

WHL

WISSENSCHAFTLICHE HOCHSCHULE LAHR

DISKUSSIONSPAPIER

Nr. 5

Gesundheitsreformgesetze in
Deutschland: Auswirkungen auf
Ausgaben und Beitragssätze der
Gesetzlichen Krankenversicherung

von

DIRK SAUERLAND

August 2005



Diskussionspapiere der WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr

<http://www.whl-lahr.de/diskussionspapiere>

Adresse des Verfassers

Prof. Dr. Dirk Sauerland
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre /
Gesundheits- und Institutionenökonomik
WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr
Hohbergweg 15-17
D-77933 Lahr

Herausgeber
WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr
Hohbergweg 15–17
D-77933 Lahr

Phone +49-(0)7821-9238-50
Fax +49-(0)7821-9238-63

www.whl-lahr.de

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | Vorbemerkungen..... | 1 |
| 2. | Gesundheitsreformgesetze und ihre Inhalte | 2 |
| 3. | Stand des Wissens: Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen..... | 5 |
| 3.1 | Die Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV..... | 7 |
| 3.1.1 | Die Schätzmodelle..... | 7 |
| 3.1.2 | Diskussion der Ergebnisse | 8 |
| 3.1.3 | Zwischenergebnis..... | 9 |
| 3.2 | Projektion der Ausgaben und Beitragssätze zur GKV | 9 |
| 4. | Ausblick: Der Einfluß des GMG 2004 auf Ausgaben und Beitragssätze | 11 |
| 4.1 | Die kurzfristige Perspektive: Entwicklung 2000 bis 2004..... | 12 |
| 4.2 | Die langfristige Perspektive: Ausgaben und Beitragssätze zur GKV bis 2040 | 14 |
| 5. | Die aktuelle Diskussion: Bürgerversicherung, Kopfpauschalen und Finanzierungsbedarf | 15 |
| 5.1 | Beiträge und beitragspflichtige Einkommen im Modell „Bürgerversicherung“ | 16 |
| 5.2 | Beiträge im Modell „Gesundheitspauschale“ | 17 |
| 6. | Fazit..... | 19 |
| | Literatur..... | 21 |
| | Anhang: In den Projektionen verwendete Annahmen..... | 23 |

Zusammenfassung

Gesundheitsreformgesetze mit dem Ziel, das Ausgabenwachstum der Gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und so den Beitragssatz zu stabilisieren, haben eine lange Tradition in Deutschland. Das letzte Gesetz in dieser Reihe ist das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das im Jahr 2004 in Kraft getreten ist. Analysiert man die Determinanten der realen pro Kopf-Ausgaben der GKV von 1960 bis 2003, so zeigt sich, dass von allen Reformgesetzen lediglich das Gesundheitsreformgesetz von 1989 einen signifikanten Einfluß auf die Ausgaben hatte. Der Effekt dieses Gesetzes führte jedoch weder zu einem dauerhaft niedrigeren Ausgabenwachstum noch zu stabilen Beitragssätzen. Beide Größen steigen weiterhin an, da andere Faktoren, wie etwa das Einkommen, die Ausgaben der GKV treiben. Schreibt man die in der Vergangenheit zu beobachtende Entwicklung fort, so zeigt sich, daß auch das GMG 2004 keine dauerhafte Senkung des Ausgabenwachstums und keine Stabilisierung der Beitragssätze sicherstellen kann. Die Frage der nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland bleibt damit auf der politischen Agenda.

Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen auf Ausgaben und Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung*

1. Vorbemerkungen

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2004) ist mit hohen Erwartungen verabschiedet worden. Die Minderausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, die durch die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen erreicht werden sollen, belaufen sich schon im Jahr 2004 auf 9,8 Mrd. Euro. Von 2005 bis 2007 sollen die Minderausgaben von 15,3 über 22,5 auf 23 Mrd. Euro steigen; letztgenannter Betrag soll dann auch in den Folgejahren eingespart werden. Beabsichtigt ist die Senkung der Beitragssätze in der GKV von 14,3 Prozent zu Beginn des Jahres 2004 auf 12,15 Prozent im Jahr 2007.

Betrachtet man die Effekte früherer Reformgesetze – wie etwa das Gesundheitsreformgesetz von 1989 oder das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, die ebenfalls mit einschneidenden Veränderungen einhergehen sollten – erscheint Skepsis angebracht. Keines der bisherigen Gesetze hat eine dauerhafte Senkung der Ausgaben der GKV und eine Stabilisierung der Beitragssätze gebracht. Allenfalls kurzzeitige Ausgabensenkungen waren zu konstatieren. Der längerfristige Wachstumstrend bei den GKV-Ausgaben blieb ungebrochen.

Blickt man in die USA, so zeigen sich dort ähnliche Ergebnisse. Die dortige Einführung von Managed Care Organisationen führte in den 90er Jahren zu einer Senkung der Ausgaben für Gesundheit. Dann allerdings stiegen die Ausgaben nach diesem temporären Niveaueffekt mit nahezu unveränderten Wachstumsraten weiter an. Scheinbar können also strukturelle Änderungen bei der Finanzierung oder der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen die grundlegenden Determinanten der Gesundheitsausgaben nicht nachhaltig beeinflussen.

Zu den wesentlichen Determinanten der Ausgaben in der GKV zählen das Einkommen, die Altersstruktur und der technische Fortschritt im Gesundheitswesen. Diese Faktoren lassen sich auch in internationalen empirischen Untersuchungen als wesentliche Ausgabendeterminanten nachweisen (z. B. Gerdtham, 1992; Gerdtham et al., 1998 sowie Gerdtham/Löthgren,

* Teile des vorliegenden Beitrags wurden im Jahr 2004 präsentiert auf der 5th European Conference on Health Economics in London und im Jahr 2005 auf dem 5th World Congress of the International Health Economics Association in Barcelona.

2000) und haben auch in Deutschland signifikanten Einfluss auf die realen pro Kopf Ausgaben in der GKV (Breyer/Ulrich, 2000; sowie Sauerland, 2003, S. 205 ff.).¹

Legt man die Ergebnisse dieser und anderer Studien für Deutschland zugrunde, ergeben sich Projektionen für die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung von etwa 19 bis 34 Prozent im Jahr 2040 (vgl. im Überblick Cassel, 2005).

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Erwartungen an das GMG 2004 besteht die vorliegende Arbeit aus zwei Teilen: Im ersten Teil werden die wesentlichen Gesundheitsreformgesetze sowie ihre Inhalte kurz skizziert (Punkt 2.). Daran anschließend wird auf Basis von Zeitreihen für die Jahre 1960 bis 2003 der Einfluss der genannten Determinanten der GKV-Ausgaben empirisch überprüft (Punkt 3.1). Dabei wird auch getestet, ob die großen Reformgesetze der Jahre 1989, 1993 und 1997 einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Ausgaben hatten. Auf den ermittelten Schätzmodellen aufbauend werden Projektionen für die künftige Entwicklung der GKV-Ausgaben und des Beitragssatzes zur GKV durchgeführt (Punkt 3.2). Der zweite Teil der Arbeit berücksichtigt im Punkt 4. die geplanten Ausgabeneffekte des GMG 2004 in den Projektionen der Ausgaben und der Beitragssätze und modifiziert daher die Ergebnisse aus Punkt 3. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob die eingangs formulierten Erwartungen erfüllt werden können. Abschließend (Punkt 5.) wird die Bedeutung der ermittelten Ergebnisse für die laufende gesundheitspolitische Diskussion um weitere Reformen des deutschen Gesundheitssystems aufgezeigt.

