Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?

Der Gesetzlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland stehen einschneidende Reformen bevor. Können das Konzept der Bürgerversicherung, der Vorschlag einer Gesundheitsprämie oder kapitalgedeckte Prämien eine Lösung bieten?

Das zukünftige Finanzierungsproblem der GKV

Die gesetzliche Gesundheitsversorgung in Deutschland steht momentan vor einem echten Scheideweg. Fast täglich passieren neue Reformvorschläge die Organe der medialen Öffentlichkeit. So favorisiert das rot-grüne Lager die Einführung einer so genannten Bürgerversicherung, die Unionsparteien einigten sich darauf, dass man ein (zumindest partielles) Gesundheitsprämienmodell implementiert, und die FDP sieht in ihrem Gesundheitskonzept einen rein privatwirtschaftlichen Versicherungsmarkt mit kapitalgedeckten Prämien vor. Wie es aber gegenwärtig den Anschein hat, überfordern die genannten Konzepte nicht nur den gemeinen Bürger, auch den Initiatoren der Reformvorschläge vermag es nicht recht gelingen, klar darzulegen, warum denn nun das konkrete Konzept so dringend gebraucht wird.

Dabei liegt das Problem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klar auf der Hand: Das umlagefinanzierte System der GKV wird schon in naher Zukunft aufgrund zweier Faktoren in massive Finanzierungsschwierigkeiten geraten. Der erste Faktor ist der doppelte Alterungsprozess, der das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenraten und einer zunehmenden Lebenserwartung in den nächsten Dekaden stark ansteigen lässt. Da in der GKV Beiträge hauptsächlich von den künftig relativ weniger werdenden Personen im erwerbsfähigen Alter bezahlt werden, Leistungen aber überwiegend vom künftig zunehmendem Anteil der Rentnergenerationen in Anspruch genommen werden, führt der doppelte Alterungsprozess zu einer größer werdenden Lücke zwischen GKV-Einnahmen und GKV-Ausgaben.

Der zweite Faktor verschärft dieses Problem um ein Weiteres. Hierbei handelt es sich um den Kostendruck des medizinisch-technischen Fortschritts, der – aufgrund der Dominanz kostensteigernder Produktinnovationen gegenüber kostensenkenden Prozessinnovationen – schon in der Vergangenheit, also unabhängig vom demographischen Wandel, zu einer stetigen Zunahme der Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP geführt hat. Sollte dieser Kostendruck auch in Zukunft wirken, kommt dessen Hebelwirkung bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters erschwerend hinzu.

Die quantitativen Auswirkungen des doppelten Alterungsprozesses und des medizinisch-technischem Kostendrucks auf das umlagefinanzierte System der GKV lassen sich durch eine Beitragssatzprojektion wie in Abbildung 1 veranschaulichen. Dabei werden zwei Szenarien unterschieden. Das Szenario ohne Kostendruck konzentriert sich auf den Faktor des doppelten Alterungsprozesses und misst, wie der Beitragssatz angepasst werden müsste, damit in jedem zukünftigen Jahr die laufenden Einnahmen die laufenden Ausgaben decken. Im Szenario mit Kostendruck wachsen die Ausgaben zusätzlich mit einem jährlichen Wachstumsdifferential in Höhe von einem Prozent über die nächsten 40 Jahre hinweg. Damit wird dem zweiten Faktor, dem medizinisch-technischen Fortschritt, Rechnung getragen.

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, kommt es kurzfristig zu einem leichten Sinken des Beitragssatzes von 14,2% im Jahr 2005 auf 13,9%. Der Grund hierfür sind die Mehreinnahmen und Einsparungen, die durch das GKV-Modernisierungsge-

Stefan Fetzer*

Bernd Raffelhüschen*

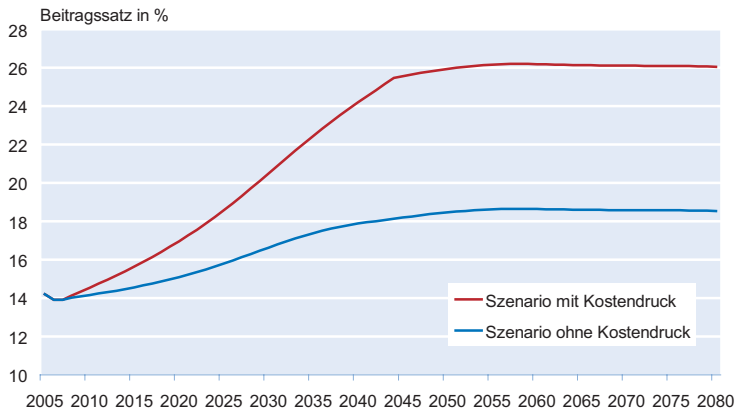
Lara Slawik*

* Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen ist Leiter des Forschungszentrums Generationenverträge an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Stefan Fetzer und Lara Slawik sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Forschungszentrum Generationenverträge.

