

Fetzer, Stefan; Moog, Stefan; Raffelhüschen, Bernd

Working Paper

Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie

Diskussionsbeiträge, No. 106

Provided in Cooperation with:

Department of Economics, University of Freiburg

Suggested Citation: Fetzer, Stefan; Moog, Stefan; Raffelhüschen, Bernd (2003) : Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Diskussionsbeiträge, No. 106, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft, Freiburg i. Br., <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:25-opus-18669>

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/56406>

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.

DISKUSSIONSBEITRÄGE

DISCUSSION PAPERS

**Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und
Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie**

**Stefan Fetzer
Stefan Moog
Bernd Raffelhüschen**

106/03

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



Prof. Dr. A. Oberhauser
Waldackerweg 14
79194 Gundelfingen

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

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

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

Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie

Stefan Fetzer

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Stefan Moog

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

und

Bernd Raffelhüschen

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
Universität Bergen, Norwegen

Februar 2003

Unser Dank gilt insbesondere auch dem Vorstand der Deutschen Krankenversicherung (DKV), der durch Überlassung der notwendigen Daten diese Arbeit erst ermöglicht hat. Korrespondenz: Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Institut für Finanzwissenschaft I, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79085 Freiburg.

1 Einleitung

Die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist angesichts des doppelten Alterungsprozesses nicht gewährleistet. Ebenso wie die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) fußen sie auf dem Prinzip des Generationenvertrags, d.h. alle Ausgaben an Kranke oder Pflegebedürftige finanzieren sich aus den laufenden Einnahmen der lohnabhängigen Beiträge der erwerbstätigen Generation. Eine solche Umlagefinanzierung kann aber langfristig nur dann Bestand haben, wenn hinreichend starke junge Jahrgänge nachwachsen. Dies ist seit Jahrzehnten nicht mehr der Fall, denn die Fertilität bewegt sich seit nunmehr über 30 Jahren konstant auf einem Niveau, welches historisch nur mit den relativ kurzfristigen Effekten des zweiten Weltkriegs vergleichbar ist.

Sowohl die anhaltend niedrige Fertilität als auch die ansteigende Lebenserwartung führen zu einem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Die Konsequenzen dieses „doppelten Alterungsprozesses“ für die umlagefinanzierte gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung liegen klar auf der Hand. Auf der einen Seite sinken die durchschnittlichen Beitragseinnahmen, auf der anderen steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Kranken oder Pflegebedürftigen erheblich an. Immer weniger tendenziell gesunde Junge finanzieren mithin immer mehr Alte, deren Krankheits- bzw. Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit mit dem Alter deutlich zunimmt. Die sich daraus ergebenden zukünftigen Finanzierungslücken machen weitere Anhebungen der Beitragssätze oder drastische Leistungskürzungen unumgänglich.

Im Folgenden sollen die Konsequenzen des demographischen Wandels für die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung mit Hilfe der Generationenbilanzierung und anhand ergänzender Beitragssatzprojektionen auf derzeitiger Gesetzesgrundlage quantifiziert werden. Ausgehend von der Diagnose des gesetzlichen Status quo soll dann aufgezeigt werden, ob und inwieweit spezifische Reformmaßnahmen eine echte Therapie darstellen und somit zukünftig mehr Nachhaltigkeit in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung generieren könnten. Im Ergebnis zeigt sich, dass für die Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein schlichtes *Jetzt oder Nie* gilt, will heissen: Aus einer Kombination von mehr Wettbewerb im stationären Sektor, absoluten Selbsthalten in der ambulanten und medikamentösen Versorgung und der Privatisierung von zahnärztlichen Leistungen, der sogenannten *Freiburger Agenda*, kann wieder eine Nachhaltigkeit in das System getragen werden. Aus dem Selbstbedienungsladen

heutiger zu Lasten zukünftiger Generationen könnte so wieder ein echter Generationenvertrag werden. Anders hingegen im Fall der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV). Sie war entgegen der ursprünglichen (Blüm'schen) Intention noch nie ein Generationenvertrag¹ und sie kann angesichts der demographischen Entwicklung auch nicht nachhaltig reformiert werden. Einzig mögliche Handlungsalternative ist schlicht die sukzessive Abschaffung der Pflegeversicherung. Beide Gesundheitssysteme sollen im Folgenden nacheinander analysiert werden.

2 Zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Diagnose des gesetzlichen Status quo²

Auf einen ersten Blick scheint der Generationenvertrag GKV eine Leistungsgewährung an die Kranken, finanziert durch die überwiegend einkommensabhängigen Beiträge der Gesunden, und damit eine (*ex post*) Umverteilung von den gesunden an die kranken Teile der Bevölkerung zu sein. Warum die Beiträge einkommens- und nicht risikoabhängig erhoben werden, ist ökonomisch nicht begründbar, wird im Allgemeinen jedoch als Solidarprinzip bezeichnet, indem die „Reichen“ für die gleiche Leistung mehr zahlen als die „Armen“.³ Schon hier verlässt das System jede ökonomische Rationalität, denn effizient wäre die rein private Versicherungslösung, kombiniert mit direkter Subjektförderung für Bedürftige, z.B. chronisch Kranke. Rational wäre es auch, die Finanzierung der bedürftigkeitsgeprüften Subventionen nicht über proportionale Beiträge, sondern allein über die progressive Besteuerung des Gesamteinkommens vorzunehmen. Akzeptiert man jedoch die „gesellschaftliche Nichtakzeptanz“ des ökonomisch Sinnvollen und argumentiert damit im Bereich eines politökonomischen Second-Best, so stellt sich dennoch die Frage, ob das umlagefinanzierte Gesundheitssystem überhaupt ein Generationenvertrag ist, also ein System, in dem junge Erwerbstätige die alten Nichterwerbstätigen versorgen.

¹ Schon während der Gesetzesinitiative des früheren Arbeitsministers Blüm wurde erhebliche Kritik laut, die in der gesetzlichen Pflege eher ein Erbschaftsbewahrungsgesetz der deutschen Mittelschicht oder auch ein Gemeindefinanzreformverschiebungsgesetz sahen.

² Die Ausführungen zur GKV enthalten im Wesentlichen eine aktualisierte Version der Analyse von Fetzer und Raffelhüschen (2003).

³ Die im derzeitigen System der GKV und GPV herrschende Solidarität erscheint völlig willkürlich, da Personen mit einem hohen Einkommen keine Pflichtmitglieder mehr sind. Zudem werden durch die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung für Personen mit hohem Einkommen gerade diejenigen in die GKV eingeladen, die in einer privaten Krankenversicherung aufgrund von mitversicherten Familienmitgliedern eine wesentlich höhere Prämie zu bezahlen hätten, da die Familienmitglieder natürlich auch zusätzliche Kosten verursachen. Für weitere Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit siehe Wille (2000).

Eine erste naive Antwort auf diese Frage könnte „Nein“ lauten, denn Leistungen der GKV werden von allen Jahrgängen in Anspruch genommen. Auch zahlen Rentner wie die Erwerbstätigen auf ihr Einkommen – sprich Renten – Beiträge zur GKV, wobei die GRV den hälftigen Arbeitgeberbeitrag übernimmt. Zweifelsohne ist letztere allerdings ein reiner Generationenvertrag und das Nettorentenniveau für einen vergleichsweise überdurchschnittlich versorgten Eckrentner liegt gerade einmal bei 70 – in Zukunft eher 65 Prozent des durchschnittlichen Lebenslohneinkommens. Darüber hinaus zahlen Rentner im Vergleich zu den Erwerbstätigen einen geringeren Beitragssatz. Damit sind die Beiträge der Rentner nicht nur geringer als die der Erwerbstätigen, sondern mindestens zur Hälfte auch aus einem Generationenvertrag geboren. Auf der anderen Seite werden, wie gleich veranschaulicht werden wird, Gesundheitsleistungen verstärkt im Alter in Anspruch genommen.

Um obige Frage möglichst exakt zu beantworten, sind in Abbildung 1 die altersspezifischen Zahlungsströme zwischen der Bevölkerung und der GKV für jeweils fiktive Durchschnittsindividuen ihres Jahrgangs dargestellt. Für die Berechnung dieser Zahlungsströme wurden die in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) ausgewiesenen Einnahmen und Ausgaben der GKV des Jahres 2000 mit Hilfe von altersspezifischen Profilen den einzelnen Jahrgängen zugewiesen. Auf der Einnahmenseite sind dies die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen, der Rentner und der Arbeitslosen.⁴ Die Ausgaben wurden nach Profilen des Risikostrukturausgleichs (RSA) des Jahres 2000 verteilt. Im Einzelnen sind dies Profile für ärztliche Leistungen, zahnärztliche Leistungen (inkl. Zahnersatz), Arzneimittel, Krankenhausleistungen und sonstige Sachleistungsausgaben sowie Krankengeldleistungen. Der Rest der Ausgaben, der hauptsächlich aus Verwaltungskosten besteht, wurde mit einem uniformen Profil gleichmäßig auf alle Jahrgänge verteilt.

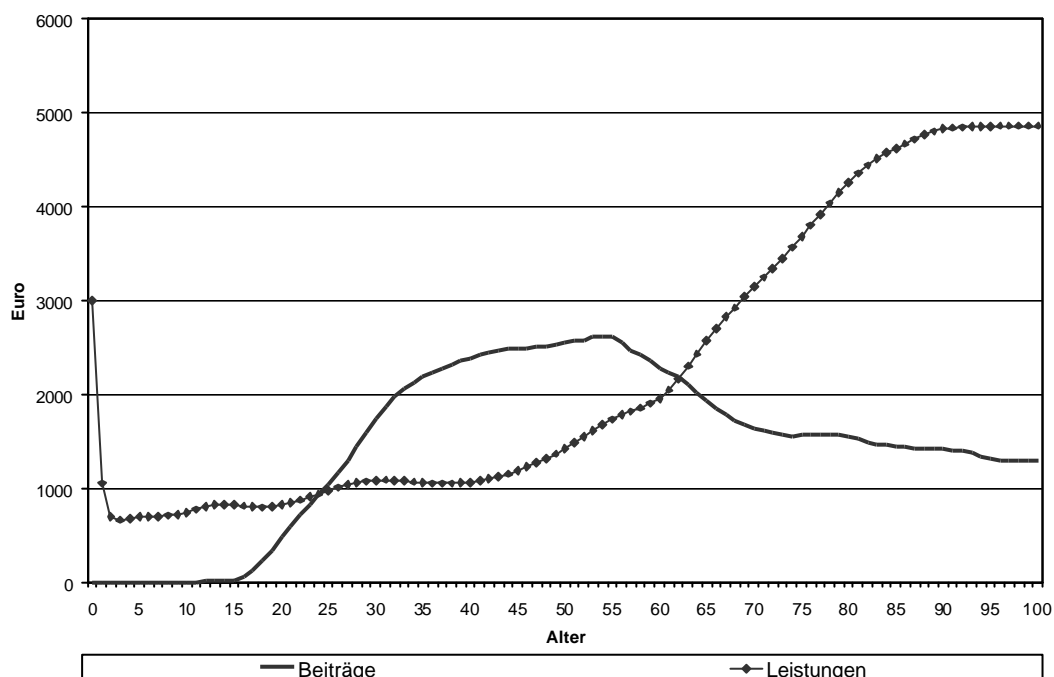
Bei Betrachtung der altersspezifischen Ein- und Ausgabenprofile über die Gesamtbevölkerung, zeichnet sich klar das Bild eines größtenteils zwischen den Generationen umverteilenden, nicht verbrieften Gesellschaftsvertrags ab.⁵ Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, steigen die Beitragszahlungen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren kontinuierlich an und verharren bis zum Renteneintritt auf einem relativ konstanten Niveau von etwa 2.600 Euro. Mit Renteneintritt sinken die Pro-Kopf-Beiträge, so dass pro durchschnittlichem Rentner etwa

⁴ Die Profile für die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen und Arbeitslosen stammen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Die Zahlungsprofile der Rentner aus direkten und durch die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten indirekten Beiträgen wurden mit Hilfe der VDR-Statistik 2000 gewonnen.

⁵ Da bei jungen Jahrgängen (bei den 0 bis 20jährigen) ähnlich wie bei den Rentnern die durchschnittlichen Leistungen die Beiträge übersteigen, wird hier auch häufig vom 3-Generationenvertrag gesprochen, vgl. beispielsweise Schulenburg (1989) oder Knappe und Rachold (1997).

