

Cassel, Dieter; Oberdieck, Veit

Article — Digitized Version

## Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Cassel, Dieter; Oberdieck, Veit (2002) : Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 82, Iss. 1, pp. 15-22

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/41188>

**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.*

Dieter Cassel, Veit Oberdieck

# Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

*Der absehbare demographische Wandel wird in den nächsten Jahrzehnten merkliche Beitragssatzerhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erzwingen, wenn das hohe Versorgungsniveau gehalten und wie bisher im Umlageverfahren finanziert werden soll. Können Alterungsrückstellungen die Beitragssatzexplosion aufhalten? Ist mit einer Kapitaldeckung ein Systemwandel in der GKV verbunden?*

Der allgemeine Beitragssatz in der GKV droht in diesem Jahr die 14%-Marke zu überschreiten, nachdem er 1980 in den alten Bundesländern noch bei 11,4% lag. In immer rascherer Folge versucht die Gesundheitspolitik, diese Beitragssatzentwicklung überwiegend mit administrativen Maßnahmen zur Kostendämpfung in den Griff zu bekommen. Dabei verliert sie die langfristig beitragsatztreibenden Determinanten – wie den demographischen Wandel, den medizintechnischen Fortschritt oder die Einkommensentwicklung – weitgehend aus den Augen und verfügt über keinerlei Konzept, mit dem „Beitragsatzstabilität“ als prioritäres gesundheitspolitisches Ziel (§ 71 SGB V) dauerhaft erreicht werden könnte<sup>1</sup>.

## Beitragssatzexplosion in der GKV

Der absehbare demographische Wandel wird unter Status-quo-Bedingungen unweigerlich zu einer Beitragssatzexplosion in der GKV führen, weil von ihm beachtliche beitragsatztreibende Effekte ausgehen<sup>2</sup>:

- Nimmt der Rentnerquotient zu, werden die Erwerbstätigen stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Betagten herangezogen, weil deren beitragspflichtige Einkommen im Durchschnitt deutlich unter denen der Erwerbstätigen liegen. Dies folgt aus dem in der GKV angelegten „Generationenvertrag“, nach dem im Umlageverfahren die Erwerbstätigen die Rentner mitfinanzieren (Finanzierungseffekt).

*Prof. Dr. Dieter Cassel, 62, ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Wirtschaftspolitik am Institut für Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik; Dr. Veit Oberdieck, 36, hat am Lehrstuhl über die Beitragssatzentwicklung in der GKV promoviert.*

- Nach der „Medikalisierungsthese“ nimmt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter stark zu; sie wird zudem durch den bei Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter besonders relevanten medizintechnischen Fortschritt noch verstärkt, so dass die altersspezifischen Ausgabenprofile im Laufe der Zeit immer „steiler“ werden<sup>3</sup>. Steigende Lebenserwartung und Rentnerlast gehen deshalb mit progressiv wachsenden Gesundheitsausgaben einher (Ausgabeneffekt).

So kommen denn auch neuere Schätzungen unter expliziter Berücksichtigung des medizintechnischen Fortschritts ziemlich einhellig zu dem besorgniserregenden Ergebnis, dass etwa vom Jahr 2010 an merklich steigende Beitragssätze erforderlich sind, um die demographiebedingt wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV zu schließen. Für das Jahr 2040 wird hiernach mit einem GKV-durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz zwischen rund 20% und 34% gerechnet<sup>4</sup>. Hierbei handelt es sich freilich um „Status-quo-Prognosen“, die von den aktuellen Rahmenbedingungen ausgehen und weder die Reaktionen der Versicherten, Krankenkassen und

<sup>1</sup> Nur vereinzelt finden längerfristige Aspekte Eingang in die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion, ohne freilich größere Beachtung zu finden. Siehe z.B. Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages: Anhörung zum Reformbedarf des Gesundheitswesens vom 22.1.2001, Mimeo, Berlin 2001; Bundeskanzleramt: Positionspapier „Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform“, Mimeo, Berlin 2001; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Wirtschaftsbericht 2001, Berlin 2001, S. 22 ff.; A. Storm, CDU-MdB: Lage und Perspektiven des Gesundheitswesens unter den Bedingungen des demographischen Wandels, Mimeo, Berlin 2001.

<sup>2</sup> Vgl. D. Cassel: Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H. 2, S. 87-91; vgl. T. Kopetsch: Gesundheitswesen am Scheideweg, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H. 10, S. 589-594.

<sup>3</sup> Dies wird als „Versteilerung von Ausgabenprofilen“ bezeichnet. Vgl. F. Buchner, J. Wasem: Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 89. Jg. (2000), S. 357-392.

Leistungserbringer noch die der Gesundheitspolitik auf die künftige Beitragssatzdynamik einbeziehen.

Schon die jüngsten, vergleichsweise moderaten Beitragssatzerhöhungen haben über die ad hoc ergriffenen Kostendämpfungsmaßnahmen hinaus die Diskussion über grundsätzliche Reformoptionen für das GKV-System wiederbelebt<sup>4</sup>: So wird einerseits propagiert, die Trennung zwischen GKV und PKV aufzuheben und zu einer kapitalgedeckten Finanzierung durch geschlechtsgleiche Kopfprämien überzugehen; andererseits wird gefordert, den GKV-Leistungskatalog mehr oder weniger drastisch einzuschränken und die herausfallenden Leistungen der privaten Vorsorge anheimzustellen; und schließlich wird auch daran gedacht, die Finanzierungsbasis der GKV durch Einbeziehung anderer Einkunftsarten merklich zu verbreitern.

