

Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Jochen Pimpertz, Mai 2010

Die Gesetzliche Krankenversicherung leidet an einem überproportionalen Ausgabenwachstum. Die Wachstumsrate der Ausgaben pro Kopf war seit 1991 jedes Jahr um durchschnittlich 1,3 Prozentpunkte höher als die der beitragspflichtigen Einkommen. Die zukünftige Entwicklung wird vor allem durch den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt geprägt. Dabei spielen die veränderte Zusammensetzung und Schrumpfung der Versichertengemeinschaft die geringere Rolle. Dies lässt die realen Pro-Kopf-Ausgaben bis zum Jahr 2060 um rund ein Viertel steigen. Im Vergleich dazu sorgt der medizinisch-technische Fortschritt für einen 2,5- bis 2,8-fach höheren Anstieg – unveränderte, institutionell bedingte Fehlanreize vorausgesetzt. Dieser Ausgabentreiber lässt sich über Preistransparenz und Wettbewerb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten bremsen.

Problemstellung

Der geplante Einstieg in eine einkommensunabhängige Prämienfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bildet das Kernstück der von der Regierungskoalition CDU/CSU und FDP angekündigten Gesundheitsreform. Die Gegner des Konzepts bezweifeln, dass ein ergänzender sozialer Ausgleich über das Steuersystem finanziert werden kann. Dagegen betonen die Befürworter, dass die Einkommensumverteilung treffsicherer und effizienter über das allgemeine Steuer- und Transfersystem zu organisieren ist als über lohnproportionale Beiträge (Pimpertz, 2003a, 10 ff.; Eekhoff, 2009). In diesem verteilungspolitischen Spannungsfeld gerät aus dem Blickfeld, dass auch alloktionstheoretische Argumente für eine einkommensunabhängige Finanzierung der GKV-Ausgaben sprechen. Hier wird unter anderem das mangelnde Kostenbewusstsein der Versicherten angemahnt, das vor allem auf die lohnsteuerähnliche Wirkung der Beitragsfinanzierung zurückzuführen ist. Grundsätzlich hängt der individuelle Beitrag von der Höhe des beitragspflichtigen Entgelts ab, nicht aber von dem eigenen Nachfrageverhalten (Pimpertz, 2007, 19 ff.). Einkommensunabhängige Versicherungsprämien versprechen Abhilfe, weil sie den Versicher-

* Diese Studie ist Teilergebnis des von der informedia-Stiftung – Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften und Publizistik Köln geförderten Forschungsprojekts „Wettbewerb der Sozialstandards in einer globalisierten Wirtschaft“.

ten die Kosten verschiedener Versorgungsalternativen transparent spiegeln. Der daraus resultierende Anreiz zur Wahl präferenzgerechter Tarife und Versorgungsmodelle ist wiederum Voraussetzung dafür, dass Krankenkassen und Leistungserbringer in einen Wettbewerb um effiziente Leistungen eintreten (Pimpertz, 2007, 29 ff.).

Neben institutionell bedingten Fehlanreizen werden aber auch der medizinisch-technische Fortschritt und die demografische Entwicklung als Erklärung für die Probleme in der GKV angeführt (Pimpertz, 2001, 31 ff.). Dabei erfordern die verschiedenen Ursachenkomplexe unterschiedliche Reformansätze. Offen ist, ob mit dem Einstieg in die einkommensunabhängige Prämienfinanzierung die „richtigen“ Prioritäten auch aus alloktionstheoretischer Perspektive gesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden untersucht, wie stark die GKV-Ausgaben infolge der Bevölkerungsalterung steigen werden und wie diese Entwicklung im Vergleich mit anderen Ausgabeterminanten zu bewerten ist. Zunächst ist jedoch zu klären, ob die GKV vorrangig an ausgaben- oder einnahmenseitigen Problemen leidet. Ausgehend von einer Reihe theoretischer Erklärungen wird anschließend in einer einfachen Status-quo-Projektion berechnet, wie sich zukünftig die demografisch bedingten Veränderungen des Versichertenbestands auf die GKV-Ausgaben auswirken werden. Dieses Ergebnis wird mit einem autonomen Kostentrend verglichen, der grundsätzlich für alle übrigen Ausgabentreiber steht. Aufgrund einiger theoretisch begründeter Annahmen kann dieser vor allem dem Einfluss institutionell bedingter Fehlanreize zugeschrieben werden. Aus der Gegenüberstellung lassen sich abschließend Prioritäten für die aktuelle Gesundheitsreform ableiten.

Vorrangig ein Ausgabenproblem

Betrachtet man den Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP), könnte zunächst der Eindruck entstehen, dass das gesetzliche System nicht an einem Ausgabenproblem leidet (Abbildung 1). Nach der Wiedervereinigung stieg die Ausgabenquote zwar von 6,1 Prozent bis auf 6,8 Prozent im Jahr 1996 an. Danach schwankte sie aber bis 2008 in einem relativ engen Band von 6,3 (2004) bis 6,7 Prozent (2003). Erst im Jahr 2009 stieg sie sprunghaft auf ihren bisherigen Höchstwert von 7,1 Prozent. Dies resultierte aber vor allem aus dem krisenbedingten Einbruch des BIP.

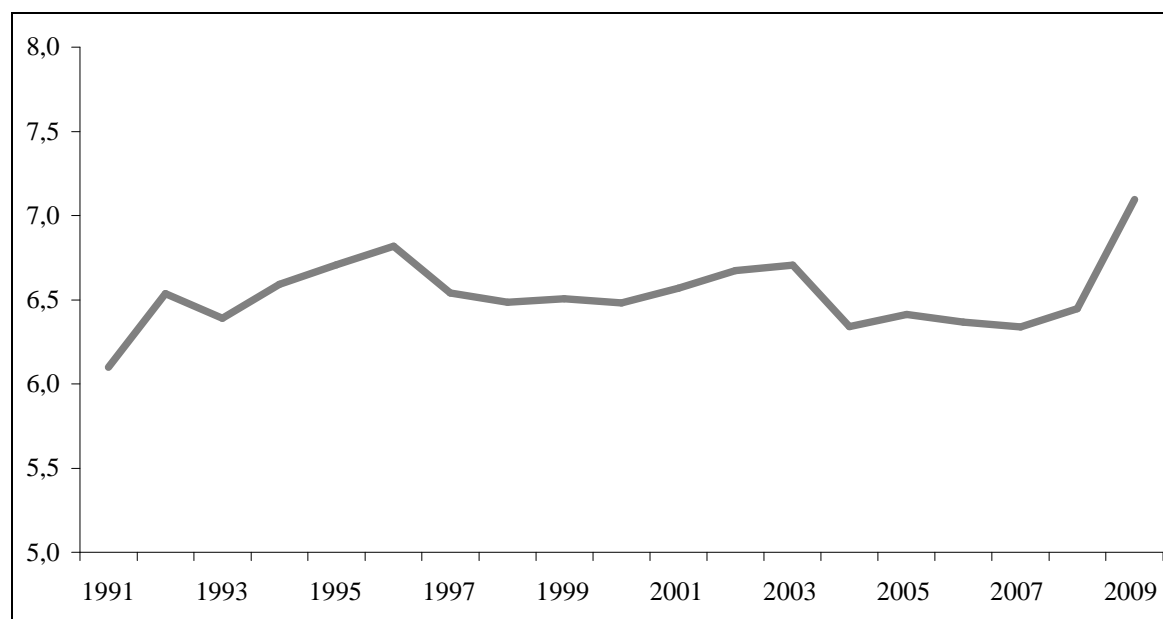
Die Entwicklung am aktuellen Rand verdeutlicht die eingeschränkte Aussagekraft dieses Indikators. Denn die Quote kann aufgrund der Entwicklung sowohl des BIP als auch der GKV-Ausgaben schwanken. Hinzu kommt, dass Veränderungen des Versichertenbestands unberücksichtigt bleiben (Pimpertz, 2003b, 27), was nicht unerheblich ist. Wurden in den Jahren 1993 und 1996 mit durchschnittlich 72,0 und 72,1 Millionen besonders hohe Versi-

chertenzahlen registriert, so hat der Bestand seit 2002 nicht mehr die 71-Millionen-Grenze überschritten. In den Jahren 2008 und 2009 waren zeitweise sogar weniger als 70 Millionen Personen in der GKV anspruchsberechtigt (SVR, 2009, Tab. 54*, 405; BMG, 2010a).

Abbildung 1

GKV-Ausgabenquote

Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Prozent des BIP



Ausgaben der GKV und des BIP in jeweiligen Preisen.

Quellen: BMG; Statistisches Bundesamt; SVR; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

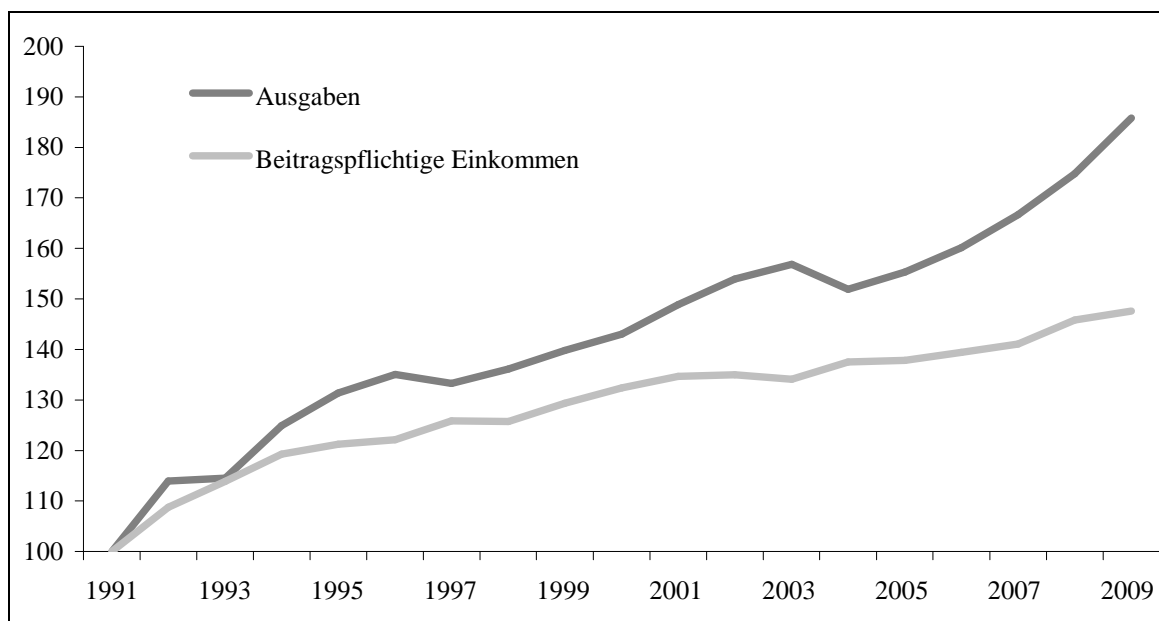
Der Einfluss von Mitgliederschwankungen lässt sich durch die Betrachtung von Pro-Kopf-Größen neutralisieren. Dazu werden die jährlichen GKV-Ausgaben durch die Anzahl der anspruchsberechtigten GKV-Versicherten geteilt und diese Durchschnittswerte in einem Index abgebildet (Abbildung 2). Demzufolge sind die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV im Zeitraum 1991 bis 2009 nominal um insgesamt 85,8 Prozent gestiegen. Das ansonsten stetige Wachstum wurde nur in drei Jahren unterbrochen, die jeweils durch größere Gesundheitsreformen gekennzeichnet sind: dem Wechsel von der Einzelleistungsvergütung auf die Budgetierung ab 1993, der Einführung der freien Arztwahl im Jahr 1996 und der Einführung von Zuzahlungsverpflichtungen wie der Praxisgebühr im Jahr 2004. Im Gefolge dieser Reformen gab es auch ausgabenwirksame Einschränkungen des Leistungskatalogs, wie zum Beispiel die Verringerung des Krankengeldanspruchs von 80 auf 70 Prozent des letzten Nettoverdiensts seit 1997. Die Einschnitte sorgten aber nur kurzfristig für Unterbrechungen der Ausgabenentwicklung. Trotz wiederholter Anstrengungen zur Kosten-

dämpfung stiegen die Ausgaben je Versicherten seit der Wiedervereinigung jahresdurchschnittlich um 3,5 Prozent.

Abbildung 2

GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen

Angaben je Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Index 1991 = 100



Angaben für 2009: geschätzt; Versicherte: Mitglieder und beitragsfrei versicherte Familienangehörige; beitragspflichtige Einkommen: errechnet aus durchschnittlichem Beitragssatz und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen im jeweiligen Jahr. Quellen: BMG; Statistisches Bundesamt; SVR; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Dem steht die Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens je Versicherten gegenüber, das mithilfe der Beitragseinnahmen der GKV, dem jahresdurchschnittlichen Beitragssatz und der Anzahl der Versicherten geschätzt wird. Analog zu der Betrachtung der Ausgaben bildet ein Index die Entwicklung der Einkommen im Zeitablauf ab. Im Vergleich beider Größen bleibt die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage der GKV hinter der Ausgabendynamik zurück. Seit 1991 kletterte das beitragspflichtige Einkommen pro Kopf nominal um insgesamt 47,6 Prozent oder jahresdurchschnittlich mit einer Rate von 2,2 Prozent. Damit legten die Ausgaben je Anspruchsberechtigten im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 1,3 Prozent pro Jahr stärker zu als das beitragspflichtige Einkommen.