2. Gesundheitsreformgesetze und ihre Inhalte

Die Tradition der Gesundheitsreformgesetze in Deutschland beginnt Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts mit der Diskussion um die sogenannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Seit Ende der 80er Jahre gibt es bis heute nahezu jährlich ein neues Reformgesetz, mit dem der Ausgabenanstieg in der GKV begrenzt und die Beitragssätze zur GKV stabilisiert werden sollen.

Auch in anderen Ländern hat es in der Vergangenheit Versuche gegeben, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen. Mit Cutler (2002) lassen sich dabei zwei grundsätzliche Strategien zur Ausgabenbegrenzung unterscheiden: Zum einen der Einsatz eher marktlich geprägter Instrumente, zum anderen der Einsatz von direkten Regulierungen. Während erstere das Ziel haben, über eine Veränderung der Anreize der beteiligten Akteure die Ausgaben zu

¹ Die Schätzungen von Breyer/Ulrich und Sauerland basieren auf Daten der Jahre 1960 bis 1997.

beeinflussen, zielen letztere auf eine direkte Begrenzung der Ausgaben, indem etwa der Zugang zu neuen Behandlungsmethoden oder -techniken beschränkt wird oder die Ausgaben direkt (z.B. im Wege der Budgetierung) begrenzt werden. Marktliche Lösungen beinhalten im Sinne der preialen Lenkung demgegenüber die Beeinflussung der Nachfrageseite über Zuzahlungen sowie die Veränderung der Entlohnungssysteme der medizinischen Leistungserbringer auf der Angebotsseite. Auch Veränderungen des über die zwischengeschalteten Finanzierungsträger (etwa Krankenversicherungen) finanzierten Leistungskatalogs verändern die Anreize der beteiligten Akteure, etwa indem die Nachfrage nach versicherungsfinanzierten Leistungen zurückgeht und der Anteil der Leistungen, die „out of pocket“ finanziert werden, an den Gesamtausgaben steigt. Hierbei wird unterstellt, dass Moral Hazard-Verhalten im Gesundheitswesen weit verbreitet ist. Diese Instrumente – marktliche Eingriffe und Regulierungen – finden sich auch in den Gesundheitsreformen in Deutschland wieder (Tabelle 1). Sie werden hier jedoch ergänzt durch die gesetzlich gestaltete Beeinflussung der Einnahmen der GKV. Diese Einnahmen setzen sich im aktuell gültigen Umlageverfahren zusammen aus 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 hingegen aus medizinischen Leistungen, d.h. aus ambulanten Leistungen (L_{amb}), stationären Leistungen (L_{stat}) und den Leistungen in Form von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (L_{AHH}), sowie dem Krankengeld (KG) als Einkommensersatzleistung. Damit lautet die Budgetgleichung der GKV in einer vereinfachten Form:

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

Die Gesundheitspolitik hat damit sowohl auf der linken als auch auf der rechten Seite der Gleichung (1) Stellschrauben, um das System – und damit die Beitragssätze – zu beeinflussen. Diese Stellschrauben werden, wie Tabelle 1 zeigt, bis heute mit unterschiedlicher Intensität genutzt. *Marktliche Instrumente*, d. h. Ausgrenzungen und Kürzungen von Leistungen beeinflussen die (rechte) Ausgabenseite von Gleichung (1). Sie kamen bis dato dabei insbesondere in den Bereichen Zahnersatz, Kuren und Krankengeld zum Tragen. Zusammen mit den Zuzahlungen, die insbesondere bei Arzneimitteln anfallen, beeinflussen sie das *Verhalten der Nachfrager-Patienten*.²

² Mit diesen Maßnahmen wird versucht, das Problem des Moral Hazard, das durch die Kostenübernahme der Krankenversicherung motiviert ist, zu verringern. Letztlich zielen alle Maßnahmen darauf ab, die Ausgaben auf der rechten Seite von Gleichung (1) zu senken.

| | Gesundheits-Reformgesetz | Gesundheits-Strukturgesetz | Beitragsentlastungsgesetz | 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz | GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz | GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 | Festbetrags-Anpassungsgesetz | Arzneimittelausgaben-Bearbeitungsgesetz | GKV-Modernisierungsgesetz |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|
| | 1989 | 1993 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2001 | 2002 | 2004 |
| Ausgrenzung/Kürzung von Leistungen | | | | | | | | | |
| • Zahnersatz | x | | x | x | x ¹ | | | | x |
| • Kuren | | | x | | | | | | |
| • Krankengeld | x | | x | | | | | | x |
| Beteiligung der Patienten an Kosten | | | | | | | | | |
| • Zuzahlungen für Arzneimittel | x | x | x | x | x ¹ | | | | x |
| • Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalt / Behandlungen | x | | | x | | | | | x |
| Eingriffe in Preise | | | | | | | | | |
| • Festbeträge für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel | x | x | | | | | x | | x |
| • Aut idem Regelung für Arzneimittel | | | | | | | | x | |
| Eingriffe in Entwicklung der Ausgaben | | | | | | | | | |
| • Budgetierung der Ausgaben | | x | | x ¹ | x | | | | |
| • Koppelung von Ausgaben und BPE | | x | | | | x | | | |
| • Koppelung von Beitragssatz und Zuzahlung | | | | x | x ¹ | | | | |
| Eingriffe in Beitragssätze | | | | | | | | | |
| • Fixierung der Beitragssätze | | | x | | | | | | |
| • Senkung der Beitragssätze | | | x | | | | | | x |
| Erschließung zusätzliche Einnahmequellen | | | | | | | | | |
| • Krankenhausnotopfer | | | | x | x ¹ | | | | |
| • Tabaksteuer | | | | | | | | | x |
| • Beiträge aus Versorgungsbezügen der Rentner | | | | | | | | | x |

¹ = Lockerung der Maßnahmen bzw. Senkung der Zuzahlungen

Tabelle 1: Reformgesetze und ihre Inhalte³

³ Die angeführten Informationen sind entnommen aus Beske/Hallauer (1999, S. 79ff.), PKV (2001, S. 8), Deutscher Bundestag (2003, S. 171ff.) sowie Deutsche Bundesbank (2004, S. 24).

Nicht in der Tabelle enthalten, da in den Bereich der Selbstverwaltung der Akteure im Gesundheitswesen fallend, sind die Veränderungen der *Anreize* der medizinischen Leistungserbringer *auf der Angebotsseite*. Zu nennen ist dabei zunächst die Umstellung von Einzelleistungsvergütungen auf pauschale Entlohnungsformen im Bereich der ambulanten Leistungserbringer. Diese fand bundesweit mit der Einführung der Praxisbudgets zum 1.7.1997 statt (Sauerland, 2003, S. 361).⁴ Im stationären Sektor wird seit Mitte der 90er Jahre daran gearbeitet, die bisher vorherrschende Entlohnung der Krankenhäuser, die aus einer Mischung von tagesgleichen Pflegesätzen und Fallpauschalen und Sonderentgelten besteht (Beske/Hallauer, 1999, S. 147), auf ein DRG-basiertes System umzustellen.

Regulierungen im obigen Sinne beeinflussen ebenfalls die rechte Seite der Budgetgleichung. Sie treffen bisher insbesondere die *Arzneimittelhersteller*, die von direkten Eingriffen in ihre Preissetzung betroffen sind, und die *gesetzlichen Kassen*, deren Beitragssätze reguliert werden.

