgegebenen – Ausgaben refinanzieren. Aufgrund der Entkopplung von Beitragshöhe und Lohnkosten tragen die Pauschalen jedoch dazu bei, die Nebenwirkungen der Versicherungspflicht, die den Arbeitsmarkt betreffen, zu reduzieren.

Die Belastungen der Versicherten sind in beiden Modellen dann leichter zu tragen, wenn das Einkommen – und mithin die Wirtschaft – in Deutschland höhere Wachstumsraten aufweist als es aktuell der Fall ist und in der jüngeren Vergangenheit der Fall war.

Allerdings ist relativierend zu berücksichtigen, dass in den angeführten Schätzmodellen die Ausgaben in der GKV bzw. für Gesundheit nicht zuletzt vom Einkommen getrieben werden.

Eine Senkung der Lasten im Zeitablauf kann durch die (Teil-)Umstellung des bisherigen Umlageverfahrens auf ein kapitalgedecktes Verfahren erreicht werden²⁷. Anreize, das ausgabenerhöhende Moral-Hazard-Verhalten der Nachfrager im Gesundheitswesen einzudämmen, ließen sich durch eine Verlagerung von Leistungen aus dem Katalog der GKV zu anderen Finanzierungsinstrumenten erreichen. Insbesondere bei Leistungen, die im bestehenden System als versicherungsfremd bezeichnet werden, bieten sich Medical Savings Accounts an²⁸, um die Finanzierung zu sichern und das Äquivalenzprinzip im Bereich der Versicherung zu stärken.

²⁷ Vgl. D. Cassel, V. Oberdieck: Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 82. Jg. (2002), H. 1, S. 15–22; vgl. im Überblick K.-D. Henke et al.: Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung, 2002-05, Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health http://www.bzph.de/e4/e91/reihe_name99/public_item542/Gesamt_ger.pdf, 2002b.

²⁸ J. Schreyögg: Finanzierung des Gesundheitssystems durch Medical Savings Accounts, in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Bd. 28 (2002), H. 2, S. 157-173.