ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Fetzer, Stefan; Hagist, Christian; Höfer, Max A.; Raffelhüschen, Bernd

Working Paper

Nachhaltige Gesundheitsreformen?

Diskussionsbeiträge, No. 124

Provided in Cooperation with:
Department of Economics, University of Freiburg

Suggested Citation: Fetzer, Stefan; Hagist, Christian; Höfer, Max A.; Raffelhüschen, Bernd (2004) : Nachhaltige Gesundheitsreformen?, Diskussionsbeiträge, No. 124, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft, Freiburg i. Br., https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:25-opus-18496

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/22998

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DISKUSSIONSBEITRÄGE

DISCUSSION PAPERS

Nachhaltige Gesundheitsreformen?

Stefan Fetzer
Christian Hagist
Max A. Höfer
Bernd Raffelhüschen

124/04

INSTITUT FÜR FINANZWISSENSCHAFT
DER ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG IM BREISGAU

Prof. Dr. A. Oberhauser
Waldackerweg 14
79194 Gundelfingen

Prof. Dr. W. Ehrlicher
Beethovenstrasse 23
79100 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. B. Raffelhüschen
Bertoldstraße 17
79098 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. H.-H. Francke
Bertoldstraße 17
79098 Freiburg i. Br.

Nachhaltige Gesundheitsreformen?[*]

Stefan Fetzer
Forschungszentrum Generationenverträge, Universität Freiburg

Christian Hagist
Forschungszentrum Generationenverträge, Universität Freiburg

Max A. Höfer
Deutsches Institut für Gesundheitsökonomie

Bernd Raffelhüschen
Forschungszentrum Generationenverträge, Universität Freiburg
Universität Bergen (Norwegen)

Dezember 2004

[*] Der Beitrag basiert weitestgehend auf Fetzer, Hagist und Raffelhüschen (2004) sowie Fetzer und Raffelhüschen (2004) und stellt eine Verknüpfung der dort angesprochenen Reformmaßnahmen dar.

1. Einleitung

Für die zukünftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen spätestens seit dem Bericht der „Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“, kurz Rürup-Kommission genannt, grundsätzlich zwei alternative Reformkonzepte zur Disposition: Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Eine Gruppe um den Regierungsberater Karl Lauterbach vertritt die Meinung, dass mittel- bis langfristig die GKV in eine Bürgerversicherung umgewandelt werden sollte, in der dann neben den bisherigen Versicherten auch Beamte, Selbständige und besser verdienende Angestellte versichert sind. Im Gegensatz dazu sieht eine Gruppe um das Sachverständigenratsmitglied und den Vorsitzenden der Kommission, Bert Rürup, eine zukünftige Sicherung der GKV in der Umwandlung der bisher lohnbezogenen Beitragserhebung in lohnunabhängige Gesundheitsprämien.

Nachdem die Rürup-Kommission ihre Arbeit beendet hatte, kamen unzählige Vorschläge und Varianten zum einen und anderen Modell auf den Tisch, in denen mehr oder weniger konkret die zukünftige Ausgestaltung der GKV beschrieben wurde. Nach langem Hin und Her kristallisieren sich bei den Regierungsparteien SPD und Grüne deutliche Mehrheiten für die Bürgerversicherung heraus (Stichwort Nahles-Kommission), während die Union sich für die Einführung eines Hybridmodells aus beitragsbezogener Versicherung und Gesundheitsprämienmodell entschieden hat.

Der neueste Kompromissvorschlag von Bert Rürup – ein überarbeitetes Gesundheitsprämienkonzept – sieht neben der Einführung einer Gesundheitsprämie von 169 € für Erwachsene auch eine reduzierte Prämie von 78 € für Kinder vor. Für die Finanzierung der sozialpolitischen Flankierung sollen neben der Besteuerung des auszuschüttenden Arbeitgeberbeitrags zur GKV entweder der Solidaritätsbeitrag oder die Mehrwertsteuer erhöht werden. Dadurch soll dem Umverteilungsgedanken Rechnung getragen werden.[1]

In der zum Teil sehr emotional geführten öffentlichen Diskussion geht es hauptsächlich um die Auswirkungen der Bürgerversicherung bzw. Gesundheitsprämie auf den Arbeitsmarkt und auf die soziale Umverteilung. Dabei wird fast vollständig vergessen, was der eigentliche Auftrag der Rürup-, aber auch der Herzog- und Nahles-Kommission war, nämlich die „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“. Die Nachhaltigkeitswirkung der einzelnen Vorschläge ist Thema dieses Beitrags. Mit Hilfe der

[1] Ein von Rürup nicht favorisiertes drittes Alternativkonzept zur Gegenfinanzierung der Prämiensubvention sieht neben der einkommensunabhängigen Kopfpauschale einen einkommensabhängigen Sozialbeitrag, der von den Kassen eingezogen werden soll, vor. Vgl. Rürup und Wille (2004).

Generationenbilanzierung wird im Folgenden gezeigt, dass es den aktuellen Vorschlägen nicht gelingt, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf ein fiskalisch nachhaltiges Fundament zu stellen. Im Anschluss wird illustriert, wie ein wirkliches Mehr an Nachhaltigkeit in das System getragen werden kann, nämlich durch eine konsequente Reform der Ausgabenseite, die so genannte Freiburger Agenda.

2. Zur Nachhaltigkeit des gesetzlichen Status Quo

Die demographische Veränderung stellt sämtliche umlagefinanzierte Sozialversicherungssysteme unter enorme Finanzierungsschwierigkeiten. Wegen des Geburtenrückgangs seit den 70er Jahren und der starken Zunahme der Lebenserwartung wird es künftig zu einem massiven Anstieg des Altersquotienten kommen. Dieser spiegelt das Verhältnis von Rentnerjahrgängen zu den erwerbstätigen Generationen wider. So kommen derzeit etwa vier potentiell Erwerbsfähige auf einen Rentner, 2025 sind es dann nur noch drei und bis 2050 müssen zwei potentiell Erwerbsfähige einen Rentner tragen.[2] Sollten einschneidende Reformen ausbleiben, wird der Alterungsprozess dazu führen, dass die Ausgaben steigen, während die Einnahmen in den umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen zurückgehen.

Das quantitative Ausmaß dieses Missverhältnisses zwischen Ausgaben und Einnahmen lässt sich mit Hilfe der Generationenbilanzierung bestimmen. Der Grundgedanke dabei ist, dass die heute bestehende Staatschuld durch sämtliche Nettosteuerzahlungen aller heute lebenden und aller zukünftigen Generationen abgegolten werden muss.[3] Zunächst berechnet man die Nettosteuerzahlungen einer Generation aus dem Barwert aller Zahlungsströme, die sie an den Fiskus über ihr verbleibendes Leben bezahlt (Steuern, Beiträge, Gebühren u.ä.), abzüglich dem Barwert aller Zahlungsströme, die sie vom fiskalischen Sektor über ihr restliches Leben erhält (Bildung, öffentliche Güter, Transfers, Renten, Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen u.ä.). Für die Berechnung der Nettosteuerzahlungen werden in einem ersten Schritt die im Basisjahr beobachteten Einnahmen und Ausgaben der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit Hilfe von alters- und geschlechtsspezifischen Mikroprofilen auf repräsentative Durchschnittsindividuen der im Basisjahr lebenden

[2] Die Zahlen beziehen sich auf das Verhältnis der über 65jährigen zu den 18 bis 64jährigen in der Gesamtbevölkerung.

[3] Die Methodik der Generationenbilanzierung wurde von Auerbach et al. (1991, 1992 und 1994) entwickelt. Methodische Weiterentwicklungen, auf die im Folgenden zurückgegriffen wird, finden sich in Raffelhüschen (1999) und Bonin (2001). Da die hier analysierten Reformvorschläge das gesamte staatliche Budget beeinflussen kann nicht auf eine deutlich transparentere Bilanz des isolierten Systems der GKV zurückgegriffen werden.