Schließlich steht in den Reformen der Jahre 1997, 1988 und 2004 auch die *Erschließung neuer Finanzierungsquellen* auf der Agenda der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger. Bei diesen Versuchen, die (linke) Einnahmenseite der Gleichung (1) zu erhöhen, um so eine Anpassung der Einnahmen an die Entwicklung der Ausgaben zu erreichen, ist insbesondere die Bezuschussung der GKV über eine erhöhte Tabaksteuer aufgrund der damit verbundenen Verstöße gegen das Äquivalenzprinzip der Finanzierung kritisch zu beurteilen.

3. Stand des Wissens: Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen

Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben (Abbildung 1) der GKV und die der entsprechenden Beitragssätze (Abbildung 2), so ist jedoch die mit den Reformen beabsichtigte, nachhaltige Stabilisierung beider Größen nicht zu erkennen.

Allerdings gibt es seit Mitte der 80er-Jahre drei Zeitpunkte, in denen ein Rückgang der realen pro-Kopf-Ausgaben in der GKV zu beobachten war: das Jahr 1989, das Jahr 1993 sowie das Jahr 1997 (Abbildung 3). Führt man diese Entwicklung auf die in Tabelle 1 angeführten Reformgesetze zurück, so lauten die im folgenden zu prüfenden Hypothesen, dass das Gesundheitsreformgesetz von 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 und die GKV-Neuordnungsgesetze von 1997 einen (signifikanten) Einfluß auf die realen pro Kopf Ausgaben in der GKV hatten.

⁴ Zu den Anreizwirkungen unterschiedlicher Entlohnungsformen vgl. z. B. Sauerland (2003, S. 96ff. sowie 322ff.).

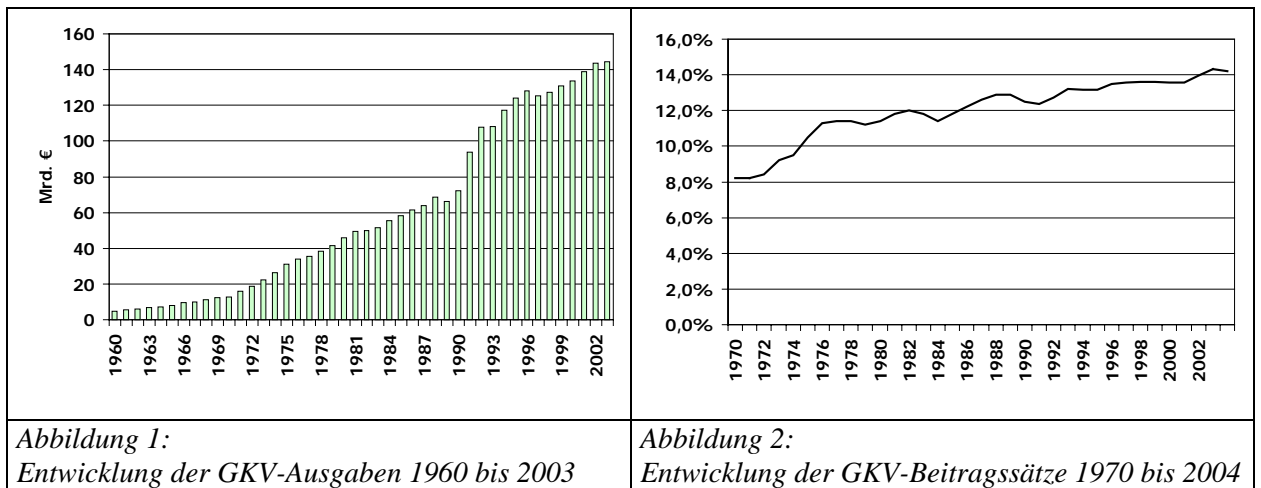


Abbildung 1:
Entwicklung der GKV-Ausgaben 1960 bis 2003

Abbildung 2:
Entwicklung der GKV-Beitragsätze 1970 bis 2004

Dazu werden für die jeweiligen Reformjahre Dummies gesetzt („grg89“, „gsg93“ und „gng97“) und in die durchzuführenden Regressionsanalysen mit aufgenommen.⁵ Problematisch sind dabei die Reformgesetze des Jahres 1997.

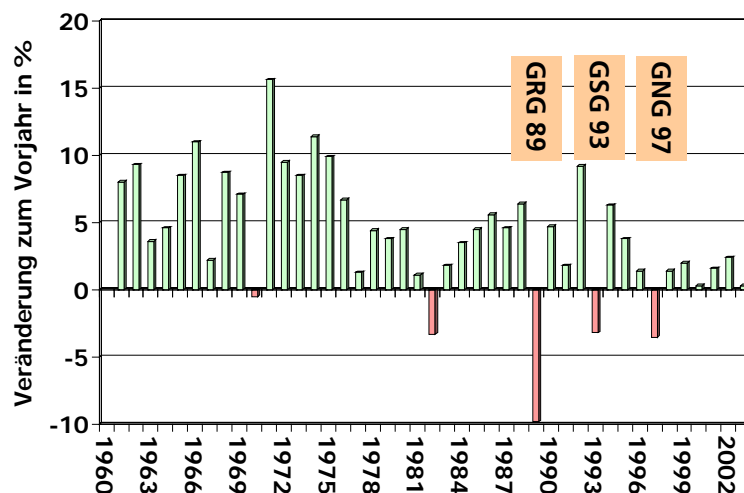


Abbildung 3: Veränderungsdaten der realen GKV-Ausgaben pro Kopf 1960 bis 2003

Wie Tabelle 1 zeigt, sind diese eingebettet in eine Reformsequenz, die sich von 1996 bis 1999 zieht. Ob sich innerhalb dieser Periode ein signifikanter Effekt eines Jahres nachweisen lässt, ist fraglich, da die Effekte der Reformen zeitlich überlappen. Sollte daher in den nachfolgenden Schätzungen ein signifikanter Einfluß festgestellt werden, so ist dieser nicht zwingend auf das Reformgesetz zurückzuführen, da im Jahr 1997 auch die Einführung der Praxisbudgets die Anreize der ambulanten Leistungserbringer veränderte.

⁵ Da die hier durchgeführten Schätzungen sich auf das Niveau der Ausgaben beziehen, wurde für das jeweilige Reformjahr und alle nachfolgenden Jahre der Wert des relevanten Dummies auf 1 gesetzt.

3.1 Die Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV

Die Auswirkungen der Reformgesetze werden anhand von linearen Regressionsmodellen überprüft. Als zu erklärende Variable werden die realen pro Kopf-Ausgaben der GKV (Variable „gkv“), die Abbildung 3 zugrunde liegen, verwendet. Da diesen Ausgaben ein gewisses Beharrungsverhalten unterstellt werden kann, gehen auch die Ausgaben der Vorperiode (Variable „gkv_{t-1}“) als erklärende Variable mit in die Schätzung ein.

Neben den genannten Dummies für die Reformen werden darüber hinaus die eingangs erwähnten, „üblichen“ Determinanten berücksichtigt: Der Einfluß des Einkommens wird anhand der Zeitreihe des realen pro Kopf Bruttoeinkommens der Vorperiode (Variable „be_{t-1}“) überprüft. Dabei ist unterstellt, daß nicht das laufende, sondern das bereits erhaltene Einkommen die Nachfrage beeinflusst. Für die Altersstruktur wird der Rentnerquotient (Variable „rq“), definiert als Anteil der Rentner an den Mitgliedern der GKV benutzt. Während die genannten Zeitreihen als logarithmierte Größen 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 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.

Bevor lineare log-log Regressionen geschätzt wurden, erfolgte eine Überprüfung der Relevanz der angeführten Variablen anhand eines VAR-Modells. Dabei zeigte sich, daß die Dummies „gsg93“ sowie „gng97“ keinen Beitrag zu Erklärung der Größe „gkv“ leisten; sie wurden daher bei den zu schätzenden Regressionsmodellen nicht weiter berücksichtigt. Unter Verwendung der anderen Größen wurden die drei in Tabelle 2 dargestellten Modelle geschätzt.⁶

3.1.1 Die Schätzmodelle

Das Basismodell 1 beinhaltet neben den Ausgaben des Vorjahres allein die typischen Erklärungsgrößen für die Ausgaben im Gesundheitswesen: das Einkommen, die Altersstruktur sowie den technischen Fortschritt in der Medizin. In dieser Modellspezifikation sind alle getesteten Variablen signifikant, die Altersstruktur jedoch nur auf einem Niveau von 10 Prozent. Im Modell 2 ist zusätzlich der Dummy für das Reformgesetz von 1989 berücksichtigt. Dieser

⁶ Mögliche Kointegrationsbeziehungen der verwendeten Zeitreihen wurden anhand entsprechender Fehlerkorrekturmodelle überprüft. Zum Ausschluß von Heteroskedastizität und serieller Autokorrelation wurden entsprechende Tests durchgeführt.

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 auf die Ausgaben. Gleichzeitig verliert die Altersstruktur ihre Signifikanz. Die in Tabelle 2 angeführten Informationskriterien weisen Modell 3 als bestes Schätzmodell aus.

| <i>Zu erklärende Variable: log(gkv)</i> | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------------|
| <i>Ausgaben der GKV, real pro Kopf von 1960 bis 2003</i> | | | |
| 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)** |
| <i>R² korr.</i> | 0,995300 | 0,995492 | 0,996011 |
| <i>Akaike Info-Kriterium</i> | -3,749298 | -3,771263 | -3,874284 |
| <i>Schwarz Kriterium</i> | -3,544507 | -3,525514 | -3,587577 |
| <i>N</i> | 43 | 43 | 43 |
| | ** = signifikant auf 5 Prozent-Niveau * = signifikant auf 10 Prozent-Niveau <i>t</i> -Werte in Klammern | | |

Tabelle 2: Schätzmodelle im Überblick

3.1.2 Diskussion der Ergebnisse

Alle Variablen weisen das theoretisch fundierbare und damit erwartete Vorzeichen auf: Das Einkommen beeinflusst die Ausgaben ebenso positiv wie der Zeittrend (als Proxy für den technischen Fortschritt) sowie die Altersstruktur und die Ausgaben des Vorjahres. Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 („grg89“) führte zu einer Senkung der realen pro Kopf-Ausgaben, während die (Wieder-)Vereinigung („wv91“) die Ausgaben erhöhte. Die Signifikanz des Einkommens und des Zeittrends bestätigt die Ergebnisse der Schätzungen für Deutschland von Breyer/Ulrich (2000) sowie Sauerland (2003, S. 205ff.). Sie ist ebenfalls

konsistent mit den genannten internationalen Studien zu den Determinanten der Gesundheitsausgaben. Auffällig ist die recht niedrige Einkommenselastizität der über die GVK bereitgestellten Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus ist die nicht mehr vorhandene Signifikanz der Altersstruktur in Model 2 und 3 hervorzuheben, die in Basismodell 1 noch (schwach) gegeben war.

Das Ergebnis der hier verwendeten Schätzung mit Makro-Daten bestätigt daher nur zum Teil diejenigen mikrobasierten Arbeiten, die mit dem Alter signifikant steigende Ausgabenprofile nachweisen.⁷ Andere Arbeiten 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 Kosten.⁸

3.1.3 Zwischenergebnis

Mit Hinblick auf die Reformgesetze bleibt an dieser Stelle festzuhalten, daß allein für das Gesundheitsreformgesetz des Jahres 1989 die ein signifikanter Einflusses auf die Ausgaben der GKV feststellbar ist. Im Rahmen der verwendeten Schätzspezifikation zeigt sich, daß die Reform das Niveau der Ausgaben dauerhaft 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 kann aufgezeigt werden.

3.2 Projektion der Ausgaben und Beitragssätze zur GKV

Legt man die dargestellten Schätzmodelle zugrunde, so lassen sich auf Basis von Gleichung (1) die künftig zur Finanzierung benötigten Beitragssätze zur GKV projizieren. Es gilt dann

$$(2) \quad BS = \frac{L_{amb} + L_{stat} + L_{AHH} + KG - TR}{BPE}$$

Zur Berechnung der notwendigen Werte wurden verschiedene Annahmen getroffen, die im Anhang 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.

⁷ Vgl. dazu etwa Buchner/Wasem (2000), sowie Buchner (2002).

⁸ Zur Bedeutung der letzten Lebensjahre für die Ausgaben vgl. etwa Zweifel/Felder/Meyer (1999), Hogan et al. (2001) sowie Seshamani/Gray (2004).

(Modell 3) und 606 Mrd. Euro (Modell 2) im Jahr 2040 an.⁹ Modell 2 projiziert die höchsten Ausgaben und repräsentiert mit Blick auf das Ziel der Beitragssatzstabilität 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.

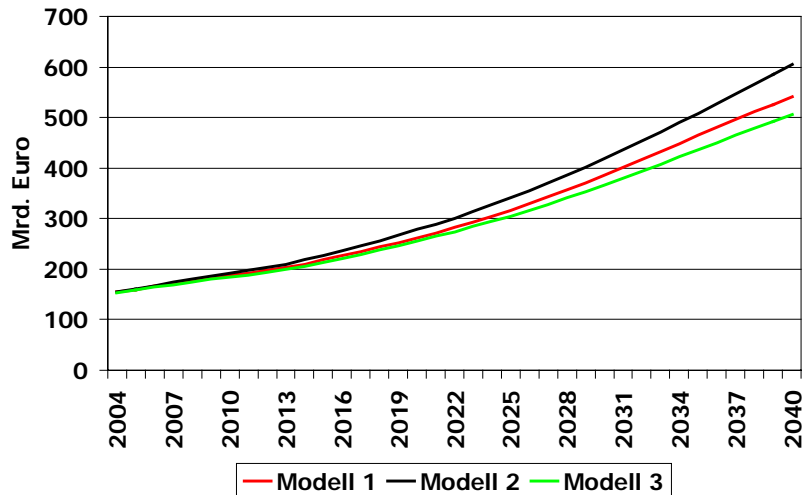


Abbildung 4: Projektion der GKV-Ausgaben 2004-2040

Aus dieser, in Abbildung 4 dargestellten, Entwicklung resultiert ein projizierter Anstieg der Beitragssätze von 14,3 Prozent im Jahr 2003 auf 30,1 (Modell 3) bis 36,0 Prozent (Modell 2) im Jahr 2040 (Abbildung 5).¹⁰

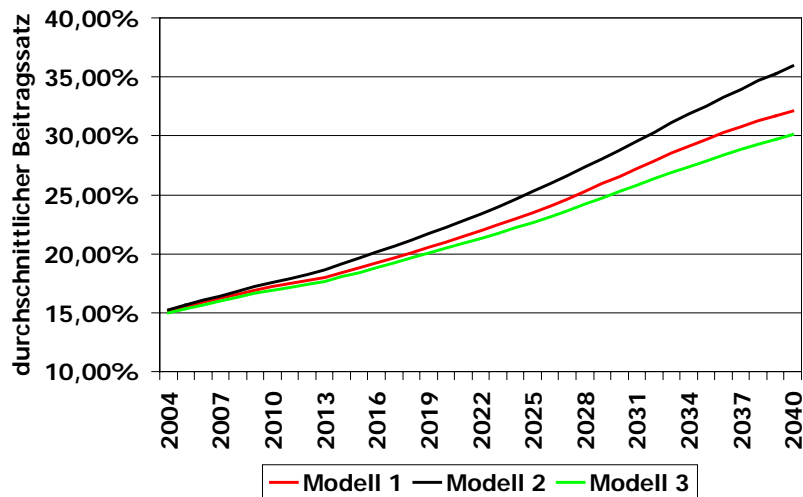


Abbildung 5: Projektion der Beitragssätze 2004-2040

⁹ Im Rahmen des Modells 1 ergeben sich Ausgaben in Höhe von 541 Mrd. Euro im Jahr 2040.

¹⁰ Verwendet man die Spezifikation von Modell 1, steigt der Beitragssatz auf 32,1 Prozent im Jahr 2040 an.

Die genannten Werte liegen bis zu 12 Prozent höher als die Prognosen anderer Studien zur künftigen Beitragssatzentwicklung in der GKV (vgl. im Überblick Cassel, 2005, S. 8). 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 dar.¹¹ Allerdings ist die Wachstumsrate von 1,08 % p.a., die bis zum Jahr 2013 unterstellt ist, nicht unrealistisch. So weist die Bundesbank (2004, S. 19f.) 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 verändert die projizierte Beitragssatzentwicklung positiv.

Damit zeigt sich, dass die bisherigen Reformaktivitäten im Gesundheitswesen den künftigen Anstieg der Ausgaben und Beitragssätze nicht verhindern können. Aufgrund der treibenden Faktoren hinter den Ausgaben der GKV und der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung, die sich in dem geringen Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen widerspiegelt, ist auch künftig von steigenden Ausgaben und Beitragssätzen in der GKV auszugehen.

Dämpfend auf die angeführten Projektionen der Beitragssätze wirken sich höhere gesamtwirtschaftliche Wachstumsraten aus, die über eine sinkende Arbeitslosigkeit die bisher bestehende Bemessungsbasis der Beitragssätze verbreitern würde. Hingegen ist der Plan, die Bemessungsbasis im Wege der gesetzlichen Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten zu verbreitern¹², aus ordnungspolitischer Sicht kritisch zu beurteilen (Sauerland, 2004, S. 227 ff.).

4. Ausblick: Der Einfluß des GMG 2004 auf Ausgaben und Beitragssätze

Die bisherigen Ergebnisse erhöhen die Skepsis darüber, dass die ambitionierten Ziele des GMG 2004 tatsächlich erreicht werden können. Die Vorgaben hinsichtlich Ausgaben bzw. Einsparungen und Beitragssätze sind in Tabelle 3 im Überblick dargestellt. Die Frage, ob die genannten Einsparvolumina realistisch sind, soll hier jedoch nicht diskutiert werden. Auf Basis der in 3.1 dargestellten Schätzmodelle werden die Ergebnisse der Projektionen aus Punkt 3.2 im Abschnitt 4.2 dahingehend modifiziert, dass die im GMG angestrebten Einsparungen

¹¹ Erhöht man in den Berechnungen das unterstellte Wachstum der Einkommen ab dem Jahr 2013 von 1,5 auf 2,0 Prozent, so sinken die projizierten Beitragssätze im Modell 1 auf 28,1 Prozent, im Modell 2 auf 31,5 Prozent und im Modell 3 auf 26,4 Prozent. Diese Werte liegen wieder in der Spannweite der Prognosen, die bei Cassel (2005) dargestellt sind.

¹² Diese Logik liegt dem Modell der sogenannten Bürgerversicherung zugrunde.

zu den jeweils geplanten Zeitpunkten in voller Höhe realisiert werden. Vorher wird jedoch die Validität der Modellprojektionen anhand der bisher vorhandenen Daten überprüft.

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| geplante Ausgabensenkungen | 9,8 Mrd. € | 15,3 Mrd. € | 22,5 Mrd. € | 23,0 Mrd. € |
| beabsichtigter Beitragssatz | 13,60 % | 12,95 % | 12,15 % | 12,15 % |

Tabelle 3: Ziele des GMG 2004

4.1 Die kurzfristige Perspektive: Entwicklung 2000 bis 2004

Die in Abschnitt 3.1 vorgestellten Schätzmodelle basieren auf Zeitreihen der Jahre 1960 bis 2003. Die tatsächlichen Ausgaben und Beitragssätze des Jahres 2004 stellen daher nicht nur einen ersten Prüfstein für die Zielerreichung des GMG 2004 dar, sondern auch für die Validität der hier vorgestellten Projektionen.

Um die Prognosefähigkeit der Modelle in der kurzen Frist zu testen, wurden die Ausgaben für die Jahre 2000 bis 2004 geschätzt und die daraus projizierten Beitragssätze den tatsächlichen Werten gegenübergestellt. Es zeigt sich, daß die Abweichungen zwischen den projizierten und den faktisch erhobenen Sätzen relativ gering sind. Unter Verwendung von Modell 2, dem Worst Case, ergibt sich beispielsweise in den Jahren 2000 bis 2003 einen maximale Überschätzung von 0,54 Prozentpunkten (Abbildung 6).¹³

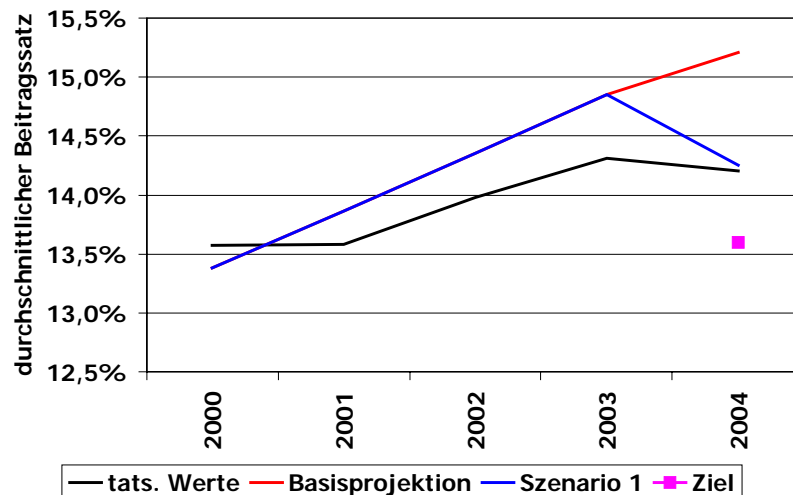


Abbildung 6: Projektion Modell 2 und Realität 2000-2004

¹³ Zum Vergleich: Die maximale Abweichung liegt bei Modell 1 bei 0,40 Prozentpunkten, die von Modell 3 bei 0,42 Prozentpunkten.

Betrachtet man die modifizierte Projektionen für das Jahr 2004, so wird aus der Überschätzung der Vorperiode ein Beitragssatz, der eher unterschätzt wird: Während die Projektion unter Verwendung von Modell 1 um 0,09 Punkte und bei Verwendung von Modell 3 um 0,14 Punkte unter dem tatsächlichen Wert liegt, überschätzt nur noch Modell 2 den tatsächlichen Satz um 0,05 Prozentpunkte. Abbildung 7 zeigt die Differenzen zwischen den modifizierten Projektionen (unter Verwendung des Szenarios 1) und den tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssätzen im Überblick.

