

DISKUSSIONSBEITRÄGE

DISCUSSION PAPERS

**(Teil-)Privatisierung mit sozialer Flankierung – Ein
geeignetes Mittel zur langfristigen Sicherung
der Gesundheits- und Pflegevorsorge?**

**Stefan Fetzer
Jasmin Häcker
Christian Hagist**

125/05

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.

(Teil-)Privatisierung mit sozialer Flankierung – Ein geeignetes Mittel zur langfristigen Sicherung der Gesundheits- und Pflegevorsorge?*

Stefan Fetzter

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Jasmin Häcker

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Christian Hagist

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Februar 2005

Abstract

The main determinants of the financial problems of the German statutory health and long-term care systems are demographic aging, the medical-technical progress as well as the disproportionate cost increase in long-term care services. Concerning these factors, only reform concepts on the expenditure side can serve as a means of coping with the financial crisis. Reform proposals of this kind comprise a (partial) privatization in conjunction with social subsidies. However, not much attention has been paid to the quantitative future development of these subsidies. This paper examines the latter and reveals that privatisation is accompanied with extensive costs of subsidization.

Zusammenfassung

Der doppelte Alterungsprozess, der medizinisch-technische Fortschritt und die Pflegeleistungsdynamisierung bilden die wesentlichen Bestimmungsfaktoren für die Finanzierungsschwierigkeiten der GKV und GPV. So sind effektive Reformkonzepte nur auf der Ausgabenseite anzusetzen. Entsprechende Reformvorschläge verweisen letzten Endes auf (Teil-)Privatisierungslösungen mit sozialer Flankierung, wobei die Frage nach dem quantitativen Ausmaß der zukünftigen Entwicklung dieser sozialen Abfederung unbeantwortet bleibt. Dieser Beitrag quantifiziert den zeitlichen Verlauf des Subventionierungsbedarfs einer vollständigen Privatisierung und kommt zu dem Ergebnis, dass eine Privatisierungslösung nur mittels eines erheblichen Subventionsvolumens durchführbar ist.

JEL Classification: H51, I11, I18

* Korrespondenz: Institut für Finanzwissenschaft I, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79085 Freiburg, Germany (Fax: +49-761-203-2290; jasmin.haecker@vwl.uni-freiburg.de)

1. Einleitung

Das im vergangenen Jahr in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sowie die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zum Familienlastenausgleich sind Versuche, die Finanzierungsschwierigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) einzudämmen. Obwohl beide Maßnahmen in gewissem Maße entlastend wirken, ist es allgemein anerkannt, dass nur eine grundlegende, weitergehende Umstrukturierung der Systeme GKV und GPV tatsächlich deren langfristigen Finanzierungsprobleme lösen kann. Grund hierfür ist in aller erster Linie die Tatsache, dass beide Systeme umlagefinanziert sind und dies angesichts der demographischen Entwicklung zwangsläufig zu Finanzierungsschwierigkeiten führt, zumal in der GKV wie auch in der GPV ein zusätzlicher Druck auf der Ausgabenseite vorherrscht, der auch schon in der Vergangenheit zu überdurchschnittlich steigenden Kosten im Gesundheits- und Pflegewesen geführt hat.

Genau aus diesem Grund müssen Reformen, die das langfristige Finanzierungsproblem der GKV und GPV angehen, auf der Ausgabenseite ansetzen. Ausgabenseitige Reformvorschläge der liberal geprägten Ökonomen bedienen sich hierbei einer scheinbaren Zauberformel, die da „Privatisierung“ lautet. Andere sehen die zukünftige Lösung in einer Ausdünnung von jenen Leistungen, die medizinisch angeblich nicht notwendig sind, ohne jedoch das Wort Privatisierung zu nennen. Letztlich wird im Grunde also darüber gestritten, wie hoch der Grad an Privatisierung bzw. Ausgliederung von Leistungen sein soll. Dem häufig hervorgebrachten Gegenargument, diese Reformen seien sozial ungerecht, wird dabei oftmals entgegnet, dass diese selbstverständlich auch sozial verträglich umzusetzen sind.

In diesem Punkt aber bleiben viele Reformkonzepte nebulös. Zwar gibt es einige Studien darüber, wie viel es „kostet“, Reformen sozial abzufedern,¹ weitestgehend unerforscht ist aber die Frage, wie sich das quantitative Ausmaß einer sozialen Abfederung privatisierter Leistungen oder Leistungsbereiche in der Zukunft entwickeln wird. Tatsächlich ist aber genau dieser Punkt von entscheidender Bedeutung bei der Beurteilung, inwieweit und ob es überhaupt durch eine solche Reform gelingt, die langfristigen Probleme des gesetzlichen Gesundheits- und Pflegesystems wirklich und unter sozialer Akzeptanz zu lösen.

¹ Solche Schätzungen gibt es v.a. für die Höhe der Prämiensubvention bei Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen, vgl. hierzu Knappe und Arnold (2002), Bork (2003), Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), Pfaff et al. (2003), Fetzer und Hagist (2004) oder Rürup und Wille (2004). Zweifel und Breuer (2002) schätzen den Subventionsbedarf bei der vollständigen Privatisierung der GKV und der Einführung risikoäquivalenter Prämien.

Dieser Beitrag widmet sich daher der Frage, wie sich eine soziale Abfederung im Laufe der Zeit entwickelt. Dazu wird die zeitliche Entwicklung einer Prämiensubvention berechnet, die sich in einem fiktiven Reformkonzept des vollständig privatisierten Gesundheits- und Pflegewesens mit altersspezifischen bzw. kapitalgedeckten Prämien ergeben würde. Das unterstellte Reformkonzept soll dabei weniger einen konkreten Vorschlag darstellen, als vielmehr den Extremfall der vollständigen Leistungsausgliederung abbilden. Von den hier berechneten Ergebnissen lassen sich Rückschlüsse auf die prinzipiell zu stellende Frage ziehen, inwiefern eine Privatisierung in der langen Frist mit einem sozialen Ausgleich einhergehen kann.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: Kapitel 2 fasst die zukünftige Problematik der bestehenden Systeme GKV und GPV zusammen und gibt einen groben Überblick über die aktuell in der Diskussion stehenden Reformvorschläge. Kapitel 3 beschreibt das Konzept altersspezifischer und daraus abgeleiteter kapitalgedeckter Prämien. Die Auswirkungen der Privatisierung und insbesondere die damit zusammenhängende zukünftige Höhe der Prämiensubvention werden in Kapitel 4 aufgezeigt. Kapitel 5 schließt mit einem Fazit.

2. Bestimmungsfaktoren und Reformvorschläge in der GKV und GPV

Die zukünftige demographische Entwicklung – gekennzeichnet durch den doppelten Alterungsprozess² – führt in den umlagefinanzierten Sozialversicherungen GKV und GPV zu einem immer stärkeren Auseinanderklaffen von Einnahmen und Ausgaben, da in beiden Systemen die Leistungen hauptsächlich von künftig immer stärker werdenden Rentnergenerationen in Anspruch genommen werden, während ein Großteil der Beiträge von der Gruppe der künftig immer geringer werdenden Erwerbspersonen stammt.

Weitere und sicherlich nicht zu unterschätzende Bestimmungsfaktoren für die Finanzlage der beiden Sicherungssysteme sind im Bereich der Krankenversicherung der medizinisch-technische Fortschritt und im Bereich der Pflegeversicherung die so genannte Baumol'sche Kostenkrankheit. Der medizinisch-technische Fortschritt, hauptsächlich gekennzeichnet durch so genannte Produktinnovationen, die den Umfang des medizinisch Machbaren erweitern ohne über entsprechende Prozessinnovationen Rationalisierungspotentiale auszuschöpfen, führt zu einem Kostendruck, der die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Mitglied der

² Von einem doppelten Alterungsprozess wird deshalb gesprochen, weil sowohl die seit den 1970er Jahren sehr geringen Fertilitätsraten wie auch die künftig stark zunehmende Lebenserwartung zu einem starken Anstieg des Durchschnittsalters der deutschen Bevölkerung führen werden. Zum doppelten Alterungsprozess und seinen Folgen vgl. auch Börsch-Supan (1991).

GKV in die Höhe treibt.³ Einen ähnlich kostentreibenden Effekt hat die Baumol'sche Kostenkrankheit in der GPV.⁴ Hier kommt es aufgrund des fehlenden Rationalisierungspotentials im Bereich der pflegerischen Dienstleistungen zu einer überproportionalen Preissteigerung.⁵ Soll folglich das reale Leistungsniveau der GPV aufrecht erhalten werden, so bleibt eine adäquate Berücksichtigung der Pflegeleistungsdynamisierung nicht aus. Insgesamt geht daher sowohl vom medizinisch-technischen Fortschritt als auch von der Dynamisierung der Pflegeleistungen eine Art Hebelwirkung auf die bereits demographiebedingte Ausgabensteigerung aus.

Veranschaulichen lässt sich die volle Tragweite des doppelten Alterungsprozesses sowie des medizinisch-technischen Fortschritts bzw. der Pflegeleistungsdynamisierung vor allem über Beitragssatzprojektionen. So kommen Studien für die GKV langfristig zu einem Beitragssatz von knapp zwanzig Prozent des Bruttoeinkommens, wenn allein die demographische Veränderung betrachtet wird. Unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts steigt dieser laut den Projektionen sogar auf 25 bis 35 Prozent des Bruttoeinkommens.⁶ Für die GPV ergibt sich ein ähnliches Bild: Allein aufgrund des doppelten Alterungsprozesses wird sich der heutige GPV-Beitragssatz von 1,7 Prozent des Bruttoeinkommens langfristig in etwa verdoppeln. Geht man zusätzlich von einer entsprechenden Dynamisierung der Pflegedienstleistungen aus, so ist mit einer Verdrei- bis Vervielfachung des Beitragssatzes zu rechnen.⁷

Jüngste Reaktion der politischen Verantwortlichen auf die Kostenproblematik in der GKV manifestierte sich im GKV-Modernisierungsgesetz. Allerdings zeigen Hagist und Raffelhüschen (2004), dass sich der Beitragssatz damit höchstens mittelfristig unter bzw. auf dem heutigen Niveau halten lässt. Die langfristige Beitragssatzdynamik wird durch dieses Gesetz keineswegs gebrochen. Demgegenüber konzentrieren sich die aktuell in der Diskussion stehenden Reformkonzepte für die GKV – nämlich Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie – auf die Einnahmeseite. Allerdings stehen hierbei eher Gerechtigkeits-

³ Vgl. Zweifel (1993).

⁴ Vgl. Baumol und Oates (1972).

⁵ Vgl. Schmähl (1999). Dass in der GPV die Baumol'sche Kostenkrankheit zuzutreffen scheint, zeigen vom Statistischen Bundesamt (2003b) veröffentlichte Zahlen. Während sich nämlich die Verbraucherpreise im Zeitraum von September 2000 bis September 2003 um 4,2 Prozent erhöht haben, sind im gleichen Zeitraum die Preise für die stationäre Pflegeleistungen um 15,3 Prozent und für die ambulante Pflege sogar um 23,3 Prozent gestiegen.