1.500 Euro im Jahr an Zahlungen von der GKV eingenommen werden. Ganz anders als die durchschnittlichen Einzahlungen entwickelt sich die Inanspruchnahme von Leistungen über den Lebenszyklus. Eine relativ hohe Inanspruchnahme erfolgt bei Geburt und in den ersten zwei Lebensjahren. Ab dem dritten Lebensjahr steigt die durchschnittliche Leistungsinanspruchnahme von etwa 700 kontinuierlich auf 2.000 Euro zum Renteneintritt an. Zwischen 60 und 65 beginnt dann ein akzelerierender Anstieg der Gesundheitsausgaben, die durchschnittlich von 2.000 auf fast 5.000 Euro ansteigen.

Abbildung 1: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV



Ganz offensichtlich scheint die GKV also ein echter Generationenvertrag, denn während der Erwerbstätigkeit sind die durchschnittlichen Einzahlungsströme um etwa 1.000 Euro größer als die Inanspruchnahme von Leistungen. Während des Ruhestands ist dies genau umgekehrt und die Differenz steigt altersbedingt von Null auf fast 4.000 Euro an. Wie hoch die intergenerative Umverteilungskomponente in der GKV ist, kann anhand des mit der Jahrgangsstärke gewogenen Flächenvergleichs von Ein- und Auszahlungsdifferenz über die Gesamtbevölkerung quantitativ erfasst werden. Demnach kann man die staatliche Gesundheitsvorsorge gegenwärtig zu etwa vier Fünftel als einen Generationenvertrag zwischen Erwerbstätigen und Rentnern ansehen. Schon in statischer Hinsicht erhöht sich dieser Anteil, wenn man die durch die Rentenversicherung importierten Generationenvertragsanteile hinzurechnet. Zu einem fast reinen Generationenvertrag dürfte die GKV allerdings in dynamischer Sicht werden, denn die potentiell erwerbstätigen

Bevölkerungsanteile gehen relativ und absolut zurück und die Verdoppelung des Alterslastquotienten (65 und älter zu 18-64jährige) verstärkt die intergenerative Umverteilung in der Zukunft noch weiter.

Für die im Folgenden vorzunehmende Analyse der Nachhaltigkeit der GKV resultieren aus dem doppelten Alterungseffekt vier unmittelbare Konsequenzen, von denen erst zwei beschrieben wurden. Aus der Verdoppelung des Alterslastquotienten ergibt sich ein direkter negativer Finanzierungseffekt, der aus den altersspezifischen Einzahlungsströmen der Abbildung 1 ablesbar ist. Der zweite negative Finanzierungseffekt des demographischen Wandels folgt aus dem mit steigendem Alter stark ansteigenden Ausgabenprofil, welches steigende durchschnittliche Leistungsausgaben je Mitglied in der Zukunft impliziert. Die dritte Konsequenz für die zukünftige Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabenströme der GKV resultiert aus der steigenden Lebenserwartung. Hinsichtlich der quantitativen und auch der qualitativen Richtung dieses Effekts herrscht von wissenschaftlicher Seite aus aber keine Einigkeit.

Gemäß der sogenannten *Medikalisierungsthese* steigt die Morbidität, d.h. die Häufigkeit der Erkrankung innerhalb einer Bevölkerungsgruppe, mit dem Alter an, so dass das Ausgabenprofil in den obigen Abbildungen mit zunehmendem Alter weiter ansteigen müsste. Leistungen würden dann nicht nur länger, sondern auch in steigendem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Gemäß der sogenannten *Kompressionsthese* steigen die Gesundheitsausgaben erst kurz vor dem Todeszeitpunkt sprunghaft an, das Ausgabenprofil würde infolge einer höheren Lebenserwartung dann in der Horizontalen gestreckt und keineswegs steiler werden. Steigt die Lebenserwartung z.B. um zwei Jahre an, so würde ein dann 82jähriger die gleichen Ausgaben verursachen wie ein heute 80jähriger. Will heißen: Die gleichen Gesundheitsausgaben finden einfach später statt. Eine höhere Lebenserwartung, für sich genommen, würde dann auch nicht mit höheren durchschnittlichen Leistungsausgaben einhergehen. In der Literatur findet sich keine ausreichende Evidenz für die eine oder die andere These.⁶ Für die im Folgenden unterstellten altersspezifischen Gesundheitsausgaben wird deshalb vereinfachend angenommen, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben ab einem Alter von 90 Jahren nicht mehr weiter anwachsen (vgl. Abbildung 1). Dies entspricht einem Mittelweg beider Thesen oder einer abgeschwächten Form der Medikalisierungsthese.

⁶ Vgl. z.B. Buchner und Wasem (2000) für die Medikalisierungsthese und Zweifel, Felder und Meiers (1999) für die Kompressionsthese. Den Ergebnissen von Nocera (1996) zu Folge gilt im stationären Sektor eher die Medikalisierungs-, während im ambulanten Sektor eher die Kompressionsthese zutrifft.

Die vierte unmittelbare Konsequenz des demographischen Alterungseffekts auf die Nachhaltigkeit der GKV resultiert aus der Hebelwirkung, die der medizinisch-technische Fortschritt bei doppelter Alterung induziert. Da es sich beim medizinisch-technischen Fortschritt im Wesentlichen um Produktinnovationen handelt, die im Gegensatz zu kostensenkenden Prozessinnovationen den Umfang des praktisch Machbaren erweitern, ist die Medizin in der Lage, immer mehr Krankheiten zu heilen. Dies induzierte in der Vergangenheit, also unabhängig vom demographischen Wandel, eine stetige Ausdehnung des Leistungskatalogs der GKV und steigende durchschnittliche Leistungsausgaben je Mitglied. Die demographische Alterung verstärkt diesen Effekt nochmals.

Wie sich die vier oben genannten Konsequenzen des demographischen Alterungseffekts auf die nachhaltige Finanzierbarkeit der GKV auswirken, soll im Folgenden mit Hilfe der Methodik der Generationenbilanzierung untersucht werden. Aus der Saldierung der in Abbildung 1 dargestellten durchschnittlichen Beitragszahlungen mit den erhaltenen Leistungen für jeden Jahrgang, berechnet man in dieser Methodik die Nettobeitragszahlungen der im Basisjahr 2000 lebenden Jahrgänge für das entsprechende Jahr. Diese jährlichen Differenzen werden dann mit einer Produktivitätswachstumsrate (g) in die Zukunft fortgeschrieben.⁷ Werden alle jährlichen Nettobeitragszahlungen eines Durchschnittsindividuums über seinen verbleibenden Lebenszyklus mit dem Realzins (r) diskontiert und summiert, ergibt sich dessen Generationenkonto. Die Generationenkonto der Durchschnittsindividuen werden daraufhin mit der Jahrgangsstärke gewichtet und über alle lebenden und zukünftigen Kohorten addiert. Daraus ergibt sich die sogenannte Nachhaltigkeitslücke, die im Prinzip ausdrückt, ob die Gesamtheit aller Generationen mehr Leistungen erhält, als sie selbst an Beiträgen über die restliche Lebenszeit zahlt oder *vice versa*.⁸ Genau genommen handelt es sich dabei also um die implizite und statistisch nicht dokumentierte Verschuldung der GKV.

Eine (positive) Nachhaltigkeitslücke impliziert, dass die heute lebenden Jahrgänge zusammengenommen eine Last vor sich herschieben, die im Wesentlichen durch ihre Kinder

⁷ Damit bezahlt beispielsweise ein 25jähriger im Jahr 2005 einen um $(1+g)^5$ höheren Nettobeitrag als ein Gleichaltriger im Basisjahr 2000. Der Faktor spiegelt mithin das Wachstum der Bemessungsgrundlage der GKV, d.h. das Lohnsummenwachstum wider. Bei konstanter Lohnquote und politökonomisch rational verhandelnden Tarifpartnern entspricht das Lohnwachstum wiederum der Inflationsrate zuzüglich der Rate des arbeitsvermehrenden technischen Fortschritts. Da die Beiträge der Rentner sich auf die Renten insgesamt beziehen und diese mit der sog. modifizierten Bruttolohnanpassung indiziert sind, wachsen auch die Einnahmen der GKV von den Rentnern im Prinzip mit der Lohnsumme. Vgl. Borgmann, Krimmer und Raffelhüschen (2001) für weitere Einzelheiten.

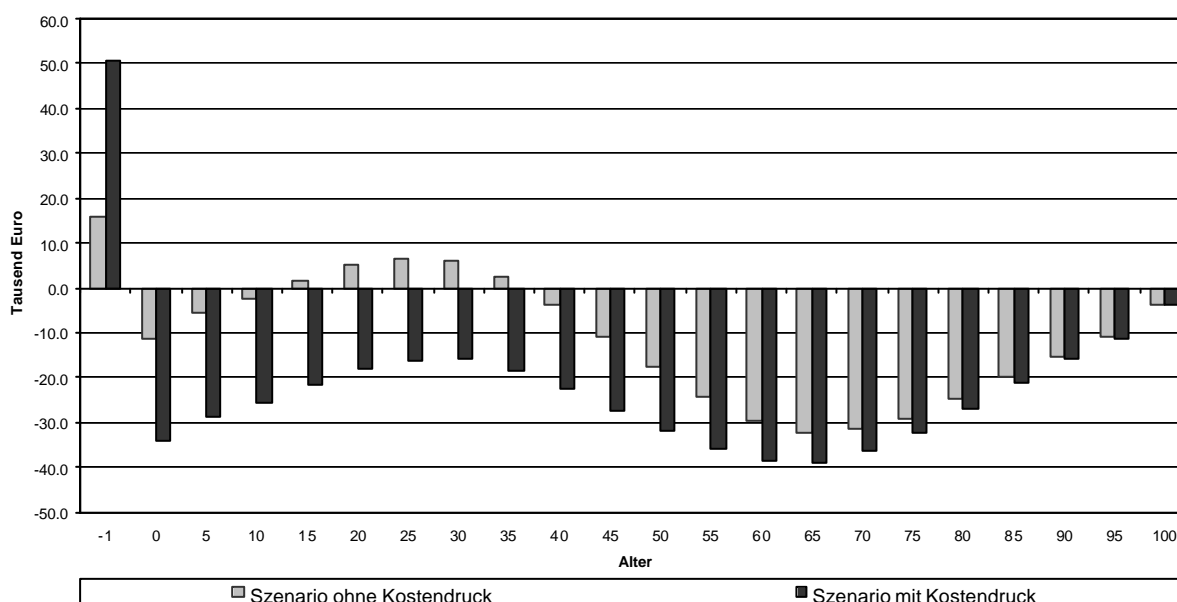
⁸ Für die Ermittlung der Jahrgangsstärken in den Perioden nach dem Basisjahr sind umfassende Bevölkerungsvorausschätzungen notwendig. Für die nachfolgenden Untersuchungen wurde die zweite Variante der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts gewählt.

abgegolten werden muss. Zur Aufrechterhaltung des gegenwärtigen Niveaus in der GKV müsste dann ein höherer Preis in Form steigender Beitragssätze bezahlt werden. Werden allein zukünftige Generationen zur Schließung der Nachhaltigkeitslücke mit höheren Nettobeitragszahlungen herangezogen und erfolgt dies wachstumsbereinigt und für alle gleich, so illustriert das Generationenkonto des -1 -jährigen (oder jedes anderen zukünftigen Jahrgangs) die Belastung der zukünftigen Beitragszahler. Da dieser wie auch der im Basisjahr geborene Nulljährige über seinen gesamten Lebenszyklus erfasst wird, kann man die Generationenkonten der beiden unmittelbar vergleichen und somit die Mehrbelastung zukünftiger Generationen als absolute Differenz der beiden Generationenkonten berechnen.

Um die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts zu veranschaulichen, werden zwei Szenarien betrachtet. Das Szenario ohne Kostendruck konzentriert sich auf die oben angesprochenen ersten drei Konsequenzen des demographischen Alterungsprozess, also den negativen Finanzierungseffekt, die steigenden durchschnittlichen Leistungsausgaben und die von uns verwendete abgeschwächte Medikalisationsthese. Hierbei wird angenommen, dass die Beitragseinnahmen und die Leistungsausgaben parallel mit dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt anwachsen.⁹

Abbildung 2: Generationenbilanz der GKV im Status quo

Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$



Auf wie schwachem Fundament der Generationenvertrag schon in diesem (unrealistisch) optimistischen Szenario ohne Kostendruck steht, zeigt die in Abbildung 2 dargestellte

⁹ Unterschiede in den folgenden Ergebnissen zu Fetzter, Moog und Raffelhüschen (2002) begründen sich auf der Wahl eines anderen Basisjahres sowie der Verwendung anderer Profile.