Kohorten verteilt.[4] Die daraus resultierenden skalierten Profile werden dann in einem zweiten Schritt mit einer Wachstumsrate *g* in die Zukunft fortgeschrieben.[5]

Um dem im Gesundheitssektor wirkenden medizinisch-technischen Fortschritt Rechnung zu tragen, werden dabei im Folgenden zwei Szenarien unterschieden: Beim Szenario ohne Kostendruck ist die Wachstumsrate *g* 1,5 Prozent. Beim Szenario mit Kostendruck wird hingegen der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt, indem alle altersspezifischen GKV-Leistungen mit einer um einen Prozentpunkt höheren Rate von 2,5 Prozent wachsen.[6] Durch eine jährliche Saldierung aller skalierten Profile ist es möglich zu bestimmen, wie viel ein durchschnittliches Mitglied einer Kohorte in jedem künftigen Jahr netto an den Fiskus bezahlt. Werden nun diese durchschnittlichen Nettozahlungen in jedem Jahr mit den Überlebenden einer Kohorte gewichtet und mit einer Diskontrate 1+*r* (im Folgenden 1,03) auf das Basisjahr diskontiert, so ergibt das die Nettosteuerzahlungen einer Generation im Basisjahr.[7] Die Summe der Nettosteuerzahlungen aller heutigen und zukünftigen Generationen entspricht dann der sogenannten impliziten Staatsverschuldung.

Während die explizite Staatsverschuldung vom Staat etwa im Maastrichter Defizitkriterium ausdrücklich ausgewiesen wird, gibt die implizite Staatsverschuldung alle schwebenden Ansprüche an den Staat an, die vor allem auf den umlagefinanzierten Sozialversicherungen lasten. Die explizite Staatsschuld betrug 2001 59,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die implizite Staatschuld des Basisjahres 2001 bei einem unterstellten Zins von 3 Prozent und einem Wachstum von 1,5 Prozent beläuft sich im Szenario ohne Kostendruck auf 220 Prozent des BIP. Zusammen mit der explizit ausgewiesenen Staatschuld von 59,5 Prozent des BIP ergibt das dann die so genannte Nachhaltigkeitslücke von 279,5 Prozent des BIP.[8] Die Nachhaltigkeitslücke ist ein gutes Maß

[4] Das Basisjahr wurde auf 2001 gesetzt, da Daten, die für die nachfolgenden Berechnungen der Reformoptionen benötigt werden, größtenteils nur bis zum Jahr 2001 verfügbar sind. Alle im Folgenden angegeben Werte basieren aus Gründen der Vergleichbarkeit daher auf dem Jahr 2001.

[5] Bei der Fortschreibung werden auch die Effekte bereits beschlossener Reformen, deren Wirkung erst später eintritt, berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für das jüngste GKV-Modernisierungsgesetz GMG. Zu dessen Nachhaltigkeitswirkungen vgl. Fetzer und Hagist (2004).

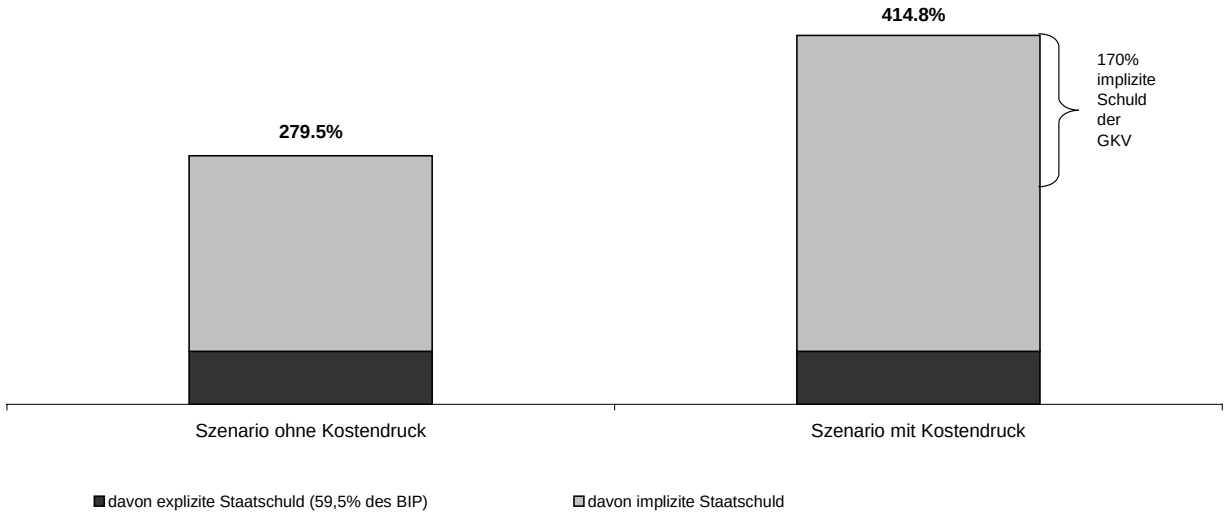
[6] Beim medizinisch-technischen Fortschritt handelt es sich vor allem um kostenintensive Produktinnovationen. Breyer und Ulrich (2000) haben gezeigt, dass die Leistungsausgaben der GKV aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts um einen Prozentpunkt stärker wachsen als der allgemeine Produktivitätsfortschritt. Die unterstellte mittlere Frist umfasst den Zeitraum 2002-2042. Die an sich arbiträre Annahme einer zeitlichen Befristung ist insofern notwendig, als sonst die Gesundheitsausgaben langfristig oberhalb des BIP lägen. Die im Folgenden beschriebenen qualitativen Aussagen sind jedoch nicht davon abhängig, ob der unterstellte Zeitraum ein Jahrzehnt früher oder später endet. Langfristig wachsen die Gesundheitsausgaben wieder in Höhe des allgemeinen Produktivitätsfortschritts.

[7] Für zukünftige Generationen wird dabei prinzipiell – zins und wachstumsadjustiert – die gleiche fiskalische Leistungsfähigkeit wie für die im Basisjahr Nulljährigen angenommen.

[8] Die Diskontrate spiegelt den (realen) Zinssatz auf langfristige Staatspapiere zuzüglich eines angemessenen Risikoaufschlags wider, die Wachstumsrate den langfristigen arbeitsvermehrenden technischen Fortschritt der

dafür, welche Last lebende Generationen zukünftigen Bürgern des Staates aufbürden. Dies gilt zumindest bei der Annahme, dass sich auch ein Staatswesen nicht auf Ewigkeit verschulden kann.

Abbildung 1: Nachhaltigkeitslücken im Status quo
in Prozent des BIP 2001
Basisjahr 2001, r=3%, g=1,5%, Szenario mit Kostendruck



Viel schlimmer steht es um die Nachhaltigkeit der deutschen Fiskalpolitik, wenn die ausgabensteigernde Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts berücksichtigt wird. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, steigt die Nachhaltigkeitslücke von bisher 279,5 im (unrealistisch) optimistischen Szenario ohne Kostendruck auf 414,8 Prozent des BIP im (optimistisch) realistischen Szenario mit Kostendruck. Rund ein Viertel, also ein Anteil von etwa 170 Prozent des BIP der 414,8 Prozent des BIP, kann dabei dem gesetzlichen Gesundheitssystem der GKV zugeordnet werden.[9] Deswegen sollen im Folgenden aktuell in der Diskussion stehende Reformoptionen auf ihre Nachhaltigkeitswirkung untersucht werden.

Volkswirtschaft. Aufgrund der Zukunftsausrichtung der Methode sind die Parameterwerte von g = 1,5 Prozent und r = 3 Prozent mit Unsicherheit behaftet. Der hier verwendete Indikator „Nachhaltigkeitslücke“ reagiert zwar sehr stark auf Zins- und Wachstumsvariationen, aufgrund seiner sehr illustrativen Darstellung wird er aber hier dennoch verwendet. Die folgenden Aussagen bleiben aber auch bei Verwendung von Nachhaltigkeitslücken bei anderen Zins- und Wachstumsraten prinzipiell erhalten.

[9] Im Szenario ohne Kostendruck läge der GKV-verursachte Anteil der Nachhaltigkeitslücke bei etwa 36 Prozent des BIP. Nach dem GMG kann eine isolierte Berechnung der GKV aber nur noch unter sehr rigiden Annahmen gemacht werden, da eigentlich das Nonaffektionsprinzip eine Zweckbindung der Tabaksteuer verbietet. Die etwa 170 bzw. 36 Prozent des BIP im Szenario mit bzw. ohne Kostendruck kommen zustande, indem von der Nachhaltigkeitslücke der GKV vor Geltung des GMG (232,1 Prozent des BIP) alle beabsichtigten Reformwirkungen abgezogen werden, vgl. Fetzer und Hagist (2004) für Details.

Gelingt es, die Nachhaltigkeitslücke durch Reformen um 170 Prozent des BIP zu senken, so kann das gesetzliche Gesundheitssystem als nachhaltig bezeichnet werden.