⁶ Vgl. hierzu u.a. Breyer und Ulrich (2000), DIW (2001), Hof (2001), Fetzer und Raffelhüschen (2005). Einen Überblick liefert Postler (2003).

⁷ Vgl. hierzu u.a. Häcker et al. (2004), Hof (2001) und Wille et al. (1998).

und arbeitsmarktpolitische Überlegungen im Vordergrund. Auch diese Modelle können das langfristige Ausgabenproblem der GKV nicht lösen.⁸

Die GPV auf der anderen Seite scheint, was Reformen und Reformvorschläge anbelangt, erst noch in den Anfängen zu stehen. Zwar ist seit dem 1. April 2004 der hälftige Anteil der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) nun von den Rentnern selbst aufzubringen, dies entlastet aber nur die GRV, die langfristige Problematik in der GPV wird damit keineswegs berührt. Auch das zum 1. Januar 2005 umgesetzte Bundesverfassungsgerichtsurteil zum Familienlastenausgleich vermag es nicht, die langfristige Dynamik zu brechen.⁹

Aus wissenschaftlicher Perspektive wird für eine langfristige Finanzierbarkeit der GKV häufig die Forderung laut, den Leistungskatalog einer radikalen Kürzungskur zu unterziehen. So schlagen etwa Felder (1999) und Fetzer und Raffelhüschen (2005) die Einführung hoher Selbstbeteiligungen vor. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) und ein nicht veröffentlichtes Arbeitspapier des Bundeskanzleramts aus dem Jahr 2001¹⁰ sehen eine Aufteilung in Pflicht- und Wahlleistungen vor. Andere Gesundheitsökonomien, wie Breyer und Schultheiss (2003), diskutieren spezifische Rationierungen von Gesundheitsleistungen, beispielsweise dem Alter nach. Beske (2000) sieht in einer Kombination höherer Selbstbeteiligungsregelungen, einer Leistungsausgliederung und der Kürzung versicherungsfremder Leistungen ein erhebliches Sparpotential, welches für die langfristige Finanzierbarkeit der GKV genutzt werden kann.

Allen Vorschlägen gemein ist die Tatsache, dass es sich letztendlich um die Privatisierung von Leistungen handelt. Die sicherlich radikalste und auch konsequenteste Variante dieser Richtung ist der Vorschlag zur kompletten Privatisierung der jetzigen GKV wie ihn Zweifel und Breuer (2002) oder der Kronberger Kreis (2002) diskutieren. Für die GPV gibt es eine ganze Reihe von Autoren, u.a. Kronberger Kreis (2005), Arentz et al. (2004) und Häcker und Raffelhüschen (2004), deren Vorschläge die vollständige Privatisierung der jetzigen GPV vorsehen. In allen diesen Entwürfen obliegt es schlußendlich dem Staat, einen bestimmten Pflichtleistungskatalog zu definieren. Die Prämien für diesen sollen sich allerdings über einen privatwirtschaftlichen Versicherungswettbewerb bilden. Der bisherige Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsanteil zur GKV und GPV wird an die Versicherten ausgeschüttet; für bedürftige Versicherte ist zusätzlich eine Prämiensubvention vorgesehen.

Dürfen Versicherungsunternehmen vollständig diskriminieren, herrscht also ein freier Wettbewerb, so führt dies letztlich zur Erhebung risikoäquivalenter Individualprämien. Diese

⁸ Vgl. Fetzer und Hagist (2004).

⁹ Vgl. Häcker et al. (2004).

¹⁰ Zum Inhalt dieses Papiers und der Diskussion über Leistungsausschlüsse vgl. Wagner (2003).

führen aus allokativer Sicht auf der einen Seite dazu, dass die Präferenzen der Versicherten besser berücksichtigt werden können. Zudem lassen sich durch marktorientierte Versicherungsvertragsinstrumente, wie etwa mittels hoher Selbstbeteiligungen, die mit Moral Hazard einhergehenden Probleme besser eindämmen.¹¹ Auf der anderen Seite lässt der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auch eine Intensivierung des Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern erwarten. Somit können aller Voraussicht nach Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssektor mobilisiert werden. M.a.W. entspricht ein solches System dann fast dem Idealbild eines Preiswettbewerbs, in welchem Versicherte als Nachfrager, Leistungserbringer als Anbieter und Versicherungen als Finanzierungsträger bzw. Intermediäre auftreten. Letztendlich also bietet sich über den Wettbewerb die Möglichkeit, effiziente Verträge mit optimalen Anreizen für die Leistungsanbieter zu generieren.¹²

Zwei weitere Argumente für die Einführung risikoäquivalenter Prämien sind aus ökonomischer Sicht ähnlich denjenigen für die Einführung von Kopfpauschalen anzuführen: Zum einen gelingt durch die Erhebung einer Prämie eine vollständige Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, was aus beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht prinzipiell begrüßenswert ist. Zum anderen soll über eine Prämiensubvention für Bedürftige die Prämie sozial flankiert werden. Dadurch können die Umverteilungsprozesse von „reich zu arm“, von „gesund zu krank“ und von „Singles zu Familien“, welche sich bisher in der GKV und GPV ähnlich einer Blackbox durchmischen, transparent und letzten Endes zielgenauer durchgeführt werden.¹³

3. Das Konzept altersspezifischer Prämien

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, führt die Extremform der Einführung marktwirtschaftlicher Instrumente in das Gesundheits- und Pflegewesen zu einer vollständigen Privatisierung sowie zur Erhebung individuell angelegter risikoäquivalenter Prämien. Dass diese Reformoption aber eine wirklich realisierbare und durchsetzbare Alternative zum jetzigen System darstellen soll, ist aus mehreren Gründen eher fraglich:

Erstens dürften Prämien, die aufgrund des individuellen Risikos erhoben werden, zu deutlichen Akzeptanzproblemen in der Gesellschaft führen. So würde beispielsweise die Wahl des Stichtags, also der Zeitpunkt der Umstellung, nie als „gerecht“ angesehen werden, da er aus Sicht der Individuen willkürlich erfolgt. In der Konsequenz kann sich nämlich die

¹¹ Für einen Überblick zu diesem Thema siehe Werblow (2002).

¹² Vgl. Zweifel und Breuer (2003).

¹³ Vgl. ebenda.

Wahl des Stichtags für ein Individuum auch in einem deutlich höheren Tarif niederschlagen, falls dieses Individuum zu einem risikonahen Fall oder gar zu einem Krankheits- bzw. Pflegefall wird.

Zweitens dürfte die Eingliederung aller GKV-Versicherten zu individuell angelegten risikoäquivalenten Prämien in die private Kranken- und Pflegeversicherung mit einem erheblichen administrativen Aufwand einhergehen. Grund hierfür ist vor allem die Bewältigung der Vielzahl an Individuen. Würden diese nicht nur nach offensichtlichen Merkmalen, sondern ebenfalls nach Kriterien wie Vorerkrankungen, genetisch bedingten Krankheiten und ähnlichem eingestuft, so wäre mit Sicherheit kein reibungsloser Übergang vom bisherigen System gewährleistet. Im Folgenden wird daher von einem Übergang in ein System risikoäquivalenter Prämien abgesehen. Stattdessen wird, um den Extremfall der vollständigen Privatisierung möglichst realitätsgetreu zu modellieren, von einem privatwirtschaftlichen System ausgegangen, in welchem es den Versicherungen nur erlaubt ist, gemäß dem Lebensalter zu differenzieren. Dies verhindert, dass es bei Umstellung des Systems Anreize gibt, nur junge Kohorten zu versichern.¹⁴

Idealtypischerweise sollten die altersdeterminierten Prämien bei funktionierendem Wettbewerb den durchschnittlichen altersspezifischen Kosten entsprechen. Über den Lebenszyklus betrachtet steigen die Gesundheits- und Pflegeausgaben für die Individuen einer Kohorte. Soll nun der Prämienverlauf über die Versicherungslaufzeit geglättet werden, so ist die Bildung von Alterungsrückstellungen erforderlich, die im Alter zur Finanzierung eben dieser höheren Ausgaben verwendet werden. Damit dann auch im Fall kapitalgedeckter Prämien der Wettbewerb uneingeschränkt bestehen bleibt, bedarf es der Portabilität von Altersrückstellungen.

In der langen Frist führen eben diese kapitalgedeckten Prämien zu einer einheitlichen Prämie. Diese ist nämlich so kalkuliert, dass für alle Generationen, welche in das neue System als Nulljährige eintreten, der erwartete Barwert der Prämiensumme dem Barwert der erwarteten Kosten über den gesamten Lebenszyklus entspricht.¹⁵ Damit aber entspricht dieses Resultat langfristig auch dem Kopfpauschalenmodell bzw. einem Modell kapitalgedeckter risikoäquivalenter Prämien, wenn die Versicherung ex-ante, also vor Kenntnis von Merkmalen wie Geschlecht oder genetisch bedingter Krankheiten, einen Vertrag mit den

¹⁴ Zwar kann ein Kontrahierungszwang dieses Problem pro forma unterbinden, den Versicherungen stehen aber dann immerhin noch indirekte Mittel der Diskriminierung, wie etwa auf junge Kunden zugeschnittene Vertriebswege, zur Verfügung.

¹⁵ Wahrscheinlich werden aber die Prämien für alle als Nulljährige in das System eintretende Generationen im Zeitablauf aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts bzw. der Pflegeleistungsdynamisierung sowie dem Ansteigen der Lebenserwartung unterschiedlich sein.

Individuen abschließen sollte. Lediglich im Übergang führen kapitalgedeckte altersdeterminierte Prämien zu ungleichen Prämien, da alle heute im System der GKV und GPV lebenden Kohorten in den vergangenen Jahren keine entsprechende Rückstellungen gebildet haben und dies nun kompensieren müssen.

Eine vollständige Privatisierung der GKV und GPV und die Erhebung altersspezifischer Tarife wirft unweigerlich die Frage auf, inwiefern und in welchem Ausmaß die Alten und Armen der Gesellschaft vor zu hohen Lasten durch die Prämie geschützt werden können und müssen. Eine mögliche Antwort auf diese Frage bietet die Etablierung eines Steuertransfermechanismus, wie er bei den meisten Kopfpauschalenmodellen zur Reform der GKV vorgesehen ist.¹⁶ Dabei erhalten Bedürftige eine Prämiensubvention, die so kalkuliert ist, dass die Prämie x Prozent des Bruttoeinkommens nicht übersteigt. Für den Fall, dass x so gewählt wird, wie es die bisherigen GKV- und GPV-Beitragsätze vorgeben, also in etwa 16 Prozent, wird gegenüber dem Status quo auch niemand schlechter gestellt.¹⁷ Zur Finanzierung dieser Prämiensubvention mit einer Überforderungsgrenze i.H.v. 16 Prozent ist eine Steuererhöhung erforderlich. Dabei ist es durchaus vorstellbar, dass ein Teil der notwendigen Steuereinnahmen aus der Ausschüttung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge zur GKV und GPV kommt.

Eine stufenweise Einführung privater kapitalgedeckter Prämien, wie es in alternativen hybriden Modellen¹⁸ vorgesehen ist, stellt de facto ebenfalls eine Art soziale Flankierung dar. In diesen sollen kapitalgedeckte Prämien erst einmal nur für Kohorten eingeführt werden, die jünger als ein bestimmtes Alter sind. Die in der GKV bzw. GPV verbleibenden älteren Jahrgänge sterben langsam aus, wodurch sich das bestehende System von selber ausphast. Hinsichtlich der Finanzierung der Kosten der in den gesetzlichen Versicherungen verbleibenden Personen gibt es wiederum eine Reihe unterschiedlicher Vorstellungen und Vorschläge. Im Weiteren wird jedoch auf diese Hybridmodelle nicht mehr eingegangen, da der Fokus dieses Beitrags stärker auf den allgemeinen Konsequenzen der Leistungsprivatisierung als auf die Untersuchung konkreter Reformmodelle gelegt ist. Zudem bleiben diese Hybridmodelle im Prinzip auf halbem Wege zur Privatisierung stehen, was

¹⁶ Hierzu vgl. bspw. Rürup und Wille (2004).

¹⁷ Eine Ausnahme hiervon bilden Haushalte, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen und/oder Haushalte mit Kapitaleinkommen. Diese Ausnahme gilt jedoch nur in Abhängigkeit der Altersstruktur des jeweiligen Haushalts.

¹⁸ Hierzu vgl. u.a. Kronberger Kreis (2005), Arentz et al. (2004) und Häcker und Raffelhüschen (2004).

letzten Endes nichts anderes als eine „versteckte“ soziale Flankierung darstellt.¹⁹ Gerade die soziale Flankierung soll in diesem Beitrag aber offengelegt werden.

Was also hat die Einführung sozial flankierter kapitalgedeckter Prämien hinsichtlich der langfristigen Entwicklung der Staatsfinanzen für Konsequenzen? Und liegt das Allheilmittel der drei eingangs beschriebenen Bestimmungsfaktoren der zukünftigen Gesundheits- und Pflegekostenentwicklung – nämlich demographische Veränderung, medizinisch-technischer Fortschritt und Pflegeleistungsdynamisierung – wirklich in der Privatisierung?

Entscheidend bei der Beantwortung dieser Fragen sind die Höhe und die zeitliche Entwicklung der Prämiensubvention. Denn diese ist nicht nur die ersetzende Komponente im Staatshaushalt, sondern auch der einzig verbleibende Parameter, der die solidarische Komponente hinsichtlich der Umverteilung von Gesundheits- und Pflegebedarf innerhalb der Gesellschaft gestaltet. Daher soll im nächsten Kapitel der gesamtwirtschaftliche Subventionsbedarf sowie dessen Entwicklung anhand verschiedener Szenarien aufgezeigt werden.

4. Die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Prämiensubvention

4.1 Prämienverläufe und Subventionierungsbedarf

Um die zeitliche Entwicklung der Prämiensubvention bestimmen zu können, muss zuallererst die jährlich anfallende Prämie für alle nunmehr privat Versicherten kalkuliert werden. Daher wird in der folgenden Analyse angenommen, dass die GKV und die GPV ab dem Jahr 2006 aufgelöst und an den privaten Versicherungsmarkt übergeben werden, wobei die Versicherungen nur nach Alter diskriminieren dürfen. Als eine Art Zwischenschritt wird in Abschnitt 4.1.1 eine altersspezifische Prämie ohne Kapitalrückstellung angenommen. Kapitel 4.1.2 zeigt die Konsequenzen, die mit der Einführung kapitalgedeckter Prämien einhergehen, auf.

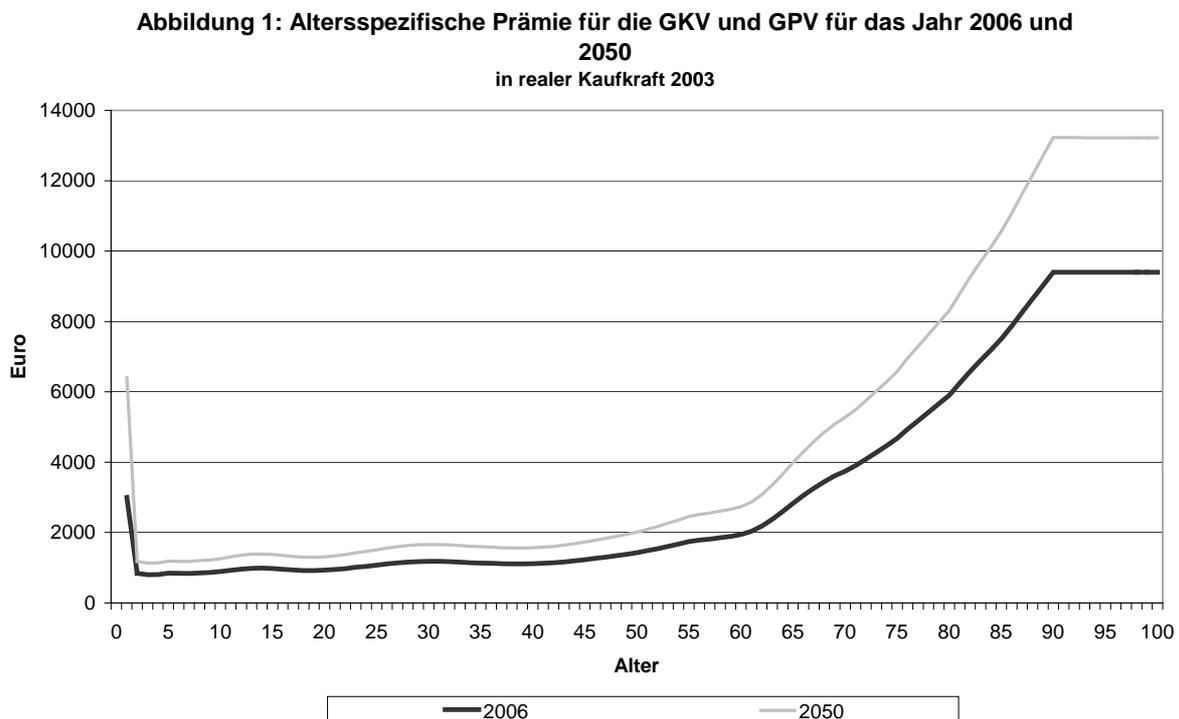
4.1.1 Altersspezifische Prämien

Von entscheidender Bedeutung für den gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarf ist die Höhe der altersspezifischen Prämien. Da sich diese erst im Wettbewerb zwischen den

¹⁹ Je nach der Finanzierungsart der verbleibenden GKV/GPV-Versicherten könnte man hier argumentieren, dass die Hybridmodelle die älteren Kohorten vor einer finanziellen Überforderung schützen, während eine vollständige Privatisierung nur die armen Teile der älteren Kohorten mittels der Prämiensubventionierung schützt. Insbesondere in der GKV ist es allerdings aus Bestandsschutzgründen fraglich, ob ein Systemwechsel überhaupt ohne Ausphasung vollzogen werden kann.

Versicherungen einstellt, kann a priori keine genaue Aussage bzgl. deren Höhe getroffen werden. Für die folgende Analyse wird daher angenommen, dass die altersspezifische Prämie exakt den altersspezifischen Kosten im Jahr 2006 entspricht, welche in der GKV nach Umsetzung des GMG und in der GPV erwartet werden können. Es wird also von dem Fall ausgegangen, in dem sich keine nennenswerten Effizienzgewinne einstellen, die wiederum niedrigere Prämien nach sich ziehen könnten. Diese Annahme ist deshalb zu rechtfertigen, als im Folgenden eine Art Extremsituation der privaten Versicherungslösung simuliert werden soll, welche den jetzigen umlagefinanzierten Versicherungen entgegengestellt wird. Da die im zweiten Kapitel aufgeführten Beitragssatzprojektionen eventuelle zukünftige Effizienzgewinne der GKV und GPV im Allgemeinen auch nicht berücksichtigen, erscheint ein Ausblenden solcher „Reserven“ für den Vergleich zwischen dem bisherigen System und dem Steuertransfermechanismus zweckmäßig.

Abbildung 1 zeigt die altersspezifischen Kosten in der GKV und GPV für das Jahr 2006 in realen Kaufkrafteinheiten des Jahres 2003,²⁰ die im Fall idealtypisch funktionierender Märkte auch den altersspezifischen Prämien für die GKV und GPV entsprechen sollten.



Die durchschnittlichen altersspezifischen Kosten (und damit die altersspezifische Prämie) betragen bei Geburt etwa 3.000 Euro pro Jahr und sinken bis zum dritten Lebensjahr auf etwa

²⁰ Im Folgenden wird alles in realen Kaufkrafteinheiten des Jahres 2003 ausgedrückt, da alle hier durchgeführten Berechnungen auf den Daten des Basisjahres 2003 beruhen.

800 Euro. Danach beginnt ein akzelerierender Anstieg der durchschnittlichen Gesundheits- und Pflegekosten auf bis zu 9.400 Euro für einen 90jährigen. Insbesondere für Kohorten, die älter als 70 Jahre sind, bestehen diese durchschnittlichen Kosten zu etwa 60 Prozent aus Pflegeleistungen, wohingegen der Anteil an Pflegekosten für jüngere Kohorten gegen Null tendiert.

Um den medizinisch-technischen Fortschritt bzw. die Dynamisierung der Pflegeleistungen zu erfassen, wird im Weiteren angenommen, dass die durchschnittlichen altersspezifischen Kosten und damit auch die durchschnittlichen altersspezifischen Prämien für die nächsten vierzig Jahre um einen Prozentpunkt zusätzlich zum allgemeinen Produktivitätsfortschritt wachsen. Das bedeutet, dass obige Profile für jeden Jahrgang um einen Prozentpunkt pro zukünftigem Jahr nach oben angeglichen werden.²¹

Mit Hilfe der altersspezifischen Prämien für jedes zukünftige Jahr ab 2006 kann nun der Prämiensubventionsbedarf abgeschätzt werden. Dabei wird in einem ersten Schritt die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 auf die aggregierten Größen des Jahres 2003 reskaliert. Dies gilt insbesondere für die Größen *Bevölkerung*, *Bruttoeinkommen* und *Beiträge zur GKV und GPV*. In einem zweiten Schritt werden dann jeder Person abhängig vom Lebensalter die altersspezifischen Prämien zugewiesen. In einem dritten Schritt werden diese für alle Haushalte zuerst addiert und anschließend überprüft, ob x Prozent des Haushaltseinkommens ausreichen, um die Prämie zu bezahlen. Ist dies nicht der Fall, so wird der Differenzbetrag zwischen der Prämie und den x Prozent dem Haushaltsvorstand altersspezifisch zugeschrieben. In einem vierten Schritt werden dann die betreffenden Haushalte auf die Bevölkerung hochgerechnet. Schließlich wird in einem fünften Schritt für jeden Jahrgang ein gewichtetes Mittel des Prämiensubventionsbedarfs bestimmt, so dass ein altersspezifisches Prämiensubventionsprofil für das entsprechende Jahr entsteht.²²

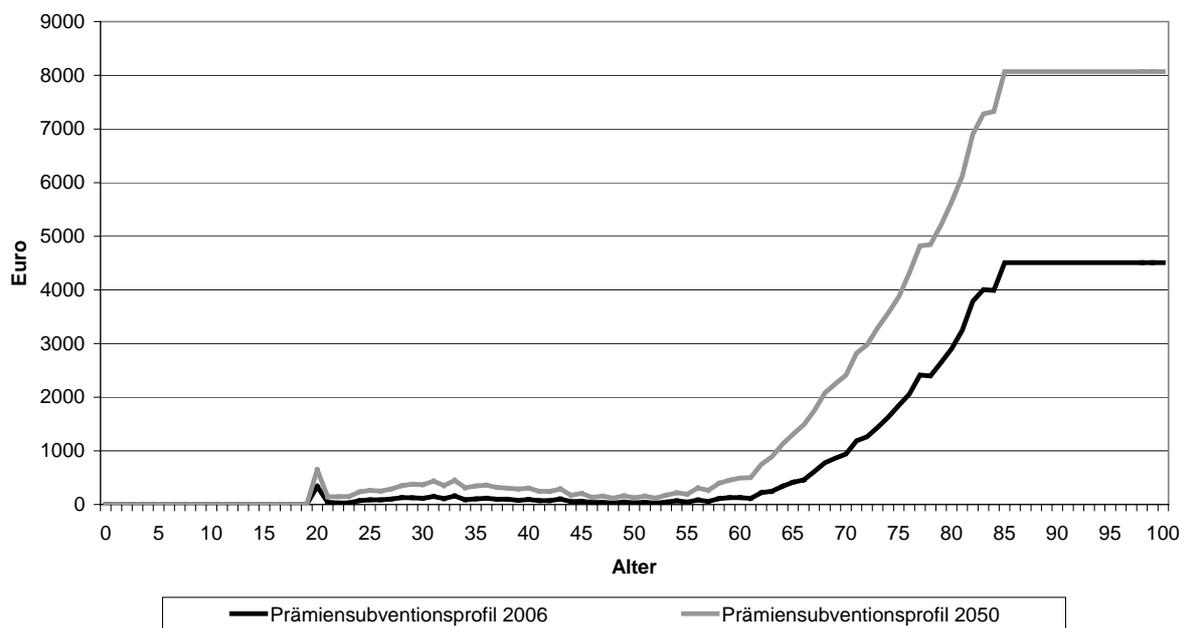
Abbildung 2 zeigt ein solches reskaliertes Prämiensubventionsprofil exemplarisch für die Jahre 2006 und 2050 für eine Überforderungsgrenze von 16 Prozent in realen Kaufkrafteinheiten des Jahres 2003. Das Profil des Jahres 2006 beginnt ab einem Alter von 20 Jahren, da annahmegemäß alle Haushaltsvorstände mindestens 20 Jahre alt sind, und weist hier eine Höhe von 336 Euro auf. Mit zunehmendem Lebensalter sinkt das Profil aufgrund

²¹ Breyer und Ulrich (2000) schätzen den Wachstumseffekt aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts auf etwa einen Prozentpunkt. Die hier unterstellte Frist eines zusätzlichen Wachstums endet nach 40 Jahren. Diese an sich arbiträre Annahme muss getroffen werden, da die Gesundheitsausgaben ansonsten langfristig über dem BIP liegen würden.

²² Aus familienpolitischer Sicht ist es allerdings fragwürdig, das Haushaltseinkommen zur Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeprämien für Kinder heranzuziehen. Aus diesem Grund sehen die meisten Kopfpauschalenmodelle vor, die Prämie für Kinder über Steuermittel zu finanzieren. Da hier aber ein Extremfall modelliert werden soll, wird im vorliegenden Beitrag nicht zwischen Kindern und Erwachsenen differenziert und daher von familienpolitischen Kompensationszahlungen abgesehen.

eines steigenden Haushaltseinkommens. Erst in der Renteneintrittsphase beginnt der akzelerierende Anstieg des Prämiensubventionsprofils, da die Prämie mit zunehmendem Alter, wie in Abbildung 1 bereits gezeigt, sehr stark ansteigt. Das Profil des Jahres 2050, welches hier ebenfalls dargestellt ist, weist im Prinzip den gleichen Verlauf auf. Allerdings bewegt sich dieses aufgrund des berücksichtigten medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung vor allem bei älteren Kohorten auf einem deutlich höheren Niveau.²³

Abbildung 2: Prämiensubventionsprofile der altersspezifischen Prämie für die Jahre 2006 und 2050 in realer Kaufkraft 2003



Will man nun den gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarf für alle zukünftigen Jahre berechnen, so sind – in Ergänzung zu den bereits genannten Schritten eins bis fünf – in einem sechsten Schritt die obigen Prämiensubventionsprofile mit der Anzahl der Kohorten im entsprechenden Jahr zu multiplizieren. Um letztere zu erhalten wurde eine Bevölkerungsprojektion erstellt, die sich an der fünften Variante der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts orientiert.²⁴

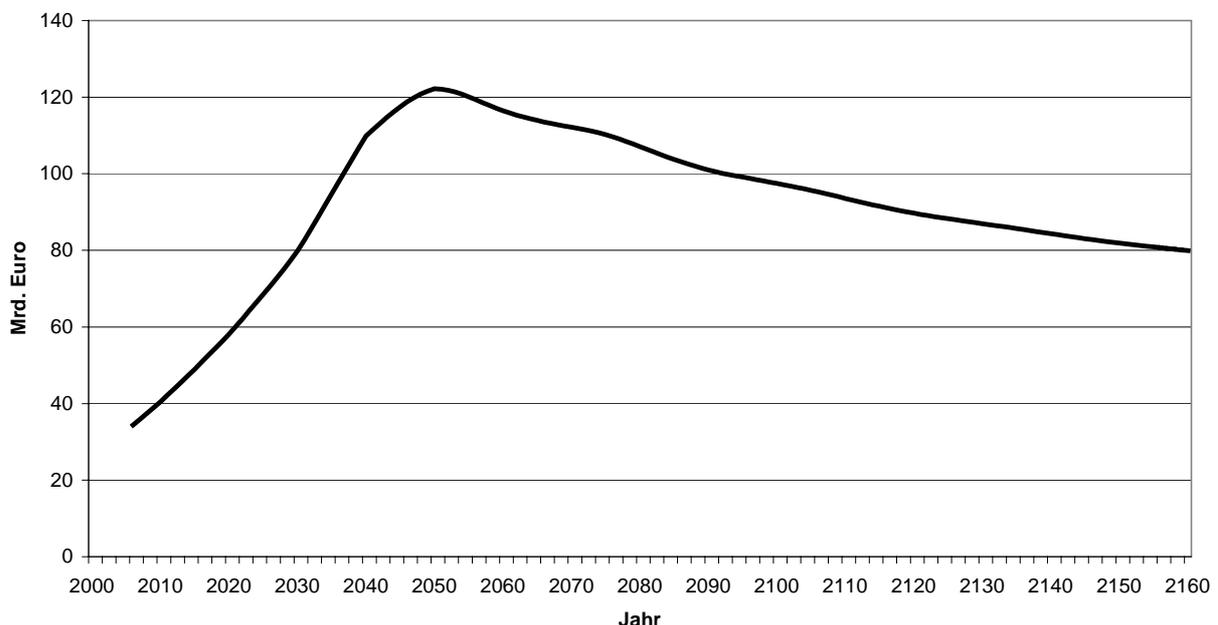
Abbildung 3 zeigt für eine Überforderungsgrenze von 16 Prozent den künftigen Verlauf der jährlichen Prämiensubvention für die Jahre 2006 bis 2160. Auf Grundlage des

²³ Es sei nochmals erwähnt, dass alle dokumentierten Zahlen in Kaufkräfteinheiten des Basisjahres 2003 angegeben werden und daher der Unterschied in den Profilen lediglich dem Wachstumsdifferential aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts bzw. der Dynamisierung von Pflegeleistungen zuzuschreiben ist.

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003a). Die eigene Projektion ist deshalb notwendig, da die offizielle Vorausberechnung bereits im Jahr 2050 endet. Im oben skizzierten Prämienmodell wird allerdings der erste Jahrgang erst im Jahr 2106 den vollständigen altersspezifischen Prämienverlauf durchlaufen haben, so dass ein weitaus größerer Betrachtungszeitraum notwendig ist.

medizinisch-technischen Fortschritts, der Pflegeleistungsdynamisierung und der demographischen Veränderung nimmt die Subvention in den kommenden fünf Dekaden sehr stark zu: So steigt die gesamtwirtschaftliche Prämiensubvention bei einer 16prozentigen Überforderungsgrenze von 36 Mrd. Euro im Jahr 2006 auf über 120 Mrd. Euro im Jahr 2050. Erst danach nimmt die gesamtwirtschaftliche Prämiensubvention wieder ab, was zum einen darauf zurückzuführen ist, dass das stärkere Ausgabenwachstum annahmegemäß nur 40 Jahre lang anhält und zum anderen, dass bei einem weitgehend abgeschlossenen doppelten Alterungsprozess ab dem Jahr 2055 die Bevölkerung deutlich abnimmt.

Abbildung 3: Subventionsbedarf 2006-2160 für altersspezifische Prämien
in realer Kaufkraft 2003



4.1.2 Prämien mit Alterungsrückstellung

Bei obigen Berechnungen war unterstellt, dass jeder Versicherte eine Prämie bezahlt, die die durchschnittlich anfallenden altersspezifischen Kosten eines laufenden Jahres genau deckt. Für die Berechnung der Prämien mit Alterungsrückstellung wird nun angenommen, dass der Barwert aller über den verbleibenden Lebenszyklus anfallenden Gesundheits- und Pflegekosten auf Grundlage des Ausgabenprofils des Ausgangsjahres im Erwartungswert dem Barwert aller zukünftig zu erwarteten Prämienzahlungen entspricht.²⁵ Der Erwartungswert der

²⁵ Derjenige Anteil, der über die laufenden Kosten hinausgeht, die so genannte Alterungsrückstellung, wird hier mit einem Zinssatz von real 3,5 Prozent verzinst. Bei einer unterstellten einprozentigen Inflationsrate entspricht dieser reale Zinssatz der durchschnittlichen nominalen Nettoverzinsung der privaten Krankenversicherungen der letzten Jahre. Siehe hierzu auch Zahlenbericht des Verbands der privaten Krankenversicherungen e.V. (2004). An dieser Stelle sei ferner erwähnt, dass die Grundlage für die Berechnungen, nämlich das Ausgabenprofil des

Ausgaben für jedes künftige Jahr resultiert, indem die im entsprechenden Jahr anfallenden altersspezifischen Kosten mit einer altersspezifischen Überlebenswahrscheinlichkeit multipliziert werden. Zur Berechnung dieser muss außerdem für jede im Jahr 2006 lebende Kohorte bzw. in allen späteren Jahren für dann Neugeborene die neueste Sterbetafel 2001/2003 des Statistischen Bundesamts (2004) auf die künftig höhere Lebenserwartung angepasst werden, um den doppelten Alterungsprozess adäquat abzubilden.²⁶

Abbildung 4: Altersspezifische Prämie und Prämie mit Altersrückstellung für das Jahr 2006 in realer Kaufkraft 2003

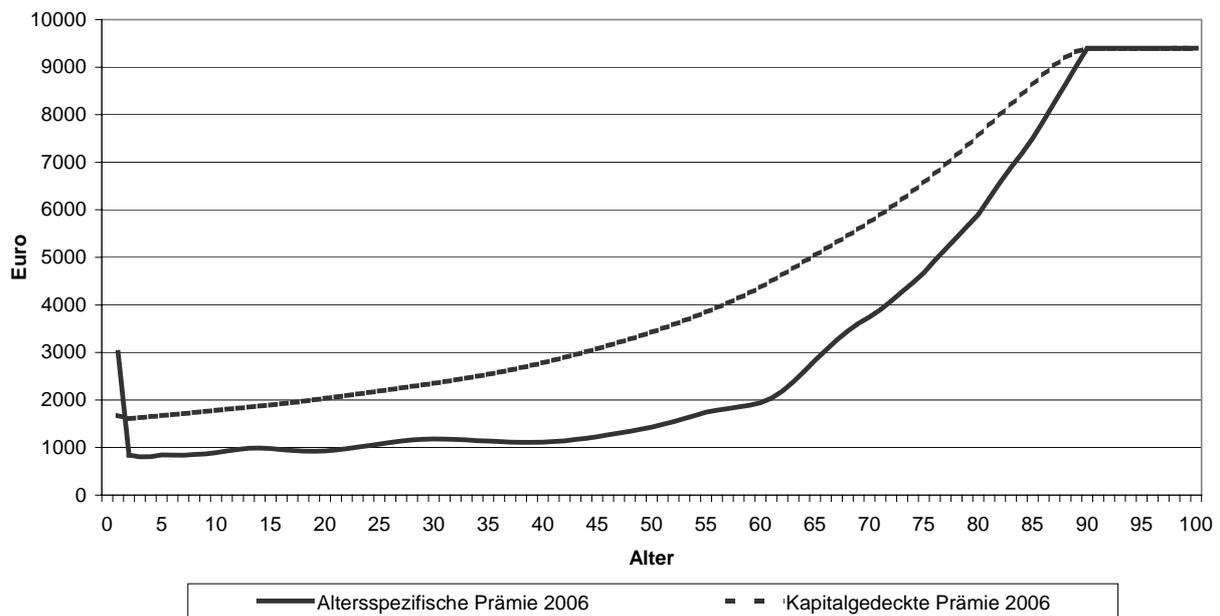


Abbildung 4 zeigt für das Ausgangsjahr 2006 die Prämien mit Alterungsrückstellung und zum Vergleich noch einmal die altersspezifische Prämie aus Abschnitt 4.1.1: Die Prämien mit Altersrückstellung steigen im Jahr 2006 an, da mit höherem Lebensalter die „billigen“ jungen Jahre nicht in die Kalkulation eingehen, die „teureren“ alten Jahre hingegen nicht nur einer schwächeren Diskontierung unterliegen, sondern zudem mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, überhaupt diese „teuren“ Jahre zu erreichen.²⁷ Schaut man sich die quantitative Entwicklung der Prämie mit Altersrückstellung im Jahr 2006 für verschiedene

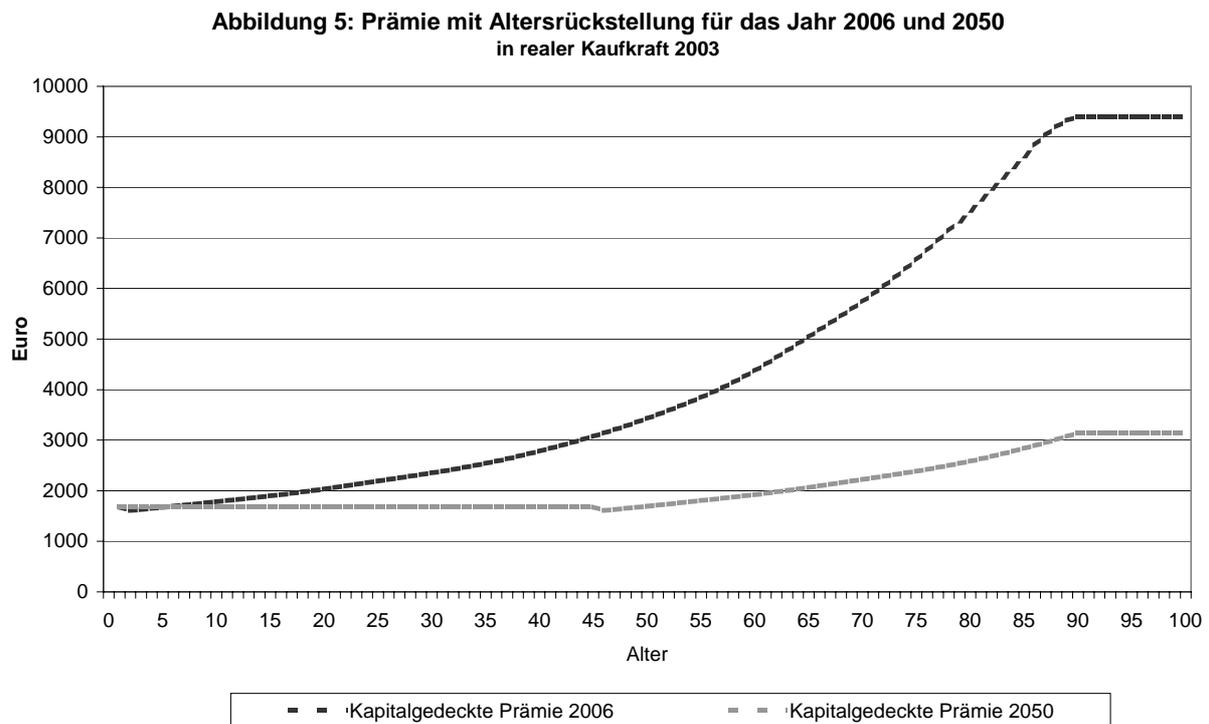
Ausgangsjahres, zunächst allen im Jahr 2006 lebenden Kohorten dient. Im Zeitablauf aber steigt die Prämie aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung. Da alle Werte in realer Kaufkraft des Jahres 2003 ausgedrückt werden, wird hier außer Acht gelassen, dass die Prämie zusätzlich noch um den allgemeinen technischen Fortschritt zzgl. Inflationsrate steigt.

²⁶ Die Entwicklung der zukünftigen Lebenserwartung orientiert sich wiederum an der fünften Variante der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2003a).

²⁷ Anders ausgedrückt ist die Wahrscheinlichkeit im Jahr 2006 für einen 90jährigen im Jahr 2007 noch 91 Jahre zu werden wesentlich höher, als die Wahrscheinlichkeit für einen im Jahr 2006 50jährigen im Jahr 2047 das Alter von 91 Jahre zu erreichen.

Jahrgänge an, so steigt diese von 1.600 Euro für Neugeborene auf 9.300 Euro für über 90jährige.

Um die Entwicklung der Prämie mit Alterungsrückstellung im Zeitablauf zu illustrieren, ist diese für die Jahre 2006 und 2050 dargestellt und zwar zu Vergleichszwecken wieder jeweils in Kaufkräfteinheiten des Basisjahres 2003.

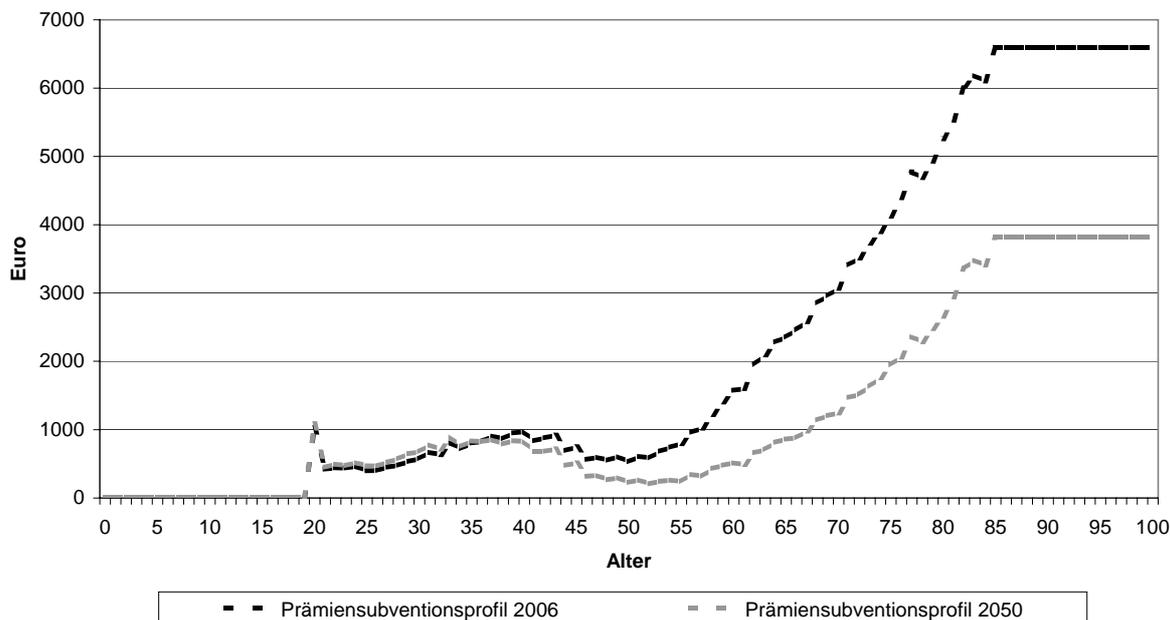


Ein Blick auf Abbildung 5 lässt erkennen, dass im Jahr 2050 alle Null bis 44jährigen quasi die gleiche Prämie zu leisten haben.²⁸ Bei älteren Kohorten ist die Prämie, verglichen mit dem Jahr 2006, bereits wesentlich geringer, da alle im Jahr 2050 betrachteten Kohorten, die älter als 44 Jahre sind eben diese 44 Jahre schon genutzt haben um Altersrückstellungen aufzubauen.

Auf Grundlage dieser Prämien mit Alterungsrückstellung kann nun – wie im vorherigen Abschnitt erläutert – ein Prämiensubventionsprofil erstellt werden. Dabei wird, ebenfalls wie zuvor erläutert, unterstellt, dass neben der oben dargestellten konstanten Prämie auch der medizinisch-technische Fortschritt und die Pflegeleistungsdynamisierung in der zeitlichen Entwicklung des Prämiensubventionsprofils beachtet werden.

²⁸ „Quasi“ deshalb, weil die Prämie für jüngere Kohorten aufgrund des mit der zunehmenden Lebenserwartung steigenden Erwartungswerts der Kosten leicht ansteigt.

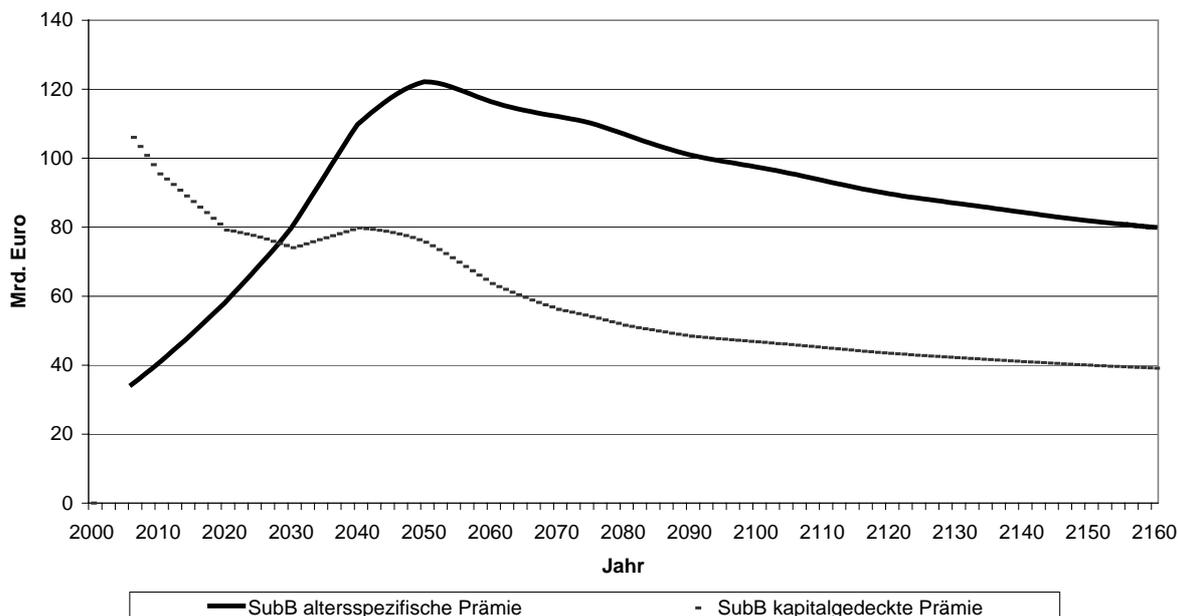
Abbildung 6: Prämiensubventionsprofile der kapitalgedeckten Prämie für die Jahre 2006 und 2050 in realer Kaufkraft 2003



Wie sich zeigt, ist der Prämiensubventionsbedarf für die Haushaltsvorstände im Alter zwischen 20 und 35 Jahren im Jahr 2050 vergleichsweise etwas höher als im Jahr 2006. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dem günstigeren kapitalgedeckten Prämienanteil (vgl. Abbildung 5) ein höherer Anteil des nicht kapitalgedeckten medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung bei der Prämienkalkulation entgegensteht. Für Haushaltsvorstände, die älter als 35 Jahre alt sind, überwiegt dann aber der Effekt des günstigeren kapitalgedeckten Prämienanteils.

Der gesamtwirtschaftliche Subventionsverlauf ergibt sich, indem wiederum für jedes zukünftige Jahr die Prämiensubventionsprofile mit den im entsprechenden Jahr lebenden Kohorten multipliziert werden. Abbildung 7 zeigt diesen Subventionsverlauf und zum Vergleich noch einmal denjenigen aus Abbildung 3, der im Fall der altersspezifischen Prämiensubventionierung resultiert.

Abbildung 7: Subventionsbedarf (SubB) 2006-2160 für altersspezifische und kapitalgedeckte Prämien in realer Kaufkraft 2003



Offensichtlich wird durch die soziale Flankierung der mit Kapitalrücklagen gebildeten Prämie der gesamtwirtschaftliche Prämiensubventionsbedarf zeitlich vorgelagert: So liegt der Prämiensubventionsbedarf im Einführungsjahr 2006 mit 105 Mrd. Euro nur knapp unter dem derzeitigen GKV-Budget, sinkt aber dann relativ schnell ab und bewegt sich in der langen Frist auf einem Niveau von etwa 40 Mrd. Euro.

Um diese Zahlen besser einordnen zu können, seien im Folgenden zwei extreme Formen zur Finanzierung der Prämiensubvention unterstellt: Zum einen durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer und zum anderen durch eine Erhöhung des Solidaritätszuschlags. Die notwendige Erhöhung der Mehrwertsteuer (momentan 16 Prozent des Umsatzes) bzw. des Solidaritätszuschlags (momentan 5,5 Prozent der Lohnsteuer) würde bei einem Prämiensubventionsbedarf für eine altersspezifische Prämie von 35 Mrd. Euro in etwa 5 bzw. 18 Prozentpunkte betragen, demzufolge würde die Mehrwertsteuer bei 21 bzw. der Solidaritätszuschlag bei 23,5 Prozent liegen. Entsprechend der Steigerung des Subventionsbedarfs auf 120 Mrd. Euro im Jahr 2050 würde die Mehrwertsteuer bzw. der Solidaritätszuschlags auf etwa 35 bzw. 70,5 Prozent ansteigen. Betrachtet man demgegenüber den umgekehrten Subventionsverlauf für kapitalgedeckte Prämien, so würde die notwendige Erhöhung der Mehrwertsteuer (des Solidaritätszuschlags) im Jahr 2006 16 (57) Prozentpunkte

betragen, damit also die 32-(62,5-)Prozentmarke erreichen, und sich langfristig, d.h. nach dem Jahr 2100, auf 22 (25,5) Prozent einpendeln.²⁹

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass der Verlauf der Subvention bei kapitalgedeckter Prämie – und hier vor allem die anfänglich erforderlichen 105 Mrd. Euro – durchaus durch verbrieftete Schuldverschreibungen geglättet werden kann, aber selbst dann ist es kaum vorstellbar, dass sich die Politik auf die notwendigen drastischen Steuererhöhungen einigen kann.

Betrachtet man diese Ergebnisse zusammen mit den Ergebnissen der in Abschnitt 2 aufgeführten Beitragssatzprojektionen des bestehenden Systems, so bleiben für die Zukunft des gesetzlichen Gesundheits- und Pflegewesens bei gegebener sozialer Flankierung – also entweder der Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Versicherungen oder der Festlegung einer Überforderungsgrenze bei privatisiertem Prämiensystem – nur folgende wohl kaum gangbare Alternativen:

1. Man könnte bei einem rein gesetzlichen Gesundheits- und Pflegesystem bleiben und nimmt demzufolge steigende Zahlungen, sei es in Form einer Steigerung des jetzigen Beitragssatzes, der Steigerung des Beitragssatzes zu einer Bürgerversicherung oder eine Steigerung der Kopfpauschale, in den nächsten Dekaden in Kauf.
2. Man geht den Weg der oben aufgeführten vollständigen Privatisierung des Gesundheits- und Pflegesystems, nimmt dann aber auch die oben berechneten Konsequenzen hinsichtlich der Prämiensubventionsfinanzierung in Kauf.
3. Man etabliert eine Mischform aus 1. und 2., wobei sich bei gleichbleibender sozialer Flankierung die oben beschriebenen Probleme durchmischen.

Will man diese Alternativen nicht, so besteht der einzig gangbarer Weg des gesetzlichen Gesundheits- und Pflegesystems aus einem Zurückfahren der Solidarität. Wie ein solches „Zurückfahren“ aussehen könnte, soll im Folgenden anhand von Modellvarianten skizziert werden. Dabei steht weiterhin die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Prämiensubvention im Vordergrund.

²⁹ Durch die Versteuerung der ausgeschütteten bisherigen Arbeitgeberanteile zur GKV und GPV kann ein Volumen von ca. 17 Mrd. Euro erreicht werden. In Zukunft wird dieser Betrag (in realer Kaufkraft) aber aufgrund des Rückgangs der Erwerbspersonen leicht sinken.

4.2 Modellvarianten

Modifikationen des Modells sind natürlich in vermutlich unendlichem Maße denkbar. Hier soll aber nur auf zwei denkbare Modifikationen eingegangen werden, die allerdings stellvertretend für die Konsequenzen ähnlicher Maßnahmen stehen können. Eine erste Modifikation, wie sie in Kapitel 4.2.1 aufgeführt wird, stellt die ausschließliche Subventionierung des realen Leistungsniveaus des Jahres 2006 dar. Anders gesagt, jener zukünftige Anteil der Prämie, der durch den medizinisch-technischen Fortschritt bzw. die Pflegeleistungsdynamisierung verursacht wird, ist nicht subventioniert. Kapitel 4.2.2 zeigt eine zweite mögliche Modifikation auf, nämlich inwiefern eine Erhöhung der Überforderungsgrenze den Prämiensubventionsbedarf absenken kann.

4.2.1 Fixierung des Leistungsniveaus von 2006

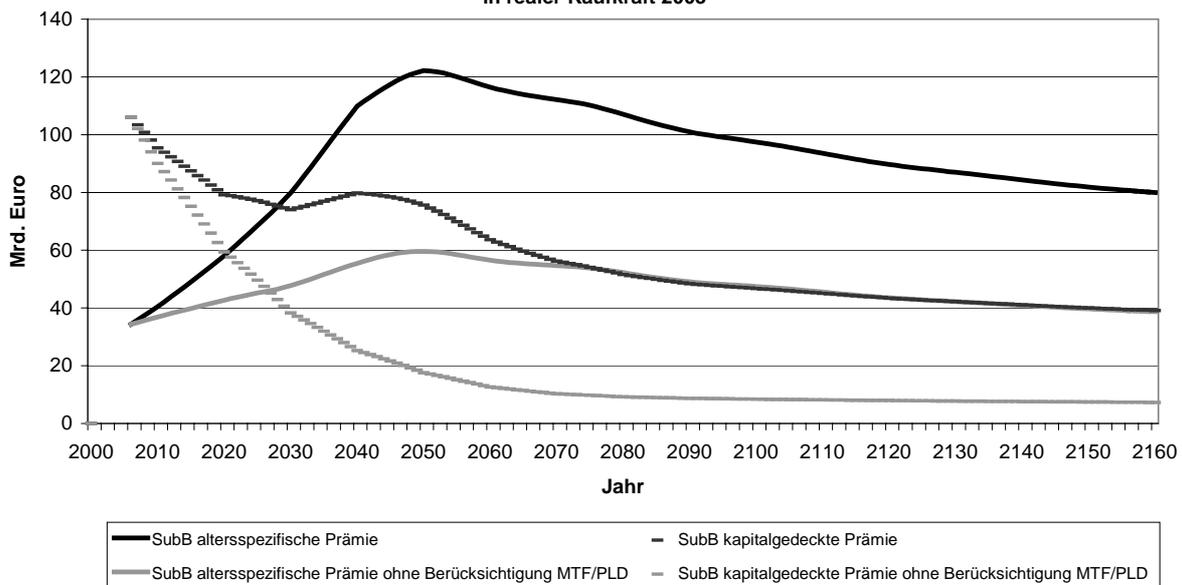
Bisher wurde angenommen, dass die Prämiensubvention immer dann gewährt wird, wenn die Summe aller Prämien 16 Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt. Dabei wurden die Prämien, ob mit oder ohne Rückstellung, im Zeitablauf nicht als konstant angenommen, sondern es wurde zusätzlich ein Wachstum aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts bzw. der Pflegeleistungsdynamisierung unterstellt. Diese Annahme impliziert, dass bei gegebener Überforderungsgrenze alle Versicherten, also die gesamte Bevölkerung, vom medizinisch-technischen Fortschritt bzw. der Pflegeleistungsdynamisierung „profitiert“. Letztendlich handelt es sich bei der Beschränkung auf das Leistungsniveau 2006 um eine Kürzung des solidarisch finanzierten dynamischen Pflichtleistungskatalogs.³⁰

Abbildung 8 zeigt neben den bereits in Abbildung 7 dargestellten Verläufen des gesamtwirtschaftlichen Prämiensubventionsbedarfs altersspezifischer und kapitalgedeckter Prämien, inklusive medizinisch-technischem Fortschritt und Pflegeleistungsdynamisierung, auch diejenigen, die nur das Ausgangsniveau des Jahres 2006 abdecken: Betrachtet man die zeitliche Entwicklung des Subventionsbedarfs der altersspezifischen Prämien, so zeigt sich, dass durch die Herausnahme des medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung im Maximum „nur noch“ 60 Mrd. anstelle von 120 Mrd. Euro an Prämiensubvention notwendig ist. Dies erlaubt zudem die Aussage, dass der Anstieg von anfänglichen 35 Mrd. auf 60 Mrd. Euro im Jahr 2050, also 25 Mrd. Euro, dem

³⁰ Will man die hier nicht im Fokus stehende mögliche Effizienzsteigerung durch die Privatisierung modellhaft skizzieren, so kann dieses Unterkapitel auch als Konsequenz dessen betrachtet werden, was eine jährliche Effizienzsteigerung – welche genau so hoch ist wie der medizinisch-technische Fortschritt bzw. die Pflegeleistungsdynamisierung, nämlich ein Prozent p.a. – im Stande ist an Kostenreduktion zu leisten.

demographischen Wandel zuzuschreiben ist, während die restliche Differenz i.H.v. 60 Mrd. Euro im Jahr 2050 durch die Hebelwirkung des medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung verursacht werden.

Abbildung 8: Subventionsbedarf (SubB) 2006-2160 für altersspezifische und kapitalgedeckte Prämie mit und ohne Berücksichtigung des/r medizinisch-technischen Fortschritts (MTF) /Pflegeleistungsdynamisierung (PLD) in realer Kaufkraft 2003



Betrachtet man den Subventionsbedarf der kapitalgedeckten Prämie unter Herausnahme des medizinisch-technischen Fortschritts und der Pflegeleistungsdynamisierung, so ist ein sehr schnelles Sinken der anfänglichen 105 Mrd. Euro auf langfristig etwa 8 Mrd. Euro zu konstatieren.

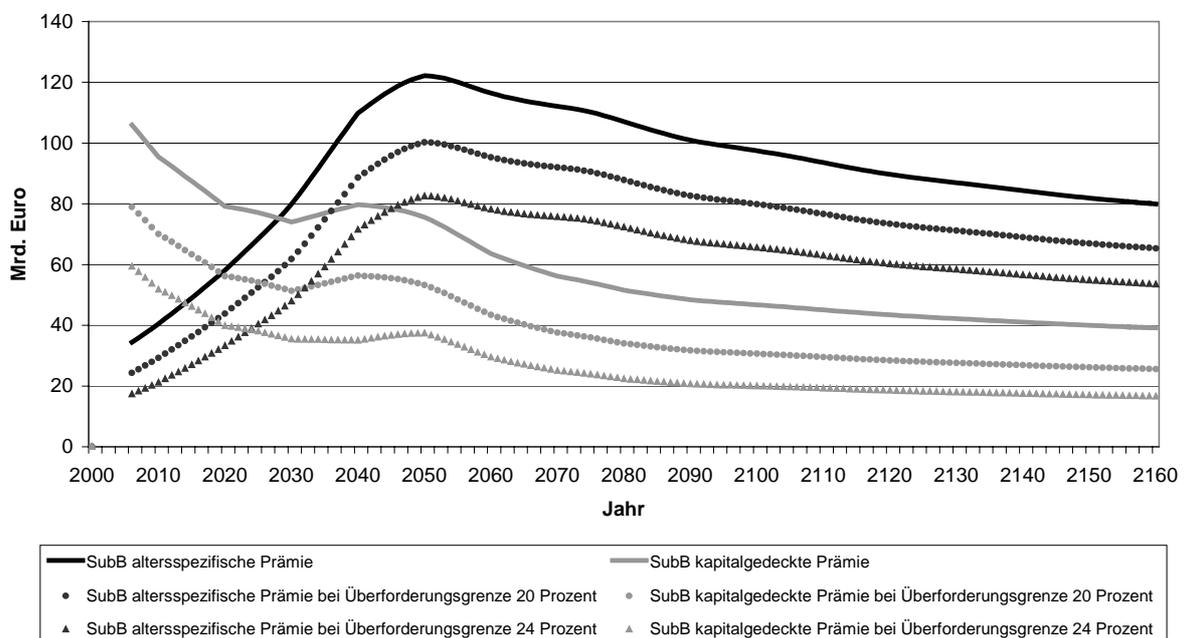
Insgesamt verdeutlicht Abbildung 8, dass es durch die Kürzung des (dynamischen) Subventionsanspruchs um jene Leistungen, die über den im Jahr 2006 gewährten Leistungskatalog hinausgehen, gelingen kann, den Prämiensubventionsbedarf mittel- und langfristig auf ein „eher finanzierbares“ Niveau herunterzuschrauben.³¹ Allerdings – und das sei an dieser Stelle verdeutlicht – geht dies zu Lasten ärmerer Teile der Bevölkerung. Denn eine solche Politik bedeutet nichts anderes, als dass beispielsweise im Fall der Entdeckung einer teuren Behandlungsform gegen Krebs, diese schlichtweg für ärmere Menschen nicht erschwinglich ist, da die Absicherung dieses Teils des Leistungskatalogs nicht mit der Subvention flankiert ist.

³¹ Es sei hier auf Fußnote 29 verwiesen, in welcher argumentiert wird, dass 17 Mrd. Euro durch eine Besteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge eingenommen werden können.

4.2.2 Erhöhung der Überforderungsgrenze

Anstelle einer über den Leistungskatalog herbeigeführten dynamischen Absenkung der Prämiensubvention, wie in 4.2.1 erläutert, ist es natürlich auch möglich das Niveau des Subventionsbedarfs direkt abzusenken, indem die Überforderungsgrenze nach oben gesetzt wird. Abbildung 9 zeigt die Konsequenzen für den jährlich anfallenden gesamtwirtschaftlichen Subventionsbedarf, wenn die Überforderungsgrenze von 16 auf 20 bzw. 24 Prozent erhöht wird.

Abbildung 9: Subventionsbedarf (SubB) 2006-2160 für altersspezifische und kapitalgedeckte Prämien bei alternativen Überforderungsgrenzen in realer Kaufkraft 2003



Offensichtlich reduziert sich sowohl der bei der altersspezifischen Prämie als auch bei der kapitalgedeckten Prämie anfallende Subventionsbedarf. So sinkt dieser bei der altersspezifischen Prämie im Jahr 2006 von 35 Mrd. Euro bei einer 16prozentigen, auf 25 Mrd. Euro bei einer 20prozentigen bzw. sogar auf 17 Mrd. Euro bei einer 24prozentigen Überforderungsgrenze. Der maximale Subventionsbedarf im Jahr 2050 sinkt von 120 auf 100 (82) Mrd. Euro, wenn die Überforderungsgrenze von 16 auf 20 (24) Prozent des Bruttoeinkommens erhöht wird.

Bei der kapitalgedeckten Prämie ergibt sich ein ähnliches Bild: Die sehr hohe Prämiensubvention des Jahres 2006 i.H.v. 105 Mrd. Euro reduziert sich auf 80 (60) Mrd. Euro bei Erhöhung der Überforderungsgrenze von 16 auf 20 (24) Prozent. In der langen Frist würde sich ein Finanzierungsbedarf i.H.v. 26 (17) Mrd. Euro bei 20 (24) Prozent anstelle der 40 Mrd. Euro bei 16 Prozent ergeben.

Auch diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine finanzierbare privatwirtschaftliche Alternative zum jetzigen Gesundheitssystem vermutlich zu Lasten der ärmeren Teile der Bevölkerung geht. Denn die 105 Mrd. Euro Prämiensubvention, die eine kapitalgedeckte Prämie mit 16prozentiger Überforderungsgrenze im Jahr 2006 mit sich bringt, sind schlichtweg utopisch, und selbst das langfristige Niveau von 40 Mrd. Euro erscheint angesichts der derzeitigen Steuersenkungsdebatten nicht durchsetzbar. Deshalb verbleibt letztendlich nur eine Kürzung der Solidarität, sei es in direkter Form durch eine höhere Überforderungsgrenze oder in indirekter Form durch eine dynamische Absenkung der Prämiensubvention wie zuvor in Abschnitt 4.2.1 beschrieben.³²

5. Fazit und Ausblick

Schon länger bekannt ist, dass sowohl die GKV als auch die GPV in ihrer heutigen Form völlig ungeeignet sind, die Herausforderung der nächsten Dekaden, nämlich den doppelten Alterungsprozess, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die Pflegeleistungsdynamisierung, zu meistern. Auch nicht neu ist die Diagnose, dass etwaige Reformen, die diesen Herausforderungen in geeigneter Weise entgegenreten können, auf der Ausgabenseite beider Sozialversicherungen anzusetzen sind. Hierbei können fast alle Reformvorschläge letztendlich als eine Art (Teil-)Privatisierung der gesetzlichen Versicherungen betrachtet werden. Um ebenfalls verteilungspolitischen Aspekten gerecht zu werden, sehen die meisten dieser Vorschläge einen mehr oder minder konkreten sozialen Ausgleich vor. Was dabei allerdings häufig vergessen wird, ist, wie sich dieser Ausgleich quantitativ über die Zeit hinweg entwickelt.

Im vorliegenden Beitrag wurde daher anhand der extremsten Form dieser Reformvorschläge, nämlich der vollständigen Privatisierung von GKV und GPV, untersucht, wie sich der soziale Ausgleich in Form einer Prämiensubventionierung im Zeitablauf entwickelt. Dabei konnte deutlich gemacht werden, dass eine maximale Belastung von 16 Prozent, welche ungefähr den heutigen GKV- und GPV-Beitragssätzen entspricht, nur mit einem exorbitant hohen Prämiensubventions- und damit auch Steuereinnahmenmehrbedarf zu finanzieren ist. Damit aber zeigt sich wiederum, dass die einzig gangbare Alternative eine Zurückstufung des Niveaus des sozialen Ausgleichs ist, sei es dadurch, dass künftig von den

³² Auch eine weitere denkbare Modellvariante, nämlich die Reduktion des Pflichtleistungskatalogs, kommt zu dem gleichen Ergebnis: Hier wird letztendlich zwar nicht die Überforderungsgrenze angehoben, dafür aber die Prämie abgesenkt, für die es einen Subventionsanspruch gibt, was im Prinzip wieder den Effekt hat, dass der Kreis der Bedürftigen sowohl in seiner Anzahl als auch vom Niveau der Unterstützung her abnimmt.

ärmeren Teilen der Gesellschaft mehr Geld für Gesundheit und Pflege gezahlt wird oder sei es, dass diesen künftig kostenintensive Innovationsformen in Gesundheit und Pflege verwehrt werden. Die Alternative hierzu sind abermals steigende Beitragssätze in der jetzigen Ausgestaltung von GKV und GPV, welche letztendlich auch nichts anderes bedeuten als eine Heraufsetzung dessen, was ein pflegebedürftiger Kranker maximal für Gesundheit und Pflege ausgeben soll.

Für die Zukunft scheint es daher bei der Frage, was in welchem Ausmaß aus dem gesetzlichen Gesundheits- und Pflegesystem privatisiert werden soll, ratsam, die verteilungspolitischen Konsequenzen zu beachten – und vor allem die (ärmere) Bevölkerung auf diese vorzubereiten.

Literatur

Arentz, O., J. Eeckhoff, S. Roth und V. Streibel (2004), *Pflegevorsorge – Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung*, Broschüre der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., München.

Baumol, W. J. und W.E. Oates (1972), The Cost Disease of the Personal Services an the Quality of Life. *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review*, 2, S. 44-54.

Beske, F. (2001), Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, *Kieler Konzept - Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen*, Berlin.

Bork, C. (2003), *Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen*, Wiesbaden.

Börsch-Supan, A. (1991), Aging Population, *Economic Policy*, 6/1, S. 103-139.

Breyer, F. und C. Schultheiss (2003), Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen?, in: Wille, E. (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen : Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses*, Baden-Baden, S. 169-193.

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

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

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

Fetzer, S. und B. Raffelhüschen (2005), Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Die Freiburger Agenda, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik (erscheint demnächst)*.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004), GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, *Schmollers Jahrbuch*, 124/3, S. 387-420.

Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2004), Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 73/1, S. 158-174.

Häcker, J., M. Höfer und B. Raffelhüschen (2004), Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?, *Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*, Nr. 119.

Hagist, C. und B. Raffelhüschen (2004), Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 93/2, S. 185-206.

Hof, B. (2001), *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln.

Knappe E. und R. Arnold (2002): *Pauschalprämie in der Krankenversicherung: ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit*, Gutachten für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, München.

Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ – zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme*, Berlin.

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.

Kronberger Kreis (2005), Tragfähige Pflegeversicherung, *Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft*, Band 42, Berlin.

Pfaff, A., M. Pfaff, A. Kern und B. Langer (2003), Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, *Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe der Universität Augsburg*, Nr. 246.

Postler, A (2003), Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, *Diskussionsbeiträge der Fakultät Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen*, Nr. 298.

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

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen*, Sachstandsbericht, Baden-Baden.

Schmähl, W. (1999): Pflegeversicherung in Deutschland: Finanzbedarf und Finanzverflechtung. Empirische Befunde und offene Fragen. *Allgemeines Statistisches Archiv*, 83, 5-26.

Statistisches Bundesamt (2003a), *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, CD-ROM, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003b), <http://www.destatis.de> vom 14.10.2003.

Statistisches Bundesamt (2004), *Perioden-Sterbetafeln für Deutschland – Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln von 1871/1881 bis 2001/2003*, Wiesbaden.

Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.(2004), *Zahlenbericht 2003/2004*, Köln.

Wagner, G. (2003), Zur Entwicklung des Leistungskatalogs eines gesetzlich regulierten Krankenversicherungssystems – Inwieweit sind Leistungs-Ausschlüsse sinnvoll?, in: Wille, E. (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen : Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses*, Baden-Baden, S. 51-66.

Werblow, A (2002), Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71/4, S. 427–436.

Wille, E., M. Erbsland, I. Frohwitter und G. Neubauer (1998), Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040, *Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages*, Endbericht, Mannheim.

Zweifel, P. (1993), Technischer Fortschritt und Gesundheitswesen, *Wirtschaftspolitische Blätter*, 40, S. 570-577.

Zweifel, P. und M. Breuer (2002), *Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems*, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Seit 2000 erschienene Beiträge

- 82/00 Jochen **Michaelis**/Michael **Pflüger**
The Impact of Tax Reforms on Unemployment in a SMOPEC
erschienen in: Journal of Economics (Zeitschrift für Nationalökonomie), Vol. 72, No. 2, S. 175-201
- 83/00 Harald **Nitsch**
Disintermediation of Payment Streams
- 84/00 Harald **Nitsch**
Digital Cash as a Medium of Exchange: A Comment on the Application of the Whitesell-Model
- 85/00 Harald **Nitsch**
Efficient Design of Wholesale Payment Systems: The Case of TARGET
- 86/00 Christian **Keuschnigg**/Mirela **Keuschnigg**/Reinhard **Koman**/Erik **Lüth**/Bernd **Raffelhüschen**
Public Debt and Generational Balance in Austria
erschienen in: Empirica, 27 (2000), S. 225-252.
- 87/00 Daniel **Besendorfer**/Holger **Bonin**/Bernd **Raffelhüschen**
Reformbedarf der sozialen Alterssicherung bei alternativen demographischen Prognosen
erschienen in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 45. Jahr (2000), S. 105-122
- 88/00 Erik **Lüth**
The Bequest Wave and its Taxation
- 89/00 Hans-Georg **Petersen**/Bernd **Raffelhüschen**
Die gesetzliche und freiwillige Altersvorsorge als Element eines konsumorientierten Steuer- und Sozialsystems
- 90/00 Patrick A. **Muhl**
Der walrasianische Auktionator - wer ist das eigentlich?
- 91/00 Michael **Pflüger**
Ecological Dumping Under Monopolistic Competition
erschienen in: Scandinavian Journal of Economics, 103(4), S. 689-706
- 92/01 Christoph **Borgmann**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Rentenreformen 1998 - 2001: Eine (vorläufige) Bestandsaufnahme
erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2001, 2(3), S. 319-334
- 93/01 Christian **Keuschnigg**/Mirela **Keuschnigg**/Reinhard **Koman**/Erik **Lüth**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Inzidenz der österreichischen Finanzpolitik
erschienen in: Engelbert Theurl u.a. (Hrsg.): Kompendium der österreichischen Finanzpolitik, Wien New York 2002, S. 263 - 295
- 94/01 Daniel **Besendorfer**/A. Katharina **Greulich**
Company Pensions and Taxation
- 95/01 Bernd **Raffelhüschen**
Generational Accounting - Quo Vadis?
erschienen in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 28, No. 1, 2002, S. 75-89
- 96/01 Bernd **Raffelhüschen**
Soziale Grundsicherung in der Zukunft: Eine Blaupause
erschienen in: B. Genser (Hrsg.), Finanzpolitik und Arbeitsmärkte, Schriften des Vereins für

- Socialpolitik, N.F. Band 289, Berlin 2002, S. 83-118*
- 97/01 Christoph **Borgmann**
Assessing Social Security: Some Useful Results
- 98/01 Karen **Feist**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Effekte einer lebenszyklusorientierten Einkommensteuerreform: Die Einfachsteuer des Heidelberger Steuerkreises
erschienen in: Manfred Rose (Hrsg.): Reform der Einkommensbesteuerung in Deutschland, Schriften des Betriebs-Beraters Band 122, Heidelberg 2002, S. 122-145
- 99/01 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung
erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 3/2002, S. 279-302
- 100/02 Christoph **Borgmann**
Labor income risk, demographic risk, and the design of (wage-indexed) social security
- 101/02 Philip M.V. **Hallensleben**
Monetäre Transmission in Europa und Folgen für die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank
- 102/02 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Earlier or Later in CGE-Models: The Case of a Tax Reform Proposal
- 103/02 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda
erscheint demnächst in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik
- 104/03 Oliver **Ehrentraut**/Stefan **Fetzer**
Wiedervereinigung, Aufholprozess Ost und Nachhaltigkeit
erschienen in: Wirtschaftsdienst, Heft 4, 2003, S. 260-264
- 105/03 Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüschen**
Intergenerative Umverteilung und Wachstumsimpulse der Steuerreformen 1999 bis 2005 - Die Perspektive der Generationenbilanz
erschienen in: Michael Ahlheim/Heinz-Dieter Wenzel/Wolfgang Wiegard (Hrsg.): Steuerpolitik – Von der Theorie zur Praxis, Frankfurt, Heidelberg, New York 2003, S. 521-541.
- 106/03 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie
erschienen in: Manfred Albring/Eberhard Wille (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt 2003, S. 85-114
- 107/03 Christoph **Borgmann**/Matthias **Heidler**
Demographics and Volatile Social Security Wealth: Political Risks of Benefit Rule Changes in Germany
erschienen in: CESifo Working Paper No. 1021
- 108/03 Stefan **Fetzer**/Dirk **Mevis**/Bernd **Raffelhüschen**
Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitssystems
- 109/03 Oliver **Ehrentraut**/Bernd **Raffelhüschen**
Die Rentenversicherung unter Reformdruck – Ein Drama in drei Akten
erschienen in: Wirtschaftsdienst 11/2003, S. 711-719
- 110/03 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüschen**
Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung

- erschienen in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 73/1 (2004), S. 158-174*
- 111/03 Harald **Nitsch**
One Size Fits – Whom? Taylorzinsen im Euroraum
- 112/03 Harald **Nitsch**
Aggregationsprobleme von Investitionsfunktionen im Immobilienbereich
- 113/04 Bernd **Raffelhüschen**/Jörg **Schoder**
Wohneigentumsförderung unter neuen Vorzeichen: Skizze einer zukunftsorientierten Reform
- 114/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**
GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen
erschienen in: Schmollers Jahrbuch 124 (2004), Heft 3, S. 387-420
- 115/04 Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüschen**
Friedens– versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein *kriegerischer* Beitrag für mehr Nachhaltigkeit
erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 2/2004, S. 185-206
- 116/04 Sandra **Haasis**
Interbankenverrechnung – eine Bedrohung für die Europäische Geldpolitik? Nachfrage bei der Deutschen Kreditwirtschaft
- 117/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**
Was sind gute Nachhaltigkeitsindikatoren? OECD-Methode und Generationenbilanzierung im empirischen Vergleich
- 118/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**
Indicators for Measuring Fiscal Sustainability – A Comparative Application of the OECD-Method and Generational Accounting
Englische Fassung von Diskussionsbeitrag 117/04
- 119/04 Jasmin **Häcker**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüschen**
Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?
- 120/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüschen**
Was bringen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wirklich?
erschienen in: ifo Schnelldienst, 15/2004, S. 3-7
- 121/04 Jasmin **Häcker**/Matthias **Heidler**
Intergenerational Fairness During Demographic Transition
- 122/04 Heiko **Hoffmann**/Pascal **Krimmer**
Aufkommens- und Verteilungswirkung aktueller Vorschläge zur Reform der Einkommensteuer: Eine vergleichende Analyse anhand eines Simulationsmodells auf Mikrodatenbasis
- 123/04 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüschen**
Earlier or Later: A General Equilibrium Analysis of Bringing Forward an Already Announced Tax Reform
- 124/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüschen**
Nachhaltige Gesundheitsreformen?

125/05 Stefan **Fetzer**/Jasmin **Häcker**/Christian **Hagist**

(Teil-)Privatisierung mit sozialer Flankierung: Ein geeignetes Mittel zur langfristigen Sicherung der Gesundheits- und Pflegevorsorge?

ISSN 0943-8408