

Dieter Cassel, Andreas Postler

Warten auf Rürup? Zur Dringlichkeit einer Finanzierungsreform der GKV

Die Alterung der Bevölkerung wird in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt in absehbarer Zeit zu einer „Beitragssatzexplosion“ führen, falls die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht bald auf eine demographiefeste Finanzierungsgrundlage gestellt wird. Mit welchen Beitragssätzen ist bis zum Jahr 2050 zu rechnen? Ist die intergenerative Solidarität der GKV in Gefahr? Was ist zu tun und – vor allem – wie lange können wir noch auf eine durchgreifende Finanzierungsreform der GKV warten?

Am 18. Juni dieses Jahres hat die Bundesregierung ihre „Gesundheitsreform 2003“ als Teil der vom Bundeskanzler verfolgten „Agenda 2010“ auf den parlamentarischen Weg gebracht: Das „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG“ soll die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft verbessern sowie die Grundprinzipien der GKV – Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle – zu bezahlbaren Bedingungen auch in der Zukunft gewährleisten¹. Nur einen Tag vor seiner ersten Lesung im Bundestag hat die CDU/CSU-Opposition ein eigenes Reformkonzept eingebracht. Mit ihm sollen der Wettbewerb und die Patienteninteressen in der ärztlichen Versorgung gestärkt, Eigenbeteiligungen der Patienten festgeschrieben und die GKV nachhaltig von Ausgaben entlastet werden². Eine Antwort auf die virulenten Herausforderungen des demographischen Wandels sucht man in beiden Reformkonzepten jedoch vergebens.

Es ist weitgehend unbestritten, dass das „gewachsene und bewährte“ System der GKV modernisierungsbedürftig ist. Dabei auf den Wettbewerb als Steuerungsinstrument zu setzen, ist richtig, sofern die „solidarische Wettbewerbsordnung“ nur konsequent ausgebaut wird. Ein für alle Kassen einheitliches Leistungs- und Organisationsrecht, selektives Kontrahieren im Versorgungsbereich, wettbewerbsadäquate Unternehmens- und Verbändestrukturen, die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Kassen und ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich sind die dazu passenden Stichworte³. Wenngleich der GMG-Entwurf diesbezüglich noch viele Wünsche

offen lässt, sollte man die darin vorgesehenen ersten Schritte nicht gering achten – und vor allem nicht auf dem Gesetzgebungswege blockieren. Dies gilt auch für die beabsichtigte Streichung von versicherungsfremden Leistungen sowie die geplante Einbeziehung von Betriebsrenten und Arbeitseinkommen in die Beitragsbemessungsgrundlage der Rentner, mit denen das Versicherungs- und Solidarprinzip in der GKV gestärkt werden sollen.

Modernisierung ohne Finanzierung?

Dagegen sind die unmittelbar finanzwirksamen Maßnahmen des GMG in mehrfacher Hinsicht fragwürdig. So bedeutet die Streichung unbestreitbar „notwendiger“ Gesundheitsleistungen – wie rezeptfreie Arzneimittel und Sehhilfen – eine Teilprivatisierung von Krankheitsrisiken und damit den Einstieg in den Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung. Dies gilt auch für die geplante Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten, die wegen ihrer Ausgestaltung kaum effizienzverbessernd sind, sondern überwiegend fiskalischen Zielen dienen. Letztlich reagiert die Gesundheitspolitik damit konzeptionslos auf das neuerliche Defizit der GKV in Höhe von 630 Mill. Euro im ersten Quartal 2003 und eine bis Ende dieses Jahres drohende Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV auf kaum weniger als 15%. Mehr noch: Ihre unmittelbar

¹ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), elektronisch verfügbar unter www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/EntwurfGMG.pdf (abgerufen am 23.6.2003).

² Vgl. Antrag von CDU/CSU vom 17.6.2003, elektronisch verfügbar unter www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/RS190-03_Anlage-CDU-Gesundheitsreformkonzept_3-Entwurf.pdf (abgerufen am 23.6.2003).

³ Siehe dazu ausführlich D. Cassel: Reformoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: H. Kollhoser (Hrsg.): 7. Münsterische Sozialrechtstagung: Gesetzliche Krankenversicherung in der Krise, Münsteraner Reihe, H. 81, Karlsruhe 2002, S. 1-26; ders.: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: M. Arnold, J. Klauber, H. Scheiltschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, New York 2002, S. 3-20.

Prof. Dr. Dieter Cassel, 63, lehrt Wirtschaftspolitik am Standort Duisburg der Universität Duisburg-Essen und ist Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik; Andreas Postler, 29, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an seinem Lehrstuhl.

finanzwirksamen Maßnahmen sind durch die Absicht diktiert, den Beitragssatz dem Trend entgegen mittelfristig auf 13% zu senken, um die Wirtschaft gemäß der „Agenda 2010“ merklich von Lohnzusatzkosten zu entlasten.