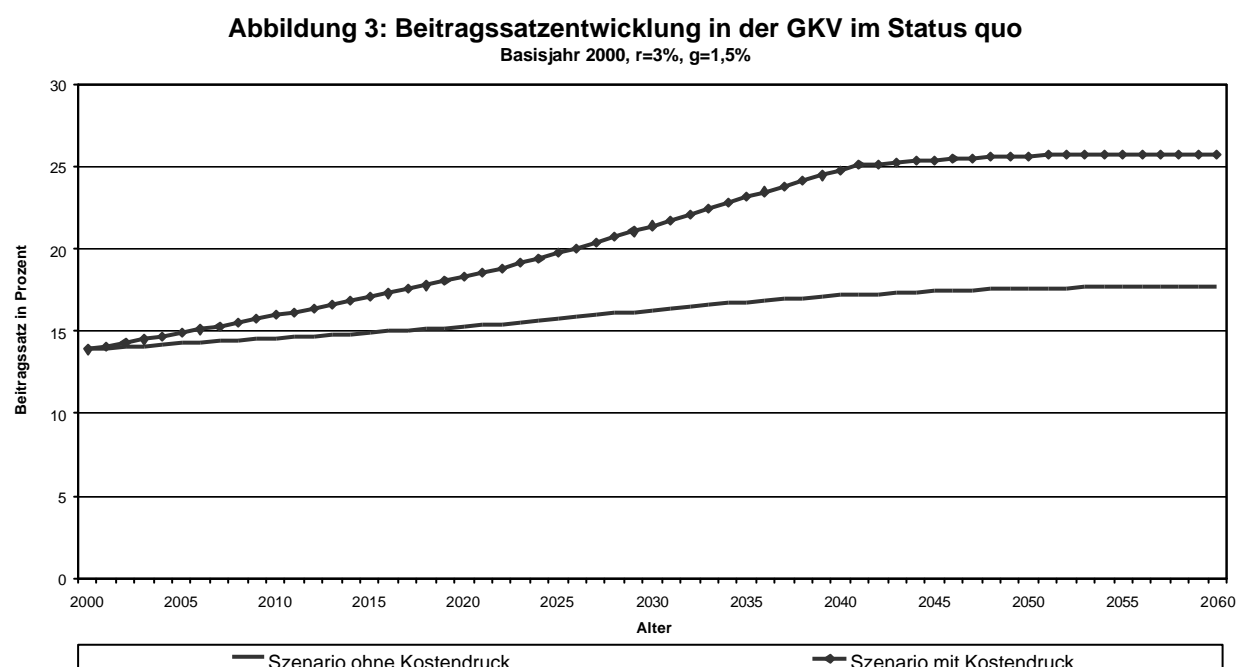
Generationenbilanz. Die Generationenkonten der einzelnen Kohorten weisen nur die 14- bis 37-jährigen als wirkliche Nettobeitragszahler aus, wohingegen alle anderen Jahrgänge, ob jünger oder älter, im Erwartungswert Nettotransferempfänger der GKV sind. Im Maximum wird ein 27-jähriger 6.900 Euro netto an Beiträgen über seine verbleibende Lebenszeit in die GKV einzahlen. Demgegenüber beziffert sich der maximale Nettotransfer über den restlichen Lebenszyklus für einen 67-jährigen auf 32.300 Euro. Intergenerativ legitimiert werden die Transfererhalte durch eine – wenn auch nur kurze – vorgelagerte Periode der Beitragsdominanz. Summiert man die mit der Jahrgangsstärke gewogenen Nettobeitragszahlungen aller heute und zukünftig lebenden Generationen, so ergibt sich eine Nachhaltigkeitslücke in Höhe von 65,3 Prozent des BIP. Dies entspricht 1,3 Billionen Euro oder anders ausgedrückt, einer (fiktiven) Mehrbelastung zukünftiger Generationen in Höhe von 27.100 Euro pro Kopf.

Im zweiten Szenario, dem Kostendruckscenario, wird zusätzlich den zu erwartenden technologischen Konsequenzen Rechnung getragen. Insbesondere sei unterstellt, dass die Ausgabenkomponenten Arztleistungen, Zahnarztleistungen, Medikamente, Krankenhausleistungen und sonstige Leistungsausgaben mittelfristig mit einer um einen Prozentpunkt höheren Rate von 2,5 Prozent anwachsen.¹⁰ Dies illustriert – je nach Blickwinkel – den Kostendruck oder die Erosion der Bemessungsgrundlage der GKV-Beiträge, also in beiden Fällen das Auseinanderklaffen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Ein Blick auf Abbildung 3 lässt die erschreckenden Auswirkungen des Kostendrucks erkennen: Tatsächlich sind dann nämlich alle lebenden Generationen Nettoleistungsempfänger der GKV, so dass es in keinem Jahrgang ein Durchschnittsindividuum gibt, welches auch nur annähernd den Barwert der voraussichtlichen Leistungen durch Beiträge bezahlt. Entsprechend verwundert es nicht, dass sich im Kostendruckscenario eine Nachhaltigkeitslücke in Höhe von 203,8 Prozent des BIP (4,1 Billionen Euro) ergibt. Für den Fall, dass wiederum nur die zukünftigen Generationen diese Nachhaltigkeitslücke schließen, beziffert sich deren Mehrbelastung auf 84.600 Euro pro Kopf. Von einem Generationenvertrag kann angesichts

¹⁰ Für alle anderen Leistungen (Krankentagegeld, Verwaltungsausgaben u.ä.) wird kein höheres differentielles Wachstum unterstellt, da der medizinisch-technische Fortschritt auf diese Ausgabengrößen keinen Einfluss hat. Breyer und Ulrich (1999) haben auf Grundlage einer ökonometrischen Untersuchung gezeigt, dass die Leistungsausgaben der GKV aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts um einen Prozentpunkt stärker wachsen als der allgemeine Produktivitätsfortschritt. Die von uns unterstellte mittlere Frist umfasst den Zeitraum 2001-2041. Die an sich arbiträre Annahme einer Begrenzung ist insofern notwendig, als dass 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.

dieser Zahlen eigentlich nicht mehr gesprochen werden, vielmehr handelt es sich bei der GKV um ein allgemeines Bereicherungsabkommen zu Lasten zukünftiger Generationen.

Welche Konsequenzen haben diese Nachhaltigkeitslücken aber nun hinsichtlich der zukünftig zu erwartenden Beitragssätze für die oben beschriebenen Szenarien? Bislang war implizit unterstellt worden, dass sich die Defizite der GKV zu einer Nachhaltigkeitslücke akkumulieren. Da die GKV jedoch vom Gesetzgeber zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik verpflichtet ist, d.h. die Ausgaben in gesamtem Umfang durch Beitragseinnahmen zu decken sind, kann die Finanzierung etwaiger Defizite nicht in die Zukunft verschoben, sondern muss durch laufende Beitragssatzerhöhungen sichergestellt werden.



In Abbildung 3 sind deshalb Beitragssatzprojektionen für beide Szenarien dargestellt.¹¹ Im unrealistisch optimistischen Szenario ohne Kostendruck steigt der Beitragssatz von 13,8 Prozent im Basisjahr 2000 auf 17,2 Prozent im Jahr 2040 und erreicht sein Maximum im Jahr 2055 mit 17,6 Prozent. Wird das realistischere Szenario mit Kostendruck betrachtet, so kommt es zu einer regelrechten Explosion der Beitragssätze. Bis zum Jahr 2040 würde der

¹¹ Die Beitragssatzprojektion orientiert sich am durchschnittlichen Beitragssatz Deutschlands im Basisjahr 2000 (13,8 Prozent).

Beitragssatz um 11 Prozentpunkte auf 24,7 Prozent ansteigen und im Jahr 2055 sein Maximum mit 25,7 Prozent erreichen.¹²

Angesichts der in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse ist es mehr als fraglich, ob zukünftige Generationen quasi bedingungslos und ad infinitum bereit sind, das vermeintlich solidarische System der GKV unverändert weiterzuführen. Es erscheint eher wahrscheinlich, dass sie den sogenannten Generationenvertrag kündigen, es sei denn, es kommt in der GKV zu einem Paradigmenwechsel und mit diesem zu einer Wiederbelebung des Generationenvertrags. Wie ein derart fundamentaler Paradigmenwechsel aussehen könnte, soll im nun näher erläutert werden. Dabei wird allein auf das realistische Szenario unter Kostendruck bzw. das Auseinanderklaffen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung Bezug genommen.

2.2 Therapie der GKV: Die Freiburger Agenda

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine regelrechte Flut von Gesetzesänderungen und Verordnungserlassen innerhalb der letzten 25 Jahre gekennzeichnet.¹³ Es ist jedoch schon in der Vergangenheit nicht gelungen, dem festgeschriebenen Ziel der Beitragssatzstabilität gerecht zu werden. Erst recht ist es nicht gelungen, die GKV für die zukünftige Herausforderung des demographischen Alterungsprozesses zu wappnen, was die Ergebnisse des vorherigen Abschnitts mehr als deutlich gemacht haben dürften. Entscheidende Eingriffe in das Gesundheitssystem sind fast schon ein Tabuthema, aber angesichts der katastrophalen Lage, in der sich die GKV langfristig befindet, wird ein weiteres Kurieren am Symptom schon bald der Weg in eine Sackgasse ohne Umkehrmöglichkeit sein.

Von Seiten der Gesundheitsökonomie gibt es seit geraumer Zeit nicht nur Warnungen, sondern auch Vorschläge für echte Strukturreformen. Diese wurden bislang allerdings von den politischen Entscheidungsträgern nahezu vollständig ignoriert. Dennoch soll ein Vorschlag zur Reform der GKV unterbreitet werden, der einen großen Schritt in Richtung Nachhaltigkeit und damit langfristige Finanzierungssicherung macht und zudem relativ

¹² Eine Reihe anderer Studien kommen zu ganz ähnlichen Ergebnissen. Beispielsweise zeigen Erbsland, Ried und Ulrich (1999), dass der Beitragssatz infolge des rein demographischen Effekts von 12,9 Prozent im Jahre 1995 auf 15,5 Prozent im Jahre 2040 ansteigen wird. Breyer und Ulrich (1999) und PROGNOSE (1998) prognostizieren einen Anstieg der Beitragssätze auf 15,3 Prozent bzw. 15,4 Prozent im Jahre 2040. Zieht man auch die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts in Betracht, so steigt der Beitragssatz bei Breyer und Ulrich (1999) auf 23,1 Prozent im Jahre 2040 an, während Oberdieck (1998) auf Basis der Medikalisationsthese sogar einen Anstieg auf 31,2 Prozent im Jahre 2040 prognostiziert. Einen umfassenden Überblick und Vergleich bezüglich der Annahmen einzelner Studien findet sich auch im Gutachten des DIW (2001).

¹³ Henke (1997) zählt allein für den Zeitraum 1977-1997 insgesamt 46 Gesetze und über 6.800 Einzelbestimmungen und Verordnungen.

schnell und einfach umgesetzt werden kann. Diese sogenannte *Freiburger Agenda* wird mit empirisch aufgearbeiteten Generationenbilanzen untermauert und besteht konkret aus drei Komponenten: 1) Die Ausgliederung von Zahnarzt- und Zahnersatzleistungen, 2) ein absoluter Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente und 3) eine über wettbewerbs- und ordnungspolitische Regeln stattfindende Reduzierung des Kostendrucks im stationären Sektor.