Derartige Vorschläge zielen auf einen radikalen Systembruch, widersprechen eklatant dem Solidarprinzip oder reichen bei weitem nicht aus, die zu erwartende Beitragssatzexplosion in der GKV abzuwenden. Es ist deshalb naheliegend zu fragen, ob nicht im Rahmen des bestehenden GKV-Systems der Demographieeffekt auf den Beitragssatz durch eine das Umlageverfahren ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung ausgeglichen und insoweit Beitragssatzstabilität gewährleistet werden kann.

## Demographiereserve und Beitragssatzstabilität

Als „Pate“ für das hier angedachte Konzept einer „Kapitaldeckung in der GKV“ steht die Private Krankenversicherung (PKV) mit ihrer Bildung von Alterungsrückstellungen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren<sup>5</sup>: Um die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auszugleichen und keine altersbedingten Prämien erhöhungen vornehmen zu müssen, führen die privaten Kran-

kenversicherungen einen Teil der Prämieinnahmen ihrer jüngeren Versicherten einer zu verzinsenden Alterungsrückstellung zu, aus der Deckungsbeiträge zugesetzt werden, sobald die mit dem Alter zunehmenden Pro-Kopf-Ausgaben die altersabhängig nicht steigenden Prämien dieser Versicherten überschreiten.

Analog dazu könnten in der GKV die Beitragssätze in den nächsten Jahren um jeweils kasseneinheitliche „Beitragssatzaufschläge“ angehoben werden, um aus den daraus zu erzielenden Mehreinnahmen einen Kapitalstock als „Demographiereserve“ zu bilden. Diese wäre wie die Alterungsrückstellung in der PKV verzinslich anzulegen und dann den Beitragseinnahmen der GKV wieder zuzusetzen, sobald die ausgabenbedeckenden Beitragssätze demographisch bedingt steigen und eine gesundheitspolitisch zu setzende Toleranzschwelle überschreiten. Die damit verfolgte Absicht ist somit, zur nachhaltigen Wahrung der Beitragssatzstabilität in der GKV dadurch beizutragen, dass alterungsbedingte Ausgabensteigerungen nach Ablauf der „demographischen Schön-Wetter-Periode“<sup>7</sup> im zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts durch Rückgriff auf einen zuvor gebildeten Kapitalstock finanziert werden könnten.

Die Analogie zwischen „Alterungsrückstellung“ und „Demographiereserve“ besteht freilich nur dem Prinzip nach. Es dürfte von vornherein klar sein, dass die Unterschiede in den Kalkulations- und Erhebungsverfahren von Prämien (PKV) und Beitragssätzen (GKV) jede weitergehende Analogie verbieten und konzeptionell wie praktisch zu völlig anderen Lösungsansätzen führen. Einer der gravierendsten Unterschiede bestünde darin, dass in der GKV aufgrund des Umlageverfahrens die Demographiereserve „heute“ gebildet und „morgen“ wieder aufgelöst werden müsste, um den Demographieeffekt auszugleichen, während in der PKV durch aktuarisch kalkulierte Prämien im Neugeschäft mit jüngeren Versicherten ständig Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen erfolgen<sup>8</sup>.

Um politisch diskussionswürdig zu sein, sollte ein Reformvorschlag erfahrungsgemäß nicht nur eine sachgerechte, systemkompatible und sozial verträgliche Lösung für ein aus Wählersicht dringliches Pro-

<sup>4</sup> Für einen Überblick siehe D. Cassel: Demographischer Wandel ..., a.a.O., S. 89. Eine neuere Schätzung hat für 2040 einen Beitragssatz von rund 26% ergeben. Siehe F. Buchner, J. Wasem: Verteilung der Ausgabenprofile von Krankenversicherern, BMFT-Projekt, Mimeo, Greifswald 2001, S. 9. Das DIW Berlin kommt in seinem jüngsten Gutachten je nach Berechnungsmethode bei einer unterstellten Kostensteigerung durch den medizintechnischen Fortschritt in Höhe von 1% p.a. bis zum Jahr 2040 auf Beitragssätze von 28,2% (Altersprofile) und 34,0 (Regression). Siehe DIW Berlin unter Mitarbeit von IGES Berlin: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Mimeo, Berlin 2001, S. 117 ff.

<sup>5</sup> Siehe dazu eingehender D. Cassel: Das deutsche Gesundheitswesen braucht weniger Regulierung und mehr Wettbewerb, in: ifo Schnelldienst, 16/2001, S. 3-6.

<sup>6</sup> Siehe dazu ausführlich E. Terhorst: Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung, Berlin 2000, S. 67 ff.

<sup>7</sup> H. Birg: Globale und nationale demographische Entwicklung und Wanderung als Rahmenbedingungen für die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 84. Jg. (1995), S. 593-616. Für Birg endet diese Periode schon Mitte dieses Jahrzehnts.

<sup>8</sup> So sind die Alterungsrückstellungen in der PKV von 1988 bis 2000 um rund 390% auf 59,55 Mrd. € gestiegen. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherungen: PKV PUBLIK 8/2001, S. 90.

blem darstellen, sondern muss vor allem auch praktisch realisierbar erscheinen. Wie immer, wenn es um Finanzierungsfragen geht, müssen dazu Zahlen auf den Tisch, die eine quantitative Abschätzung der relevanten Größenordnungen gestatten. Wie weit müssten Beitragssätze angehoben werden, um eine ausreichend große Demographiereserve bilden zu können? Ab welchem Zeitpunkt müssen Deckungsbeiträge aus dem Kapitalstock zugesetzt werden, um den Demographieeffekt auf die Beitragssätze auszugleichen? Wie hoch sind die dazu erforderlichen Deckungsbeiträge? Wann erreicht der Kapitalstock sein Maximum und wie groß ist er dann? Und schließlich: Wie entwickeln sich alle diese Größen bei unterschiedlicher Verzinsung?

Die Autoren haben versucht, diese legitimen Fragen anhand von Simulationen für den Zeitraum von 2003 bis 2040 zu beantworten, um die Idee einer Kapitaldeckung in der GKV nicht von vornherein dem Verdikt einer empirisch nicht belegbaren Utopie auszusetzen.

## Annahmen und Datenbasis

Die Simulationen beruhen auf einer Reihe vereinfachender Annahmen, die rechentechnisch erforderlich sind, aber keine Bedingung für den Entwurf eines realisierbaren Kapitaldeckungskonzepts für die GKV sind. So wird die Gesetzliche Krankenversicherung in den Berechnungen als „Einheitskasse“ mit einem einheitlichen, dem GKV-Durchschnitt entsprechenden allgemeinen Beitragssatz behandelt. Dieser wird ab dem Jahr 2003 um GKV-einheitliche Beitragssatzaufschläge zur Bildung der Demographiereserve erhöht. Die Erhöhung folgt mit der Maßgabe, dass der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 konstant bleiben kann.

Es bleibt zunächst offen, welche Institution die von Jahr zu Jahr variierenden Zuschläge berechnen soll und wie die Demographiereserve zu bilden, zu verwalten und anzulegen ist. Für die Simulationen wird vereinfachend ein Fonds unterstellt, so dass nicht nur die Kapitalbildung, sondern auch die Berechnung und Zuweisung der später den GKV-Beitragseinnahmen zuzusetzenden Deckungsbeiträge kassenübergreifend erfolgen kann.

Schließlich sind die Berechnungen auch unabhängig davon, ob die Arbeitgeber an der Finanzierung der Demographiereserve beteiligt sein sollen oder nicht.

<sup>9</sup> Vgl. V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Hamburg 1998; vgl. B. Hof: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln 2001.

Das Solidarprinzip der GKV wird jedenfalls durch das Konzept einer ergänzenden kapitalgedeckten Finanzierung in keiner Weise beeinträchtigt – im Gegenteil: Es würde sogar den ansonsten gefährdeten Generationenvertrag wesentlich stärken.

Die zentralen Determinanten für die Berechnung der Demographiereserve sind die Entwicklung des Beitragssatzes, der Zahl der GKV-Mitglieder, der beitragspflichtigen Einnahmen (Löhne, Gehälter, Renten) und der Leistungsausgaben der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sowie die Verzinsung des gebildeten Kapitalstocks:

- Die Simulationsergebnisse hängen ganz entscheidend davon ab, welche Beitragssatzentwicklung bis 2040 unterstellt wird. Um die mögliche „Spannbreite“ aufzeigen zu können, wurden zwei valide Status-quo-Prognosen aus neuerer Zeit ausgewählt, die aufgrund unterschiedlicher Methoden und Annahmen zu einer stark divergierenden Einschätzung der Beitragssatzdynamik gelangen<sup>9</sup>: Nach der eher „pessimistischen“ Schätzung (Oberdieck-Prognose) steigt der Beitragssatz im Zeitraum von 2003 bis 2040 von 13,9% auf 31,2%, nach der eher „optimistischen“ (Hof-Prognose; Mittlere Variante B) von 14,5% auf 20,5%.
- Für die Prognose der künftigen Mitgliederzahlen in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) werden die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes herangezogen und die in der Rentenreform von 1992 vorgesehene stufenweise Heraufsetzung der Altersgrenzen berücksichtigt<sup>10</sup>.
- Hinsichtlich der beitragspflichtigen Einkommen wird unterstellt, dass sich die nominalen Löhne und Gehälter je AKV-Mitglied jährlich um 3,3% und die durchschnittliche Rente je KVdR-Mitglied um 3,1% pro Jahr erhöhen<sup>11</sup>:

<sup>10</sup> Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenmaterial zur Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050: Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1 (langfristiger Wanderungssaldo etwa + 100 000 pro Jahr), Wiesbaden 2000; siehe auch Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rund um die Rente: Die deutsche Rentenversicherung im Überblick, Frankfurt/Main 2001. Es wird unterstellt, dass sich das tatsächliche Renteneintrittsalter ab dem Jahr 2006 um zwei Jahre erhöht.

<sup>11</sup> Hinsichtlich der Rente wird angenommen, dass der Beitragssatz zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bis 2040 um rund 6 Beitragssatzpunkte auf 25% steigt. Vgl. S. Eitenmüller, W. Hain: Potenzielle Effizienzvorteile kontra Übergangskosten: Modellrechnungen zu den Belastungswirkungen bei einem Wechsel des Finanzierungsverfahrens in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung, 9-10/1998, S. 634-654, S. 641. Hieraus lässt sich ein linearer Anstieg von 0,15% p.a. ableiten.

**Tabelle 1**  
**Erforderlicher konstanter Beitragssatz zum Ausgleich des Demographieeffektes**  
**2003-2040**

1	2	3	4	5
Beitragssatzprognose für das Jahr 2040	Erforderlicher konstanter Beitragssatz im Zeitraum von 2003-2040	Kapitalstock (+) / Finanzierungsdefizit (-) im Jahr 2040	Kapitalstock (+) / Finanzierungsdefizit (-) im Jahr 2040	Kapitalstock (+) / Finanzierungsdefizit (-) im Jahr 2040
Hof		bei 3,5% Rendite	bei 4% Rendite	bei 4,5% Rendite
Oberdieck				
20,5%	15,9%	-3,1 Mrd. €	+57,3 Mrd. €	+129,7 Mrd. €
31,2%	17,3%	-131,2 Mrd. €	+25,1 Mrd. €	+211,9 Mrd. €

Bei der Hof-Prognose (20,5%) muss der Beitragssatz ab 2003 auf 15,9% angehoben werden und kann dann bis 2040 konstant bleiben. In der mittleren Renditevariante wird die Demographiereserve bis auf 57,3 Mrd. € (2040) aufgebraucht. Bei der Oberdieck-Prognose beträgt der konstante Beitragssatz 17,3%, und es verbleibt ein Restkapital von 25,1 Mrd. €.

- Ergebnisrelevant ist auch die Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben in der KVdR. Da sie relativ großen Schwankungen unterliegen, wurde aus den Leistungsausgaben je KVdR-Mitglied im Zeitraum von 1980-1998 (West) eine Fortschreibungsrate von 5,5% p.a. abgeleitet. Sie ist wegen der langfristigen unabsehbaren Ausgabeneffekte des medizintechnischen Fortschritts zwar mit Unsicherheit behaftet, aber für die Simulation unverzichtbar.
- Die Kapitalstockentwicklung ist außer von den laufenden Zuführungen naturgemäß auch stark abhängig von der Anlageform und ihrer Verzinsung, die im Zeitablauf zudem gewissen Schwankungen unterliegt. Um den Einfluss der Verzinsung abschätzen zu können, werden die Simulationen alternativ mit einer annahmegemäß konstanten nominalen Kapitalrendite von 3,5%, 4,0% und 4,5% durchgeführt<sup>12</sup>.

**Simulationsergebnisse**

Der durch Kapitalbildung und -auflösung auszugleichende Demographieeffekt setzt sich wie beschrieben aus Ausgaben- und Finanzierungseffekt zusammen: Ersterer zeigt sich in einem wachsenden negativen Saldo von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der KVdR, der aus den Beitragseinnahmen der AKV zu decken ist (KVdR-Subventionslast); letzterer ergibt sich daraus, dass diese steigende Subventionslast demographiebedingt von immer weniger erwerbstätigen AKV-Mitgliedern geschultert werden muss. Der sich aus beiden Effekten ergebende „Subventionsbedarf“ der KVdR beträgt schon jetzt etwa 5,5 Beitragssatzpunkte und wird sich nach der Oberdieck-Prognose bis 2040 auf stattliche 23,8 Prozentpunkte erhöhen<sup>13</sup>. Das hier berechnete Kapital-

deckungsmodell soll diesen Anstieg vermeiden, aber nicht zusätzlich den derzeit bereits bestehenden Subventionsbedarf der KVdR decken. Deshalb kann man auch in dieser Hinsicht nur von einer „ergänzenden“ kapitalgedeckten Finanzierung sprechen.

Wie Tabelle 1 zeigt, reicht bei der Hof-Prognose ein ab dem Jahr 2003 auf 15,9% heraufgesetzter Beitragssatz aus, um den Demographieeffekt bis zum Jahr 2040 auszugleichen und insoweit über 37 Jahre hinweg Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Bei einer – empirisch gesehen freilich sehr niedrigen – jahresdurchschnittlichen Rendite von 3,5% würde der Kapitalstock in 2040 völlig aufgezehrt sein. Unterstellt man eine nur geringfügig höhere Rendite in Höhe von 4%, würde sogar noch ein Restkapital von 57,3 Mrd. € verbleiben, das in der Größenordnung der derzeitigen PKV-Alterungsrückstellung liegt.

Bei der wesentlich pessimistischeren Oberdieck-Prognose müsste der Beitragssatz ab dem Jahr 2003 auf 17,3% angehoben werden, um den Demographieeffekt bei einem Renditeniveau von mindestens 4% auszugleichen. Wie stark sich eine Variation der angenommenen Rendite auswirkt, zeigt sich in dieser Prognosevariante sehr anschaulich darin, dass bei 3,5% ein Finanzierungsdefizit von 131,2 Mrd. € resultieren, bei 4,5% aber ein unverbrauchter Kapitalstock von 211,9 Mrd. € verbleiben würde.

Wie sich die Beitragssätze in beiden Prognosevarianten entwickeln, wird aus der Abbildung ersichtlich: Nach der eher optimistischen Hof-Prognose wächst der Beitragssatz unter Status-quo-Bedingungen von 14,5% in 2003 erst moderat und steigt dann ab dem Jahr 2010 stärker an, bis er in 2040 die 20,5%-Marke erreicht. Solange der ausgabendeckende Beitragssatz noch unter dem zu erhebenden Satz von 15,9% bleibt, kann der Demographiereserve der Teil der Beitragseinnahmen zugeführt werden, der nicht zur Deckung der laufenden Leistungsausgaben benötigt

<sup>12</sup> Der Gesetzgeber hat der PKV eine kalkulatorische Mindestrendite von 3,5% vorgeschrieben (§ 12a, Abs. 3 VAG), die jedoch regelmäßig weit überschritten wird. Siehe dazu Fußnote 14.

<sup>13</sup> Vgl. V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion ..., a.a.O., S. 202 f.

## KRANKENVERSICHERUNG

wird. Hinzu kommt noch die jährliche Verzinsung, so dass der Kapitalstock anfänglich stark zunimmt (vgl. Tabelle 2, Spalte 3).

Erst ab dem Jahr 2017 wird es erforderlich, den laufenden Beitragseinnahmen Deckungsbeiträge aus der Demographiereserve zuzuführen. Dennoch wächst der Kapitalstock wegen der Verzinsung weiter an und erreicht bei einer unterstellten Rendite von 4% p.a. erst im Jahr 2027 sein Maximum. Danach nimmt er rasch ab, weil die zum Ausgleich des Demographieeffektes erforderlichen Deckungsbeiträge beschleunigt steigen. Wie stark der demographiebedingte Subventionsbedarf ab dem Jahr 2017 zunimmt, wird aus der Entwicklung der erforderlichen Deckungs-

beiträge je KVdR-Mitglied ersichtlich (vgl. Tabelle 2, Spalte 4).

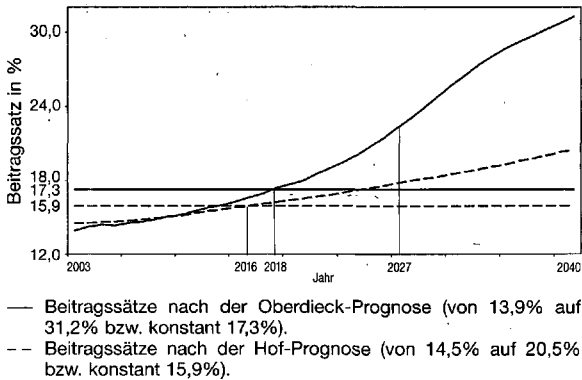
Legt man die wesentlich pessimistischere Oberdieck-Prognose zugrunde, ergibt sich tendenziell das gleiche Bild – wenn auch mit deutlich unterschiedlichen Größenordnungen. Wie die Abbildung zeigt, liegt der Beitragssatz 2003 mit 13,9% niedriger als in der Hof-Prognose, erreicht aber 2040 mit 31,2% einen wesentlich höheren Endwert. Dementsprechend müsste auch der zum Ausgleich des Demographieeffektes erforderliche Beitragssatz ab dem Jahr 2003 vergleichsweise stark auf 17,3% angehoben werden, um bis zum Jahr 2018 eine hinreichend große Demographiereserve aus Beitragsüberschüssen bilden zu

**Tabelle 2**  
**Beitragssatz- und Kapitalstockentwicklung bei alternativen Beitragssatzprognosen**  
**2003-2040**

Hof-Prognose				Oberdieck-Prognose			
1	2	3	4	5	6	7	8
Jahr	GKV- Beitragssatz- prognose in %	Kapitalstock bei 4% Rendite in Mrd. €	Zu deckender Demographieeffekt je KVdR-Mitglied in €	Jahr	GKV- Beitragssatz- prognose in %	Kapitalstock bei 4% Rendite in Mrd. €	Zu deckender Demographieeffekt je KVdR-Mitglied in €
2003	14,5	15,0	–	2003	13,9	36,3	–
2004	14,5	31,0	–	2004	14,2	72,0	–
2005	14,6	47,1	–	2005	14,4	108,0	–
2006	14,6	64,4	–	2006	14,3	147,9	–
2007	14,7	81,7	–	2007	14,5	188,3	–
2008	14,8	99,0	–	2008	14,6	230,2	–
2009	14,9	116,1	–	2009	14,8	272,3	–
2010	15,0	133,0	–	2010	15,0	314,5	–
2011	15,1	149,6	–	2011	15,2	356,5	–
2012	15,3	164,2	–	2012	15,5	396,8	–
2013	15,5	176,8	–	2013	15,8	435,1	–
2014	15,6	188,4	–	2014	16,0	472,4	–
2015	15,8	197,6	–	2015	16,3	507,1	–
2016	15,9	205,5	–	2016	16,6	538,8	–
2017	16,1	213,0	40	2017	16,9	567,1	–
2018	16,2	220,4	63	2018	17,3	589,7	–
2019	16,4	227,4	108	2019	17,6	612,2	65
2020	16,5	234,1	133	2020	18,0	633,9	155
2021	16,7	240,2	183	2021	18,5	654,4	274
2022	16,8	245,9	212	2022	19,0	673,3	401
2023	17,0	250,8	267	2023	19,5	690,3	535
2024	17,2	254,7	326	2024	20,1	704,7	701
2025	17,4	257,5	387	2025	20,8	715,6	904
2026	17,6	259,0	453	2026	21,5	722,4	1 118
2027	17,8	259,0	522	2027	22,3	724,1	1 373
2028	18,0	257,4	594	2028	23,1	720,1	1 642
2029	18,2	254,0	671	2029	23,9	709,6	1 926
2030	18,3	249,3	722	2030	24,8	691,4	2 257
2031	18,5	242,5	807	2031	25,7	664,8	2 606
2032	18,7	233,4	895	2032	26,5	629,8	2 942
2033	18,9	222,0	989	2033	27,3	585,8	3 297
2034	19,1	208,0	1 088	2034	28,0	532,9	3 637
2035	19,3	191,5	1 192	2035	28,7	470,8	3 996
2036	19,6	171,4	1 337	2036	29,2	400,5	4 300
2037	19,8	148,4	1 453	2037	29,7	321,3	4 620
2038	20,0	122,1	1 575	2038	30,2	232,8	4 955
2039	20,3	91,5	1 742	2039	30,7	134,3	5 307
2040	20,5	57,3	1 878	2040	31,2	25,1	5 675

Im gesamten Zeitraum wird ein konstanter Beitragssatz in Höhe von 15,9% (Hof-Prognose) bzw. 17,3% (Oberdieck-Prognose) unterstellt. Ab dem Jahr 2017 bzw. 2019 sind zunehmende Deckungsbeiträge je KVdR-Mitglied aus dem gebildeten Kapitalstock erforderlich, um die jeweiligen Beitragssätze konstant zu halten. Dennoch nimmt der Kapitalstock in beiden Prognosevarianten wegen der unterstellten Verzinsung noch bis zum Jahr 2027 zu.

**Beitragssatzentwicklung mit und ohne Ausgleich des Demographieeffektes in alternativen Beitragssatzprognosen 2003-2040**



können. Interessanterweise müssen nach dieser Variante erst ab dem Jahr 2019 – dann aber sprunghaft steigend – Deckungsbeiträge aus der Demographie-reserve zugesetzt werden, so dass der Kapitalstock ebenfalls im Jahr 2027 sein Maximum erreicht (vgl. Tabelle 2, Spalte 7). Allerdings ist dann in der pessimistischen Prognose mit 724,1 Mrd. € ein nahezu dreimal so großer Kapitalstock wie in der optimistischen erforderlich.

**GKV-Kapitaldeckung ist machbar**

Diese Simulationsergebnisse verbieten es, eine ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung der GKV leichtfertig in das Reich der Utopie zu verweisen. Immerhin decken die zugrunde gelegten Beitragssatz- und Renditeszenarien eine realistische Spannweite ab; die ab 2003 erforderliche Beitragssatzanhebung wäre an der bisherigen Beitragssatzentwicklung gemessen keineswegs exorbitant und der zu bildende Kapitalstock läge auch nicht völlig außerhalb gesamtwirtschaftlich realisierbarer Dimensionen:

- Alle neueren Beitragssatzprognosen gehen von einem unter Status-quo-Bedingungen unvermeidlichen Beitragssatzanstieg aus, der sich ab dem nächsten Jahrzehnt demographisch und medizintechnisch bedingt erheblich beschleunigen wird. Unsicher ist allerdings das quantitative Ausmaß der zu erwartenden jährlichen Beitragssatzerhöhungen.

Die hier verwendeten Prognosealternativen repräsentieren die „Ränder“ des Spektrums der vorliegenden Beitragssatzprognosen und lassen sich deshalb als „Best-case-“ und „Worst-case-“Szenarien interpretieren, zwischen denen die unter Status-quo-Bedingungen wahrscheinlichste Beitragssatzentwicklung liegen dürfte.

- Das Gleiche gilt hinsichtlich des unterstellten Renditespektrums. Zwar kalkuliert die PKV ihre Alterungsrückstellungen mit einer gesetzlich vorgeschriebenen Mindestrendite in Höhe von 3,5%, doch liegt die tatsächlich erzielte Nominalverzinsung mehr als doppelt so hoch<sup>14</sup>. Auch gemessen an der erzielbaren Verzinsung des Deckungsstocks deutscher Lebensversicherungen<sup>15</sup> dürfte man mit der Renditespanne von 3,5% bis 4,% langfristig selbst dann auf der „sicheren Seite“ sein, wenn die Inflationsrate und dementsprechend das Nominalzinsniveau moderat bleiben sollten.
- Um eine ausreichende Demographiereserve bilden zu können, müsste der GKV-Beitragssatz im Jahr 2003 nach der Hof-Prognose um 1,4 Prozentpunkte auf 15,9% bzw. um 3,4 Prozentpunkte auf 17,3% nach der Oberdieck-Prognose angehoben werden. Im Vergleich zu den aktuellen Beitragssatzerhöhungen, die sich im GKV-Durchschnitt auf über einen halben Prozentpunkt belaufen, dürfte dies kein unangemessen „hoher Preis“ für die danach über vier Jahrzehnte mögliche Beitragssatzstabilität sein.
- Auch der maximal erforderliche Umfang der Demographiereserve (259,0 Mrd. € bzw. 724,1 Mrd. €; vgl. Tabelle 2) relativiert sich, wenn man die derzeitige Alterungsrückstellung in der PKV in Höhe von 59,55 Mrd. € zum Vergleich heranzieht: Wäre für alle GKV-Versicherten eine gleich hohe Alterungsrückstellung pro Kopf wie in der PKV gebildet worden, beliefe sich der Kapitalstock derzeit auf rund 600 Mrd. € und läge damit „nur“ etwa 124 Mrd. € unter der in der „pessimistischen“ Prognosevarian-

<sup>14</sup> So belief sich die jahresdurchschnittliche nominale Nettoverzinsung der Alterungsrückstellung in der PKV im Zeitraum von 1990 bis 2000 auf 7,44% bei einer Spanne zwischen 6,51% und 7,83%. Siehe dazu Verband der Privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung: Zahlenbericht 2000/2001, Köln 2001, S. 93.

<sup>15</sup> Sie betrug im Zeitraum von 1980 bis 1995 jahresdurchschnittlich 6,95% bei einer Schwankungsbreite von 2 Prozentpunkten. Vgl. R. Schnabel, B. Raffelhüschen, M. Miegel: Renditen der gesetzlichen Rentenversicherung im Vergleich zu alternativen Anlageformen, Frankfurt/Main 1998, S. 50 ff.

<sup>16</sup> Dieses betrug unter Einschluss der Anlagen bei Banken und Versicherungen und in Wertpapieren sowie aus Pensionsrückstellungen 3644 Mrd. €. Vgl. Deutsche Bundesbank (Hrsg.): Monatsbericht Juni 2001, S. 30. Vereinzelt wird befürchtet, dass durch die Zunahme der kapitalgedeckten Finanzierung der sozialen Sicherung die Kursentwicklung an den Kapitalmärkten erheblich beeinträchtigt werden könnte. Siehe z.B. A. Heigl, M. Katheder: Age wave – zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten, Policy Brief 4 der Hypo-Vereinsbank, München 2001. Da sich die Bildung und die Auflösung der Demographiereserve über vier Jahrzehnte verteilen und bei freiem internationalen Kapitalverkehr von einer globalen Arbitrage auszugehen ist, will dieses Argument nicht so recht einleuchten, bedarf aber gründlicher Analyse. Siehe hierzu u.a. A.H. Börsch-Supan: Was für die Kapitaldeckung und was für das Umlageverfahren spricht, Mannheim 2000; siehe auch F. Breyer: Kapitaldeckung versus Umlageverfahren, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Bd. 1, 2000, S. 383-405.

te maximal erforderlichen Demographiereserve. Schließlich würde der im Jahr 2027 erreichte maximale Kapitalstock im „worst case“ rund 19,9% und im „best case“ nur etwa 7,1% des im Jahr 2000 von den privaten Haushalten gehaltenen Geldvermögens<sup>16</sup> betragen und somit makroökonomisch keineswegs „außer Reichweite“ liegen.

## Kein grundlegender Systemwechsel

Anders als das von einigen privaten Krankenversicherern und Gesundheitsökonomern derzeit ins Gespräch gebrachte Reformmodell einer von GKV und PKV einheitlich anzubietenden kapitalgedeckten Grundsicherung<sup>17</sup>, wäre die hier vorgestellte ergänzende Kapitaldeckung mit dem bestehenden GKV-System völlig kompatibel: Weder verstieße sie gegen das GKV-konstitutive Solidarprinzip, noch würden grundsätzlich systemwidrige Elemente in die umlagefinanzierte GKV eingeführt.

So wäre die Demographiereserve nicht aus risikoäquivalenten Prämien zu dotieren, sondern aus Zuführungen, die einkommensproportional nach dem Umlageverfahren durch kasseneinheitliche Aufschläge auf die jeweils ausgabendeckenden Beitragssätze aufzubringen wären. Dementsprechend würde sich die ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung „selbst tragen“ und bedürfte keiner zusätzlichen steuerfinanzierten Sozialtransfers. Schließlich entstünde auch nicht das so genannte „Übergangsproblem“<sup>18</sup>, das vielfach gegen den Wechsel vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren angeführt wird, weil die Demographiereserve im Umlageverfahren aufgebracht würde, ein „Systemwechsel“ also gar nicht erforderlich wäre.

Zu diskutieren bliebe freilich, ob die Demographiereserve paritätisch finanziert werden sollte. Um die Lohnzusatzkosten nicht zu erhöhen, müsste der Beitragssatzaufschlag allein von den GKV-Mitgliedern getragen werden. Ohnehin wird zunehmend gefordert,

die Arbeitgeberbeiträge abzuschaffen oder zumindest festzuschreiben<sup>19</sup>. Für eine nicht paritätische Finanzierung der Demographiereserve spricht, dass es grundsätzlich nicht Sache der Arbeitgeber sein kann, die finanziellen Folgen des demographischen Wandels auf die sozialen Sicherungssysteme mitzutragen.

Zu diskutieren wäre schließlich auch, ob die derzeitige Rentnergeneration zur Demographiereserve beitragen sollte, wird sie doch zum größten Teil nicht mehr von der gegen Ende der 20er Jahre dieses Jahrhunderts einsetzenden Beitragsentlastung profitieren. Der auf dem Umlageverfahren basierende Generationenvertrag würde insoweit um ein „intrageneratives“ Element ergänzt, wie die jetzige Erwerbstätigengeneration durch Bildung eines Kapitalstocks für ihr Alter selbst vorsorgt. Es verstieße somit gegen die intergenerative Gerechtigkeit, wenn man Rentner mit einer restlichen Lebenserwartung unterhalb von etwa 15 Jahren zur Bildung der Demographiereserve heranziehen würde.

Für das Konzept einer umlagefinanzierten ergänzenden Kapitaldeckung in der GKV spricht schließlich auch, dass der wettbewerblich erwünschte Kassenwechsel – und damit die materielle Kassenwahlfreiheit – nicht beeinträchtigt würden: Weder entstünde ein individueller Anspruch auf die Demographiereserve, noch hätte die „Nichtmitgabe“ von Kapitalstockanteilen beim Kassenwechsel negative wirtschaftliche Folgen für das wechselnde GKV-Mitglied.

Angenommen, die Kassen führen die ihnen einheitlich vom Gesetzgeber auferlegten Beitragsmehreinnahmen an einen kassenübergreifenden Fonds ab, aus dem später wieder für alle Kassen einheitliche Beitragssatzentlastungen nach der Zahl der jeweils versicherten Rentner gewährt werden, käme es auch auf der Kassenseite zu keinen Wettbewerbsverzerrungen. Die administrative Vorgabe der kasseneinheitlichen Beitragssatzbelastung und -entlastung bei der Bildung und Auflösung der Demographiereserve ließe nämlich die Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen unangetastet und würde somit weder den Gebrauch des Wettbewerbsparameters Beitragssatz noch die Mechanik des wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleichs (RSA) beeinträchtigen<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Dieses Modell sieht u.a. vor, dass GKV und PKV eine Grundsicherung zu einem einheitlichen, von Einkommen und Geschlecht unabhängigen Pro-Kopf-Beitrag anbieten, aus dem auch Alterungsrückstellungen zu dotieren wären. Siehe hierzu J. Boetius: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV): Modell eines zukunftssicheren Systems, Karlsruhe 1999; siehe auch U. Rumm: Kapitaldeckung im Gesundheitswesen, Schrift der Vereinten Krankenversicherung, München 2000; siehe auch K.-D. Henke, M.M. Grabka, K. Borchardt: Kapitalgedeckter Krankenversicherungsschutz – Eine Modellbeschreibung und erste Ergebnisse –, Diskussionspapiere zu Staat und Wirtschaft, Nr. 30, Berlin 2001; siehe auch W. Buchholz u.a.: Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW Diskussionspapier, Nr. 247, Berlin 2001.

<sup>18</sup> Siehe z.B. F. Breyer: Kapitaldeckung ..., a.a.O., S. 393 ff.; siehe auch S. Eitenmüller, W. Hain, a.a.O.

<sup>19</sup> Zuletzt auch wieder vom BDA. Siehe Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Memorandum „Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen“, Mimeo, Berlin, Oktober 2001, S. 26 ff.

<sup>20</sup> Zu Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich siehe eingehender IGES, D. Cassel, J. Wasem: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Mimeo, Berlin 2001, S. 12 ff.



## 2040 – und was dann?

Das hier vorgestellte Konzept scheint jedoch einen gravierenden „Haken“ zu haben: Die Simulation ist methodisch so angelegt, dass jener Beitragssatz berechnet wird, der bis zum Jahr 2040 durch Bildung und Auflösung der Demographiereserve konstant gehalten werden könnte. Ist der Kapitalstock aber verbraucht, müsste der Beitragssatz unter Status-quo-Bedingungen auf sein dann ausgabendeckendes Niveau – d.h. von 15,9% auf 20,5% (Hof-Prognose) bzw. von 17,3% auf 31,2% (Oberdieck-Prognose) – angehoben werden (vgl. Tabelle 2). Wer über das Jahr 2040 hinaus auch noch die zweite Hälfte dieses Jahrhunderts im Blick hat, könnte somit in der ergänzenden Kapitaldeckung eine trügerische Scheinlösung sehen. Es gibt jedoch eine ganze Reihe empirischer Sachverhalte und politischer Handlungsmöglichkeiten, welche die Demographiereserve als tragfähige Reformoption auch über das Jahr 2040 hinaus erscheinen lassen:

- So könnte die Beitragssatzdynamik durch eine Verkürzung der Ausbildungs- und Studienzeiten, ein höheres Renteneintrittsalter, mehr Zuwanderung qualifizierter Erwerbspersonen und ein erhöhtes Produktivitätswachstum deutlich abgemildert und damit die Reichweite des Kapitalstocks erheblich verlängert werden.
- Den gleichen Effekt hätten Leistungskürzungen in der GKV, die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage oder die Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen.
- In der Simulation wird alternativ mit Renditen gerechnet, die weit unter der dauerhaft erzielbaren Verzinsung von Deckungstöcken in der privaten Assekurranz liegen. Wie stark sich die Rendite auf die Kapitalstockentwicklung auswirkt, wird aus Tabelle 1 ersichtlich. Eine auf Dauer erzielbare Verzinsung von 5 bis 6% würde die Reichweite des Kapitalstocks um Jahrzehnte in die Zukunft verschieben.
- Weil sich die Gesundheitspolitik „Beitragssatzstabilität“ als prioritäres Ziel gesetzt hat, wurde auch die Simulation auf einen im Zeitablauf konstanten Beitragssatz hin angelegt. Praktisch wäre es möglich, den erhobenen Beitragssatz von Jahr zu Jahr steigen zu lassen, seine Steigerungsrate jedoch deutlich unterhalb der Steigerungsrate des ausgabendeckenden Beitragssatzes zu halten. In diesem Fall bliebe der Beitragssatz zwar nicht konstant, er wür-

de aber vergleichsweise nur moderat steigen, und der Abbau der Demographiereserve könnte dadurch erheblich verzögert werden.

Insgesamt gesehen erscheint es angesichts der aufgezeigten Handlungsoptionen jedoch möglich, einen „Beitragssatzsprung“ in ferner Zukunft zu vermeiden. Ohnehin wäre es nach den Erfahrungen mit der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) naiv anzunehmen, dass über einen so langen Zeitraum kein wirtschafts- und gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht. Tatsächlich bestünde die Aufgabe der Politik darin, die Beitragssatz- und Kapitalstockentwicklung ständig zu beobachten, die Status-quo-Prognosen bei sich ändernden Daten anzupassen und fortzuschreiben sowie gegebenenfalls Maßnahmen zu ergreifen, welche die zeitliche Reichweite der Demographiereserve erhöhen und einen Beitragssatzsprung verhindern.

## Fazit

Nach Lage der Dinge steht die Gesundheitspolitik längerfristig vor der Wahl, sich vom Ziel der Beitragssatzstabilität zu verabschieden und der demographisch und medizintechnisch getriebenen Beitragssatzexplosion freien Lauf zu lassen oder den Leistungskatalog der GKV drastisch einzuschränken und insbesondere die Leistungen für die Betagten zu rationieren. Ein Ausweg aus diesem Dilemma bietet das hier vorgestellte Konzept einer ergänzenden kapitalgedeckten Finanzierung der GKV.

Wie anhand alternativer Simulationen und der gesundheitsökonomischen Würdigung ihrer Ergebnisse gezeigt wurde, ist das Konzept langfristig tragfähig, GKV-systemkonform und „technisch“ machbar. Die Gesundheitspolitik hätte eine reelle Chance, mit dieser probaten Reformoption die absehbare Überforderung von Solidarprinzip und Generationenvertrag abzuwenden und den drohenden finanziellen Kollaps des GKV-Systems zu verhindern.

Der Preis dafür wäre freilich, die Beitragssätze in der GKV möglichst rasch um einen kasseneinheitlichen Beitragssatzaufschlag anzuheben und ein kassenübergreifendes Kapitalstockmanagement aufzubauen. Die weitere Beitragssatzentwicklung abzuwarten und gegebenenfalls nur kosmetisch zu reagieren, hieße die Chance zu verpassen, in der derzeitigen „demographischen Schön-Wetter-Periode“ eine hinreichende Demographiereserve aufzubauen, die einen wirksamen Schutz vor der künftig hereinbrechenden Flut der „age wave“ bieten würde.