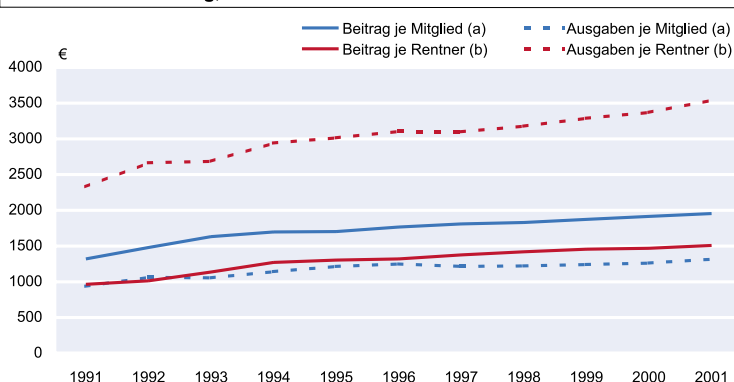


Die Alterung der deutschen Bevölkerung bringt es mit sich, dass immer mehr Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Berechnungen zeigen, dass der durchschnittliche Beitrag eines Rentners nur etwa 43% seiner aus der GKV bezogenen Leistungen abdeckt. Es zeigt sich, dass die Nettoeinzahlungen der erwerbstätigen Mitglieder in die GKV diese Deckungslücke ausgleichen müssen. Mit einem in Zukunft zu erwartenden weiteren Anstieg der Versicherten im Rentenalter wird diese intergenerationale Umverteilung zunehmen. Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen bedeutet aber, dass jede Generation die von ihr verursachten Gesundheitskosten selbst trägt. Ein Umstieg von dem impliziten Umlageverfahren in der GKV auf eine Kapitaldeckung, in der jede Generation für ihre Gesundheitsleistungen im Alter spart, würde eine solche generationengerechte Finanzierung darstellen. Da aber die Umstellungskosten, die aus der Kompensation älterer Generationen für den Ausstieg aus dem Umlageverfahren resultieren, mehrere Generationen doppelt belasten würden, müssen diese Kosten möglichst gering gehalten werden und gleichmäßig über die Generationen verteilt werden. Zum einen ist es deshalb ratsam, keine vollständige Umstellung, sondern nur eine Reduzierung des Umlageverfahrens auf eine Grundversorgung durch die GKV vorzunehmen. Zum anderen müssen die im Alter steigenden Gesundheitskosten durch stärkere Anreize für präventive medizinische Maßnahmen deutlich gesenkt werden.

In Deutschland vollzieht sich ein grundlegender Wandel, der sowohl den Umfang als auch die Alterstruktur der Bevölkerung betrifft. Dieser Umbruch, der auf die steigende Lebenserwartung und den anhaltenden Geburtenrückgang zurückzuführen ist, hat nachhaltige Veränderungen in vielen Bereichen der Gesellschaft zur Folge. Im ökonomischen Bereich sind besonders die umlagefinanzierten Versicherungssysteme davon betroffen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bedeutet die Umlagefinanzierung, dass die heutigen Beitragszahler die Leistungen für die Kranken finanzieren.

Im Gegensatz zu privaten Krankenversicherungen, die nach dem Äquivalenzprinzip finanziert werden und in denen die Versicherungsprämien nach dem durch Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand bestimmten Risikoprofil der Versicherten kalkuliert werden, bemessen sich die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen bis zur Bemessungsgrenze nach dem Lohnneinkommen des beitragspflichtigen Mitglieds. Diese Finanzierung richtet sich also nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, und zwar unabhängig vom Risikoprofil und damit auch unabhängig von den zu erwartenden Leistungsansprüchen des Beitragszahlers. Neben den abhängig Beschäftigten mit einem Lohnneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze sind Empfänger von Lohnersatzleistungen, also Arbeitslose und Rentner, aber auch Bezieher von Sozialhilfe sowie Familienangehörige der Versicherten über die gesetzliche Krankenkasse abgesichert. Alle Mitglieder haben den vollen Anspruch auf die Leistungen des Gesundheitssystems. Es gibt keine Bedürftigkeitsprüfungen.

**Abb. 1**  
**Durchschnittliche Beiträge und Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1991 - 2001**



(a) Für pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder (ohne Rentner) und deren mitversicherte Familienangehörige.  
 (b) Für Rentner und deren Familienangehörige.

Quelle: BMG (2002), Sachverständigenrat (2002), Berechnungen des ifo Instituts.

## Umverteilung zwischen den Generationen in der GKV

Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen bedeutet, dass jede Generation ihre eigenen Gesundheitskosten trägt.

In die GKV zahlen sowohl erwerbstätige Mitglieder als auch Rentner Beiträge ein. Abbildung 1 zeigt, dass ein beitragszahlender Erwerbstätiger im Durchschnitt mehr ein-zahlt, als zur Finanzierung der Leistungen für ihn und seine mitversicherten Familienan-gehörigen erforderlich wäre. Der durch-schnittliche Beitrag eines Rentners hingegen reicht zur Selbstfinanzierung der Leistungen für ihn und seine mitversicherten Familien-angehörigen nicht aus.

Damit deckt ein Rentner im Durchschnitt nur etwa 43% der Leistungsausgaben, die für ihn erbracht werden, durch seinen Bei-trag ab, während alle anderen Mitglieder pro Kopf einen Beitrag einzahlen, der ihre Leistungsausgaben um durchschnittlich 46% übersteigt. Der Überschuss, den die erwerbstätigen Mitglieder netto in die GKV einzahlen, dient der Finanzierung der Net-toauszahlungen, die Rentner für ihre me-dizinische Versorgung erhalten. Das bedeutet, dass inner-halb der GKV eine intergenerationale Umverteilung von den Erwerbstätigen zu den Rentnern vorgenommen wird (vgl. Abb. 2).

In einer alternden Gesellschaft nimmt die Anzahl der Versicherten im Rentenalter in der GKV zu. Die sich dadurch multiplizierenden Nettoauszahlungen für Rentner müssen durch höhere Beiträge der Erwerbstätigen finanziert werden, so dass das Ausmaß der Umverteilung von Erwerbstätigen zu Rentnern steigen wird. Die Investition in das Gesundheitssystem wird dadurch für erwerbstätige Mitglieder einer Ge-neration immer ungünstiger: Sie zahlen höhere Beiträge für die steigende Anzahl von Rentnern, sind aber selbst als

Behandlungsausgaben nach Alter; früheres Bundesgebiet, 1995

Altersgruppen	Behandlungsausgaben DM pro Kopf (in Klammern: Ausgabenanstieg)		
	Männer	Frauen	Insgesamt
0-14	1228,01	1079,56	1156,15
15-19	1176,54 (-51,47)	1466,44 (386,88)	1316,20 (160,05)
20-24	1278,04 (101,50)	1758,12 (291,68)	1507,04 (190,84)
25-29	1484,90 (206,86)	2294,09 (535,97)	1870,53 (363,49)
30-34	1579,07 (94,17)	2235,03 (-59,06)	1891,67 (21,14)
35-39	1939,09 (360,02)	2325,05 (90,02)	2123,83 (232,16)
40-44	2069,45 (130,36)	2358,68 (33,63)	2210,47 (86,64)
45-49	2577,08 (507,63)	2831,62 (472,94)	2701,30 (490,83)
50-54	2947,90 (370,82)	3096,05 (264,43)	3020,95 (319,65)
55-59	3487,85 (539,95)	3340,69 (244,64)	3414,32 (393,37)
60-64	4031,67 (543,82)	3683,28 (342,59)	3853,29 (438,97)
65-69	4866,83 (835,16)	4400,97 (717,69)	4611,95 (758,66)
70-74	5590,51 (723,68)	5170,68 (769,71)	5322,64 (710,69)
75-79	6392,94 (802,43)	6118,90 (948,22)	6208,24 (885,60)
80 und mehr	6893,70 (500,76)	6721,43 (602,53)	6767,60 (559,36)

Quelle: Ulrich (1998).

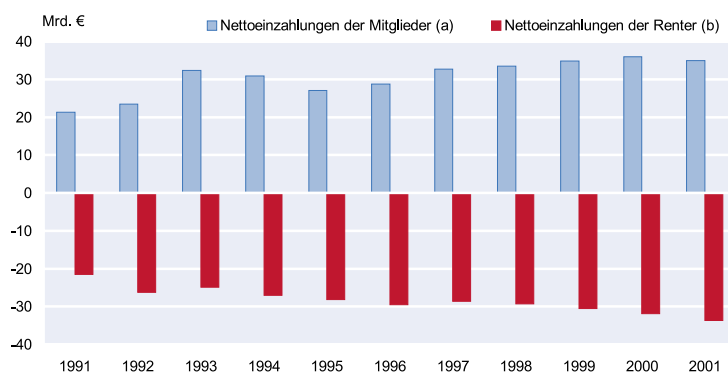
einzelner Rentner nur einmal in der Lage, die Leistungen zu beanspruchen. Der Barwert der Beiträge übersteigt den Barwert der Leistungen, was bedeutet, dass die Erwerbstätigen einer Generation einen Lebensnettotransfer an die Überlebenden früherer Kohorten zahlen.

### Die demographische Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben

Die Beiträge zur GKV hängen vom Einkommen ab und sind altersunabhängig. Hingegen illustriert obige Tabelle, dass die Höhe der Ausgaben der GKV für medizinische Leistungen mit dem Alter steigt.

Die durchschnittlichen Behandlungskosten steigen stetig von einer Altersgruppe zur nächsten und erreichen am Lebensende das Sechsfache der Ausgaben für die unter 14-jährigen Personen. Der Ausgabenanstieg ist besonders hoch für die Altersgruppen nach dem 65. Lebensjahr. Unterstellt man, dass ein ähnliches Ausgabenprofil auch in Zukunft gelten wird, so wird ein steigender Altersquotient, der das Verhältnis von über 65-jährigen Personen zu 20- bis 65-Jährigen angibt, zu einer erheblichen Erhöhung der Ausgaben der GKV führen. Die Projektion der Behandlungskosten bis zum Jahr 2050 in Abbildung 3 geht von dem Ausgabenprofil der Altersgruppen im Jahr 1995 aus (vgl. Tabelle) und zeigt, wie die demographische Entwicklung auf die Ausgaben wirkt. Entsprechend den Bevölkerungsprognosen von Eu-

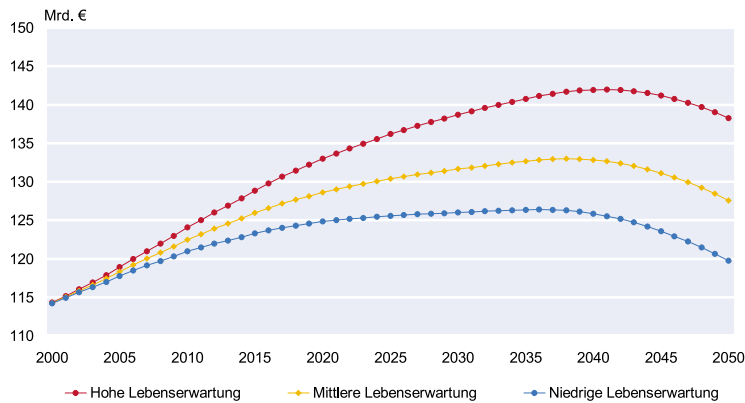
Abb. 2  
Nettoeinzahlungen der Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1991 - 2001



(a) Beiträge abzüglich Leistungsausgaben der pflichtversicherten und freiwilligen Mitglieder (ohne Rentner) in der GKV.  
(b) Beiträge abzüglich Leistungsausgaben der Rentner in der GKV.