Keine Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage

Auch wenn man aufgrund dieses ersten Befunds von einem vorrangigen Ausgabenproblem in der GKV ausgehen muss (Schulze Ehring, 2006), ist damit keineswegs ausgeschlossen, dass die Finanzierungsbasis erodiert. Zur Klärung dieser Frage bedarf es eines weiteren Vergleichs, dessen Auswahl jedoch keineswegs trivial ist: Rechnet man die Ausgaben der

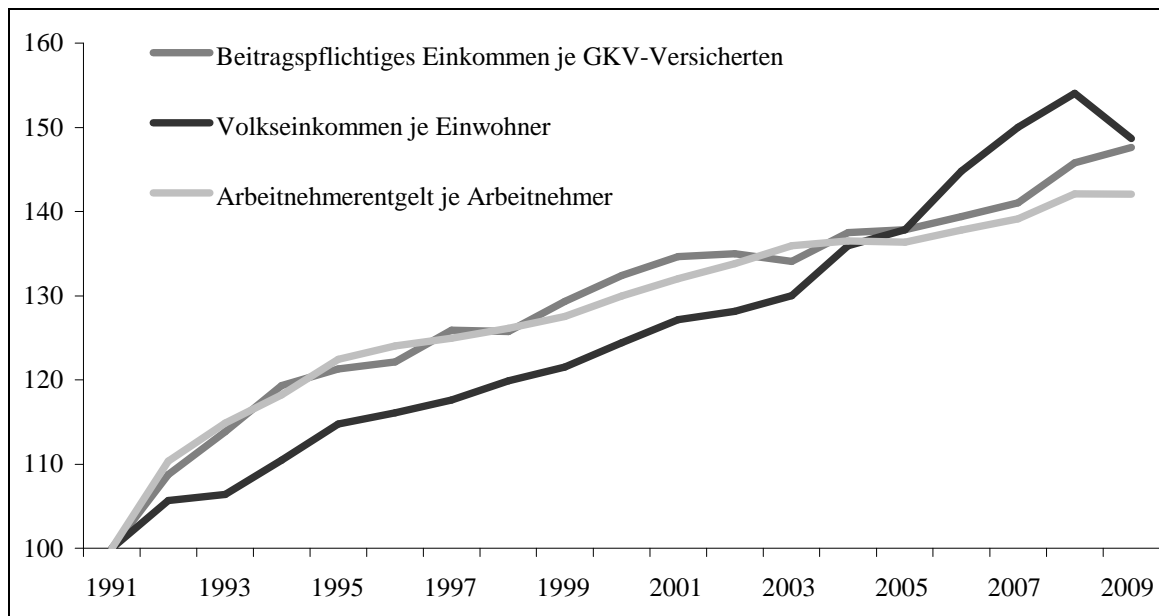
GKV dem Konsum zu, dann wird sie so lange nicht als unterfinanziert gelten, wie die Beitragsbemessungsgrundlage mit der Entwicklung der Konsummöglichkeiten insgesamt zumindest Schritt hält. Als Indikator für die Konsummöglichkeiten einer Volkswirtschaft soll im Folgenden das Volkseinkommen herangezogen werden. Unter der stark vereinfachenden Annahme, dass der gesamtwirtschaftliche Kapitalstock unverändert bleibt, steht diese Größe grundsätzlich für die Finanzierung des Konsums in einer Periode zur Verfügung. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ausgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung über Steuern, Beiträge oder Prämien finanziert werden (Pimpertz, 2003b, 28).

Stellt man auf eine Pro-Kopf-Betrachtung ab, dann ergibt sich zunächst das Problem, dass das Volkseinkommen auf alle Einwohner bezogen werden muss, in der GKV aber lediglich rund 87 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Sobald die beiden Komponenten des Volkseinkommens – die Arbeitnehmerentgelte auf der einen und das Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen auf der anderen Seite – zwischen gesetzlich Versicherten und Nichtversicherten ungleich verteilt sind und die Entlohnung beider Faktoren mit unterschiedlicher Dynamik wächst, lassen sich die Entwicklungen der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV und des Volkseinkommens je Einwohner nur noch bedingt vergleichen. Entscheidet man sich dennoch für diese Referenzgröße, dann ergibt sich folgender Befund (Abbildung 3): Ab dem Jahr 1993 wachsen Volkseinkommen und beitragspflichtige Einkommen pro Kopf bis zum Jahr 2002 mit annähernd gleicher Dynamik. Im Zeitraum 2003 bis 2007 bleibt das Wachstum der Beitragsmessungsgrundlage dagegen deutlich hinter dem des Volkseinkommens zurück. Diese Entwicklung lässt sich auf die unterschiedliche Wachstumsdynamik der Faktoreinkommen zurückführen. Der Anstieg der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte verläuft bis 2007 ähnlich dem der beitragspflichtigen Einkommen in der GKV. Es liegt der Schluss nahe, dass der Abstand zum Wachstum des Volkseinkommens je Einwohner aus einem überproportionalen Anstieg der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen resultiert. Diese unterschiedliche Dynamik ist durchaus typisch für die Aufschwungphase im Konjunkturzyklus (Grömling, 2006, 46). Entsprechend steht im Krisenjahr 2009 dem leichten Rückgang der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte um 0,1 auf 142 Indexpunkte ein vergleichsweise starker Einbruch beim Volkseinkommen je Einwohner von 154 auf 148,7 Indexpunkte gegenüber. Mit der einsetzenden Rezession waren die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen unmittelbar negativ betroffen, während sich die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte relativ stabil zeigten.

Abbildung 3

Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen im Vergleich

Index 1991 = 100



Beitragspflichtige Einkommen: errechnet aus durchschnittlichem Beitragssatz und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen im jeweiligen Jahr. Volkseinkommen und Arbeitnehmerentgelt jeweils nach dem Inländerkonzept. Stand: März 2010.

Quellen: BMG; Statistisches Bundesamt; SVR; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



Im Ergebnis sind trotz phasenverschobener Entwicklungen das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten und das Volkseinkommen je Einwohner seit 1991 mit jahresdurchschnittlich 2,2 Prozent annähernd gleich stark gewachsen. Folglich ist die Finanzierungsgrundlage der GKV keineswegs erodiert. Sie hat vielmehr über längere Sicht mit der Entwicklung der Konsummöglichkeiten insgesamt – vereinfacht ausgedrückt durch das Volkseinkommen je Einwohner – Schritt gehalten.