3. Reformvorschläge auf der Finanzierungsseite: Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung

Dass das deutsche Sozialversicherungssystem vor einer gewaltigen Umbruchphase steht, hat sich in der Zwischenzeit über alle Parteien hinweg herumgesprochen. Doch während diese Einsicht in der gesetzlichen Rentenversicherung seit geraumer Zeit schon zu einschneidenden Reformen geführt hat, besteht für die GKV noch ein immenser Nachholbedarf. Dabei befinden wir uns hinsichtlich der Einnahmenseite vor einem echten Scheideweg. Die Bürgerversicherung sieht vor, dass mehr oder weniger schnell die („Friedens-")Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) fällt und somit die Versicherungspflicht in der GKV auf alle Bevölkerungsgruppen wie etwa Selbständige, Beamte und gutverdienende Angestellte ausgeweitet wird. Die PKV dürfte zwar nach den neuesten Vorschlägen der Nahles-Kommission auch Grundversicherungen anbieten, allerdings nur zu den Konditionen der gesetzlichen Kassen, sprich mit lohnbezogenem Beitrag und ohne Altersrückstellungen. Die privaten Versicherungen würden somit de facto zu Kassen. Zusätzlich soll die Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten wie Kapitaleinkommen erweitert werden. Insgesamt wird es dann laut den Fürsprechern der Bürgerversicherung zu einer deutlichen Stärkung des Solidaritätsgedankens kommen.

Auf einen ersten flüchtigen Blick mag die Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten wie etwa Zinsen ökonomisch sinnvoll erscheinen. Warum jedoch die Krankenkassen bei der Erhebung der Kapitaleinkommen ihrer Versicherten erfolgreicher sein sollten als die Finanzämter, denen dies seit Jahren nicht so recht gelingen mag, wird nicht beantwortet. Die eigentlich zentrale Frage ist jedoch, warum überhaupt an der Lohnbezogenheit bzw. der ausgeweiteten Einkommensbezogenheit festgehalten werden sollte. Während nämlich bei Einführung der GKV vor über 100 Jahren nicht nur die Einnahmen, sondern auch fast zwei Drittel der Ausgaben lohnabhängig waren, wurde durch das GMG der letzte lohnabhängige Ausgabenbestandteil, das Krankengeld, aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Genau dieses Krankengeld war jedoch in den Anfangsjahren der GKV deren Hauptausgabenart.[10] Wie auch immer man zum aktuellen Leistungskatalog der GKV stehen mag, eines ist sicher, er enthält allein Ausgaben, die inhaltlich nicht mit dem Lohn oder dem erweiterten Einkommen zusammen hängen.

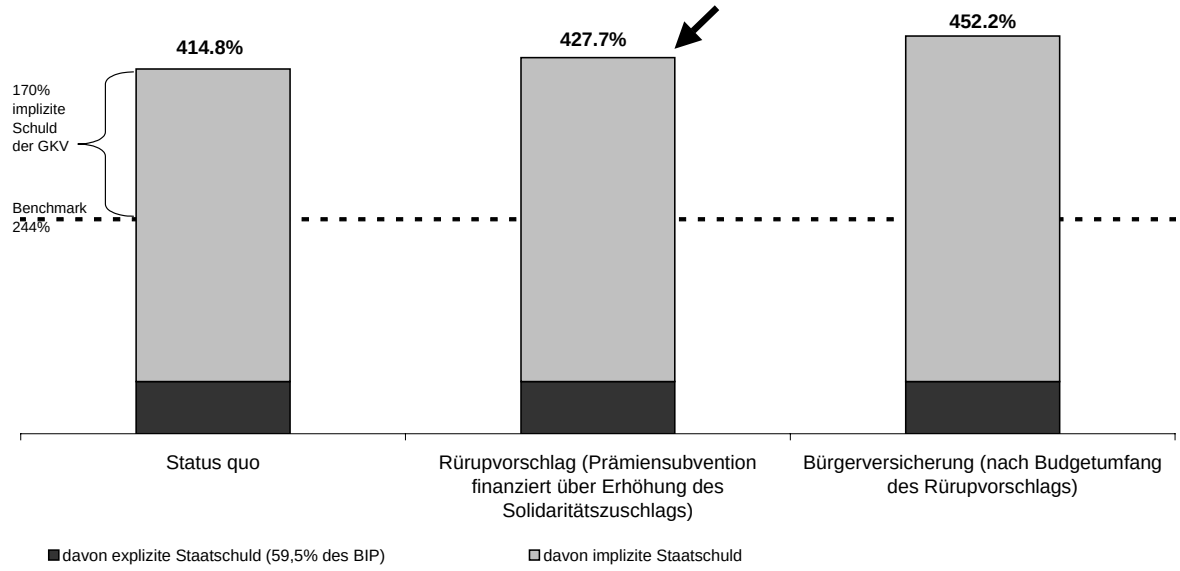
[10] Vgl. Jacobs und Schnellschmidt (2002).

Um es klar auf den Punkt zu bringen: Krankheit hat originär zunächst nichts mit dem Einkommen zu tun; man wird nicht kränker, wenn man mehr verdient. Genau in diesem Kerngedanken liegt der Ausgangspunkt aller Vorschläge zur Einführung eines Gesundheitsprämienmodells. Leitgedanke ist hierbei das Äquivalenzprinzip, bei dem sich Leistung und Gegenleistung entsprechen sollen. Nun ist das Krankheitsrisiko und damit die Leistung der GKV sicherlich nicht über alle Mitglieder gleichverteilt, was aus versicherungsmathematischen Gründen gegen einheitliche Prämien sprechen würde. Von den Befürwortern einer solchen Lösung wird jedoch argumentiert, dass zu Beginn des Lebens jeder Bürger gleich ist und fiktive Neugeborene quasi hinter einem Schleier der Unwissenheit sich für eine Gesundheitsprämie entscheiden würden, welche die durchschnittlichen Krankheitskosten deckt. Während in den meisten Modellen nur für Erwachsene eine Prämie vorgesehen ist, soll im neuesten Vorschlag von Bert Rürup der GKV auch für Kinder eine Prämie i.H.v. 78 € zufließen. Allerdings ist vorgesehen, dass diese von der Kindergeldstelle an die jeweilige Kasse gezahlt wird. Somit soll dieser „Kinderbeitrag“ genauso wie die Prämiensubvention für einkommensschwache Haushalte über Einkommensteuer-mehreinnahmen durch die Ausbezahlung des bisherigen Arbeitgeberanteils und durch Steuererhöhungen finanziert werden. Für letztere favorisiert Rürup zwei Alternativen, nämlich eine Erhöhung des Solidaritätszuschlags oder eine Erhöhung der Mehrwertsteuer. Von Ökonomen wegen ihrer Lohnunabhängigkeit geschätzt, werden Kopfpauschalen oft als unsozial gebrandmarkt. Es könne ja wohl kaum angehen, dass „der Pförtner denselben Gesundheitsbeitrag entrichtet wie sein Chef“. Komischerweise gilt dieser Lehrsatz offenbar nur für den GKV-Leistungskatalog, nicht jedoch für andere Grundbedarfsgüter wie Kleidung und Nahrungsmittel. Bisher kam zumindest noch kein Politiker auf die Idee, Brot oder Socken für Manager und Pförtner preislich unterschiedlich auszuzeichnen. Zudem wird bei der politischen Debatte oft vergessen, dass eine soziale Flankierung deutlich treffsicherer über eine steuerfinanzierte Prämiensubvention erfolgt.

Wie aber sieht nun die Nachhaltigkeitswirkung der beiden Reformkonzepte aus? Abbildung 2a zeigt die resultierenden Nachhaltigkeitslücken, wenn beide Konzepte umgesetzt würden und zum Vergleich noch einmal diejenige des gesetzgeberischen Status quo, jeweils für das realistischere Kostendruckszenario. Um das Bürgerversicherungskonzept mit dem neuesten Vorschlag von Rürup „auf Augenhöhe“ vergleichen zu können, wird angenommen, dass bei beiden Modellen die Einnahmen pro Kopf gleich sind.