Abb. 1

Entwicklung des GKV-Beitrags von 2005 bis 2080

mit und ohne medizinisch-technischem Kostendruck



Quelle: Berechnung der Autoren.

setz (GMG) geplant sind und welche hier berücksichtigt werden.[1] Danach steigt aber der Beitragssatz sukzessiv an – so allein aufgrund des doppelten Alterungsprozesses auf über 18,5% im Szenario ohne Kostendruck. Wird realistischerweise ein zukünftig wirkender medizinisch-technischer Kostendruck unterstellt, so klettert der Beitragssatz auf über 26%. Ein solches Szenario ist insofern aber unwahrscheinlich, als dass die deutsche Bevölkerung in 40 Jahren kaum bereit sein wird, gut ein Viertel ihres Einkommens in eine gesetzlich obligatorische Gesundheitsversicherung zu stecken – zumal die Beiträge zu den anderen Sozialversicherungen ebenso wie sämtliche Steuerzahlungen noch hinzukämen. Im Folgenden soll deswegen untersucht werden, inwiefern es den drei Reformkonzepten Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie und kapitalgedeckte Prämie gelingt, eine zukünftig realisierbare Finanzierbarkeit der gesetzlichen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Die Bürgerversicherung – eine mögliche Lösung?

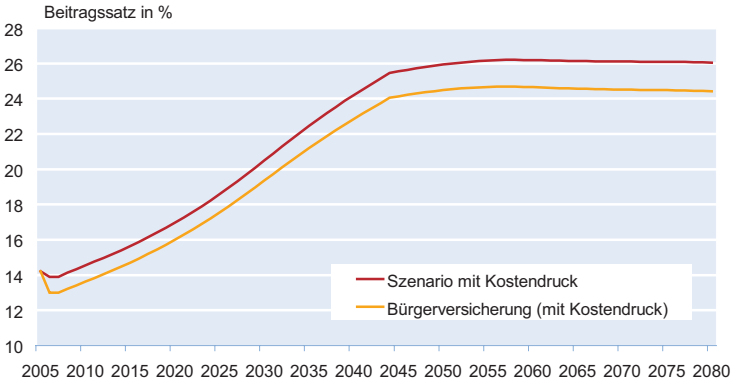
Von den Befürwortern der Bürgerversicherung werden immer wieder deren (angebliche) Gerechtigkeitsaspekte betont. Durch die Ausweitung auf bisher privat Versicherte sollen auch diese Kreise zur vermeintlich solidarischen Finanzierung der GKV herangezogen werden. Darüber hinaus ist es in manchen Vorschlägen angedacht, die Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten, wie etwa Mieten und Zinseinkünfte, neben der bisherigen Beitragsbemessungsgrundlage Lohn auszuweiten, um damit die Lohnnebenkosten partiell zu entlasten und positive Arbeitsmarkteffekte zu erzeugen. Ob und inwieweit dies gelingen mag, ist allerdings fraglich. Ebenso ist es mehr als fraglich, ob es aus rechtlichen Gründen überhaupt möglich ist, die Versicherung der bisher privat Versicherten (mit deren bisher gebildeten Kapitalrückstellungen) einer de facto Zwangsenteignung zu unterwerfen. Wie auch immer – selbst für den Fall, dass die Einführung der Bürgerversicherung gelänge, wäre der Effekt auf die künftige Entwicklung des Beitragssatzes sehr mager, wie Abbildung 2 deutlich macht.

Die Abbildung stellt die Auswirkung auf den Beitragssatz bei Einführung einer Bürgerversicherung für das realistische Kostendruckszenario dar. Wie sich zeigt, ist mit der Einführung einer Bürgerversicherung eine kurzfristige Senkung des Beitragssatzes auf 13 anstatt 13,9% möglich, da anfänglich vor allem durchschnittlich reichere Teile der Bevölkerung in die GKV neu hinzukommen. Die langfristige Beitragssatzdynamik wird mit diesem Konzept aber in keiner Weise gebrochen, und somit wäre das Problem mit Bürgerversicherung im Grunde genau das gleiche wie ohne Bürgerversicherung: Der Beitragssatz erreicht in der langen Frist knapp 25%, angesichts momentaner Debatten über zu hohe Lohnnebenkosten ein unvorstellbares Zukunftsszenario.

Abb. 2

Entwicklung des GKV-Beitrags von 2005 bis 2080 bei Einführung der Bürgerversicherung

mit medizinisch-technischem Kostendruck



Quelle: Berechnung der Autoren.

[1] Dabei wurden die Differenzen aus den ursprünglich geplanten finanziellen Wirkungen des GMGs vom durchschnittlichen Beitragssatz der ersten Hälfte des Jahres 2005 subtrahiert. Im hier abgebildeten durchschnittlichen Beitragssatz sind allerdings auch die so genannten Sonderzahlungen für Krankengeld und Zahnersatz enthalten, welche seit Juli 2005 alleine von den Arbeitnehmern zu finanzieren sind.

Gesundheitsprämie und kapitalgedeckte Prämien – bezahlbare Alternativen?

Wie also wirken die Konzepte Gesundheitsprämie und kapitalgedeckte Prämie, welche die Unionsparteien bzw. die FDP vorlegen? Beiden Konzepten ist zunächst gemein, dass sie durch die vollständige Abkopplung der Lohnnebenkosten von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben unabhängig sind und somit auf eine Ankurbelung des Arbeitsmarktes hoffen lassen.

Bei der von den Unionsparteien favorisierten Gesundheitsprämie spielt der doppelte Alterungsprozess auf der Einnahmenseite eigentlich keine Rolle, da die Gesundheitsprämie unabhängig vom Alter zu entrichten ist. Allerdings steigen mit zunehmender Gesellschaftsalterung und medizinisch-technischem Kostendruck die Gesundheitsausgaben stetig an. Eine heute festgelegte Prämie kann aber die langfristig höheren Kosten nicht decken und muss deshalb ebenfalls nach oben angepasst werden.

Beim Modell der kapitalgedeckten Prämie, welches nach Meinung der FDP eingeführt werden soll, sind – im Idealfall vollständig funktionierender Versicherungsmärkte – die individuellen Prämien so kalkuliert, dass sie im Barwert über den restlichen Lebenszyklus genau den individuell zu erwartenden Ausgaben entsprechen. Dies gilt allerdings nur hinsichtlich der Ausgaben des jetzigen GKV-Leistungskataloges, denn eine Kapitaldeckung des künftigen medizinisch-technischen Kostendrucks wird in privaten Versicherungsverträgen zumindest momentan nicht angeboten und soll daher außer Acht gelassen werden. In der Konsequenz werden auch die kapitalgedeckten Prämien mit der Zeit ansteigen, allerdings nur bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Anders als bei der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie kann ein Anstieg der kapitalgedeckten Prämie aufgrund des zunehmenden Durchschnittsalters vermieden werden.[2]

Nun gelten aber beide Konzepte, so wie sie bislang beschrieben wurden, als sozial ungerecht, da ärmere Teile der Bevölkerung die gleiche Prämie zahlen müssen wie reichere. Bei der kapitalgedeckten Prämie kommt in deren Einführungsphase noch hinzu, dass ältere Teile der Bevölkerung wesentlich höhere Prämien zu bezahlen haben als jüngere, da die heute Alten in der Vergangenheit keine Kapitalrückstellungen gebildet haben und zudem höhere altersspezifische Kosten verursachen. Auch dies wird von vielen als sozial ungerecht empfunden. Deswegen sehen beide Konzepte die Einführung einer so genannten Prämiensubvention vor. Diese wird denjenigen Teilen der Bevölkerung gewährt, bei denen die Prämie einen bestimmten Prozentsatz des Bruttoeinkommens übersteigt. Geht man davon aus, dass bei Umstellung des jetzigen Systems auf ein System von Gesundheitsprämien bzw. kapitalgedeckten Prämien eine Überforderungsgrenze in Höhe von 14,2% gewählt wird, was dem anfänglichen Beitragssatz zur GKV aus Abbildung 1 entspricht, kann sichergestellt werden, dass niemand schlechter gestellt wird.[3] Darüber hinaus sehen die meisten konkreten Ausgestaltungen beider Konzepte vor, dass die Prämien für Kinder aus Steuermitteln finanziert werden. Im Folgenden werden daher nur noch die Prämien für Erwachsene berücksichtigt.

Wird angenommen, dass die Gesundheitsprämie die laufenden jährlichen GKV-Ausgaben für alle Erwachsenen im Jahr 2006 gerade abdeckt, kommt man auf eine Gesundheitsprämie in Höhe von etwas über 200 € pro Monat für alle Erwachsenen, die bislang in der GKV versichert sind.[4] Der damit einhergehende gesamtwirtschaftliche Subventionsbedarf beträgt bei einer Überforderungsgrenze von 14,2% des Bruttoeinkommens etwa 25 Mrd. € im Jahr 2006.

Für die Berechnung der gesamtwirtschaftlichen Prämiensubvention bei Einführung der kapitalgedeckten Prämie bedarf es zunächst Annahmen über die Höhe der Prämie. Werden aktuarisch faire Prämien für jeden Jahrgang so kalkuliert, dass sie die zukünftig zu erwartenden Kosten abdecken, ergeben sich bei mittleren Annahmen über den Realzins und das reale Ausgabenwachstum von 3 bzw. 1,5% Prämien zwischen 171 (19-Jährige) und 470 € (85 und älter) pro Monat im Jahr 2006. Beschränkt man den Maximalbetrag der kapitalgedeckten Prämie ebenfalls auf 14,2% des Bruttoeinkommens, so führt dies im Jahr 2006 zu einer gesamtwirtschaftlichen Prämiensubvention in Höhe von 76 Mrd. €.

Wie aber verhalten sich die Prämiensubventionen über die Zeit? Für die Beantwortung dieser Frage ist von entscheidender Bedeutung, wie sich die Prämien entwickeln. Wie bereits erläutert, wird die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsprämie von steigenden Ausgaben aufgrund des doppelten Alterungsprozesses und des medizinisch-technischen Kostendrucks determiniert. In realer Kaufkraft des Jahres 2006 führt dies zu einem Anstieg der Prämie um 70% bis zum Jahr 2050. Damit einhergeht – wie in Abbildung 3

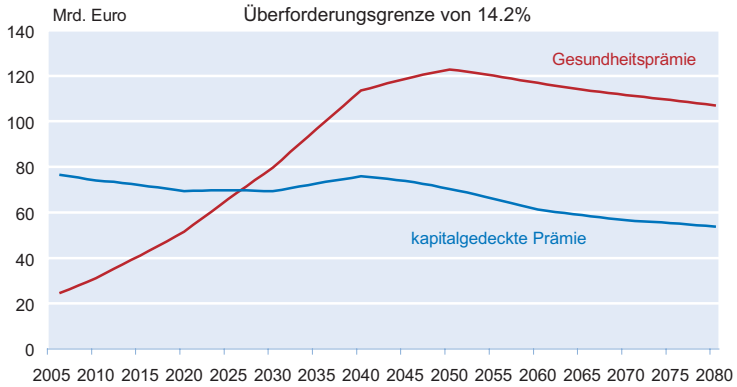
[2] Sieht man von einer leichten Steigerung aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung ab.

[3] Allerdings muss die Prämiensubvention gegenfinanziert werden, wozu entweder Steuererhöhungen oder Ausgabenkürzungen im staatlichen Budget notwendig sind. Damit kommt es dann quasi in einer zweiten Runde doch zu einer Schlechterstellung einiger Versicherter.

[4] Auf den konkreten Vorschlag der so genannten »solidarischen Gesundheitsprämie« der Unionsparteien wird hier nicht eingegangen, da dieser angesichts der 2005 realisierten Ausgaben nicht mehr budgetneutral ist. Zudem beherzigt der Unionsvorschlag den Gang zur Gesundheitsprämie nur halb, und es sollen in diesem Beitrag die finanziellen Konsequenzen des Gesundheitsprämienmodells und nicht diejenigen eines Kompromisses dargelegt werden. Um die mit dem Unionsvorschlag verbundenen Konsequenzen grob abzuschätzen, können die dargestellten Ergebnisse von Gesundheitsprämie und Beitragssatzprognose kombiniert werden.

Abb. 3

Entwicklung des gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarfs[a] von 2005 bis 2080 bei Einführung einer Gesundheitsprämie bzw. kapitalgedeckten Prämie



[a] in realer Kaufkraft

Quelle: Berechnung der Autoren.

veranschaulicht – ein Anstieg der jährlichen gesamtwirtschaftlichen Prämiensubvention. Dieser nimmt von 25 Mrd. € im Jahr 2006 auf über 120 Mrd. € im Jahr 2050 kontinuierlich zu – und das gemessen in realer Kaufkraft des Jahres 2006, d.h. reales Wachstum nebst Inflation darf in entsprechender Höhe hinzugerechnet werden. Der Knick Anfang der 2040er Jahre resultiert aus dem annahmegemäßen Aussetzen des medizinisch-technischen Kostendrucks.[5] Nach 2050 geht die Prämiensubvention wieder zurück, da das Durchschnittsalter und damit die durchschnittlichen Gesundheitskosten der deutschen Bevölkerung leicht zurückgehen.

Die Entwicklung der kapitalgedeckten Prämien auf individueller Ebene ist hingegen fast ausschließlich vom medizinisch-technischen Fortschritt geprägt. Dieser prämiensteigernde Effekt wird aber gedämpft, weil ältere Jahrgänge, die hohe Prämien aufgrund fehlender Kapitalrückstellungen zahlen müssen, sukzessive aussterben. Die Prämien der »nachwachsenden« jungen Jahrgänge sind aufgrund der Zinseszinseffekte in der Nettoansparphase wesentlich geringer. Entsprechend ist auch die gesamtwirtschaftliche Prämiensubvention von diesen zwei Effekten geprägt. Das anfänglich relativ hohe Niveau von 76 Mrd. € geht – wiederum in realer Kaufkraft des Jahres 2006 gemessen – zunächst auf 70 Mrd. € bis zum Jahr 2020 zurück, weil in zunehmendem Maße die Jahrgänge mit sehr hohen Prämien ausscheiden. Zwischen 2030 und 2040 dominiert ein Prämienanstieg aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und führt zu einem Niveau von wiederum 76 Mrd. €. Danach endet die annahmegemäße Wirkungsdauer des medizinisch-technischen Kostendrucks, und es dominiert wiederum der Effekt, dass junge Jahrgänge mit langen Ansparphasen ältere Jahrgänge ersetzen. Verglichen mit dem Prämiensubventionsbedarf der Gesundheitsprämie kann diejenige der kapitalgedeckten Prämie aber in etwa konstant gehalten werden.

Das Hauptergebnis aus Abbildung 3 ist jedoch zweifelsohne, dass beide Konzepte über kurz (bei kapitalgedeckten Prämien) oder lang (bei der Gesundheitsprämie) zu einem extrem hohen Niveau an gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarf führen, was deren langfristige Durchsetzbarkeit in der dargestellten Form eher unwahrscheinlich macht.[6] Denn der Subventionsbedarf muss ja schließlich finanziert werden und angesichts der derzeitigen Steuersenkungsdebatten scheint es schlichtweg utopisch, dass dies über zusätzliche Steuereinnahmen passiert. Auch die Alternative, nämlich entsprechende Ausgabenkürzungen im staatlichen Budget, ist sehr unpopulär und wird von Politikern gescheut.

Was also tun?

Soll der Subventionsbedarf auf einem niedrigen Niveau gehalten werden, gibt es im Prinzip nur zwei Möglichkeiten: Entweder der gesetzlich obligatorische Leistungskatalog wird reduziert, was mit niedrigeren Ausgaben und damit niedrigeren Prämien einhergeht (dazu zählt auch die Möglichkeit, den dynamischen Leistungskatalog zu reduzieren, indem der medizinisch-technische Kostendruck begrenzt wird) oder die Überforderungsgrenze wird angehoben. Beide Möglichkeiten sind aber Kehrseiten der gleichen Medaille, denn es wird in beiden Fällen der Anteil des Einkommens erhöht, der für die Gesundheitsvorsorge ausgegeben werden soll. Im einen Fall wird die Grenze direkt angehoben, im anderen Fall indirekt, weil nämlich die Gegenleistung reduziert wird. Für beide Fälle gilt aber: Wenn jemand mehr für Gesundheit ausgeben soll, muss er zwangsläufig weniger für etwas anderes ausgeben.

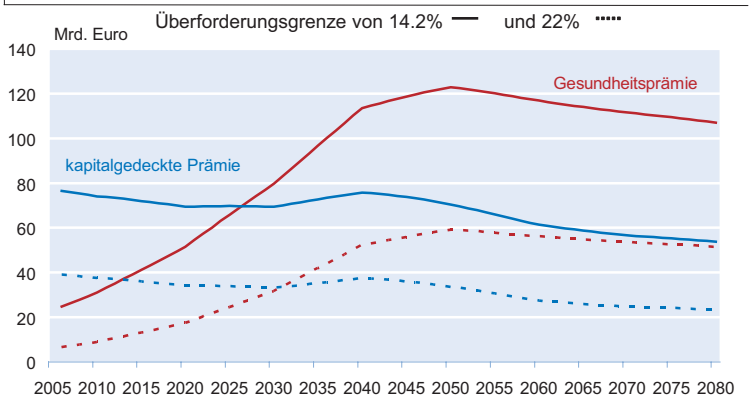
Wird der direkte Weg einer Heraufsetzung der Überforderungsgrenze gewählt, so stellt sich die Frage, auf welches Niveau diese maximal angehoben werden kann. Um hierauf zu antworten, soll – rein hypothetisch – angenommen werden, das »andere« seien Ausgaben für des Deutschen »liebstes Konsumkind«, das Auto. Die durchschnittlichen Ausgaben laut EVS 2003 für Kraftfahrzeuge betragen etwa

[5] Die an sich arbiträre Wahl des Endzeitpunkts der Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts erfolgt aus Vergleichszwecken aus den gleichen Gründen wie oben.

[6] Es sei nochmals betont, dass die Rechnungen in realer Kaufkraft des Jahres 2006 ausgedrückt sind. Nimmt man ein reales Wachstum von 1,5% per annum an, müsste man die Prämiensubventionen des Jahres 2080 noch mit dem Faktor 3 multiplizieren, um nur deren realen Wert zu erhalten.

Abb. 4

Entwicklung des gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarfs[a] von 2005 bis 2080 bei Einführung einer Gesundheitsprämie bzw. kapitalgedeckten Prämie



[a] in realer Kaufkraft

Quelle: Berechnung der Autoren.

8% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens.[7] Werden diese auf die 14,2% aufgeschlagen, ergibt sich eine Überforderungsgrenze von rund 22% des Bruttoeinkommens. Die Konsequenz einer solchen Maßnahme auf die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionen für beide Prämienmodelle zeigt Abbildung 4.

Wie nicht anders zu erwarten, sinkt der Prämiensubventionsbedarf für beide Prämien beträchtlich. Für den Fall der Einführung der Gesundheitsprämie führt das Heraufsetzen der Überforderungsgrenze zu einer Senkung des gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarfs von 25 auf 7 Mrd. € im Jahr 2006. Im zeitlichen Verlauf bewegt sich der gesamtwirtschaftliche Prämiensubventionsbedarf bei 22%-iger Überforderungsgrenze qualitativ ungefähr so, wie derjenige bei 14,2%-iger Überforderungsgrenze, allerdings auf einem deutlich geringeren Niveau, das 2050 im Maximum mit 60 Mrd. gut die Hälfte des Niveaus der Überforderungsgrenze von 14,2% beträgt. Bei den kapitalgedeckten Prämien verläuft der gesamtwirtschaftliche Prämiensubventionsbedarf beider Überforderungsgrenzen annähernd parallel. Die Prämiensubvention im Jahr 2006 sinkt durch die Erhöhung der Überforderungsgrenze von 76 auf 39 Mrd. € und bleibt im Zeitverlauf etwa 37 Mrd. € niedriger als bei der Überforderungsgrenze von 14,2%.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse aus Abbildung 4 also, dass durch ein deutliches Heraufsetzen der Überforderungsgrenze zukünftig eher finanzierbare Prämiensubventionen zu erreichen sind. Dies gilt langfristig besonders dann, wenn kapitalgedeckte Prämien eingeführt werden sollten. Offen bleibt aber trotzdem die Frage, ob sich die Politiker auf Ausgabenkürzungen oder Steuererhöhungen in den hier veranschaulichten Dimensionen einigen können. Diejenigen, die eine Überforderungsgrenze von über 22% des Bruttoeinkommens oder mehr als unsolidarisch empfinden, seien darauf hingewiesen, dass ein Beitragssatz zu einer Bürgerversicherung, der deutlich über 22% steigt, auch nichts anderes bedeutet als eine Anhebung des Einkommensanteils, den jemand maximal für die gesetzlich obligatorische Gesundheitsvorsorge ausgeben muss. Fazit: Egal, auf welches Reformkonzept sich die politisch Verantwortlichen künftig auch einigen werden, muss die Frage gestellt werden: Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?

[7] Betrachtet man die Ausgabenkategorien Kraftfahrzeuge, Ersatzteile und Zubehör, Kraftstoffe und Schmiermittel, Garagen und Stellplatzmiete sowie Wartung ergibt sich ein Gesamtbetrag in Höhe von 265 € monatlich. Bei einem durchschnittlichen monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen von 3 454 € entspricht dies 7,7%.