Ausgabentreiber aus theoretischer Perspektive

Geht man im Folgenden von einem überproportionalen Ausgabenwachstum aus, dann lässt sich dieser Trend nicht auf eine singuläre Ursache zurückführen, sondern nur durch eine Reihe von Einflussfaktoren erklären (Pimpertz, 2001, 31 ff.):

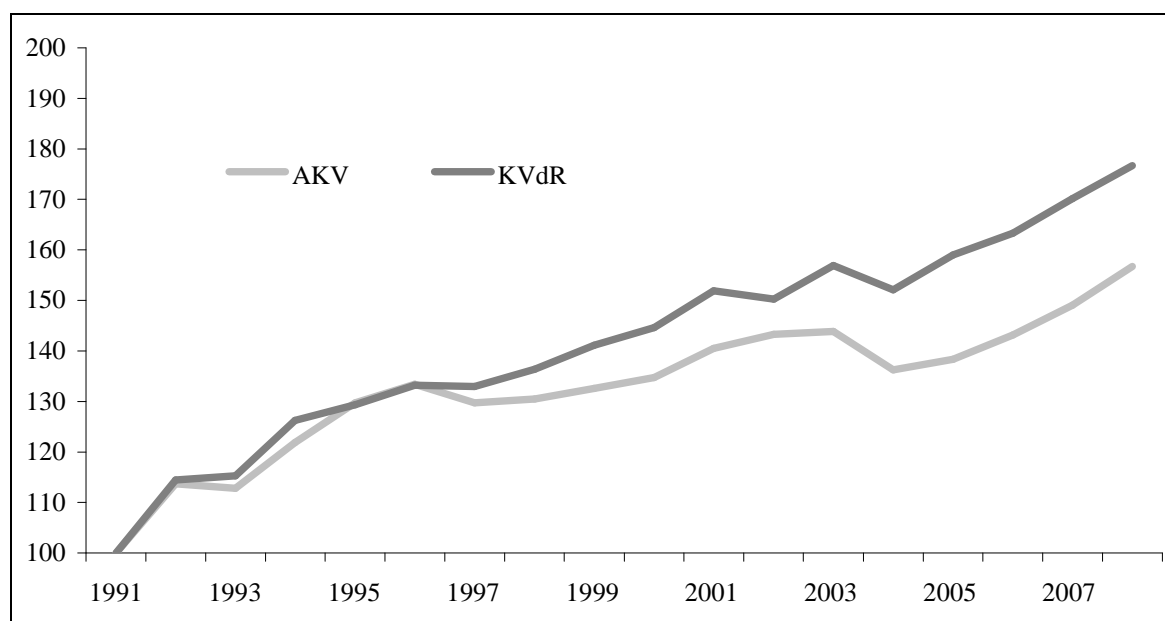
- Grundsätzlich ist in entwickelten Volkswirtschaften zu beobachten, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit steigendem Einkommen überproportional stark zulegt. Dies gilt auch für Deutschland. Technisch gesprochen handelt es sich bei Gesundheitsgütern um superiore Güter mit einer Einkommenselastizität der Nachfrage größer eins (Straubhaar et. al., 2006, 16; 106 ff.).

- Ein weiterer Treiber der Ausgabenentwicklung ist der demografische Wandel. Bereits in der Vergangenheit haben sich die Leistungsausgaben für ältere Menschen und jüngere Versicherte deutlich auseinanderentwickelt. Kletterten die Pro-Kopf-Ausgaben in der Krankenversicherung der Rentner seit 1991 nominal um durchschnittlich 3,4 Prozent pro Jahr, lag die Wachstumsrate bei den Ausgaben für alle übrigen Versicherten mit 2,7 Prozent deutlich niedriger (Abbildung 4). Mit Blick auf die zukünftige Entwicklung wird zum einen diskutiert, wie sich eine längere Lebenserwartung auf die Ausgaben auswirkt, die ein Versicherter durchschnittlich im Lebenszyklus verursacht. Davon unabhängig ist zum anderen zu untersuchen, wie sich die Alterung des Versichertenbestands auf die Pro-Kopf-Ausgaben und die Verteilung der Finanzierungslasten in einer umlagefinanzierten Krankenversicherung auswirkt (Pimpertz, 2001, 220 ff.).

Abbildung 4

Leistungsausgaben im Vergleich

Ausgaben je Versicherten in der Allgemeinen Krankenversicherung der Erwerbstätigen (AKV) und der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), Index 1991 = 100



Leistungsausgaben: ohne Verwaltungsaufwendungen; AKV: pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder und deren Familienangehörige, KVdR: pflichtversicherte Rentner und deren Familienangehörige.

Quellen: SVR; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

- Der medizinisch-technische Fortschritt wird als weiterer Ausgabentreiber angeführt, auch wenn das Innovationsgeschehen im Gesundheitswesen nicht losgelöst von der demografischen Entwicklung interpretiert werden kann. Bei genauerem Hinsehen stellt sich allerdings die Frage, warum Innovationen vor allem im Gesundheitswesen systematisch zu höheren Ausgaben und nicht wie in anderen Sektoren auch zu vermehrten Effizienzsteigerungen führen (Pimpertz, 2001, 53 f.).

- Institutionell bedingte Fehlanreize sind ein weiterer Ursachenkomplex für das Ausgabenwachstum (Pimpertz, 2007, 17 ff.). Das Zusammenspiel von fehlender Kostenverantwortung der Versicherten und mangelndem Preiswettbewerb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten kann unter anderem dazu führen, dass sich Innovationen einseitig auf das medizinisch Machbare konzentrieren, ökonomisch weniger sinnvolle Technologien parallel angewendet werden und Effizienzgewinne zwar realisiert, aber nicht an die Versicherten weitergegeben werden (Straubhaar et.al., 2006, 83 ff.).
- Aber auch ohne medizinisch-technischen Fortschritt kann der überproportionale Ausgabenanstieg mit institutionell bedingten Fehlanreizen erklärt werden. Denn neben dem fehlenden Preiswettbewerb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten sorgt besonders die lohnsteuerähnliche Wirkung der Beitragsfinanzierung dafür, dass das Interesse an präferenzgerechten und effizienten Angeboten auf Versichertenseite systematisch erlahmt (Pimpertz, 2007, 19 ff.).

Alterung des Versichertenbestands

Aus der Vielzahl konkurrierender Erklärungsansätze soll im Folgenden der Einfluss der Alterung und Schrumpfung des Versichertenbestands auf die GKV-Ausgaben isoliert werden. Dazu müssen die grundlegenden demografischen Veränderungen differenziert betrachtet werden. Zum einen geht es um die Folgen einer niedrigen Geburtenrate, der Alterung geburtenstarker Jahrgänge und der Verlängerung der Lebenserwartung für die Versichertengemeinschaft. Die alterungsbedingt veränderte Zusammensetzung beeinflusst die Ausgabenseite der umlagefinanzierten GKV, wenn zum Beispiel Jahrgänge mit bislang überdurchschnittlich hohen Ausgabenrisiken zukünftig häufiger besetzt sein werden, Altersklassen mit unterdurchschnittlichen Ausgaben dagegen nicht so oft. Gleichzeitig wird auch diskutiert, ob und wie sich eine verlängerte Lebenserwartung auf das Ausgabenprofil im Lebenszyklus eines Versicherten auswirkt. Steigt das individuelle Risiko, wären die GKV-Ausgaben ebenfalls betroffen, allerdings nicht aufgrund der demografischen Veränderungen im Versichertenkollektiv, sondern vielmehr indirekt über die Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitsrisiko.

Dazu wird auf der einen Seite angeführt, die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre würden überwiegend gesund verbracht, und das Gros der Gesundheitsausgaben trete typischerweise in enger zeitlicher Nähe zum Todeszeitpunkt auf, unabhängig in welchem Lebensalter dieser eintritt (Kompressionsthese). Unter sonst gleichen Bedingungen führen demnach andere Faktoren zu steigenden individuellen Gesundheitsausgaben, nicht aber die Verlängerung der Lebenserwartung. Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass mit der Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten immer mehr Krankheiten überlebt

werden, die zuvor eher einen tödlichen Verlauf nahmen. Erfolgt die Genesung aber nicht vollständig, sind aufwendige Nach- und Dauerbehandlungen erforderlich. Darüber hinaus kommt es zu dem Phänomen der Multimorbidität, weil der Patient nach erfolgreicher Behandlung der einen nun auch von anderen Krankheiten betroffen sein kann. Die in Folge der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten steigende Lebenserwartung führt deshalb über den gesamten Lebenszyklus zu höheren Gesundheitsausgaben (Pimpertz, 2001, 206 ff.).

Die Diskussion lässt sich empirisch nur mit Untersuchungen von Längsschnittdaten führen, dies würde den hier gewählten Analyserahmen aber sprengen. Dieser Aspekt der verlängerten Lebenserwartung kann jedoch neutralisiert werden. Dazu wird mit der folgenden Status-quo-Projektion zunächst die absehbare demografische Entwicklung auf den GKV-Versichertenbestand übertragen. Der Einfluss auf die Ausgaben soll aber auf der Grundlage der im Jahr 2009 geltenden Bedingungen modelliert werden. Statt sämtliche, für die GKV relevanten Parameter bis zum Jahr 2060 fortzuschreiben, gehen die folgenden Berechnungen von unveränderten Pro-Kopf-Ausgaben je Altersklasse aus. Die Ergebnisse geben also Auskunft darüber, welche Ausgaben der GKV im Jahr 2009 entstanden wären, wenn die demografischen Bedingungen der Jahre 2020, 2030, 2040, 2050 oder 2060 gegolten hätten. Sie sind somit nicht im Sinne einer Prognose zu verstehen.

Die Alterung der GKV-Versichertengemeinschaft wird analog zu der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung modelliert: Ausgangspunkt bilden die Ober- und Untergrenzen der mittleren Bevölkerungsentwicklung (Varianten 1-W1 und 1-W2). Das Statistische Bundesamt unterstellt dabei eine annähernd konstante zusammengefasste Geburtenziffer von 1,4 Kindern je Frau. Die Lebenserwartung neugeborener Jungen soll demnach bis 2060 um 7,8 auf 85 Jahre zulegen, die der neugeborenen Mädchen um 6,8 auf 89,2 Jahre. Während das untere Szenario einen jährlichen Wanderungssaldo von plus 100.000 Personen ab dem Jahr 2014 annimmt, geht das obere Szenario ab dem Jahr 2020 von jährlich plus 200.000 Personen aus (Statistisches Bundesamt, 2009). Die relativen Veränderungen zum Ausgangsjahr 2009 können für jede Altersklasse auf die ebenfalls nach dem Alter geschichtete GKV-Versichertengemeinschaft des Jahres 2009 übertragen werden, um die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung in der GKV abzubilden (BMG, 2010b).

Altersabhängiges Risikoprofil

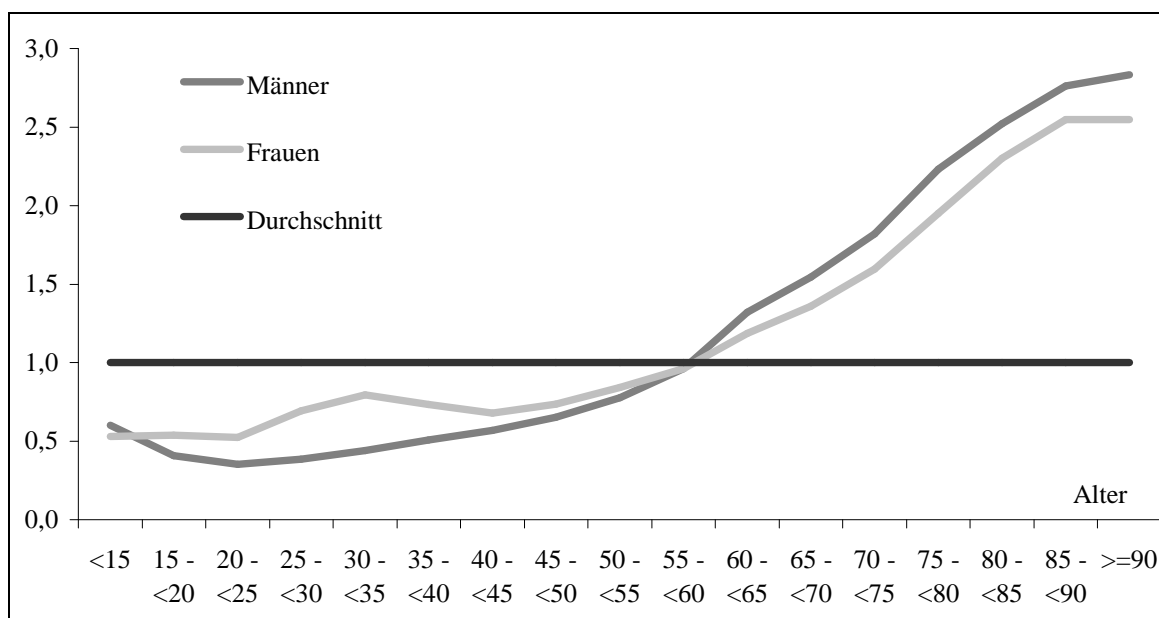
Um die demografisch bedingte Entwicklung der GKV-Ausgaben zu berechnen, müssen neben der Besetzung der jeweiligen Altersklassen auch deren altersabhängige Ausgabenrisiken ermittelt werden. Dies erfolgt auf der Grundlage eines stilisierten Risikoprofils, das aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) der GKV entwickelt wird (Abbildung 5). Dazu

werden zunächst die Verhältniswerte für die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben herangezogen. Sie geben Auskunft darüber, wie hoch das durchschnittliche Ausgabenrisiko der einen Altersklasse im Verhältnis zum altersunabhängigen Durchschnitt ist. Die aktuell verfügbaren Angaben des Bundesversicherungsamtes beziehen sich auf den Risikostrukturausgleich 2008 (Bundesversicherungsamt, 2009). Das Bundesversicherungsamt weist nicht nur für jedes einzelne Lebensjahr Werte aus, die Angaben werden auch nach unterschiedlichen Versichertengruppen differenziert – abhängig Beschäftigte mit regulärem Entgeltfortzahlungsanspruch und deren mitversicherten Familienangehörigen, Mitglieder ohne und solche mit eingeschränktem Entgeltfortzahlungsanspruch einschließlich beitragsfrei abgesicherter Personen sowie Versicherte, die in einem der Disease-Management-Programme (DMP) der GKV erfasst sind (z. B. Personen mit Diabetes mellitus Typ I und Typ II oder Brustkrebs-Erkrankte). Aus Vereinfachungsgründen wird das stilisierte Risikoprofil analog zu der Schichtung der GKV-Versichertengemeinschaft in 5-Jahres-Gruppen zusammengefasst. Außerdem basiert es ausschließlich auf den Angaben zu Mitgliedern mit Entgeltfortzahlungsanspruch für sechs Wochen und deren beitragsfrei abgesicherten Familienangehörigen.

Abbildung 5

Alters- und geschlechtsspezifisches Risikoprofil

Ausgaben der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter in Jahren und Geschlecht bezogen auf den alters- und geschlechtsunabhängigen Durchschnitt (normiert auf 1)



Stilisiertes Risikoprofil: auf Basis der Verhältniswerte für die im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Querschnitt der gesetzlich Krankenversicherten mit Entgeltfortzahlungsanspruch für sechs Wochen, ohne Erwerbsminderungs- oder Bergleute-Rentenfälle; ohne Versicherte in DMP-Gruppen; Stand: 09.11.2009.

Quellen: BMG; Bundesversicherungsamt; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Trotz dieser Einschränkungen zeigt das stilisierte Risikoprofil den typischen altersabhängig steigenden Verlauf, der auch durch Analysen von Längsschnittdaten bestätigt wird (Niehaus, 2006): Die ersten Altersklassen zeigen aufgrund hoher Aufwendungen, zum Beispiel infolge kritischer Geburtsverläufe, in der Regel vergleichsweise hohe Ausgaben. Fehlende Differenzierungen zur Altersstruktur der GKV-Versicherten machen hier aber eine Zusammenfassung der ersten 15 Jahrgänge notwendig. Aufgrund der zumeist gesund verbrachten Kinder- und Jugendjahre wird der Einfluss geburtsnaher Ausgaben in dem stilisierten Risikoprofil relativiert. Bis zu einem Alter von derzeit rund 55 Jahren ergeben sich im Querschnitt der Versicherten unterdurchschnittliche Ausgabenrisiken, wobei Frauen im geburtsfähigen Alter von etwa 20 bis 45 Jahren höhere Werte aufweisen als Männer. Auch dies dürfte im Wesentlichen auf die im Zusammenhang mit einer Geburt auftretenden Behandlungen zurückzuführen sein. Ab einem Alter von 60 Jahren kehrt sich das Bild um. Männer und Frauen weisen mit zunehmendem Alter nicht nur immer höhere überdurchschnittliche Ausgabenrisiken auf, die Werte für Männer liegen durchweg auch über dem Risikowert gleichaltriger Frauen.

Demografisch bedingte Ausgabenentwicklung

Für das Jahr 2009 lassen sich auf der Basis dieser Verhältniswerte und der durchschnittlichen GKV-Ausgaben von 2.440 Euro je Versicherten altersspezifische Pro-Kopf-Aufwendungen ermitteln. Für männliche Versicherte im Alter von 15 bis 19 Jahren ergeben sich durchschnittliche Ausgaben in Höhe von 999 Euro, für weibliche Versicherte gleichen Alters Ausgaben in Höhe von 1.313 Euro. Entsprechend des altersabhängig steigenden Verlaufs erreichen 55- bis 59-Jährige den altersunabhängigen Durchschnitt von 2.349 Euro (Männer) und 2.346 Euro (Frauen). Die höchsten Aufwendungen verursachten im Jahr 2009 die über 90-jährigen Männer mit durchschnittlich 6.914 Euro, für gleichaltrige Frauen beläuft sich der Wert auf 6.217 Euro. Über die Verknüpfung dieser altersspezifischen Werte mit der Anzahl der GKV-Versicherten lässt sich berechnen, welche Ausgaben mit der zukünftigen Versichertenstruktur im Jahr 2009 entstanden wären (Abbildung 6).

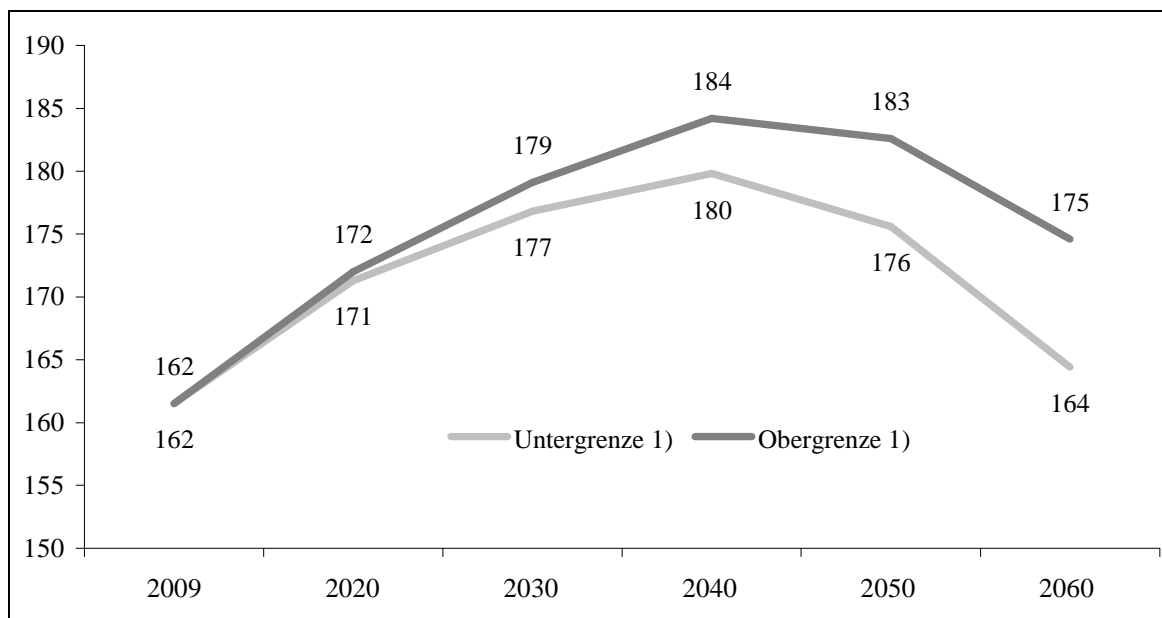
Zunächst ergibt sich aufgrund der hier verwendeten Methode für das Ausgangsjahr 2009 mit 161,5 Milliarden Euro ein Wert, der das tatsächliche Ergebnis der GKV um 9,3 Milliarden Euro oder 5,4 Prozent unterschätzt. Diese Abweichung ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass das hier verwendete Ausgabenprofil von Hochrisikogruppen abstrahiert. Dies ließe sich zwar durch die Einbeziehung der DMP-Gruppen korrigieren. Es müssten aber über die Prämissen zur Bevölkerungsentwicklung hinaus zusätzliche Annahmen darüber getroffen werden, wie sich die Anteile der DMP-Gruppen zukünftig entwickeln. Selbst die Annahme unveränderter Ausgabenprofile stellt eine implizite Aussage im Sinne

der Kompressionsthese dar, also über die Auswirkungen demografischer Veränderungen auf das durchschnittliche Ausgabenprofil im Zeitablauf. Davon soll hier aber abstrahiert werden, damit empirische Effekte, die ausschließlich auf die Veränderung des Bevölkerungsaufbaus zurückzuführen sind, isoliert betrachtet werden können. Zudem scheint das Ausmaß der Abweichung tolerabel, können doch mithilfe des hier verwendeten stilisierten Risikoprofils annähernd 95 Prozent der GKV-Ausgaben im Jahr 2009 erklärt werden.

Abbildung 6

Demografische Entwicklung und GKV-Ausgaben

Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 mit der Versichertenstruktur der jeweiligen Jahre in Milliarden Euro, bezogen auf unterschiedliche Bevölkerungsentwicklungen¹⁾



1) Auf Basis der mittleren Bevölkerungsentwicklung der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung jeweils für die Untergrenze (Variante 1-W1) und Obergrenze (Variante 1-W2), ohne Berücksichtigung von Kostensteigerungen.
Quellen: BMG; Statistisches Bundesamt; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Wird an dem hier entwickelten stilisierten altersabhängigen Ausgabenprofil festgehalten und der Versichertenbestand entsprechend der oberen Variante der mittleren Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben, ergibt sich zunächst ein „Anstieg“ der Ausgaben auf bis zu 184 Milliarden Euro, die eine fiktive Versichertengemeinschaft der Jahre 2020, 2030 und 2040 im Jahr 2009 verursacht hätte. Danach fällt die Summe auf 175 Milliarden Euro zurück, die schließlich für die GKV-Versicherten des Jahres 2060 hätten aufgewendet werden müssen. In der unteren Variante ergibt sich ein entsprechend flacherer Anstieg auf bis zu 180 Milliarden Euro für die Bevölkerungsentwicklung im Zeitraum 2020 bis 2040. Ausgehend von dieser fiktiven Entwicklung der Gesamtausgaben lassen sich in einem weiteren Schritt durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben ermitteln. Deren Veränderung basiert

darauf, dass Altersgruppen mit bislang überdurchschnittlich hohen Ausgabenrisiken zukünftig häufiger, Altersklassen mit bislang unterdurchschnittlichem Risiko dagegen seltener besetzt sein werden und sich bei unveränderten altersspezifischen Aufwendungen eine steigende und später wieder sinkende Gesamtsumme auf immer weniger Versicherte verteilt. Die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben gibt darüber Auskunft, wie stark die GKV-Ausgaben zukünftig allein aufgrund der demografischen Veränderung der Bevölkerung – also ohne Preissteigerungen und ohne andere Einflüsse etwa infolge des medizinisch-technischen Fortschritts – in die Höhe getrieben werden. Demnach steigen die Pro-Kopf-Ausgaben der GKV im unteren Szenario der mittleren Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060 real um insgesamt 26,9 Prozent. Im oberen Szenario tritt der Effekt nur geringfügig schwächer auf, die Pro-Kopf-Ausgaben steigen aufgrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2060 real um insgesamt 24,5 Prozent.

Medizinisch-technischer Fortschritt als autonomer Kostentrend

Die Bedeutung der Bevölkerungsentwicklung für die zukünftige Ausgabenentwicklung in der GKV wird erst im Vergleich mit anderen Ausgabentreibern deutlich. Dabei soll im Folgenden von dem Einfluss der Einkommensentwicklung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen abstrahiert werden. Dieser Zusammenhang ist zwar von großer Bedeutung für das Wachstum der Gesundheitsmärkte. Aber die bislang beobachtbare Einkommenselastizität der Nachfrage von größer eins muss angesichts einer demografisch bedingt schrumpfenden Erwerbsbevölkerung keineswegs für die Zukunft gelten: So können zwar zukünftig für den erwerbstätigen Teil der Bevölkerung Einkommenszuwächse registriert werden. Es ist aber möglich, dass gleichzeitig die Einkommensentwicklung für die gesamte Bevölkerung (einschließlich der wachsenden Anzahl von Ruheständlern) rückläufig ist, weil der Zuwachs bei den Einkommen der erwerbstätigen Bevölkerung durch die Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung überkompensiert wird. Für die weitere Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen käme es in diesem Fall entscheidend darauf an, ob ältere Versicherte bereit wären, einen Teil ihrer Nachfrage aus der Auflösung von Vermögen zu finanzieren. Im Rahmen der hier angewandten Status-quo-Projektion kann aber auf die komplexe Modellierung zukünftiger Einkommensströme verzichtet werden, da es nicht um die Prognose zukünftiger Finanzergebnisse geht, sondern um einen Vergleich der Bedeutung unterschiedlicher Ausgabentreiber.

Der medizinisch-technische Fortschritt wird als weiterer Treiber genannt. Innovationen führen aber nicht aufgrund vermeintlicher Besonderheiten auf Gesundheitsmärkten zu steigenden Ausgaben. Vielmehr beruht der ausgabensteigernde Effekt auf dem Zusammenspiel von mangelnder Kostenverantwortung auf Versichertenseite und fehlendem Preiswettbe-

werb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten. Beides führt dazu, dass medizinisch-technische Neuerungen in der GKV vor allem mit Blick auf den medizinischen Nutzen eingeführt und schließlich auch abgerechnet werden, nicht aber unter der ökonomischen Abwägung von Kosten und Nutzen (Straubhaar et. al., 2006, 85 ff.; Pimpertz, 2007, 19 ff.). In diesem Sinne wird der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts in der Literatur zumeist als autonomer Ausgabentrend in Höhe von 1 Prozent pro Jahr modelliert. Dieser Ansatz wird durch Ergebnisse von Regressionsmodellen gestützt und soll deshalb in einer konventionellen Modellierung auch im Weiteren verfolgt werden (Breyer/Ulrich, 2000; DIW, 2001, 108 ff.).

Tabelle

Langfristige Ausgabenentwicklung

Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, Index 2009 = 100

	Ohne Ausgabentrend		Nur autonomer Ausgabentrend ²⁾	Insgesamt	
	Untergrenze ¹⁾	Obergrenze ¹⁾		Untergrenze ¹⁾	Obergrenze ¹⁾
2020	108,2	107,9	112,9	122,1	121,8
2030	114,9	114,0	124,5	143,0	141,9
2040	121,8	120,2	137,5	167,5	165,3
2050	126,4	124,1	151,9	191,9	188,5
2060	126,9	124,5	167,8	212,9	208,9

1) Auf Basis der mittleren Bevölkerungsentwicklung der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung jeweils für die Untergrenze (Variante 1–W1) und Obergrenze (Variante 1–W2), ohne Berücksichtigung von Kostensteigerungen.

2) Wachstumsrate von 1 Prozent pro Jahr.

Quellen: BMG; Bundesversicherungsamt; Statistisches Bundesamt, Institut der deutschen Wirtschaft Köln



Bei einer jährlichen Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben um 1 Prozent bis zum Jahr 2060 ergibt sich allein aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts im Zusammenwirken mit institutionell bedingten Fehlanreizen ein Anstieg der realen Pro-Kopf-Ausgaben von insgesamt 67,8 Prozent (Tabelle). Dieser Zuwachs fällt um das 2,5-Fache stärker aus als der Einfluss, den die demografischen Veränderungen der Versichertengemeinschaft nach dem unteren Szenario der mittleren Bevölkerungsentwicklung auf das Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben haben. Im oberen Szenario wäre es sogar das 2,8-Fache. Wirken beide Ausgabentreiber gemeinsam, also die Veränderung der Versichertenstruktur und der für den medizinisch-technischen Fortschritt unterstellte autonome Wachstumstrend von 1,0 Prozent pro Jahr, dann steigen die GKV-Ausgaben je Versicherten bis zum Jahr 2060 um insgesamt 109 oder 113 Prozent.

Wirtschaftspolitische Konsequenzen

Auf der Grundlage des bisherigen Vorgehens lassen sich zwar zukünftige Finanzergebnisse der GKV nicht prognostizieren. Dazu fehlen weiterreichende Annahmen etwa zur Einnahmentwicklung. Gleichwohl erlaubt die Spiegelung demografischer Veränderungen in das Jahr 2009 eine vergleichende Beurteilung verschiedener Ausgabentreiber. Demnach werden allein die demografisch bedingten Veränderungen von Zusammensetzung und Umfang der gesetzlichen Versichertengemeinschaft dazu führen, dass in den nächsten 50 Jahren die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten real um rund ein Viertel steigen. Dabei spielen Preissteigerungen oder andere Ausgabentreiber noch keine Rolle, geschweige denn die Einkommensentwicklung in den nächsten Jahrzehnten. Im Vergleich dazu wird der medizinisch-technische Fortschritt, sofern er sich vor dem Hintergrund bestehender Anreize im GKV-System vollzieht, für deutlich höhere Ausgabensteigerungen sorgen. Der Einfluss einer steigenden Lebenserwartung auf das Ausgabenprofil im Lebenszyklus bleibt unberücksichtigt. Im günstigsten Fall wäre dies mit der Aussage der Kompressionsthese gleichzusetzen. In dem für die GKV ungünstigeren Fall sorgt aber eine längere Lebenserwartung nicht nur für ein höheres altersabhängiges Ausgabenprofil, sondern mittelbar auch für einen zusätzlichen Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben. Doch würde eine Bestätigung der „Medikalisierungsthese“ den bisherigen Befund nur um eine weitere Komponente ergänzen, statt ihn in Frage zu stellen.

Für die aktuelle Reformpolitik ist entscheidend, dass das überproportionale Ausgabenwachstum zukünftig vor allem durch das Zusammenwirken von medizinisch-technischem Fortschritt und institutionell bedingten Fehlanreizen getrieben wird. Vor diesem Hintergrund ist der Umstieg auf eine einkommensunabhängige Prämienfinanzierung auch aus allokationstheoretischer Perspektive der richtige Reformschritt. Denn im Gegensatz zu einkommensabhängigen Beiträgen geben Prämien die Kosten alternativer Versorgungsformen transparent wieder. Die Preissignale schaffen somit zunächst die Voraussetzung dafür, dass Versicherte zwischen verschiedenen Versorgungs- und Tarifangeboten unter Abwägung von Kosten und Nutzen wählen können. Die präferenzgerechte Wahl ist wiederum Voraussetzung dafür, dass Krankenkassen und Leistungserbringer angeregt werden, über einen Preiswettbewerb nach effizienzsteigernden Lösungen zu suchen. Wichtig ist dabei, dass der Prämienfinanzierung zwar eine Schlüsselrolle für die wettbewerbliche Disziplinierung der Ausgabenentwicklung zukommt, diese aber notwendige Deregulierungen auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten nicht ersetzen kann.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1), URL: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 2010-02-15]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2010b, Versicherte nach Alter und KV-Bezirk, GKV-Statistik KM6 Bund, Stand: 1. Juli 2009, URL: <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 2010-04-08]

Breyer, Friedrich / Ulrich, Volker, 2000, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 220, S. 1–17

Bundesversicherungsamt, 2009, 223. Bekanntmachung des BVA zum Risikostrukturausgleich vom 09.11.2008, URL: <http://www.bundesversicherungsamt.de> [Stand: 2009-07-22]

DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2001, Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin, URL: <http://www.diw.de> [Stand: 2002-01-15]

Eekhoff, Johann, 2009, Sozialausgleich über Steuern ist billiger, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 262, v. 11.11.2009, S. 12

Grömling, Michael, 2006, Die Lohnquote – ein statistisches Artefakt und seine Interpretationsgrenzen, in: IW-Trends, 33. Jg., Heft 1, S. 35–48

Niehaus, Frank, 2006, Alter und steigende Lebenserwartung, Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV (Hrsg.), Köln

Pimpertz, Jochen, 2001, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 121, Köln

Pimpertz, Jochen, 2003a, Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Prämie, IW-Positionen, Nr. 2, Köln

Pimpertz, Jochen, 2003b, Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, 30. Jg., Heft 1, S. 24–34

Pimpertz, Jochen, 2007, Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben, IW-Positionen, Nr. 28, Köln

Schulze Ehring, Frank, 2006, Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV?, WIP-Diskussionspapier, Nr. 3/06, Wissenschaftliches Institut der PKV, URL: <http://www.wip-pkv.de> [Stand: 2009-11-25]

Statistisches Bundesamt, 2009, Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: <http://www.destatis.de> [Stand: 2009-11-25]

Straubhaar, Thomas / Geyer, Gunnar / Locher, Heinz / Pimpertz, Jochen / Vöpel, Henning, 2006, Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen – Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Nr. 14, Baden-Baden

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2009, Die Zukunft nicht aufs Spiel setzen, Jahresgutachten 2009/2010, Wiesbaden

Expenditure Drivers in Germany's Statutory Health Insurance

The main problem facing the statutory health insurance system in Germany is the disproportionate growth in expenditure. During each year since 1991 average spending per insured increased by 1.3 percent faster than tax-liable earnings. In the coming decades the main drivers of per-capita health care expenditure will be the demographic trend and progress in medical technology with the former playing a minor role. In real terms changes in the size and structure of the insured population will push per-capita spending by one quarter until 2060 while progress in health care technology will cause an expenditure increase 2.5 to 2.8 times higher, assuming unchanged institutional disincentives. This effect can be slowed by more cost transparency and competition in the health care market. To improve efficiency a shift from payroll taxes to income-independent premiums plays a key role as it changes the price signals, but is no replacement for the need for deregulation.