Statt sich des Problems der Lohnzusatzkosten ein für allemal durch Festschreibung oder Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge zu entledigen, begibt sich die Gesundheitspolitik auf eine schiefe sozialpolitische Bahn; denn Beitragssatzerhöhungen mit immer größeren Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen begegnen zu wollen, hieße, die solidarische Krankenversicherung schrittweise auszuhöhlen und die Bedürftigen ungeschützt den finanziellen Konsequenzen der fortschreitenden Privatisierung ihres Krankheitsrisikos auszusetzen. Würden dagegen Markt und Wettbewerb in der GKV dominieren, käme es automatisch zu beitragssatzentlastenden Qualitäts- und Effizienzverbesserungen; und würden dazu noch die Arbeitgeberbeiträge abgeschafft, wäre unter Wettbewerbsbedingungen nichts gegen Beitragssatzerhöhungen einzuwenden, wenn die Präferenz der Bevölkerung für das ökonomisch gesehen „superiore Gut Gesundheit“ weiterhin zunimmt. Das Beitragssatzziel von 13% führt die Bundesregierung auf einen fatalen Irrweg – und man wundert sich, dass ihm die Opposition bedenkenlos folgt, wenn sie die Leistungsausgrenzungen des GMG mit der von ihr geforderten Privatisierung des Zahnersatzes sogar noch zu „toppen“ versucht.

Den finanzierungsseitigen Maßnahmen des GMG mangelt es somit an einer konzeptionell tragfähigen Basis und damit nolens volens auch an „fiskalischer Nachhaltigkeit“⁴. Dies ist ein gravierender Mangel, weil mit dem demographischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt für die längerfristige Beitragssatzentwicklung in der umlagenfinanzierten GKV eine „Zeitbombe“ tickt, die umso schwerer zu entschärfen ist, je länger man damit wartet. Denn es stellt sich jenseits einer durch Wettbewerb gewährleistet effektiveren und effizienteren Gesundheitsversorgung die Frage, ob Beitragsbelastungen, die nach Einschätzung vieler weit über das jetzige Maß hinausgehen werden, wirtschaftlich überhaupt tragbar und sozialpolitisch verantwortbar sind⁵. Sicherlich ist der Bundesregierung nachzusehen, dass sie nicht beansprucht, „mit einer allumfassenden, einmaligen Reform alle Probleme der Zukunft lösen zu können“⁶; doch steht zu befürchten, dass ihr – wie auch der Opposition und allen Reformkommissionen – nach dem

⁴ Vgl. E. Wille: Anmerkungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 83. Jg. (2003), H. 6, S. 355-358, S. 356.

⁵ Siehe hierzu D. Cassel: Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H. 2, S. 87-91, und die dort angegebenen Quellen.

Gerangel um das GMG die Kraft fehlt, diese Frage zu stellen, geschweige denn in absehbarer Zeit reformpolitisch zu beantworten. Deshalb soll gezeigt werden, wie sich die bevorstehende Alterungswelle alleine sowie in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt auf die Beitragssatzentwicklung in der GKV auswirkt, wie dadurch die intergenerative Solidarität gefährdet wird und warum gesundheitspolitisch rasch gehandelt werden muss.

Demographischer Ausgabeneffekt

Der absehbare demographische Wandel wird sich in den nächsten Jahrzehnten ausgaben- und einnahmensseitig auf die Beitragssatzentwicklung in der GKV auswirken. Ausgabenseitig kommt dem technischen Fortschritt eine besondere Bedeutung zu, weil er im Gesundheitswesen hauptsächlich als Produktinnovation auftritt⁷. Durch Aufnahme von Produktinnovationen in den Leistungskatalog wirkt der medizinisch-technische Fortschritt schon ohne den demographischen Wandel ausgabentreibend. Dies zeigt sich in einer fortwährenden „Versteigerung“ der altersabhängigen Ausgabenprofile⁸ und führt zu einem Anstieg der Relation der Pro-Kopf-Ausgaben von Rentnern zu Erwerbstätigen, wie man ihn seit dem Anfang der 70er Jahre beobachten kann.

In einer sich gegenseitig verstärkenden Wirkung von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt sieht man die Gefahr eines zusätzlichen Anstiegs der Ausgabenrelation von Rentnern zu Erwerbstätigen, der sich aus zwei Varianten des „Sisyphus-Syndroms“ ableiten lässt:

- In der ersten Variante wird argumentiert, dass der medizinisch-technische Fortschritt zwar das Leben verlängert, die Krankheiten jedoch meist nicht vollständig heilt. Gerade ältere Patienten litten zudem unter mehreren Krankheiten, so dass die Lebensverlängerung mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität einhergehe und im statistischen Durchschnitt die Bevölkerung immer kränker werde⁹.
- In der zweiten Variante geht man ebenfalls von der lebensverlängernden Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts aus, stellt aber auf einen politischen Effekt ab: Der wachsende Anteil der älteren Mitbürger verschaffe ihnen ein zunehmendes

⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems ..., a.a.O., S. 158.

⁷ Vgl. V. Ulrich: Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt – Mehr als ein potentieller Sprengsatz für die GKV?, in: W. Schmähel, V. Ulrich (Hrsg.): Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Tübingen 2001, S. 23-43, S. 33.

⁸ Siehe dazu F. Buchner, J. Wasem: Versteigerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft, 89. Jg. (2000), H. 2/3, S. 357-392.

Tabelle 1
Annahmen der Modellrechnung
(Wachstum p.a. in %)

Einflussfaktor → ↓ Szenario ¹	Leistungsausgaben der Erwerbstätigen zu ihren beitragspflichtigen Einkommen		Rentenniveau		Rentnerquotient		Ausgabenrelation Rentner zu Erwerbstätigen	
	2000	2050	2000	2050	2000	2050	2000	2050
Rein demographisch	8,9	8,9	55	55	43	81	1,9	1,9
Best-case	8,9	10	55	48	43	86	1,9	2,4
Worst-case	8,9	10	55	48	43	86	1,9	5,0
		(+0,23)		(-0,24)		(+1,4)		(+0,47)
		(+0,23)		(-0,24)		(+1,4)		(+1,95)

¹ Bei allen Berechnungen werden Verwaltungskosten in Höhe von 5% der Leistungsausgaben unterstellt.

