

# DISKUSSIONSBEITRÄGE

# DISCUSSION PAPERS

**Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags  
in der gesetzlichen Krankenversicherung:  
Die Freiburger Agenda**

**Stefan Fetzer  
Bernd Raffelhüschen**

**103/02**

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.

**Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der  
gesetzlichen Krankenversicherung:  
Die Freiburger Agenda**

**Stefan Fetzer**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

und

**Bernd Raffelhüschen**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,  
Universität Bergen, Norwegen

September 2002

Für wertvolle Hinweise, zahlreiche Korrekturen und Hilfestellung bei der Aufbereitung der Daten danken wir Christoph Borgmann, Oliver Ehrentraut, Svenja Rodrig, Rasmus Schlömmer. Unser Dank gilt insbesondere dem Vorstand der DKV, die 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 deutschen Sozialversicherungssysteme ist angesichts des sich rapide zuspitzenden Alterungsprozesses nicht gewährleistet. Alle in Bismarckscher Tradition entworfenen Sicherungssysteme – ob Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung – fußen auf dem gleichen Prinzip, dem Generationenvertrag. Demnach finanzieren sich alle Ausgaben an Alte, Kranke oder Pflegebedürftige aus den laufenden Einnahmen der zumeist lohnproportionalen Beiträge der erwerbstätigen Generation. Eine solche Umlagefinanzierung kann aber langfristig nur dann Bestand haben, wenn hinreichend viele 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: Ein Frauenjahrgang ersetzt sich nur noch zu knapp 70 Prozent durch entsprechende Mädchengeburten. Dies führt zu einem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Zudem induziert die stark ansteigende Lebenserwartung einen weiteren Anstieg des Durchschnittsalters. Man spricht hierbei vom doppelten Alterungsprozess.

Die Konsequenzen des doppelten Alterungsprozesses für die umlagefinanzierten Sozialversicherungen liegen klar auf der Hand. Einerseits sinken die durchschnittlichen Beitragseinnahmen pro Mitglied in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Andererseits steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Rentner, Kranken oder Pflegebedürftigen erheblich an. Anders ausgedrückt versorgen künftig immer weniger Junge immer mehr Alte, die zugleich immer älter werden. Die sich daraus ergebenden zukünftigen Finanzierungslücken lassen weitere Anhebungen der Beitragssätze und/oder drastische Leistungskürzungen befürchten. Leistungskürzungen treffen aber tendenziell eher die alten Empfänger, die im Vertrauen auf den unveränderten Fortbestand der Generationenverträge eine relativ geringe private Alterssicherung betrieben haben. Auch sind aus Gründen der Rechtssicherheit bzw. des Bestandsschutzes nur leichte Leistungseinschnitte überhaupt verfassungskonform.

Wie auch immer politisch verfahren wird, ob mit Beitragssatzerhöhungen und/oder Leistungssenkungen, von einer finanziell nachhaltigen Situation kann in keinem der Generationenverträge die Rede sein. Aus diesem Grunde hat es bereits hinsichtlich der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) eine seit Jahren anhaltende Diskussion gegeben, die

letztendlich in die sog. Riesterreform mündete.<sup>1</sup> Obgleich die Reform insgesamt zu kurz greift, um die fiskalische Nachhaltigkeit des Systems wiederherzustellen, ist dennoch ein wirklicher Paradigmenwechsel zu Stande gekommen. An die Stelle staatlicher Umlagefinanzierung tritt private kapitalgedeckte Alterssicherung, will heißen: Nur durch individuelle Kapitalbildung außerhalb des vermeintlich solidarischen Umlagesystems ist eine Lebensstandardsicherung im Alter möglich. Im weiteren Verlauf der Untersuchung soll nicht mehr explizit auf die Rentenversicherung, sondern allein auf die staatliche Gesundheitsvorsorge eingegangen werden. Trotzdem ist es für den Fortgang der Argumente wichtig, diesen Kerngedanken im Hinterkopf zu behalten. Er spielt nämlich auch und gerade hinsichtlich möglicher Reformen im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle.

Ziel dieses Beitrags ist es, die Konsequenzen des demographischen Wandels für die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen der Generationenbilanzierung zu quantifizieren. Deshalb werden die Konsequenzen für die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Beitrag isoliert dargestellt und sowohl im Rahmen der Generationenbilanzierung, als auch anhand ergänzender Beitragssatzprojektionen zunächst für die derzeitige Gesetzesgrundlage diskutiert. Diese Status quo Betrachtung ist Gegenstand des dritten Kapitels. Kapitel vier zeigt auf, inwieweit Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Nachhaltigkeit in der Zukunft generieren könnten. Im Zentrum der Untersuchung steht die sogenannte *Freiburger Agenda*, die aus einer Kombination von mehr Wettbewerb im stationären Sektor, absoluten Selbsthalten in der ambulanten und medikamentösen Versorgung und der Privatisierung von zahnärztlichen Leistungen besteht. Bevor jedoch auf den Status quo oder das Reformszenario der *Freiburger Agenda* eingegangen wird, soll zunächst im zweiten Kapitel der grundsätzliche Generationenvertragscharakter der GKV illustriert und kommentiert werden. Abschließend werden dann im fünften Kapitel die Ergebnisse zusammengefasst.

## **2 Warum die GKV ein Generationenvertrag ist**

Auf einen ersten Blick scheint die GKV eine Sachmittelgewährung an die Kranken, finanziert durch die überwiegend einkommensabhängigen Beiträge der Gesunden und damit eine Umverteilung von den gesunden an die kranken Teile der Bevölkerung, zu sein. Warum die

---

<sup>1</sup> Ein umfassender Vergleich der Auswirkungen aller jüngeren Rentenreformen und Reformvorschläge auf die fiskalische Nachhaltigkeit findet sich in Borgmann, Krimmer und Raffelhüschen (2001). Zur Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung vgl. Fetzer, Moog und Raffelhüschen (2002). Dort findet sich wie auch hier eine Status quo Analyse der GKV. Unterschiede in den Ergebnissen begründen sich durch die Wahl eines anderen Basisjahres und der Verwendung neuerer Profile hinsichtlich der altersspezifischen Ein- und Ausgaben der GKV.

Beiträge einkommens- und nicht risikoabhängig erhoben werden, ist ökonomisch nicht begründbar, wird im Allgemeinen jedoch als sozialversicherungsadäquat oder als Solidaritätskomponente bezeichnet, indem die „Reichen“ für die gleiche (Sach-)Leistung mehr zahlen als die „Armen“.<sup>2</sup> 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 Prämiensubventionen nicht über proportionale Beiträge, sondern allein über die progressive Besteuerung des Gesamteinkommens vorzunehmen.<sup>3</sup> Wir werden an späterer Stelle nochmals auf diese Punkte zu sprechen kommen und wollen im Folgenden unter Akzeptanz der „gesellschaftlichen Nichtakzeptanz“ des ökonomisch Sinnvollen – also im Bereich eines politökonomischen Second-Best - argumentieren. Zunächst geht es jedoch allein um die Frage, ob der erste Blick nicht vielleicht täuscht.

Ist das umlagefinanzierte Gesundheitssystem überhaupt ein Generationenvertrag, also ein System, in dem junge Erwerbstätige die alten Nichterwerbstätigen versorgen? 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. Damit sind die Beiträge der Rentner geringer, als die der Erwerbstätigen und mindestens zur Hälfte 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 durchschnittlichen Zahlungsströme zwischen der Bevölkerung und der GKV dargestellt. Für die Berechnung dieser Zahlungsströme wurden die in der VGR ausgewiesenen Einnahmen und Ausgaben der GKV des Jahres 2000 mit Hilfe von alters- und geschlechtsspezifischen Profilen den einzelnen Jahrgängen zugewiesen. Auf der

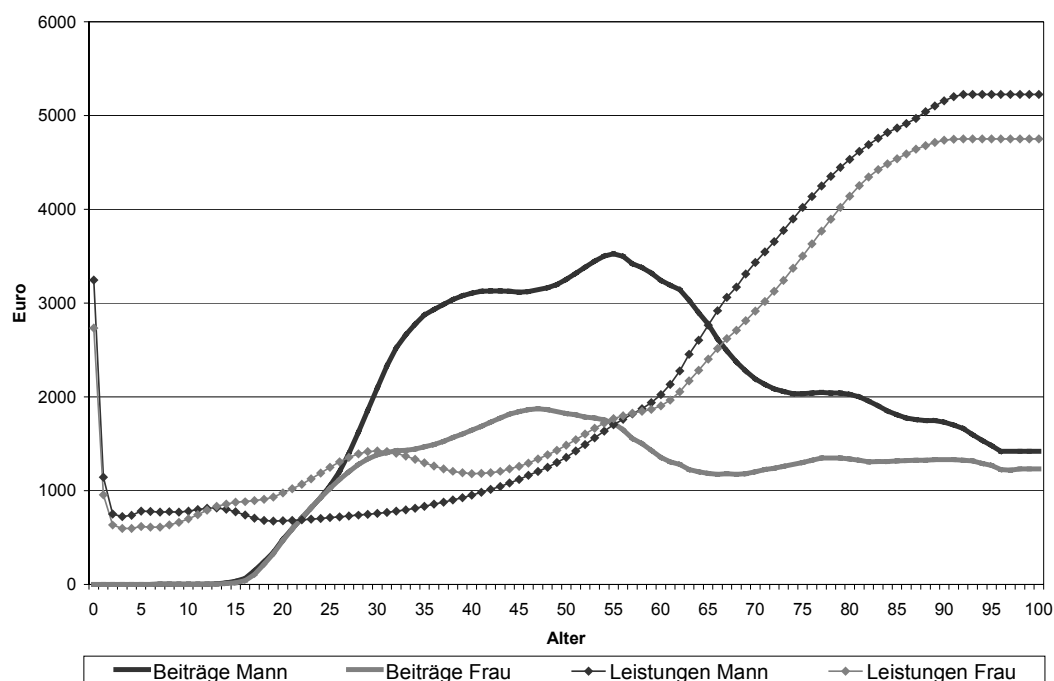
---

<sup>2</sup> Die im derzeitigen Sozialversicherungssystem der GKV 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 vgl. Wille (2000).

<sup>3</sup> Einen entsprechend rigorosen wirtschaftspolitischen Vorschlag in diese Richtung unternahm jüngst das DIW, vgl. DIW (2001).

Einnahmenseite sind dies die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen, der Rentner und der Arbeitslosen.<sup>4</sup> 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 verteilt.

**Abbildung 1: Alters- und geschlechtsspezifische Beiträge und Leistungen der GKV (gleitender Durchschnitt 2000)**



Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, steigen die Beitragszahlungen der Männer zwischen 15 und 30 kontinuierlich an und verharren bis zum Renteneintritt auf einem Niveau von etwa 3.200 Euro. Mit Renteneintritt sinken die Pro-Kopf-Beiträge, so dass pro durchschnittlichem Rentner etwa 1.900 Euro im Jahr an Zahlungen von der GKV eingenommen werden. Ganz anders entwickeln sich die durchschnittlichen Zahlungsströme für Frauen. Auch hier steigt der Durchschnittsbeitrag zwischen 15 und 45 auf ein Niveau von 1.800 Euro und sinkt dann auf etwa 1200 Euro zu Beginn des Renteneintritts. Dies liegt zum einen an der geringeren Erwerbsbeteiligung der Frauen und zum anderen an den niedrigeren Durchschnittseinkommen.<sup>5</sup> Nach Rentenzugang bleibt der Durchschnittsbeitrag der Frauen

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Die geringeren Durchschnittseinkommen sind ein Phänomen der gesamten industrialisierten Welt und direkt aus den (kurzfristig) gebrochenen Erwerbsbiographien bzw. aus dem häufigeren Auftreten von Teilzeitbeschäftigung von Frauen erklärbar. Vergleichsweise extrem ist jedoch die niedrige Erwerbsbeteiligung

und damit das Durchschnittseinkommen fast unverändert – ein Faktum, das sich nur aus den hohen abgeleiteten und kumulierten Rentenansprüchen erklären lässt.

Ganz anders als die durchschnittlichen Einzahlungen entwickelt sich die Inanspruchnahme von Leistungen über den Lebenszyklus. Eine relativ hohe Inanspruchnahme erfolgt unabhängig vom Geschlecht bei Geburt und in den ersten drei Lebensjahren. Danach steigt die durchschnittliche Leistungsinanspruchnahme von 700 kontinuierlich auf 2.000 Euro zum Renteneintritt an. Auch dies ist relativ unabhängig vom Geschlecht, wobei in der fertilen Phase zwischen 15 und 45 Frauen etwas höhere Leistungen empfangen. Zwischen 60 und 65 beginnt dann ein akzelerierender Anstieg der Gesundheitsausgaben, die durchschnittlich von 2.000 auf 5.000 Euro ansteigen. Relativ zu den Frauen werden ab dem 60sten Lebensjahr dann etwa 10 Prozent höhere Ausgaben für die Männer verzeichnet, die allerdings aufgrund des früheren Absterbens der männlichen Bevölkerung absolut betrachtet nicht so stark durchschlagen. Für die über 90jährigen existieren keine statistischen Datenerhebungen, so dass wir im Folgenden von einer konstanten Leistungsinanspruchnahme ausgehen werden. Auch auf diesen Punkt wird später ausführlicher eingegangen.

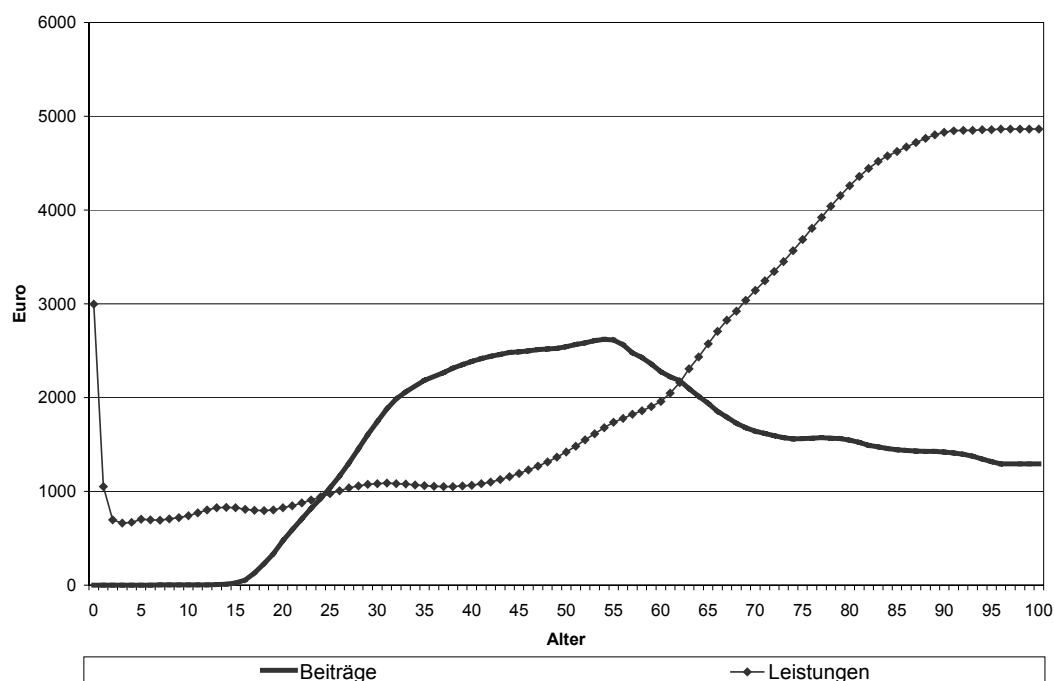
Für den männlichen Bevölkerungsteil ist die GKV ganz offensichtlich ein echter Generationenvertrag, denn während der Erwerbstätigkeit sind die durchschnittlichen Einzahlungsströme größer als die Inanspruchnahme von Leistungen. Während des Ruhestands ist dies genau umgekehrt und die Differenz steigt altersbedingt von Null auf 4.000 Euro pro Jahr an. Beim weiblichen Bevölkerungsanteil sind durchschnittliche Ein- und Auszahlungsströme während der potentiellen Erwerbsperiode in etwa gleich, während in der Jugend und vor allem im Alter ähnlich dominierende Leistungserhalte zu verzeichnen sind wie bei Männern. Nun ist die geschlechtsspezifische Umverteilung in der GKV angesichts der dahinterstehenden biologischen Lastverteilung mit Vorsicht zu kommentieren. Bei Betrachtung der rein altersspezifischen Ein- und Ausgabenprofile über die Gesamtbevölkerung hinweg, zeichnet sich klar das Bild eines größtenteils zwischen den Generationen umverteilenden, nicht verbrieften Gesellschaftsvertrags ab (vgl. Abbildung 2).<sup>6</sup>

---

der Frauen in Deutschland, die statistisch aufgrund des langfristigen Aussetzens nach Geburt der Kinder zustande kommt.

<sup>6</sup> 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).

**Abbildung 2: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV  
(gleitender Durchschnitt 2000)**



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 der Altersquote (60+ zu 18-59jährigen) 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 bereits beschrieben wurden. Aus der Verdoppelung des Alterslastquotienten ergibt sich ein direkter negativer Finanzierungseffekt, der aus den altersspezifischen Einzahlungsströmen der Abbildung 2 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 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.<sup>7</sup> Für die im Folgenden unterstellten altersspezifischen Gesundheitsausgaben wird deshalb vereinfachend (und wie in Abbildung 1 veranschaulicht) angenommen, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben ab einem Alter von 90 Jahren nicht mehr weiter anwachsen. Dies entspricht einem Mittelweg beider Thesen oder einer abgeschwächten Form der Medikalisierungsthese.

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.

---

<sup>7</sup> Vgl. z.B. Buchner und Wasem (2000) für die Medikalisierungs- 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.

### 3 Warum die GKV doch kein Generationenvertrag ist

Wie sich die vier oben genannten Konsequenzen des demographischen Alterungseffekts auf die nachhaltige Finanzierbarkeit der GKV auswirken, soll mit Hilfe der Methodik der Generationenbilanzierung untersucht werden. Aus der Saldierung der im vorherigen Kapitel 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.<sup>8</sup> Werden alle jährlichen Nettobeitragszahlungen eines Durchschnittsindividuums über seinen verbleibenden Lebenszyklus mit dem Realzins ( $r$ ) diskontiert und aufsummiert, ergibt sich dessen Generationenkonto. Die Generationenkonten 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 Summe aller Generationen mehr Leistungen erhält, als sie selbst an Beiträgen über die restliche Lebenszeit zahlen oder *vice versa*.<sup>9</sup> Genau genommen handelt es sich dabei also um die implizite und statistische 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 abgegolten wird und damit die heute geltende Fiskalpolitik langfristig nicht aufrecht erhalten werden kann. 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 –1jährigen (oder jedes anderen zukünftigen Jahrgangs) die Belastung der zukünftigen Beitragszahler. Da dieser wie auch der im Basisjahr geborene Nulljährige über seinen ganzen Lebenszyklus erfasst wird, kann man auch die Generationenkonten der

---

<sup>8</sup> 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 polit-ökonomisch 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.

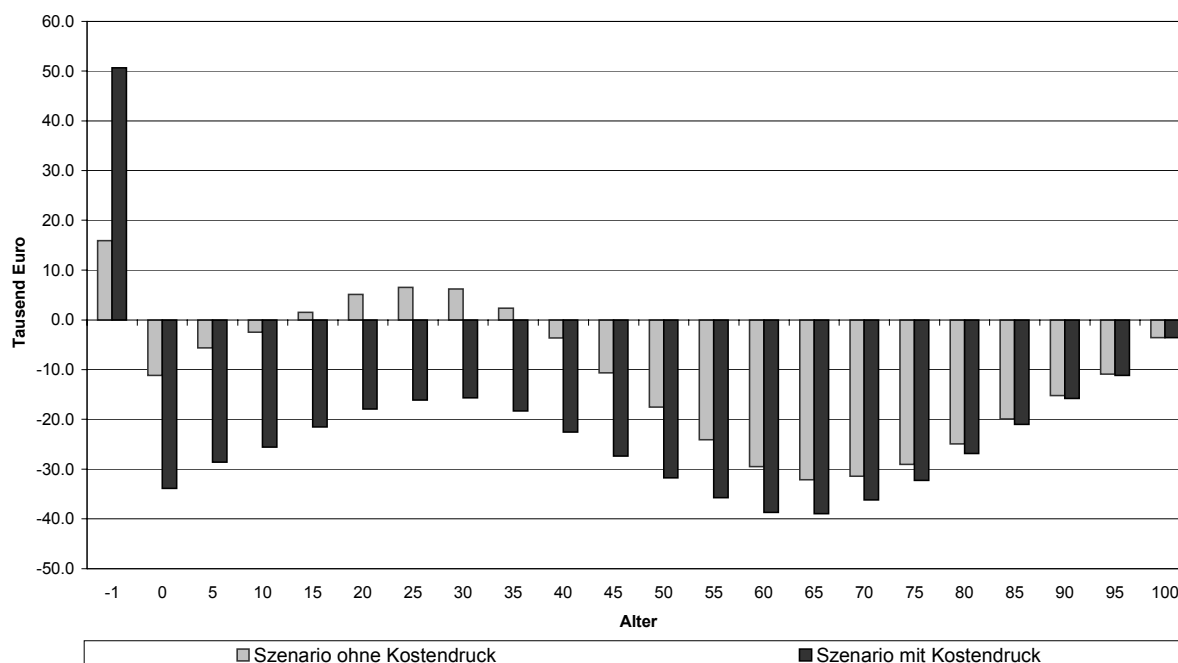
<sup>9</sup> Für die Ermittlung der Jahrgangsstärken in den Perioden nach dem Basisjahr sind umfassende Bevölkerungsvorausschätzungen notwendig. Für die nachfolgenden Untersuchungen wurde die zweite Variante der 9. koordinierten Bevölkerungsprojektion des Statistischen Bundesamts gewählt.

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 im vorherigen Kapitel angesprochenen ersten drei Konsequenzen des demographischen Alterungsprozess, also den negativen Finanzierungseffekt, die steigenden durchschnittlichen Leistungsausgaben und die von uns verwendete abgeschwächte Medikalisierungsthese. Hierbei wird angenommen, dass die Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben parallel mit dem allgemeinen Wachstumsfaktor, also mit 1,5 Prozent, wachsen.

**Abbildung 3: 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 3 dargestellte Generationenbilanz. Die Generationenkonten der einzelnen Kohorten weisen nur die 14- bis 37jährigen als wirkliche Nettobeitragszahler aus, wohingegen alle anderen Jahrgänge, ob jünger oder älter, im Erwartungswert Nettotransferempfänger der GKV sind. Im Maximum wird ein 27jähriger 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 67jährigen auf 32.300 Euro. 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 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.<sup>10</sup> Dies illustriert - je nach Blickwinkel - den Kostendruck oder die Erosion der Bemessungsgrundlage der GKV-Einnahmen, 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 und es gibt kein Durchschnittsindividuum eines Jahrgangs, 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 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 die Beitragseinnahmen zu decken sind, kann die Finanzierung etwaiger Defizite nicht in die Zukunft verschoben, sondern muss durch laufende Beitragssatzanhebungen sichergestellt werden. In Abbildung 4 sind deshalb Beitragssatzprojektionen für beide Szenarien

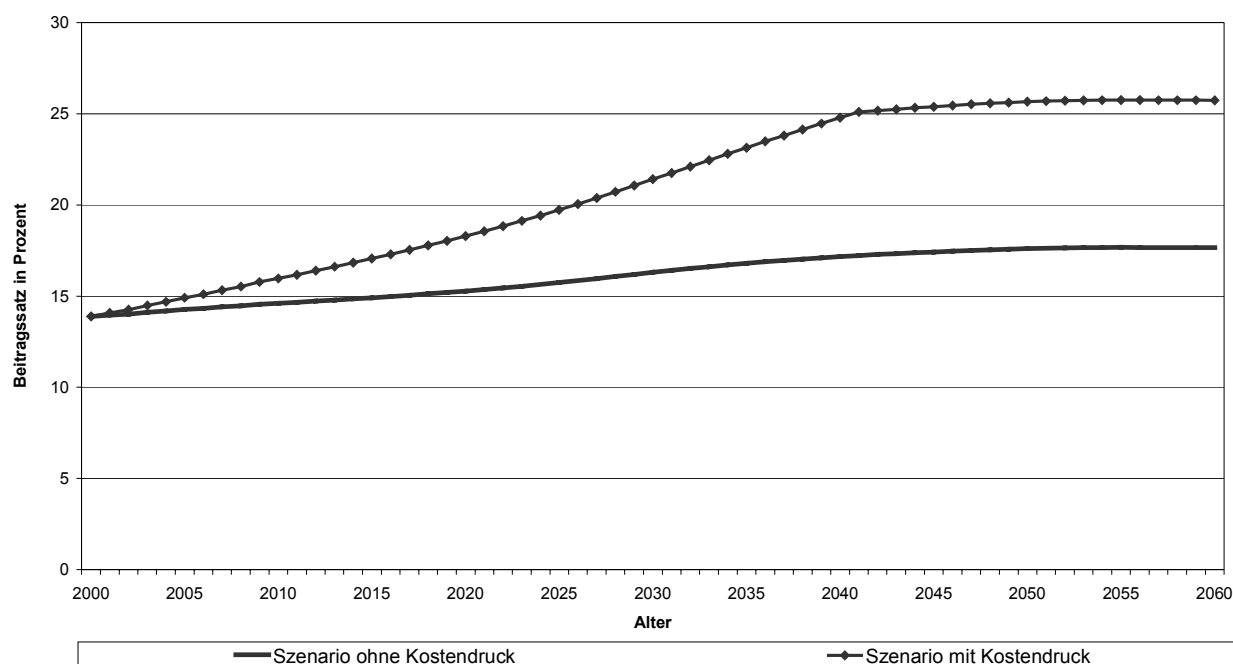
---

<sup>10</sup> 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 2000-2040. Die an sich arbiträre Annahme einer Begrenzung ist insofern notwendig, als sonst die Gesundheitsausgaben langfristig oberhalb des BIP lägen. Die im Folgenden beschriebenen qualitativen Aussagen sind jedoch nicht davon abhängig, ob der unterstellte Zeitraum ein Jahrzehnt früher oder später endet. Langfristig wachsen die Gesundheitsausgaben wieder in Höhe des allgemeinen Produktivitätsfortschritts.

dargestellt.<sup>11</sup> 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 dann 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 Beitragssatz um 11 Prozentpunkte auf 24,7 Prozent ansteigen und im Jahr 2055 sein Maximum mit 25,7 Prozent erreichen.<sup>12</sup>

**Abbildung 4: Beitragssatzentwicklung in der GKV im Status quo**

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



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,

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

<sup>12</sup> 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 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 Medikalisierungsthese 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).

soll im Folgenden näher erläutert werden. Dabei wird allein auf das realistische Szenario unter Kostendruck bzw. das Auseinanderklaffen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung Bezug genommen.

#### **4 Wie die GKV wieder zu ein Generationenvertrag gemacht werden kann**

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine regelrechte Flut von Gesetzesänderungen und Verordnungserlassen innerhalb der letzten 25 Jahre gekennzeichnet.<sup>13</sup> 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 Wandlungsprozesses 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, allerdings sind diese bislang von den politischen Entscheidungsträgern nahezu vollständig ignoriert worden. Dennoch soll im Folgenden ein Vorschlag zur Reform der GKV unterbreitet werden, der einen großen Schritt in Richtung Nachhaltigkeit und damit langfristige Finanzierungssicherung macht und zudem relativ schnell und einfach umgesetzt werden kann. Diese *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 sind hierfür 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 es sind bereits gegenwärtig bis

---

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

zu 55 Prozent der Kosten durch private Zuzahlungen zu leisten.<sup>14</sup> 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. 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 Einführung eines absoluten jährlichen Selbstbehalts 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 Hazard<sup>15</sup> entgegenzusteuern bzw. die Gesundheitskosten transparent und für den Patienten spürbar zu machen. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist zunächst ein vollständiger Übergang auf das Kostenerstattungsprinzip.

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Selbstbeteiligungen lassen sich eine Reihe verschiedener Konzepte aufzählen.<sup>16</sup> Die zwei bekanntesten und meist verwendeten sind der absolute Selbstbehalt und die relative Selbstbeteiligung. 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

---

<sup>14</sup> Der relative Selbstbehalt vermindert sich bei regelmäßiger Vorsorge auf maximal 45 Prozent.

<sup>15</sup> Moral Hazard beschreibt den Umstand, dass durch die Möglichkeit einer Versicherung sich die Verhaltensanreize für den Versicherten ändern. Einen umfassenden Überblick über verschiedene Formen von Moral Hazard liefern Breyer und Zweifel (1999).

<sup>16</sup> Einen Überblick über verschiedene Selbstbeteiligungsformen liefert Schulenburg (1987).

älteren Jahrgänge durch andere staatliche Träger kleiner sind.<sup>17</sup> Allerdings besteht bei absolutem Selbstbehalt 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.<sup>18</sup> Mit Hilfe dieses „Verhaltenveränderungsprofils“ wurden dann die zu den ambulanten GKV-Leistungen und Medikamenten gehörenden RSA-Profile ab dem Jahr 2005 altersspezifisch angepasst.

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.<sup>19</sup> Noch konkreter geht es um einen echten Wettbewerb zwischen den Kassen, wobei es jeder Krankenkasse anheim steht, mit Krankenhäusern ihrer Wahl Einzelverträge auszuhandeln.<sup>20</sup> 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

---

<sup>17</sup> Alternativ könnte man den absoluten Selbstbehalt mit einer proportionalen und gedeckelten Selbstbeteiligung kombinieren. Einen solchen Vorschlag macht Felder (1999).

<sup>18</sup> 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 wegen mangelnder Alternativen in Kauf genommen.

<sup>19</sup> Es bedürfte dann einer Neuregelung von §109 SGB V, in dem der bisherige Zwang für Kassen, einheitliche Verträge abschließen zu müssen, geregelt ist. Es wäre prinzipiell auch denkbar, dass man den Kassen Vertragsfreiheit für den ambulanten Sektor einräumt. Dies erscheint aber angesichts des derzeitigen Standes der Kartellbildung im ambulanten Bereich nur sehr langfristig umsetzbar zu sein.

<sup>20</sup> Es besteht in der gesundheitsökonomischen Literatur ein allgemeiner Konsens, dass ein effizientes Verhalten der Leistungserbringer von der Wahl des Entgelts abhängt. Diese Erkenntnis hat schon in der Vergangenheit zu Veränderungen der Vergütungssysteme im stationären Bereich geführt, die aber bislang nicht das gewünschte Ergebnis einer langfristigen Kostenreduktion generieren konnten. Ein relativ neues Beispiel für andere als die hier vorgeschlagenen Kostendämpfungsmaßnahmen sind die diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaussektor, welche ab 2003 eingeführt werden sollen. Durch die Einführung soll vor allem die im internationalen Vergleich hohe durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern gesenkt werden. Jedoch besteht hierbei die Gefahr, dass Patienten zu früh und zu krank entlassen werden, was letztendlich zu einem Verpuffen des gewünschten Kostensenkungseffekts bzw. sogar zu steigenden Kosten führen könnte. Vgl. hierzu beispielsweise DIW (2001).



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“. Voraussetzung, 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.<sup>21</sup> 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.

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

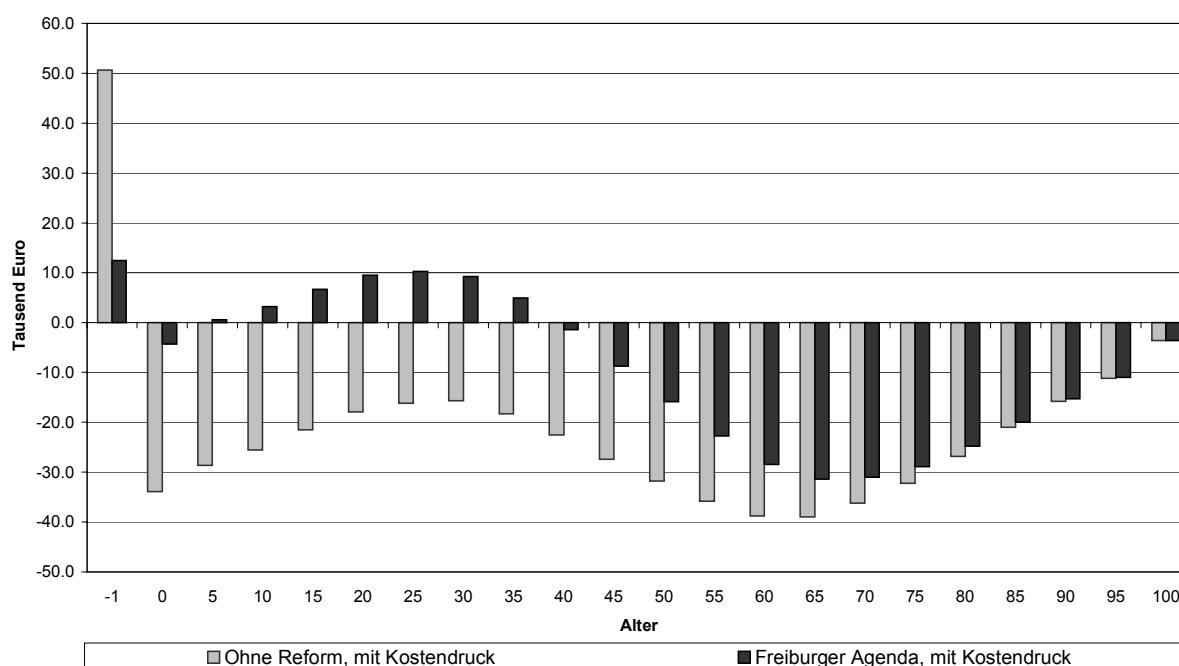


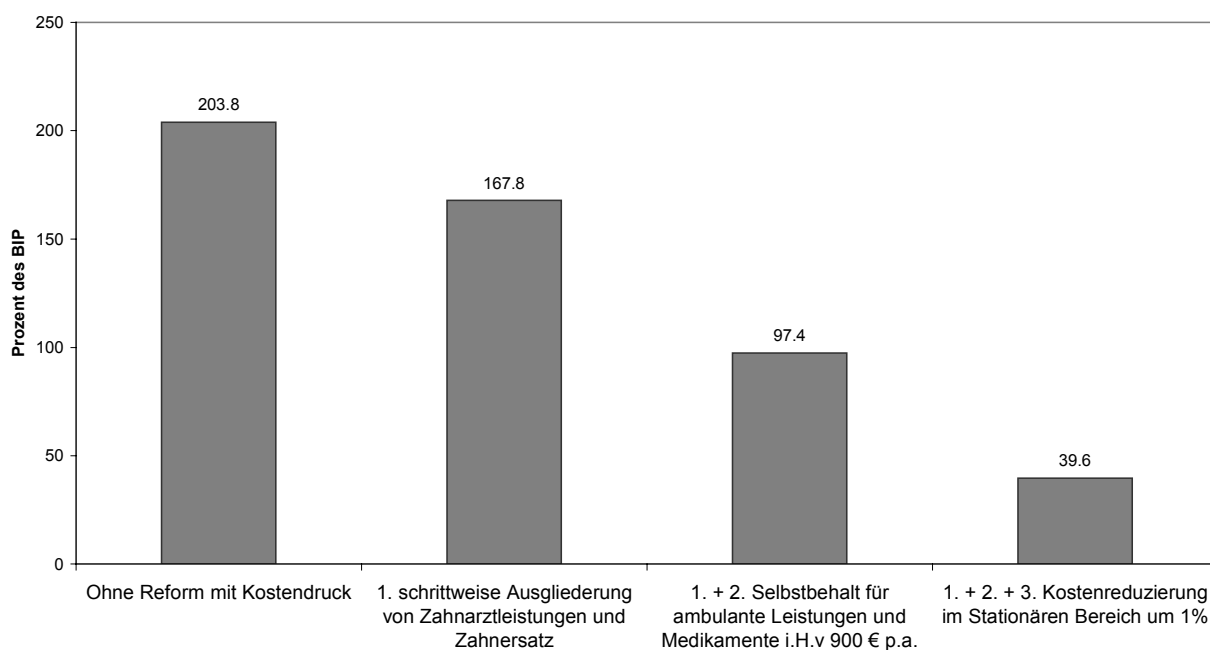
Abbildung 5 zeigt die Generationenkonten vor und nach Einführung der *Freiburger Agenda* jeweils für das realistische KostendruckszENARIO. Offensichtlich gelingt es durch Einführung der *Freiburger Agenda*, aus der GKV wieder einen Generationenvertrag zu

<sup>21</sup> Vgl. Breyer und Kiffmann (2001) für eine effizientere Gestaltung des Risikostrukturausgleichs.

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 absolut geringfügige 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 6: Nachhaltigkeitslücke der Komponenten der Freiburger Agenda**

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



Wie stark die Entlastung der zukünftigen Generationen ausfällt zeigt Abbildung 6, die die Verminderung der Nachhaltigkeitslücke insgesamt und durch die einzelnen Komponenten der *Freiburger Agenda* veranschaulicht. Insgesamt reduziert sich die Gesamtlast 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 6 veranschaulicht. Die größte Reduktion in Höhe von 70,4 Prozentpunkten erfährt die Nachhaltigkeitslücke durch den absoluten Selbstbehalt.<sup>22</sup> Nur unwesentlich geringer fällt die Wirkung der vollständigen Kostendämpfung aus, die die Nachhaltigkeitslücke um insgesamt 57,8 Prozentpunkte reduziert.<sup>23</sup> In Relation zu diesen beiden Komponenten fällt die vollständige Herausnahme der Zahnbehandlung aus dem Leistungskatalog der GKV vergleichsweise gering aus. Dennoch würde bei einem solchen Vorhaben, ausgehend vom Szenario des Kostendrucks, die Nachhaltigkeitslücke um 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 7 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.<sup>24</sup> Ökonomisch vorzuziehen wäre allerdings, wie eingangs erläutert, eine privatwirtschaftliche Versicherungslösung mit sozialpolitischer Flankierung.

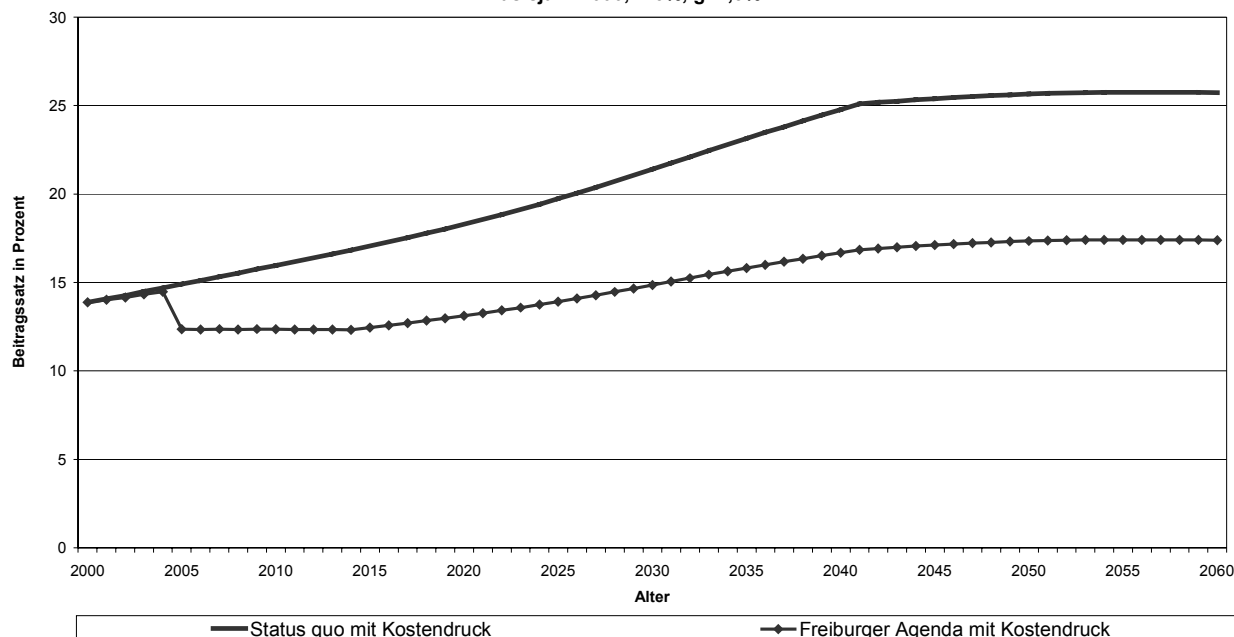
---

<sup>22</sup> Unterstellt man einem Selbstbehalt von 580 Euro p.a., so sinkt die Nachhaltigkeitslücke um 39,1 Prozentpunkte, während bei einem Selbstbehalt von 1800 Euro p.a. die Differenz 134,9 Prozentpunkte beträgt. Die unterproportionale Wirkung des Selbstbehalts auf die Nachhaltigkeitslücke erklärt sich dadurch, dass die Anreizwirkung bei älteren Jahrgängen nachlässt. Man könnte daraus folgern, dass deren Preiselastizität der Nachfrage unelastischer als die der jungen Jahrgänge ist.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Einen breiten Überblick über die notwendigen Maßnahmen zur Stärkung von Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen bietet der Kronberger Kreis (2002).

**Abbildung 7: Beitragssatzentwicklung in der GKV:  
Freiburger Agenda vers. Status quo**  
Basisjahr 2000,  $r=3\%$ ,  $g=1,5\%$



## 5 Schlussbemerkungen und Ausblick

Von einem Generationenvertrag, bei dem vornehmlich die jungen Erwerbstätigen die mit höherer Wahrscheinlichkeit kranken Alten versorgen, kann beim gegenwärtigen Zustand der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland keine Rede sein. Stattdessen handelt es sich viel eher um einen Selbstbedienungsladen heute lebender Generationen auf Kosten der zukünftigen Beitragszahler. Tatsächlich ist nämlich kein einziger Jahrgang im Durchschnitt bereit, den erwarteten Barwert aller Behandlungskosten durch eigene Beiträge zu bezahlen. Insgesamt beziffern sich die Lasten für zukünftige Beitragszahler auf etwa zwei Bruttoinlandsprodukte. Dies ist schlichte Zechprellerei zu Lasten zukünftiger Generationen.

Mit Hilfe der *Freiburger Agenda* kann es gelingen, den Generationenvertrag partiell wiederherzustellen und für das deutsche Gesundheitssystem 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 absoluten Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente in Höhe von fast 1000 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 Fundierung der Gesundheitsvorsorge insgesamt führen.

Alles in allem ist es allerdings keine frohe Botschaft, die von den Trägern der Politik zu verkünden wäre, zumal selbst die drastischen Schritte der *Freiburger Agenda* nicht einmal wirkliche Nachhaltigkeit und damit langfristig stabile Beitragssätze in der GKV erzeugen können. Dennoch ist zu erwarten, dass für zukünftige Generationen die Aufkündigung des Generationenvertrages im Verhältnis zu dem moderaten unvermeidbaren Beitragsanstieg zu hohe Kosten verursacht. Eine Gewähr dafür besteht allerdings nicht.

## Literatur

- 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. 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*, 2002/3, erscheint demnächst.
- Henke, K.-D. (1997), Die Zukunft der Gesundheitssicherung, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 216/4+5, 478-497.
- 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.
- 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.

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 **Raffelhüschen**  
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 **Raffelhüschen**/Erling **Steigum**, Jr.  
Public debt, the long-term real rate of interest and intergenerational welfare: A computational experiment
- 50/96 Holger **Bonin**/Bernd **Raffelhüschen**  
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 **Raffelhüschen**  
A Note on Measuring Intertemporal Redistribution in Generational Accounting
- 54/96 Bernd **Raffelhüschen**/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 **Raffelhüsch**  
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 **Raffelhüsch**  
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 **Raffelhüsch**  
Intergenerative Inzidenz der österreichischen Finanzpolitik
- 94/01 Daniel **Besendorfer**/A. Katharina **Greulich**  
Company Pensions and Taxation
- 95/01 Bernd **Raffelhüsch**  
Generational Accounting - Quo Vadis?  
*erscheint in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 28, No. 1, 2002*
- 96/01 Bernd **Raffelhüsch**  
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 **Raffelhüsch**  
Intergenerative Effekte einer lebenszyklusorientierten Einkommensteuerreform: Die Einfachsteuer des Heidelberger Steuerkreises
- 99/01 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüsch**  
Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung  
*erscheint in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*
- 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 **Raffelhüsch**  
Earlier or Later in CGE-Models: The Case of a Tax Reform Proposal
- 103/02 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüsch**  
Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda