

Schnurr, Felix; Vatter, Johannes; Weimann, Frank

Working Paper

Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?

Diskussionsbeiträge, No. 45

Provided in Cooperation with:

Research Center for Generational Contracts (FZG), University of Freiburg

Suggested Citation: Schnurr, Felix; Vatter, Johannes; Weimann, Frank (2010) : Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?, Diskussionsbeiträge, No. 45, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Forschungszentrum Generationenverträge (FZG), Freiburg i. Br.

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/45791>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



FORSCHUNGS
ZENTRUM
GENERATIONEN
VERTRÄGE

DISKUSSIONSBEITRÄGE DISCUSSION PAPERS

Zum Kostenanstieg im
Gesundheitswesen 2009:
Wie teuer waren die Reformen?

Felix Schnurr
Johannes Vatter
Frank Weinmann

No. 45 – July 2010



Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?

**Felix Schnurr
Johannes Vatter
Frank Weinmann**

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*

Juli 2010

Zusammenfassung

Das faktisch umlagefinanzierte Gesundheitswesen der Gesetzlichen Krankenversicherung steht in Anbetracht der demografischen Entwicklung nach wie vor massiven Finanzierungsproblemen gegenüber. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sollte daher ursprünglich nicht nur Ausgangspunkt für weitere Reformen etwa in Richtung eines Prämiensystems sein, sondern sich vor allem effizienzsteigernd und kostendämpfend auswirken. Tatsächlich jedoch sind die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen im Krisenjahr 2009 um mehr als sechs Prozent angestiegen. Dieser Beitrag wirft einen detaillierten Blick auf die zurückliegende Kostensteigerung und misst den ursächlichen Einflussfaktoren ihre jeweilige Bedeutung zu. Die Analyse konzentriert sich dabei insbesondere auf demografische, technologische und politische Faktoren.

JEL: H62, I1

* Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79098 Freiburg, johannes.vatter@generationenvertraege.de, Fon +49-761-203-9236, Fax +49-761-203-9226.

1. Einleitung

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen noch gut zwei Jahrzehnte von seiner demografischen Höchstbelastung entfernt ist, bereitet der zunehmende Kostendruck der Politik bereits heute massive Schwierigkeiten. Ein Grundsatz der gesundheitsökonomischen Analyse besteht darin, das System stärker nach den Gesetzen des Wettbewerbs auszurichten, damit einhergehende Effizienzreserven zu heben und somit eine weitreichende Rationierung zukünftiger Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrenzen. Inspiriert durch diese Leitlinie kam es auch zur Namensgebung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Formuliertes Ziel des Maßnahmenbündels war es, die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und damit letztlich einen Effizienzanstieg innerhalb des Systems voranzutreiben.²

Obleich zahlreiche Wissenschaftler bereits im Vorfeld Kritik an den Gesetzesänderungen übten und selbst unter den beteiligten Politikern bereits kurz nach Verabschiedung des Gesetzes im Februar 2007 nur wenig Euphorie zu spüren war, muss der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben von mehr als 6 Prozent in 2009 zunächst verwundern, schließlich kann dieser kaum Ausdruck einer gesteigerten Systemeffizienz sein. Passend erscheinen hierbei die zahlreichen kritischen Medienberichte, welche unter dem Reformtitel „Gesundheitsfonds“ entgegen seiner ursprünglichen Zielsetzung einen zentralen Kostentreiber sahen. Vielfach wurde dabei auf einen erheblichen bürokratischen Aufwand ebenso wie problematische Anreize etwa bei der Diagnoseerstellung verwiesen.³ Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass ein großer Teil dieser potentiellen Zusatzlasten des öffentlichen Gesundheitswesens tatsächlich erst im Jahr 2010 zu Buche schlagen kann.⁴ Gleichzeitig sind mögliche – durch die neue Wettbewerbsordnung induzierte – Effizienzsteigerungen auf der Ebene der Krankenkassen zu großen Teilen ebenfalls erst mit einer Verzögerung zu erwarten. Der Gesundheitsfonds selbst kann daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder als zentrale Triebfeder des rasanten Kostenanstiegs angesehen noch hinsichtlich seiner Effizienzwirkungen bewertet werden. Es stellt sich aber dennoch die Frage, welcher Anteil des gegenwärtigen Kostenanstiegs auf die Reformmaßnahmen und welcher auf andere Faktoren wie etwa die Alterung der Gesellschaft oder den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen ist. Gleichzeitig erscheinen die relativen Zuwächse einzelner Ausgabekategorien von großem Interesse, schließlich bahnen sich nun, drei Jahre nach der Verabschiedung des GKV-WSG, erwartungsgemäß weitere Reformen zur Konsolidierung des Systems an. Neben der Neuordnung des Arzneimittelmarktes müssen auch die Krankenhausfinanzierung und das Honorarwesen der Ärzte weiterhin auf den Prüfstand. Neben der anhaltenden Diskussion über eine Loslösung einer weitgehend lohnbasierten Gesundheitsversorgung zeigt das Jahr 2009 deutlicher als jemals zuvor, dass es auch für die Ausgabenseite eines kontinuierlichen Diskurses bedarf.

² Vgl. Deutscher Bundestag (2006) Gesetzesentwurf zum GKV-WSG (Drucksache 16/3100).

³ Vgl. etwa *Handelsblatt* (01.07.2009): „Gesundheitsfonds [...] kostet Milliarden“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (04.08.2008): „Die Gesunden sind die Verlierer“, *Die Welt* (11.12.2008): „Gesundheitsfonds ist die bitterste Pille für 2009“, *Focus* (05.11.2008): „Mit dem Fonds zeichnet sich schon jetzt ein Teufelskreis der Beitragssteigerung ab“ oder *Der Spiegel* (05.10.2009): „Die Krankmacher“.

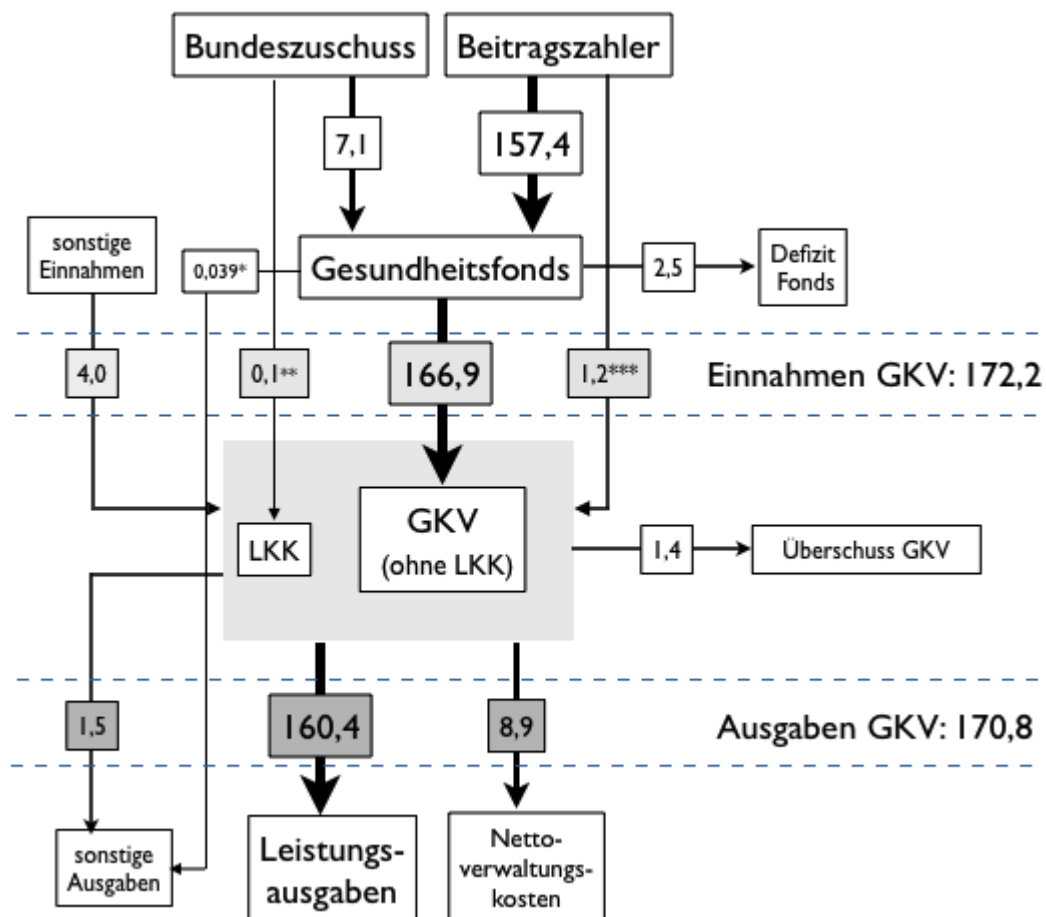
⁴ Eine Erhebung zusätzlicher Beiträge durch die gesetzlichen Krankenkassen fand im 2009 so gut wie nicht statt. Etwaige Veränderungen in der Diagnostik aufgrund des ausgebauten Risikostrukturausgleichs machen sich, sofern diese Befürchtung überhaupt in erheblicher Weise eintritt, ebenfalls erst ab 2010 ff. bemerkbar aufgrund der prospektiven Ausgestaltung der Morbiditätszuweisungen.

Im nachfolgenden Kapitel werden zunächst die Zahlungsströme und Ausgabenstellen der neuen Finanzierungsstruktur erläutert. Kapitel drei stellt den vom Bundesministerium für Gesundheit ausgewiesenen Kostenanstieg in Detail dar. Das zentrale vierte Kapitel widmet sich daraufhin den Ursachen des Kostenanstiegs. Kapitel fünf gibt einen Ausblick auf das Jahr 2010 und zieht die wichtigsten Schlussfolgerungen.

2. Zahlungsströme Gesundheitsfonds 2009

Die gesetzlichen Krankenkassen gaben im Jahr 2009 allein rund 170,8 Mrd. Euro für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, die Administration sowie den gesundheitspolitischen Betrieb aus.⁵ Dieser Betrag kommt dabei wie folgt zustande.⁶

Abbildung 1: Zahlungsströme und Kosten des deutschen Gesundheitswesens 2009 in Mrd. Euro



Quelle: Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen 2009. *Davon entfallen lediglich drei Millionen auf die Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. 271 Abs. 6 SGB V. **Bundeszuschuss an die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). ***Davon entfällt rund eine Mrd. auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen.

⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2010a). Davon entfallen 2,4 Mrd. Euro auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK), die als berufsständische Versicherung für landwirtschaftliche Unternehmer nicht am Gesundheitsfonds beteiligt sind. Der verbleibende Betrag in Höhe von 168,4 Mrd. Euro entfällt auf die am Gesundheitsfonds partizipierenden Krankenkassen, deren Ausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) erstattet werden.

⁶ Vgl. hierzu Abbildung 1.

Mit 160,4 Mrd. Euro bzw. 94 Prozent aller Ausgaben entfällt der größte Teil auf die Leistungsvergütung. Die Nettoverwaltungskosten der Gesetzlichen Krankenkassen führten zudem zu immerhin 8,9 Mrd. Euro (5,2 Prozent). Hinzu kommen sonstige Ausgaben in Höhe von rund 1,4 Mrd. Euro.⁷ Den Gesamtausgaben aller Gesetzlichen Krankenkassen stehen Gesamteinnahmen in Höhe von 172,2 Mrd. Euro gegenüber, wovon 166,9 Mrd. auf Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds, 1,2 Mrd. auf Beitragszahlungen vor dem 01.01.2009 und rund 4,0 Mrd. Euro auf sonstige Einnahmen entfallen.⁸ Somit ergaben sich in 2009 Überschüsse bei den Gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 1,4 Mrd. Euro.

Dem Gesundheitsfonds als zentralem Finanzierungs- und Verteilungsinstrument flossen im Jahr 2009 Beitragszahlungen in Höhe von 157,4 Mrd. Euro sowie ein Steuerzuschuss in Höhe von 7,1 Mrd. Euro zu. Den Einnahmen von insgesamt 164,5 Mrd. Euro standen die oben aufgeführten Zuweisungen an die Krankenkassen gegenüber. Insgesamt kam es somit im Jahr 2009 zu einer Unterfinanzierung des Fonds in Höhe von 2,5 Mrd. Euro.⁹ Der Gesundheitsfonds selbst induzierte einen Verwaltungsaufwand auf Seiten des Bundesversicherungsamtes (BVA) in Höhe von etwa 3 Millionen Euro.

3. Anstieg öffentlicher Gesundheitsausgaben 2009

Im Vergleich zu 2008 belaufen sich die Mehrausgaben allein im Rahmen der GKV auf 9,8 Mrd. Euro.¹⁰ Dies entspricht einem Anstieg um 6,2 Prozent und damit der höchsten Ausgabesteigerung seit mehr als 15 Jahren.¹¹

Tabelle 1: Kostenanstieg in der GKV 2009 in Mrd. Euro

	2009	2008	Δ absolut	Δ in Prozent
Gesamtausgaben GKV	170,8	160,9	9,8	6,2
Leistungsausgaben	160,4	150,9	9,5	6,3
davon:				
<i>Krankenhausbehandlung</i>	56,0	52,6	3,4	6,4
<i>Ärztliche Behandlung</i>	25,8	24,1	1,8	7,3
<i>Arzneimittelausgaben</i>	30,7	29,1	1,6	5,1
<i>Behandlung durch Zahnärzte (inkl. Zahnersatz)</i>	11,2	10,9	0,3	2,7
<i>Krankengeld</i>	7,3	6,6	0,7	10,2
<i>Sonstige Leistungsausgaben</i>	28,4	27,5	1,9	3,1
Nettoverwaltungsausgaben	8,9	8,3	0,6	7,5
Sonstige Ausgaben	1,5	1,8	-0,3	-15,7

Quelle: Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2008 und 2009.

Verursacht wurde der Kostenanstieg weitestgehend durch die Ausweitung der Leistungsausgaben, die um 9,5 Mrd. Euro auf insgesamt 160,4 Mrd. Euro gestiegen sind und somit eine Wachstumsrate

⁷ Sonstige Ausgaben fallen etwa für Zinsaufwendungen und Veräußerungsverluste an.

⁸ Hierbei handelt es sich u.a. um Zinseinnahmen sowie um die Vergütung sonstiger Leistungen etwa im Auftrag der deutschen Rentenversicherung.

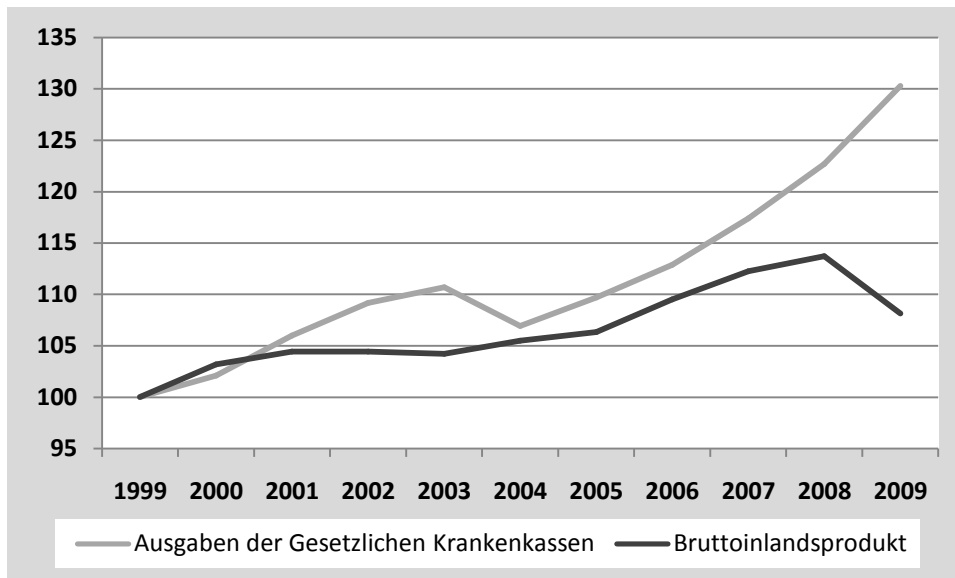
⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2010b).

¹⁰ Vgl. Tabelle 1.

¹¹ Vgl. Tabelle 2. Der durchschnittliche Kostenanstieg zwischen 2000 und 2008 lag hingegen bei 2,3 Prozent.

von 6,3 Prozent zum Vorjahreswert aufweisen. Damit deckt der Anstieg der Leistungsausgaben fast 97 Prozent der gesamten Kostensteigerung ab. Die größten Anteile an den zusätzlichen Leistungsausgaben entfallen wiederum auf die Ausgaben der Krankenhausbehandlung (34,9 Prozent des gesamten Kostenanstiegs), Arzneimittelausgaben (18,4 Prozent) sowie Ausgaben für ärztliche Behandlungen mit (16,3 Prozent).¹² Neben den Leistungsausgaben sind aber auch die Nettoverwaltungs Ausgaben um 0,6 Mrd. Euro gewachsen, was einer Steigerung von immerhin 7,5 Prozent entspricht. Die sonstigen Ausgaben gingen hingegen um 0,3 Mrd. Euro deutlich zurück.¹³

Abbildung 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP



Anmerkungen: 1999=100. Quelle: Vgl. Tabelle 2.

Tabelle 2: Kennzahlen der Kostenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen seit 2000 in Prozent

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kostenanstieg GKV*	2,1	3,8	3,0	1,4	-3,4	2,6	2,9	4,0	4,5	6,2
Verbraucherpreise**	1,4	1,9	1,5	1,0	1,7	1,5	1,6	2,3	2,6	0,4
BIP Wachstum (r)	3,2	1,2	0,0	-0,2	1,2	0,8	3,0	2,5	1,3	-4,9
GKV-Ausgaben/BIP	6,5	6,6	6,7	6,7	6,3	6,4	6,4	6,4	6,5	7,2

Quelle: * Bundesgesundheitsministerium (2009), ** Statistisches Bundesamt (2010). Der Rückgang der Gesamtausgaben im Jahr 2004 ist auf zwei wesentliche Regelungen des zum 1.1.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zurückzuführen. Zum einen bewirkte die Einführung der Praxisgebühr einen Rückgang der Ausgaben für ärztliche Behandlung, zum anderen sanken die Arzneimittelausgaben aufgrund des Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog.