Stimmengewicht im demokratischen Prozess, so dass es ihnen gelinge, vermehrt Ressourcen in das Gesundheitswesen umzuleiten¹⁰.

Die demographisch und medizinisch-technisch bedingte Ausgabenerhöhung resultiert hiernach aus dem höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund erhöhter Morbidität einerseits und aus einer erhöhten politisch induzierten Nachfrage andererseits.

Der rein „demographische Ausgabeneffekt“ bezieht sich auf Änderungen des Beitragssatzes, die sich ausschließlich durch eine Veränderung der Ausgaben im Zuge des demographischen Wandels ergeben. Steigende Beitragssätze resultieren dabei aus der anhaltend niedrigen Geburtenrate, die zu einem Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung und damit zu steigenden Gesamtausgaben führt (Kalendereffekt). Die Wirkung des Kalendereffekts wird allerdings aufgrund der Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben von der zeitlichen Nähe zum Tod (Restlebenszeiteffekt) meist überschätzt, da wegen der unzureichenden Datenlage der Kalendereffekt aus altersspezifischen Ausgabenprofilen abgeleitet wird¹¹. Damit wird der demographische Ausgabeneffekt, sofern er auf einer steigenden Lebenserwartung beruht, tendenziell zu hoch eingeschätzt. Eine steigende Lebenserwartung kann zu unterschiedlich starken Beitragssatzsteigerungen führen, je nachdem ob die Morbidität in den neu gewonnenen Lebensjahren ansteigt (Medikalisierungsthese) oder nicht (Kompressionsthese)¹².

Demographischer Finanzierungseffekt

Probleme auf der Finanzierungsseite sind die Folge des für die GKV konstitutiven Solidarprinzips, welches eine Finanzierung nach der wirtschaftlichen

⁹ Vgl. W. Krämer: Hippokrates und Sisyphus – Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs, in: W. Kirch, H. Kliemt (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg 1997, S. 7-19.

¹⁰ P. Zweifel: Bevölkerung und Gesundheitswesen: Ein Sisyphus-Syndrom?, in: B. Felderer (Hrsg.): Bevölkerung und Wirtschaft, Berlin u.a. 1990, S. 373-386.

Leistungsfähigkeit durch einkommensproportionale Beiträge vorsieht. So kommt es zu Steigerungen des Beitragssatzes, wenn die Finanzierungsbasis sinkt („allgemeiner Finanzierungseffekt“). Die Ursachen liegen unter anderem in einem steigenden Rentnerquotienten und in einem zukünftig sinkenden Rentenniveau.

Der „demographische Finanzierungseffekt“ beschreibt Veränderungen des Beitragssatzes, die lediglich auf einer sinkenden Finanzierungsbasis als Folge des demographischen Wandels beruhen. Da bei der derzeitigen Ausgestaltung der Umlagefinanzierung fast ausschließlich das Arbeitseinkommen und die Rentenbezüge zur Beitragsbemessung herangezogen werden, führt der Wechsel vom Erwerbsleben in den Ruhestand zu einer Reduktion des beitragspflichtigen Einkommens. Dieser Effekt spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle, da das tatsächliche Rentenniveau derzeit nur bei etwa 55% des Einkommens in der Erwerbsphase liegt. Die Bedeutung des demographischen Finanzierungseffekts hängt also auch davon ab, ob sich das tatsächliche Renteneintrittsalter dem gesetzlichen annähert und wie weit das Rentenniveau in den kommenden Jahrzehnten abgesenkt wird.

Rein demographische Beitragssatzentwicklung

Zur Projektion der Beitragssatzentwicklung sind Annahmen über vier Einflussfaktoren notwendig, die in der Tabelle 1 zusammengefasst sind. Im rein

¹¹ Zur empirischen Bedeutung des Restlebenszeiteffekts siehe P. Zweifel, S. Felder, M. Meier: Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: P. Oberender (Hrsg.): Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, S. 29-46; und zur Kritik F. Breyer: Korreferat: Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation?, in: P. Oberender (Hrsg.): Alter und Gesundheit, a.a.O., S. 47-48. Zur Quantifizierung des Prognosefehlers siehe F. Breyer: Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 1999, Bd. 50, H. 1, S. 53-65.

¹² Siehe dazu ausführlicher A. Heigl: Aktive Lebenserwartung: Konzeptionen und neuer Modellansatz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35. Jg. (2002), S. 1-9, S. 2 f.

Tabelle 2
Subventionsbedarf der Rentner
(in Beitragssatzpunkten)

Szenario	Effekte ¹	Jahr					
		2000	2010	2020	2030	2040	2050
Rein demographisch	Demographischer Finanzierungseffekt	1,6	2,0	2,4	3,1	3,2	3,3
	Demographischer Ausgabeneffekt	3,2	3,7	4,2	5,0	5,1	5,3
	Demographischer Gesamteffekt	4,6	5,2	5,9	7,2	7,3	7,6
Best-case	Finanzierungseffekt	1,6	2,3	3,0	4,3	4,8	5,5
	Ausgabeneffekt	3,2	4,3	5,5	7,5	8,6	9,9
	Gesamteffekt	4,6	6,0	7,5	10,2	11,5	13,1
Worst-case	Finanzierungseffekt	1,6	2,5	3,6	5,8	7,3	9,5
	Ausgabeneffekt	3,2	5,5	8,6	14,3	19,3	26,3
	Gesamteffekt	4,6	7,2	10,6	16,9	22,2	29,5

¹ Finanzierungseffekt und Ausgabeneffekt sind nicht additiv, sondern überlagern sich zu einem nicht unerheblichen Teil.

Quelle: Zusammengestellt aus A. Postler: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, Duisburg 2003, S. 26.

demographischen Szenario ändert sich im Projektionszeitraum von 2000-2050 nur der Rentnerquotient, der das Verhältnis der Zahl der Rentner zu 100 Erwerbstätigen in der GKV beschreibt, während für alle anderen Einflussfaktoren die Werte des Basisjahres 2000 als konstant angenommen werden¹³. Die zu seiner Berechnung notwendigen Daten werden aus der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ermittelt¹⁴. Hiernach wird sich der Rentnerquotient in der GKV im Projektionszeitraum von 43 auf 81 nahezu verdoppeln. In der Simulation der Beitragssatzentwicklung bis zum Jahr 2050 werden die unterschiedlichen Wirkungen des demographischen Wandels auf Gesamtausgaben und beitragspflichtige Einkommen erfasst.

- Ausgabenseitig ergeben sich gegenläufige Effekte: Einerseits wirkt die Veränderung der Altersstruktur ausgabensteigernd, da das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt. Andererseits wirkt sich der demographische Wandel ausgabensenkend aus, denn die schrumpfende Bevölkerung führt zu einer geringeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.
- Einnahmenseitig ergeben sich gleichgerichtete Wirkungen: Zum einen impliziert der Anstieg des Rentnerquotienten aufgrund des Finanzierungseffekts eine Minderung der beitragspflichtigen Einkommen, welche zum anderen noch durch den Rückgang der Bevölkerungszahl – und damit der Beitragszahler – abnehmen.

¹³ Siehe zum Vorgehen ausführlicher A. Postler: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, Duisburg 2003, S. 6 ff.

Insgesamt steigt der Beitragssatz in der Simulation rein demographisch bedingt bis zum Jahr 2050 auf „nur“ 16,5% (vgl. die untere Linie im Schaubild 1).

Der Anstieg des Beitragssatzes von 13,6% (2000) auf 16,5% (2050) ist bei der rein demographischen Analyse vollständig auf den Anstieg des Subventionsbedarfs der Rentner um 3 Beitragssatzpunkte von 4,6 auf 7,6 zurückzuführen (vgl. Tabelle 2). Rein demographisch bedingt werden somit im Jahr 2050 von den 16,5 Beitragssatzpunkten 7,6 Punkte benötigt, um das „Defizit“ – d.h. die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen – in der Rentnerkrankenversicherung auszugleichen. Wie die Tabelle 2 zeigt, schlägt dabei der demographische Ausgabeneffekt mit 5,3 Punkten weit stärker zu Buche als der demographische Finanzierungseffekt, der nur auf 3,3 Punkte kommt.

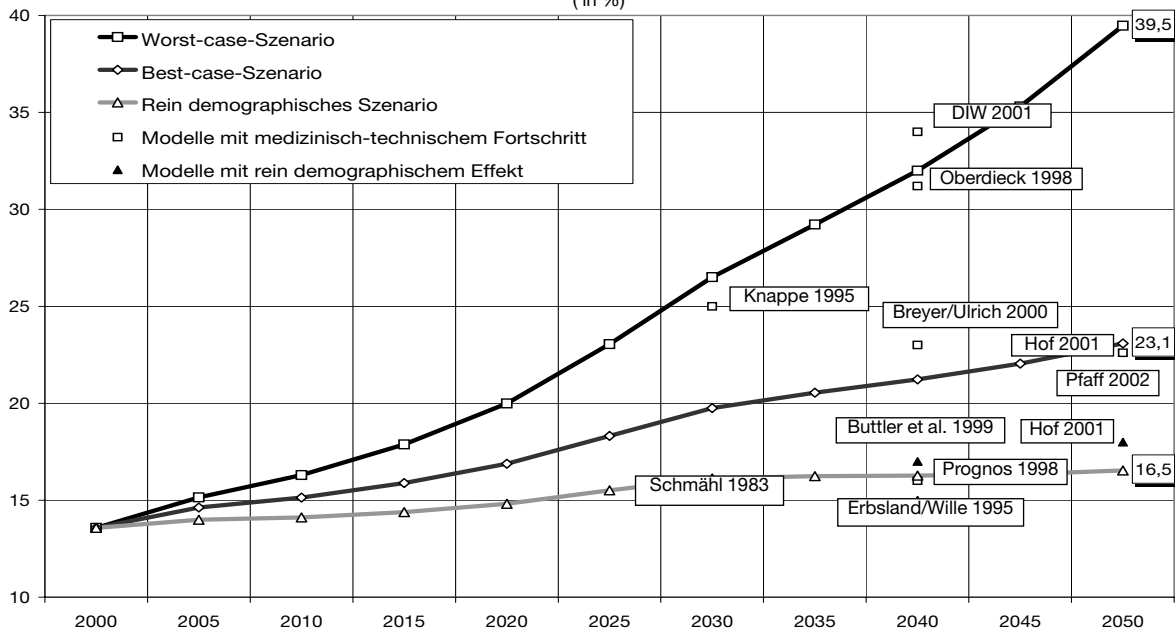
Best- und Worst-case-Szenarien

Über die Veränderung des Rentnerquotienten hinaus spielen die Entwicklung des Rentnenniveaus, des Verhältnisses der Ausgaben der Erwerbstätigen zu ihren beitragspflichtigen Einkommen und der Ausgabenrelation von Rentnern zu Erwerbstätigen eine wesentliche Rolle für die Beitragssatzentwicklung (vgl. Tabelle 1):

- Als Basisjahr der Projektion wird das Jahr 2000 gewählt; der Zeitraum von 1991 bis 2000 bildet den Stützzeitraum.
- Der Rentnerquotient liegt im Jahr 2050 höher als im rein demographischen Szenario, weil sich seine Berechnung hier auf den Stützzeitraum und nicht auf das Basisjahr bezieht.