Die erste Komponente der *Freiburger Agenda* sieht vor, zahnärztliche Leistungen und Zahnersatzleistungen vollständig aus dem Katalog der GKV zu streichen. Vorbilder hierfür sind eine Reihe anderer Länder, wie beispielsweise die Schweiz oder Norwegen. Die individuelle Zusatzbelastung bei einer Ausgliederung dieser Leistungen in den privaten Krankenversicherungsbereich dürfte relativ gering sein, denn gegenwärtig sind bereits bis zu 55 Prozent der Kosten durch private Zuzahlungen zu leisten.¹⁴ Dadurch sind Patienten und Leistungsanbieter schon heute zumindest partiell an Marktprinzipien und direkte Rechnungsstellung gewöhnt. Zudem werden Zahnarztleistungen nur wenig altersspezifisch in Anspruch genommen, so dass private Versicherungen bei der Prämienkalkulation auf die teure Rücklagenbildung verzichten könnten.¹⁵ Konkret sieht die *Freiburger Agenda* vor, Zahnarztleistungen und Zahnersatz von 2005 bis 2014 schrittweise um jeweils 10 Prozentpunkte p.a. auszugliedern. Dieser Übergang soll die Umstellung für die (privaten) Krankenkassen und die Versicherten erleichtern.

Die zweite Komponente der *Freiburger Agenda* sieht die Einführung eines absoluten jährlichen Selbsthalts vor. Selbstbeteiligungen sind im System der GKV nichts Neues, denn bereits heute gibt es viele Bereiche wie etwa bei Arzneimitteln, Verbandsmitteln, Zahnersatz- und zahnärztlichen Leistungen, in denen geringe Zuzahlungen durch Patienten zu leisten sind. In anderen Ländern sind Selbstbeteiligungen in weitaus größerem Ausmaß die Regel. Theoretisch dienen sie dazu, dem Phänomen des sogenannten Moral Hazard¹⁶ entgegenzusteuern bzw. die Gesundheitskosten transparent und für den Patienten spürbar zu machen. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist zunächst ein vollständiger Übergang auf das Kostenerstattungsprinzip.

¹⁴ Die relative Selbstbeteiligung vermindert sich bei regelmäßiger Vorsorge auf maximal 45 Prozent.

¹⁵ Da die Zahnbehandlung ein relativ uniformes Leistungsprofil über den Lebenszyklus aufweist und damit wenig altersspezifisch ist, gehört sie nicht in den Leistungskatalog eines umlagefinanzierten Generationenvertrags. Hierin kann ein Grund dafür gesehen werden, dass in fast allen industrialisierten Ländern Zahnbehandlung schlicht „Privatsache“ ist.

¹⁶ Moral Hazard beschreibt den Umstand, dass sich durch die Möglichkeit einer Versicherung die Verhaltensanreize für den Versicherten ändern. Ein umfassender Überblick über verschiedene Formen des Moral Hazard findest sich in Breyer und Zweifel (1999).

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Selbstbeteiligungen lassen sich eine Reihe verschiedener Konzepte aufführen.¹⁷ 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 Leistungsanspruchnahme 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 intendierten Kompensationszahlungen für die älteren Jahrgänge durch andere staatliche Träger kleiner sind.¹⁸ 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 Selbstbeteiligung eine kaum zu bewältigende Belastung darstellen, so dass über die bedürftigkeitsgeprüfte Sozialhilfe und/oder den Familienlastenausgleich auf andere staatliche Institutionen zurückgegriffen werden muss.

Für die Berechnung der Wirkungsweise des absoluten Selbstbehalts in der *Freiburger Agenda* wurde der Quotient aus einem Tarif mit Selbstbehalt und ohne Selbstbehalt für alle Jahrgänge aus Kopfschadensprofilen der Deutschen Krankenversicherung (DKV) berechnet. Dieser Quotient spiegelt die prozentuale Senkung der Leistungsanspruchnahme für jeden Jahrgang wider.¹⁹ Mit Hilfe dieses „Verhaltenveränderungsprofils“ wurden dann die zu den ambulanten GKV-Leistungen und Medikamenten gehörenden RSA-Profile ab dem Jahr 2005 altersspezifisch angepasst.

¹⁷ Einen Überblick über verschiedene Selbstbeteiligungsformen liefert Schulenburg (1987).

¹⁸ Alternativ könnte man den absoluten Selbstbehalt mit einer proportionalen und gedeckelten Selbstbeteiligung kombinieren. Einen solchen Vorschlag, der weitgehend dem gegenwärtigen Schweizer System entspricht, macht Felder (1999).

¹⁹ Da hierbei die Daten einer privaten Krankenversicherung verwendet wurden, ist damit implizit unterstellt, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Einführung eines Selbstbehalts so reagieren, wie privat versicherte Personen. Die damit verbundene statistische Repräsentationsproblematik wird aufgrund mangelnder Alternativen in Kauf genommen.

Die dritte Komponente der *Freiburger Agenda* besteht darin, über wettbewerbs- und ordnungspolitische Maßnahmen den Kostendruck im stationären Sektor zu dämpfen. Konkret geht es dabei um die Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Krankenhausträger bezüglich der Entgeltgestaltung im stationären Sektor.²⁰ Noch konkreter geht es um einen echten Wettbewerb zwischen den Kassen, wobei es jeder Krankenkasse anheim steht, mit Krankenhäusern ihrer Wahl Einzelverträge auszuhandeln.²¹ 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. Grundvoraussetzung für eine Vertragsfreiheit ist zudem ein funktionierender Risikostrukturausgleich, der eine reine Risikoselektion der Kassen unterbindet, da es ansonsten Krankenkassen für reiche Gesunde und Krankenkassen für arme Kranke geben würde.²² 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 vollständig herauszunehmen.

²⁰ Es bedürfte dann einer Neuregelung von §109 SGB V, in dem der bisherige Zwang für Kassen, einheitliche Verträge abschließen zu müssen, geregelt ist. Prinzipiell wäre es 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.

²¹ 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 eine sich durch Vertragsfreiheit ergebende Kostendämpfungsmaßnahme 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.

²² Vgl. Breyer und Kiffmann (2001) für eine effizientere Gestaltung des Risikostrukturausgleichs.

Abbildung 4: Generationenbilanz der GKV: Freiburger Agenda vers. Status quo
 Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$

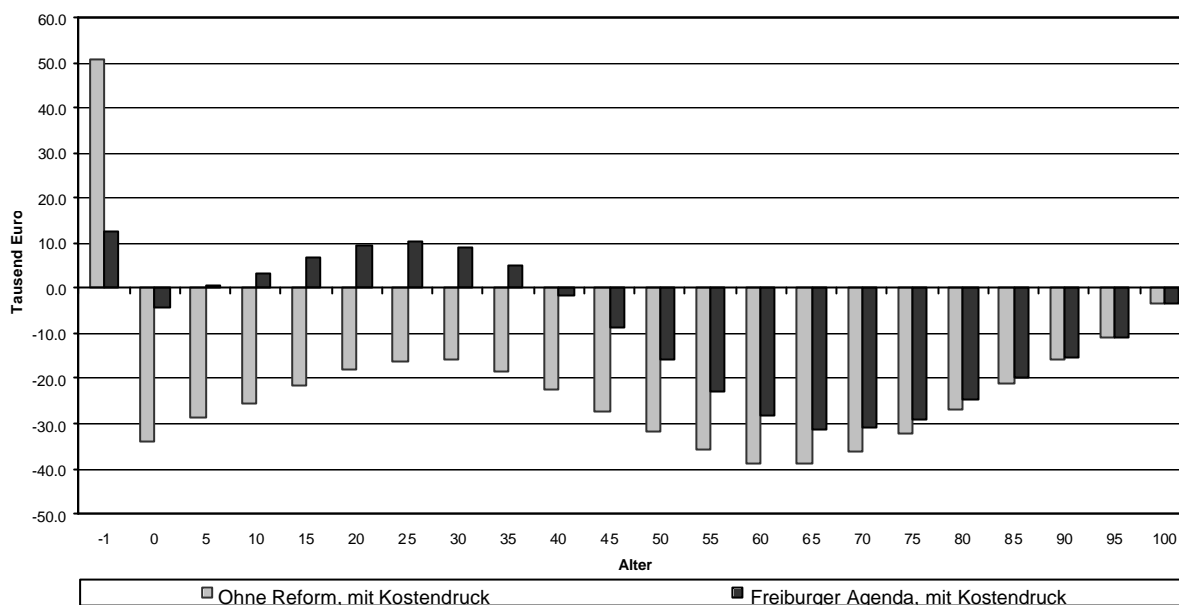
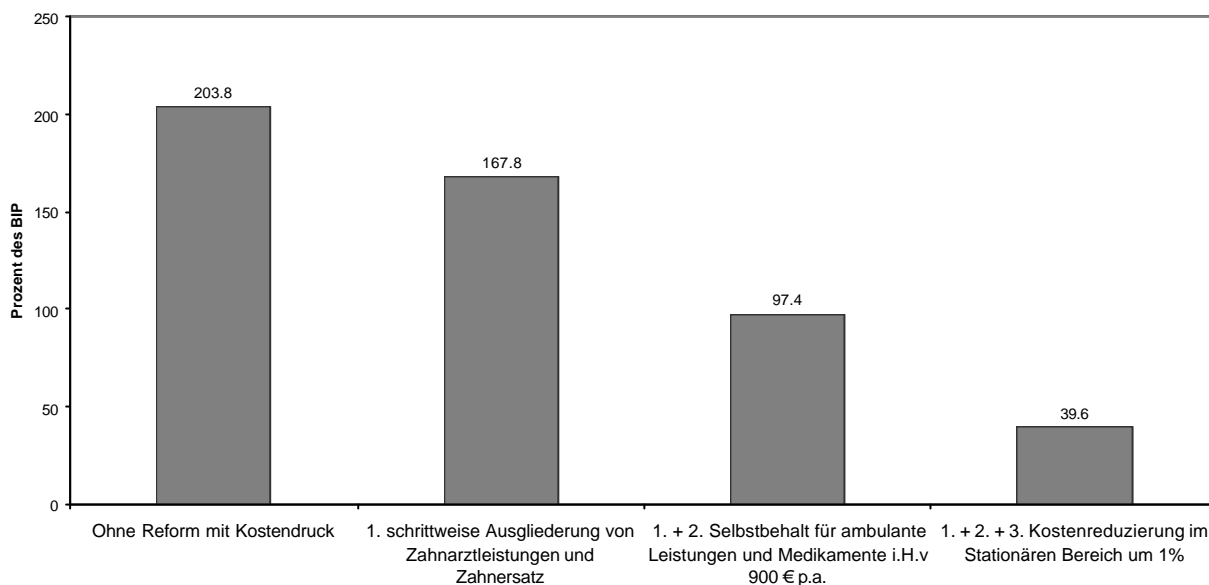


Abbildung 4 zeigt die Generationenkosten vor und nach Einführung der *Freiburger Agenda* jeweils für das realistischere Kostendruckscenario. Offensichtlich gelingt es durch die Einführung der *Freiburger Agenda*, aus der GKV wieder einen Generationenvertrag zu machen, denn zumindest die 4 bis 38jährigen wären dann wieder Nettobeitragszahler. Allerdings steht der Generationenvertrag trotz dieser einschneidenden Reform immer noch auf recht wackligen Beinen, da der maximale Nettobeitrag eines im Basisjahr 24jährigen bei 10.300 Euro liegt, der maximale Nettotransfer an einen 67jährigen aber 31.700 Euro beträgt. Man kann aus diesem Schaubild auch erkennen, wen die *Freiburger Agenda* besonders stark belastet, indem man die Differenz der Generationenkosten ohne Reform und bei Regelung der *Freiburger Agenda* für jeden Jahrgang vergleicht. So sind es vor allem die im Basisjahr jungen Jahrgänge der 0 bis 40jährigen, die hoch belastet werden, wohingegen die älteren Jahrgänge geringfügigere Lasten zu tragen hätten. In Relation zur mittleren fernen Lebenserwartung ist die Belastung hingegen relativ gleichmäßig. Das wichtigste Ergebnis der *Freiburger Agenda* ist aber, dass zukünftige Generationen erheblich entlastet werden und so überhaupt noch einen Anreiz haben, im System der GKV zu verbleiben.