Der gesamte Kostenanstieg von über sechs Prozent kann dabei als außergewöhnlich stark gelten. Für die Periode zwischen den Jahren 2000 und 2008 kam es im Mittel nur zu Ausgabenzuwächsen von 2,3 Prozent. Noch gravierender erscheint der Kostenanstieg unter Berücksichtigung der scharfen Rezession des Jahres 2009 sowie der moderaten Preisentwicklung. Das Verhältnis von öffentlichen Gesundheitsausgaben zum BIP stieg dementsprechend um 0,75 Prozentpunkte auf 7,2 Prozent.¹⁴ Ein

¹² Vgl. Tabelle 1.

¹³ Neben dem Ausgabenanstieg bei den Gesetzlichen Krankenkassen kam es auch zu zusätzlichen Kosten bei den Bundesbehörden. Diese Ausgabensteigerung liegt jedoch in einem geringen dreistelligen Millionenbereich, welcher im Vergleich zur Ausweitung der Leistungsausgaben nur eingeschränkt ins Gewicht fällt. Im Folgenden konzentriert sich der Beitrag daher auf die in Tabelle 2 dargestellten Mehrausgaben.

¹⁴ Vgl. Tabelle 2.

derartig kräftiger Anstieg der relativen Gesundheitsausgaben ist einmalig in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Die verschärfende Auswirkung der Finanz- und Wirtschaftskrise ist dabei deshalb von Bedeutung, da eine vollständige konjunkturelle Erholung und die damit einhergehende Rückkehr auf den ursprünglichen Wachstumspfad vor Ausbruch der Krise als wenig wahrscheinlich eingestuft wird.¹⁵ Der erhebliche Mehraufwand im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung trifft somit zeitgleich auf eine strukturell getroffene Beitragsbasis. Im Vergleich etwa zur der kostendämpfenden Reform im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004, stellt der Kostenanstieg des Jahres 2009 den aktuellen Reformmaßnahmen demnach ein zweifelhaftes Zeugnis aus.¹⁶ Zumindest die erklärte Zielsetzung einer „Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer“ wurde – dies lässt sich bereits bei diesem Stand der Analyse festhalten – bislang nicht erreicht.¹⁷ Fraglich bleibt, was genau den übermäßigen Kostenschub verursacht hat und in welchem Ausmaß die zu bestimmenden Faktoren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung genommen haben.

4. Ursachenanalyse

4.1. Formale Zerlegung der Ursachen des Kostenanstiegs

Die Ausgaben des Gesundheitswesens lassen sich vereinfachend zerlegen in Leistungs- und Verwaltungsausgaben. Jede Leistung i , sei es eine Arztbehandlung, ein Arzneimittel oder ein Krankenhausaufenthalt, geht dabei mit bestimmten Kosten einher. x_i stelle im Folgenden die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen i und P_i die Kosten einer einzelnen Leistungserbringung i dar. Zudem fallen pro Versicherten V_t Verwaltungskosten in Höhe von vk_t an. Die gesamten Kosten des Jahres t ergeben sich durch

$$(1) \quad K_t = X_{i,t}P_{i,t} + vk_tV_t.$$

Der Kostenanstieg eines Jahres ist somit bestimmt durch

$$(2) \quad \Delta K_t = K_t - K_{t-1} = \Delta P_{t,i}X_{t-1,i} + \Delta X_{t,i}P_{t,i} + X_{t,j}P_{t,j} + \Delta vk_tV_{t-1} + \Delta V_tvk_t.$$

Der erste Term ($\Delta P_{t,i}X_{t-1,i}$) stellt die Mehrkosten aufgrund des Preisanstiegs des bestehenden Leistungskatalogs dar. Darin sind sowohl Preisveränderungen im Zuge der allgemeinen Inflationsrate als auch die Folgen politischer oder tariflicher Veränderungen enthalten. Der medizinisch-technische Fortschritt wirkt sich im Rahmen bereits bestehender Produkte theoretisch kostensenkend aus, da er die Bereitstellung der gleichen Leistung vergünstigt.

Die Zunahme der Anzahl bestehender Leistungen ($\Delta X_{t,i}P_{t,i}$) hingegen ist letztlich Konsequenz der demografischen Entwicklung und einzelner Nachfrageverschiebungen aufgrund des verstärkten oder rückläufigen Auftretens mancher Krankheiten.

Der dritte Term ($X_{t,j}P_{t,j}$) stellt schließlich Mehrkosten aufgrund neu aufgenommener Leistungen (j) dar, was im Kern die Folge von technischen und medizinischen Innovationen ist.

¹⁵ Vgl. Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose (2009).

¹⁶ Vgl. Abbildung 2.

¹⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (2006) Gesetzesentwurf zum GKV-WSG (Drucksache 16/3100), S. 2.

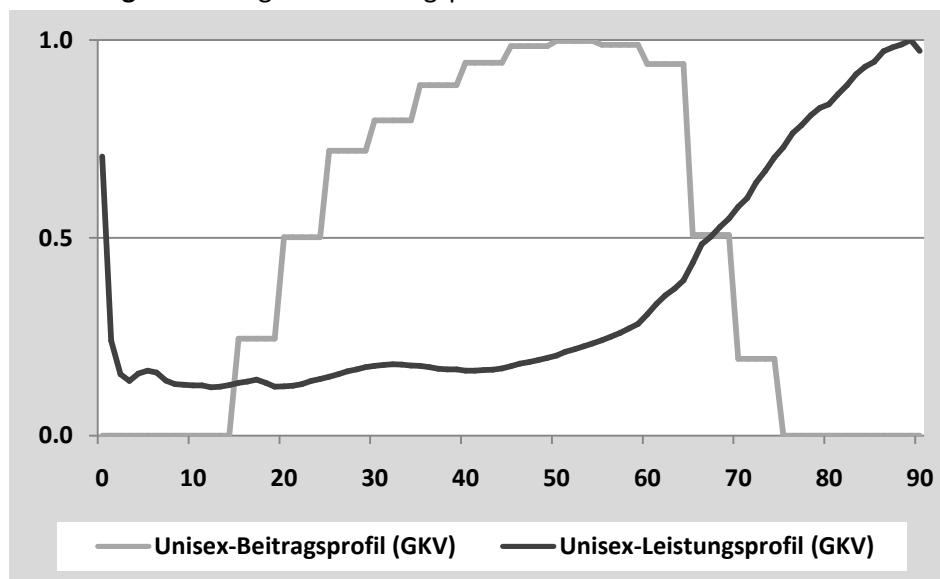
Schließlich kann es auch zu Veränderungen bei den Verwaltungskosten kommen. Hier spielt primär die Entlohnung der Verwaltungskräfte sowie die Effizienz der Verwaltungsabläufe eine entscheidende Rolle. Letztere wird u.a. durch die politische Ausgestaltung der Aufgaben der GKV und die Wettbewerbsordnung, welche für die Krankenkassen besteht, maßgeblich beeinflusst. Da Anzahl der Versicherten derzeit nur relativ geringen Schwankungen ausgesetzt ist, kann gerade die Veränderung der Verwaltungsausgaben als Indiz für Produktivitätszuwächse innerhalb der Krankenkassen selbst betrachtet werden.

Unter Ausschluss der Verwaltungsausgaben lassen sich demzufolge vier zentrale Einflussfaktoren auf die Kosten benennen: Die gesellschaftliche Alterung, der medizinisch-technische Fortschritt, politische Reformmaßnahmen und die allgemeine Teuerungsrate, welche sich teils direkt, teils durch regelmäßige politische Anpassungen ebenfalls in höheren Gesundheitsausgaben niederschlägt.

4.2. Demographie

Der anhaltende Alterungsprozess der deutschen Gesellschaft kann zweifellos als eine der bedeutendsten Ursachen des Kostendrucks in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden, schließlich handelt es sich ähnlich wie bei der Deutschen Rentenversicherung um einen impliziten Generationenvertrag.¹⁸ Der zentrale Umverteilungsstrom verläuft dementsprechend ebenfalls von den jungen zu den älteren Haushalten. Dieser wird offenkundig bei Betrachtung der altersspezifischen Beitrags- und Ausgabenprofile der GKV.¹⁹

Abbildung 3: Leistungs- und Beitragsprofile der GKV



Anmerkungen: Zahlungsprofile sind skaliert auf einen Maximalwert von eins. **Quelle:** Bundesministerium für Gesundheit und EVS.

Gegenwärtig kommen 34 Personen im Alter von 65 oder älter auf 100 Einwohner. Bis 2020 ist ein noch relativ sanfter Anstieg auf ein Verhältnis von 40 zu 100 zu erwarten.²⁰ Ein Ansteigen des Altenquotienten auf über 60 bis zum Jahr 2040 ist letztlich jedoch kaum zu verhindern. In einer langfristigen Betrachtung sind durch die kontinuierlich ansteigende Zahl älterer Menschen bei gleichzeitigem

¹⁸ Vgl. Fetzer und Raffelhüschen (2004).