¹⁴ Den Berechnungen wurde die Variante 1 (langfristiger Wanderungssaldo von +100 000 Personen pro Jahr) zugrunde gelegt. Zu den Ergebnissen mit einem Wanderungssaldo von +200 000 siehe A. Postler, a.a.O., S. 11 ff.

Schaubild 1
Beitragsätze bis zum Jahr 2050
 (in %)



Die mit Namen und Jahresangaben versehenen Werte sind Ergebnisse bisher vorliegender Projektionen nach teilweise unterschiedlichen Berechnungsmethoden.

Quelle: A. Postler: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, Duisburg 2003, S. 26.

- Für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen wird angenommen, dass die nominalen Löhne und Gehälter pro Jahr um 3,27% und die Renten um jährlich 3,0% steigen. Dies impliziert ein bis zum Jahr 2050 auf 48% sinkendes Rentenniveau und entspricht damit dem empirischen Wert von 1992¹⁵.
- Für den Zeitraum von 1991 bis 2000 wurde eine durchschnittliche Steigerungsrate der Ausgaben für Erwerbstätige von 3,5% p.a. berechnet. Das Verhältnis der Ausgaben der Erwerbstätigen zu ihren beitragspflichtigen Einkommen steigt damit um 0,23% p.a.
- Schließlich wird die Entwicklung der Ausgaben der Rentner in zwei unterschiedlichen Szenarien abgebildet: Im Best-case-Szenario steigen sie um 4% p.a. und im Worst-case-Szenario um 5,5% p.a. Die Ausgabenrelation Rentner zu Erwerbstätigen, in der sich vor allem der medizinisch-technische Fortschritt niederschlägt, steigt aufgrund dieser Annahmen im Best-case-Szenario bis zum Jahr 2050 auf 2,4, während sie im Worst-case-Szenario auf 5,0 anwächst.

Projektionsergebnisse

Schaubild 1 zeigt die prognostizierte Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV im Zeitraum von 2000 bis 2050 für das Best- und das Worst-case-Szenario. Hiernach wächst der Beitrags-

satz auf 23,1%, wenn die Ausgabenrelation bis zum Jahr 2050 auf 2,4 steigt. Bei einem Anstieg der Relation auf 5,0 würde sich ein Beitragssatz von 39,5% ergeben. Da der Beitragssatzanstieg nur unwesentlich durch die angenommene Entwicklung der Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einkommen der Erwerbstätigen bestimmt wird, ist der Anstieg des Beitragssatzes fast vollständig durch den in Beitragssatzpunkten gemessenen Subventionsbedarf der Rentner aufgrund des „Defizits“ ihrer Krankenversicherung zu erklären (vgl. Tabelle 2):

- Im Best-case-Szenario steigt er von 4,6 auf 13,1 Punkte, was einem Anstieg von 8,5 Punkten entspricht. Davon sind 3,9 Punkte auf den Finanzierungseffekt und 6,7 Punkte auf den Ausgabeneffekt zurückzuführen. Ohne Finanzierungseffekt läge der Beitragssatz statt bei 23,1% lediglich bei 19,2%, wohingegen sich ohne Ausgabeneffekt nur ein Beitragssatz von 16,4% ergäbe.
- Im Worst-case-Szenario beträgt der Subventionsbedarf der Rentner im Jahr 2050 stattliche 29,5

¹⁵ Die Steigerungsrate der Löhne und Gehälter wird als geometrisches Mittel der Zuwachsraten im Stützzeitraum ermittelt. Für die Renten ergibt sich ein Zuwachs von 3,53 p.a., was ein steigendes Rentenniveau impliziert hätte. Da in der Zukunft eher von einem sinkenden Rentenniveau ausgegangen werden muss, wird hier eine Rate von nur 3,0% p.a. angenommen, die zu einem auf 48% sinkenden Rentenniveau führt.

Beitragssatzpunkte. Dabei nimmt er aufgrund des Finanzierungseffekts von 1,6 im Jahr 2000 auf 9,5 Punkte im Jahr 2050 zu, während er aufgrund des Ausgabeneffekts von 3,2 auf 26,3 Punkte steigt.

Die Bedeutung des Ausgabeneffekts übersteigt somit in beiden Szenarien den Finanzierungseffekt und nimmt im Worst-case-Szenario sogar überproportional zu.

Intergenerative Solidarität in Gefahr

Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Rentners wird über die Höhe der Rente bestimmt. Da die durchschnittliche Rente unterhalb des durchschnittlichen Arbeitseinkommens liegt, fallen die GKV-Beiträge eines Rentners niedriger als die eines Erwerbstätigen aus. Da Rentner im Durchschnitt höhere Ausgaben verursachen als Erwerbstätige, die Beiträge jedoch niedriger sind, entsteht ein „Finanzierungsdefizit“. Dieses betrug 1970 erst 0,6 Beitragssatzpunkte oder 7,8% des Beitragssatzes und stieg bis 1990 auf 3,2 Punkte bzw. 25,5% des Beitragssatzes¹⁶. Im hier zugrunde liegenden Basisjahr 2000 beträgt das Defizit 4,6 Beitragssatzpunkte oder 33,8% des Beitragssatzes und steigt bis 2050 im Best(Worst)-case-Szenario auf 13,1 (29,5) Punkte bzw. 56,7% (74,7%) des Beitragssatzes an (vgl. Tabelle 2).