Quelle: BMG (2002), Sachverständigenrat (2002), Berechnungen des ifo Instituts.

**Abb. 3**  
**Demographischer Einfluss auf die Behandlungskosten der GKV bis 2050 bei unterschiedlicher Lebenserwartung**



Quelle: Ulrich (1998), Eurostat (2000), Berechnungen des ifo Instituts.

Anm.: Die Szenarien unterscheiden sich bezüglich der Annahmen für die Lebenserwartung bei Geburt. Im Szenario »Hohe Lebenserwartung« steigt die Lebenserwartung für Männer von 75 Jahre (2000) auf 83 Jahre (2050) und für Frauen von 81 Jahre auf 87 Jahre. Im Szenario »Mittlere Lebenserwartung« steigt die Lebenserwartung für Männer von 74,6 auf 80 Jahre und für Frauen von 80,7 auf 85 Jahre. Im Szenario »Niedrige Lebenserwartung« steigt die Lebenserwartung für Männer von 74,2 auf 76 Jahre und für Frauen von 80,4 auf 82 Jahre. In allen drei Szenarien wird für die zusammengefasste Geburtenziffer (Total fertility rate), die die Gesamtkinderzahl einer Frau im gebärfähigen Alter angibt, ein Anstieg von 1,38 (2000) auf 1,5 (2050) unterstellt und eine Nettozuwanderung angenommen, die von 192 000 auf 200 000 Personen zunimmt.

rostat (2000) werden dabei drei Szenarien betrachtet, die sich in der Lebenserwartung bei Geburt von Männern und Frauen unterscheiden.

Die demographische Veränderung in Deutschland bedeutet einerseits, dass die Bevölkerung langfristig schrumpft, und andererseits, dass die höheren Altersgruppen immer stärker besetzt werden. Der erste Effekt führt zu einer insgesamt geringeren Nachfrage nach medizinischen Leistungen und damit zu sinkenden Ausgaben der GKV. Der zweite Effekt führt aufgrund steigender Behandlungskosten im Alter zu höheren Ausgaben der GKV. Da nach der Eurostat-Projektion bei mittlerer Lebenserwartung die Bevölkerung in Deutschland erst ab 2013 zurückgeht, steigen die Ausgaben bis 2013 zunächst deutlich an aufgrund höherer Bevölkerungszahlen und eines steigenden Altersquotienten (25,9 in 2000 auf 32,7 in 2013). Danach wirken die Effekte gegenläufig, was zu einer Abschwächung des Ausgabenwachstums führt. Die geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boom-Generationen erreichen die höheren Altersgruppen, was zu einem maximalen Anstieg des Altersquotienten von 54,9 im Jahr 2038 führt. Dadurch steigen die Behandlungskosten bis zu diesem Zeitpunkt auf 132,97 Mrd. €. Danach führen sinkende Bevölkerungszahlen und ein zurückgehender Altersquotient zu einem Rückgang der GKV-Ausgaben. Insgesamt bewirkt der Alterungsprozess der Bevölkerung bis zum Jahr 2038 einen Anstieg der Behandlungskosten, die um 17% höher sind als im Jahr 2000. Im Szenario mit hoher Lebenserwartung erreicht der Alters-

quotient im Jahr 2039 einen Höchstwert von 60,6. Die Gesamtausgaben steigen dann bis 2041 um 25% auf 141,94 Mrd. €. Steigt die Lebenserwartung hingegen weniger stark, so liegt der Altersquotient 2038 bei maximal 50,6 und die Ausgaben der GKV steigen um immerhin noch 11,3% auf 126,38 Mrd. €.