¹⁹ Vgl. Abbildung 3.

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009).

Rückgang der Beitragszahler Finanzierungslücken in Höhe von ca. einem BIP zu erwarten.²¹ Und auch unter der Annahme einer zukünftig lohnunabhängigeren Finanzierung des Gesundheitswesens wird dieser Tatbestand im Kern bestehen bleiben. Zwar könnten die Beitrags- und Steuerzahlungen, welche in die gesetzliche Krankenkasse fließen, zu geringeren Anteilen von den Erwerbstätigen getragen werden, die Kostenseite bleibt hiervon aber unberührt.

Zur Quantifizierung der jährlichen Zusatzkosten, welche durch die Veränderung der Altersstruktur hervorgerufen werden, lassen sich auf Basis altersspezifischer Kostenprofile sowie der Bevölkerungsstatistik Berechnungen anstellen. Hierfür werden für zwei aufeinander folgende Jahre dieselben pro-Kopf-Ausgaben je nach Alter und Geschlecht angenommen, während sich die Bevölkerungsstruktur gemäß der Periode eines Jahres verändert. Die Differenz der aggregierten Kosten beider Zeitpunkte können letztlich als Auswirkungen der demografischen Veränderung interpretiert werden. Da die Versichertenpopulation der GKV in ihrer Struktur jedoch nicht identisch ist mit der Gesamtbevölkerung, bedarf es bei dieser Methode einer Korrektur der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung.²² Dabei wurden die Werte der gesamten Bevölkerung gemäß der in 5-Jahres-Intervallen vorhandenen Altersstruktur der GKV-Versicherten mittels Skalierungsfaktoren an die tatsächliche Altersstruktur der GKV-Versichertenpopulation angepasst.²³

Auf Basis von Profildaten aus dem Jahr 2007 ergeben sich somit demografisch bedingte Mehrausgaben von etwa einem Prozent des Vorjahresniveaus. Für das Jahr 2009 entsprechen diese einem Betrag von 1,63 Mrd. Euro bzw. 16,6 Prozent des gesamten Anstiegs.²⁴ Bei einer gesonderten Betrachtung der altersspezifischen Ausgaben für ärztliche Behandlungen, Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel zeigt sich, dass insbesondere Ausgaben im Krankenhausbereich durch die demografische Entwicklung ansteigen. Hier fallen Mehrausgaben von 1,4 Prozent bzw. rund 0,7 Mrd. Euro an. Dies entspricht immerhin einem Fünftel der krankenhausbefugten Mehrkosten des Jahres 2009. Weniger stark schlägt sich der demografische Wandel hingegen bei den ärztlichen Behandlungen nieder. Hier kam es nur zu demografisch bedingten Mehrausgaben von knapp 0,6 Prozent bzw. 0,14 Mrd. Euro. Auf die Arzneimittelausgaben übt die Demografie schließlich einen mittleren Kostendruck aus. Hierfür wurde ca. ein Prozent bzw. 0,3 Mrd. Euro an demografisch bedingten Mehrausgaben getätigt. Der Anteil am gesamten Kostenanstieg im Arzneimittelsegment fällt mit 19 Prozent jedoch ähnlich hoch aus wie im Bereich der Krankenhausbehandlungen.

Tabelle 3: Demografisch bedingter Anstieg der Gesundheitsausgaben in 2009

	2008 Mrd. €	Δ 2008-2009		Demografisch bedingter Anstieg		
		absolut Mrd. €	relativ in %	absolut Mrd. €	relativ zu 2008 in %	relativ zu Δ 2008-2009 in %
Gesamtausgaben	160,9	9,8	6,1	1,6	1,0	16,6
Krankenhausbehandlung	52,6	3,4	6,5	0,7	1,4	20,9
Ärztliche Behandlung	24,1	1,8	7,5	0,1	0,6	7,6
Arzneimittelausgaben	29,2	1,6	5,4	0,3	1,0	19,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit sowie eigene Berechnungen.

²¹ Vgl. Moog und Raffelhüschen (2009).

²² Für die Berechnung wurden die Ausgabenprofile der GKV von 2007 sowie die Bevölkerungsstruktur der Jahre 2006 und 2007 herangezogen (vgl. Statistische Jahrbücher des Statistischen Bundesamtes). Da sich die Struktur des Alterungsprozesses innerhalb von zwei Jahren jedoch nur geringfügig ändert, können diese Ergebnisse auf das Jahr 2009 übertragen werden.

²³ Sowohl die verwendeten Profile als auch die Skalierungsfaktoren sind im Anhang dargestellt.

²⁴ Vgl. Tabelle 3.

4.3. Medizinisch-technischer Fortschritt

Neben Kostensteigerungen aufgrund der demografischen Entwicklung ergeben sich aber auch Ausgabenzuwächse aus der kontinuierlichen Ausweitung und Verbesserung der medizinischen Versorgung.²⁵ Insbesondere die Innovation bei Medikamenten und im Bereich medizinischer Gerätschaften geht in der Regel mit einem erhöhten Ressourcenaufwand einher. Was die konkreten Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf die gesamten Gesundheitsausgaben betrifft, können empirische Beobachtungen über längere Zeiträume Aufschluss geben. Breyer und Ulrich zeigen etwa, dass die Leistungsausgaben der GKV aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zwischen 1970 und 1995 mit einer um einen Prozentpunkt höheren Rate gewachsen sind als das reale beitragspflichtige Einkommen.²⁶ Ein ähnliches Ergebnis wird in einer Studie der Prognos AG ermittelt, die das überproportionale Wachstum der Gesundheitsausgaben zwischen 1975 und 2000 auf eine Restgröße zurückführt, die weder durch allgemeine Preisentwicklung, die Altersstruktur, den Umfang der Bevölkerung noch durch die Reallohnentwicklung erklärbar ist.²⁷ Die durchschnittliche Wachstumsrate der Restgröße wird mit jährlich rund einem Prozent beziffert. Bei anderen Untersuchungen finden sich verschiedene Annahmen über die Höhe der Wachstumsrate. Sie reichen von 0,5 Prozent im günstigsten Fall bis zu 2 Prozent bei einer dramatischen Ausgabensteigerung.²⁸ Bei der Messung des medizinisch-technischen Fortschritts durch die Residualgröße ist zu beachten, dass diese nicht in vollem Umfang als Indikator für den notwendigen Innovationsgrad des Gesundheitssystems angesehen werden kann.²⁹ In diesem Zusammenhang kommen auch wohlfahrtstheoretische Aspekte des Moral Hazard zur Geltung, die dazu führen, dass für Ärzte und Patienten Anreize zu einer überhöhten Nachfrage nach technologischen Neuerungen vorliegen.³⁰ Der Begriff des medizinisch-technischen Fortschritts wird hier deshalb so verstanden, dass er eine Reihe von Faktoren bündelt, die letztlich dafür sorgen, dass die Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen langfristig größer als Eins ist.³¹ Mit diesem Verständnis wird die Annahme einer ein-prozentigen Wachstumsrate zur Berechnung des Schätzwertes als angemessen betrachtet.

Der durch den medizinisch-technischen Fortschritt verursachte Anstieg der Leistungsausgaben beläuft sich demnach für das Jahr 2009 mit einem Prozent der Leistungsausgaben von 2008 auf insgesamt rund 1,6 Mrd. Euro bzw. ebenfalls 16 Prozent des gesamten Ausgabenanstiegs. Zieht man den Alterungsprozess und den medizinisch-technischen Fortschritt als reformunabhängige Triebfedern des Kostenanstiegs zu einem Faktor zusammen, kann dieser somit ein Drittel des gesamten Kostenanstiegs erklären.

4.4 Politische Einflussfaktoren

Für eine detaillierte Analyse des noch zu erklärenden Anteils des Kostenanstiegs sowie der Ausgabenwirksamkeit der einzelnen Reformmaßnahmen bedarf es zunächst eines kurzen Überblicks über die in 2009 wirksam gewordenen gesetzlichen Änderungen, um die Relevanz der Reformbausteine zu bewerten.

²⁵ Vgl. Ulrich (2006) und Fetzter (2005).

²⁶ Vgl. Breyer und Ulrich (2000).

²⁷ Vgl. Prognos AG (2003).

²⁸ Vgl. Postler (2003) sowie Beske und Drabinski (2005).

²⁹ Vgl. Schmeinck (2006).

³⁰ Vgl. Felder (2004).

³¹ Vgl. Prognos AG (2003).

4.4.1 Gesundheitsfonds

Die sowohl wissenschaftlich als auch medial am intensivsten begleitete Reformmaßnahme war zweifelsfrei die Einführung des sogenannten Gesundheitsfonds. Diese Neuerung stand für viele Kritiker bereits im Vorfeld der Reform für potentielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Die Umstrukturierung der Finanzierungsseite der Gesetzlichen Krankenversicherung enthält aber nicht nur zahlreiche Einzelreformen, welche eklektisch unter dem „Decknamen“ Gesundheitsfonds zusammengefasst wurden, sondern stellt bekanntermaßen nur eine politische Reformmaßnahme unter vielen des Jahres 2009 dar.

Die Einführung des Gesundheitsfonds im eigentlichen Sinne umfasst lediglich die Einrichtung einer Clearing-Stelle beim Bundesversicherungsamt (BVA) sowie die Vereinheitlichung der Beitragssätze (§ 241 bzw. §271 SGB V), ohne welche die Zusammenführung und Loslösung der Beiträge von den versicherungsspezifischen Versichertenkreisen zweckfrei geblieben wäre.³² Zusätzliche Kosten dieser Umstellungen sind etwa innerhalb der Verwaltung beim BVA zu erwarten. Sowohl das BVA als auch der Schätzerkreis für die Verwaltung des Gesundheitsfonds gehen hierbei jedoch von administrativen Kosten von weniger als drei Millionen Euro aus, was verglichen mit dem gesamten Kostenanstieg kaum nennenswert erscheint. Die Ursachen für einen eventuellen bürokratischen Mehraufwand müssen folglich auf der anderen Seite – der Krankenkassenverwaltung – liegen.³³ Die Netto-Verwaltungsausgaben der Krankenkassen summierten sich im Jahr 2009 auf 8,9 Mrd. Euro. Sie stiegen damit um 0,61 Mrd. Euro bzw. 7,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Rund 65 Prozent des Ausgabenanstiegs sind dabei auf eine buchungssystematische Umstellung zurückzuführen.³⁴ So werden ab dem 01.01.2009 die Ausgaben für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) als standardisierte Verwaltungsausgaben behandelt, die mit einer pauschalen Zuweisung über den Risikostruktur-ausgleich abgegolten werden. Die Aufnahme der verwaltungsbezogenen DMP-Programmkosten in die erstattungsfähigen Verwaltungsausgaben bewirkte eine Erhöhung von 0,4 Mrd. Euro. Der verbleibende Betrag von 0,21 Mrd. Euro setzt sich nun aus einer Reihe von Faktoren zusammen, zu denen unter anderem auch mögliche, durch den Gesundheitsfonds induzierte Mehrausgaben zählen. Unter Berücksichtigung regelmäßiger reform-unabhängiger Kostensteigerungen und der relativ hohen Tarifabschlüsse in 2008 und 2009 kann von einer reformbedingten administrativen Zusatzbelastung auf Seiten der Krankenkassen von weniger als 0,1 Mrd. Euro ausgegangen werden. Dies entspricht etwa einem Prozent des absoluten Ausgabenanstiegs.

Zum Gesundheitsfonds im weiteren Sinne gehört etwa die Konzeption der Zusatzbeiträge (§ 242 SGB V) sowie die in diesem Zusammenhang eingeführte Überforderungsklausel. Während dem Fonds und der Vereinheitlichung der Beitragssätze theoretisch nicht allzu hohe Mehrkosten zugeschrieben werden können, bestehen hinsichtlich der Überforderungsklausel erhebliche Einwände anreiz-

³² Zwar ließe sich die Finanzierung des Gesundheitsfonds auch mittels einheitlicher Prämien durchführen, eine kassenunspezifische Mittelzufuhr ist allerdings notwendige Bedingung für die Zweckmäßigkeit des Fonds.

³³ Tatsächlich darf angenommen werden, dass die zusätzlichen Verwaltungsausgaben auf der Ebene des BVA eher zwischen einer und zwei Millionen einzustufen sind. Dies geht aus internen Kostenaufstellungen des BVA hervor.

³⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2010b).

politischer, aber auch kostenbezogener Natur.³⁵ Allein der Aufwand im Zusammenhang mit dem Einzugsverfahren steht in keinem Verhältnis zu der Höhe der Zusatzbeiträge von maximal acht Euro pro Monat.³⁶ Ebenfalls nicht zwangsläufig mit dem Gesundheitsfonds verknüpft, wenngleich wesentliches Argument für die Fondslösung, ist die ebenfalls 2009 in Kraft getretene Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (§266 SGB V) zum sogenannten Morbi-RSA (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich). Neben einem administrativen Mehraufwand aufgrund der höheren Komplexität des Ausgleichssystems gab es hierbei insbesondere Befürchtungen im Hinblick auf das Phänomen des sogenannten „Upcoding“. ³⁷ Für den dargestellten Kostenanstieg sind beide Aspekte jedoch kaum relevant. Selbst unter der Annahme, dass es mit Einführung des Gesundheitsfonds zu erheblichen Veränderungen bei der Diagnoseerstellung kam, führt dies aufgrund des prospektiv ausgestalteten Systems erst 2010 zu höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Und auch die Zusatzbeiträge fanden im Jahr 2009 so gut wie keine Verwendung.

4.4.2 KHRG

Im März 2009 hat der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beschlossen.³⁸ Das KHRG stellt eine Reformmaßnahme dar, die unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern sollte. Dabei wurde festgelegt, dass die Basisfallwerte, welche die Grundlage für die Entgelte im Krankenhausbereich darstellen, die Erhöhung aus der Tarifrunde für 2008 und 2009 mit berücksichtigen. Diejenigen Lohn- und Gehaltssteigerungen, die noch nicht durch die vereinbarten Fallpauschalen refinanziert sind, werden in diesem Zuge zu 50 Prozent auf die Krankenkassen verlagert. Zudem entfällt ab dem Jahr 2009 der bislang erhobene Abschlag von 0,5 Prozent, der auf jede Rechnung für einen entlassenen Patienten erhoben und von den Krankenkassen nicht refinanziert wurde. Schließlich sind ein Förderprogramm für das ausgebildete Pflegepersonal sowie eine Ausweitung der Finanzierung von Ausbildungskosten verankert.

Insgesamt stiegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung im Jahr 2009 um 3,4 Mrd. Euro bzw. 6,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Hiervon entfallen rund 0,7 Mrd. Euro auf die demografische Entwicklung (vgl. Kapitel 4.2.1). Unter der Annahme, dass sich der medizinisch-technische Fortschritt auf alle Bereiche gleichermaßen auswirkt, wurden im Jahr 2009 durch Innovationen im Krankenhausbereich weitere 0,53 Mrd. Euro an Mehrausgaben induziert.³⁹ Somit verbleiben Mehrausgaben von rund 2,1 Mrd. Euro.

Hiervon dürfte ein Großteil auf die Reformen zurückzuführen sein. Bereits im Vorfeld wurde mit zusätzlichen Kosten in Höhe von rund 2 Mrd. Euro aufgrund der Reform der Krankenhausfinanzierung

³⁵ Vgl. stellvertretend Sachverständigenrat (2008).

³⁶ Die konkreten Schätzungen bezüglich der mit dem Zusatzbeitrag verbundenen Verwaltungskosten liegen meist um zwei Euro.

³⁷ Dabei wird unterstellt, dass die Krankenkassen den Ärzten Anreize bieten, Krankheiten früher zu diagnostizieren, um dann von höheren Zuweisungen aus dem erweiterten RSA zu profitieren.

³⁸ Vgl. Bundesgesetzblatt (2009).

³⁹ Die Annahme gleichmäßiger Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf sämtliche Ausgabearten stellt dabei eine Vereinfachung dar. Vieles spricht etwa dafür, dass Ausgaben für Arzneimittel deutlich stärker durch die Aufnahme neuer Produkte in den Leistungskatalog beeinflusst werden als andere Bereiche. Schließlich ließe sich in diesem Zusammenhang jedoch die Definition des technischen Fortschritts in Frage stellen, da eine Vielzahl neuer Produkte nur in begrenztem Maße zu einer tatsächlichen Verbesserung der Leistung beitragen. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden bei der vereinfachenden Annahme der einer gleichmäßigen Auswirkung des technisch-medizinischen Fortschritts festgehalten werden.

gerechnet.⁴⁰ Die umfangreichsten Zusatzposten bilden die anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen (1,3 Mrd. Euro), das Förderprogramm für das Pflegepersonal (0,2 Mrd. Euro) und die Erweiterung der Ausbildungsfinanzierung (0,15 Mrd. Euro). Gerade die beiden letzten Posten sind jedoch zu großen Teilen auch der demografischen Situation geschuldet. Bereinigt um demografisch bedingte Aspekte sowie einer entsprechend höheren Vergütung des Produktivitätszuwachses verbleiben reformbedingte Zusatzkosten von etwa 1,4 Mrd. Euro bzw. 14 Prozent des gesamten Kostenanstiegs.

4.4.3 Ärztliche Behandlungen

Vollkommen losgelöst von den Reformbausteinen des Gesundheitsfonds ist die zu Jahresbeginn 2009 in Kraft getretene und ebenfalls im GKV-WSG (§ 87 SGB V) geregelte Honorarreform zu sehen. Der für die Aushandlung der Honorare zuständige Bewertungsausschuss hat innerhalb dieses rechtlichen Rahmens im August 2008 die für das Jahr 2009 geltende Vergütungsordnung beschlossen.⁴¹ Für Teile der niedergelassenen Ärzte kam es durch die Ablösung des bisherigen Budgets zu substantiellen finanziellen Verbesserungen. Die Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Morbidität der Versicherten wurden zum 1. Januar 2009 auf die Krankenkassen verlagert. Gleichzeitig fiel die Beschränkung der Arzthonorare durch die Anbindung an die Grundlohnsummensteigerung weg. Die Steuerung der abrechenbaren Leistungsmenge eines niedergelassenen Arztes erfolgt nun über ein individuell festgelegtes Regelleistungsvolumen.