Die intergenerative Solidarität wird derzeit über das Arbeitseinkommen realisiert. Dies ist angesichts des prognostizierten Finanzierungsdefizits und des damit begründeten Subventionsbedarfs der Rentner jedoch in zweifacher Hinsicht problematisch: Zum einen wirkt die Erhöhung des Subventionsbedarfs wie eine Steuer, die negative Wirkungen auf das offizielle Arbeitsangebot ausüben kann, und zum anderen steigen die Lohnzusatzkosten, was zu einer verminderten Nachfrage des Produktionsfaktors Arbeit führt. Die hieraus resultierenden Probleme für Wachstum und Beschäftigung erschweren wiederum den intergenerativen Ausgleich.

Diese Entwicklung weist auf eine Gefahr für die Stabilität des Generationenvertrags innerhalb der GKV hin: Müssen die Erwerbstätigen damit rechnen, dass ihnen im Alter nicht hinreichend Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, da diese aufgrund der steigenden Belastungen für die nachfolgenden Generationen kaum mehr finanzierbar sind, so werden sie sich bereits heute dem Generationenvertrag zu entziehen versuchen. Sie könnten z.B. ihr Arbeitsangebot einschränken und stattdessen schwarz arbeiten oder einfach auswandern. Für Personen mit einem Arbeitseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ist zudem der Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV) möglich.

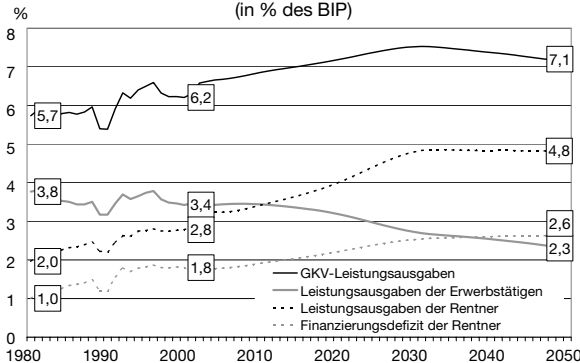
Da die Beitragsbemessung auf das Arbeitseinkommen abhebt, wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit angesichts der wachsenden Bedeutung der Vermögenseinkünfte nicht adäquat abgebildet. Unter Gerechtigkeitsaspekten wird deshalb zu Recht eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage gefordert. Ob diese Maßnahme allerdings ausreicht, um bevorstehende Verteilungskonflikte zwischen den Generationen zu vermeiden, ist zu bezweifeln. Angenommen, das Bruttoinlandsprodukt (BIP) sei die breiteste denkbare Beitragsbemessungsgrundlage, so wäre der „Beitragssatz“ der GKV – als Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP gemessen – seit Ende der 70er Jahre praktisch konstant geblieben. Eine nach Erwerbstätigen und Rentnern differenzierte Betrachtung zeigt jedoch für den Zeitraum von 1980 bis 2000 ein ganz anderes Bild: Der GKV-Ausgabenanteil der Erwerbstätigen am BIP ist von 3,8% auf 3,4% gesunken, während der entsprechende Anteil der Rentner von 2,0% auf 2,8% gestiegen ist.

Setzt sich diese Entwicklung fort, kann sie dazu führen, dass der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP nicht wie in der Vergangenheit konstant bleibt, sondern in absehbarer Zeit zu steigen beginnt. Eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage würde dann keine stabilen Beitragssätze gewährleisten. Wie verhält es sich damit in den obigen Szenarien, wenn eine jährliche Steigerungsrate des nominalen BIP in Höhe von 3,5% unterstellt wird?

- Im Best-case-Szenario steigt die Beanspruchung des BIP durch die GKV-Leistungsausgaben insgesamt von 6,2% im Jahr 2000 bis etwa 2030 auf 7,5% an und sinkt dann bis zum Jahr 2050 wieder auf 7,1% ab. Die Inanspruchnahme des BIP durch Gesundheitsausgaben der Erwerbstätigen reduziert sich im Zeitraum von 2000 bis 2050 dagegen kontinuierlich von 3,4% auf 2,3%, während sie bei den Rentnern von 2,8% auf 4,8% steigt. Der Anteil des Finanzierungsdefizits der Rentnerkrankenversicherung am BIP steigt dabei von 1,8% (2000) auf 2,6% (2050) an (vgl. Schaubild 2).
- Im Worst-case-Szenario steigt der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zunächst bis 2030 auf etwa 10,1% stärker an. Danach verlangsamt sich das Wachstum, und der Anteil steigt bis 2050 auf 12,2% des BIP. Der Anteil am BIP, der für die Erwerbstätigen aufgewendet wird, sinkt wiederum von 3,4% (2000) auf 2,3% (2050). Bei den Rentnern steigt dagegen der Anteil von 2,8% auf stattdliche

¹⁶ Vgl. V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 26, Hamburg 1998, S. 202.

Schaubild 2
Absorption des Bruttoinlandsprodukts durch die GKV (Best-case-Szenario)
 (in % des BIP)



9,9%, wobei die Inanspruchnahme des BIP durch das Finanzierungsdefizit der Rentnerkrankenvversicherung von 1,8% (2000) auf 6,1% (2050) zunimmt (vgl. Schaubild 3).