Diese Berechnungen unterstellen, dass das Ausgabenprofil für die Altersklassen aus dem Jahr 1995 auch in den folgenden Jahrzehnten erhalten bleibt. Da aber damit zu rechnen ist, dass sich dieses Ausgabenprofil versteinert wird, ist eher mit einem stärkeren Anstieg der GKV-Gesamtausgaben zu rechnen. Die Versteilung des Ausgabenprofils kann auf Produktinnovationen im Gesundheitswesen zurückgeführt werden, die die Palette der Behandlungsmöglichkeiten ausweitet. Dadurch werden für eine Gruppe von 80-Jährigen des Jahres 2030 mehr Gesundheitsleistungen erbracht als für eine entsprechende Gruppe im Jahr 1995, da sich unter jenen ein höherer Anteil von Personen befindet, die nur aufgrund massiver medizinischer Interventionen noch am Leben sind (vgl. Breyer und Ulrich 1999).

Der demographischen Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben wird die These entgegengehalten, dass die Ausgaben nicht altersabhängig seien, sondern von der Nähe zum Todeszeitpunkt abhängen. Wenn die Kosten in den letzten Lebensjahren anstiegen, so wären die höheren Gesundheitsausgaben in den Altersgruppen ab 65 Jahren nicht per se durch das Alter verursacht, sondern dadurch, dass der Todeszeitpunkt der meisten Menschen in diesen Altersklassen liegt. So waren im Jahr 2000 etwa 70% aller gestorbenen männlichen Personen und 87,5% aller gestorbenen weiblichen Personen älter als 65 Jahre. Die Frage, ob das Alter oder die Restlebenszeit die Ausgaben älterer Personen in die Höhe treibt, ist noch nicht abschließend geklärt. Für die Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben für Personen in höherem Alter steigen, ist die Klärung dieser Frage zweitrangig, da eher damit zu rechnen ist, dass die Jahre vor dem Tod sich weiter in die höheren Altersklassen verschieben werden.

### Reformoptionen für mehr Generationengerechtigkeit

Reformen des Gesundheitswesens sollten darauf gerichtet sein, die Generationengerechtigkeit in dem Sinn wiederherzustellen, dass jede Generation ihre Gesundheitskosten so weit wie möglich selbst finanziert. Es muss zwischen Reformen innerhalb des gegenwärtigen Umlageverfahrens

und Reformen, die zu einem Wechsel des Finanzierungssystems führen, unterschieden werden.

Innerhalb der Umlagefinanzierung könnte auf der Einnahmenseite daran gedacht werden, zur Wiederherstellung der Generationengerechtigkeit die Beiträge der Rentner stärker anzuheben. Eine solche Beitragssatzsteigerung für Rentner löst aber nicht das zugrunde liegende Problem der starken finanziellen Umverteilungsbelastung für die erwerbstätigen Generationen. Denn die Beiträge der Rentner in die GKV werden von ihrer Rente erhoben, und die Renten werden wiederum im Umlageverfahren der Gesetzlichen Rentenversicherung von den Erwerbstätigen finanziert. Durch die eigenen Beiträge der Rentner lassen sich zwar die Beitragsätze der GKV beeinflussen, nicht aber die Belastung der Erwerbstätigen insgesamt. Dieses Argument gilt in abgeschwächter Form auch, wenn man berücksichtigt, dass die Renten über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss mitfinanziert werden, da die erforderlichen Steuern wiederum zum großen Teil die Erwerbstätigen belasten.

Angemessener wäre stattdessen eine Reform, die auf der Ausgabenseite dafür sorgt, dass der Anstieg der Gesundheitskosten im Alter reduziert wird. Das kann erreicht werden, indem stärkere Anreize für die Anwendung präventiver medizinischer Leistungen im Gesundheitswesen gesetzt werden. Etwa 20% aller Versicherten leiden an chronischen Erkrankungen und verursachen damit etwa 80% der gesamten Gesundheitsausgaben. Es ist unstrittig, dass prophylaktische Maßnahmen viele Erkrankungen im fortschreitenden Alter verhindern oder deren Behandlung erleichtern können. Dadurch kann die Kostendynamik in einer alternenden Gesellschaft gedämpft werden. Allerdings erfordert die Intensivierung der Prävention eine Anschubinvestition, deren Vorlaufkosten sich erst in der Zukunft durch größere Ersparnisse rentieren. Das Einsparpotential ist schwer abzuschätzen und hängt von der durch Mediziner zu beurteilenden Wirksamkeit einzelner Präventionsmaßnahmen ab. Als Beispiel sei die Verschreibung von Blutzucker-Messstreifen zur Selbstkontrolle genannt, die die Kosten einer Therapie von Spätschäden wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenversagen und Erblindung eindämmen kann.

Es ist entscheidend, die Anreize für Präventionsmaßnahmen zu erhöhen. Zur Prävention werden oft nur wenige abrechenbare Leistungen erbracht, die schlecht honoriert werden. Solche Leistungen sollten in der Vergütung, die von den Verbänden festgelegt werden, angemessener berücksichtigt werden. Da die Reputation eines Leistungsanbieters in der Regel weniger an seiner Kompetenz im Bereich der Prävention, sondern häufiger an seinen Therapieerfolgen gemessen wird, muss ein stärkerer Anreiz auch auf der Nachfrageseite gesetzt werden, solche präventiven Leistungen nachzufragen. Das kann geschehen, indem Krankenkassen Beitragsrabatte für solche Versicherten vergeben, die an prä-

ventiven Untersuchungen teilnehmen und schon im Vorfeld an gesundheitsförderlichen prophylaktischen Maßnahmen (Raucherentwöhnungsprogramme, Herz-Kreislauf-Sport) teilnehmen. Präventionsprogramme können dazu beitragen, dass aus Versicherten mit schlechtem Risiko »gute Risiken« werden, so dass aus einer Verbesserung der Risikostruktur auch finanzielle Anreize für die Krankenkassen bestehen, Präventionsprogramme zu entwickeln und zu finanzieren.

### Der Übergang zur kapitalgedeckten Gesundheitsvorsorge

Neben Reformmaßnahmen, die helfen, die Gesundheitsausgaben im Alter zu senken, sollten strukturelle Reformen treten. Im Sinne der Generationengerechtigkeit ist eine naheliegende Reform der Ausstieg aus der Umlagefinanzierung und die Einführung der Kapitaldeckung. In einem kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem werden für jede Generation risikoäquivalente Prämien berechnet, aus denen sich verzinsende Alterungsrückstellungen für die zu erwartenden Gesundheitskosten der Generation im Rentenalter gebildet werden. Hierbei handelt es sich um eine Form des Vorsorgesparens, bei dem der Versicherte in jungen Jahren einen Teil seines Beitrags für seine im Alter zu erwartenden höheren Gesundheitskosten anspart. Durch diese Art der Finanzierung werden keine Kosten auf zukünftige Generationen verlagert.

Aus der Forschung im Bereich der Rentenfinanzierung ist bekannt, dass der Übergang von einem umlage- zu einem kapitalgedeckten Finanzierungsverfahren keine Effizienzsteigerung bewirkt. Dies liegt daran, dass ein solcher Übergang Umstellungskosten verursacht, die von den erwerbstätigen Generationen getragen werden müssen. Diese Kosten zehren die Gewinne aus der höheren Rendite der sich mit dem Kapitalmarktzins verzinsenden Investitionen für das Alter vollständig auf. Das bedeutet, dass eine solche Umstellung nicht zu einer Besserstellung einer beliebigen Generation führen kann, ohne dass eine andere Generation schlechter gestellt wird. Deshalb muss die Diskussion darum gehen, wie eine gerechtere Verteilung der Belastung durch Gesundheitskosten auf die Generationen erreicht werden kann.