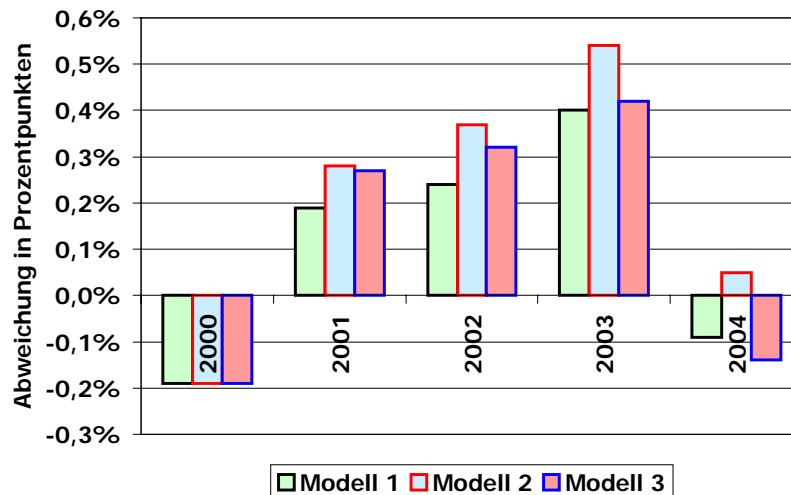


Abbildung 7: Beitragssätze 2000-2004: Differenz Projektionen und Realität

Die Differenzen zwischen den projizierten Werten und der Realität sind im Jahr 2004 sehr gering. Deutlich größer ist die Abweichung des tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssatzes von dem geplanten: Hier liegt der tatsächliche Wert von 14,20 Prozent um 0,6 Prozentpunkte über dem durch das GMG angestrebten.

Damit bleibt festzuhalten, daß die hier verwendeten Modellspezifikationen die tatsächlichen Beitragssätze tendenziell überschätzen, diese Überschätzung jedoch bei Berücksichtigung der geplanten GMG-Effekte deutlich zurückgeht.

Eine mögliche Ursache dafür ist die Berücksichtigung der Altersstruktur. Hier liegt die Annahme zugrunde, daß allein durch die höhere Lebenserwartung die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen. Ohne Berücksichtigung des „Abstands zum Todeszeitpunkt“ wird, wie die in Punkt 3.1.2 angeführten Studien zeigen, der Einfluß der Altersstruktur überschätzt. Ein weiterer Grund für eine tendenzielle Überschätzung besteht in der Finanzierungslogik: Bei der Berechnung der Beitragssätze wurde ein gleichbleibender Anteil von nicht-beitragsfinanzierten Transfers (Variable TR in Gleichung 2) zur GKV-Finanzierung unterstellt. Wird dieser Anteil erhöht, so sinkt das über Beiträge zu finanzierende Volumen und der

Beitragssatz steigt weniger stark an. In dem Maße, wie also durch eine im GMG 2004 vorgesehenen Finanzierung der GKV über eine erhöhte Tabaksteuer die Transferfinanzierung zunimmt, verringert sich der notwendige Anstieg der durchschnittlichen Beitragssätze.

4.2 Die langfristige Perspektive: Ausgaben und Beitragssätze zur GKV bis 2040

Bei der folgenden Betrachtung der langfristigen Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung bis zum Jahr 2040 werden zwei Szenarien unterschieden: Szenario 1 unterstellt Ausgabensenkungen durch das GMG in der geplanten, absoluten Höhe. Das bedeutet, die in 3.2 projizierten Ausgaben sinken ab dem Jahr 2007 dauerhaft um den konstanten Betrag von 23 Mrd. € Daraus resultieren dann modifizierte Ausgaben im Jahr 2040 zwischen 484 Mrd. Euro (Modell 3) im besten Fall und 583 Mrd. Euro im schlechtesten Fall (Modell 2).

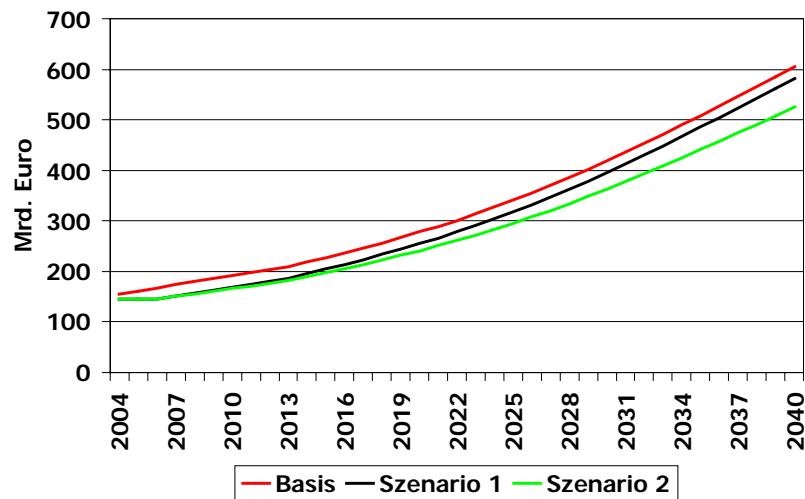


Abbildung 8: Projektion der modifizierten Ausgaben 2004-2040, Modell 2

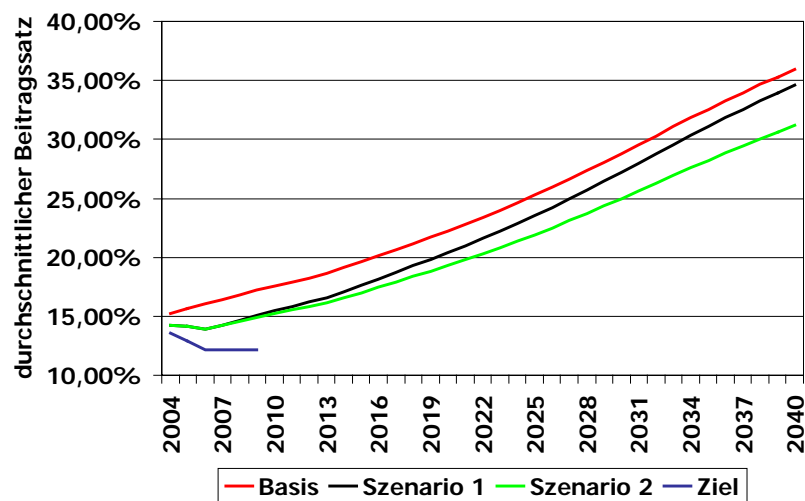


Abbildung 9: Projektion der modifizierten Beitragssätze 2004-2040, Modell 2

Im Szenario 2 werden ebenfalls die geplanten Ausgabensenkungen berücksichtigt. Ab 2007 werden jedoch die projizierten Ausgaben dauerhaft um jeweils etwa 13 Prozent gekürzt. Dies entspricht dem Anteil der vorgesehenen Einsparungen von 23 Mrd. Euro an den projizierten Ausgaben von 174 Mrd. Euro im Jahr 2007.¹⁴ Da die absoluten Einsparungen hier im Zeitablauf ansteigen, ergeben sich im Jahr 2040 modifizierte Ausgaben von 438 Mrd. (Modell 3) bzw. 525 Mrd. Euro (Modell 2).¹⁵

Abbildung 8 und 9 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.

| | 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 |

Tabelle 4: Projizierte Beitragssätze ohne und mit Einsparungen durch GMG 2004

Die Ergebnisse der Projektionen ohne GMG und mit den geplanten GMG-Einsparungen sind in Tabelle 4 gegenübergestellt.¹⁶ 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. Wie aber sieht es mit den in Tabelle 3 angeführten kurzfristigen Zielen aus, die im Gesetz formuliert wurden?

5. Die aktuelle Diskussion: Bürgerversicherung, Kopfpauschalen und Finanzierungsbedarf

Die in 3.1.1 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 angestiegen (Sauerland, 2004, S. 225); dieser Umstand ist in den bisher vorgestellten Projektionen berücksichtigt. Diese Projektionen

¹⁴ 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.).