Abbildung 2a: Nachhaltigkeitslücken Rürup versus Bürgerversicherung in Prozent des BIP 2001

Basisjahr 2001, r=3%, g=1,5%, Szenario mit Kostendruck

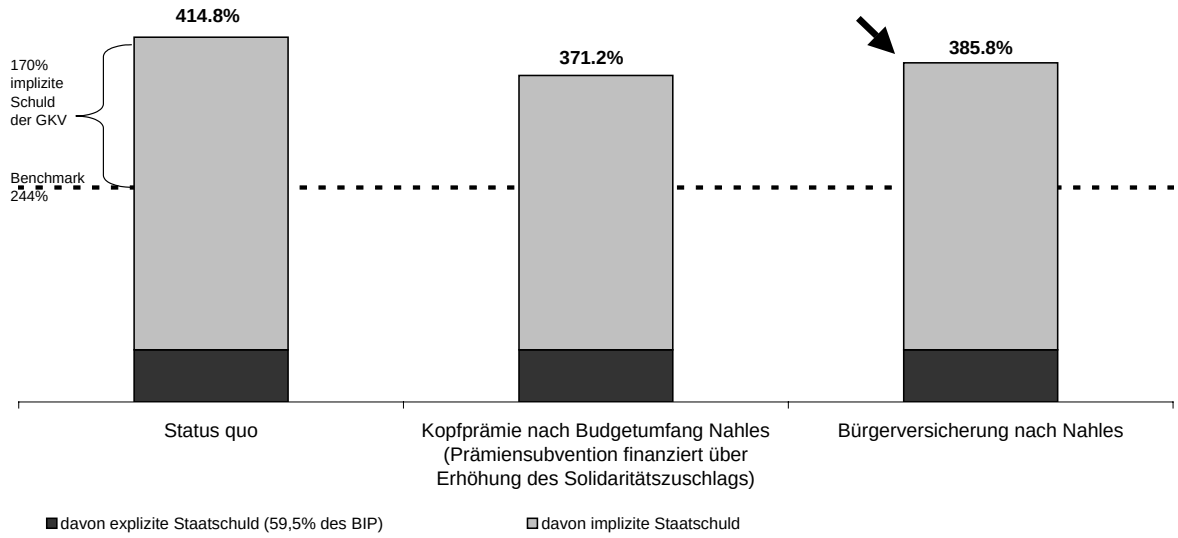


Der schwarze Pfeil deutet den tatsächlichen Vorschlag von Rürup und Wille an, dem wie bereits erwähnt ein fiktives Bürgerversicherungsszenario mit gleichen Pro-Kopf-Einnahmen gegenüber gestellt wird. Zusätzlich zu den Lücken ist noch die Linie von 244 Prozent des BIP eingezeichnet, was die Benchmark für die Herstellung von Nachhaltigkeit im gesetzlichen Gesundheitssystem ist. Auf einen ersten Blick ist bereits ersichtlich, dass diese Benchmark durch beide Konzepte nicht nur verfehlt wird, sondern sie verschlimmern sogar die fiskalische Schieflage zusätzlich. Der Grund dafür liegt in der zu gering gewählten Gesundheitsprämie des neuesten Rürupvorschlags, welche mit 169 € gut 40 € geringer ist als diejenige des ursprünglichen Kommissionsvorschlages.[11] Trotzdem, gemessen an der Nachhaltigkeitslücke des neuen Rürupvorschlags von 423,2 Prozent des BIP, schneidet eine vergleichbare Bürgerversicherung mit 452,2 Prozent des BIP noch schlechter ab. Offensichtlich greifen beide Konzepte hinsichtlich der Nachhaltigkeitswirkung zu kurz. Dies ändert sich auch qualitativ nicht, wenn man beide Konzepte mit dem Budgetumfang der von der Nahles-Kommission vorgesehen Bürgerversicherung vergleicht, was in Abbildung 2b geschieht:[12]

[11] Zwar wird ein Teil wieder durch die Beiträge für die mitversicherten Kinder aufgefangen, trotzdem erreicht der neue Rürupvorschlag lediglich ein Gesamtbudget von 130 Mrd. €. Demgegenüber fasst das Budget des alten Rürupvorschlags mit 210 € Pauschale für jeden erwachsenen Versicherten 145 Mrd. €.

[12] Im Kommissionsbericht wird von einem Nettofinanzierungseffekt i.H.v. 20 Mrd. € gesprochen, vgl. SPD (2004). Berücksichtigt man, dass die neu in die GKV kommenden Versicherten Gesundheitskosten von etwa 12 Mrd. € verursachen (vgl. Fetzer und Hagist (2004)) so wird das Ausgangsbudget der GKV um 32 Mrd. € auf 171 Mrd. € erhöht.

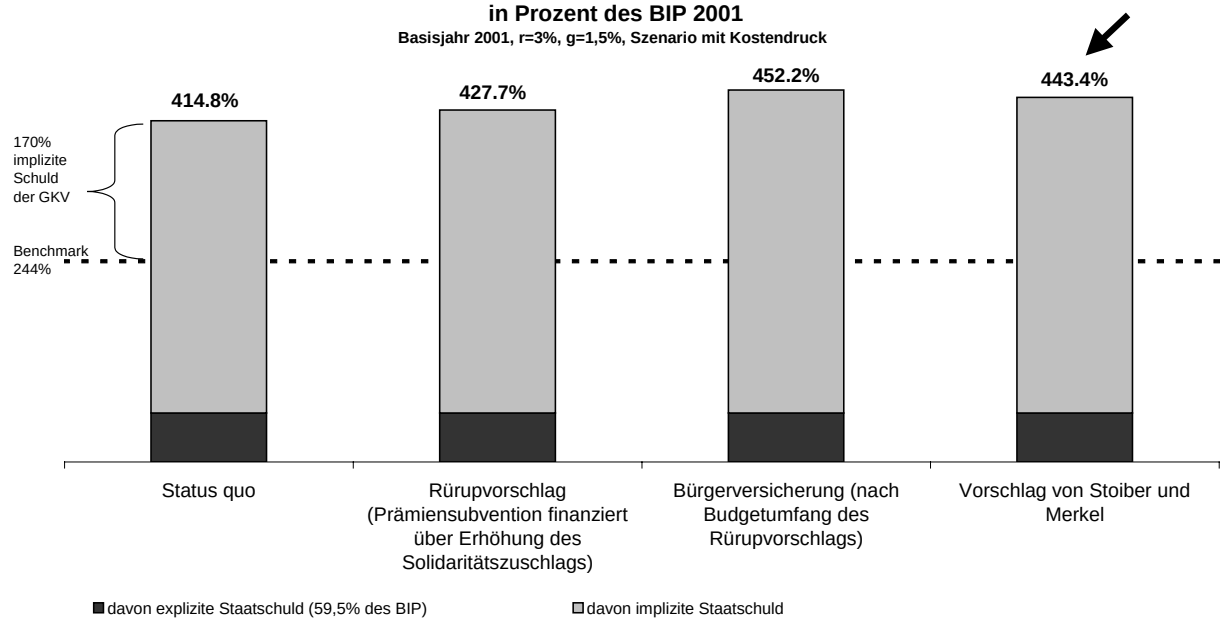
Abbildung 2b: Nachhaltigkeitslücken Rürup versus Bürgerversicherung
in Prozent des BIP 2001
Basisjahr 2001, r=3%, g=1,5%, Szenario mit Kostendruck



Denn selbst dann, wenn eine Gesundheitsprämie von 203 € pro Monat (bei gleichbleibendem Kinderbeitrag von 78 €) erhoben werden sollte, der ein gleiches Beitragsaufkommen pro Versichertem wie die Bürgerversicherung nach Nahles garantieren würde, wäre die Nachhaltigkeitswirkung nicht wirklich überzeugend. Die Nachhaltigkeitslücke des Status quo von 414,8 Prozent des BIP würde um 43,6 Prozentpunkte gesenkt. Der Bürgerversicherungsvorschlag der Nahles-Kommission (siehe Pfeil) würde die Nachhaltigkeitslücke nur um rund 29 Prozentpunkte senken.[13]

[13] Zur Vergleichbarkeit von Bürgerversicherungskonzepten und Gesundheitsprämienmodellen vgl. Fetzer und Hagist (2004).