Abbildung 5: Nachhaltigkeitslücke der Komponenten der Freiburger Agenda

Basisjahr 2000, r=3%, g=1,5%



Wie stark die Entlastung der zukünftigen Generationen ausfällt zeigt Abbildung 5, die die Verminderung der Nachhaltigkeitslücke insgesamt und durch die einzelnen Komponenten der *Freiburger Agenda* veranschaulicht. Die Gesamtlast reduziert sich für zukünftige Beitragszahler von 203,8 auf 39,6 Prozent des BIP und damit auf weniger als ein Viertel des ursprünglichen Niveaus. 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, ausgehend vom Szenario mit Kostendruck des vorherigen Abschnitts, sind durch die differentiellen Zwischenschritte in Abbildung 5 veranschaulicht. Die größte Reduktion in Höhe von 70,4 Prozentpunkten erfährt die Nachhaltigkeitslücke durch den absoluten Selbstbehalt.²³ Nur unwesentlich geringer fällt die Wirkung der vollständigen Kostendämpfung aus, die die Nachhaltigkeitslücke um insgesamt 57,8 Prozentpunkte reduziert.²⁴ 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

²³ Unterstellt man einem Selbstbehalt von 580 Euro p.a., so sinkt die Nachhaltigkeitslücke um 39,1 Prozentpunkte, während bei einem Selbstbehalt von 1.800 Euro p.a. die Differenz 134,9 Prozentpunkte beträgt. Die unterproportionale Wirkung des Selbsthalts auf die Nachhaltigkeitslücke erklärt sich dadurch, dass die Anreizwirkung bei älteren Jahrgängen nachlässt. Man könnte daraus folgern, dass deren Nachfrage unelastischer als die der jungen Jahrgänge ist.

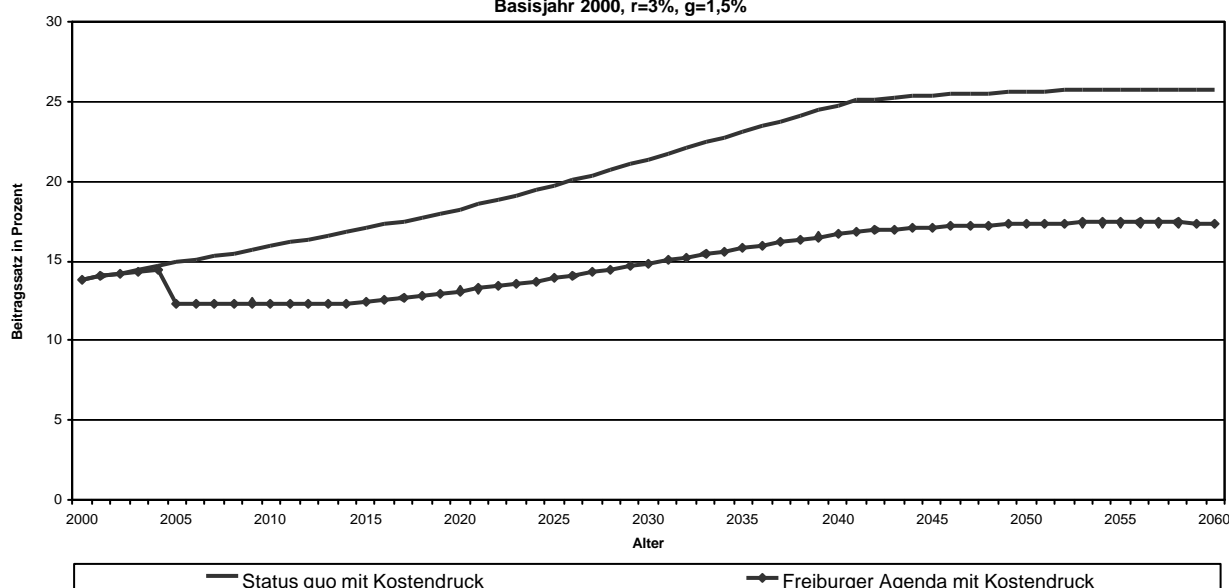
²⁴ Geht man davon aus, dass die durchschnittlichen Kosten im stationären Sektor um 0,5 Prozentpunkte stärker wachsen als das BIP und damit nur eine partielle Kostendämpfung gelingt, dann würde sich die Nachhaltigkeitslücke nur um 31,4 Prozentpunkte verringern. Gelänge es, die Kostenentwicklung um 0,5 Prozentpunkte unter das Wachstum der Einnahmen zu drücken, so wäre sogar ein entsprechender Rückgang um 80 Prozentpunkte des BIP möglich.

Szenario des Kostendrucks, die Nachhaltigkeitslücke um 36 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. Dass damit wieder ein Generationenvertrag hergestellt werden kann, der diesen Namen auch verdient, zeigt sich, wenn man die in der Nachhaltigkeitslücke kumulierten zukünftigen Defizite (Überschüsse) jedes Jahr durch entsprechende Beitragserhöhungen (Beitragssenkungen) auffängt. Abbildung 6 dokumentiert den Vergleich der Beitragssatzentwicklung mit und ohne Reform der GKV nach Maßgabe der *Freiburger Agenda* im realistischen Kostendruckszenario. Aufgrund der Einführung des absoluten Selbstbehalts kommt es zu einer Senkung des Beitragssatzes auf 12,4 Prozent im Jahr 2005. Dieses vergleichsweise niedrige Niveau kann durch die schrittweise Ausgliederung der Zahnarztleistungen bis 2015 gehalten werden. Danach beginnt wie im Status quo der Anstieg der Beitragssätze, der sein Maximum im Jahr 2055 bei etwa 17,4 Prozent erreicht und danach nur leicht abfällt. Offensichtlich ist also selbst bei gravierenden Reformmaßnahmen wie der *Freiburger Agenda* keine Beitragssatzkonstanz in der langen Frist zu gewährleisten. Zur echten Nachhaltigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es weiterer Leistungskürzungen im Bereich der Bagatellmedizin bzw. wettbewerblicher Entgeltgestaltung auch im ambulanten Sektor.²⁵ Ökonomisch vorzuziehen wäre allerdings, wie eingangs erläutert, eine privatwirtschaftliche Versicherungslösung mit sozialpolitischer Flankierung.

**Abbildung 6: Beitragssatzentwicklung in der GKV:
Freiburger Agenda versus Status quo**

Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$



²⁵ Einen breiten Überblick über die notwendigen Maßnahmen zur Stärkung von Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen bietet der Kronberger Kreis (2002).

3 Zur Nachhaltigkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung

3.1 Diagnose²⁶

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde in Deutschland 1995 als fünfte Säule der sozialen Sicherung begründet. In den ersten sechs Jahren konnte der Beitragssatz nicht nur konstant gehalten werden, sondern durch den verzögerten Beginn der Leistungsauszahlungen wurde sogar ein Vermögen akkumuliert.²⁷ Jedoch ist schon allein aufgrund der oben beschriebenen demographisch bedingten Finanzierungseffekte nicht zu erwarten, dass die Beitragssätze auch in Zukunft stabil bleiben. Da die Leistungen auf der Ausgabenseite bislang nicht einmal nominell angepasst wurden, soll zunächst analysiert werden, ob hierin eine Besonderheit der GPV vorliegt oder ob in Zukunft nicht vielmehr damit zu rechnen ist, dass die Leistungen mit dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt wachsen.

Um eine Annäherung für eine Schätzung des künftigen Ausgabenwachstums der GPV zu bekommen, können einige Anhaltspunkte aus der Vergangenheit gewonnen werden. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung wurden Pflegeleistungen für Bedürftige aus der Sozialhilfekomponente „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ finanziert. Die jährliche reale Wachstumsrate dieser Ausgabenkomponente, die zu rund 60 Prozent aus Pflegeleistungen bestand, lag im Zeitraum 1980 bis 1994 um 6,5 Prozentpunkte über dem BIP-Wachstum.²⁸ Bei dieser Sozialhilfekomponente kam das Selbstkostendeckungsprinzip zum Tragen, welches mit der Einführung der GPV abgeschafft und durch eine bisher nominell nicht angepasste leistungsorientierte Vergütung ersetzt wurde.²⁹ Es stellt sich allerdings die Frage, ob es zukünftig gelingen wird, diese kostendämpfende Vergütung weiterhin aufrecht halten zu können.

Einige Indizien für mögliche Antworten lassen sich bereits durch eine schlaglichtartige Bestandsaufnahme finden. So spiegelt sich im Schlagwort „Pflegenotstand“ die Unzufriedenheit von Pflegebedürftigen, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal gleichermaßen wider. Deswegen scheint es nur eine Frage der Zeit zu sein, bis den Forderungen der Pflegeeinrichtungen und deren Personal nach einer offenbar längst überfälligen Vergütungsanpassung nachgekommen wird. Tatsächlich gibt es auch keinen

²⁶ Vgl. Fetzner, Moog und Raffelhüschen (2002) zu den Ausführungen zur GPV. Die hier vorgelegten Zahlen und Daten entsprechen im Wesentlichen einer reinen Aktualisierung.

²⁷ Der Beitragssatz wurde bereits ab 1.1.1995 mit 1 Prozent erhoben (ab 1.7.1996 1,7 Prozent), Leistungen im ambulanten Bereich aber erst seit 1.4.1995, im stationären ab 1.7.1996 erstattet.

²⁸ Vgl. die in Raffelhüschen (2002), Tabelle 2.

²⁹ Der neue Leistungskatalog umfasst dabei je drei Pflegestufen für ambulante Geldleistung, ambulante und stationäre Sachleistung, sowie eine Härtefallregelung bei vollstationärer Pflege und ambulanter Sachleistung.

ersichtlichen Grund, weshalb die Löhne für das Pflegepersonal unter der allgemeinen gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung liegen sollten. Schließlich sind Pflegedienstleistungen in höchstem Grade personalintensiv, weshalb auch Schmähl (1999) das Rationalisierungspotential als eher gering einstuft. Insofern dürfte es den Pflegeeinrichtungen kaum gelingen, höhere Lohnkosten allein durch Stelleneinsparungen zu kompensieren. Insgesamt ist mithin zu erwarten, dass sich die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben langfristig mindestens der allgemeinen Produktivitätsentwicklung angleichen wird.

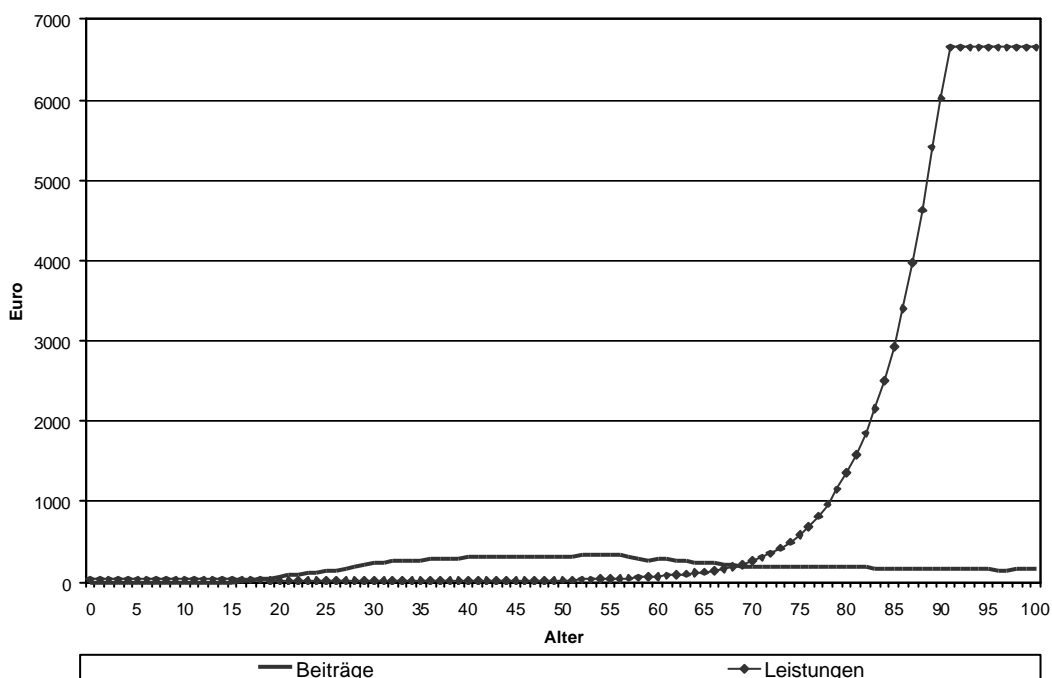
Um zu überprüfen, ob darüber hinaus noch Faktoren in der GPV wirken, die einen weiteren Kostenanstieg verursachen, sollen zunächst die Überlegungen zur GKV aufgegriffen werden. Wie bereits für die GKV gezeigt, hängt das Ausmaß intergenerativer Lastverschiebung bzw. die Entwicklung des Beitragssatzes entscheidend vom medizinisch-technischen Fortschritt ab. Ein entsprechender „medizinisch-pflegerischer“ Verschiebungstrend für den Pflegebereich ist aber Knappe und Optendrenk (1999) zufolge nicht zu diagnostizieren. Hingegen spielt die Annahme über die Entwicklung der Inanspruchnahme der Pflege bei einer höheren Lebenserwartung in der GPV eine noch entscheidendere Rolle: Da die altersbezogenen Ausgabenprofile erst in sehr hohem Alter, dann aber sehr viel steiler ansteigen, wäre der individuelle Pflegebedarf bei Unterstellung der Medikalisierungsthese weitaus größer als bei Gültigkeit der Kompressionsthese. Wegen der fehlenden empirischen Evidenz wird aber analog zum obigen Vorgehen eine abgeschwächte Form der Medikalisierungsthese unterstellt.

