

Für die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind spätestens seit dem Bericht der »Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme«, kurz Rürup-Kommission genannt, zwei alternative Reformkonzepte, nämlich die Bürgerversicherung und das Gesundheitsprämienmodell, in der aktuellen Diskussion. Der Grund, weshalb eine Kommission gleich zwei, sich scheinbar ausschließende Konzepte vorgeschlagen hat, liegt schlichtweg darin, dass es den Mitgliedern nicht gelungen ist, sich auf ein einheitliches Konzept zu einigen.<sup>1</sup> Eine Gruppe um den Regierungsberater Karl Lauterbach vertritt die Meinung, dass mittel- bis langfristig die GKV in eine Bürgerversicherung, in der dann neben den bisherigen Versicherten auch Beamte, Selbstständige und besser verdienende Angestellte versichert sind, umgewandelt werden sollte. Im Gegensatz dazu sieht eine Gruppe um das Sachverständigenratsmitglied und den Vorsitzenden der Kommission, Bert Rürup, eine zukünftige Sicherung der GKV in der Umwandlung der bisher lohnbezogenen Beitragserhebung in lohnunabhängige Gesundheitsprämien.

Nach Beendigung der Arbeit in der Regierungskommission schlug auch die unionsnahe Herzog-Kommission ein alternatives Gesundheitsprämienmodell vor, von dem sich allerdings gleich im Anschluss wiederum einige Mitglieder, u.a. der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, distanzieren. Es folgten unzählige Artikel und Varianten zum einen oder anderen Modell, in denen mehr oder weniger konkret die zukünftige Ausgestaltung der GKV beschrieben wurde. Nach aktuellem Stand der Dinge scheint es, dass Bürgerversicherung kontra Gesundheitsprämie eines der großen Themen des nächsten Wahlkampfes wird. Denn nach langem Hin

und Her kristallisieren sich bei den Regierungsparteien SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN deutliche Mehrheiten für die Bürgerversicherung heraus, während die CDU für die Einführung eines Gesundheitsprämienmodells steht.

Der neueste Kompromissvorschlag von Bert Rürup – ein überarbeitetes Gesundheitsprämienkonzept – sieht neben der Einführung einer Gesundheitsprämie von 169 € für Erwachsene auch eine reduzierte Prämie von 78 € für Kinder vor. Für die Finanzierung der sozialpolitischen Finanzierung sollen neben der Besteuerung des auszuschüttenden Arbeitgeberbeitrags zur GKV entweder der Solidaritätsbeitrag oder die Mehrwertsteuer erhöht werden. Dadurch soll dem Umverteilungsgedanken Rechnung getragen werden.<sup>2</sup>

In der zum Teil sehr emotional geführten öffentlichen Diskussion geht es hauptsächlich um die Auswirkungen der Bürgerversicherungs- bzw. Gesundheitsprämienreform auf den Arbeitsmarkt und auf die interpersonellen Umverteilungseffekte. Dabei wird fast vollständig vergessen, was der eigentliche Auftrag der Rürup-, aber auch der Herzog-Kommission war, nämlich die »Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme«. Genau letzterer Aspekt ist Thema dieses Beitrags. Mit Hilfe der Generationenbilanzierung wird im Folgenden untersucht, ob es den aktualisierten Vorschlägen gelingt, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf ein fiskalisch nachhaltiges Fundament zu stellen.

## Zur Nachhaltigkeit des gesetzlichen Status quo

Die zukünftige demographische Veränderung wird sämtliche umlagefinanzierte Sozialversicherungssysteme unter enorme Finanzierungsschwierigkeiten setzen. Aufgrund des Einbruchs der Geburten pro Frau seit den siebziger Jahren und dem



Bernd Raffelhüschen\*



Christian Hagist\*



Stefan Fetzter\*

\* Stefan Fetzter und Christian Hagist sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Finanzwissenschaft und Volkswirtschaftslehre I an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen ist der Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft und Volkswirtschaftslehre I an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Professor an der Universität Bergen.

<sup>1</sup> Das Beispiel der Schweiz zeigt, dass sich beide Reformkonzepte durchaus kombinieren lassen und nicht wirklich Gegensätze darstellen.

<sup>2</sup> Ein von Rürup nicht favorisiertes drittes Alternativkonzept zur Gegenfinanzierung der Prämiensubvention sieht neben der einkommensunabhängigen Kopfpauschale einen einkommensabhängigen Sozialbeitrag, der von den Kassen eingezogen werden soll, vor (vgl. FAZ vom 16. Juli 2004).

starken Ansteigen der Lebenserwartung wird es künftig zu einem massiven Anstieg des Altersquotienten kommen. Dieser spiegelt das Verhältnis von Rentnerjahrgängen zu den erwerbstätigen Generationen wider und wird sich von momentan etwa 25 auf 53% im Jahr 2050 mehr als verdoppeln.<sup>3</sup> Als Folge der gesellschaftlichen Alterung ist – bei einem Ausbleiben einschneidender Reformen – ein zunehmendes Missverhältnis zwischen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in den umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen zwangsläufig.

Das quantitative Ausmaß dieses Missverhältnisses lässt sich mit Hilfe der Generationenbilanz bestimmen. Dabei handelt es sich um ein langfristiges Budgetierungssystem, das auf der intertemporalen Budgetrestriktion des Staates basiert. Letztere besagt, dass die heute bestehende Staatschuld durch sämtliche Nettosteuerzahlungen aller heute lebenden und aller zukünftigen Generationen abgegolten werden muss.<sup>4</sup> Zunächst berechnet man die Nettosteuerzahlung einer Generation aus dem Barwert aller Zahlungsströme, die sie an den fiskalischen Sektor über ihr verbleibendes Leben bezahlt (Steuern, Beiträge, Gebühren u.Ä.), abzüglich dem Barwert aller Zahlungsströme, die sie vom fiskalischen Sektor über ihr restliches Leben erhält (Bildung, öffentliche Güter, Transfers, Renten, Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen u.Ä.). Für die Berechnung der Nettosteuerzahlungen werden in einem ersten Schritt die im Basisjahr beobachteten Einnahmen und Ausgaben der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit Hilfe von alters- und geschlechtsspezifischen Mikroprofilen auf repräsentative Durchschnittsindividuen der im Basisjahr lebenden Kohorten verteilt.<sup>5</sup> Die daraus resultierenden skalierten Profile werden dann in einem zweiten Schritt mit einer Wachstumsrate  $g$  in die Zukunft fortgeschrieben.<sup>6</sup>

Um dem im Gesundheitssektor wirkenden medizinisch-technischen Fortschritt Rechnung zu tragen, werden dabei im Folgenden zwei Szenarien unterschieden: Beim Szenario ohne Kostendruck ist die Wachstumsrate  $g$  für alle skalierten Profile 1,5%. Beim Szenario mit Kostendruck wird hingegen der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt, indem alle altersspezifischen GKV-Leistungen mit einer um einen

Prozentpunkt höheren Rate von 2,5% wachsen.<sup>7</sup> Durch eine jährliche Saldierung aller skalierten Profile ist es möglich zu bestimmen, wie viel ein durchschnittliches Mitglied einer Kohorte in jedem künftigen Jahr netto an den Fiskus bezahlt. Werden nun diese durchschnittlichen Nettozahlungen in jedem Jahr mit den Überlebenden einer Kohorte gewichtet und mit einer Diskontrate  $1 + r$  (im Folgenden 1,03) auf das Basisjahr diskontiert, so resultieren die Nettosteuerzahlungen einer Generation im Basisjahr.<sup>8</sup> Die Summe der Nettosteuerzahlungen aller heutigen und zukünftigen Generationen entspricht dann der so genannten impliziten Staatsverschuldung.

Diese quantifiziert die, bei Geltung der aktuellen Gesetzeslage entstehenden, schwebenden Ansprüche an den Staat, welche vor allem auf den umlagefinanzierten Sozialversicherungen basieren. Die implizite Staatschuld des Basisjahres 2001 bei einem unterstellten Zins von 3% und einem Wachstum von 1,5% beläuft sich im Szenario ohne Kostendruck auf 220% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) des Jahres 2001. Zusammen mit der explizit ausgewiesenen Staatschuld von 59,5% des BIP ergibt sich dann die so genannte Nachhaltigkeitslücke von 279,5% des BIP.<sup>9</sup> Eine positive Nachhaltigkeitslücke verletzt aber die eingangs dieses Abschnitts erläuterte intertemporale Budgetrestriktion des Staates, da die bestehende Staatschuld eben nicht durch die Summe aller zukünftigen Nettosteuerzahlungen abgegolten werden kann. Außerdem ist sie ein gutes Maß dafür, welche Last lebende Generationen zukünftigen Bürgern des Staates aufbürden. Dies gilt zumindest bei der Annahme, dass sich auch ein Staatswesen nicht auf Ewigkeit verschulden kann.

Viel schlimmer als ohnehin schon steht es um die Nachhaltigkeit der deutschen Fiskalpolitik, wenn die ausgabensteigernde Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts

<sup>3</sup> Die Zahlen beziehen sich auf das Verhältnis der über 65-Jährigen zu den 18- bis 64-Jährigen in der Gesamtbevölkerung.

<sup>4</sup> Die Methodik der Generationenbilanzierung wurde von Auerbach et al. (1991; 1992 und 1994) entwickelt. Methodische Weiterentwicklungen, auf die im Folgenden zurückgegriffen wird, finden sich in Raffelhüschen (1999) und Bonin (2001). Da die hier analysierten Reformvorschläge das gesamte staatliche Budget beeinflussen, kann nicht auf eine deutlich transparentere Bilanz des isolierten Systems der GKV zurückgegriffen werden.

<sup>5</sup> Das Basisjahr wurde auf 2001 gesetzt, da Daten, die für die nachfolgenden Berechnungen der Reformoptionen benötigt werden, größtenteils nur bis zum Jahr 2001 verfügbar sind. Alle im Folgenden angegebenen Werte basieren aus Gründen der Vergleichbarkeit daher auf dem Jahr 2001.

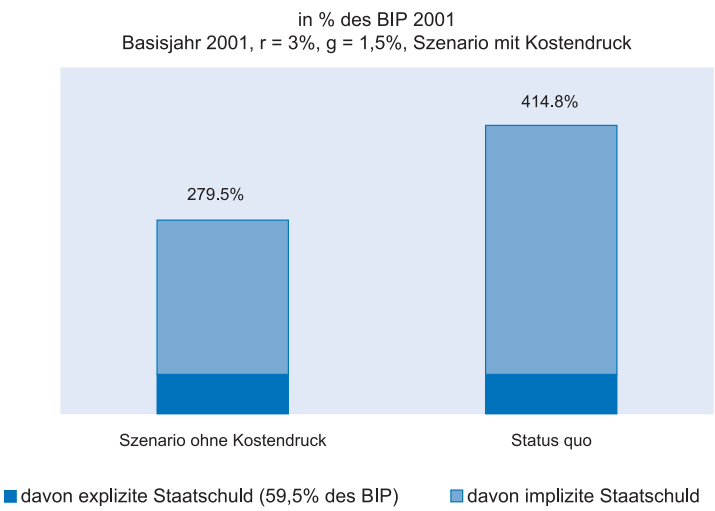
<sup>6</sup> Bei der Fortschreibung werden auch die Effekte bereits beschlossener Reformen, deren Wirkung erst später eintritt, berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für das jüngste GKV-Modernisierungsgesetz GMG. Zu dessen Nachhaltigkeitswirkungen vgl. Fetzer und Hagist (2004).

<sup>7</sup> Beim medizinisch-technischen Fortschritt handelt es sich vor allem um kostenintensive Produktinnovationen. Breyer und Ulrich (2000) haben gezeigt, dass die Leistungsausgaben der GKV aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts um einen Prozentpunkt stärker wachsen als der allgemeine Produktivitätsfortschritt. Die unterstellte mittlere Frist umfasst den Zeitraum 2002 – 2042. Die an sich arbiträre Annahme einer zeitlichen Befristung ist insofern notwendig, als sonst die Gesundheitsausgaben langfristig oberhalb des BIP lägen. Die im Folgenden beschriebenen qualitativen Aussagen sind jedoch nicht davon abhängig, ob der unterstellte Zeitraum ein Jahrzehnt früher oder später endet. Langfristig wachsen die Gesundheitsausgaben wieder in Höhe des allgemeinen Produktivitätsfortschritts.

<sup>8</sup> Für zukünftige Generationen wird dabei prinzipiell – zins- und wachstumsadjustiert – die gleiche fiskalische Leistungsfähigkeit wie für die im Basisjahr Nulljährigen angenommen.

<sup>9</sup> Die Diskontrate spiegelt den (realen) Zinssatz auf langfristige Staatspapiere zusätzlich eines angemessenen Risikoaufschlags wider, die Wachstumsrate den langfristigen arbeitsvermehrenden technischen Fortschritt der Volkswirtschaft. Aufgrund der Zukunftsrichtung der Methode sind die Parameterwerte von  $g = 1,5\%$  und  $r = 3\%$  mit Unsicherheit behaftet. Der hier verwendete Indikator »Nachhaltigkeitslücke« reagiert zwar sehr stark auf Zins- und Wachstumsvariationen, aufgrund seiner sehr illustrativen Darstellung wird er aber hier dennoch verwendet. Die folgenden Aussagen bleiben aber auch bei Verwendung von Nachhaltigkeitslücken bei anderen Zins- und Wachstumsraten prinzipiell erhalten.

**Abb. 1**  
**Nachhaltigkeitslücken im Status quo**



Quelle: Berechnungen der Autoren.

berücksichtigt wird. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, steigt die Nachhaltigkeitslücke von bisher 279,5% im (unrealistisch) optimistischen Szenario ohne Kostendruck auf 414,8% des BIP im (optimistisch) realistischen Szenario mit (»leichtem«) Kostendruck. Mit anderen Worten: Um den zukünftigen Generationen das gegenwärtige reale öffentliche Leistungsniveau zu gewähren, müssten alle Deutschen vier Jahre lang arbeiten und alles, was sie verdienen, zur Entlastung zukünftiger Generationen zur Verfügung stellen. Da dies mehr als unrealistisch ist, kommt man um umfassende und nachhaltige Reformen nicht umhin. Ob und inwieweit mehr Nachhaltigkeit durch die bislang hauptsächlich diskutierten Reformoptionen Bürgerversicherung bzw. Gesundheitsprämienmodell erzeugt wird, ist jedoch stark zu bezweifeln.

**Zur Nachhaltigkeit der Reformvorschläge: Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung**

Dass das deutsche Sozialversicherungssystem vor einer gewaltigen Umbruchphase steht, hat sich in der Zwischenzeit über alle Parteien hinweg herumgesprochen. Doch während diese Einsicht in der gesetzlichen Rentenversicherung seit geraumer Zeit schon zu einschneidenden Reformen geführt hat, besteht für die GKV noch ein immenser Nachholbedarf. Dabei befinden wir uns hinsichtlich der Einnahmenseite vor einem echten Scheideweg. Von den »üblichen Verdächtigen« des allseits umsorgenden Sozialstaats wird schon seit längerem die Einführung der Bürgerversicherung propagiert. Diese sieht vor, dass mehr oder weniger schnell die (»Friedens-«)Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) fällt und somit die Versicherungspflicht in der GKV auf alle Bevölkerungsgruppen, wie etwa Selbständige, Beamte und gutverdienende Angestellte, aus-

geweitet wird. Der PKV würde dann nur noch das Zusatzversicherungsgeschäft bleiben. Zusätzlich soll die Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten, wie Mieten und Zinsen, erweitert und die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV intensiviert werden, indem die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird. Insgesamt wird es dann, laut den Fürsprechern der Bürgerversicherung, zu einer deutlichen Stärkung des Solidaritätsgedankens kommen.

Auf einen ersten flüchtigen Blick mag die Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten, wie Mieten und Zinsen, ökonomisch sinnvoll erscheinen. Warum jedoch die Krankenkassen bei der Erhebung der Kapitaleinkommen ihrer Versicherten erfolgreicher sein sollten als die Finanzämter, denen dies seit Jahren nicht so recht gelingen

mag, wird nicht beantwortet. Faktisch wird es zu einer Belastung des fremdgenutzten Immobilienbesitzes kommen. Die eigentlich zentrale Frage ist jedoch, warum überhaupt an der Lohnbezogenheit bzw. der ausgeweiteten Einkommensbezogenheit festgehalten werden sollte. Während nämlich bei Einführung der GKV vor über 100 Jahren nicht nur die Einnahmen, sondern auch fast zwei Drittel der Ausgaben lohnabhängig waren, wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) der letzte lohnabhängige Ausgabenbestandteil, das Krankengeld, aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Genau dieses Krankengeld war jedoch in den Anfangsjahren der GKV deren Hauptausgabenart (vgl. Jacobs und Schnellschmidt 2002). Wie auch immer man zum aktuellen Leistungskatalog der GKV stehen mag, eines ist sicher, er enthält allein Ausgaben, die statistisch nicht mit dem Lohn oder dem erweiterten Einkommen korrelieren.

Um es klar auf den Punkt zu bringen: Krankheit hat originär zunächst nichts mit dem Einkommen zu tun; man wird nicht kränker, wenn man mehr verdient. Genau in diesem Kerngedanken liegt der Ausgangspunkt aller Vorschläge zur Einführung eines Gesundheitsprämienmodells. Leitgedanke ist hierbei das Äquivalenzprinzip, bei dem sich Leistung und Gegenleistung entsprechen sollen. Nun ist das Krankheitsrisiko und damit die Leistung der GKV sicherlich nicht über alle Mitglieder gleichverteilt, was aus versicherungsmathematischen Gründen gegen einheitliche Prämien sprechen würde. Von den Befürwortern einer solchen Lösung wird jedoch argumentiert, dass zu Beginn des Lebens jeder Bürger gleich ist und fiktive Neugeborene quasi hinter einem Schleier der Unwissenheit sich für eine Gesundheitsprämie entscheiden würden, welche die durchschnittlichen Krankheitskosten deckt. Während in den meisten Modellen nur für Erwachsene eine Prämie vorgesehen ist, soll im neuesten Vorschlag

von Bert Rürup der GKV auch für Kinder eine Prämie in der Höhe von 78 € zufließen. Allerdings ist vorgesehen, dass diese von der Kindergeldstelle an die jeweilige Kasse gezahlt wird. Somit soll dieser »Kinderbeitrag« genauso wie die Prämiensubvention für einkommensschwache Haushalte über Einkommensteuermehreinnahmen durch die Ausbezahlung des bisherigen Arbeitgeberanteils und durch Steuererhöhungen finanziert werden. Für letztere favorisiert Rürup die Alternative, nämlich eine Erhöhung des Solidaritätszuschlags oder eine Erhöhung der Mehrwertsteuer. Von Ökonomen wegen ihrer Lohnunabhängigkeit geschätzt, werden Kopfpauschalen oft als unsozial gebrandmarkt. Es könne ja wohl kaum angehen, dass »der Pförtner denselben Gesundheitsbeitrag entrichtet wie sein Chef«. Komischerweise gilt dieser Lehrsatz offenbar nur für den GKV-Leistungskatalog, nicht jedoch für andere Grundbedarfsgüter, wie Kleidung und Nahrungsmittel. Bisher kam zumindest noch kein Politiker auf die Idee, Brot oder Socken für Manager und Pförtner preislich unterschiedlich auszuzeichnen. Zudem wird bei der politischen Debatte oft vergessen, dass eine soziale Flankierung deutlich treffsicherer über eine steuerfinanzierte Prämiensubvention erfolgt.

Wie aber sieht nun die Nachhaltigkeitswirkung der beiden Reformkonzepte aus? Abbildung 2 zeigt die resultierenden Nachhaltigkeitslücken, wenn beide Konzepte umgesetzt würden und zum Vergleich noch einmal diejenige des gesetzgeberischen Status quo, jeweils für das realistischere Kostendruckscenario. Um das Bürgerversicherungskonzept mit dem neuesten Vorschlag von Rürup »auf Augenhöhe« vergleichen zu können, wird angenommen, dass bei beiden Modellen die Einnahmen pro Kopf gleich sind.

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, verfehlen es beide Konzepte nicht nur, ein Mehr an Nachhaltigkeit in das System

zu tragen, sondern zusätzlich verschlimmern sie sogar die fiskalische Schieflage. Der Grund dafür liegt in der zu gering gewählten Gesundheitsprämie des neuesten Rürup-Vorschlags, welche mit 169 € gut 40 € geringer ist als diejenige des ursprünglichen Kommissionsvorschlags.<sup>10</sup> Trotzdem, gemessen an der Nachhaltigkeitslücke des neuen Rürup-Vorschlags von 423,2% des BIP, schneidet eine vergleichbare Bürgerversicherung mit 452,2% des BIP noch schlechter ab. Dies ändert sich auch nicht, wenn man die Prämiensubvention über eine entsprechende Erhöhung des Solidaritätszuschlags gegenfinanziert. Zwar steigt die Nachhaltigkeitslücke auf 427,7%, liegt damit aber immer noch unter den 452,2% der Bürgerversicherung. Offensichtlich greifen beide Konzepte hinsichtlich der Nachhaltigkeitswirkung zu kurz.

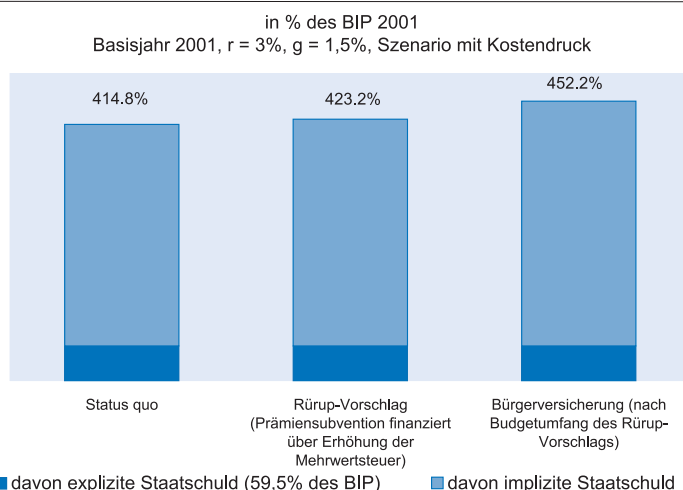
Aber selbst dann, wenn eine Gesundheitsprämie von 180 € pro Monat (bei gleichbleibendem Kinderbeitrag von 78 €) erhoben werden sollte, die ein gleiches Beitragsaufkommen wie der Status quo im Basisjahr garantieren würde, wäre die Nachhaltigkeitswirkung vernachlässigbar gering. Die Nachhaltigkeitslücke des Status quo von 414,8% des BIP würde gerade einmal um 11,8 Prozentpunkte gesenkt. Eine dem Status quo vergleichbare Bürgerversicherung würde die Nachhaltigkeitslücke nur um rund 5 Prozentpunkte senken.<sup>11</sup>

### Wie es wirklich zu schaffen ist: mehr Markt und Wettbewerb

Insgesamt ist festzuhalten, dass es durch die Einführung des einen oder des anderen Konzeptes zwar gelingen mag, wie auch immer gearteten Gerechtigkeitsvorstellungen entgegenzukommen. Geht es aber um das eigentliche Ziel der Herzog- und Rürup-Kommission, nämlich einer nachhaltigen Finanzierung der GKV näher zu kommen und damit auch ein Stück weit mehr Generationengerechtigkeit zu erreichen, versagen sowohl Bürgerversicherung als auch Gesundheitsprämie. Dies gilt vor allem dann, wenn, wie beim neuesten Vorschlag von Rürup, eine »politisch opportune« niedrige Gesundheitsprämie gewählt wird. Noch schlechter ist die Nachhaltigkeitswirkung einer vergleichbaren Bürgerversicherung.

Soll dennoch eine Bewertung der beiden Konzepte abgegeben werden, so muss aus

**Abb. 2**  
**Nachhaltigkeitslücken Rürup versus Bürgerversicherung**



Quelle: Berechnungen der Autoren.

<sup>10</sup> Zwar wird ein Teil wieder durch die Beiträge für die mitversicherten Kinder aufgefangen, trotzdem erreicht der neue Rürup-Vorschlag lediglich ein Gesamtbudget von 130 Mrd. €. Demgegenüber fasst das Budget des alten Rürup-Vorschlags mit 210 € Pauschale für jeden erwachsenen Versicherten 145 Mrd. €.

<sup>11</sup> Zur Vergleichbarkeit von Bürgerversicherungskonzepten und Gesundheitsprämienmodellen vgl. Fetzer und Hagist (2004).

arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten eindeutig ein Gesundheitsprämienmodell propagiert werden, da über die pauschalen Prämien mittel- bis langfristig eine vollständige Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Lohn gelingt. Die Bürgerversicherung leistet dies, wenn überhaupt, nur sehr begrenzt. Gegeben, dass für jeden abgebauten Beitragspunkt in den sozialen Sicherungssystemen etwa 100 000 Arbeitssuchende wieder zu »Lohn und Brot« kämen, liegt hier ein ganz entscheidender Vorteil des Gesundheitsprämienmodells. Ein weiterer Vorteil ist der implementierte Steuer-Transfer-Mechanismus. Ist ein solcher Mechanismus bereits vorhanden, können ausgabeseitige Maßnahmen relativ einfach sozial abgefedert werden. Anstatt bei Reformen, die eine partielle Ausgliederung oder Formen von Eigenbeteiligungen, wie etwa beim GMG, vorsehen, besonders hart getroffene Bevölkerungsgruppen über intransparente Ausnahmeregelungen zu kompensieren, könnte dann über eine höhere Prämiensubvention ein viel transparenterer sozialer Ausgleich vorgenommen werden.

Derartige anreizorientierte, ausgabenseitige Reformen sind das, was die GKV wirklich wieder auf ein wirtschaftliches und nachhaltiges Fundament stellen würde. Wo immer man das Problem für den Bereich der GKV sehen mag, die Lösung ist hier nur durch ein rationales Anbieter- und Patientenverhalten zu erreichen. Daher muss sich der gesetzlich versicherte Teil der Bevölkerung auf weitere schmerzliche Strukturreformen vorbereiten, zumal das Problem selbst dann nicht in den Griff zu bekommen wäre, wenn alle Kostendämpfungsgesetze der Vergangenheit ihren Zweck vollständig erfüllt hätten. Mithin wird man nicht umhin können, die private Vorsorge bei der Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos wesentlich zu stärken. Kostenerstatungsprinzipien zur Erhöhung der Transparenz und hohe Selbstbehalte – etwa in der Größenordnung von 800 € pro Jahr – sind unumgänglich.

Ebenso werden weitere Effizienzsteigerungen unter den Anbietern von Gesundheits- und Versicherungsleistungen auf der wirtschaftspolitischen Agenda stehen, will heißen: Erforderlich ist auch im Bereich der GKV ein wirklicher Wettbewerb, wo Ineffizienz mit Insolvenz bedroht wird; wo Preisabsprachen der Kartelle strikt verfolgt werden und Gebührenordnungen staatlicher Aufsichtsbehörden mindestens für den stationären Bereich verschwinden. Und wer das nicht glaubt, sondern »gutmeinend« weitersegelt wie bisher, der schaue sich das Schiff, auf dem er segelt, genau an: Es heißt Titanic und liegt nicht im Trockendock.

## Literatur

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1991), »Generational Accounts: A meaningful alternative to deficit accounting«, *Tax policy and the economy* 5, 55–110.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1992), »Social security and medicare policy from the perspective of generational accounting«, *Tax policy and the economy* 6, 129–145.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1994), »Generational Accounts: A meaningful way to evaluate fiscal policy«, *The Journal of Economic Perspectives* 8(1), 73–94.

Bonin, H. (2001), *Generational Accounting: Theory and Application*, Berlin. Breyer, F. und V. Ulrich (2000), »Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse«, *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik* (1), 1–17.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004), »GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen«, *Diskussionsbeiträge*, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 114.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2004), *Vom Gesundheitssoli bis zum Kinderzuschuß – Rürups Reformvorschläge im Detail*, 16. Juli.

Jacobs, K. und H. Schnellschmidt (2002), »Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität – Konturen einer Finanzierungsreform«, *Gesundheit und Gesellschaft: G + G* (3), 15–22.

Raffelhüschen, B. (1999), »Generational Accounting: Method, Data, and Limitations«, *European Economy, Reports and Studies* 6, 17–28.