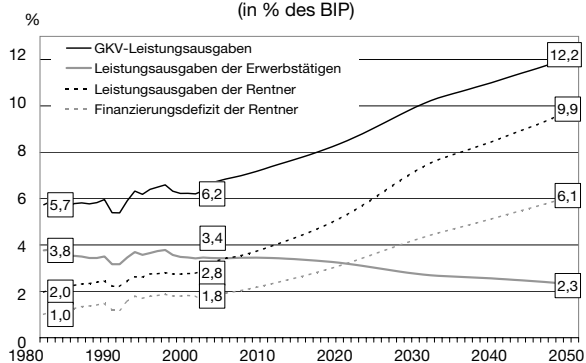
Es zeigt sich somit in beiden Szenarien, dass die Rentner künftig nicht nur einen immer größeren Anteil des BIP für ihre Gesundheitsversorgung absorbieren, sondern dass auch ein immer größerer Anteil des BIP zu ihrer Subventionierung herangezogen werden muss. Da die wachsenden Defizite der Rentnerkrankenvversicherung nach dem derzeitigen Finanzierungsmodus von den Erwerbstätigen aufzubringen sind, ist der Generationenkonflikt vorprogrammiert¹⁷.

Fragwürdige Reformvorschläge

Keine Frage: Die begründete Aussicht, künftig in der GKV wegen der Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts mit drastisch steigenden Beitragssätzen und Finanzierungsdefiziten in der Rentnerkrankenvversicherung rechnen zu müssen, verlangt nach einem gesundheitspolitischen Kraftakt – unabhängig davon, ob der GKV-durchschnittliche Beitragssatz und der BIP-Anteil des Finanzierungsdefizits im Jahr 2050 bei 39,5% bzw. 6,1% (Worst-case-Szenario) oder – vielleicht realistischer – bei „nur“ 23,1% bzw. 2,6% (Best-case-Szenario) gesehen werden. So oder so geht es darum, die GKV demographiefest zu machen und die andernfalls zu erwartenden massiven Generationenkonflikte zu vermeiden. Schließlich muss es im vitalen Interesse der jetzigen Erwerbstätigen- und künftigen Rentnergeneration liegen, die später notwendige Gesundheitsversorgung durch finanzielle Vorsorge – d.h. durch Kapitalbildung bzw. -deckung – in der Gegenwart sicherzustellen¹⁸. Doch was ist dazu erforderlich?

Beitragssatzerhöhungen durch wiederholte Leistungsausgrenzungen und vermehrte Zuzahlungen bremsen oder gänzlich verhindern zu wollen, ist – wie bereits eingangs gezeigt – kein gangbarer Weg. Die

Schaubild 3
Absorption des Bruttoinlandsprodukts durch die GKV (Worst-case-Szenario)
 (in % des BIP)



Ausgrenzung größerer Leistungskomplexe – wie Zahnersatz, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder die gesamte ambulante Versorgung – in Verbindung mit einer Versicherungspflicht wäre abgesehen von der rechtlichen und technischen Machbarkeit nur dann zielführend, wenn nach Art der PKV risikoäquivalente Prämien unter Einschluss von Alterungsrückstellungen kalkuliert würden. Dies würde die Versicherung der ausgegrenzten Risiken für Ältere und Morbide aber unbezahlbar machen und notwendigerweise einen erheblichen Transfer für die Bedürftigen aus Steuermitteln nach sich ziehen. Die geringe Kapitaldeckung, die dadurch langsam entstünde, wäre mit einem parallel zur GKV aufzubauenden neuen Transfersystem sicherlich „teuer“ erkauf.

Auch die verschiedentlich vorgeschlagene und von der Rürup-Kommission aufgegriffene Systemtransformation der GKV hin zu einer „Bürger- bzw. Volksversicherung“¹⁹ einerseits oder einem „Kopf- bzw. Pauschalprämienmodell“²⁰ nach Schweizer Muster andererseits bringt ohne weiteres noch keine Lösung. Alle Bürger in die derzeitige GKV einzubeziehen, mag zwar unter Gerechtigkeits- und Solidaraspekten attraktiv sein, doch die entstehende Volksversicherung wäre noch demographieanfälliger als das bisherige System aus GKV und PKV: Die Kapitaldeckung der PKV stünde nicht mehr zur Alterungssicherung zur Verfügung; und da Selbständige und Beamte ebenfalls älter und mit dem Alter morbider werden, wäre hinsichtlich der Abschwächung der prognostizierten Beitragssatzdynamik nichts gewonnen.

Auch die Erhebung von Kopf- bzw. Pauschalprämien nach Schweizer Muster ändert zunächst nichts am

¹⁷ Siehe dazu ausführlicher D. Cassel: Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte im Gesundheitswesen, in: E. Wille, M. Albring (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 2002, Frankfurt am Main u. a. 2003 (im Druck).

Prinzip der Umlagefinanzierung²¹. Eine wesentliche Veränderung gegenüber den einkommensproportionalen Beiträgen der derzeitigen GKV würde in der – teilweisen – Herausnahme der Einkommensumverteilung und der Ablösung der Beiträge vom Arbeitseinkommen bestehen. Dagegen steht die Notwendigkeit, einen neuen, aus Steuermitteln zu finanzierenden Transfermechanismus aufbauen zu müssen. Zur Lösung des demographischen Problems in der GKV würde dieser Systemwechsel nur dann beitragen, wenn die Höhe der Kopfpauschalen über die Deckung der laufenden Ausgaben hinaus noch Zuführungen zu einem zu bildenden Kapitalstock zuließen. Von kalkulatorischen Schwierigkeiten einmal abgesehen, würde die Dotierung des Kapitalstocks ganz und gar von der Bereitschaft der Politik abhängen, sie über die erforderlichen Sozialtransfers aus Steuermitteln zu finanzieren. Die bloße Umstellung auf Kopf- bzw. Pauschalprämien trägt somit zur Demographiefestigkeit der GKV nichts bei.