Im Jahr 2009 haben die Krankenkassen 1,8 Mrd. Euro mehr für Behandlungen niedergelassener Ärzte ausgegeben. Der demografische Effekt auf den Anstieg der Ausgaben für die Behandlung durch niedergelassene Ärzte beträgt 0,14 Mrd. Euro und entspricht somit einer Ausgabensteigerung von 0,57 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Unter der Annahme, dass sich der medizinisch-technische Fortschritt auf alle Bereiche gleichermaßen auswirkt, wurden zudem im Jahr 2009 durch Innovationen weitere 0,24 Mrd. Euro an Mehrausgaben induziert. Zusammen erklären diese Faktoren mit 0,38 Mrd. Euro etwa ein Fünftel der Mehrausgaben.

Für die Bemessung der Zusatzkosten im Zuge des GKV-WSG kann zunächst eine Orientierung an den offiziellen Beschlüssen erfolgen. Da die Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Jahr 2008 auf der Datengrundlage von 2007 getroffen wurden, findet für die Bewertung der finanziellen Auswirkungen der Honorarreform stets ein Vergleich der Jahre 2007 und 2009 statt. Die Summe der zusätzlichen Honorare liegt – bei einem moderaten Mengenzuwachs der Leistungen – bei schätzungsweise rund 3,5 Mrd. Euro.⁴² Werden die in der Vergangenheit aufgetretenen Zuwachsraten unterstellt, ist ein Gesamtbetrag von bis zu 3,9 Mrd. Euro denkbar.⁴³ Unter der Annahme einer Gleichverteilung der Honorarzuwächse auf die Jahre 2008 und 2009 liegt der Anstieg der von den Krankenkassen finanzierten Gesamtvergütung im Jahr 2009 bei rund 1,8 Mrd. Euro. In den Jahren 2001 bis 2007 sind die Arzthonorare im Mittel um 0,5 Mrd. Euro angestiegen. Somit kann der durch die Reform bedingte

⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2008) und GKV-Spitzenverband (2008a). Neben den Mehrkosten im Zusammenhang mit dem KHRG bestehen aber noch weitere Elemente der Kostensteigerung. Der Anstieg der Fallpauschalen durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,41 % hatte dabei einen Ausgabenanstieg von ca. 0,75 Mrd. Euro zur Folge. Der Wegfall der Anschubfinanzierung innerhalb der integrierten Versorgung verursachte zusätzlich rund 0,3 Mrd. Euro an Mehrausgaben. Weitere Mehrausgaben unterschiedlicher, nicht reformbedingter Ursache, entstanden in Höhe von 0,35 Mrd. Euro.

⁴¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2008b).

⁴² Bundesministerium für Gesundheit (2009).

⁴³ Ebd.

zusätzliche Ausgabenanstieg mit rund 1,3 Mrd. Euro bzw. 13 Prozent des gesamten Kostenanstiegs beziffert werden. Es verbleibt eine unerklärte Restgröße von 0,12 Mrd. Euro.

4.4.4 Zusatzkosten durch die Reformen insgesamt

Fasst man die verschiedenen kostenwirksamen Einflusskanäle der Reformen zusammen, ergeben sich politisch induzierte zusätzliche Mehrausgaben in Höhe von rund 2,7 Mrd. Euro, wobei das KHRG mit 1,4 und GKV-WSG mit 1,3 Mrd. diesen Betrag im Wesentlichen erklären. Der Gesundheitsfonds selbst trägt bislang nur marginal zum Kostenanstieg bei. Damit können knapp 30 Prozent des gesamten Kostenanstiegs mit den im Jahr 2009 wirksam gewordenen Reformen erklärt werden.

4.5 Inflation

Selbstverständlich führt auch die allgemeine Preissteigerungsrate zu einer Verteuerung von Gesundheitsleistungen, selbst wenn Löhne und Preise vielfach politisch bestimmt sind. Letztlich führt die Inflationsrate einerseits zu höheren Lohnforderungen seitens der Beschäftigten im Gesundheitswesen, andererseits erweitern allgemeine Preissteigerungen auch den Verhandlungsspielraum von Geräte- oder Arzneimittelherstellern, was schließlich zu einer entsprechenden Ausgabenausweitung bei den Krankenkassen führt. Nimmt man eine langfristige Preissteigerungsrate von 1,5 Prozent an, würde dies *ceteris paribus* auch zu analogen Vergütungsanstiegen im Gesundheitsbereich führen. Für 2009 hätte dies zu einem Anstieg von 2,4 Mrd. Euro geführt.

4.6 Arzneimittelausgaben

Trotz des Rückgangs der Arzneimittelausgaben im Jahr 2004 aufgrund der Regelungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz kam es zwischen 1998 und 2009 im Durchschnitt zu Ausgabensteigerungen um 5,1 Prozent.⁴⁴ Seit dem Reformjahr 2004 betrug die jährliche Wachstumsrate sogar 7,1 Prozent. Nach dem enormen Ausgabenanstieg im Jahr 2005 um 3,6 Mrd. Euro erfolgte mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz im Jahr 2006 ein erneuter Versuch zur Entlastung der GKV bei den Arzneimittelausgaben.⁴⁵ Die Maßnahmen beinhalteten unter anderem eine zweijährige Deckelung der Arzneimittelpreise, die Korrektur der Festbetragshöhe für verordnete Arzneimittel sowie die Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel, deren Preis mindestens 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegen. Als Ergebnis konnte zwar eine leichte Korrektur erreicht werden, mit einer jährlichen Wachstumsrate von 6 Prozent seit dem Jahr 2006 kann jedoch immer noch nicht von einer wirksamen Eindämmung der jährlichen Ausgabenzuwächse durch die gesetzlichen Maßnahmen gesprochen werden.

Im Jahr 2009 sind die Ausgaben für Arzneimittel erneut um 5,1 Prozent bzw. rund 1,6 Mrd. Euro angestiegen. Isoliert man auch hier die Effekte des medizinisch-technischen Fortschritts, der Demografie sowie der allgemeinen Preissteigerung, verbleibt ein Betrag von rund 0,56 Mrd. Euro, der hier zusätzlich zu Buche schlägt.

⁴⁴ Vgl. Rechnungsergebnisse des Bundesministeriums für Gesundheit.

⁴⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009).

5. Zusammenfassung und Ausblick

Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen des Jahres 2009 fiel mit 6,2 Prozent und 9,8 Mrd. Euro besonders stark aus. Im Zuge der zeitgleichen Rezession stiegen die Ausgaben im Rahmen der GKV auf 7,2 Prozent des BIP, was einem neuen Höchststand entspricht und eine Gefährdung der vorgesehenen Konsolidierung der öffentlichen Haushalte darstellt. Der obige Diskussionsbeitrag hat die Ursachen für den deutlichen Ausgabenzuwachs analysiert und stellt damit eine deskriptive Grundlage für die bestehende politische Diskussion zur Verfügung.

Im Ganzen – und dies ist womöglich das Erschreckende an den Ergebnissen – entfallen nur etwa 30 Prozent bzw. 2,7 Mrd. Euro der Mehrausgaben auf die politischen Reformmaßnahmen, die nicht allein den demografischen Begebenheiten Rechnung tragen und über einen üblichen Anstieg der Entlohnung von Ärzten und anderen Beschäftigtengruppen hinausgehen. Dabei teilen sich die Zusatzkosten etwa hälftig auf das KHRG und das GKV-WSG auf. Der im Vorfeld häufig gescholtene Gesundheitsfonds inklusive Morbi-RSA hat bislang kaum zu der Kostensteigerung beigetragen.

Dieser Befund bedeutet umgekehrt, dass es im öffentlichen Gesundheitswesen inzwischen zu jährlichen strukturellen Kostensteigerungen von über 4 Prozent kommt. Dieser Kostendruck resultiert dabei hauptsächlich aus der demografischen Entwicklung sowie der stetigen Ausweitung und Verbesserung des Leistungskatalogs im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts. Nicht unerheblich erscheint jedoch ebenfalls der relativ hohe Zuwachs bei den Arzneimittelausgaben (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Zusammenfassung der Ursachenanalyse

Ursache	Absolut in Mrd. Euro	In Prozent
Gesamter Kostenanstieg 2009	9,8	100
Demographie	1,63	17
Medizinisch-technischer Fortschritt	1,61	16
Politische Reformen	2,7	28
Allgemeiner Preisanstieg	2,4	24
Zusatzkosten Arzneimittel	0,56	6
Sonstige Ursachen	0,9	9

Quelle: Eigene Berechnungen.

Daraus wird ersichtlich, dass der bereits 2009 vereinbarte Bundeszuschuss für 2010 von 11,8 Mrd. Euro zzgl. der 3,9 Mrd. Euro (Sozialversicherungsstabilisierungsgesetz) auch nicht ausreichen dürfte, will man ein Kassensterben in der Breite verhindern, schließlich muss für 2010 inzwischen mit Ausgaben von bis zu 178 Mrd. Euro anstelle der ursprünglich anvisierten 174,2 Mrd. Euro gerechnet werden. Wichtiger jedoch als die kurzfristige Diskussion über Wege das Defizit zu beseitigen ist die strukturelle Reduktion des Kostendrucks, zumal anzunehmen ist, dass sich die jährlichen Kostensteigerungen aufgrund der demografischen Entwicklung in den kommenden zehn Jahren noch etwas ausweiten.

Neben den vielfältigen Forderungen nach effizienteren Strukturen und mehr Wettbewerbselementen bei der Leistungsbereitstellung bleiben der Politik letztlich drei Optionen um die Ausgaben zu senken: Erstens, die Begrenzung des Leistungskataloges bzw. die Ausweitung von Selbstbehalt-Elementen, zweitens, eine restriktivere Tarifpolitik im Hinblick auf die Entlohnung der im Gesundheitswesen Beschäftigten und drittens, Maßnahmen zur Reduktion der Arzneimittelausgaben. Die

erste Option entspricht letztlich einer Leistungskürzung. Die zweite Option ist vor dem Hintergrund des bereits heute in vielen Regionen ausgeprägten Mangels an Ärzten, Krankenschwestern und Pflegekräften nur in Teilbereichen realistisch bzw. wünschenswert. Gerade die Reformmaßnahmen des Jahres 2009 zielten im Wesentlichen ja darauf, eine bessere Entlohnung von Teilen der Beschäftigten zu gewährleisten, um einer weiteren Ausweitung der Personalknappheit entgegenzuwirken. Als Option, die mit relativ geringen Leistungseinbußen einhergeht, erscheint daher eine weitergehende Reform der Arzneimittelversorgung. Der Gesundheitsfonds selbst hat sich bislang nicht als Kostentreiber entpuppt. Er bietet vielmehr die Grundlage für weitere zentrale Reformen auf der Einnahmeseite.

Literaturverzeichnis

- Beske, F., Drabinski, T. (2005)** *Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Prognose 2005 - 2050*, Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Band 105, Schmidt & Klauning Verlag, Kiel.
- Breyer, F., Ulrich, V. (2000)** Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Band 220/1, S. 1-17.
- Bundesgesetzblatt (2009)** *Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)*, Jahrgang 2009 Teil I Nr. 15, ausgegeben zu Bonn am 24. März 2009.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009)** *Sozialbericht 2009*, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008)** Pressemitteilung vom 24. September 2008: *Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung*, Onlinezugriff zuletzt am 1. April 2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009)** *Fragen und Antworten zur Vergütungsreform – Stand 20. April 2009*, Onlinezugriff zuletzt am 1. April 2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010a)** *Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2009* (Stand: 8. Juli 2010).
- Bundesministerium für Gesundheit (2010b)** Pressemitteilung vom 10. März 2010: *Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet*, Onlinezugriff zuletzt am 1. April 2010.
- Bundesversicherungsamt (2009)** Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2009 und 2010, Onlinezugriff zuletzt am 8. April 2010.
- Deutscher Bundestag (2006)** *Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und der SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)*, Drucksache 16/3100.
- Felder, S. (2004)** Moral Hazard, Arztvergütung und technischer Fortschritt in der Medizin, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 73, 4, S. 589-591.
- Fetzer, S., Raffelhüschen, B. (2004)** Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, *Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft*, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Überarbeitete Version der Originalfassung von 2002, Nr. 103.
- Fetzer, S. (2005)** Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, *Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge*, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 130.
- GKV-Spitzenverband (2008a)** *Finanztableau Mehrbelastungen der GKV in 2009*, Onlinezugriff zuletzt am 1. April 2010.
- GKV-Spitzenverband (2008b)** Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. Und 28. August 2008, Onlinezugriff zuletzt am 8. April 2010.
- Moog, S., Raffelhüschen, B. (2009)** Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz Update 2009: Wirtschaftskrise trifft Tragfähigkeit, *Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge*, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 38.
- Postler, A. (2003)** Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen*, Nr. 298.
- Prognos AG (2003)** *Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen auf die Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung*, Bericht für den Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Basel.
- Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose (2009)** *Im Sog der Weltrezession – Gemeinschaftsdiagnose Frühjahr 2009*, Essen.

Raffelhüschchen, B. (1999) Generational accounting: method, data and limitations, in: *European Economy*, Nr. 6, S. 17-28.

Schmeink, W. (2006) Medizinisch-technischer Fortschritt – Fluch oder Segen?, in: Rebscher, H. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, Heidelberg, S. 223-240.

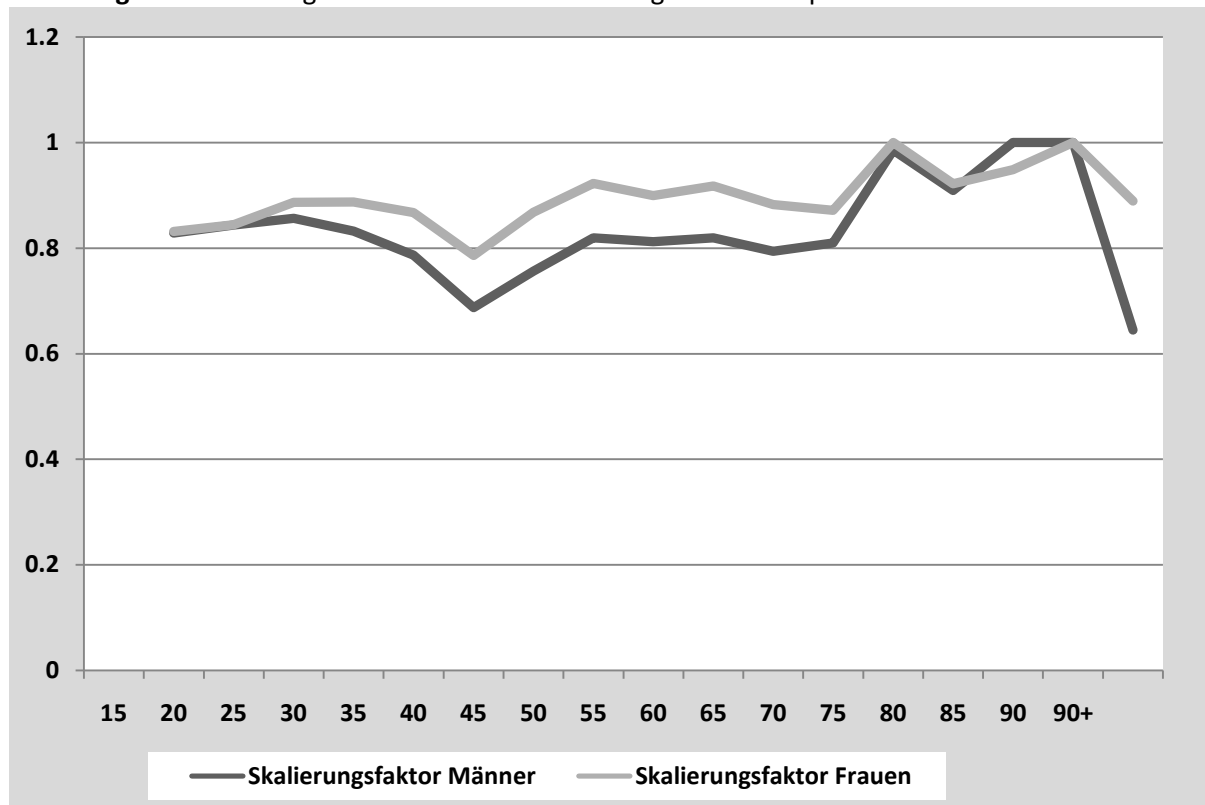
Sachverständigenrat (2008) *Die Finanzkrise meistern - Wachstumskräfte stärken*, Jahresgutachten 2008/2009.

Statistisches Bundesamt (2009) Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Ulrich, V. (2006) Ökonomische Aspekte des technischen Fortschritts in der Medizin, in: Rebscher, H. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, Heidelberg, S. 191-207.

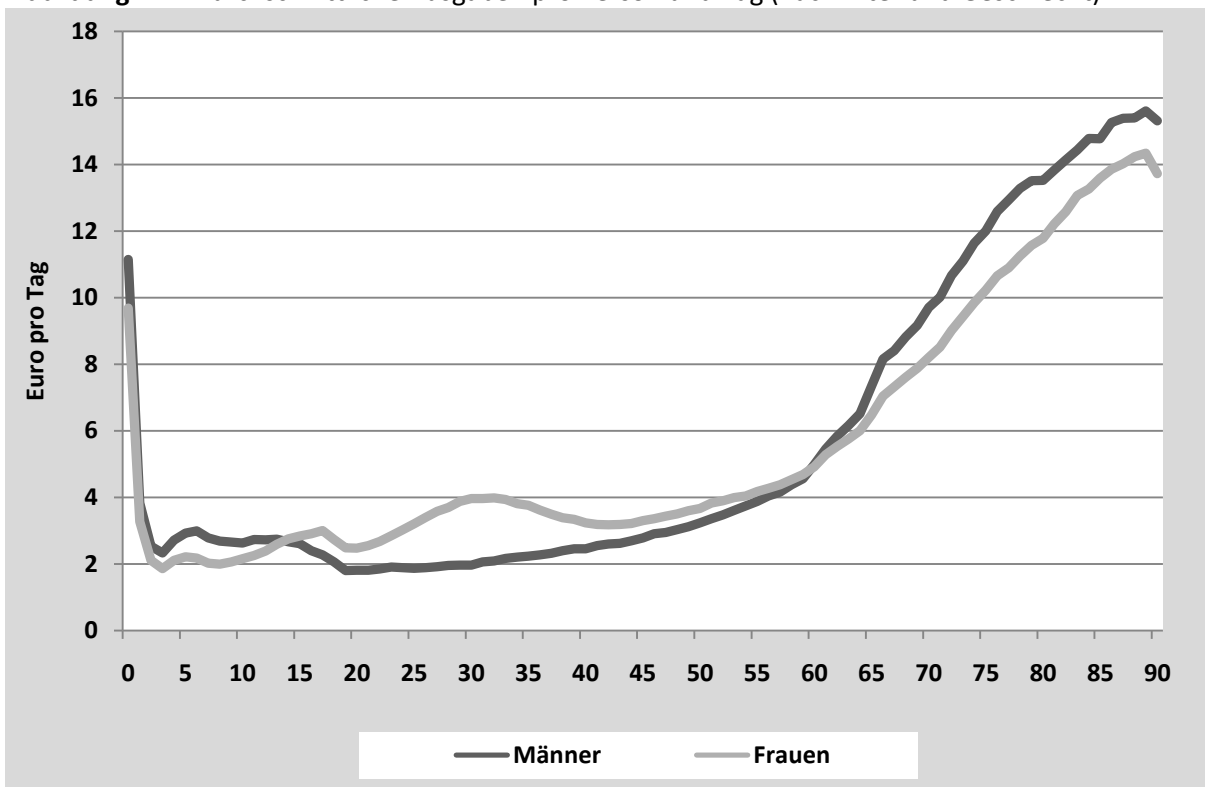
Anhang

Abbildung A-1: Skalierungsfaktoren für die Berechnung der GKV-Population



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung A-2: Durchschnittliche Ausgaben pro Person und Tag (nach Alter und Geschlecht)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

Seit 2005 erschienene Beiträge

- No. 1 Christian **Hagist**/ Norbert **Klusen**/ Andreas **Plate**/ Bernd **Raffelhüsch**
Social Health Insurance – the major driver of unsustainable fiscal policy?
- No. 2 Stefan **Fetzer**/ Bernd **Raffelhüsch**/ Lara **Slawik**
Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?
- No. 3 Oliver **Ehrentraut**/Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüsch**
En route to sustainability: history, status quo, and future reforms of the German public pension scheme?
- No. 4 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüsch**
Die Interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- No. 5 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüsch**
Internal Rates of Return of the German Statutory Long-Term Care Insurance
(Englische Fassung von Diskussionsbeitrag No. 4)
- No. 6 Matthias **Heidler**/ Bernd **Raffelhüsch**
How risky is the German Pension System? The Volatility of the Internal Rates of Return
- No. 7 Laurence J. **Kotlikoff**/ Christian **Hagist**
Who's going broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries
- No. 8 Jasmin **Häcker**
Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft
- No. 9 Dirk **Mevis**/ Olaf **Weddige**
Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Nachhaltigkeitsbilanz der 15. Legislaturperiode des deutschen Bundestages 2002-2005
- No. 10 Daniel **Besendorfer**/ Emily Phuong **Dang**/ Bernd **Raffelhüsch**
Die Schulden und Versorgungsverpflichtungen der Länder: Was ist und was kommt
- No. 11 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüsch**
Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“
- No. 12 Christian **Hagist**/ Bernd **Raffelhüsch**/ Olaf **Weddige**
Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz 2004
- No. 13 Matthias **Heidler**/ Arne **Leifels**/ Bernd **Raffelhüsch**
Heterogenous life expectancy, adverse selection, and retirement behavior
- No. 14 Pascal **Krimmer**/ Bernd **Raffelhüsch**
Grundsicherung in Deutschland - Analyse und Reformbedarf
- No. 15 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters
- No. 16 Jasmin **Häcker**/ Birgit **König**/ Bernd **Raffelhüsch**/ Matthias **Wernicke**/ Jürgen **Wettke**
Effizienzreserven in der stationären Pflege in Deutschland: Versuch einer Quantifizierung und Implikationen für die Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- No. 17 Christian **Hagist**/ Matthias **Heidler**/ Bernd **Raffelhüsch**/ Jörg **Schoder**
Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz Update 2007: Demografie trifft Konjunktur
- No. 18 Lukas **Mangelsdorff**
Die Geldsteuer: Vorschlag für eine radikal einfache Steuer
- No. 19 Jasmin **Häcker**/ Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Demenzranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung – Ein intertemporaler Kostenvergleich
- No. 20 Oliver **Ehrentraut**/ Matthias **Heidler**
Demografisches Risiko für die Staatsfinanzen? – Koordinierte Bevölkerungsvorsausberechnungen im Vergleich

- No. 21 Oliver **Ehrentraut**/ Matthias **Heidler**
Zur Nachhaltigkeit der GRV – Status quo, Potenziale und Risiken
- No. 22 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters
- No. 23 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Technischer Anhang zu „Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters“
- No. 24 Veronika **Deeg**/ Christian **Hagist**
The Fiscal Outlook in Austria – An Evaluation with Generational Accounts
- No. 25 Oliver **Ehrentraut**/ Bernd **Raffelhüschen**
Demografischer Wandel und Betriebsrenten – Zur Berücksichtigung der Langlebigkeit bei der Anpassung von Direktzusagen
- No. 26 Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit
- No. 27 Klaus **Kaier**/ Christian **Hagist**/ Uwe **Frank**/ Elisabeth **Meyer**
Antimicrobial drug use, alcohol-based hand disinfection and the burden of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* – A time series approach at a German University Medical Center
- No. 28 Jasmin **Häcker**/ Tobias **Hackmann**/ Thorsten **Henne**
Sozialgesetzgebung und Beihilfeverordnungen: Ein Leistungsvergleich von Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung und Beamten im Pflegefall
- No. 29 Stefan **Moog**
MacSim: Ein Simulationsmodell zur Analyse der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland
- No. 30 Christian **Hagist**/ Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen**
Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Update 2008: Migration und Nachhaltigkeit
- No. 31 Klaus **Kaier**/ Uwe **Frank**/ Christian **Hagist**/ Elisabeth **Meyer**
The impact of antimicrobial drug consumption and alcohol-based hand rub use on the emergence and spread of extended-spectrum β -lactamase (ESBL)-producing strains – A time series analysis
- No. 32 Friedrich **Fichtner**/ Christian **Hagist**
Oil and Intergenerational Redistribution – The case of Norway
- No. 33 Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage
- No. 34 Christian **Hagist**/ Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen** / Johannes **Vatter**
Ehrbare Staaten? Die Ergebnisse der Generationenbilanzierung im internationalen Vergleich
- No. 35 Christian **Hagist**/ Johannes **Vatter**
Measuring Fiscal Sustainability on the Municipal Level: A German Case Study
- No. 36 Uwe **Frank**/ Klaus **Kaier**
Dynamics between antibiotic drug use and resistance – An economic approach
- No. 37 Matthias **Heidler**/ Christoph **Müller**/ Olaf **Weddige**
Measuring accrued-to-date liabilities of public pension schemes – method, data and limitations
- No. 38 Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen**
Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Update 2009: Wirtschaftskrise trifft Tragfähigkeit
- No. 39 Christoph **Müller**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Olaf **Weddige**
Measuring pension liabilities and the perspective of sustainability: the case of the reformed German statutory pension scheme

- No. 40 Tobias **Hackmann**
Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer
- No. 41 Astrid L. **Grasdal**/Jasmin **Häcker**/ Christian **Hagist**/ Erling **Vårdal**
Who pays for whom? Redistributive Effects of the Norwegian Pension Reform
- No. 42 Christian **Hagist**/Tobias **Benz**
Der Rücklagenbedarf der Versorgungsausgaben in Baden-Württemberg – Projektion und Reformoptionen
- No. 43 Jasmin **Häcker**/Tobias **Hackmann**
LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000-2009
- No. 44 Jasmin **Häcker**/Tobias **Hackmann**/ Bernd **Raffelhüsch**
Pflegerreform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung
- No. 45 Felix **Schnurr**/Johannes **Vatter**/Frank **Weinmann**
Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?

Forschungszentrum Generationenverträge

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bertoldstraße 17

79098 Freiburg

Fon 0761 . 203 23 54

Fax 0761 . 203 22 90

www.generationenvertraege.de

info@generationenvertraege.de