Ein möglicher überproportionaler Kostenanstieg in der GPV ist vergleichsweise weniger stark zu erwarten als in der GKV. Er wird davon abhängig sein, inwiefern bisher privat geleistete Pflegeausgaben durch eine Inanspruchnahme der im ambulanten Bereich erstatteten Geldleistungen substituiert werden. Auch durch die Veränderung familiärer Strukturen könnte sich ein überproportionaler Kostenanstieg ergeben: Momentan wird noch ein Großteil der Pflegebedürftigen von ihren Lebenspartnern oder Kindern versorgt. In einer schrumpfenden Bevölkerung sinkt jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass junge Generationen für ihre Eltern sorgen können. Hinzu kommt noch der ansteigende Trend zu Einpersonenhaushalten und eine zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen. Insgesamt ist absehbar, dass in Zukunft immer mehr Pflegebedürftige auf professionelle Hilfe angewiesen sein werden. Hinsichtlich der Ausgaben hat dies den Effekt, dass in Zukunft die Geldleistungen im ambulanten Bereich durch die teureren Sachleistungen substituiert werden müssen [vgl. Schmähl (1999)]. Überdies hinaus könnte die zunehmende Nachfrage nach professioneller Pflege einen

zusätzlichen Lohnanstieg des Pflegepersonals verursachen, der die Ausgaben um ein Weiteres steigen ließe [vgl. Breyer (1995)].

Ausgangspunkt für die Umsetzung einer isolierten Generationenbilanz der GPV sind wiederum die altersspezifischen Beitragszahlungen und Leistungen des Basisjahres, die in Abbildung 7 dargestellt sind. Für die Einnahmenseite der GPV wurde dabei wie bei der GKV zwischen Beitragszahlungen der Erwerbstätigen, der Rentner und der Arbeitslosen unterschieden. Die Leistungsausgaben der GPV wurden mit Hilfe eines Profils, das aus Daten des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. aus dem Jahr 2000 generiert wurde, altersspezifisch verteilt.³⁰ Alle sonstigen Ausgaben wurden mit einem uniformen Profil verteilt. Da, wie bereits oben erwähnt, wiederum eine Mischform zwischen Medikalierungs- und Kompressionsthese unterstellt wird, steigen die Leistungsausgaben ab einem Alter von 90 Jahren nicht mehr weiter an.

Abbildung 7: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GPV



Ein Blick auf Abbildung 7 lässt erkennen, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben der GPV in extremem Ausmaß mit zunehmendem Alter ansteigen. Diese sind bis zu einem Alter von etwa 60 Jahren konstant und liegen im Durchschnitt bei 30 Euro p.a. Danach beginnt ein exponentieller Anstieg auf 6.650 Euro p.a. für die über 90jährigen. Die demgegenüber winzig erscheinenden durchschnittlichen Beitragszahlungen erreichen im

³⁰ Dies impliziert die Annahme, dass sich die Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung genauso verhalten, wie diejenigen der privaten. Diese Annahme wird mangels der Verfügbarkeit weiterer Daten in Kauf genommen.

Maximum 335 Euro p.a. für einen 53jährigen, entsprechen ansonsten in ihrem Verlauf den gleichen lohnbezogenen Profilen, die in der Analyse der GKV verwendet worden sind. Angesichts dieses Sachverhalts ist es nicht verwunderlich, dass die GPV bei einer alternden Gesellschaft unter massive Finanzierungsschwierigkeiten kommt, die im Folgenden quantifiziert werden sollen.

Aus den altersspezifischen Leistungen und Beiträgen wurde analog zum Vorgehen bei der GKV eine isolierte Generationenbilanz für die GPV erstellt. Dabei sind wiederum zwei Szenarien unterstellt: Das Szenario ohne Kostendruck konzentriert sich auf die rein demographische Komponente und unterstellt ein Wachstum der Pflegeversicherungsausgaben nach Maßgabe des allgemeinen Produktivitätsfortschritts. Das Szenario mit Kostendruck unterstellt einen überproportionalen Anstieg der altersspezifischen Pflegeausgaben, der um einen Prozentpunkt höher liegt.³¹ Da wie bereits oben erwähnt, ein kostentreibender Faktor in der GPV weniger zu erwarten ist als in der GKV, ist hier eher eine Obergrenze eines möglichen zukünftigen Kostendrucks in der GPV modelliert worden. Bei beiden Varianten wird zusätzlich berücksichtigt, dass in der Pflegeversicherung zum 31.12.1999 ein Vermögen von 4,95 Mrd. Euro aufgelaufen ist.

Abbildung 8: Generationenbilanz der GPV im Status quo

Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$

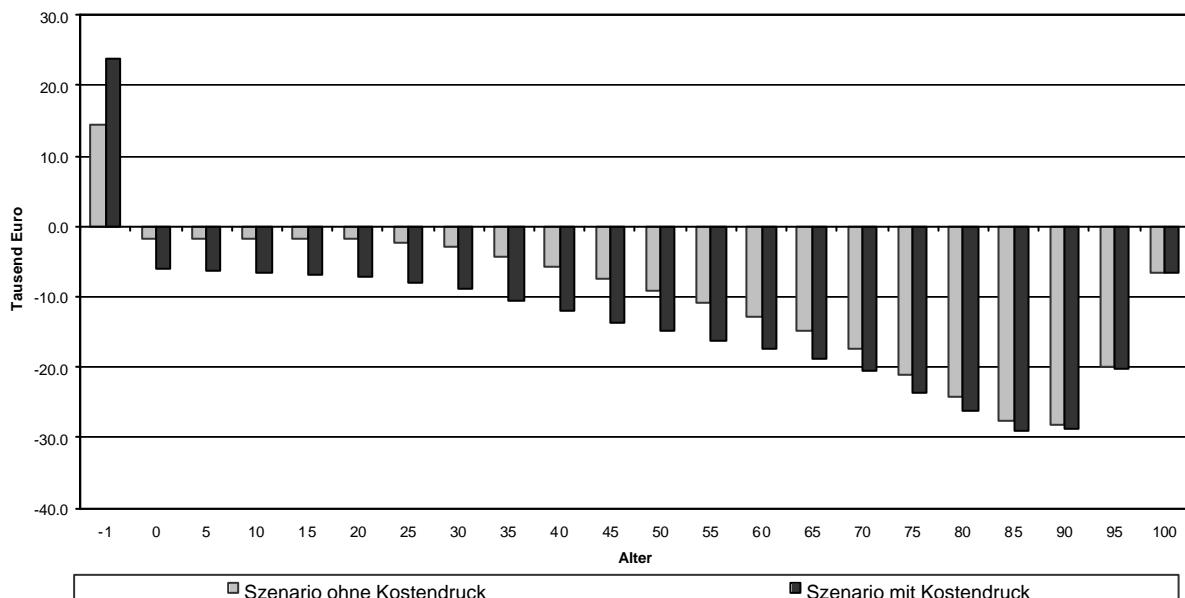


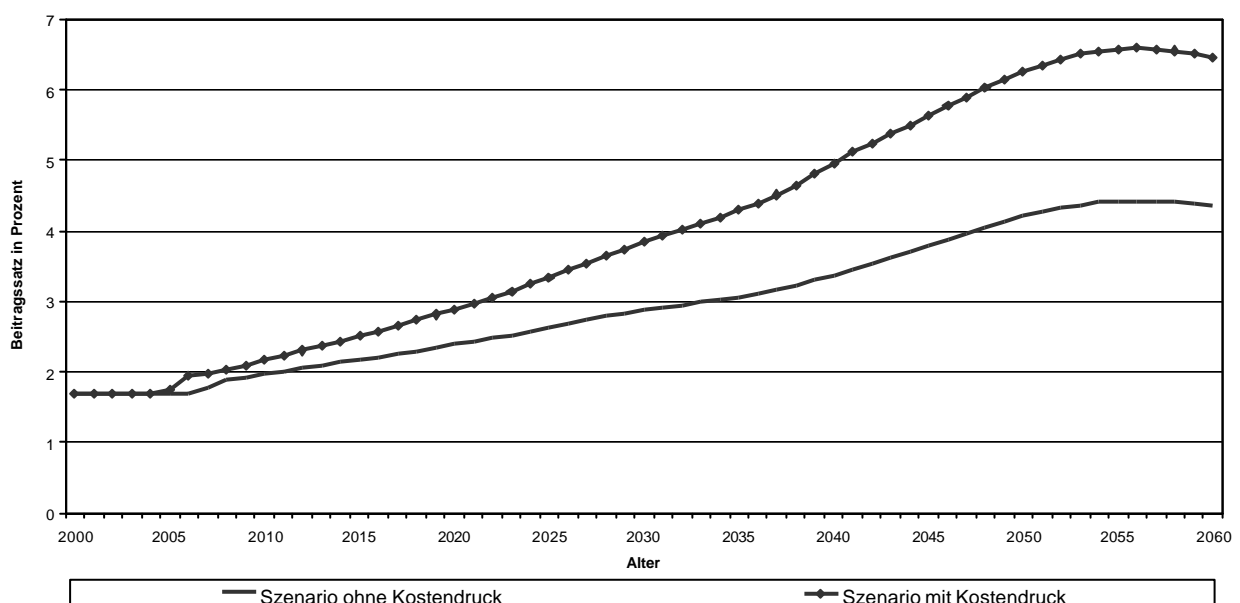
Abbildung 8 zeigt die Generationenbilanzen für beide Szenarien. Ihr jeweiliger Verlauf kann schlicht als katastrophal bezeichnet werden: Selbst im Szenario ohne Kostendruck gibt es unter den lebenden Generationen keine einzige, die mit ihren Beiträgen über die

³¹ Die Begrenzung der differentiellen Wachstumsraten erfolgt wie im Fall der GKV für den Zeitraum 2001-2041.

verbleibende Lebenszeit den zu erwartenden Leistungsstrom der GPV deckt. Die langfristige Finanzierung der GPV wird also allein durch zukünftige Generationen getragen, so dass die Pflegeversicherung nicht als Generationenvertrag gelten kann. Mithin ist die absolute Mehrbelastung der zukünftigen Generationen für den Fall, dass diese allein zur Deckung der Defizite herangezogen werden, im pessimistischen Szenario mit Kostendruck mit 29.700 Euro fast doppelt so hoch wie in der optimistischeren Variante (16.200 Euro). Die Nachhaltigkeitslücke beträgt im günstigsten Fall 38,9 Prozent, im ungünstigsten 71,2 Prozent des BIP.³² Wird berücksichtigt, dass die Höhe des Budgets der GKV fast das Achtfache des Pflegebudgets, die Nachhaltigkeitslücke der GKV aber beim Standardszenario mit 65,1 Prozent weniger als das Doppelte beträgt, kann das Ausmaß der intergenerativen Lastverschiebung durch die GPV nur als schlicht verheerend bezeichnet werden.

Abbildung 9: Beitragssatzentwicklung in der GPV im Status quo

Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$



Wie bereits im Fall der GKV soll auch für die Pflegeversicherung eine Beitragssatzprojektion durchgeführt werden (Abbildung 9). Hierbei sei unterstellt, dass das bislang buchhalterische Vermögen der GPV dazu dient, das Defizit solange zu decken, bis es aufgebraucht ist - danach erfolgt eine laufende Anpassung der Beitragssätze.³³ Abbildung 9 illustriert diese Beitragssatzentwicklung für den Zeitraum 2000 bis 2060. In beiden Szenarien bleiben die Beitragssätze zunächst konstant, bis der Kapitalstock der GPV aufgezehrt ist. Dies

³² Die implizite Staatsschuld ist bei der Pflegeversicherung etwas höher, da das Vermögen mit ca. 0,2 Prozent des BIP als explizites Staatsvermögen in die Nachhaltigkeitslücke eingeht.