In der GKV bedeutet der Übergang von lohnabhängigen zu risikoäquivalenten Beiträgen zum einen, dass Arbeitnehmer mit höherem Einkommen entlastet und Geringverdiener belastet werden. Die intragenerationale Umverteilung von Hoch- zu Niedrigverdienern, die in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen gegeben ist, würde bei einem Wechsel zu Prämien nach dem Äquivalenzprinzip abgeschafft, da dann zwischen Risikogruppen und nicht mehr zwischen Einkommensgruppen umverteilt würde. Diese re-

gressive Verteilungswirkung könnte dadurch aufgefangen werden, dass dieses bisher in der GKV enthaltene Umverteilungselement durch das staatliche Steuer-Transfer-System übernommen wird. Ein gewisser Vorteil der Verschiebung dieser Einkommensumverteilung von der GKV zum Steuersystem bestünde darin, dass diese intragenerationale Umverteilung dann nicht mehr lediglich durch eine steuerähnliche Beitragserhebung auf das Arbeitseinkommen finanziert würde, sondern auch durch Steuern auf weniger elastische Bemessungsgrundlagen, die nicht das Arbeitsangebot verzerren. Dadurch würden die Lohnnebenkosten erheblich gesenkt und die Zusatzlast der Besteuerung zur Finanzierung der Umverteilung verringert. Das andere Problem betrifft die intergenerationale Umverteilung zugunsten der höheren Altersgruppen und insbesondere der Rentnergenerationen, die bei einem Wechsel nicht mehr in der Lage wären, eigene Altersrückstellungen zu bilden. Deren Altersrückstellungen müssten also nachfinanziert werden. Nach Berechnungen des Sachverständigenrats (2002) würden beide Umstellungsmaßnahmen staatliche Mittel in Höhe von 40 Mrd. € jährlich beanspruchen.

### Ein Grundversorgungskatalog für die GKV

Um eine Reduzierung dieser Umstellungskosten zu erreichen, gleichwohl aber das Ziel einer höheren Generationengerechtigkeit weiterzuverfolgen, empfiehlt es sich, die Umlagefinanzierung der GKV nicht vollständig auf Kapitaldeckung umzustellen, sondern auf ein Mindestmaß abzusenken, das lediglich einer medizinischen Grundversorgung dient. Alle darüber hinausgehenden Zusatzleistungen könnten dann auf freiwilliger Basis und individuell ausgestaltet bei privaten Krankenversicherungen kapitalgedeckt versichert werden. Bei diesem Reformvorschlag könnten die individuellen einkommensabhängigen Beiträge zur GKV deutlich gesenkt werden, so dass die Versicherten Spielraum bekämen, präferierte Zusatzleistungen bei privaten Anbietern zu versichern. Damit würde die intra- und intergenerationale Umverteilung nur für diejenigen Leistungen aus der GKV ausgelagert, die außerhalb des Grundversorgungskatalogs lägen. Das Ziel sollte sein, die Gesundheitskosten gleichmäßiger auf die Erwerbstätigen- und Rentnergenerationen zu verteilen. Das kann aber nur bedeuten, den Rentnergenerationen einen größeren Anteil an den Lasten der Gesundheitsversorgung aufzubürden. Das kann geschehen, indem die über die Umlage finanzierten Leistungen, die dann auch den Rentnern weiterhin angeboten werden, durch einen Grundversorgungskatalog eingeschränkt werden.

Eine Übernahme der versicherungsexternen Finanzierung der Umverteilungsaufgaben und der Nachfinanzierung der Altersrückstellungen durch das Steuer-Transfer-System würde bei einem beschränkten Ausstieg aus dem Umlageverfahren geringere Umstellungskosten verursachen als ein voll-

ständiger Umstieg auf Kapitaldeckung. Wie stark diese Kosten gesenkt werden könnten, hängt von der Frage ab, wie eng der Grundversorgungskatalog der GKV eingegrenzt werden soll. Eine Antwort darauf lässt sich nur im gesellschaftlichen Konsens finden. Der Sachverständigenrat (2002) hat mögliche Ausschlusskriterien genannt. Es sollten alle Leistungen ausgeschlossen werden, die keinen unmittelbaren Bezug zu einer Krankheit haben. Diese als versicherungsfremd einzustufenden Leistungen beträfen zum Beispiel die Empfängnisverhütung, Sterilisation, nicht medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche, das Mutterschaftsgeld und das Sterbegeld. Medizinische Kriterien könnten der Nachweis der Wirksamkeit einer Leistung oder die medizinische Notwendigkeit sein. Danach müsste über die Ausgliederung bestimmter Verfahren der alternativen Medizin nachgedacht werden. Ein ökonomisches Ausschlusskriterium könnte die Nachfrageelastizität nach einer Gesundheitsleistung sein. Das bedeutet, würde mit dem steigenden Preis einer Leistung deren Nachfrage deutlich zurückgehen, so ließe sich daran ablesen, dass die Notwendigkeit oder die Präferenz für die Inanspruchnahme dieser Leistung nicht sehr stark wäre. Leistungen mit einer hohen Nachfrageelastizität würden also nur zu einem geringen Preis nachgefragt und weisen damit nicht jene Unentbehrlichkeit auf, die zur Aufnahme in einen Grundversorgungskatalog Voraussetzung wäre. Eine Reihe von Leistungen könnten auch direkt von den Versicherten selbst übernommen werden. Die individuelle Planbarkeit von Gesundheitsausgaben etwa bei Sehhilfen oder Zahnersatz könnte ein Indiz dafür sein, dass solche Leistungen nicht über die GKV versichert werden müssten, sondern von den Versicherten selbst eingeplant und finanziert werden. Hinzu kommen solche Leistungen, die der Versicherte ohne finanzielle Überforderung selbst übernehmen könnte (sog. Bagatelleleistungen). Der Sachverständigenrat rechnet vor, dass die Herausnahme der Leistungen für prophylaxeabhängigen Zahnersatz jährlich zu Einsparungen von 3,5 Mrd. € führen könnte. Dies würde 0,4 Beitragssatzpunkten entsprechen. Hingegen würde die private Zahnersatzversicherung für eine 30 Jahre alte Frau eine Prämie von 18 € und für einen Mann von 14 € pro Monat erfordern.

### Zusammenfassung

Die Forderung nach Generationengerechtigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten erfordert eine stärkere Kapitaldeckung von Leistungen im medizinischen Bereich. Die dabei entstehenden Umstellungskosten müssen allerdings begrenzt bleiben. Deshalb ist es wünschenswert, die Umlagefinanzierung der GKV auf eine Grundversorgung zu reduzieren und zusätzliche Leistungen über den privatwirtschaftlichen Versicherungssektor auf freiwilliger Basis versichern zu lassen. Dadurch sollte die Mitfinanzierung der Gesundheitskosten älterer Generationen durch die Beiträge

jüngerer Generationen nach den bisherigen Regeln der GKV auf die notwendigen medizinische Maßnahmen beschränkt werden und eine Selbstfinanzierung der Generationen alle Leistungen umfassen, die nach gesellschaftlichem Konsens eher Konsumcharakter aufweisen oder geringe Einkommensrisiken bergen. Daneben ist es notwendig, stärkere Anreize für Investitionen in die Präventivmedizin zu setzen, um den Anstieg der Gesundheitsausgaben im Alter zu senken.

## Literatur

- Breyer, F. und V. Ulrich (1999), »Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse«, *Diskussionspapier 1/99*, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – BMG (2002), *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002*, <http://www.bmggesundheit.de/bmg-frames/index.htm>.
- Eurostat (2000), *Revised Long-Term National Population Scenarios for the European Union*, Final report prepared by Statistics Netherlands, Luxemburg und Brüssel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000), *Chancen auf einen höheren Wachstumspfad*, Jahresgutachten 2000/01, Stuttgart.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*, Jahresgutachten 2002/03, Stuttgart.
- Ulrich, V. (1998), »Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000«, *Diskussionspapier 1/98*, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.