¹⁵ Auf Basis von Modell 1 errechnen sich Ausgaben von 469 Mrd. Euro im Jahr 2040.

¹⁶ Dabei sind jährliche Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einkommen von 1,5 Prozent ab 2013 unterstellt.

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?

5.1 Beiträge und beitragspflichtige Einkommen im Modell „Bürgerversicherung“

Unter dem Schlagwort Bürgerversicherung werden unterschiedliche Modelle diskutiert (vgl. etwa Sauerland, 2004, S. 227ff.). Ihre Gemeinsamkeit 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 Folgeabschnitt 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. D.H. 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 in Punkt 4 projizierte Ausgabenentwicklung zugrunde, muß die Budgetgleichung der GKV wie folgt modifiziert werden:

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

Die Finanzierungslogik erfordert nun die Ermittlung des zur Sicherstellung des Ziel-Beitragssatzes notwendigen beitragspflichtigen Einkommens ($BPE_{notwendig}$). Es ergibt sich aus

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

Unterstellt man vereinfachend den im GMG für das Jahr 2007 genannten Beitragssatz von 12,15 Prozent als dauerhaften Zielbeitragssatz, und unterstellt man weiterhin, daß die Umstel-

lung 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 1.169 Mrd. Euro. Dies ist – im Verhältnis zu der bisher verwendeten Berechnungsbasis – eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage von 17 Prozent im Jahr 2007.¹⁷ In den Jahren bis 2040 muß das beitragspflichtige Einkommen im Durchschnitt um 3,86 Prozent jährlich wachsen, damit der Ziel-Beitragssatz gehalten werden kann. Die Ergebnisse bei Verwendung der projizierten Ausgaben aller Modelle sind in Tabelle 5 zusammengefaßt.

| | | Basisprojektion | Szenario 1 | Szenario 2 |
|-----------------|--------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Modell 1 | • BPE in 2007 | 1.331 Mrd. € | 1.153 Mrd. € | 1.153 Mrd. € |
| | • d.h. Ausweitung um | 34% | 16 % | 16 % |
| | • benötigtes BPE-Wachstum p.a. | 3,54 % | 3,86 % | 3,54 % |
| Modell 2 | • BPE in 2007 | 1.347 Mrd. € | 1.169 Md. € | 1.169 Md. € |
| | • d.h. Ausweitung um | 35 % | 17 % | 17 % |
| | • benötigtes BPE-Wachstum p.a. | 3,86 % | 4,18 % | 3,86 % |
| Modell 3 | • BPE in 2007 | 1.313 Mrd. € | 1.134 Mrd. € | 1.134 Mrd. € |
| | • d.h. Ausweitung um | 32 % | 14 % | 14 % |
| | • benötigtes BPE-Wachstum p.a. | 3,38 % | 3,70 % | 3,38 % |

Tabelle 5: Notwendiges beitragspflichtiges Einkommen 2007

5.2 Beiträge im Modell „Gesundheitspauschale“

Auch unter der Überschrift „Gesundheitspauschalen“ werden unterschiedliche Modelle diskutiert.¹⁸ 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 aus Abschnitt 4 – anhand von Gleichung (5).

¹⁷ Vgl. zu den Vor- und Nachteilen einer solchen Erweiterung der Bemessungsgrundlage etwa Oberender (2003, S. 201 f.).

¹⁸ Zu einem Überblick über verschiedene Prämienmodelle vgl. etwa Wasem, Greß und Rothgang (2003).

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

In den verschiedenen Modellen sind differenzierte Pauschalen für erwachsene Versicherte und Kinder vorgesehen. Das Modell der *Herzog-Kommission* sieht etwa eine beitragsfreie Mitversicherung für Kinder und ein Ehegattensplitting für die Beitragshöhe von mitversicherten Ehegatten vor (*CDU 2003a*, S. 29). Der CDU-Parteitagbeschuß beinhaltet hingegen eine Finanzierung der Beiträge für Kinder in Höhe von 90 Euro monatlich über die Kindergeldstelle (*CDU 2003b*, S. 24). 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) eine Pauschale von 200, Knappe/Arnold (2002) von 170 Euro errechnen.

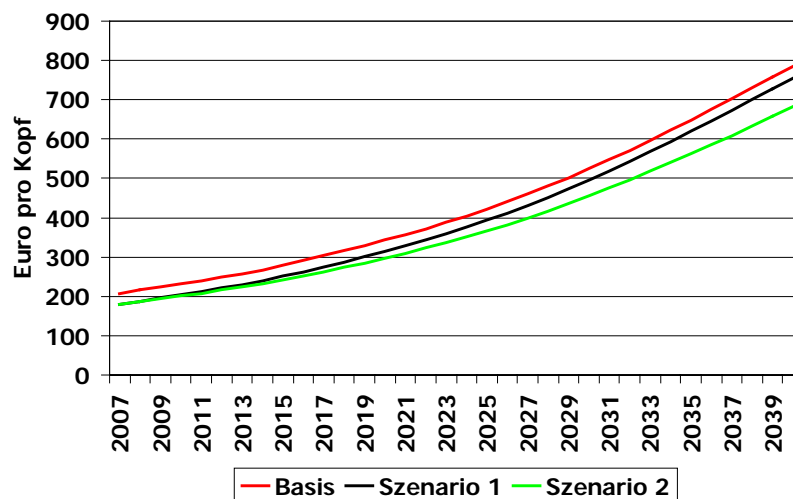


Abbildung 10: Projektion der durchschnittlichen Kopfpauschalen 2007-2040

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 2) und 208 Euro (Modell 3).¹⁹ 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 2) und 180 Euro (Modell 3).

Aufgrund der beschriebenen Finanzierungslogik steigen mit den Ausgaben auch die Kopfpauschalen bis zum Jahr 2040 deutlich an. In Abbildung 10 ist zu erkennen, dass im Jahr 2040

¹⁹ Zur Berechnung von differenzierten Pauschalen für Erwachsene und Kinder vgl. Hof/Schlömer (2005).

Pauschalen zwischen 658 (Modell 2) und 786 Euro projiziert werden, wenn man wieder die Basisprojektion der Ausgaben zugrunde legt.

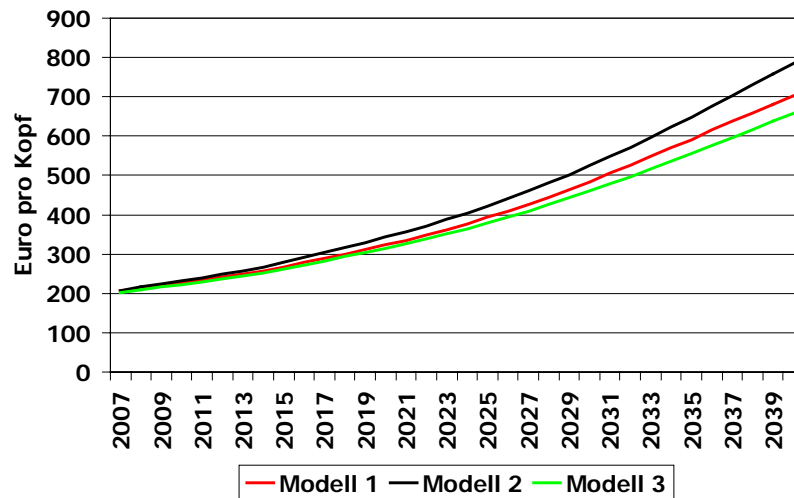


Abbildung 11: Projektion der durchschnittlichen Kopfpauschalen 2007-2040, Modell 2

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, d.h. das Modell 2 in Abbildung 11 dargestellt. Wie sich die geplanten GMG-Einsparungen in den Projektionen der Kopfpauschalen bis zum Jahr 2040 auswirken, ist in Tabelle 6 zusammengefaßt.

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

Tabelle 6: Die Entwicklung der durchschnittlichen Kopfpauschalen 2007 bis 2040

6. Fazit

Welche Auswirkungen hatten die bisherigen Gesundheitsreformen auf die Ausgaben und Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? Dies Frage stand am Beginn des vorliegenden Beitrags. Die Ergebnisse der Schätzungen in Punkt 3 zeigen, daß die bisherigen

Reformen im Gesundheitswesen, die zum Ziel hatten das Ausgabenwachstum zu bremsen und die Beitragssätze zu stabilisieren eben dieses Ziel nicht erreicht haben. Allein für das Gesundheitsreformgesetz des Jahres 1989 läßt sich ein signifikant negativer Einfluß auf die realen pro Kopf-Ausgaben in der GKV nachweisen.

Die hier präsentierten Modelle zeigen darüber hinaus – 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 Reformgesetz (Szenarien 1 und 2) bei den künftigen Ausgaben und Beitragssätzen, bleibt diese Aussage in der Tendenz erhalten. Obwohl die Höhe der absoluten Ausgaben im Jahr 2040 durch das GMG sinken kann, ist der zu erwartende Effekt auf die Beitragssätze zu gering, um die Belastungen, die durch die Finanzierung des GKV-Ausgaben entstehen, spürbar zu senken.

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 aktuelle 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 Entkoppelung 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 werden. (Cassel/Oberdieck, 2002 sowie im Überblick Henke et al. 2002). Anreize, das ausgabenerhöhende Moral Hazard Verhalten der Nachfrager im Gesundheitswesen einzudämmen, ließen sich durch eine Verlage-

rung 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 an (Schreyögg, 2002), um die Finanzierung zu sichern und das Äquivalenzprinzip im Bereich der Versicherung zu stärken.

Egal wie die Entscheidung nach der – möglicherweise – bevorstehenden Bundestagswahl aussehen wird, eines scheint sicher: Die Diskussionen um die nachhaltige Finanzierung der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden auch nach der Wahl weitergehen.

Literatur

- Beske, F. und J. Hallauer (1999), *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistungen – Weiterentwicklung*, 3. Aufl., Köln.
- Breyer, F. und V. Ulrich (2000), *Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse*, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Bd. 220, S. 1–17.
- Buchner, F. (2002), *Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung*, Baden-Baden.
- Buchner, F. und J. Wasem (2000), *Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern*, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 89 (2/3), S. 357–392.
- Cassel, D. (2005), *Wege zur nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, erscheint in: *Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Vorträge/Ingenieur- und Wirtschaftswissenschaften*, Paderborn.
- Cassel, D. und V. Oberdieck (2002), *Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, in: *Wirtschaftsdienst*, 82. Jg., S. 15–22.
- CDU (2003a), *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*, Berlin, <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf>.
- CDU (2003b), *Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern.“*, Berlin, <http://www.cdu.de/politik-a-z/deutschlandfairaendern.pdf>.
- CDU/CSU (2005), *Regierungsprogramm 2005-2009, Deutschlands Chancen nutzen. Wachstum. Arbeit. Sicherheit*, <http://regierungsprogramm.cdu.de/download/regierungsprogramm-05-09-dcusu.pdf>
- Cutler, D. M. (2002), *Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform*, in: *Journal of Economic Literature* 40 (3), S. 881-906.
- Deutsche Bundesbank (2004), *Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung*, *Monatsbericht Juli 2004*, S. 15–32.
- Deutscher Bundestag (2003), *Geszentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)*, http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/gesetze/pdf/2003-09-08_bt-drucksache15_1525.pdf
- Die Linke.PDS (2005), *Für eine neue soziale Idee*, http://sozialisten.de/sozialisten/nachrichten/pdf/entwurf_wahlprogramm2005.pdf
- FDP (2005), *Arbeit hat Vorfahrt. Deutschlandprogramm 2005*, Berlin, <http://files.liberales.de/fdp-wahlprogramm.pdf>

- Gerdtham U.-G. et al. (1998), The Determinants of Health Care Expenditure in the OECD Countries: A pooled analysis, in: Zweifel, P. (Hrsg.) Health, the Medical Profession and Regulation, Dordrecht.
- Gerdtham U.-G. und M. Löthgren (2000), On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP, in: Journal of Health Economics 19, S. 461–475.
- Gerdtham, U.-G. (1992), An econometric analysis of health care expenditure: A cross section study of the OECD countries, in: Journal of Health Economics 11, S. 63–84.
- Grüne (2005), Eines für Alle: Das Grüne Wahlprogramm, http://www.gruenes-wahlkampfportal.de/userspace/gruene.de/PDFs/Wahlprogramm_2005.pdf
- Henke, K.-D. et al. (2002a), Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Gutachten für die Vereinte Krankenversicherung, München.
- Henke, K.-D. et al. (2002b), 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
- Hof, B. und C. Schlömer (2005), Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel, in: Sozialer Fortschritt 54 (8), S. 194–205.
- Hogan, C. et al. (2001), Medicare beneficiaries' cost of care in the last years of life, in: Health Affairs 20, S. 173–181.
- Knappe, E. und R. Arnold (2002), Pauschalprämien in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und Gerechtigkeit, Gutachten für die Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e. V., München.
- Oberender, P. (2003), Zukunft der GKV: Erweiterung der Bemessungsgrundlage oder ordnungspolitische Reform, in: M. Albring und E. Wille (Hg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinationsproblemen, Frankfurt a. M. u. a. O., S. 197–208.
- PKV (2001), Booklet: „Privat oder Gesetzlich?“
<http://www.pkvonline.com/Content/Download/Booklet.pdf>
- Sauerland, D. (2003), Gesundheitspolitik in Deutschland, 2. Aufl., Gütersloh.
- Sauerland, D. (2004), Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse, in: ORDO · Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft 55/2004, S. 209–233.
- Schreyögg, J. (2002), Finanzierung des Gesundheitssystems durch Medical Savings Accounts, in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Bd. 28, H. 2, S. 157–173.
- Seshamani, M. und A.M. Gray (2004), A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs, in: Journal of Health Economics 23, S. 217–235
- SPD (2005), Vertrauen in Deutschland. Das Wahlmanifest der SPD,
http://kampagne.spd.de/040705_Wahlmanifest.pdf
- Wasem, J., St. Gress und H. Rothgang (2003), Kopfprämien in der gesetzlichen Krankenversicherung: eine Perspektive für die Zukunft?, ZeS-Arbeitspapier, Bremen.
- Zweifel, P., St. Felder und M. Meier (1999), Ageing population and health care expenditures: a red herring?, in: Health Economics 8, S. 485–496.

Anhang: 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 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 Beitragsätze 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 |

Diskussionspapiere der WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr

- 1 Dirk Sauerland: *Medizinische Dienstleistungen und Qualitätswettbewerb*, 2004
- 2 Sabine Boerner, Günther Seeber, Helmut Keller und Peter Beinborn: *Strategien selbstorganisierten Lernens bei berufstätigen Studierenden. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*, 2004.
- 3 Dirk Sauerland: *Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung – GKV und PKV im Vergleich*, 2005.
- 4 Ansgar Wübker: *Beurteilung der Qualität eines Gesundheitssystems – Die Entwicklung und Prüfung eines Bewertungsrahmens am Beispiel des Krankheitsbildes der koronaren Herzkrankheit*, 2005.
- 5 Dirk Sauerland: *Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen auf Ausgaben und Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung*, 2005.

Abrufbar unter

<http://www.whl-lahr.de/diskussionspapiere>