

QUO VADIS SOZIALE SICHERUNG? - EINE BESTANDSAUFNAHME

GUTACHTEN FÜR DIE INITIATIVE NEUE SOZIALE MARKTWIRTSCHAFT

APRIL 2017

CHRISTIAN HAGIST • CHRISTIAN BÜHRER

Excellence in
Management
Education

INITIATIVE NEUE SOZIALE MARKTWIRTSCHAFT
GEORGENSTRASSE 22
10117 BERLIN

WHU - OTTO BEISHEIM SCHOOL OF MANAGEMENT
LEHRSTUHL FÜR GENERATIONENÜBERGREIFENDE
WIRTSCHAFTSPOLITIK
BURGPLATZ 2
56179 VALLENDAR

INHALT

1. PROBLEMSTELLUNG	1
2. ALTERSSICHERUNG	4
2.1. INDEXIERUNG DES RENTENEINTRITTSALTERS AN DIE LEBENSERWARTUNG	4
2.2. FLEXIBILISIERUNG DES RENTENEINTRITTS	7
2.3. STÄRKERE BETEILIGUNG DER ÄLTEREN GENERATIONEN AN DEN DEMOGRAFISCHEN LASTEN DURCH EINE NEUJUSTIERUNG DES NACHHALTIGKEITSAKTORS	8
2.4. ANPASSUNG DER ERWERBSMINDERUNGSRENTE UND VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN	9
3. KRANKENVERSICHERUNG	11
3.1. LÖSUNG DES GORDISCHEM KNOTENS DER REFORM DER EINNAHMENSEITE	11
3.2. MEHR WETTBEWERB	13
3.2.1. APOTHEKENMARKT	14
3.2.2. KRANKENHAUSMARKT	15
3.3. MEHR EIGENVERANTWORTUNG	16
3.3.1. ÜBERPRÜFUNG DES LEISTUNGSKATALOGS	16
3.3.2. SELBSTBEHALTE IN DER GKV	17
4. PFLEGEVERSICHERUNG	18
4.1. EIGENVERANTWORTUNG DURCH SOZIAL VERTRÄGLICHE KARENZZEITEN STÄRKEN	18
4.2. KAPITALDECKUNG	20
5. FAZIT	22
LITERATURVERZEICHNIS	24

TITEL: Quo vadis Soziale Sicherheit? – Eine Bestandsaufnahme
AUFTRAGGEBER: Gutachten für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft
VERÖFFENTLICHT: April 2017

AUTOREN

Christian Hagist
Christian Bühner

KONTAKT

Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft
Georgenstraße 22
10117 Berlin

Lehrstuhl für Generationenübergreifende Wirtschaftspolitik
Prof. Dr. Christian Hagist
Burgplatz 2
56179 Vallendar

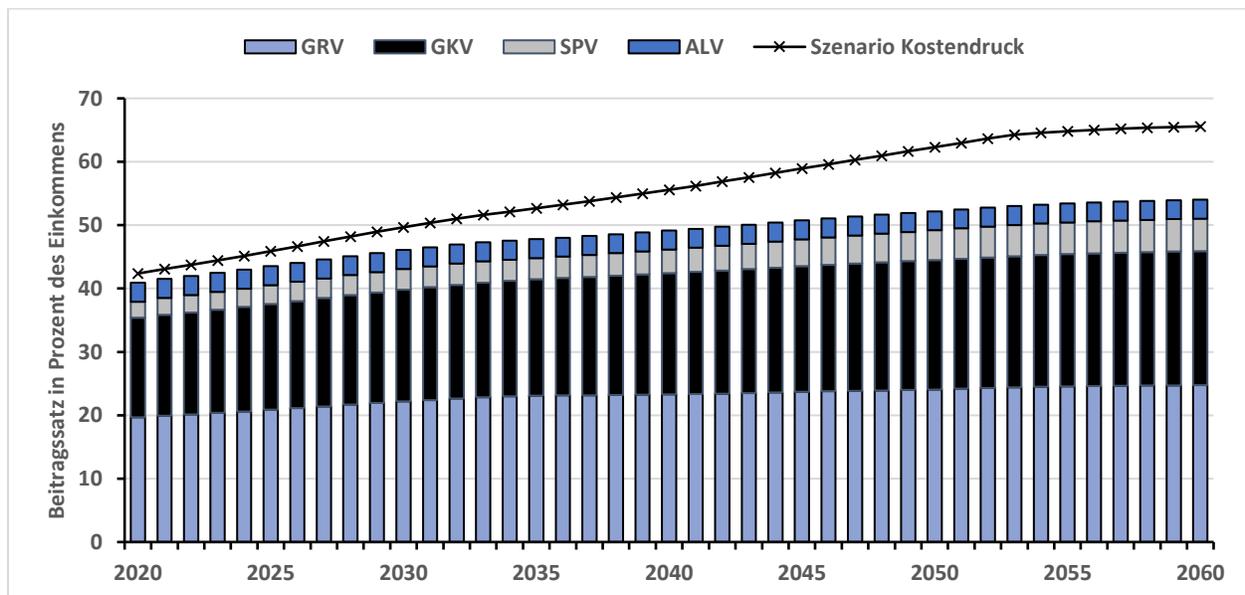
1. Problemstellung

Dass die Alterung der Gesellschaft eine Herausforderung für umlagefinanzierte Sozialsysteme darstellt, ist mittlerweile Allgemeinbildung geworden. Umso mehr verwundert es, dass dies im politischen Berlin – zumindest in der aktuellen Diskussion vor dem Bundestagswahlkampf – nur eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Wenig ist zu lesen über die Reformplanungen der Parteien hinsichtlich einer tragfähigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Lediglich die Rentenversicherung hat es in den letzten Monaten in die Schlagzeilen geschafft, doch auch hierbei ging es nicht um eine zukunftsorientierte Finanzierung dieser elementaren Säule unseres Sozialsystems. Stattdessen stand die Diskussion im Vordergrund, inwieweit eine (nicht gegen-finanzierte) Ausweitung von Leistungen dem aller Wahrscheinlichkeit nach ansteigenden Problem von Altersarmut begegnen kann. Dies stellt ohne Zweifel eine wichtige Debatte dar, ohne Berücksichtigung der fiskali-

schen Nachhaltigkeit als einer strikten Nebenbedingung, laufen jedoch sämtliche Reformbestrebungen ins Leere.

Während die Rente immerhin in den Schlagzeilen steht und damit im Gespräch bleibt, geschieht dies bei den weiteren Säulen der sozialen Sicherung – Gesundheit und Pflege – nur aufgrund von Einzelthemen, jedoch nicht im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Sicht. Sicherlich sind diese Perspektiven wichtig und sollten berücksichtigt werden, allerdings muss eben auch in diesem Kontext immer die fiskalische Wirkung mitgedacht werden – ob es sich nun um eine Ausweitung des Pflegebegriffs auf die Demenz handelt oder um eine Reform der Ausbildung von Pflegekräften und Krankenschwestern. Dabei steht die Finanzierung der Gesundheit und Pflege beziehungsweise der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf wesentlich wackeligeren Beinen als die der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) wie Abbildung 1 zeigt.

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen 2020 – 2060, mit und ohne Kostendruck im Gesundheits- und Pflegesektor



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis Forschungszentrum Generationenverträge (2016). Das Kostendruck-Szenario bildet den kumulierten Beitragssatz (aus GRV, GKV, SPV und ALV) einer Projektion ab, in welcher für GKV und SPV von kostensteigerndem medizinisch-technischem Fortschritt entsprechend des aktuellen empirischen Standes ausgegangen wird.

Die Sozialbeiträge zur GRV, GKV, SPV und Arbeitslosenversicherung (ALV) summieren sich derzeit – Arbeitnehmer und -Geberbeiträge – auf knapp unter 40 Prozent.¹ Der demografische Wandel und strukturelle Effekte wie der ausgabensteigernde medizinisch-technische Fortschritt oder die sogenannte Baumol'sche Kostenkrankheit (siehe auch die Box am Ende des Abschnitts) werden diesen Wert stark nach oben treiben – je nach Projektion bis zum Jahr 2050 auf über 60 Prozent.² In anderen Worten: abstrahierend von Bemessungsgrenzen müsste über die Hälfte des Erwerbseinkommens an die Sozialversicherungen überwiesen werden. Davon abgesehen soll dieser Arbeitnehmer noch Steuern zahlen und eigenständig für Alter und Pflege vorsorgen. Hier stellt sich die Frage nach der Tragfähigkeit dieser Entwicklung, denn die oben genannte Projektion wird aller Wahrscheinlichkeit so nie eintreffen. Entweder ergreift der Gesetzgeber Maßnahmen auf der Leistungsseite, welche das System für die Arbeitnehmer erschwinglich halten, oder aber zukünftige Beitragszahler werden schlicht mit ihren Füßen abstimmen und aus diesem Sozialsystem auswandern. Dies gilt vor allem für die Gut- und Hochqualifizierten, welche das solidarische System stützen. Aus diesem Grund brauchen wir dringend Reformen, welche unser Sozialsystem auf eine tragfähige Basis stellen – und

dies ohne versteckte Beitrags- oder Steuererhöhungen. Dies scheint nämlich bislang das bevorzugte Rezept der Politik zu sein.

Viele der vorliegenden Reformkonzepte, wie etwa die Haltelinien beim Rentenniveau oder aber die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung, sehen vor entweder den Steuer- statt den Beitragszahler in die Pflicht zu nehmen oder aber versteckte Beitragserhöhungen, beispielsweise über eine Erhöhung oder gar einen Wegfall der Beitragsbemessungsgrenzen, zu erreichen. Dies mag zwar in Wahlkampfzeiten als ein probates Mittel gelten, letzten Endes wird dies jedoch die ökonomischen Reaktionen der Betroffenen – „Voting by feet“ – genauso herausfordern. Ein politisches Versprechen, die Sozialbeiträge unter einer gewissen Grenze zu halten, reicht daher für sich genommen bei Weitem nicht aus, es bedarf auch immer eines Mitdenkens der entsprechenden Steuerzuschüsse. Trotzdem scheint eine symbolische Grenze einen gewissen Nutzen zu stiften – auch in der Debatte um den Klimawandel zeichnet sich ja ab, dass das berühmte Zwei-Grad-Ziel aller Voraussicht nach nicht eingehalten wird. Dennoch wird die Politik medial und in Debatten immer noch an diesem Ziel gemessen. Eine deutliche Abweichung würde zu-

¹ 18,7 % (GRV) + 14,6 % (GKV) + 1,1 % (durchschnittlicher Zusatzbeitrag GKV) + 2,55 % (SPV) + 3 % (ALV) = 39,95 %.

² In der hier ausgewiesenen Projektion beträgt das Beitragssatzniveau der GRV im Jahr 2060 etwa 24,7 %. Damit liegt es etwa in der Mitte vergleichbarer aktueller Szenarien. Werdning (2014) berechnet beispielsweise einen Wert von 26,3 %, während Börsch-Supan, Bucher-Koenen und Rausch (2016) einen Beitragssatz von 23,5 % ausweisen. Die Ursachen für diese Abweichungen liegen in unterschiedlichen Annahmen insbesondere bezüglich der Lebenserwartung und der Nettomigration.

Die Beitragssatzprojektionen der GKV weisen eine deutlich größere Varianz auf. Dies liegt zum einen an unterschiedlichen Methodiken sowie der Tatsache, dass die zukünftigen Ausgaben der GKV stark durch den medizinisch-technischen Fortschritt beeinflusst werden, dessen exaktes Ausmaß sowie seine Auswirkungen auf das Ausgabenniveau nur schwer abgeschätzt werden können.

Die hier verwendete Projektion bildet ein Beitragssatzniveau im Spektrum zwischen 19,1 (ohne Kostendruck) und 24,4 % (mit Kostendruck) im Jahr 2040 aus, und liegt damit im mittleren Wert der bestehenden Schätzungen, vgl. z.B. Breyer, Lorenz und Niebel (2015) mit 25 % und das [Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BMWi](#) mit 24,5 %. Rausch und Gasche (2014) bieten eine Übersicht der aktuellen Studienlage.

Für die SPV existieren deutlich weniger Beitragsprojektionen. Häcker, Hackmann und Raffelhüschen (2011) gehen 2040 von einem Anstieg auf etwa 4 %, und damit einem etwas geringeren Satz als dem oberen Wert des hier ausgewiesenen Korridors zwischen 3,7% und 4,8 % aus. Hintergrund ist neben dem medizinisch-technischen Fortschritt die Unsicherheit bezüglich der Fortschreibung von Trends, z.B. ob sich die Entwicklung zu teureren Sachleistungen beziehungsweise stationärer Pflege („Heimsog“-Effekt genannt) auch zukünftig fortsetzen wird.

mindest eine Rechtfertigung benötigen und politisch wahrscheinlich bestraft. In ähnlicher Form könnte diese Systematik auch für die Sozialbeiträge gelten. Die Politik sollte sich ein ambitioniertes Ziel setzen, an welchem der Wähler sie messen kann. Es liegt dabei in der Natur der Sache, dass eine solche Grenze einen arbiträren Charakter hat – gerade auch deshalb, da in der Sozialversicherung zumindest teilweise das Äquivalenzprinzip herrscht und auch die Warenkörbe der GKV und der SPV zuletzt positiv nur schwer abgegrenzt werden können, sondern einen gewissen normativen Charakter haben. Doch immerhin würde bei einem Überschreiten einer solchen arbiträren Grenze wieder über die fiskalische Tragfähigkeit und die Höhe der Sozialbeiträge gesprochen werden. Als historisches Beispiel sei hierfür der ebenfalls normative begründete Halbteilungsgrundsatz im Steuerrecht angeführt, welcher ebenfalls überschritten wurde, dabei jedoch immerhin zu einem gewissen medialem Echo geführt hat.

Das Gutachten ist im Weiteren wie folgt aufgebaut: Die neben stehende Box, „Produktivitätswachstum und Sozialversicherungen“, diskutiert die immer wieder ins Feld geführte Möglichkeit eines „Herauswachsens“ der oben gezeigten Entwicklung der Beitragssätze durch höhere Produktivität und Wachstum. Das Ergebnis sei vorweg genommen, eine solche einfache Lösung ist im deutschen System nur schwer möglich. Abschnitt 2 zeigt daher Reformfelder der GRV auf, welche eine Stabilisierung des Beitragssatzes leichter machen sollten. Der folgende Abschnitt diskutiert äquivalent Reformen der GKV im Hinblick auf eine vergleichbare Zielsetzung. Abschließend werden nach analogen Kriterien Maßnahmen im Rahmen der SPV erläutert. Das Gutachten schließt mit einem Fazit und erlaubt einen weiteren Ausblick.

PRODUKTIVITÄTSWACHSTUM UND SOZIALVERSICHERUNGEN

Seit dem es die Debatte um die fiskalische Tragfähigkeit der sozialen Sicherung gibt, stellen sich Wissenschaft und Politik die Frage, ob man die fiskalischen Folgen des demografischen Wandels durch höheres Wachstum beziehungsweise eine höhere Produktivität abmildern oder sogar ausgleichen könnte. Diese These wird beispielsweise aktuell auch von Niemeier (2017) für die GRV vertreten.

In Theorie kann eine höhere Produktivität tatsächlich die Lasten des demografischen Wandels lindern, allerdings nur unter bestimmten Bedingungen – einmal davon abgesehen, dass es keine Trivialität darstellt, das Wachstum einfach so zu erhöhen. Im deutschen Sozialversicherungssystem ist es aber (fast) unmöglich durch ein höheres Wachstum die Lasten des demografischen Wandels zu mindern. Der Grund dafür ist, dass fast alle Leistungen der Sozialversicherungen direkt oder indirekt an das volkswirtschaftliche Gesamtwachstum gekoppelt sind.

Eindeutig ist dies bei den (monetären) Leistungen der GRV und ALV sowie beispielsweise beim Krankengeld der GKV. Das Arbeitslosen- und Krankengeld berechnet sich als Prozentsatz eines Nettolohneinkommens. Steigen nun die Löhne, steigt auch somit das Ersatzentgelt. Bei der Rentenversicherung funktioniert dieser Mechanismus über das Wachstum des aktuellen Rentenwertes nach SGB VI §68, welcher die jährlichen Steigerungen der Rentenzahlungen definiert. Der aktuelle Rentenwert steigt mit einem bestimmten Faktor, welcher sich aus dem Produkt aus der Veränderung der Bruttoarbeitsentgelte, der Veränderung des Beitragssatzes und dem Nachhaltigkeitsfaktor (siehe Abschnitt 2.3) ergibt. Steigen nun die Bruttolöhne durch eine höhere Produktivität, so steigen auch die Renten – etwas abgedämpft durch den Nachhaltigkeitsfaktor. Daher ist auch bei den Renten ein „entwachsen“ des Problems nicht möglich – Arbeitnehmer und Rentner sitzen sprichwörtlich in einem Boot mit der gleichen Strömung.

(Fortsetzung nächste Seite)

Indirekt ist die Koppelung des allgemeinen Wachstums im Fall der Gesundheits- und Pflegeausgaben. Da der größte Teil hier als Sachleistung erbracht wird¹ und das Gesundheitswesen sehr personalintensiv ist, sollten nach der Theorie von Baumol und Bowen (1968) die Ausgaben zumindest mit dem allgemeinen Wachstum steigen – evtl. auch überproportional. Will heißen: Selbst wenn Ärzte, Krankenschwestern und Altenpfleger nur geringe Produktivitätszuwächse entwickeln (schneller einen Menschen zu waschen ist eben ohne Qualitätseinbußen schwierig), fordern sie zumindest die Gehaltserhöhungen, welche der durchschnittliche Arbeiter bekommt. Sollten sie diese im Mittel über die Zeit nicht erhalten, verliert der Gesundheitssektor konstant an Beschäftigung, da immer mehr Arbeitnehmer sich anderen Sektoren zuwenden. Folglich müssen diese Gehaltssteigerungen auch im Gesundheitswesen bezahlt werden, obwohl es keine adäquaten Produktivitätsgewinne gibt.

Dies heißt jedoch auch, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen kaum durch ein höheres Wachstum konterkariert werden können – im Gegenteil: In den vergangenen Jahrzehnten stiegen die Ausgaben in fast allen OECD-Ländern stärker als das entsprechende Bruttoinlandsprodukt. Dies soll nicht heißen, dass es im Gesundheitswesen keine Effizienzgewinne mehr geben kann (siehe Abschnitt 3), ein höheres allgemeines Wachstum erscheint jedoch wenig erfolgsversprechend. Wer darauf setzt, spielt zumindest im deutschen Fall bei der bisherigen Gesetzgebung ein böses Ponzi-Spiel mit den zukünftigen Generationen.²

¹ Formal ist dies bei der SPV nicht der Fall, da die Leistungen in den Paragraphen 36 und 45 des elften Sozialgesetzbuches auch monetär festgeschrieben sind. Das Gesetz spricht aber auch von Pflegesachleistungen, weswegen von einer Dynamisierung beispielsweise mit den Gehaltserhöhungen im Pflegebereich ausgegangen werden kann.

² In anderen Ländern und Systemen mag dies zum Teil anders aussehen, insb. wenn die Renten nur inflationsindexiert sind und nicht wie im deutschen Fall grundsätzlich mit der Kaufkraft/Lohnentwicklung Schritt halten.

³ Vgl. z.B. Müller und Raffelhüschen (2011) und Werding (2014). Die kürzlich veröffentlichte, erste offizielle lang-

2. Alterssicherung

2.1. Indexierung des Renteneintrittsalters an die Lebenserwartung

Die umlagefinanzierte gesetzliche Rente in Deutschland ist aus Sicht der Rentenbezieher eine Erfolgsgeschichte. Der reale Rentenwert hat sich seit der Einführung der dynamisierten Rente im Jahr 1957 bis heute verdreifacht, und dies bei einer Verdoppelung der Rentenbezugszeit. Lag das Verhältnis von Erwerbsphase und Rentenbezugszeit 1960 noch bei 4:1, sprich vier Jahren Arbeit für ein Jahr in Rente, so liegt es heute im Bereich von 2,25:1. In anderen Worten: 45 Jahren Erwerbstätigkeit stehen voraussichtlich 20 Jahre Rentenzeit gegenüber.

Ursache für diese erfreuliche Entwicklung ist die steigende Lebenserwartung, welche im Zusammenspiel mit der seit mehreren Dekaden niedrigen Geburtenrate aller Voraussicht nach jedoch auch zu einer finanziellen Schieflage der GRV führt. Am anschaulichsten verdeutlicht sich dies wie oben erläutert an der Zunahme des Beitragssatzes: Ohne Gegensteuern würde dieser von gegenwärtig 18,7 Prozent im Jahr 2060 auf etwa 25 Prozent ansteigen.³ In dieser Situation stehen neben einer Anhebung der Beitragssätze letztlich nur zwei weitere Optionen zur Verfügung: Entweder die Kürzung von Rentenleistungen, oder aber eine Anpassung der Regelaltersgrenze, vulgo Renteneintrittsalter. Weder eine massive Kürzung des Rentenniveaus noch erhebliche Beitragssteigerungen sind dabei vernünftige Alternativen. Ersteres könnte ab einem gewissen Niveau wirklich zu breiterer Altersarmut und/oder weiter zunehmenden Akzeptanzproblemen der GRV führen. Steigende Beitragssätze wiederum gehen mit einer einseitigen Zuordnung der demografischen Anpassungskosten und Überforderung der jüngeren Kohorten einher,

fristige Prognose der Bundesregierung, vgl. z.B. [Süddeutsche Zeitung](#), bestätigt diese Zahlen und liefert aus wissenschaftlicher Sicht keine neuen Erkenntnisse.

die letztlich sogar durch Auswanderung („Voting by feet“) aus dem System reagieren könnten. Ein Szenario, das gerade für die relevanten hochqualifizierten Fachkräfte im heutigen globalen Arbeitsmarkt mehr als realistisch erscheint.⁴

Eine international vielfach eingesetzte und erfolgreich praktizierte Möglichkeit die finanzielle Tragfähigkeit der GRV auf diesem Weg zu stärken, besteht darin die Regelaltersgrenze an die Lebenserwartung zu indexieren. Diese Variante hätte außerdem den Vorteil, die Anpassung des Renteneintrittsalters durch einen automatisierten und transparenten Prozess zumindest ein Stück weit dem Fokus des politischen Handlungsspektrums zu entziehen. In der praktischen Umsetzung könnte der Zugewinn an Lebenserwartung entweder in regelmäßigen Abständen (z.B. in Schweden alle fünf Jahre) überprüft und im Anschluss in einem beliebigen Verhältnis auf Arbeits- und Rentenbezugszeit verteilt werden, oder die Regelaltersgrenze, wie etwa in Norwegen, direkt an die prognostizierte Lebenserwartung gekoppelt werden. Als Ausgangspunkt für derartige Überlegungen bietet sich das Jahr 2030 an, wenn die Rente mit 67 vollständig implementiert ist. Wollte man z.B. das oben skizzierte aktuelle Verhältnis von Erwerbstätigkeit und Rentenzeit für den Zeitraum danach fortschreiben (2,25:1), ergibt sich auf Grundlage der aktuellen Prognosen eine Erhöhung der Regelaltersgrenze bis 2070 auf dann 70 Jahre. Beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1964, würde die Regelaltersgrenze für jede Kohorte um je einen Monat nach oben verschoben. Der erste Jahrgang, welcher nach dieser Logik tatsächlich erst mit 70 abschlagsfrei in Rente gehen könnte, wäre wie in

Abbildung 2 dargestellt der Geburtsjahrgang 2000.⁵ Obschon das Verhältnis von Arbeits- zu Rentenbezugszeit konstant gehalten wird, steigt die absolute Rentenbezugszeit auch in diesem Szenario wie in Abbildung 2 illustriert weiter an. Gleichzeitig wäre, angesichts der kontinuierlichen und transparenten Systematik, für alle Versicherten die Möglichkeit zur Vorsorge gegeben.

Nach aktuellen Berechnungen bietet eine derartige Reform die Möglichkeit den Beitragssatz ab etwa 2045 wieder unter der (politisch als Zielfunktion ausgegebenen) Marke von 22 Prozent zu halten. Konsequenterweise sollte die Systematik der sich verschiebenden Altersgrenze auch auf alle weiteren rentenrelevanten Rechengrößen der GRV übertragen werden (z.B. die Altersgrenze im Fall der Rente für langjährig Versicherte). Würde etwa die Logik der verlängerten Lebensarbeitszeit auch auf die Definition des Standardrentners angewandt und dessen Arbeitszeit im Sinne der „Rente mit 67“ von 45 auf 47 Jahre erhöht, läge das in der Öffentlichkeit häufig thematisierte Nettorentenniveau vor Steuern im Jahr 2030 um etwa zwei Prozentpunkte höher und könnte im weiteren Verlauf bis 2050 über 45 Prozent gehalten werden.⁶

Im Zusammenhang mit derartigen Reformansätzen die auf eine Verlängerung der Arbeitszeit abzielen, wird auf die Möglichkeit einer physischen oder zunehmend auch psychischen Überforderung verwiesen. Die entscheidende Frage ist jedoch nicht, ob derartige Fälle vorkommen, sondern wie der Regelfall aussieht.

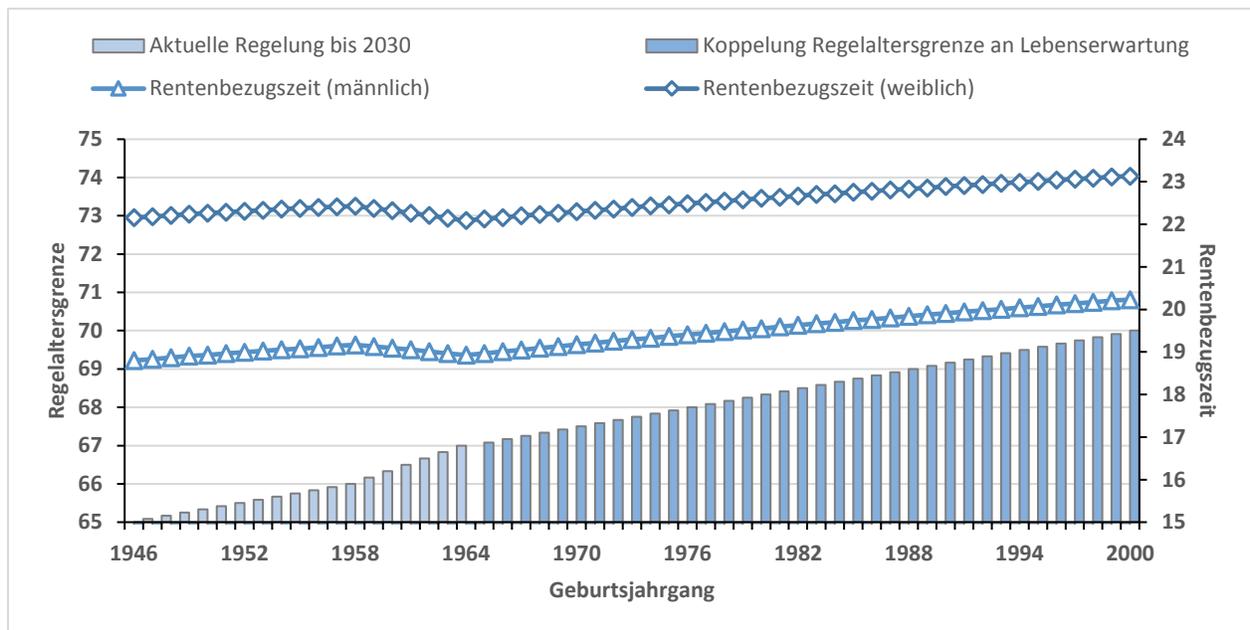
⁴ Wie eingangs erläutert, gehen aktuelle Prognosen von einer Gesamtbelastung durch die Sozialversicherungen aus, die mittelfristig bei kumulierten Beitragssätzen von 50 % und langfristig (ab etwa 2050) sogar über 60 % liegen könnten.

⁵ Vgl. z.B. Bomsdorf (2015).

⁶ Die Standardrente beschreibt die Regelaltersrente mit 45 Entgeltpunkten, sprich einem idealtypischen durchschnittlichen Versicherten welcher 45 Jahre lang jeweils

den Durchschnittsverdienst bezogen hat. Die fiktiv unterstellten 45 Beitragsjahre entsprechend bereits heute nicht der Realität. In System der GRV ist eine Anpassung der Rechengröße bei sich verändernder Regelaltersgrenze dennoch sachlogisch, andernfalls wäre eine Vergleichbarkeit des Standardrentners über die Zeit nicht gegeben. Vgl. das [Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats](#) des BMWi und Börsch-Supan, et al. (2016).

Abbildung 2: Entwicklung der Regelaltersgrenze und der Rentenbezugszeit bei Indexierung an die Lebenserwartung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Bomsdorf (2015) und eigenen Berechnungen basierend auf den Generationensterbetafeldern des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).

Und im Regelfall verbringen wir unsere älteren Lebensjahre glücklicherweise in größerer Gesundheit als früher. Die Anzahl gesunder Lebensjahre (Healthy Life Years) ist in Deutschland etwa zwischen 2005 und 2010 um knapp vier Jahre angestiegen.⁷ Die überwältigende Mehrheit der 69-Jährigen schätzt ihre Gesundheit bereits heute als sehr gut ein und erlebt keine gesundheitlichen Einschränkungen hinsichtlich ihrer Aktivitäten. Der Gesundheitszustand ist nach allgemeiner Auffassung nicht der primäre Grund für Ruhestandsentscheidungen, es kann folglich davon ausgegangen werden, dass das Gros der Bevölkerung gesundheitlich dazu in der Lage ist bis zum Erreichen einer höheren Regelaltersgrenze erwerbstätig zu bleiben. Folgerichtig kann auch das Rentensystem anhand dieses Regelfalls ausgerichtet werden.⁸

Für den Fall das physische oder psychische Überlastungen auftreten sind komplementär ausgerichtete Instrumente nötig, im System der GRV ist dies

die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Ein Blick zeigt, die allgemeinen Trends deuten auch in diesem Zusammenhang daraufhin, dass sich die Arbeitsfähigkeit im Laufe der letzten Jahrzehnte verbessert hat. So ist die Zahl der Anträge für EM-Renten rückläufig. Hauptursache für Zugänge der EM-Rente sind dabei nicht die häufig angeführten physischen (wie z.B. im Fall des gerne zitierten Dachdeckers) sondern psychische Erkrankungen. Dabei spricht der Trend für einen weiteren Anstieg des Anteils der psychischen Erkrankungen.⁹ Dies verdeutlicht, warum vor berufsgruppenspezifischen Regelaltersgrenzen, wie sie aktuell ins Spiel gebracht werden, gewarnt werden sollte. Berufsgruppen und Belastungssituationen verändern sich im Zeitablauf und könnten nur mit zeitlicher Verzögerung sowie äußerst ungenau implementiert werden. Weiterhin sei darauf verwiesen, dass wer den Gedanken individualisierter Regelungen konsequent verfolgt, sich zwangsläufig damit auseinandersetzen muss, wieso dann nicht auch nach einem

⁷ Healthy Life Years: Die Anzahl der Jahre die ein Neugeborener erwartungsgemäß ohne schwere gesundheitliche Probleme verbringt, vgl. Eurostat (2016).

⁸ Vgl. Börsch-Supan (2013).

⁹ Vgl. [Rentenversicherung](#).

eindeutig und objektiv feststellbaren Kriterium variiert wird, nämlich dem Geschlecht. Frauen leben schließlich im Durchschnitt signifikant länger als Männer, und beziehen entsprechend auch länger Rente (vgl. Abbildung 2).

2.2. Flexibilisierung des Renteneintritts

Die Diskussion um die Höhe der Regelaltersgrenze ist stets auch mit der Diskussion um eine Flexibilisierung des Zeitpunktes des Renteneintritts verknüpft. Die Entscheidung über denselben ist in hohem Maße von individuellem Charakter. Veränderte Arbeitszeit- beziehungsweise Freizeitwünsche oder finanzielle Vorstellungen sind hier nur Beispiele und entziehen sich einer allgemeinen gesellschaftlichen Vorgabe. Entgegen entsprechender unsystematischer Eingriffe wie der „Rente mit 63“, sollte das Ziel darin bestehen eine Regelung zu finden, die flexible Entscheidungen über den Rentenbeginn ermöglicht, ohne dass diese zulasten der Versichertengemeinschaft (oder gar des Steuerzahlers) getroffen werden.

Dabei gilt es einige notwendige Nebenbedingungen zu beachten. Ein derartiges System benötigt einen Referenzpunkt für die Berechnung der versicherungsmathematisch fairen Ab- beziehungsweise Zuschläge, welche die individuelle Entscheidung aus Sicht der Versichertengemeinschaft kostenneutral gestalten. Hier würde sich die oben skizzierte Regelaltersgrenze anbieten. Im Sinne dieses Charakters wären auch sämtliche Hinzuverdienstgrenzen, sowohl nach Überschreiten eines Bezugspunktes als auch bei einer vorzeitigen Ruhestandsentscheidung aufzuheben. Dies kann im Sinne einer Weiterentwicklung zur unlängst beschlossenen „Flexi-Rente“ gesehen werden, welche zwar die Handlungsspielräume erweitert, aber dennoch auch weiterhin Hinzuverdienstgrenzen kennt. Gleichzeitig bietet sie eine passende Grundlage für den Umgang mit Nebenverdiensten bei gleichzeitigem Rentenbezug. Die Regelung sieht hier vor, dass diese die Rentenanwartschaften in

einem jährlichen Turnus erhöhen, hier bestehen jedoch durchaus Spielräume in der Ausgestaltung.¹⁰

Um Mitnahmeeffekte zu vermeiden, sollte als Voraussetzung für einen vorzeitigen Rentenbezug die Bezüge aus GRV und anderen (nicht-veräußerbaren) Leibrenten, wie z.B. betrieblicher Altersvorsorge (bAV) oder Riester-Rente, oberhalb des Grundsicherungsniveaus zuzüglich eines zu determinierenden Aufschlages als Puffer liegen. Derartige Effekte könnten eintreten, falls bei einem vorzeitigen Renteneintritt Bedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung entsteht, welche durch eine verlängerte Erwerbsphase vermieden oder zumindest verringert hätte werden können. Andere Säulen der Altersvorsorge außen vor, ist dies angesichts

FLEXIBLER RENTENEINTRITT

Eine Versicherte entschließt sich zum Ende des Jahres 2015 vorzeitig in Altersrente zu gehen (ihre Bezüge aus GRV und Leibrenten liegen deutlich über Grundsicherungsniveau). Ab dem 01. Januar 2016 bezieht sie eine Altersrente unter Berücksichtigung der relevanten Abschläge, da der Renteneintritt vor Erreichen des regulären Renteneintrittsalters stattfindet.

Sie entschließt sich neben ihrer Rente wieder erwerbstätig zu werden und erzielt im Jahr 2016 zusätzlich zu ihrer Altersrente ein rentenrelevantes Bruttoeinkommen von 36.267 €. Dies entspricht dem durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelt aller Versicherten, wodurch sie für 2016 einen zusätzlichen Rentenpunkt erhält (vgl. [Rentenversicherung](#)).

Dieser erhöht ihr Entgeltpunktekonto zum Ende des Jahres, wodurch sich ihre Rente ab 2017 ebenfalls erhöht. Hat die Versicherte auch 2016 noch nicht die geltende reguläre Altersgrenze der GRV erreicht, so unterliegen auch die in diesem Jahr erworbenen zusätzlichen Rentenansprüche den entsprechenden Abschlägen. Da ihre Tätigkeit der Rentenversicherungspflicht unterliegt, führen sie und ihr Arbeitgeber jeweils 9,35 Prozent des Bruttolohns als Beitrag an die GRV ab.

¹⁰ [Informationen der Bundesregierung zur Flexi-Rente.](#)

des planmäßig sinkenden Rentenniveaus kein unrealistisches Szenario. In Bezug auf arbeitsmarktrelevante Auswirkungen wäre anzustreben, dass zumindest aus Perspektive der GRV zwischen allen Erwerbspersonen prinzipiell Chancengleichheit herrscht. Im Falle einer Erwerbsphase über die Regelaltersgrenze hinaus oder neben einem vorzeitigen Rentenbezug, müsste somit weiterhin die volle Beitragspflicht der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur GRV bestehen bleiben. Andernfalls verfügen ältere Beschäftigte durch die GRV über einen strukturellen Lohnvorteil.¹¹ Zusammengefasst lässt sich der Vorschlag am Lesebeispiel in oben stehender Box veranschaulichen.

2.3. Stärkere Beteiligung der älteren Generationen an den demografischen Lasten durch eine Neujustierung des Nachhaltigkeitsfaktors

Der Nachhaltigkeitsfaktor (NHF) wurde 2004 mit dem Ziel eingeführt, den Anstieg des Beitragssatzes der GRV bis zum Jahr 2030 auf 22 Prozent zu begrenzen. Er ist Teil der Formel zur Anpassung des aktuellen Rentenwertes und beeinflusst auf diese Weise das Wachstum der Rentenbezüge. Wie in unten stehender Formel dargestellt, wird er durch die Veränderung des s.g. „Rentnerquotienten“ (RQ) definiert, welcher, vereinfacht ausgedrückt, das Verhältnis von Rentenempfängern und Beitragszahlern in der GRV abbildet. Der NHF führt nicht automatisch zu niedrigeren Rentenanpassungen, die letzten Jahre sind dafür exemplarisch. Im Zuge des starken Anstiegs der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, hat sich nämlich das Verhältnis von Leistungsempfängern und Beitragszahler sogar verbessert. Folgerichtig hat der NHF zu einem stärkeren Anstieg des Rentenniveaus geführt. In den kommenden Jahrzehnten ist jedoch

von einer dämpfenden Wirkung des NHF auf die Rentenanpassungen auszugehen. Hintergrund ist der demographische Wandel und das sich damit verbundene abschwächende Erwerbspersonenpotenzial, bei gleichzeitig stark steigender Anzahl an Rentnern durch den Renteneinstieg der Baby-Boomer Generation.

Nachhaltigkeitsfaktor (NHF)_t =

$$\left[\left[1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right] * \alpha + 1 \right]^{12}$$

Die zweite Determinante des NHF neben dem RQ ist der Faktor „ α “, welcher bestimmt in welchem Ausmaß sich Veränderungen des RQ auf den Rentenwert auswirken. In der aktuellen Rentenformel beträgt der Wert dieses Faktors Alpha 0,25. Dies bedeutet, dass nur ein Viertel der durch den RQ abgebildeten Veränderung, welche die finanzielle Struktur der GRV beeinflusst, sich auch auf das Rentenniveau auswirkt. Somit wird im Status Quo auch nur ein Viertel der zukünftig potenziell negativen Auswirkungen des demographischen Wandels durch die Rentner getragen, während die Beitragszahler die verbleibenden drei Viertel schultern müssen. Von Beitragssatzzielen einmal abgesehen, gibt es keinen objektiv „richtigen“ Wert für dieses Alpha, es stellt eine normativ zu bestimmende Größe dar. Dennoch sollte hinterfragt werden, wieso die Lasten des demographischen Wandels zu drei Vierteln von den arbeitenden jüngeren Generationen getragen werden sollten, obwohl eine wesentliche Ursache für den Beitragsanstieg, die geringen Geburtenzahlen der vergangenen vier Dekaden, durch die (zukünftigen) Rentnerjahrgänge verursacht wurde. Eine einseitige Zuordnung der Kosten auf diese ($\alpha = 1$), würde den Bei-

¹¹ Die Beitragspflicht zur Arbeitslosenversicherung würde jedoch wegfallen, da entsprechenden Beiträgen keine Gegenleistung gegenüber steht. Rentner können per Definition nicht i.e.S. arbeitslos werden. Der dadurch

entstehende Lohnvorteil älterer Arbeitnehmer dürfte sich jedoch in Grenzen halten.

¹² Die Anpassung für das jeweilige Jahr (t) erfolgt aus Gründen der Datenverfügbarkeit auf Grundlage der Daten der Vorjahre (t-1, t-2).

tragssatz nach (älteren) Prognosen sogar annähernd auf dem heutigen Niveau halten. Eine derartige Maßnahme hätte jedoch eine deutliche Erosion des Leistungsniveaus der GRV zur Folge, die potenziell sowohl Altersarmut als auch Akzeptanzprobleme induzieren könnte. Ein Alpha von $1/2$, und damit eine gleichmäßige Aufteilung der Kosten des demographischen Wandels auf Leistungs- und Beitragsseite, würde es beispielsweise erlauben das Beitragssatzniveau auch nach 2030 unter den politisch als Maßgabe ausgegebenen 22 Prozent zu halten.¹³ Selbstverständlich wären weitere Abstufungen möglich, wie z.B. die in der GRV häufig anzutreffende 2:1 Logik (siehe Abschnitt 2.1). Dies entspricht einem Alpha in Höhe von einem Drittel, welches die demographischen Belastungen im Verhältnis 2:1 auf Beitragszahler und Rentempfänger aufteilen würde. Zum besseren Verständnis der Wirkung des Faktors Alpha sei auf das in der Box „Die Wirkung des Faktors Alpha“ dargestellte stilisierte Beispiel verwiesen.

2.4. Anpassung der Erwerbsminderungsrente und versicherungsfremden Leistungen

Neben der Altersrente, ist die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ein zentraler Bestandteil der GRV und war in der aktuellen Legislaturperiode bereits Schauplatz mehrerer Reformen. Hintergrund ist die hohe Armutsgefährdung Erwerbsgeminderter, aktuell repräsentieren sie etwa die Hälfte aller Empfänger von Leistungen der Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.¹⁴ Es steht zu befürchten, dass Erwerbsgeminderte auch zukünftig häufig von Altersarmut betroffen sein werden.

DIE WIRKUNG DES FAKTORS ALPHA

Angenommen es gäbe genau 100 Rentner und 500 erwerbstätige Beitragszahler. Das stilisierte Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern (Rentnerquotient) beträgt dann $0,2 (= 100/500)$.

Ein Jahr später sind die Löhne um 10 Prozent gestiegen, wodurch nach der Rentenformel auch die Renten um 10 Prozent steigen sollten. Gleichzeitig sind jedoch auch 5 neue Rentner hinzugekommen, während die Anzahl der Erwerbstätigen konstant geblieben ist. Der Rentnerquotient beträgt nun $0,21 (= 105/500)$, es stehen pro Rentner weniger Erwerbstätige zur Verfügung, um die entsprechende Rente zu finanzieren. Der Rentnerquotient ist um 5 Prozent angestiegen ($= 0,21/0,2$).

Wie aber sollen diese demographisch bedingten zusätzlichen Rentenleistungen verteilt werden? Ohne den NHF, d.h. $\alpha = 0$, müssen in unserem Beispiel ausschließlich die Erwerbstätigen höhere Beiträge zahlen um die höheren Rentenzahlungen zu finanzieren. Die Renten hingegen steigen um 10 Prozent. In diesem Fall tragen nur die Beitragszahler die demographische Belastung. Mit einem NHF von 1 hingegen tragen nur die Rentner die demographisch bedingten Mehrausgaben. In diesem Fall steigen die Rentenleistungen anstatt um 10 Prozent nur um 4,5 Prozent ($= 1,1 * 0,95$), die Beitragszahlungen hingegen bleiben konstant. Im Rahmen der aktuellen Regelung mit $\alpha = 0,25$, steigen die Rentenleistungen statt um 10 Prozent um 8,625 Prozent ($= 1,1 * (-0,05 * 0,25 + 1)$), während die verbleibenden Mehrausgaben durch höhere Beitragszahlungen kompensiert werden. Im postulierten Vorschlag eines $\alpha = 0,33$, steigen die Rentenleistungen um ca. 8,167 Prozent

¹³ Vgl. Börsch-Supan, Reil-Held und Wilke (2003). Eigene Berechnungen auf Grundlage Forschungszentrum Generationenverträge (2016) stützen diese Prognose.

¹⁴ Vgl. Bäcker (2012).

Im Rahmen der GRV stellt insbesondere die Verlängerung der Zurechnungszeit ein effektives Instrument zur Verringerung des Armutsrisikos dar.¹⁵ Die Politik ist dieser Argumentation gefolgt und hat die Zurechnungszeit in dieser Legislaturperiode für Zugangsrenten zunächst ab dem 1. Juli 2014 auf 62 Jahre angehoben, und unlängst in einem weiteren Reformpaket beschlossen, sie von 2018 bis 2024 schrittweise auf 65 Jahre zu erhöhen. Aktuell bestehen Diskussionen, ob die Einphasung der neuen Altersgrenzen nicht graduell bis 2024, sondern zu einem Stichtag in 2018 erfolgen soll. Dies würde einer monatlichen Besserstellung der Versicherten von etwa 50 € entsprechen.¹⁶ Diskutiert wird ebenfalls, ob die Leistung nur für Zugangs- oder auch Bestandsrentner gelten soll. Derartige Maßnahmen würden die finanzielle Situation der Betroffenen ohne Zweifel direkt verbessern und deren Armutsrisiko senken, sie sind jedoch auch mit nicht unerheblichen zusätzlichen Kosten verbunden. Hier zeigt sich, dass die zur Armutsbekämpfung unnötigen wahltaktischen Geschenke wie etwa die „Rente mit 63“ oder die „Mütterrente“, den finanziellen Spielraum der GRV für sinnvolle Reformen einschränken. Sinnvoll wäre es, den Zeitabstand zwischen abschlagsfreier Altersgrenze und dem Ende der Zurechnungszeit zunächst normativ zu bestimmen und anschließend auch im Rahmen zukünftiger Reformen konstant zu halten. Andernfalls wäre wiederum eine Erosion des Leistungsniveaus der EM-Rente die Folge.

In der Diskussion um die zukünftige Ausrichtung der GRV stellt sich weiterhin die Frage, welche Risiken sie überhaupt versichern und welche Leistungen sie erbringen soll. Zur Finanzierung von darüber hinaus gehenden versicherungsfremden Leistungen erhält die GRV prinzipiell Bundeszuschüsse

und aus Steuermitteln finanzierte Erstattungen, z.B. zur Abgeltung von anrechenbaren Kindererziehungszeiten denen keine Beitragsleistungen gegenüberstehen. Die derartigen Zuflüsse summieren sich im Jahr 2015 auf insgesamt ca. 74,5 Mrd. Euro. Die tatsächlichen steuerfinanzierten Mittel dürften deutlich darüber liegen. Diese Bundeszuschüsse folgen dabei eben nicht den tatsächlich anfallenden versicherungsfremden Leistungen, sondern im Wesentlichen der allgemeinen Lohnentwicklung, dem Aufkommen der Mehrwertsteuer sowie der Beitragssatzentwicklung der GRV.

Vor wenigen Jahren sah es in der Tendenz so aus, als könnten die pauschalen Steuerzuschüsse mittelfristig sogar eine Entlastung der Beitragszahler bewirken.¹⁷ Ob sich dieses Bild im Zuge der Implementierung des Rentenpaketes von 2014 in Gänze verschoben hat, lässt sich aufgrund der fehlenden Datenlage nicht eindeutig sagen. Die ständigen Veränderungen des Leistungskataloges der GRV machen jedoch deutlich, dass es im Sinne einer nachhaltigen und transparenten Finanzierung sinnvoll wäre, die Bundeszuschüsse zukünftig nicht an der Lohnsumme oder dem Beitragssatz festzumachen, sondern sie stattdessen an die auszuweisenden versicherungsfremden Leistungen zu koppeln. Die Kommunikation einer derartigen – nachvollziehbaren – Orientierung der Steuermittel an den tatsächlich anfallenden versicherungsfremden Leistungen, könnte das der GRV zugrunde liegende Prinzip der Beitragsäquivalenz stärken und auf diesem Weg die Akzeptanz der Bevölkerung wieder erhöhen. Technische Voraussetzung einer solchen Maßnahme wäre die, höchst wünschenswerte, Diskussion, welche Leistungen die GRV zukünftig überhaupt abdecken soll und ob Aspekte wie etwa die Hinterbliebenenversorgung oder Reha-Leistungen dazu gehören.

¹⁵ Zurechnungszeit: Der Versicherte wird so gestellt, als hätte er von Beginn der Erwerbsminderung bis zum Erreichen einer spezifischen Altersgrenze Rentenbeiträge gezahlt, vgl. Gasche und Härtl (2013). Prinzipiell richtig wäre eigentlich eine Ausdehnung der Riesterförderung auf die EM-Rente. Im Vergleich zur Altersrente dürfte es

im Fall der EM-Rente jedoch deutlich schwieriger sein eine flächendeckende Lebensstandardsicherung aus drei Säulen zu etablieren.

¹⁶ Vgl. [Deutscher Bundestag](#).

¹⁷ Vgl. Raffelhüschen, Moog und Vatter (2011) sowie Fichte (2011).

3. Krankenversicherung

Im Vergleich zur Alterssicherung ist das Feld der Gesundheitspolitik noch komplexer – nicht nur, weil die Konsequenzen des demografischen Wandels nicht so eindeutig gelagert sind wie bei der GRV, sondern auch weil andere Entwicklungen wie der medizinisch-technische Fortschritt greifen. Hinzu kommt, dass sich im Themenfeld Gesundheit mehrere Akteure, wie etwa die unterschiedlichen Leistungsanbieter, befinden. In der Rente sind es nur Beitrags- und Steuerzahler sowie Leistungsbezieher (Rentner). Wohl aus diesem Grund lassen vergleichbare Reformen der Gesundheitssicherung, wie sie die Regierung Schröder in der Rente durchgesetzt hatte, in Deutschland auf sich warten. Dabei ist der Druck auf den Beitragssatz der GKV wesentlich höher einzuschätzen als dies bei der Rente der Fall ist (vgl. Abbildung 1). Somit ist das Tragfähigkeitsproblem der Gesundheit nicht nur komplexer, sondern auch größer.

Die folgenden Abschnitte wenden sich zunächst der Einnahmenseite der GKV zu (3.1), auf welcher das Nachhaltigkeitsproblem der Gesundheitssicherung zwar nicht im Ansatz gelöst werden kann, welche aber im Rahmen einer echten Reform der Gesundheitspolitik mitgedacht werden muss. Anschließend werden einige Reformanregungen vorgestellt, welche mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen induzieren sollen und so Ausgaben senken und/oder Qualität erhöhen könnten (3.2). Zu guter Letzt muss im Gesundheitswesen die Eigenverantwortung gestärkt werden (3.3) – und zwar gerade dort, wo der Patient/Konsument auch rationale Entscheidungen treffen kann, nämlich im Arzneimittel- und ambulanten Bereich.

3.1. Lösung des gordischen Knotens der Reform der Einnahmenseite

Auf der grünen Wiese würde sich wohl niemand das deutsche Krankenversicherungssystem zum Vorbild nehmen. Zum einen gibt es ein System aus gesetzlichen Krankenkassen, in welchen um die 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind, zum anderen gibt es ein – staatlich stark reguliertes – System aus privaten Krankenversicherungen (PKV). Hier sind vor allem Beamte, Selbstständige und besserverdienende Angestellte versorgt, allerdings darf sich insbesondere letztere Gruppe (Selbstständige und Beamte in gewisser Weise ebenfalls) quasi aussuchen, in welchem System sie versichert sein möchte. Somit kommt es zu einer adversen Selektion der Versicherten zwischen GKV und PKV – oftmals hängt diese Entscheidung an der (geplanten) Kinderzahl, da Kinder in ersterem beitragsfrei mitversichert sind, während in letzterem für sie Prämien anfallen.¹⁸

Zum anderen setzt das System der GKV auf lohnabhängige Beiträge. Während dies bei seiner Einführung im Jahr 1883 und den folgenden Jahrzehnten einer gewissen Logik folgte – die Zielgruppe der Arbeiter und Angestellten hatte kaum andere Einkünfte, weiterhin nahm das Krankentagegeld trotz des schon bestehenden Sachleistungsprinzips aufgrund des geringen medizinisch-technischen Fortschritts einen viel höheren Anteil an den Gesamtausgaben ein,¹⁹ ist heute die Lohnbezogenheit auch aus solidarischen Gesichtspunkten (wie sie oft begründet wird) nicht treffsicher. Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der beitragsfreien Familienmitversicherung gibt es Fälle, in welchem Haushalte mit geringerem Lohn Einkommen weniger Beitrag zahlen als Haushalte mit höherem Lohn Einkommen. Man nehme beispielsweise einen Doppelverdienerhaushalt mit jeweils einem Bruttoeinkommen von 3000 Euro im Vergleich zu

¹⁸ Vgl. z.B. Grunow und Nuscheler (2014) sowie Jacobs (2006).

¹⁹ Der Anteil des Krankengeldes an den gesamten Leistungsausgaben der GKV lag beispielsweise 1938 noch bei 22,2 % (vgl. [gesis Datenbank](#)), gegenüber etwa 5,5 %

in 2015 (vgl. [GKV-Spitzenverband](#)). Für einen Überblick bzgl. der Entwicklung des Krankentagegeldes sei auf das Sondergutachten des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2016) verwiesen.

einem Einverdienerhaushalt mit 7000 Euro und zwei versicherten Personen. Im ersten Fall werden bei einem Beitragssatz von 15,6 Prozent Beiträge zusammen in Höhe von 936 Euro abgeführt, im zweiten Fall lediglich 678,60 Euro. Aus diesem Grund ruft mancher nach einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze.

Ohne eine Beitragsbemessungsgrenze verliert die GKV allerdings ihren Charakter als Sozialversicherung, da der Beitrag in der Konsequenz steuerähnliche Züge aufweist und folglich auch so zu behandeln wäre. Zudem ist bei einem Deckungsgrad von 90 Prozent der Bevölkerung der Lohn beziehungsweise Lohnersatz kein eindeutiges Kriterium für die Leistungsfähigkeit der Haushalte, gibt es doch auch im Mittelstand signifikantes Einkommen aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitaleinkünfte. Somit wird nur der Faktor Arbeit „besteuert“, was entsprechende volkswirtschaftliche Ausweichreaktionen mit sich bringen dürfte.

Die Politik hat diese Dilemmata spätestens seit der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme – besser bekannt nach ihrem Vorsitzenden als Rürup-Kommission – erkannt und streitet seitdem um Lösungsansätze.²⁰ Mehrere Parteien – insbesondere SPD, Linke und Grüne – vertreten dabei Konzepte, welche sich unter dem Namen Bürgerversicherung zusammenfassen lassen. Die Bürgerversicherung ist ein kongenialer Wahlkampfschlager, welcher seit der Rürup-Kommission in keinem Wahlkampf fehlen darf. Die zentrale Forderung lautet dabei die „Zwei-Klassen-Medizin“, also die Trennung der Versicherten in GKV und PKV, abzuschaffen. Manchmal werden Bürgerversicherungsmodelle noch damit garniert, dass entweder neue Finanzierungsquellen wie etwa Kapitaleinkünfte erschlossen werden oder die Beitragsbemessungsgrenzen zumindest angehoben, manchmal sogar aufgehoben werden sollen. Allerdings sind mit diesen Modellen mehrere Probleme verbunden. Sie adressieren zwar durchaus, wie oben angedeutet, Richtiges

wie die adverse Selektion der Versicherten, allerdings bestehen in der Umsetzung größte Schwierigkeiten. Das Fortbestehen einer (mindestens) Zwei-Klassen-Medizin, ist dabei noch das geringste Problem (mancher Fußballer lässt sich bereits heute im Ausland behandeln, dieses Phänomen würde in der Folge schlicht auch auf weniger exklusive Gruppen ausgeweitet).

Die Frage ist nämlich, wie sich bisher privat Versicherte in die GKV überführen lassen. Geschieht dies mit allen PKV-Versicherten zum selben Zeitpunkt, dürfte eine lange Zeit mit entsprechenden Gerichtsverhandlungen ins Land gehen. Nicht nur die Unternehmen der PKV dürften Einspruch gegen eine solche Vorgehensweise einlegen, auch langjährig Versicherte, welche einen gewissen Bestandsschutz insbesondere auch ihrer Altersrückstellungen erwarten dürfen, würden vor Gericht ziehen. Zwingt man hingegen nur alle Neu-Versicherten ab einem bestimmten Stichtag in die GKV, so dürfte dies politisch wenig attraktiv sein, da die „Zwei-Klassen-Medizin“ auf diese Weise noch jahrzehntelang fortgeschrieben wird.

Auch die Erweiterung der Beitragsbemessung ist in der Praxis keineswegs so einfach wie oft getan wird. Die Sozialversicherung arbeitet nach dem Bruttoprinzip, es gibt beispielsweise keinen Arbeitnehmerpauschbetrag wie bei der Einkommenssteuer. Dies würde bei entsprechenden Beiträgen, etwa aus der Vermietung von Immobilien, zu starken Verwerfungen führen. Investitionen wären dann nicht mehr absetzbar und somit ebenfalls „verbeitragt“. Eine Umstellung auf das Nettoprinzip hingegen, würde die gesetzlichen Krankenkassen quasi zu Finanzämtern machen und dürfte die Verwaltungskosten stark erhöhen.

Wie löst man nun aber diesen gordischen Knoten aus adverser Selektion und falscher Bemessungsgrundlage auf? Die Antwort ist die leider in der Politik und Öffentlichkeit zu Unrecht in Misskredit geratene sogenannte Kopfpauschale, also eine Um-

²⁰ Vgl. Rürup (2003).

stellung der GKV-Beiträge auf nicht-diskriminierende Prämien mit sozialem Ausgleich aus Steuermitteln. Breyer (2012) interpretiert diese Variante auch als den einzigen legalen Weg in die Bürgerversicherung. Die Kopfpauschale beseitigt die oben genannten Missstände aus adverser Selektion und falscher Beitragsbemessung sehr einfach und mit relativ überschaubarem Bürokratieaufwand. Allerdings dauert die Überwindung der dualen Versicherung ein paar Jahrzehnte. Dafür sind es Markentscheidungen, welche zur Verschmelzung führen und nicht der politische Zwang. Denn eine Kopfpauschale muss per Definition immer günstiger sein als eine entsprechende PKV-Prämie, da es in der GKV keine Alterungsrückstellungen gibt und zudem die Preise der PKV für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich höher sind. Hinzu kommen keine Aufwendungen für Kinder (welche der Steuerzahler übernehmen würde) und eine soziale Absicherung, welche ökonomisch auch als Versicherung gegen Einkommensschocks verstanden werden könnte.

Langfristig würden Unternehmen der PKV dann potenziell ebenfalls dazu übergehen Tarife mit Kopfpauschalen und dem GKV-Leistungskatalog anzubieten und Gewinne lediglich im Zusatzversicherungsgeschäft zu erzielen (welches, würde man dem hier dargestellten Gesamtkonzept folgen, aufgrund der Leistungskürzungen des GKV-Katalogs, siehe 3.3, ansteigen dürfte). Es käme also zur Bürgerversicherung – allerdings mit lohnunabhängigen Beiträgen beziehungsweise Prämien. Dass dann der Pförtner das Gleiche für seinen Krankenversicherungsschutz bezahlt wie die erfolgreiche Anwältin mag auf den ersten Blick als Nachteil interpretiert werden, allerdings erhält der Pförtner eine steuerfinanzierte Subvention, welche zu einem signifikanten Teil von der erfolgreichen Anwältin stammen dürfte. Der soziale Ausgleich wäre

somit ebenfalls erheblich treffsicherer und funktioniert auch in der Praxis, wie das Beispiel der Schweiz verdeutlicht.²¹

3.2. Mehr Wettbewerb

Eine wirkliche Lösung des Nachhaltigkeitsproblems der GKV und der damit verbundenen steigenden Beitragssätze könnte ein intensiverer Wettbewerb zwischen den Leistungsbietern sein. Zwar ist die Evidenz, ob mehr Wettbewerb wirklich zu Einsparungen bei den Ausgaben führt durchaus gemischt, aber das Beispiel des Vereinigten Königreichs zeigt, dass man entweder weniger Ausgaben oder bei gleichen Ausgaben zumindest eine höhere Qualität erwarten darf.²² In der Vergangenheit hat es die Politik zwar verstanden, „Wettbewerb“ in den Titel von Reformgesetzen mit aufzunehmen, die tatsächlichen Maßnahmen, wenngleich durchaus Schritte in die richtige Richtung, waren jedoch oft zu klein dimensioniert um wirklich Wirkung zu entfalten. Oftmals werden dadurch marktwirtschaftliche Reformen sogar diskreditiert, denn – so postuliert – die erwarteten Reformgewinne blieben ja augenscheinlich aus. Wer also mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen möchte, sollte sich die Spielfelder gut aussuchen und dann auch signifikante Maßnahmen einleiten. Aus diesem Grund stehen im Weiteren vor allem zwei Märkte im Fokus – der Apotheken- und Krankenhausmarkt – obwohl intensiverer Wettbewerb auch in den anderen Sektoren durchaus denkbar und aus einer ordnungspolitischen Sicht auch wünschenswert wäre.

²¹ Für eine detaillierte Diskussion von Bürgerversicherung und Kopfpauschale und ihrer Verteilungswirkungen, vgl. Fetzer (2006). Eine generelle Analyse des Schweizer Kopfpauschalensystems findet sich in Greß (2005), für eine aktuelle kritische Bewertung des Sozialausgleiches, vgl. Dennig, Greß, Jacobs und Reinhart

(2010). Einen generellen Überblick der Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems bietet. z.B. die [Bundeszentrale für politische Bildung](#).

²² Vgl. Cooper, Gibbons, Jones und McGuire (2011).

3.2.1. Apothekenmarkt

Der Apothekenmarkt scheint für eine Liberalisierung des Gesundheitswesens besonders prädestiniert, denn zum einen gibt es schon heute eine bestehende Marktkultur mit Preisen und Bezahlung des Patienten als Kunden. Zum anderen könnte die aktuelle Debatte um den Versandhandel im Apothekenwesen genau die Sollbruchstelle zu sein, welche diesen bisher abgeschotteten Markt öffnet. Die Argumente hinsichtlich einer dadurch bedrohten Versorgungssicherheit in einem der am dichtesten besiedelten Flächenstaaten Europas sind dabei leicht zu entkräften.²³ Der deutsche Apothekenmarkt ist bei aller notwendigen Regulierung von Arzneimitteln einer der stärksten regulierten Gesundheitsteilmärkte. Dies ist vor allem zwei Regelungen anzulasten – dem sogenannten Fremdbesitzverbot auf der einen und seinem Pendant, dem sogenannten Mehrbesitzverbot, auf der anderen Seite. Beide finden sich so in fast keinem anderen Sektor wieder und werden von den Profiteuren entsprechend aggressiv verteidigt.

Das sogenannte Fremdbesitzverbot regelt, dass eine Apotheke nur von einem approbierten Pharmazeut/Apotheker besessen und geleitet werden darf. Hier geht es also nicht nur um die eigentliche Gesundheitsleistung, beispielsweise die Herstellung von Salben, sondern auch um die Verantwortung als Unternehmer. Warum diese nur von entsprechendem Fachpersonal getragen werden können sollte, wird in der Regel mit dem Argument begründet, dass es nicht zu einer (reinen) Profitmaximierung bei einem solch sensiblen Gut wie Arzneimitteln kommen sollte. Dieses Argument sticht in einer sozialen Marktwirtschaft mit einem ausgeprägten Haftungsrecht jedoch komplett ins Leere. Nach dieser Logik dürfte es weder börsennotierte Pharmakonzerne noch private Kliniken geben, welche von diversen Menschen mit verschiedenen

Hintergründen besessen und geleitet werden können. Zudem stellt sich die Frage, warum der Pharmazeut seiner Natur nach nicht nach Profitmaximierung streben sollte – bei anderen freien Berufen, wie etwa dem Rechtsanwalt oder dem Unternehmensberater, wird auch nicht von einem weniger Gewinn-orientiertem Menschenbild ausgegangen. Der Apotheker ist wie alle Selbstständigen in erster Linie ein ehrbarer Kaufmann – deshalb sollte es auch anderen ehrbaren Kaufleuten erlaubt sein, eine Apotheke mit angestellten Pharmazeuten zu besitzen und zu führen.

Neben dem Fremdbesitzverbot ist das sogenannte Mehrbesitzverbot aus ökonomischer Sicht deutlich zu kritisieren. In Kürze besagt es, dass ein Apotheker nicht mehr als vier Filialen besitzen darf (eine Haupt- und bis zu drei Nebenfialen). Damit wird de facto unterbunden, dass sich größere Unternehmen am Apothekenmarkt bilden. Begründet wird dies mit der Versorgungssicherheit, insb. der ländlichen Bevölkerung.²⁴ Doch auch hier kann das Argument einer genaueren Analyse nicht standhalten. Denn eine größere Konzentration im Apothekenmarkt unter Wettbewerbsbedingungen führt nicht gleichbedeutend zu einem Kleinbesitzverbot. Im ländlichen (und je nach Wettbewerbslage auch im städtischen) Raum könnte also weiterhin die Kleinstapotheke tätig sein – und dort, wo es sich nicht lohnen sollte, eine Apotheke wirtschaftlich zu führen, ist ohnehin die Gebietskörperschaft gefragt, eine solche Daseinsfürsorge, sofern politisch gewollt, notfalls mit Steuermitteln einzurichten. Monopolstrukturen wie in den USA, wo es in ländlichen Gebieten oftmals nur einen Anbieter gibt, welcher dann entsprechende Preismacht ausübt, kann es im deutschen System für verschreibungspflichtige Medikamente kaum geben, da die Krankenkassen die Preisspannen hier weitgehend festlegen. Zudem könnten neue Vertriebsstechniken, wie beispielsweise Apothekenbusse zur mobilen

²³ Vgl. z.B. *Monopolkommission (2010)*.

²⁴ Vgl. z.B. [die Stellungnahme der Bundesregierung auf eine Anfrage der Partei der Grünen bezüglich des Arzneimittelmarktes](#).

Versorgung ländlicher und strukturschwacher Regionen, hier Abhilfe schaffen, sofern sie nicht wie bisher durch Regulierung ausgehebelt werden.²⁵

Eine weitere Liberalisierung wäre auch für sogenannte Over-the-counter Medikamente angebracht. Zwar hat dies kaum Auswirkungen auf das Budget der GKV, jedoch trägt es zum Wettbewerbsgedanken im Gesundheitswesen bei. Warum souveräne und erwachsene Käufer zwar hochprozentige Spirituosen und Tabakwaren im Supermarkt kaufen dürfen, Aspirin oder bestimmte Salben jedoch nicht, erschließt sich dem objektiven Betrachter kaum. Bei Fragen hilft ja die Packungsbeilage und in Zukunft vielleicht auch ein über das Smartphone kontaktierter Arzt oder Apotheker.

3.2.2. Krankenhausmarkt

Medial hat der Wettbewerb im Krankenhausmarkt einen schweren Stand. Wer sich einschlägige Fernsehsendungen (Talk-Shows) ansieht, wird oftmals die Formel hören, mit der Gesundheit von Menschen solle auf keinen Fall Geld verdient werden. Wirtschaftswissenschaftlich spricht jedoch nichts gegen ein Gewinnstreben von Krankenhäusern, sofern es sich um einen Wettbewerb um die beste Qualität handelt. Der Profit ist im Wettbewerb sowieso nicht das Entscheidende – sondern vielmehr die Tatsache, dass gute Krankenhäuser wachsen und schlechte Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden können beziehungsweise müssen. Die Krankenkassen wären in einem solchen Wettbewerb die Hüterinnen der Qualität. Leider findet ein solcher Wettbewerb um Qualität und Effizienz in Deutschland noch nicht im ausreichenden Maße statt.

Deutschland weist laut Statistik der OECD 8,2 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohnern aus und belegt damit einen internationalen Spitzenplatz. Zwar ist Deutschland ein Land mit einer älteren und somit auch kränkeren Bevölkerung, allerdings sticht der Unterschied beispielsweise zur Schweiz

mit 4,6 Betten oder gar Schweden mit 2,5 Betten doch hervor.²⁶ Dabei herrscht bereits ein gewisser Wettbewerb auf der Qualitätsseite der Krankenhäuser, doch fehlt noch ein wichtiges Vehikel zur Vollendung – nämlich ein Kündigungsrecht für den Kunden. Der Kunde ist in diesem Fall die Krankenkasse – sie bezahlt im Normalfall die Rechnung.

Krankenhäuser und Krankenkassen schließen gemeinsam einen sogenannten Versorgungsvertrag ab – ein Preiswettbewerb findet dabei durch das Fallpauschalensystem nicht statt. Theoretisch ist es denkbar, den Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus zu kündigen, sofern dieses eine unzureichende Qualität anbietet oder nur geringe Fallzahlen in einzelnen Anwendungsgebieten aufweist. In der Praxis macht die Politik jedoch oft einen Strich durch diese Rechnung, indem die zuständige Landesbehörde erklärt, dass entsprechende Krankenhaus sei für eine bedarfsgerechte Versorgung unverzichtbar.²⁷ Aus diesem Grund gibt es in Deutschland laut Busse et al. (2016) zu viele und zu kleine Krankenhäuser. Notwendig ist daher ein echter Qualitätswettbewerb, aus welchem unqualifizierte Häuser auch ausscheiden können müssen. Dies könnte in der Folge sogar positive Auswirkungen auf die angespannte Personaldecke der guten Krankenhäuser haben, da entsprechende Kapazitäten bei Ärzten und Pflegepersonal freigesetzt würden. In ländlichen Regionen ist dabei zu beachten, dass keine Monopolstrukturen entstehen, dies liegt jedoch bereits heute in der Hand der Bundesländer.

Das Leitmotiv des Gutachtens, die Frage, wie sich mehr Wettbewerb auf den Beitragssatz zur GKV auswirkt, ist in beiden Fällen nicht leicht zu beantworten – ist der Wettbewerb doch frei nach Hayek ein Entdeckungsverfahren mit ungewissem Ausgang. Die Tendenz ist jedoch klar – bessere Qualität bei niedrigeren Ausgaben.

²⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014).

²⁶ Vgl. [OECD](#).

²⁷ Vgl. [Bundeszentrale für politische Bildung](#).

3.3. Mehr Eigenverantwortung

Eine der schwierigsten und am kontroversesten Debatten der Gesundheitsökonomik ist die Frage, welche Leistungen eigentlich Bestandteil einer sozialen Krankenversicherung sein sollten und welche Leistungen eher den Charakter normaler Güter haben und somit der souveränen Entscheidung der Konsumenten unterliegen. Letztere können der privaten Entscheidung überlassen werden oder zumindest einem privatisierten Markt mit entsprechender Regulierung (wie beispielsweise im KFZ-Haftpflichtwesen). Eine zweite Frage ist, wie die Allokation bestimmter Gesundheitsgüter, welche grundsätzlich über die soziale Krankenversicherung abgesichert sind, erfolgen soll.

Grundsätzlich gibt es hier zwei Denkschulen, welche beide kaum in reiner Form auftreten: Erstere ist das System der sogenannten Gatekeeper. Hier entscheidet entsprechendes Fachpersonal, ob beispielsweise ein Arztbesuch notwendig oder ein Facharzt aufgesucht werden sollte. Dieses Regime kommt vor allem in Ländern zum Einsatz, welche ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem haben und in welchem die Leistungserbringer weniger Unternehmer denn Angestellter sind. Beispiele hierfür sind das Vereinigte Königreich oder Schweden. Die andere Philosophie erlaubt dem Patient eine eigenständige Entscheidung, erwartet von ihm für dieses Recht jedoch auch eine gewisse Kostenbeteiligung via eines Selbstbehalts. Ein Beispiel hierfür wäre die Schweiz mit einer obligatorischen Selbstbeteiligung. Das deutsche System mit freier Arztwahl und der Ausgestaltung der meisten ambulanten Leistungserbringer als freie Berufe, wäre grundsätzlich ebenfalls für ein solches System prädestiniert.

²⁸ Für eine allgemeine Diskussion der Grundlage staatlichen Handelns im medizinischen Bereich vgl. Breyer, Zweifel und Kifmann (2013).

3.3.1. Überprüfung des Leistungskatalogs

Die Gesundheit, beziehungsweise die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, ist kein normales Gut. Deshalb ist es in der Ökonomie nahezu unbestritten, dass gewisse Staatseingriffe und Marktregularien wohlfahrts- und effizienzsteigernd sein können – und somit auch durchzuführen sind. Beispielfhaft sei hier auf die für einen funktionierenden Markt notwendige, aber in manchen medizinischen Bereichen fehlende Konsumentensouveränität verwiesen.²⁸ Eine souveräne Entscheidung, welcher Arzt und welche Behandlung bei welchen Kosten nun zu wählen sei ist, beispielsweise im Falle eines Herzinfarkts, nur schwer vorstellbar. In einem ersten Schritt könnte natürlich auch eine private Versicherungslösung Abhilfe schaffen, aber auch hier besteht eine wissenschaftliche Debatte über die eigenständige Entscheidungsfähigkeit.

Der Nobelpreisträger Arrow wies beispielsweise bereits 1963 darauf hin, dass die Nachfrage nach medizinischer Versorgung nur schwer vorhersehbar ist und damit auch die Wahl des effizienten Versicherungsschutzes schwer fällt.²⁹ Weiterhin kann bei der Nachfrage nach medizinischen Leistungen auch von einer Kostenspirale gesprochen werden, da sich die Nachfrage im Krankheitsfall intensivieren kann, bei gleichzeitigem Verlust des Einkommens, was wiederum eine souveräne Entscheidung schwierig macht. Häufig können Patienten auch die Qualität der medizinischen Versorgung schlecht beurteilen, da im Gegensatz zu anderen Dienstleistungen, etwa im Friseurhandwerk, keine einfachen Lerneffekte auftreten. Ferner bleiben vielfach auch die Kausalitäten unklar, wie etwa bei der Frage, ob der Eingriff des Arztes entscheidend für die Gesundung des Patienten war oder nicht doch die anschließende Bettruhe. Aus diesen und anderen Gründen sehen wir in den entwickelten Staaten weitreichende Staatseingriffe nicht nur auf den Märkten für medizinische Leistungen,

²⁹ Vgl. Arrow (1963).

sondern vor allem auch auf den Märkten für Krankenversicherungsleistungen.

Vor diesem Hintergrund könnte nun eigentlich eine Diskussion um die Privatisierung einzelner medizinischer Leistungen im Keim erstickt werden, denn oben genannte Einwände können generell nur schwierig widerlegt werden. Doch ist Vorsicht geboten, alle medizinischen Leistungen über einen Kamm zu scheren. So kann die Behandlung des oben genannten Herzinfarkts mit einer Kariesbehandlung nicht völlig gleich gestellt werden. Gerade der zahnmedizinische Bereich stellt ein Feld dar, in welchem durch starke Selbstbeteiligungen der Patienten bereits eine gewisse Tendenz zur Privatisierung erkennbar ist. Aus ordnungspolitischer Sicht sollte dieser Weg konsequent zu Ende gegangen werden und eine Ausgliederung dentalmedizinischer Behandlungen (mit einigen wenigen Ausnahmen beispielsweise bei Krebserkrankungen) aus dem Leistungskatalog erfolgen.

Nach Sintonen und Linnosmaa (2000) sind die Begründungen der gesundheitsökonomischen Forschung für Staatseingriffe im zahnmedizinischen Gesundheitswesen nur sehr eingeschränkt und bedingt gültig. Als stärkstes Argument soll hier als erstes der fehlende Notfallcharakter i.e.S. angeführt werden. Die meisten zahnmedizinischen Krankheitsbilder mögen zwar unangenehm sein und somit auch in der Alltagssprache ab und an als Notfälle bezeichnet werden, es handelt sich jedoch meist um keine Erkrankungen mit existenziellem Charakter, wie etwa ein Herzinfarkt oder einer Krebserkrankung. Somit sind auch die Behandlungen besser planbar. In der Regel ist sogar ein Kostenvergleich bei verschiedenen Anbietern beziehungsweise Zahnärzten möglich. Weiterhin kennt die Dentalmedizin im Vergleich zur Humanmedizin nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl verschiedener Krankheitsbilder und verfügt diesbezüglich über eine höhere Prognosesicherheit. Da einzelne Krankheitsbilder auch häufiger auftreten können

(z.B. parodontale Erkrankungen) beziehungsweise es häufig zu Vorsorgeuntersuchungen kommt, können auch Lerneffekte bei Einschätzung des behandelnden Arztes entstehen. All dies sollte einen Marktprozess ohne größere staatliche Eingriffe möglich machen, zumal auch eine private Versicherung im derzeitigen Leistungsumfang der GKV finanziell tragbar ist. Dies zeigen auch die Erfahrungen anderer Staaten wie etwa die Schweiz oder Norwegen.

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes lagen die Ausgaben für Zahnmedizin und -ersatz der GKV im Jahr 2016 bei rund 13,88 Mrd. Euro.³⁰ Eine vollständige Privatisierung würde – bei gleichbleibendem Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds – eine Beitragssatzreduktion von ca. einem Prozentpunkt entsprechen, welcher auch über die Zeit konstant anhalten würde.³¹

3.3.2. Selbstbehalte in der GKV

Wie bereits in der Diskussion der Privatisierung der Dentalmedizin angedeutet, liegt im Gesundheitswesen oftmals eine eingeschränkte Konsumentensouveränität vor. Am deutlichsten dürfte dies im stationären Sektor ausgeprägt sein, da hier entweder lebensbedrohende Notfälle und/oder Krankheiten mit hohen Behandlungskosten vorliegen. Wie erörtert, dürfte die Souveränität der Patienten im zahnmedizinischen Bereich deutlich stärker ausgeprägt sein, der ambulante und Arzneimittel-sektor liegen wohl im Bereich dazwischen. Es stellt sich unter diesen Umständen die Frage, wer für eine effiziente Allokation der Ressourcen – insbesondere da es sich um eine solidarische Zwangsversicherung handelt – verantwortlich ist. In erster Linie sind dies Leistungserbringer und Krankenkassen, welche das nötige Fachwissen und die rechtlichen Kompetenzen mitbringen und aus dieser Perspektive heraus entscheiden können, welche Maßnahmen für eine Behandlung ergriffen werden müssen. Allerdings gesteht das deutsche System

³⁰ Vgl. [GKV-Spitzenverband](#).

³¹ Entsprechend der Faustformel des [Bundesgesundheitsministeriums](#) entspricht 2016 ein Beitragssatzpunkt in etwa Einnahmen von 13 Mrd. Euro.

dem Patienten insbesondere bei der Wahl und Häufigkeit des Arztbesuches auch eine gewisse Souveränität zu. In Deutschland kann jeder individuell entscheiden, wie oft und zu welchem Arzt er oder sie geht. Auch der Besuch eines Facharztes ohne vorherige Konsultation eines Hausarztes ist möglich. Damit diese Entscheidungen effizient getroffen werden, bedarf es einer Wahrnehmung der dabei entstehenden Kosten. In einem Versicherungssystem ist dies nur über Selbstbehalte darstellbar.

Selbstbehalte sind im Versicherungswesen ein gängiges Instrument um das Phänomen des sogenannten moralischen Risikos einzudämmen. Bei einer Vollversicherung ergibt sich ein Anreiz mehr zu konsumieren als dies bei einem Selbsttragen der Kosten der Fall wäre (unabhängig ob das Einkommen dafür ausreichen würde). Daher machen Selbstbehalte auch nur dort Sinn, wo echte Verhaltensänderungen induziert werden können. Die PKV zeigt, dass dies im ambulanten Sektor und bei Arzneimitteln der Fall ist. Bei letzterem kann der Patient zwar nicht über den Wirkstoff bestimmen, wohl aber beispielsweise darüber, welcher Hersteller das Präparat anbietet und welche nicht-gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen eintreten dürfen (sofern eine Auswahl besteht). Dies mag im ersten Moment im Vergleich zum Status Quo hart erscheinen, jedoch finden ähnliche Entscheidungen tagtäglich statt – sei es bei Lebensmitteln, Autos oder der Lage der Wohnung.

Im Gegensatz zur häufig geäußerten Kritik, zeigen Studien wie das berühmte RAND-Experiment oder auch neuere Evidenz aus der Schweiz, dass Patienten nicht per se auf notwendige Behandlungen verzichten, sobald sie sich einem Selbstbehalt gegenüber sehen.³² Die entscheidendere Frage ist, wie hoch ein beispielsweise absoluter Selbstbehalt für die GKV zu wählen wäre. In einer Studie rechnen Hagist und Raffelhüschen (2010) mit PKV-Tarifen die Wirkungen von Selbsthalten für die GKV aus und kommen zu dem Schluss, dass bei einer

Auswahl zwischen 500, 900 und 1500 Euro die optimale Steuerungswirkung bei 900 Euro erzielt wird. Allerdings dürften die Versicherten der PKV insgesamt höhere Einkommen erzielen, weswegen ein effizienter Selbstbehalt für die GKV auch durchaus niedriger ausfallen könnte.

Auf Grundlage der Berechnungen von Hagist und Raffelhüschen (2010) würden bei einem Selbstbehalt von 900 Euro Beitragssatzsenkungen von etwas über zwei Prozentpunkten im Jahr 2030 möglich sein, welche über die Zeit sogar in einem gewissen Umfang ansteigen würden (siehe Tabelle 1 in Abschnitt 5). Somit erscheinen Selbstbehalte als eines der wichtigsten Instrumente für eine Stabilisierung des Beitragssatzes zur GKV. Sollte es zudem, wie in 3.1 beschrieben, zu einem liberaleren Versicherungsmarkt kommen, könnten diese durch den im Kopfpauschalensystem verankerten Steuer-Transfer-Ausgleich sozialpolitisch flankiert und/oder mit Zusatzversicherungen rückversichert werden. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass wir uns – zumindest im ambulanten Bereich – vom Sachleistungsprinzip in der GKV verabschieden müssten, da der Selbstbehalt nur dann funktioniert, wenn der Patient auch eine Rechnung im Kostenerstattungsverfahren bekommt und diese dann auch kontrolliert.

4. Pflegeversicherung

4.1. Eigenverantwortung durch sozial verträgliche Karenzzeiten stärken

Auch die SPV war in der vergangenen Legislaturperiode Gegenstand von Reformbemühungen. Der Geist dieser jüngsten Reformen im Sinne einer stetigen (wenn auch aus Perspektive der Betroffenen durchaus sinnvollen) Leistungsausweitung, wie etwa der Integration von Demenzkranken, wird die Tragfähigkeit der SPV zukünftig jedoch aller Voraussicht nach übersteigen. Wie in Kapitel 1 erläu-

³² Vgl. *Newhouse (1993) sowie Boes und Gerfin (2016)*.

tert, bildet auch die SPV keine Ausnahme hinsichtlich der künftigen finanziellen Situation der Sozialversicherungen. Der entsprechende Beitragssatz dürfte sich nach aktuellem Stand unter realistischen Annahmen bis 2040 auf knapp 5 Prozent gegenüber heute verdoppeln, anschließendes Steigerungspotenzial ist angesichts der weiteren demographischen Entwicklung zu vermuten. Da ein derartiges Szenario weder umsetzbar noch aus intergenerativen Verteilungsaspekten wünschenswert erscheint, liegt, äquivalent zur Situation der GRV und GKV, eine sinnvolle Lösung für den Umgang mit dieser Belastung in einer zielorientierten Aufteilung der Lasten zwischen Beitragszahler und Pflegebedürftigen.

Ein sinnvolles Ziel könnte dabei darin bestehen, Leistungskürzungen umzusetzen ohne die SPV in ihrer generellen Leistungsfähigkeit zu marginalisieren. Soll die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungen auch in den kommenden Jahrzehnten erhalten bleiben, führt daher an einer Priorisierung der Aufgaben der SPV kein Weg vorbei. Dabei stellt sich die Frage, für welche Risiken es der Bevölkerung zugemutet werden kann, sie in Eigenverantwortung abzudecken, und wann eine Überforderung des Einzelnen eintritt, die durch den Sozialstaat getragen werden sollte.

In ihrer Analyse der Pflegeverläufe in der SPV zeigen Häcker und Hackmann (2012), dass sich grundsätzlich zwei idealtypische Pflegefälle identifizieren lassen: Entweder verbringen Versicherte am Ende ihres Lebens lediglich ein Jahr in Pflege, oder sie überleben dieses und verbleiben in diesem Fall äußerst lange in der Pflegebedürftigkeit. Letzteres führt zu enormen Kosten, welche der durchschnittliche Versicherte zumindest nicht vollständig zu tragen in der Lage sein dürfte. Das vergleichsweise kleine (Ausgaben-) Risiko einer kurzen Pflegebedürftigkeit ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Planbarkeit dieses Ereignisses, dagegen ein durchaus zumutbares Szenario. Während die Wahrscheinlichkeit einer langjährigen Pflegebedürftigkeit analog zum in der GRV abgesicherten Langlebkeitsrisiko nur schwer abzuschätzen ist,

kann von einem mündigen Bürger erwartet werden, dass er die (relativ) hohe Wahrscheinlichkeit zumindest kurzzeitig auf Pflege angewiesen zu sein antizipiert und entsprechend vorsorgt.

Eine Möglichkeit, diese beiden empirischen Basisfälle abzudecken, besteht darin die SPV zu einer Hochrisikoversicherung umzubauen. Ein in diesem Sinne geeignetes Instrument stellen so genannte Karenzzeiten dar, d.h. eine bestimmte Zeitperiode zwischen dem Zeitpunkt des Leistungsbedarfes (der Pflegebedürftigkeit) und der Leistungsübernahme (dem Erhalt von Versicherungsleistungen), wie sie von Häcker, Hackmann und Raffelhüschen (2011) vorgeschlagen werden. Als Resultat dieser Maßnahme, könnte der Beitragssatz der SPV unter Berücksichtigung einer einjährigen Karenzzeit bis 2029 konstant gehalten werden. Der Versicherte würde in dieser Variante im ersten Jahr seiner Pflegebedürftigkeit keine Leistungen von der SPV erhalten. Eine mehrjährige und damit kostenintensive Pflege bliebe jedoch weiterhin abgedeckt. Karenzzeiten greifen somit die beiden idealtypischen Pflegeverläufe auf und allokiert das relativ kleine Risiko einer kurzweiligen Pflegebedürftigkeit in den eigenen Verantwortungsbereich des Versicherten, während langfristige Pflegefälle über die SPV abgesichert sind.

Auch im Zusammenspiel mit den weiteren Versicherungszweigen erscheint dies als eine Möglichkeit, ein für den Beitragszahler tragfähiges Szenario zu erreichen. Gleichzeitig könnte eine Erosion der Zahlungsleistungen der SPV für Hochrisikofälle vermieden werden. Somit wäre dem Szenario vorgebeugt, dass zukünftig nur noch vergleichsweise kleine Risiken abgesichert sind, große Risiken dagegen nur unzureichend, mit der Folge einer Umkehrung des sozialpolitischen Versicherungsziels. Eine Entwicklung, wie sie aktuell nicht mehr ausgeschlossen werden kann.

In ihrem Umfang, d.h. in der Frage der Länge der Karenzzeit, besteht eine große Flexibilität. Eine zweijährige Wartezeit ließe den Beitragssatz beispielsweise sogar bis 2036 auf dem heutigen Ni-

veau. Analog zur graduellen Einphasung der in Kapitel 2.1 beschriebenen Rentenreform, könnte ein solches Konzept auch über die Zeit gestaffelt eingeführt werden. Es sei jedoch darauf hin gewiesen, dass eine nur sehr langfristig implementierte und/oder kurz bemessene Karenzzeit zum einen die Kosten des demographischen Wandels überwiegend jüngeren Kohorten zuordnet, und zum anderen die Handlungsfähigkeit der SPV wiederum einschränken könnte.

4.2. Kapitaldeckung

Es stellt sich die Frage, wie mit der als Konsequenz der Einführung von Karenzzeiten entstehenden Versorgungslücke umgegangen werden sollte. Im Gegensatz beispielsweise zur GKV, stellt die SPV bereits heute nur eine Teilkaskoversicherung dar. Die tatsächlichen Pflegekosten liegen in der Regel deutlich über den entsprechenden Leistungspauschalen der SPV. Die durch die Karenzzeit induzierte Versorgungslücke stellt daher keinen Paradigmenwechsel dar. Äquivalent zum Fall des in der GRV abgesicherten Langlebighkeitsrisikos, wird das ähnlich gelagerte Pflegerisiko seitens der Bevölkerung jedoch vermutlich unterschätzt.³³ Eine derartige Reform könnte daher als Ansatzpunkt für eine gezielte Transparenzoffensive dienen, mit dem Ziel über die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer Pflegebedürftigkeit und ihrer finanziellen Folgen aufzuklären, und somit ein verbessertes Vorsorgebewusstsein innerhalb der Bevölkerung zu schaffen.

Denkbar wäre alternativ ebenfalls, zumindest diese neu entstehende Versorgungslücke durch eine obligatorische und/oder geförderte kapitalgedeckte Teilkaskoversicherung abzudecken, und auf diese Weise sowohl die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, als auch die intergenerativen Verteilungswirkungen zu begrenzen. Ein ähnliches Ziel, jedoch bezüglich einer ergänzenden

Versicherung als Gegenstück zum aktuellen Leistungskatalog der SPV (ohne Karenzzeiten), war bereits Bestandteil des Koalitionsvertrages auf Bundesebene von CDU und FDP im Jahr 2009. Es blieb jedoch beim Vorsatz, umgesetzt wurde lediglich der freiwillige "Pflege-Bahr", welcher bislang keine breitenwirksame Wirkung entfaltet und primär einem bereits vorsorgenden und gutsituierten Personenkreis zugutekommt.³⁴

Eine derartige – verpflichtende – Versicherungslösung hätte den Vorteil, dass Versicherte, ob angestrebt oder unbeabsichtigt, nicht in die Hilfe zur Pflege abrutschen und sich dadurch die finanzielle Belastungssituation der Kommunen durch die anfallenden Pflegeausgaben erneut verschlechtert. Denkbar wären hier jedoch auch alternative Maßnahmen, etwa ein verbessertes Rückgriffsrecht zur Finanzierung der Pflege durch Kinder, um etwaigen Ausweichreaktionen, etwa Schenkungen der Eltern- an die Erbengeneration, entgegenzuwirken.

Diese Zusatzversicherung kann, sowohl aus politischen Gesichtspunkten als auch um eine entsprechende Versicherung für untere Einkommensschichten finanzierbar zu machen, über verschiedenste Wege subventioniert werden. Eine Möglichkeit besteht darin, die zur Kompensation der Karenzzeiten notwendige Prämie analog zur in Abschnitt 3 vorgeschlagenen Krankenversicherungspauschale auszugestalten. Nach dieser Systematik ergibt sich im Fall der einjährigen Karenzzeit eine für alle Versicherten einheitliche Pauschale von monatlich 25 €, welche im Szenario der zweijährigen Karenzzeit auf knapp 50 € ansteigt. Darin enthalten ist eine Umverteilung von jüngeren zu älteren Kohorten, da letzteren eine kürzere Ansparphase zum Aufbau eines Kapitalstocks zur Verfügung steht.³⁵

³³ Vgl. O'Connell (2011) für eine Übersicht der Selbsteinschätzung von Lebenserwartungen.

³⁴ Vgl. das [Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BMWi](#), zum Jahresende 2015 waren erst 683.500 neue Verträge abgeschlossen.

³⁵ Vgl. Häcker et al. (2011). Entsprechend des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats des BMWi (siehe nebenstehend) wäre konkret das Produkt der Pflegetage-

Ebenfalls denkbar wäre es einen haushaltsbezogener sozialen Ausgleich zu integrieren, der beispielsweise an einer Überforderungsgrenze hinsichtlich des Haushaltseinkommens knüpft. Weiterhin könnte diese Förderung auch im Sinne einer einkommensadjustierte Subvention ausgestaltet sein, die, ähnlich zum Vorschlag von Bühner und Hagist (2016) in Bezug auf die Riester-Rente,³⁶ die Förderung mit zunehmendem Einkommen abschmelzen lässt. Dies wäre sinnvoll, da höhere Einkommenschichten naturgemäß ein geringeres Risiko aufweisen in die Hilfe zur Pflege abzurutschen. Somit ließen sich finanzielle Ressourcen schonen, die zielgerichteter für einkommensschwache Haushalte eingesetzt werden könnten.

Zusammengenommen bietet dieser Dreiklang aus einer (eventuell geförderten und/oder obligatorischen) eigenverantwortlichen Abdeckung erwartbarer kleinerer Risiken, und der gemeinsamen Abdeckung langjähriger und intensiver Pflegebedürftigkeit durch SPV und Kommunen die Chance, die Handlungsfähigkeit der soziale Sicherung auch in den kommenden Jahrzehnten durch eine nachhaltige Finanzierung zu erhalten.

geldversicherung geeignet, da die Auszahlung vertraglich garantiert und die Höhe der Leistungen dynamisiert werden kann.

³⁶ Vgl. [Reformfelder der Alterssicherung](#).

5. Fazit

Neben aktuellen Ereignissen – seien es Terroranschläge, der wachsende Populismus in Europa und den Vereinigten Staaten oder der Flüchtlingskrise – haben es langfristige Entwicklungen wie etwa der Klimawandel oder die Folgen der Alterung westlicher Gesellschaften schwer mediale beziehungsweise politische Aufmerksamkeit zu bekommen. Dabei hängen diese Themen mittelbar mit den aktuellen Ereignissen zusammen. Sollte es die globale Gemeinschaft nicht schaffen, die anbahnende Klimakatastrophe zumindest abzumildern, wird die derzeitige Flüchtlingskrise nur der Anfang sein. Überfordern wir die Erwerbsbevölkerung durch hohe Abgabenlasten und es kommt zur Abwanderung der gut qualifizierten Arbeitskräfte, wird dies dem Populismus wiederum Vorschub leisten. Somit ist es bei beiden Themen angebracht sich ambitionierte Ziele zu setzen. Was das Zwei-Grad-Ziel beim Klimawandel ist, könnte für Deutschland die 40 Prozent-Marke bei den Sozialbeiträgen sein – ein ambitioniertes Vorhaben, an welchem sich die Politik zukünftig messen lassen kann.

Stand heute wird es ohne entsprechende Reformen in Summe Sozialbeiträge von mindestens 50 Prozent geben. Vor Steuern wird also die Hälfte der Produktivität eines Arbeiter oder einer Angestellten an die Sozialversicherung abgeführt – und danach sollen noch Steuern bezahlt und kräftig konsumiert werden. Wahrscheinlicher sind jedoch noch höhere Werte – denn der medizinisch-technische Fortschritt und der dadurch ausgelöste Kostendruck im Gesundheitswesen lassen die Beitragssätze noch zusätzlich ansteigen. Realistischerweise muss heute bereits davon ausgegangen werden, dass ein 40-Prozent-Beitragssatzziel kaum zu halten ist – analog zu den Klimazielen – denn es könnten ohne Reformen im Jahr 2050 im Extremfall auch durchaus über 60 Prozent Beitragssatz sein.

Wie entsprechende Reformen der drei wichtigsten Sozialversicherungszweige – der GRV, der GKV und der SPV – aussehen könnten, wird in diesem Gut-

achten skizziert. Angesichts der derzeitigen Wahlkampfdebatte um Haltelinien in der Rente und Verbote des Versandhandels im Apothekenwesen fehlt ein wenig das Vertrauen, dass die Politik dies ebenfalls erkannt hat. Die vorgestellten Maßnahmen zur GRV sind dabei letztlich eine konsequente Weiterentwicklung der Schröderschen Rentenreformen – wenn die Lebenserwartung steigt, muss (beziehungsweise darf) auch länger gearbeitet werden. Zudem muss eine Debatte um die Aufteilung der demografischen Lasten zwischen Rentnern und aktiven Beitragszahlern auch über den Nachhaltigkeitsfaktor der Rentenformel erfolgen.

In der Gesundheitspolitik braucht es dagegen keine Fortsetzung der bisherigen Reformpolitik der kleinen Schritte, sondern vielmehr eine Richtungsentscheidung. Entweder verstaatlichen wir unser ohnehin sehr kollektivistisches System weiter und überlassen die Rationierung dem Staat mit seiner administrativen Bürokratie. Ärzte werden dann quasi zu Beamten, die nach Wartelisten und Punktesystemen behandeln, alle paar Jahre vom „Qualitätssicherungshauptamt“ überprüft werden und täglich um fünf Uhr nach Hause gehen. Klingt abschreckend, geht aber – der Preis ist jedoch eine Zwei-Klassen-Medizin per se: Der Arme bekommt die Grundversorgung, der Reiche geht, wie in Großbritannien, woanders hin. Die Alternative dazu ist die Rationierung durch den Markt, und dieser funktioniert über Wettbewerb und Preise. Ärzte und Krankenhäuser werden zu Unternehmen, die mit der Gesundheit Geld verdienen wollen und sollen! Patienten sind in diesem System Kunden und bekommen für die Leistungen eine Rechnung, die sie begleichen und deshalb gut kontrollieren, weil sie die Rechnung nur zum Teil erstattet bekommen. Ein solches Maßnahmenpaket – am besten noch in Kombination mit Einführung einer Kopfpauschale – würden den Namen Reform wirklich verdienen.

Auch in der Pflege muss sich wieder auf das Prinzip der Eigenverantwortung rückbesonnen werden. Da die jüngste der Sozialversicherungen langsam erwachsen wird und damit wohl auch kaum mehr

zurückgedreht werden kann, sollte sie zur Hochrisikoversicherung umgebaut werden. Zwar muss dann der Mittelstand mit weniger Erbschaft rechnen, aber nur so kann eine echte Entlastung der Beitragszahler erreicht werden.

Tabelle 1 zeigt die Gesamtwirkung der skizzierten Reformmaßnahmen. Dabei wird deutlich, dass alle Schritte zusammenkommen müssen, um das ge-

steckte Ziel eines Gesamtbeitragsatzes um 40 Prozent annähernd zu halten. Ein intensiverer Wettbewerb könnte hier wertvolle Effizienzreserven heben und zusätzlich einen signifikanten Beitrag leisten. Und auch mit solch ambitionierten Maßnahmen bleibt dieses Ziel aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und seiner Ausgabeneffekte Utopie. Das Gleiche gilt allerdings auch für den Klimawandel – das Zwei-Grad-Ziel ist kaum zu schaffen, aber der Weg ist das Ziel.

Tabelle 1: Eckdaten der Reformvorschläge und ihrer Auswirkungen auf den Beitragssatz in GRV, GKV und SPV bis 2060

Szenario	2030		2040		2050		2060	
	Basis-szenario	Effekt	Basis-szenario	Effekt	Basis-szenario	Effekt	Basis-szenario	Effekt
GRV	22,0	1,0	23,3	1,6	24,1	2,1	24,7	3,3
GKV	17,6	3,7	19,1	3,8	20,4	3,8	21,2	3,8
SPV	3,3	1,0	3,7	1,5	4,7	1,4	5,1	1,5
ALV	3,0	-	3,0	-	3,0	-	3,0	-
Gesamt	45,9	5,7	49,1	6,9	52,2	7,3	54	8,6
Beitragssatz Reformszenario ohne Kosten- druck	40,2		42,2		44,9		45,4	

Quelle: Vgl. für das Basis-szenario den Beitragsverlauf in Abbildung 1 ohne Kostendruck. Die Arbeitslosenversicherung ist nicht Gegenstand der Reformvorschläge und wird nur zur Veranschaulichung der Gesamtbelastung aufgeführt. Die Effekte der Reformmaßnahmen werden in der Tabelle in der „Effekt“ Spalte aufgeführt. Der Beitragseffekt auf die GRV setzt sich aus der Erhöhung des Renteneintrittsalters und der Änderung des NHF durch $\alpha = 0,33$ zusammen, vgl. Börsch-Supan, Bucher-Koenen und Rausch (2016) sowie eigene Berechnungen bzgl. der Wirkung des NHF. Der Beitragssatzeffekt der GKV setzt sich aus einer Ausgliederung der Zahnleistungen sowie der Einführung von Selbstbehalten zusammen, vgl. eigene Berechnungen auf Grundlage von Hagist und Raffelhüschen (2010) sowie Forschungszentrum Generationenverträge (2016). Der Beitragssatzeffekt auf die SPV resultiert aus der Einführung einer zweijährigen Karenzzeit, die Effekte wurden aus Häcker et al. (2011) grafisch abgeschätzt.

Literaturverzeichnis

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53 (5), 941-973.
- Bäcker, G. (2012). *Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme (Altersübergangs - Report, 2012-03)*.
- Boes, S. & Gerfin, M. (2016). Does Full Insurance Increase the Demand for Health Care? *Health Economics*, 25 (11), 1483-1496.
- Bomsdorf, E. (2015). Lebenserwartung über 90 Jahre heute, Rente ab 70 morgen? Eine visionäre vorausschauende Kurzanalyse. *ifo Schnelldienst*, 68 (23), 15-23.
- Börsch-Supan, Axel. (2013). Myths, scientific evidence and economic policy in an aging world. *The Journal of the Economics of Ageing*, 1-2, 3-15.
- Börsch-Supan, Axel, Bucher-Koenen, T. & Rausch, J. (2016). *Szenarien für eine nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung* (MEA Discussion papers, Bd. 03, Version: 19. August 2016). München: Munich Center for the Economics of Aging.
- Börsch-Supan, Axel, Reil-Held, A. & Wilke, C. B. (2003). *Der Nachhaltigkeitsfaktor und andere Formelmodifikationen zur langfristigen Stabilisierung des Beitragssatzes zur GRV* (MEA Discussion papers, Bd. 30). Mannheim: Munich Center for the Economics of Aging.
- Breyer, F. (2012). Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung. *Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 92 (10), 655-658.
- Breyer, F., Lorenz, N. & Niebel, T. (2015). Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect? *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 16 (1), 95-112.
- Breyer, F., Zweifel, P. & Kifmann, M. (2013). *Gesundheitsökonomik* (Springer-Lehrbuch, 6. überarbeitete Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Busse, R., Ganten, D., Huster, S., Reinhardt, E. R., Sutorp, N. & Wiesing, U. (2016). *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft* (Diskussion / Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Nr. 7). Halle (Saale): Leopoldina.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S. & McGuire, A. (2011). Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms. *Economic Journal (London, England)*, 121 (554), F228-F260.
- Dennig, M.-C., Greß, S., Jacobs, K. & Reinhart, M. (2010). Der Sozialausgleich zur Flankierung von Zusatzbeiträgen im Licht von Erfahrungen aus der Schweiz. *Gesundheits- und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 64 (6), 41-48.
- Eurostat. (2016). Verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/> (online data code: hlth_hlye)
- Fetzer, S. (2006). *Zur nachhaltigen Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitssystems* (Sozialökonomische Schriften, Bd. 28). Zugl.: Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 2006. Frankfurt am Main: Lang.
- Fichte, D. (2011). *Versicherungsfremde Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung und ihre sachgerechte Finanzierung* (Schriften / Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Bd. 107). Berlin.
- Gasche, M. & Härtl, K. (2013). *Verminderung der (Alters-)Armut von Erwerbsminderungsrentnern durch Verlängerung der Zurechnungszeit und Günstigerprüfung?* (MEA Discussion papers, 271-2013). München: Munich Center for the Economics of Aging. Verfügbar unter http://mea.mpisoc.mpg.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1375_271-13.pdf
- Greß, S. (Hrsg.). (2005). *Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung* (Edition der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 134). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Grunow, M. & Nuscheler, R. (2014). Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Economics*, 23 (6), 670-687.
- Häcker, J. & Hackmann, T. (2012). Los(T) in long-term care: empirical evidence from German data 2000-2009. *Health Economics*, 21 (12), 1427-1443.
- Häcker, J., Hackmann, T. & Raffelhüschen, B. (2011). Pflegereform 2010. Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 100 (3), 347-367.

- Hagist, C. & Raffelhüschen, B. (2010). Wettbewerb in der GKV - Die Freiburger Agenda. In V. J. Vanberg, T. Gehring & D. K. Tscheulin (Hrsg.), *Freiburger Schule und die Zukunft der sozialen Marktwirtschaft* (S. 77-86). Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Jacobs, K. (Hrsg.). (2006). *Fairer Wettbewerb oder Risiko Selektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung* (1. Aufl.). Bonn: WIdO.
- Monopolkommission. (2010). *Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen* (Hauptgutachten XVIII).
- Müller, C. & Raffelhüschen, B. (2011). *Demografischer Wandel. Künftige Handlungsoptionen für die deutsche Rentenpolitik* (IZA-Standpunkte, Bd. 40). Bonn. Zugriff am 12.09.2016. Verfügbar unter <http://ftp.iza.org/sp40.pdf>
- Newhouse, J. P. (1993). *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment* (A RAND study). Cambridge Mass u.a.: Harvard Univ. Press.
- Niemeier, E. (2017). Überfordern höhere Rentenniveaus die Jungen und sind sie nicht finanzierbar? *Wirtschaftsdienst*, 97 (2), 143-146.
- O'Connell, A. (2011). How Long Do We Expect to Live? A Review of the Evidence. *Journal of Population Ageing*, 4 (3), 185-201.
- Raffelhüschen, B., Moog, S. & Vatter, J. (2011). *Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung. Studie des Forschungszentrum Generationenverträge im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft*. Zugriff am 14.09.2016. Verfügbar unter <http://www.fwi1.uni-freiburg.de/publikationen/280.pdf>
- Rausch, J. & Gasche, M. (2014). *Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung. Projektionen und Determinanten* (MEA Discussion papers, Bd. 281). München: Munich Center for the Economics of Aging.
- Rürup, B. (2003). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission*. Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014* (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2016). *Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten* (Sondergutachten, Bd. 2015, 1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Sintonen, H. & Linnosmaa, I. (2000). Economics of dental services. In J. Culyer & J. P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics* (1B, S. 1251-1296).
- Werding, M. (2014). *Demographischer Wandel und öffentliche Finanzen. Langfrist-Projektionen 2014 - 2060 unter besonderer Berücksichtigung des Rentenreform-Pakets der Bundesregierung* (Arbeitspapiere / Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 01/2014). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.



WHU - Otto Beisheim
School of Management

Lehrstuhl für
Generationenübergreifende
Wirtschaftspolitik

Burgplatz 2
56179 Vallendar
Germany

www.whu.edu/wipo