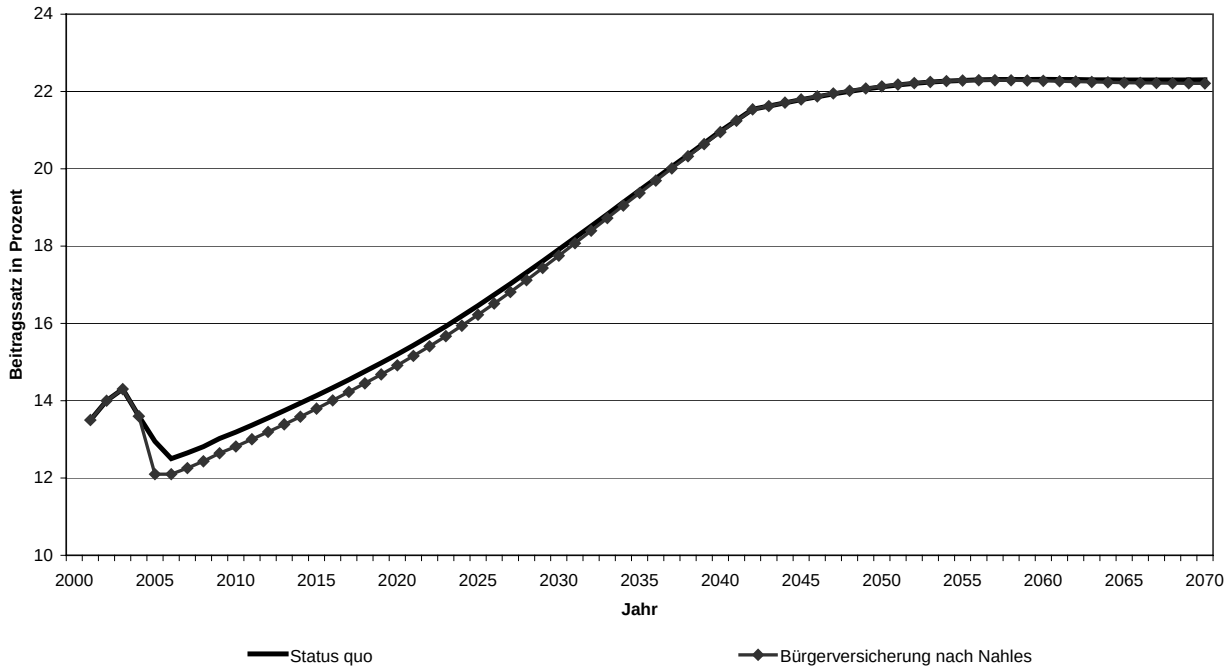
Abbildung 2c: Nachhaltigkeitslücken Rürup versus Bürgerversicherung versus Stoiber-Merkel-Kompromiss
in Prozent des BIP 2001
Basisjahr 2001, r=3%, g=1,5%, Szenario mit Kostendruck



Dass der jüngste Kompromiss der Unionsparteien auch einen Kompromiss hinsichtlich der Nachhaltigkeitswirkung darstellt, macht Abbildung 2c deutlich: Die Nachhaltigkeitslücke des von Stoiber und Merkel ausgehandelten Hybridmodells (wiederum durch den schwarzen Pfeil markiert) liegt mit 443,4 Prozent des BIP fast genau zwischen den Nachhaltigkeitslücken des Rürupvorschlages und dessen vergleichbaren Bürgerversicherung. Dies ist insofern auch nicht verwunderlich, da bei diesem Vorschlag eine Prämie i.H.v. 109 € verlangt wird. Die restlichen 60 €, die zur Rürupschen Gesundheitsprämie von 169 € fehlen, werden über die Abführung des bisherigen Arbeitgeberbeitrages finanziert. De facto stellt dieses Modell dann aber nichts anderes dar als ein Mischsystem aus Bürgerversicherung (wegen der Einkommensabhängigkeit der Arbeitgeberbeiträge) und Gesundheitsprämie.

Die mangelhafte Wirkung beider Konzepte sieht man ebenfalls deutlich, wenn man die Nachhaltigkeitslücke in eine Beitragssatzprojektion überführt. Bei einer Nachhaltigkeitsanalyse wird fiktiv unterstellt, dass die GKV Schulden machen könnte und diese akkumuliert werden (und dann eben in der Nachhaltigkeitslücke wiedergegeben werden). Sollten diese jährlichen Defizite aber auch jährlich beglichen werden, müsste der Beitragssatz angehoben werden und zwar drastisch, wie Abbildung 3 zeigt:

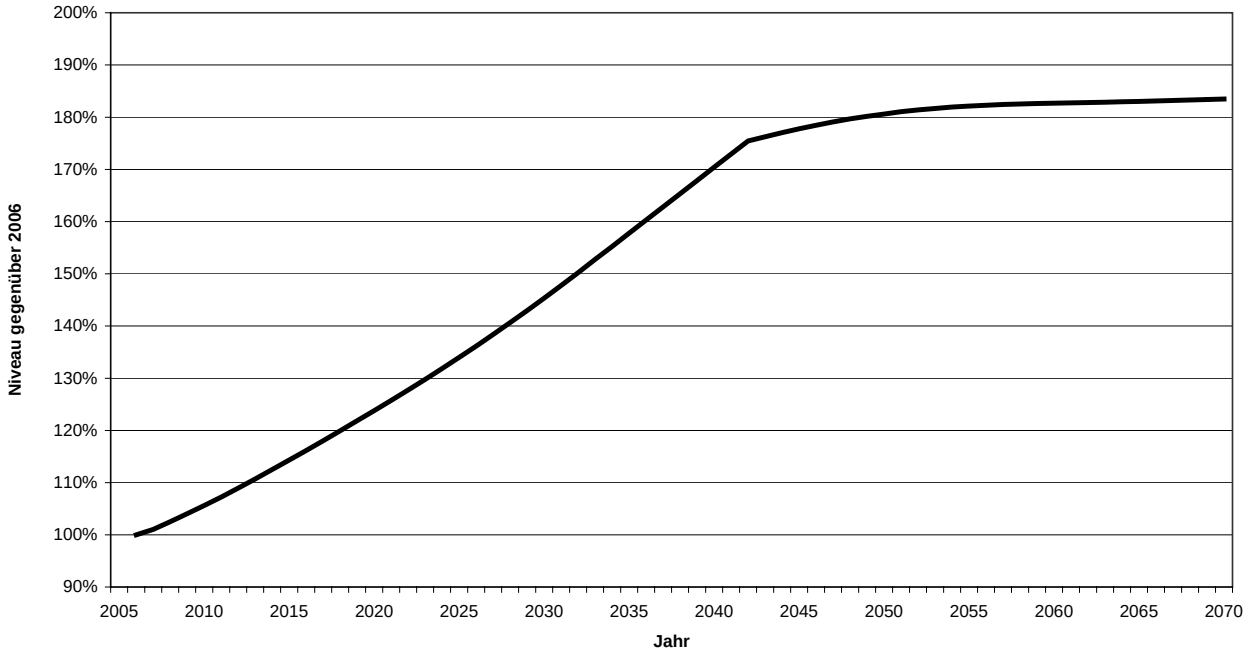
Abbildung 3: Beitragssatzprojektion, Status quo versus Bürgerversicherung



So brächte eine, wie im Bericht der Nahles-Kommission skizzierte Bürgerversicherung (vgl. SPD 2004) zwar kurzfristig eine Senkung des Beitragssatzes gegenüber der momentanen Situation, die mittel- und langfristige Dynamik bleibt aber ungebrochen, wie die Abbildung eindeutig belegt. So würde auch der Beitragssatz der Bürgerversicherung beim Ausbleiben weiterer Reformen 2037 die 20 %-Marke überschreiten und sich langfristig bei über 22 % festsetzen. Der Hauptgrund für das „Aufholen“ des Bürgerversicherungsbeitragssatzes ist die Altersstruktur der neu in die GKV eintretenden Beamten.

Doch auch die Kopfpauschale nach Rürup bliebe nicht von gewaltigen Erhöhungen bis auf über 180 Prozent der Ausgangspauschale verschont, wie Abbildung 4 illustriert:

Abbildung 4: Notwendige Veränderung der Kopfpauschale
Rürup-Wille Konzept



Der Grund ist hier vor allem auf die niedrige Grundprämie zurückzuführen. Mit höheren Prämien könnte man in den ersten Jahren Überschüsse erzielen, die in den Folgejahren dann zur Defizitbedienung verwendet werden können. Wollte man einen Anstieg der Kopfpauschale für alle Zeiten verhindern, so müsste man diese nicht auf 169 € pro Monat , sondern vielmehr auf ca. 290 € pro Monat festsetzen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass es durch die Einführung des einen oder des anderen Konzeptes zwar gelingen mag, wie auch immer gearteten Gerechtigkeitsvorstellungen entgegenzukommen. Geht es aber um das eigentliche Ziel der Kommissionen, nämlich einer nachhaltigen Finanzierung der GKV näher zu kommen, und damit auch ein Stück weit mehr Generationengerechtigkeit zu erreichen, versagen sowohl Bürgerversicherung als auch Gesundheitsprämie. Dies gilt vor allem dann, wenn, wie beim neuesten Vorschlag von Rürup, eine „politisch opportune“ niedrige Gesundheitsprämie gewählt wird. Noch schlechter ist die Nachhaltigkeitswirkung einer vergleichbaren Bürgerversicherung.

Soll dennoch eine Bewertung der beiden Konzepte abgegeben werden, so muss aus arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten eindeutig ein Gesundheitsprämiensystem propagiert werden, da über die pauschalen Prämien mittel- bis langfristig eine vollständige Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Lohn gelingt. Die Bürgerversicherung leistet dies, wenn überhaupt, nur sehr begrenzt. Gegeben, dass für jeden abgebauten Beitragspunkt in den sozialen Sicherungssystemen etwa 100.000 Arbeitssuchende wieder zu „Lohn und Brot“

kämen, liegt hier ein ganz entscheidender Vorteil des Gesundheitsprämienmodells. Ein weiterer Vorteil ist der implementierte Steuer-Transfer-Mechanismus. Ist ein solcher Mechanismus bereits vorhanden, können ausgabeseitige Maßnahmen relativ einfach sozial abgefedert werden. Anstatt bei Reformen, die eine partielle Ausgliederung oder Formen von Eigenbeteiligungen wie etwa beim GMG vorsehen, besonders hart getroffene Bevölkerungsgruppen über intransparente Ausnahmeregelungen zu kompensieren, könnte dann über eine höhere Prämiensubvention ein viel transparenterer sozialer Ausgleich vorgenommen werden. Denn was die GKV wieder auf ein nachhaltiges Fundament stellen kann, sind anreizorientierte ausgabeseitige Strukturreformen. Ein Reformpaket, was in diese Richtung geht, ist die so genannte *Freiburger Agenda*, die im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

4. Eine nachhaltige Reform der Ausgabenseite: Die Freiburger Agenda

Da es durch keines der oben beschriebenen Modelle auch nur annähernd gelingt, das gesetzliche Gesundheitssystem langfristig auf stabile Beine zu stellen, stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen das gesetzliche Gesundheitssystem wieder auf ein nachhaltig stabiles Fundament gestellt werden kann. Eine Antwort in die richtige Richtung - wenn auch mit viel zu kleiner Wirkung - ist durch das dieses Jahr in Kraft getretene GMG gegeben: Die Musik für nachhaltige Reformen spielt auf der Ausgabenseite und nicht auf der Einnahmenseite. Ein konsequenter Vorschlag für eine Reform der Ausgabenseite des gesetzlichen Gesundheitssystem, ist die so genannte *Freiburger Agenda*. Konkret besteht diese aus drei Komponenten: Erstens die vollständige Ausgliederung von zahnmedizinischen Leistungen, zweitens ein absoluter Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente und drittens eine über eine Intensivierung des Kassenwettbewerbs stattfindende Reduzierung des Kostendrucks im stationären Sektor.

Die erste Komponente der *Freiburger Agenda* sieht vor, neben den schon durch das GMG ausgegliederten Zahnersatzleistungen auch zahnärztliche Leistungen vollständig aus dem Katalog der GKV zu streichen. Die individuelle Zusatzbelastung bei einer Ausgliederung dieser Leistungen in den privaten Krankenversicherungsbereich dürfte relativ gering sein, denn Zahnarztleistungen werden nur wenig altersspezifisch in Anspruch genommen, so dass private Versicherungen bei der Prämienkalkulation auf die teuere Rücklagenbildung verzichten könnten. Konkret sieht die *Freiburger Agenda* vor, Zahnarztleistungen ab dem Jahr 2006 vollständig aus dem GKV-Leistungskatalog auszugliedern. Das Volumen einer

solchen Reform lässt sich, sollten die im GMG vorgesehenen Teile wirklich ausgegliedert werden, noch mit etwa 8 Mrd. € Einsparungen p.a. beziffern.

Die zweite Komponente der *Freiburger Agenda* sieht die Einführung eines absoluten jährlichen Selbstbehalts vor. Selbstbeteiligungen sind spätestens mit Einführung der Praxisgebühr auch heute schon im System der GKV „gang und gebe". In anderen Ländern sind Selbstbeteiligungen in weitaus größerem Ausmaß die Regel. Theoretisch dienen sie dazu, dem Phänomen des sogenannten Moral Hazard[14] entgegenzusteuern bzw. die Gesundheitskosten transparent und für den Patienten spürbar zu machen. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist zunächst ein vollständiger Übergang auf das Kostenerstattungsprinzip.

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Selbstbeteiligungen lassen sich eine Reihe verschiedener Konzepte aufführen.[15] Die zwei bekanntesten und meist verwendeten sind der absolute Selbstbehalt und die relative (prozentuale) Selbstbeteiligung. Ersterer fixiert die private Zuzahlung auf einen fixen Kostenerstattungsbetrag pro Periode, letztere bemisst die Zuzahlung auf einen prozentualen Anteil der Kosten. Die Anreizwirkungen der absoluten und relativen Selbstbehalte unterscheiden sich – bei entsprechenden Tarifen – nur unwesentlich. Hinsichtlich der Verteilungswirkungen unterscheiden sich beide jedoch erheblich. Individuen mit einem sehr hohen Krankheitsrisiko würden den auf sie zukommenden Eigenanteil beim relativen Selbstbehalt nur schwer finanzieren können, während sie den absoluten Selbstbehalt nur bis zur vorgesehenen Höchstgrenze aufwenden müssen. Da die Leistungsinanspruchnahme mit zunehmendem Alter steigt, wäre ein relativer Selbstbehalt für viele Teile der älteren Bevölkerung schlicht zu teuer. Deswegen erscheint die Einführung eines absoluten Selbstbehalts sehr viel praktikabler, da dieser für alte und krankheitsanfällige Individuen eher finanzierbar ist als eine relative Selbstbeteiligung.

Dies bedeutet aber auch, dass die sozialpolitisch gewünschten Ausgleichszahlungen für die älteren Jahrgänge durch andere staatliche Träger kleiner sind.[16] Allerdings besteht bei wirkungsvollen Selbstbeteiligungen ein erheblicher sozialpolitischer Flankierungsbedarf - weniger für die alten als vielmehr für die einkommensschwachen Teile der Bevölkerung sowie für kinderreiche Familien. Für diese dürfte eine hohe und damit wirkungsvolle

[14] Moral Hazard beschreibt den Umstand, dass durch die Möglichkeit einer Versicherung sich die Verhaltensanreize für den Versicherten ändern. Einen umfassenden Überblick über verschiedene Formen von Moral Hazard liefern Breyer, Zweifel und Kifmann (2003).
[15] Einen Überblick über verschiedene Selbstbeteiligungsformen liefert Schulenburg (1987).
[16] Alternativ könnte man den absoluten Selbstbehalt mit einer proportionalen und gedeckelten Selbstbeteiligung kombinieren. Einen solchen Vorschlag macht Felder (1999).

Selbstbeteiligung eine kaum zu bewältigende Belastung darstellen, so dass über die bedürftigkeitsgeprüfte Sozialhilfe und/oder den Familienlastenausgleich auf andere staatliche Institutionen zurückgegriffen werden muss. Gerade hier könnte auf den Vorzug des bereits implementierten Steuer-Transfer-Mechanismus eines Gesundheitsprämienmodells zurückgegriffen werden. Konkret sieht die Freiburger Agenda vor, einem Selbstbehalt von 900 € p.a. für ambulante und medikamentöse Leistungen einzuführen. Damit verbunden sind Einsparungen für die GKV von 19 Mrd. € p.a.

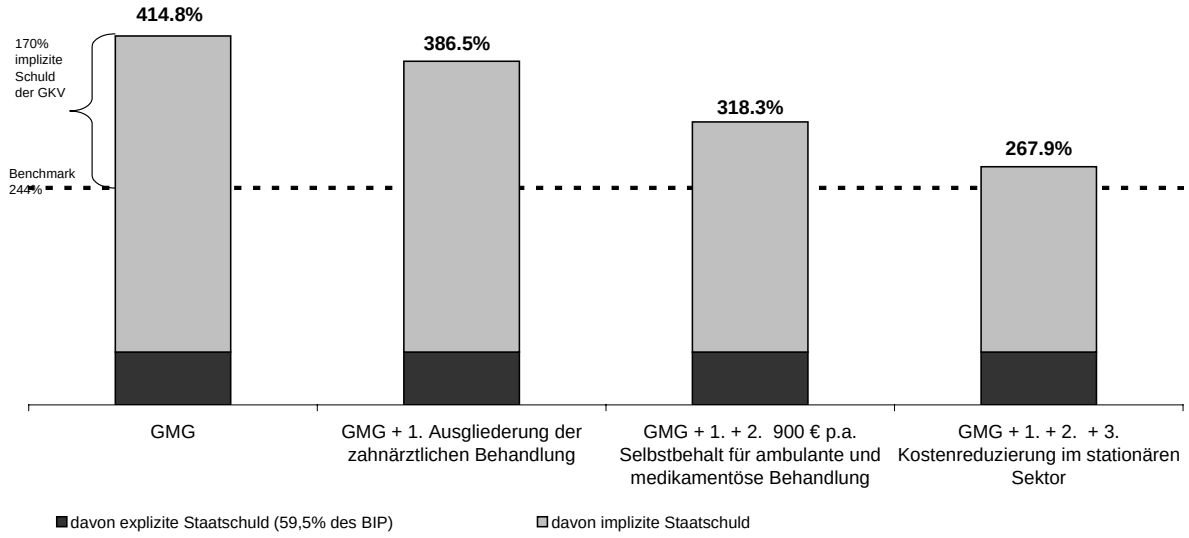
Die dritte Komponente der *Freiburger Agenda* besteht darin, über wettbewerbs- und ordnungspolitische Maßnahmen den Kostendruck im stationären Sektor zu dämpfen. Zum einen geht es dabei um die Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenhausträger bezüglich der Entgeltgestaltung im stationären Sektor.[17] Zum anderen geht es um einen echten Wettbewerb zwischen den Kassen, wobei es jeder Krankenkasse anheim steht, mit Krankenhäusern ihrer Wahl Einzelverträge auszuhandeln.[18] Eine Krankenkasse müsste bei einer ineffizienten Vertragswahl entweder höhere Ausgaben und damit höhere Beiträge oder eine schlechtere Leistung bei gleichen Beiträgen gegenüber ihren Konkurrenten anbieten, was deren Versicherte zu einem Kassenwechsel veranlassen würde. Somit würden sich nach einiger Zeit die effizienten Vergütungssysteme herauskristallisieren, denn, so Breyer (2000), „mit welcher Vergütung eine ausreichende medizinische Versorgung hoher Qualität zu geringstmöglichen Kosten erreichbar ist, kann nur die Praxis erweisen“. Vorraussetzung, um einen solchen „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ für effiziente Vertragsformen zu nutzen, ist allerdings, dass der Versicherte Kassenwahlfreiheit hat. Dies ist in der GKV zwar seit 1996 formal gegeben, jedoch verhindert der Zwang für Krankenkassen, einheitliche Verträge abzuschließen, dass ein wirklicher Wettbewerb zwischen Kassen neue Lösungen für Verträge mit Krankenhäusern generieren kann. Um die Auswirkungen der Kostendämpfung im stationären Bereich quantitativ zu erfassen, soll im Referenzfall davon ausgegangen werden, dass es gelingt, durch die wettbewerbspolitischen Maßnahmen den Kostendruck

[17] Es bedürfte dann einer Neuregelung von §109 SGB V, in dem der bisherige Zwang für Kassen, einheitliche Verträge abschließen zu müssen, geregelt ist. Es wäre prinzipiell auch denkbar, dass man den Kassen Vertragsfreiheit für den ambulanten Sektor einräumt. Dies erscheint aber angesichts des derzeitigen Standes der Kartellbildung im ambulanten Bereich nur sehr langfristig umsetzbar zu sein.

[18] Es besteht in der gesundheitsökonomischen Literatur ein allgemeiner Konsens, dass ein effizientes Verhalten der Leistungserbringer von der Wahl des Entgelts abhängt. Diese Erkenntnis hat schon in der Vergangenheit zu Veränderungen der Vergütungssysteme im stationären Bereich geführt, die aber bislang nicht das gewünschte Ergebnis einer langfristigen Kostenreduktion generieren konnten. Ein relativ neues Beispiel für andere als die hier vorgeschlagenen Kostendämpfungsmaßnahmen sind die diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaussektor, welche ab 2003 eingeführt werden sollen. Durch die Einführung soll vor allem die im internationalen Vergleich hohe durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern gesenkt werden. Jedoch besteht hierbei die Gefahr, dass Patienten zu früh und zu krank entlassen werden, was letztendlich zu einem Verpuffen des gewünschten Kostensenkungseffekts bzw. sogar zu steigenden Kosten führen könnte. Vgl. hierzu beispielsweise DIW (2001).

vollständig herauszunehmen. Somit würden sich jährlich zusätzlich anfallende Einsparungen von einer halben Milliarde Euro realisieren lassen.

Abbildung 5: Nachhaltigkeitslücken der Freiburger Agenda
in Prozent des BIP 2001
Basisjahr 2001, r=3%, g=1,5%, Szenario mit Kostendruck



Dass mit der Implementierung der *Freiburger Agenda* die GKV fast vollständig reformiert werden kann, zeigt Abbildung 5, welche die Verminderung der Nachhaltigkeitslücke insgesamt und durch die einzelnen Komponenten der *Freiburger Agenda* veranschaulicht. Die gesamtstaatliche Nachhaltigkeitslücke Gesamtlast reduziert sich von 414,8 auf 267,9 Prozent des BIP ausgehend vom Status quo des GMG. Wie oben schon erwähnt, sei dabei unterstellt, dass die Kosten im stationären Bereich mit dem BIP wachsen und der Selbstbehalt bei ambulanter Versorgung und bei Medikamenten auf 900 Euro p.a. festgesetzt wird. Die Wirkungsweisen der einzelnen Komponenten auf die Nachhaltigkeitslücke sind durch die differentiellen Zwischenschritte in Abbildung 5 veranschaulicht. Die größte Reduktion in Höhe von 68,2 Prozentpunkten erfährt die Nachhaltigkeitslücke durch den absoluten Selbstbehalt. Etwas geringer fällt die Wirkung der vollständigen Kostendämpfung aus, welche die Nachhaltigkeitslücke um insgesamt 50,4 Prozentpunkte reduziert. In Relation zu diesen beiden Komponenten fällt die vollständige Herausnahme der Zahnbehandlung aus dem Leistungskatalog der GKV vergleichsweise gering aus. Dennoch würde bei einem solchen Vorhaben, ausgehend vom Szenario des Kostendrucks, die Nachhaltigkeitslücke um 28,3 Prozent des BIP sinken – eine immer noch große Entlastung zukünftiger Beitragszahler.

Die Gesamtwirkung der Agenda bringt also einen großen Schritt in Richtung nachhaltige Finanzierung der GKV. Die ebenfalls eingezeichnete Benchmark der Nicht-GKV-verursachten Nachhaltigkeitslücke von 244 Prozent wird aber dennoch um gut 24 Prozentpunkte verfehlt. Hierfür bedarf es entweder weiterer Ausgabenkürzungen, höherer Selbstbehalte oder zusätzlicher Einnahmen. Z.B. könnte eine entsprechend aufkommensstarke Gesundheitsprämie gewählt werden um auch diese Last von den Schultern zukünftiger Generationen zu nehmen. Auf jeden Fall erscheint das Problem einer öffentlichen Gesundheitsversorgung wieder langfristig tragbar zu sein.

5 Schlussbemerkungen und Ausblick

Mit diesem Beitrag wurde deutlich, dass ein Hauptteil der deutschen Nachhaltigkeitslücke von der Gesetzlichen Krankenkasse verursacht wird. Auch wurde gezeigt, dass die momentan in der öffentlichen Diskussion stehenden Reformkonzepte Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie nicht geeignet sind die Nachhaltigkeitslücke abzubauen. Gegenüber der Bürgerversicherung weist aber die Gesundheitsprämie gewisse Vorteile auf, weil sie den Arbeitsmarkt ankurbelt. Auch der in sie eingebaute Steuer-Transfer-Mechanismus ist begrüßenswert, da dadurch eine zielgenaue Umverteilung durchgeführt werden kann. Zudem kann der Steuertransfer genutzt werden, wenn es darum geht, wirkliche nachhaltige Reformen wie die hier vorgestellte *Freiburger Agenda* sozial zu flankieren. Denn wie hier deutlich gemacht, kann Nachhaltigkeit nur über eine konsequente radikale Reform der GKV-Ausgabenseite durchgeführt werden. So unpopulär diese Maßnahmen auch sein werden, früher oder später müssen sie kommen. Eines sollte hier den politischen Entscheidungsträgern noch auf den Reformweg gegeben werden: Ein Verzögern unpopulärer Maßnahmen macht diese noch schmerzhafter, deswegen ist es an der Zeit für einen schnellen, radikalen und nachhaltigen Eingriff beim Patienten „GKV“.

Literatur

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1991), Generational Accounts: a meaningful alternative to deficit accounting, *Tax policy and the economy*, 5, S. 55-110.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1992), Social security and medicare policy from the perspective of generational accounting, *Tax policy and the economy*, 6, S. 129-145.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1994), Generational Accounts: a meaningful way to evaluate fiscal policy, *The Journal of Economic Perspectives* , 8/1, S. 73-94.

Bonin, H. (2001), *Generational Accounting: Theory and Application*, Berlin.

Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2003), *Gesundheitsökonomie*, 4. Aufl., Berlin.

Breyer, F. und V. Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*, 1, S. 1-17.

Breyer, F. (2000), Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Beiheft 8: Die Zukunft des Sozialstaats*, S. 167-199.

DIW (2001), *DIW-Gutachten: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen – Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union*, Endbericht, Berlin.

Felder, S. (1999), Neue Konzepte für die Selbstbeteiligung in Deutschland, in: H. R. Vogel (Hrsg.), *Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen – Sachstand, Ausblick und internationaler Vergleich*, Stuttgart, S. 67-74.

Fetzer, S. und B. Raffelhüschen (2004), Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Die Freiburger Agenda, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik (erscheint demnächst)*.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004), GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, *Schmollers Jahrbuch (erscheint demnächst)*.

Fetzer, S., C. Hagist und B. Raffelhüschen (2004), Was bringen Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung wirklich?, *ifo-Schnelldienst*, 15, S. 3-7.

Jacobs, K und H. Schnellschmidt (2002), Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität – Konturen einer Finanzierungsreform, in: Gesundheit und Gesellschaft : G + G., Heft 3, S. 15-22.

Raffelhüschen, B. (1999), Generational Accounting: Method, Data, and Limitations, *European Economy, Reports and Studies*, 6, S. 17-28.

Rürup, B. und E. Wille (2004), *Finanzierungsreform in der Krankenversicherung*, Gutachten vom 15. Juli 2004.

Schulenburg, J. M. Graf von der (1987), *Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*, Tübingen.

SPD (2004), *Modell einer solidarischen Bürgerversicherung*, Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes vom 26. August 2004.

Seit 2000 erschienene Beiträge

82/00 Jochen **Michaelis**/Michael **Pflüger**
The Impact of Tax Reforms on Unemployment in a SMOPEC
erschienen in: Journal of Economics (Zeitschrift für Nationalökonomie), Vol. 72, No. 2, S. 175-201

83/00 Harald **Nitsch**
Disintermediation of Payment Streams

84/00 Harald **Nitsch**
Digital Cash as a Medium of Exchange: A Comment on the Application of the Whitesell-Model

85/00 Harald **Nitsch**
Efficient Design of Wholesale Payment Systems: The Case of TARGET

86/00 Christian **Keuschnigg**/Mirela **Keuschnigg**/Reinhard **Koman**/Erik **Lüth**/Bernd **Raffelhüschen**
Public Debt and Generational Balance in Austria
erschienen in: Empirica, 27 (2000), S. 225-252.

87/00 Daniel **Besendorfer**/Holger **Bonin**/Bernd **Raffelhüschen**
Reformbedarf der sozialen Alterssicherung bei alternativen demographischen Prognosen
erschienen in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 45. Jahr (2000), S. 105-122

88/00 Erik **Lüth**
The Bequest Wave and its Taxation

89/00 Hans-Georg **Petersen**/Bernd **Raffelhüschen**
Die gesetzliche und freiwillige Altersvorsorge als Element eines konsumorientierten Steuer- und Sozialsystems

90/00 Patrick A. **Muhl**
Der walrasianische Auktionator - wer ist das eigentlich?

91/00 Michael **Pflüger**
Ecological Dumping Under Monopolistic Competition
erschienen in: Scandinavian Journal of Economics, 103(4), S. 689-706

92/01 Christoph **Borgmann**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Rentenreformen 1998 - 2001: Eine (vorläufige) Bestandsaufnahme
erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2001, 2(3), S. 319-334

93/01 Christian **Keuschnigg**/Mirela **Keuschnigg**/Reinhard **Koman**/Erik **Lüth**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Inzidenz der österreichischen Finanzpolitik
erschienen in: Engelbert Theurl u.a. (Hrsg.): Kompendium der österreichischen Finanzpolitik, Wien New York 2002, S. 263 - 295

94/01 Daniel **Besendorfer**/A. Katharina **Greulich**
Company Pensions and Taxation

95/01 Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting - Quo Vadis?
erschienen in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 28, No. 1, 2002, S. 75-89

96/01 Bernd **Raffelhüschen**
Soziale Grundsicherung in der Zukunft: Eine Blaupause
erschienen in: B. Genser (Hrsg.), Finanzpolitik und Arbeitsmärkte, Schriften des Vereins für

Socialpolitik, N.F. Band 289, Berlin 2002, S. 83-118

97/01 Christoph **Borgmann**
Assessing Social Security: Some Useful Results

98/01 Karen **Feist**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Effekte einer lebenszyklusorientierten Einkommensteuerreform: Die Einfachsteuer des Heidelberger Steuerkreises
erschienen in: Manfred Rose (Hrsg.): Reform der Einkommensbesteuerung in Deutschland, Schriften des Betriebs-Beraters Band 122, Heidelberg 2002, S. 122-145

99/01 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung
erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 3/2002, S. 279-302

100/02 Christoph **Borgmann**
Labor income risk, demographic risk, and the design of (wage-indexed) social security

101/02 Philip M.V. **Hallensleben**
Monetäre Transmission in Europa und Folgen für die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank

102/02 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Earlier or Later in CGE-Models: The Case of a Tax Reform Proposal

103/02 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda
erscheint demnächst in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik

104/03 Oliver **Ehrentraut**/Stefan **Fetzer**
Wiedervereinigung, Aufholprozess Ost und Nachhaltigkeit
erschienen in: Wirtschaftsdienst, Heft 4, 2003, S. 260-264

105/03 Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Umverteilung und Wachstumsimpulse der Steuerreformen 1999 bis 2005 - Die Perspektive der Generationenbilanz
erschienen in: Michael Ahlheim/Heinz-Dieter Wenzel/Wolfgang Wiegard (Hrsg.): Steuerpolitik – Von der Theorie zur Praxis, Frankfurt, Heidelberg, New York 2003, S. 521-541.

106/03 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie
erschienen in: Manfred Albring/Eberhard Wille (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt 2003, S. 85-114

107/03 Christoph **Borgmann/**Matthias **Heidler**
Demographics and Volatile Social Security Wealth: Political Risks of Benefit Rule Changes in Germany
erschienen in: CESifo Working Paper No. 1021

108/03 Stefan **Fetzer**/Dirk **Mevis**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitssystems

109/03 Oliver **Ehrentraut**/Bernd **Raffelhüschen**
Die Rentenversicherung unter Reformdruck – Ein Drama in drei Akten
erschienen in: Wirtschaftsdienst 11/2003, S. 711-719

110/03 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüschen**
Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung

erschienen in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 73/1 (2004), S. 158-174

111/03 Harald **Nitsch**
One Size Fits – Whom? Taylorzinsen im Euroraum

112/03 Harald **Nitsch**
Aggregationsprobleme von Investitionsfunktionen im Immobilienbereich

113/04 Bernd **Raffelhüschen**/Jörg **Schoder**
Wohneigentumsförderung unter neuen Vorzeichen: Skizze einer zukunftsorientierten Reform

114/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**
GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen

115/04 Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüschen**
Friedens– versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein *kriegerischer* Beitrag für mehr Nachhaltigkeit
erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 2/2004, S. 185-206

116/04 Sandra **Haasis**
Interbankenverrechnung – eine Bedrohung für die Europäische Geldpolitik? Nachfrage bei der Deutschen Kreditwirtschaft

117/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**
Was sind gute Nachhaltigkeitsindikatoren? OECD-Methode und Generationenbilanzierung im empirischen Vergleich

118/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**
Indicators for Measuring Fiscal Sustainability – A Comparative Application of the OECD-Method and Generational Accounting
Englische Fassung von Diskussionsbeitrag 117/04

119/04 Jasmin **Häcker**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüschen**
Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?

120/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüschen**
Was bringen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wirklich?
erschienen in: ifo Schnelldienst, 15/2004, S. 3-7

121/04 Jasmin **Häcker**/Matthias **Heidler**
Intergenerational Fairness During Demographic Transition

122/04 Heiko **Hoffmann**/Pascal **Krimmer**
Aufkommens- und Verteilungswirkung aktueller Vorschläge zur Reform der Einkommensteuer: Eine vergleichende Analyse anhand eines Simulationsmodells auf Mikrodatenbasis

123/04 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Earlier or Later: A General Equilibrium Analysis of Bringing Forward an Already Announced Tax Reform

124/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüschen**
Nachhaltige Gesundheitsreformen?

ISSN 0943-8408