³³ Dabei wird von der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben (§§ 63, 64 SGB) abgesehen. Bei ihrer Berücksichtigung würde sich das zur Finanzierung von Defiziten zur Verfügung stehende Vermögen verringern, und wäre in beiden Szenarien früher aufgezehrt.

ist im Experiment mit Kostendruck im Jahr 2004 der Fall, ohne eine überproportionale Ausgabensteigerung reicht der „fiktive“ Kapitalstock bis 2006. Im pessimistischeren Szenario mit Kostendruck erreicht der Beitragssatz im Jahre 2055 mit 6,6 Prozent sein Maximum und würde danach wieder absinken. Aber selbst im optimistischeren Fall des Szenarios ohne Kostendruck wäre der Beitragssatz im Jahr 2055 mit 4,4 Prozent etwa zweieinhalb mal so hoch wie im Basisjahr.³⁴

3.2 Therapie

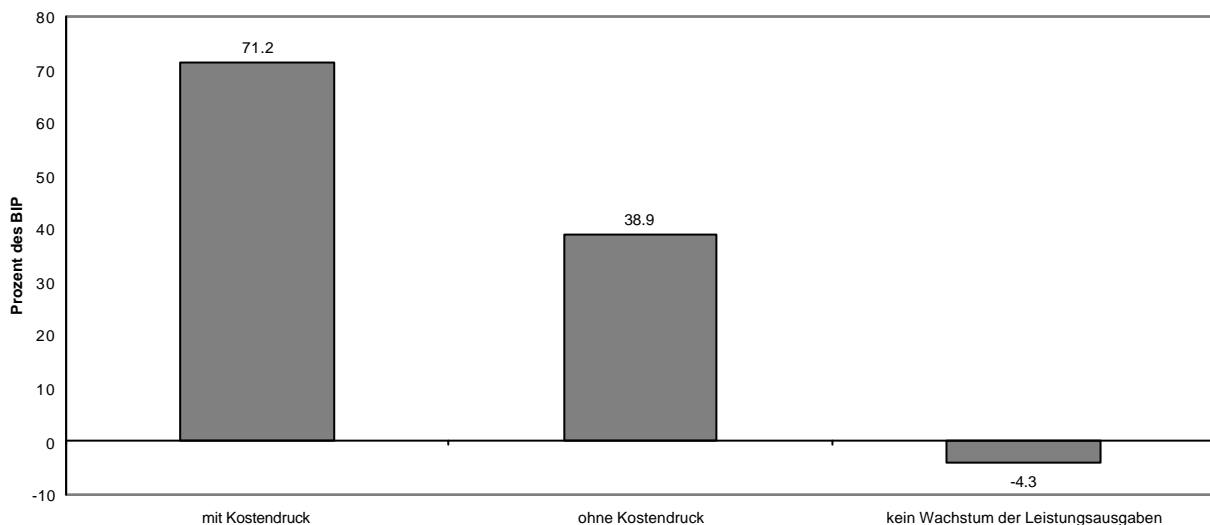
Auch im Bereich der Pflegeversicherung ist schon allein aufgrund der demographischen Veränderung definitiv mit einem erheblichen Beitragsanstieg zu rechnen. Im Gegensatz zur GKV ist hier die demographische Komponente deutlich ausgeprägter, da sich die Beitragssätze bereits im Fall des Szenarios ohne Kostendruck mehr als verdoppeln werden. Angesichts dieser düsteren Zukunftsprognosen und des offensichtlich nicht tragfähigen Generationenvertrages ist zu bezweifeln, ob der maßgebliche Initiator der Pflegeversicherung, Norbert Blüm (1997), auch heute noch sagen würde: „Die Finanzsituation der Pflegeversicherung bietet die besten Voraussetzungen dafür, auch mit den künftigen Herausforderungen – z.B. mehr leistungsberechtigte Pflegebedürftige aufgrund der demographischen Entwicklung – gut fertig zu werden.“

Eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung, die auf eine Beitragskonstanz abzielt und entsprechende Leistungskürzungen im Zuge des demographischen Alterungsprozesses vornimmt, würde das reale Transferniveau in den einzelnen Pflegestufen auf etwa die Hälfte des heutigen Niveaus reduzieren. Unter der Annahme, dass auch im Pflegebereich ein moderater Kostendruck unvermeidbar ist, läge das Transferniveau langfristig bei weniger als einem Drittel. Da bereits gegenwärtig die Pflegeversicherung im Regelfall nicht die tatsächlichen Kosten abdeckt, dürften die Transferleistungen im Laufe der Zeit eher den Charakter eines Grundversorgungszuschusses haben. Den betroffenen Generationen muss dies unverzüglich zur Kenntnis gebracht werden, damit sie sich auf die notwendige erhöhte private Pflegevorsorge einstellen können. Eine naheliegende Lösung ginge sogar noch weiter: Gegeben, dass die gesetzlichen Leistungen der GPV in den einzelnen Pflegestufen nominell fixiert sind, bestünde eine nachhaltige Reformoption darin, diese grundsätzlich nicht anzupassen. Im Prinzip ist dies eine Fortführung dessen, was bisher in der GPV praktiziert wurde, nur „auf Kosten“ der Pflegebedürftigen und nicht „auf Kosten“ des Pflegepersonals.

³⁴ Auch hier bestätigen Vergleichsstudien die vorgelegten Beitragssatzprojektionen: Wille et. al. (1998) kommen für das Jahr 2040 zu Beitragssätzen zwischen 2,8 und 3,8 Prozent. Hof (2001) prognostiziert Beitragssätze zwischen drei und sechs Prozent für das Jahr 2050.

Abbildung 10 zeigt, dass eine solche Reform zu einer vollständig nachhaltigen Situation führt: Die Nachhaltigkeitslücke der GPV beträgt ohne Reformen im Szenario ohne (mit) Kostendruck 38,9 (71,2) Prozent des BIP. Werden die Pflegestufen hingegen nominell fixiert, so „verwandelt“ sich die Nachhaltigkeitslücke der GPV in ein Nachhaltigkeitsvermögen von 4,3 Prozent des BIP.

Abbildung 10: Nachhaltigkeitslücken in der GPV bei unterschiedlichem Wachstum der Leistungsausgaben
Basisjahr 2000, $r=3\%$, $g=1,5\%$



Faktisch läuft diese Option auf eine sukzessive Abschaffung der GPV hinaus. Sollte sich die Wirtschaftspolitik wider Erwarten zu einem solchen Schritt entschließen, so müsste aufgrund der Kurzsichtigkeit breiter Bevölkerungskreise für die Dimension des Pflegeproblems flankierend eine private Versicherungspflicht eingeführt werden. Die einzige und zugleich zwingend gebotene Regulierungsmaßnahme bestünde dann darin, dass die Versicherer zur aktuarischen Rücklagenbildung verpflichtet werden. Dies ist bereits gegenwärtig in (fast) ausreichendem Maß gesichert. Damit würde die private Pflegepflichtversicherung ebenso wie die notwendige verstärkte private Krankenvorsorge den Charakter einer ersetzenden Gesundheitsvorsorge erhalten. Mithin wäre es dann steuersystematisch zwingend geboten, die entsprechenden Versicherungsprämien als Sonderausgaben von der Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer abziehbar zu machen.

4 Schlussbemerkungen und Ausblick

Offenkundig ist die gegenwärtige Fiskalpolitik nicht nachhaltig. Offenkundig ist auch, dass dies hauptsächlich an den Generationenverträgen der umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme liegt. Welches Ausmaß allerdings die Nachhaltigkeitslücken in diesen Systemen annehmen, wird selbst von pessimistischen Zeitgenossen hoffnungslos unterschätzt. Die isolierte Betrachtung der Pflege- und Krankenversicherung zeigte, dass beide schon dann unter vehementen Druck geraten und nur noch mit deutlich zunehmenden Beitragssätzen finanzierbar sein werden, wenn kein Kostendruck im Gesundheitssektor zu verzeichnen wäre. Unter diesen optimistischen Voraussetzungen beziffern sich die kapitalisierten Mehrbelastungen zukünftiger Generationen allein in diesen beiden Sicherungssystemen auf ein ganzes Bruttoinlandsprodukt. Realistischere Annahmen, die den medizinisch-technischen Fortschritt mit ins Kalkül einbeziehen, implizieren eine deutlich größere Nachhaltigkeitslücke von fast drei Bruttoinlandsprodukten.

Es wäre mehr als gewagt anzunehmen, dass zukünftige Beitragszahler bereit sein werden, etwa 30 Prozent Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu zahlen. Mit realistischen Annahmen hinsichtlich der Renten- und Arbeitslosenversicherung käme man unter diesen Umständen zu Sozialversicherungsabgaben in der Größenordnung von fast Zwei-Drittel des Einkommens. Mithin liegt es im Selbstinteresse der heutigen Erwerbstätigen, zukünftige Generationen nicht zur Kündigung der Generationenverträge zu zwingen. Damit ist eine umfassende Reform der Kranken- und Pflegeversicherung unausweichlich.

Mit Hilfe der *Freiburger Agenda* kann es im Gesundheitssystem gelingen, den Generationenvertrag partiell wiederherzustellen und einen großen Schritt in Richtung Nachhaltigkeit zu gehen. Die dazu notwendigen Reformschritte sind allerdings einschneidend, denn es wäre nötig, alle Zahnarzt- und Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen, einen Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente in Höhe von etwa 900 Euro und eine über wettbewerbs- und ordnungspolitische Regeln stattfindende Reduzierung des Kostendrucks im stationären Sektor zu implementieren. Für den Fall funktionierender Versicherungsmärkte ist davon auszugehen, dass kostengünstige private Versicherungslösungen greifen. Dies gilt insbesondere für die Zahnbehandlung, bei der man auch an eine allgemeine Versicherungspflicht denken sollte. Die Rückversicherung des absoluten Selbstbehalts wäre nur partiell möglich, weil sonst allein schlechte Risiken die Vollabsicherung wählen würden und diese damit gar nicht erst zustande käme. Private Versicherungsverträge über die partielle Deckung des absoluten Selbstbehalts sind eher zu

erwarten, und diese würden auch zu einer stärkeren Rücklagenbildung und damit zu einer partiellen Kapitalfundierung der Gesundheitsvorsorge insgesamt führen.

Hinsichtlich der Pflegeversicherung sind die notwendigen Maßnahmen tendenziell noch drastischer. Die GPV kann nur bei extrem hohen Beitragssätzen nachhaltig finanziert werden. Dies ist zukünftigen Generationen nicht zuzumuten. Daher plädieren wir für ein Einfrieren der nominell fixierten Pflegeleistungen und damit für eine sukzessive Abschaffung der GPV. An die Stelle des Staates sollte eine private Versicherungspflicht mit rücklagengedeckten Tarifen treten. Die stärkere Kapitaldeckung kann die demographischen Lasten partiell auf die Generationen verteilen, die nicht nur das Problem selbst darstellen, sondern zugleich die Ursache des Problems sind. Die Pflegefälle der Jahre 2040-2060 werden nämlich die geburtenstarken Jahrgänge der 50er, 60er und 70er Jahre sein, die ihrerseits nicht für ausreichend viele Beitragszahler gesorgt haben. Alles in allem also keine frohe Botschaft, die von den Trägern der Politik zu verkünden wäre.

Literatur

- Blüm, N. (1997), Positive Zwischenbilanz, in: *Bundesarbeitsblatt*, 10/1997, Stuttgart, 5-8.
- Borgmann, C., P. Krimmer und B. Raffelhüschen (2001), Rentenreformen 1998 - 2001: Eine (vorläufige) Bestandsaufnahme, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 2, 319-334.
- Breyer, F. (2000), Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Beiheft 8: Die Zukunft des Sozialstaats*, 167-199.
- Breyer, F. (1995), Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung, *Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik der Universität Konstanz*, Nr. 277.
- Breyer, F. und M. Kifmann (2001), Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, *DIW Diskussionspapier Nr. 236*, Berlin.
- Breyer, F. und V. Ulrich (1999), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, *Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald*, Nr. 1/99.
- Breyer, F. und P. Zweifel (1999), *Gesundheitsökonomie*, 3. Aufl., Springer, Berlin u.a.
- Buchner, F. und J. Wasem (2000), Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabeprofile von Krankenversicherern, *Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald*, Nr. 1/00.
- 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.