Adäquate Politikoptionen

Will man das bisherige Finanzierungsprinzip der GKV nicht zur Disposition stellen, ist an ein Konzept zur Bildung von „Alterungsreserven“ zu denken, das mit einkommensproportionalen Beiträgen vereinbar wäre und insofern keinen Systemwechsel erfordern würde²². Hierzu müssten die Beitragssätze in den nächsten Jahren um jeweils kasseneinheitliche „Beitragssatzaufschläge“ angehoben werden, um aus den daraus zu erzielenden Mehreinnahmen einen Kapitalstock als Alterungsreserve zu bilden und verzinslich anzulegen. Dieser wäre – ähnlich wie in der PKV – den Beitragseinnahmen wieder zuzusetzen, sobald die ausgabendeckenden Beitragssätze wegen des demographischen Wandels in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt steigen und eine gesundheitspolitisch zu setzende Toleranzschwelle überschreiten. Damit wird das Ziel erreicht, die jetzige Erwerbstätigengeneration stärker zu belasten, um die nachwachsende Erwerbstätigengeneration zu entlasten. Zudem ist dies – wie an anderer Stelle gezeigt²³ – mit derzeit zwar höheren, aber langfristig stabilen Beitragssätzen erreichbar.

¹⁸ Siehe dazu ausführlich D. Cassel, V. Oberdieck: Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 82. Jg. (2002), H. 1, S. 15-22.

¹⁹ Siehe K. Jacobs: Die GKV als solidarische Bürgerversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 83. Jg. (2003), H. 2, S. 88-91.

²⁰ Siehe K.-D. Henke, W. Johannßen, G. Neubauer, U. Rumm, J. Wasem: Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, in: Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München 2002; und E. Knappe, R. Arnold: Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und Gerechtigkeit, Gutachten im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München 2002.

Werden keine Alterungsreserven gebildet, könnte die künftige Erwerbstätigengeneration nur dadurch entlastet werden, dass die künftige Rentnergeneration höhere Beiträge als die Aktiven entrichtet. Hierzu wäre der jetzt einheitliche GKV-Beitragssatz nach Erwerbstätigen und Rentnern zu differenzieren. So wäre z.B. denkbar, den Finanzierungsbeitrag künftiger Rentner bis auf das beim Renteneintritt erreichte Niveau des Erwerbstätigen-Beitrags anzuheben. Dementsprechend müssten die künftigen Rentner auf ihre deutlich unter den Erwerbseinkünften liegenden Renten einen im Vergleich zum GKV-einheitlichen Beitragssatz merklich höheren Beitragssatz leisten, während die Erwerbstätigen mit einem niedrigeren Beitragssatz rechnen könnten. Auch wäre denkbar, die Umlegung des Finanzierungsdefizits der Rentnerkrankenversicherung auf einen Höchstbetrag – z.B. 2% des BIP in Schaubild 2 – zu begrenzen und darüber hinausgehende Defizite durch entsprechende Anhebungen der Beitragssätze für Rentner zu vermeiden. Dies könnte mit der Verbreiterung der Finanzierungsbasis einhergehen.

Handeln: Jetzt oder nie!

Das Umlagesystem der GKV auch nur teilweise auf Kapitaldeckung umzustellen, ist zwar machbar, erfordert jedoch zehn und mehr Jahre, um eine Alterungsreserve in erforderlicher Höhe aufzubauen. Da der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV voraussichtlich schon im nächsten Jahrzehnt beschleunigt ansteigen wird, bleibt kaum Zeit für eine entsprechende gesundheitspolitische Weichenstellung. Dies gilt auch, wenn die Politik statt auf Kapitaldeckung auf eine künftig deutlich höhere Beitragsbelastung der Rentner setzen sollte: Sie brauchen Vertrauensschutz und vor allem Zeit, um sich mit Eigenvorsorge darauf einzustellen.

Wie auch immer, der Gesundheitspolitik bleibt nur noch eine kurze Frist von wenigen Jahren für eine durchgreifende Finanzierungsreform. Und wenn die Rürup-Kommission sich auf nicht mehr verständigen sollte, als der Politik die Alternativen „Bürgerversicherung“ oder „Kopfprämienmodell“ zur Wahl zu stellen, ist das Warten darauf allemal vertane Zeit.

²¹ Vgl. F. Breyer: Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – Eine Begriffsklärung, in: Schmollers Jahrbuch, Jg. 122 (2002), H. 4, S. 605-616, S. 609 ff. Anders verhält es sich mit dem Vorschlag, die GKV vollständig auf die Finanzierung über risikoäquivalente Prämien umzustellen und die Umverteilung gänzlich in das Steuersystem zu verlagern. Siehe P. Zweifel, M. Breuer: Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 83. Jg. (2003), H. 2, S. 85-88.

²² Siehe dazu ausführlich D. Cassel: Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 83. Jg. (2003), H. 2, S. 75-80; ders.: Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge ..., a.a.O. (im Druck).

²³ Siehe D. Cassel, V. Oberdieck: Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 18 ff.