- Erbsland, M., W. Ried und V. Ulrich (1999), Die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf Ausgaben und Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung, in: E. Wille (Hrsg.), *Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung*, ZEW Wirtschaftsanalysen, Band 33, Nomos, Baden-Baden, 173-197.
- Felder, S. (1999), Neue Konzepte für die Selbstbeteiligung in Deutschland, in: H. R. Vogel (Hrsg.), *Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen – Sachstand, Ausblick und internationaler Vergleich*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 67-74.
- Fetzer, S., S. Moog und B. Raffelhüschen (2002), Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 3, 279-302.
- Fetzer, S. und B. Raffelhüschen (2003), Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, erscheint demnächst.
- Henke, K.-D. (1997), Die Zukunft der Gesundheitssicherung, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 216/4+5, 478-497.
- Hof, B. (2001), *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln.
- Knappe, E. und S. Optendrenk (1999), Der Einfluß des demographischen Wandels auf die Kranken- und Pflegeversicherung, in: Grünheid, E (Hrsg.), *Demographische Alterung und Wirtschaftswachstum*, 157-178.
- Knappe, E. und U. Rachold (1997), Demographischer Wandel und Gesetzliche Krankenversicherung, in: E. Knappe und A. Winkler (Hrsg.), *Sozialstaat im Umbruch*, Frankfurt, 91-118.
- Kronberger Kreis [J. Donges, J. Eekhoff, W. Franz, W. Möschel, M.J.M Neumann, O. Sievert] (2002), *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Band 39, Berlin.

- Nocera, S. (1996), Alterung und Gesundheit, in: P. Zweifel und S. Felder (Hrsg.), *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Verlag Paul Haupt, Bern u.a., 61-99.
- Oberdieck, V. (1998), *Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen*, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Band 25, Hamburg.
- PROGNOS (1998), *PROGNOS-Gutachten 1998: Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland*, DRV-Schriften, Band 9, Frankfurt/Main.
- Raffelhüsch, B. (2002), Soziale Grundsicherung in der Zukunft: Eine Blaupause, in: B. Genser (Hrsg.), *Finanzpolitik und Arbeitsmärkte*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 289, Berlin: 83-118.
- Schmähl, W. (1999), Pflegeversicherung in Deutschland: Finanzbedarf und Finanzverflechtung. Empirische Befunde und offene Fragen, *Allgemeines statistisches Archiv*, 83, 5-26.
- Schulenburg, J. M. Graf von der (1987), *Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*, Mohr, Tübingen.
- Schulenburg, J. M. Graf von der (1989), Gesundheitswesen (Krankenversicherung) und demographische Evolution, in: H. C. Recktenwald, *Der Rückgang der Geburten - Folgen auf längere Sicht : ein Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, 22. - 23. 6. 1988*, 279-297.
- Wille, E. (2000), GKV: Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung, *Wirtschaftsdienst*, 2000/5, 263-265.
- Wille, E., M. Erbsland, I. Frohwitter und G. Neubauer (1998), Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040, *Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages*, Endbericht, Mannheim.

Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers (1999), Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, *Health Economics*, 8, 485-496.

Bisher erschienene Beiträge

- 45/96 Jürgen **Jerger**/Jochen **Michaelis**
On the Employment Effect of Manning Rules
erschienen in: Journal of Institutional and Theoretical Economics, Vol. 153, No. 3, Sept. 97
- 46/96 Svend E. Hougaard **Jensen**/Bernd **Raffelhüsch**
Intertemporal Aspects of Fiscal Policy in Denmark
erschienen in: Empirical Economics (1997) 22, S. 615-635
- 47/96 Hildegard **Breig**/Patricia F. **Wilson**
Borrower Information and the Choice between Bank Debt and Trade Credit: The Case of France and Germany
erschienen in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 116. Jg. (1996), S. 379-394
- 48/96 Alexander **Spermann**
Das "Einstiegsgeld" für Langzeitarbeitslose
erschienen in: Wirtschaftsdienst, 76. Jg. (1996), S. 240-246
- 49/96 Bernd **Raffelhüsch**/Erling **Steigum, Jr.**
Public debt, the long-term real rate of interest and intergenerational welfare: A computational experiment
- 50/96 Holger **Bonin**/Bernd **Raffelhüsch**
Sozialtransfers und Bildungsausgaben in der demographischen Zwickmühle
erschienen in: Lüdeke, R., Scherf, W. und Steden, W. (Hrsg.): Wirtschaftswissenschaft im Dienste der Verteilungs-, Geld- und Finanzpolitik, Duncker & Humblot, Berlin 2000, S. 271-291
- 51/96 Jürgen **Jerger**/Alexander **Spermann**
Lösungsansätze zur Beseitigung von Fehlanreizen für Langzeitarbeitslose
erschienen in: Viktor Steiner und Klaus F. Zimmermann (Hg.), Soziale Sicherung und Arbeitsmarkt - Empirische Analyse und Reformansätze, ZEW-Wirtschaftsanalysen, Band 6, Baden-Baden, S. 109-134
- 52/96 Jürgen **Jerger**/Alexander **Spermann**
Wege aus der Arbeitslosenfalle - ein internationaler Vergleich
erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 46. Jg. (1997), S. 51-73
- 53/96 Bernd **Raffelhüsch**
A Note on Measuring Intertemporal Redistribution in Generational Accounting
- 54/96 Bernd **Raffelhüsch**/Jan **Walliser**
Unification and Aging in Germany: Who Pays and When?
erschienen in: Auerbach, A., Kotlikoff, L. and Leibfritz, W. (eds.), Generational Accounting around the World, The University of Chicago Press, Chicago 1999, S. 277-297
- 55/97 Jochen **Michaelis**
On the Equivalence of Profit and Revenue Sharing
erschienen in: Economics Letters, Vol. 57, S. 113-118
- 56/97 Michael **Pflüger**/Alexander **Spermann**
Ecological Tax Reform - A Route to More Employment?
erschienen in: Franz Schober und Takashi Matsugi (Hrsg.), Labor Market Issues in Japan and Germany, Berlin 1998, S. 101-121
- 57/97 Jochen **Michaelis**
Beteiligungssysteme und Arbeitsproduktivität - ein Blick auf die Theorie
erschienen in: ifo-Studien 43. Jg. (1997), S. 465-490

- 58/97 Holger **Bonin**, Bernd **Raffelhüschen**, Jan **Walliser**
Can Immigration Alleviate the Demographic Burden?
erschienen in: Finanzarchiv, Vol. 57 (2000), No. 1, S. 1-21
- 59/97 Bernd **Raffelhüschen**/Jan **Walliser**
Was hinterlassen wir zukünftigen Generationen? Ergebnisse der Generationenbilanzierung
erschienen in: E. Knappe, A. Winkler (Hrsg.), Sozialstaat im Umbruch, Herausforderungen an die deutsche Sozialpolitik, Trierer Schriften zur Sozialpolitik und Sozialverwaltung, Band 17, Frankfurt/New York, 1997, S. 65-89
- 60/97 Jochen **Michaelis**
Schockverarbeitung durch nationale Fiskalpolitiken - Effizienz nationaler Instrumente in einer Wirtschafts- und Währungsunion
erschienen in: Otto G. Mayer und Hans-Eckart Scharrer (Hg.), Schocks und Schockverarbeitung in der Europäischen Währungsunion, Baden-Baden 1997, S. 159-187
- 61/97 Werner **Ehrlicher**
Ein Plädoyer für den Euro
- 62/97 Eduard **Berenguer**, Holger **Bonin**, Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting in Spain: Has Public Sector Grown Too Much?
erscheint als: The Spanish Need for a Broader Tax Base, in: European Economy, Reports and Studies, forth.
- 63/97 Knut **Blind**/Silvia **Mertens**
Normung in der Telekommunikation: Ein internationaler und institutioneller Vergleich mit der besonderen Berücksichtigung von Sicherheitsstandards
- 64/97 Alexander **Spermann**
Job Creation in the Low-Wage Sector - The Role of Employment Subsidies
- 65/98 Daniel **Besendorfer**/Christoph **Borgmann**/Bernd **Raffelhüschen**
Ein Plädoyer für intergenerative Ausgewogenheit: Rentenreformvorschläge auf dem Prüfstand
erschienen in: ifo-Studien, 44. Jahrgang, 3/1998, S. 209-231
- 66/98 Jochen **Michaelis**/Michael **Pflüger**
Revenue-neutral Tax Reforms in a Small Open Economy with Structural Unemployment
- 67/98 Jochen **Michaelis**
Der Weitzman-Plan - was ist geblieben?
- 68/98 Jürgen **Jerger**/Jochen **Michaelis**
Profit Sharing, Capital Formation and the NAIRU
erschienen in: Scandinavian Journal of Economics, 1999, 101(2), S. 257-275
- 69/98 Bernd **Raffelhüschen**
Aging, Fiscal Policy and Social Insurances: A European Perspective
erschienen in: Auerbach A. and R. Lee (eds), Demographic Change and Fiscal Policy, Cambridge University Press, Cambridge MA 2001, S. 202-241

- 70/98 Jürgen **Jerger**/Alexander **Spermann**
Ist ein Wohlfahrtsstaat ohne Armutsfalle möglich?
erscheint in: WiSt 1999
- 71/98 Alexander **Spermann**
Fighting Long-term Unemployment by Targeted Employment Subsidies: Benefit-Transfer Program versus Targeted Negative Income Tax
erschienen in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 218 (1999), S. 647-657
- 72/98 Michael **Pflüger**
Globalisierung und Nachhaltigkeit
erschienen in: Zeitschrift für Umweltpolitik & Umweltrecht, 1/99, 135-154
- 73/99 Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting in Europe
erschienen in: American Economic Review, Papers and Proceedings, 89 No. 2 (1999), S. 167-170
- 74/99 Laurence J. **Kotlikoff**/Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting Around the Globe
erschienen in: American Economic Review, Papers and Proceedings, 89 No. 2 (1999), S. 161-166
- 75/99 Bernd **Raffelhüschen**
Aging and Intergenerational Equity: From PAYGO to Funded Pension Systems
erschienen in: Petersen, H.-G. und P. Gallagher (Hrsg.): Tax and Transfer Reform in Australia and Germany, Australia Centre Series Vol. 3, Berliner Debatte Wissenschaftsverlag, 2000, S. 263-284
- 76/99 Holger **Bonin**/Joan **Gil**/Concepció **Patxot**
Beyond the Toledo Agreement: The Intergenerational Impact of the Spanish Pension Reform
erscheint in: Spanish Economic Review
- 77/99 Holger **Bonin**/Bernd **Raffelhüschen**
Public Finances in the European Union - Is Convergence Sustainable?
- 78/99 Holger **Bonin**/Karen **Feist**
Pension Reform in Germany and Redistribution Between Living Generations
- 79/99 Erik **Lüth**
Can Private Intergenerational Transfers Ease the Demographic Burden?
- 80/99 Jagadeesh **Gokhale**/Bernd **Raffelhüschen**
Population Aging and Fiscal Policy in Europe and the United States
erschienen in: Economic Review, Vol. 35, Nr. 4 (1999), S. 10-20
- 81/99 Bernd **Raffelhüschen**
Eine Generationenbilanz der deutschen Wirtschafts- und Sozialpolitik
erschienen in: Otto Graf Lambsdorff (Hrsg.): Freiheit und soziale Verantwortung, Frankfurt 2001, S. 241-260
- 82/00 Jochen **Michaelis**/Michael **Pflüger**
The Impact of Tax Reforms on Unemployment in a SMOPEC
erscheint demnächst in: Journal of Economics
- 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
erscheint demnächst in: Scandinavian Journal of Economics
- 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
- 94/01 Daniel **Besendorfer**/A. Katharina **Greulich**
Company Pensions and Taxation
- 95/01 Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting - Quo Vadis?
erscheint in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 28, No. 1, 2002
- 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

- 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, Heft 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 in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik
- 104/03 Oliver **Ehrentraut**/Stefan **Fetzer**
Wiedervereinigung, Aufholprozess Ost und Nachhaltigkeit
- 105/03 Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Umverteilung und Wachstumsimpulse der Steuerreformen 1999 bis 2005 – Die
Perspektive der Generationenbilanz
- 106/03 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie