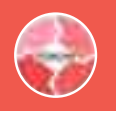


# Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – Ökonomische Aspekte

PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH, UNIVERSITÄT BAYREUTH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III



Ich habe drei Gliederungspunkte mitgebracht. Dabei werde ich auch über den demografischen Wandel und den technischen Fortschritt referieren und auf die These von der Medikalisierung und von der Kompression eingehen – das allerdings stärker mit ökonomischen Bezügen. Ich werde mit einem Punkt schließen, der mir besonders am Herzen liegt. Dabei geht es um die intergenerativen Aspekte der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts. Eine meiner Kernaussagen wird letztlich sein, dass es sehr stark um Verteilungsprobleme im demografischen Wandel gehen wird und die Art und Weise, wie wir uns an diese Verteilungsprobleme heranwagen. Wie mutig oder wie zögerlich wir sie anpacken wird entscheidend sein, ob wir bei der Bewältigung dieser Probleme erfolgreich sein werden oder nicht.

## Einleitung

Ich habe Ihnen einige Eingangszitate mitgebracht: Sie sehen, schon vor 150 Jahren bemerkte man, die Gesundheit überwiegt alle anderen Güter so sehr, dass wahrscheinlich ein gesunder Bettler glücklicher war als ein kranker König. Wenn Sie so wollen, spiegelt sich in diesem Satz die doppelte Bedeutung der Gesundheit wider. Bereits Schopenhauer erwähnte, wie unendlich wertvoll Gesundheit für uns sei, während die Ökonomen darauf hinweisen, dass die Gesundheitsversorgung teuer, vielleicht sogar zu teuer ist. Wir werden in naher Zukunft eine Revolution erleben, wie das Ralph Weissleder ausdrückt, geprägt durch Früherkennung, personalisierte Therapien und neue Behandlungsmöglichkeiten. Für die Ökonomen ergibt sich dadurch die spannende Frage: Schaffen wir es, die Qualität der Versorgung zu steigern, ohne dass uns die Kosten aus dem Ruder laufen? Wir hatten von der Explosion des Machbaren gesprochen. Damit ist natürlich auch die Finanzierung dieser Leistungen verbunden.

## Demografischer Wandel und seine Folgen

Die zentralen Determinanten der zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen sind der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt. Zu beiden möchte ich Ihnen einige stilisierte Fakten vorstellen. Neudeutsch spricht man von einem Double-Aging-Prozess, also einem doppelten Alterungsprozess. Der anhaltende Geburtenrückgang geht einher mit einer steigenden Lebenserwartung, was zunächst äußerst positiv zu bewerten ist. Ökonomen thematisieren aber sehr stark die finanziellen Probleme, die damit einhergehen, vor allem

„Die Gesundheit überwiegt alle äußeren Güter so sehr, dass wahrscheinlich ein gesunder Bettler glücklicher ist als ein kranker König.“

Arthur Schopenhauer  
(1788-1860)

„Wir werden in Zukunft eine Revolution im Gesundheitswesen erleben - geprägt durch Früherkennung, personalisierte Therapien und neue Behandlungsmöglichkeiten.“

Professor Ralph Weissleder,  
Harvard Medical School

„Ziel muss es sein, die Qualität der Versorgung zu steigern, ohne dass die Kosten aus dem Ruder laufen.“

Jim Reid-Anderson,  
CEO Siemens Healthcare

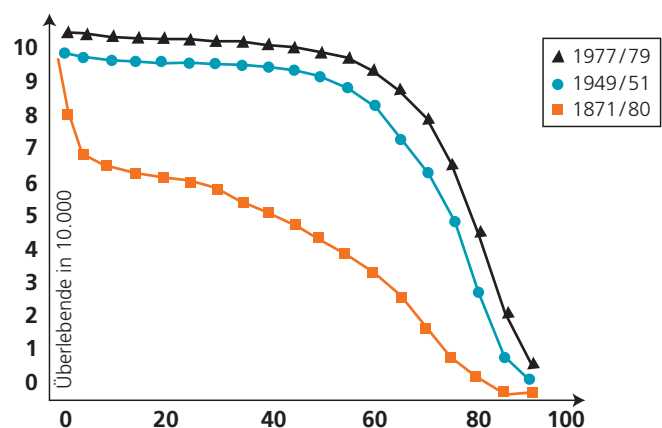
bedingt durch die Art und Weise, wie wir das System der sozialen Sicherung finanzieren: Stichwort Umlageverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Wir werden eine Zunahme der Ein-Personen-Haushalte erleben und wir werden Änderungen im Konsum- und im Freizeitverhalten in einer alternden Gesellschaft feststellen. Das ist nicht normativ zu sehen, sondern zunächst einmal positiv, weil eben ältere Menschen andere Güterbündel nachfragen im Vergleich zu jüngeren Menschen. Der demografische Wandel wird gemeinsam mit den Wechselwirkungen des technischen Fortschritts zu einem makroökonomischen Strukturproblem führen.

Ökonomen finden eine größere Gütervielfalt in einer wachsenden Wirtschaft besser, da dies unter anderem auch den Verteilungsspielraum erhöht. Das heißt, wenn wir auch zukünftig in einer schrumpfenden Gesellschaft ein höheres Konsumniveau anstreben, dann müssen das weniger Erwerbstätige erwirtschaften. Das geht natürlich nur, wenn wir entweder mehr importieren oder wenn diese geringere Zahl an Erwerbstätigen besser wird. Und besser werden bedeutet, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen. Das ist eher langfristig möglich – etwa durch vermehrte Bildungsanstrengungen, so dass wir auch hoffen, hier einen Einflusskanal zu besitzen, über den wir noch nicht diskutiert haben. Die Arbeitsproduktivität steigt aber auch dann, wenn die Kapitalintensität in der Produktion steigt. Für den Ökonomen gibt es einen Satz, den man auch in Lehrbüchern findet: „Eine alternde Gesellschaft braucht mehr Kapital.“ Das beinhaltet nicht nur Sach- oder Realkapital, sondern auch Humankapital. Am einfachsten erkennt man diese Zusammenhänge in der Rentenversicherung. Wer in jungen Jahren keine Kinder

in die Welt gesetzt oder nichts gespart hat, der wird im Alter darben. Es geht also immer um Real- und/oder Humankapital.

Ein weiterer Punkt, den wir auch in diesem Zusammenhang diskutieren müssen, ist das Thema Nachhaltigkeit. Dem jetzigen System der sozialen Sicherung wird vorgeworfen, es sei nicht nachhaltig, wobei dieser Begriff nicht exakt definiert ist. In der Forstwirtschaft definiert man den Begriff wie folgt: Es kann nur das genutzt und auch abgeholzt werden, was langfristig auch wieder nachwächst, damit zukünftige Generationen über

### Veränderung der Überlebenskurve am Beispiel Deutschland (Frauen)



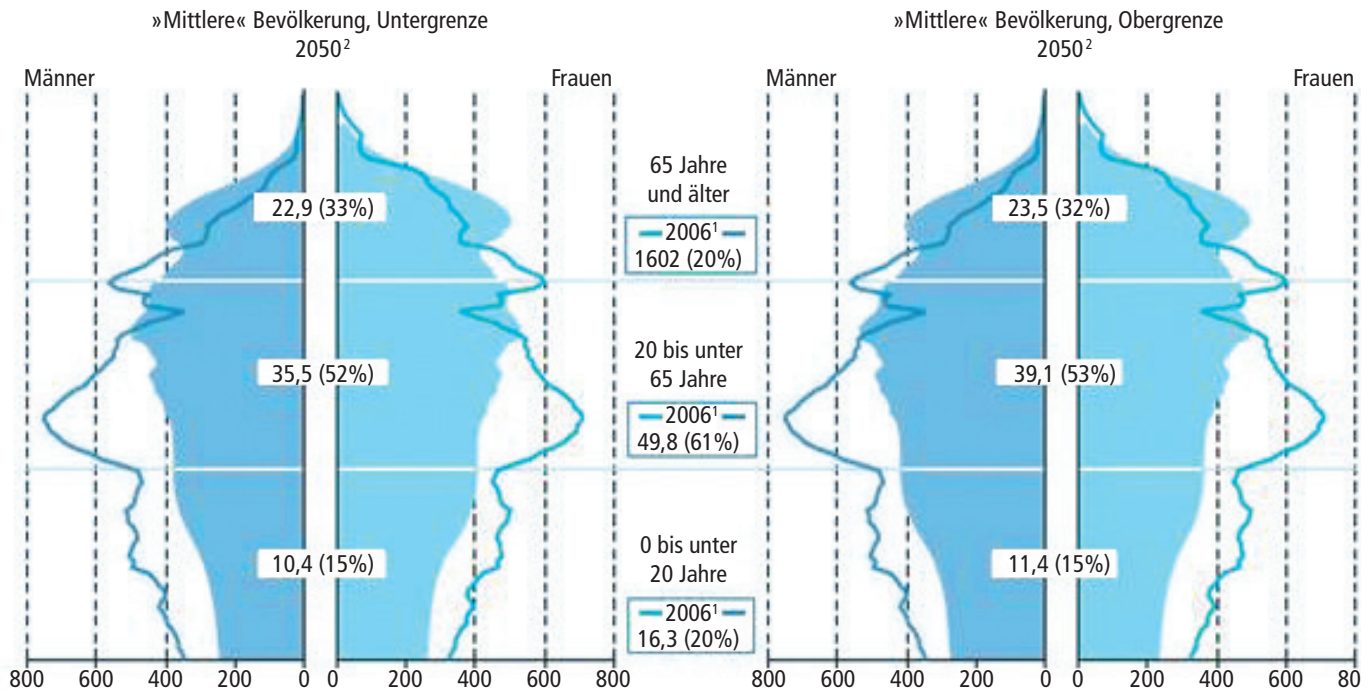
Überlebende von 100.000 Personen bei Alter X, Deutsches Reich 1871/80 Bundesgebiet 1949/51, Bundesrepublik Deutschland 1977/79

Quelle: Breyer / Zweifel / Kifmann 2005



Die Überlebenskurven für bestimmte Alterskohorten nähern sich sukzessive dem maximalen Lebensalter von 100 Jahren an.

## Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2006 und 2050 in 1000 (in %)



1 Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung 2006.

2 Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (»mittlere« Bevölkerung Unter- und Obergrenze); animierte Variante unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008



**Die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er und 1970er Jahre, die sogenannten Babyboomer, werden in drei bis vier Jahrzehnten den Pilz der Bevölkerungsdarstellung bilden.**

ähnliche Ressourcen verfügen. Ich verwende den Begriff der Nachhaltigkeit hier etwas anders. Bei Nachhaltigkeit rede ich gerne über die Problematik der intergenerativen Verteilung oder plakativ ausgedrückt: Leben wir heute zu Lasten zukünftiger Generationen? Also zu Lasten der Kinder und der Kindeskiner und noch extremer, zu Lasten derjenigen, die heute noch gar nicht geboren sind?

### Das 20. Jahrhundert – das Jahrhundert der Medizin

Das 20. Jahrhundert war das Jahrhundert der Medizin. Ich möchte im Folgenden insbesondere auf die ökonomische Herausforderung dieser Entwicklung hinweisen.

Eine zentrale Herausforderung wird dabei sein, wie wir den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die ja solidarisch über lohnproportionale Beiträge finanziert wird, langfristig den Innovationszugang sichern und wie wir die Finanzierung medizinisch sinnvoller und

notwendiger Innovationen in einer alternden Gesellschaft schultern? Wie schaffen wir es, dass wir etwa im Leistungskatalog der GKV weiterhin Zugang zu Innovationen für den breiten Kreis der Bevölkerung erhalten? Das sehe ich als eine der zentralen Herausforderungen in der Zukunft an.

Die Abbildung (S. 23) charakterisiert sehr plakativ den Kampf um die knappen Mittel. Sie sehen hier abgetragen Überlebenskurven, jeweils für bestimmte Alterskohorten. Die untere Reihe bezieht sich auf die Kohorte von 1870, die mittlere Reihe auf die Kohorte von 1949 und die obere Reihe auf die Kohorte am Ende der 70iger Jahre. Es kommt sehr schön zum Ausdruck, was man mit Begrifflichkeiten wie Verrechteckigung oder Rektangularisierung bezeichnet. Sie kennzeichnen eine Entwicklung, die darin besteht, dass sich die Überlebenskurven dem maximalen Lebensalter von 100 Jahren annähern. Die Mortalitätsraten sinken in allen Altersklassen und ermög-

lichen den meisten Mitgliedern einer Alterskohorte nahezu eine maximale Lebenslänge von 100 Jahren.

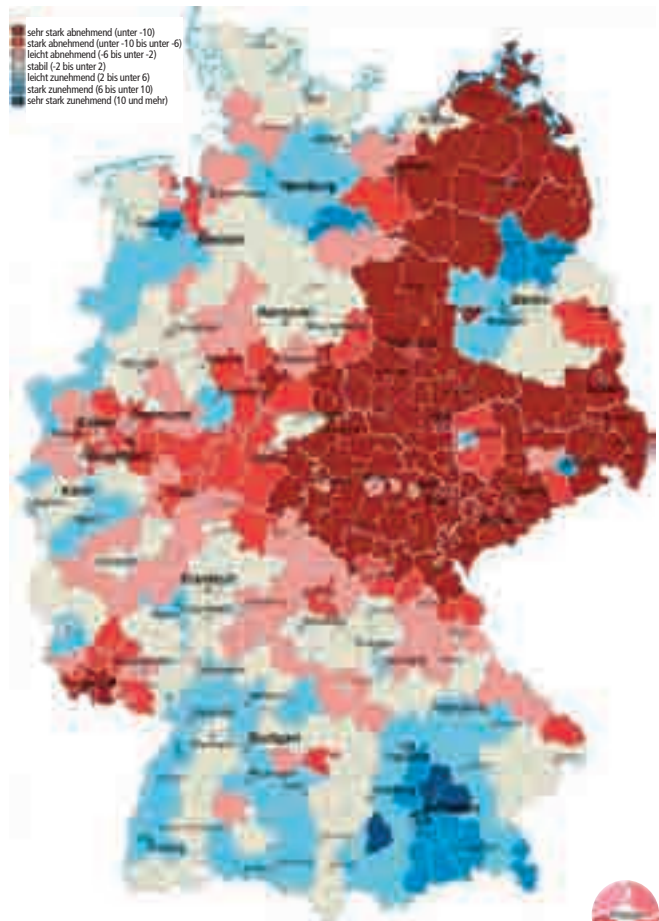
Alternde Gesellschaften sind damit Kennzeichen des Erfolgs einer medizinischen und technologischen Entwicklung im Gesundheitswesen. Auch die jetzige Situation des demografischen Übergangs wird langfristig wieder zu einer stationären Bevölkerung führen. Das zeigen interessante Theoreme aus der Demografie. Es ist interessanter Weise nicht so entscheidend, dass die Geburtenrate niedrig ist, sondern die Geburtenrate und die Sterberate, also die vitalen Raten, über längere Zeiträume konstant sein müssen, damit wir wieder stationäre Bevölkerungen erreichen. Die haben dann aber ein anderes Aussehen als die Bevölkerungspyramide, an die wir uns im Laufe von Jahrzehnten gewöhnt haben. Wir haben ja nicht umsonst zu Beginn des letzten Jahrhunderts von einer Bevölkerungspyramide gesprochen. Wenn Sie das so sehen, käme heute niemand von uns mehr auf die Idee, hier den Begriff der Bevölkerungspyramide zu verwenden, eher schon des Bevölkerungsbaums bzw. des -pilzes. Abgetragen sehen Sie (S. 24) zwei Darstellungen für den Bevölkerungspilz. Die blaue Linie betrifft die aktuelle Situation, die farbig eingezeichneten Teile betreffen die Situation in vier bis fünf Jahrzehnten.

Man erkennt gut, welche Bevölkerungsanteile sich verschieben und wie sich die Bevölkerung letztlich zu dem hinentwickelt, was man als einen Pilz bezeichnet.

Ich wollte Sie noch auf den mittleren Bereich der Abbildung aufmerksam machen. Das ist die Bevölkerungskohorte, der für Ursache und Lösung des demografischen Problems große Bedeutung zukommt. Das sind diejenigen, die gerne als Babyboomer bezeichnet werden, also die geburtenstarken Jahrgänge der 60er und 70er Jahre, die sich in der Zwischenzeit in der Mitte des Bevölkerungsbaums befinden. Und das sind diejenigen, die in drei bis vier Jahrzehnten den Pilz der Bevölkerungsdarstellung bilden. Ich werde später darauf eingehen, warum diese Alterskohorte für die Lösung des demografischen Problems eine zentrale Bedeutung besitzt.

Die nächste Abbildung verdeutlicht die regionalen Effekte des demografischen Wandels. Wir diskutieren im Moment die regionalen Effekte mehr im Zusammenhang mit der Honorarreform der Ärzte. In unserem Zusammenhang zeigt die Abbildung, dass demografischer Wandel eine regionale Komponente besitzt. Rot bedeutet, es kommt zu einem Bevölkerungsverlust von mehr als zehn

## Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2025 für Landkreise und kreisfreie Städte (in %)

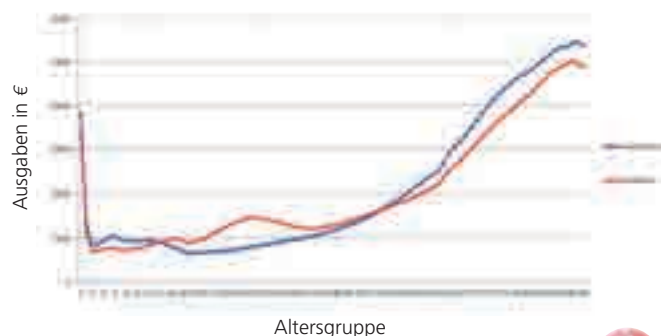


Quelle: © Bertelsmann Stiftung

**Rot kennzeichnet Regionen mit mehr als 10 Prozent Bevölkerungsverlust, Blau steht für Zuwanderung von mehr als 10 Prozent.**

## Demografischer Ausgabeneffekt

Finanzierungseffekt unstrittig, demografischer Ausgabeneffekt nicht



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009

**Ab etwa dem 60. Lebensjahr steigt die Ausgabenkurve zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.**



Prozent. Blau heißt, es kommt bis zum Jahr 2050 zu einer Zuwanderung von mehr als zehn Prozent und man erkennt sehr deutlich, dass es zu starken Bevölkerungsverlusten im Osten kommen wird und zu größeren Zuwächsen in den alten Bundesländern und hier insbesondere in Süddeutschland. Das führt natürlich zu Konsequenzen für die zukünftige Versorgung, also auf das Angebot an Ärzten, auf den Sicherstellungsauftrag und auf die Versorgung im ländlichen Raum. Diese Entwicklung wird die medizinische Versorgungslandschaft prägen und nachhaltig verändern.

### Konsequenzen für das Gesundheitswesen

Was bedeutet das mit Blick auf das Gesundheitswesen – insbesondere natürlich für die Finanzierung? Wie beeinflussen demografische Alterung und medizinisch-technischer Fortschritt die weitere Entwicklung der Gesundheitsausgaben? Da hören Sie zunächst beruhigende Meldungen oder Sie hören eher Horrorszenarien. Wo befinden wir uns in der wissenschaftlichen Argumentation? Bei vielen Thesen liegt widersprüchliche empirische Evidenz vor. Mit Blick auf das Gesundheitswesen lassen sich Effekte auf der Finanzierungsseite von Effekten auf der Ausgabenseite unterscheiden. Die einen reden der Medikalisierung das Wort und zeigen, dass die Entwicklung komplex und kaum bezahlbar verlaufen könnte. Die anderen beruhigen uns mit der Kompression und betonen, dass wir zukünftig die gleichen Ausgaben lediglich weiter an das Lebensende verschieben und dadurch gesunde Lebensjahre hinzugewinnen. Was kann man dazu Näheres sagen?

Generell würde man denken, dass alternde Bevölkerungen mit steigenden Gesundheitsausgaben einhergehen. Ich habe Ihnen das RSA-Profil mitgebracht – also das Ausgabenprofil für Männer und Frauen aus dem Risikostrukturausgleich des Jahres 2005 (S. 25). Man erkennt, dass die Gesundheitsausgaben mit dem Alter zunehmen. Interessanterweise kosten wir die gesetzliche Krankenversicherung über einen langen Zeitraum unseres Lebens so ziemlich genau 1000 Euro. Das ist etwas mehr in jungen Jahren und hängt mit den Leistungen bei Geburt zusammen. Wir werden dann aber teurer, wenn wir die Grenze bei 60 Jahren überschritten haben. Dann werden auch die Männer, die bis dahin ausgabentechnisch gesprochen stets unterhalb der Frauen lagen, teurer.

### Nicht das Kalenderalter ist relevant

Zusammengefasst könnte man folgern: In einer alternenden Gesellschaften würde man steigende Gesundheitsausgaben erwarten. Und genau daran ist in der Wissenschaft ein heftiger Streit entbrannt. Fakt ist, dass es sehr unterschiedliche Effekte des Alters und des technischen Fortschritts auf die Gesundheitsausgaben gibt, die zum Teil gegenläufig verlaufen.

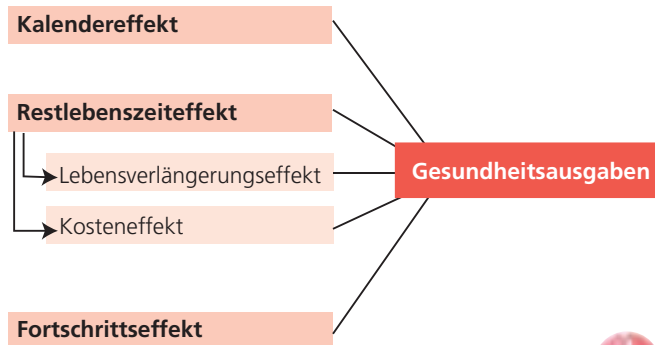
Der erste Effekt ist vielleicht der naheliegenste Effekt, an den wir bei der Alterung denken: der Kalendereffekt. Das Lebensalter spielt für die Höhe der Gesundheitsausgaben eine Rolle. Ein 80-Jähriger ist nun einmal teurer als ein 50-Jähriger. Die Wissenschaft argumentiert hier differenzierter. Im Englischen redet man von einem Red-Herring-Phänomen. Denn nicht das Kalenderalter ist relevant, sondern die Nähe zum Tod. Entscheidend ist, ob wir uns in unserem letzten Lebensjahr befinden. Das lässt sich empirisch nicht immer ganz einfach messen, weil man dazu natürlich andere Datensätze benötigt. Aber nichts desto trotz gibt es einen so genannten Sterbekosten- oder auch Restlebenszeiteffekt. Die Gesundheitsausgaben massieren sich am Ende des Lebens. Im Sinne der Alphakampf-Kultur wird alles unternommen, um den Menschen noch um eine gewisse Zeit am Leben zu erhalten. Ist dieser Effekt relevant? Ich habe eine Grafik mitgebracht, die zeigt, dass der Sterbekosteneffekt selbst zwei gegenläufige Komponenten aufweist (S. 27).

Beginnen wir mit der Kostenkurve vor dem Tod für das Jahr 1995. Die Ausgaben für ältere Menschen, also der Aufwand, der betrieben wird, um das Leben zu retten, sinkt mit zunehmendem Alter. Eine interessante Feststellung, über die man sicherlich auch unter ethischen Aspekten diskutieren kann. Vor allem in jüngeren Jahren wird ein höherer finanzieller Aufwand zur Lebensrettung betrieben. In der Abbildung befinden wir uns im Punkt A, der einem Sterbealter  $t_0$  entspricht. Sie sehen, derjenige, der in diesem Alter verstirbt, verursacht Sterbekosten in Höhe von A.

Die spannende Frage lautet, was passiert, wenn die Sterberaten durch den technischen Fortschritt im Zeitablauf sinken werden? Wenn wir uns entlang des 1995er Profils bewegen, ist die Antwort eindeutig: Wir gelangen zum Punkt B und der Zugewinn an Lebensjahren führt dazu, dass die Sterbekosten im Umfang von a sinken. Der reine Mortalitätseffekt (a) wäre also im Hinblick auf die Kosten vor dem Tod negativ. Allerdings zeigen empiri-

## Alters- und Fortschrittseffekte auf die Gesundheitsausgaben

Finanzierungseffekt unstrittig, demografischer Ausgabeneffekt nicht



Quelle: Eigene Darstellung

**Nicht das kalendarische Alter, sondern die zeitliche Nähe zum Tod ist relevant für die Gesundheitsausgaben.**

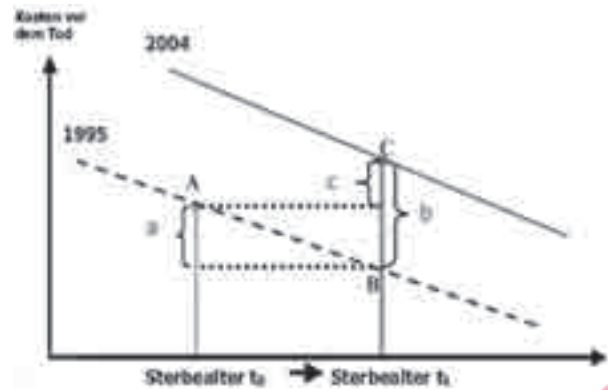
sche Untersuchungen, dass das nur ein Teileffekt ist. Der zweite Effekt, der hinzukommt lautet, dass, wenn wir das Leben verlängern, sich auch das Ausgabeprofil nach oben verschiebt. Es bleibt nicht beim Profil des Jahres 1995, sondern 10 Jahre später gilt das neue, höhere Ausgabenprofil des Jahres 2004. Will heißen: Wenn wir uns die Effekte insgesamt anschauen, dann haben wir nach wie vor einen negativen Mortalitätseffekt durch die Lebensverlängerung und den Rückgang der Mortalität (a), zu dem aber ein positiver Kosten- bzw. Schichteffekt hinzukommt in der Größenordnung von b. Die spannende Frage lautet nun, ob dieser Effekt b, der die Sterbekosten nach oben verlagert, größer oder kleiner ausfällt als der Effekt a durch die sinkende Mortalität. In der Zeichnung ist das so dargestellt, dass insgesamt die Sterbekosten mit zunehmendem Alter weiter ansteigen.

Das muss aber nicht so sein. In der Literatur zeichnet sich eine gewisse Tendenz ab, zugunsten der Medikalisierung. Wir hätten also insgesamt ausgabenerhöhende Effekte über die Sterbekosten und wir bekommen nach wie vor ausgabenerhöhende Effekte über den Kalendereffekt, also über die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben.

### Medikalisierungs- versus Kompressionsthese

Bei Gültigkeit der Kompressionsthese käme es dagegen

## Gesundheitsausgaben vor dem Tod und steigende Lebenserwartung



Quelle: Zusammengestellt aus Niehaus 2006

**Zwischen 1995 und 2004 sind die Sterbekosten bei wachsendem Lebensalter auf ein höheres Niveau gestiegen.**

zu einer Rechtsverschiebung der Ausgabenkurve hin zu dem höheren Lebensalter. Kompression würde bedeuten, dass sich die gleichen Ausgaben nach rechts zum Ende des Lebens verlagern. Auch dafür gibt es empirische Evidenz. Der Heidelberger Geriatriker Andreas Kruse hat Berechnungen vorgelegt, dass in den letzten drei Jahrzehnten fünf gesunde Lebensjahre hinzugewonnen wurden. Das entspricht durchaus unseren täglichen Erfahrungen. Sie hatten ja darauf hingewiesen, dass heute der 75-Jährige im Krankenhaus unter Altersaspekten gar nicht zur Diskussion steht. Und wir alle, wenn wir uns in unserem täglichen Umfeld bewegen, sehen ja, dass ältere Menschen häufig fit sind. Die Gegenthese wäre die Medikalisierungsthese. Die längere Lebenserwartung geht einher mit einem Gewinn an Lebensjahren. Aber in dieser Zeitspanne fallen weitere Gesundheitsausgaben an. Das Paradoxon der modernen Medizin lautet: Je besser die moderne Medizin ist, desto stärker senkt sie die Überlebensschwelle ab. Weil man auch noch denjenigen helfen kann, die früher keine Chance gehabt hätten, zu überleben.

Bei der Suche nach empirischer Evidenz will ich mich auf eine neuere Arbeit beschränken. Es ist eine Arbeit von Friedrich Breyer aus Konstanz, die eine der wenigen Arbeiten ist, welche die Frage nach den finanziellen Effekten einer steigenden Lebenserwartung mit einem Längsschnittdatensatz untersucht.

Unterm Strich zeigt die Arbeit, dass sich die jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2050 auf 1,24 Prozent beläuft. Es bestehen also Hinweise für die Medikalisierungsthese. Wenn die Medikalisierungsthese die Gesundheitsausgaben weiter nach oben treibt, dann könnte es zu einer so genannten Versteile- rung des Ausgabenprofils kommen. Damit ist gemeint, dass die Ausgabenprofile nicht zeitkonstant verlaufen, sondern sich nach oben verlagern. Sie erhöhen sich insbesondere in den hohen und höchsten Altersklassen, da der medizinische Fortschritt auch insbesondere älteren Menschen zugute kommt.

Wenn man aber unterstellt, dass auch das Wirtschaftswachstum eine vergleichbare Größenordnung erreicht, ergäbe sich eine in etwa konstante Gesundheitsquote. Das wäre eine frohe Botschaft. Konkret würde dies bedeuten, dass die Finanzierung dessen, was machbar ist, auch in einer alternden Gesellschaft letztlich zu leisten wäre. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

### Medizinische Versorgung kennt keine Sättigungsgrenze

Wenn ich die Punkte Gesundheitsausgaben, Demografie und technischen Fortschritt zusammenfasse, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: A priori kennt medizinische Versorgung keine Sättigungsgrenze. Was fehlt, ist eine stärkere Anbindung des technischen Fortschritts an prioritäre Versorgungsaspekte. Wir dürfen nicht so tun als ob wir alle unendlich leben, die so genannte biologische Norm muss mitberücksichtigt werden. Wir brauchen eine Balance dessen, was wir können und was unter psychosozialen Aspekten für ein menschenwürdiges Altern erforderlich ist. Im gegenwärtigen GKV-System dominiert die kurze Sicht: Nutzen fallen viel später an als Kosten. Deswegen lehnen wir bestimmte Verfahren und Programme ab, die langfristig durchaus sinnvoll sein und sogar zu Einsparungen führen können. Wir achten zu sehr auf den reinen lebensverlängernden Effekt und verschenken dadurch mögliche Einsparungen durch alternative Therapieformen. Eine Kosteneffektivität des technischen Fortschritts wird bisher nicht hinreichend beachtet bzw. nachgewiesen. Ob die personalisierte Medizin, von der wir heute schon gehört haben, ein sinnvoller Ansatz ist, können wir nicht abschließend diskutieren. Allerdings ist aus meiner Sicht die individualisierte Medizin eine Hilfestellung, um Therapieversagen zu minimieren.

## Nachhaltigkeitslücke und implizite Steuern in der GKV 2005

FEHLENDE NACHHALTIGKEIT IN DER GKV		MRD.
		+ : BELASTUNG
		- : ENTLASTUNG
<b>Implizite Steuer inkl. zukünftige Generationen</b>		<b>+ 562 Mrd.</b>
Gewinner: alle lebenden Jahrgänge (1906-2004)		- 68 Mrd.
Gewinner: alle älteren Jahrgänge (1906-1964)		- 802 Mrd.
Verlierer: alle jungen Jahrgänge (1965-2004)		+ 734 Mrd.

Quelle: Eigene Darstellung



**Nur bei den Jahrgängen nach 1964 sind die Nettobeitragslasten in der GKV positiv.**

### Intergenerative Effekte im Gesundheitswesen

Damit komme ich zu meinem letzten Gliederungspunkt: den intergenerativen Aspekten. Es gibt letztlich jemanden, der die finanzielle Last der demografischen Entwicklung trägt. Das wäre ein junger Mensch oder im Extremfall ein noch nicht geborener Mensch. Woran liegt das? Das hängt damit zusammen, dass wir die heutigen Systeme der sozialen Sicherung mit wenigen Ausnahmen im Umlageverfahren finanzieren. Ich hatte bereits betont, dass der demografische Wandel sowohl einen Finanzierungseffekt als auch einen Ausgabeneffekt besitzt. Das Umlageverfahren ist im demografischen Wandel sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite anfällig. Das gilt nicht in gleichem Ausmaß für das Kapitaldeckungsverfahren, denn der Finanzierungseffekt besteht nicht. Es gilt aber zu betonen, dass es kein Finanzierungsverfahren gibt, das gegen die finanziellen Folgen des demografischen Wandels immunisieren kann.

Mein Plädoyer lautet, dass wir stärker als bisher die spezifischen Vorteile der Finanzierungsverfahren berücksichtigen und nicht ausschließlich auf ein Finanzierungsverfahren vertrauen. Das Umlageverfahren geht zudem mit hohen impliziten Schulden einher. In den letzten Jahren hat das Verfahren der Generationenbilanz viel Aufmerksamkeit erhalten. Sie erkennen auf der Abbildung eine so genannte Generationenbilanz aus dem Konzept des Generational Accounting, d.h. der Bilanzierung der intergenerativen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung. Ich möchte auf den Kern der Argumen-

tation hinweisen (S. 28). Konzentrieren Sie sich bitte auf die drei Altersgruppen der 20-, 25- und 30-Jährigen. Das sind die einzigen Altersklassen, bei denen die Nettobeitragslasten positiv ausfallen. Das sind also die Altersklassen, die langfristig das GKV-System finanzieren. Man kann also kaum behaupten, dass die GKV auf einem breiten Fundament aufbaut, denn langfristig finanzieren nur die genannten drei Altersklassen das vorherrschende Umlagesystem. Alle anderen Generationen erhalten höhere Auszahlungen als sie im Laufe ihres Lebens in das System einbezahlt haben. Daher auch die Befürchtung, dass das keine nachhaltige oder tragfähige Finanzierung darstellt. Die resultierenden impliziten Schulden belaufen sich auf rund 600 Milliarden Euro im GKV-System und damit auf schwindelerregende Höhen.

#### **GKV ist unter intergenerativen Aspekten eine „Black Box“**

Unter intergenerativen Aspekten stellt die GKV-Finanzierung eine Black Box dar. Der Grund für das Vorhandensein und die Höhe der impliziten Schulden hängt natürlich eng mit dem vorherrschenden Umlageverfahren zusammen. Wenn Sie ein Umlageverfahren einrichten, entsteht automatisch eine erste implizite Schuld. Das nennt man das Geschenk an die erste Generation. Beispiel: das Rentenversicherungssystem. Es gibt eine erste Generation, die die Rente im Umlagesystem erhält. Bezahlen muss das nicht diese erste Generation von Rentnern, sondern die Rente wird finanziert von der nachfolgenden Generation der Erwerbstätigen. Dem entspricht ja gerade die Idee des Umlageverfahrens. Und immer dann, wenn dieses System ausgedehnt bzw. erweitert wird (beispielsweise durch Anrechnung von Ausbildungs- und Erziehungszeiten, durch Aufnahme von Zuwandernden oder im Fall der Wiedervereinigung) oder wenn die Wachstumsrate der Bevölkerung hinter dem Kapitalmarktzins zurück bleibt, steigt die implizierte Schuld an.

Der Rentenexperte von der Universität Mannheim, Axel Börsch-Supan, traut den Generationenbilanzen nicht so richtig über den Weg. Er betont, sie seien nur eine Momentaufnahme, die sich sehr auf den Einkommenstransfer zwischen den Generationen unter Status quo-Bedingungen fokussiert. Ein sauberes Gesamtkonzept, das im Sinne einer Gesamtschau alle finanziellen Beziehungen zwischen den Generationen abbildet, müsste noch mehr leisten. Dazu habe ich einen interessanten Beitrag von

Peter Bofinger gefunden. Das Finanzierungsmodell der Rentenversicherung erläutert er mit dem Modell eines Bauernhofes auf dem drei Generationen leben. Hier lebt und arbeitet die mittlere Generation, die den Bauernhof bewirtschaftet. Es gibt weiterhin eine Großelterngeneration, die lebt auf dem Altenteil. Und wir haben die Kinder bzw. die Enkelkindergeneration, die später einmal den Bauernhof übernehmen wird. Die Frage lautet, welche Vermögen werden in diesem Modellrahmen vererbt und welche Folgen hat das für die Beziehung zwischen den Generationen unter Gerechtigkeitsaspekten? Sicherlich wird zunächst ein Vermögen vererbt. Die mittlere Generation hat den Hof von der älteren Generation bekommen. Normalerweise würde die mittlere Generation den Hof auch an die nächste Generation also an ihre eigenen Kinder weitervererben. Und als Gegenleistung würde die aktive Generation die ältere Generation sowie die eigenen Kinder finanziell unterstützen bzw. versorgen.

#### **Ambivalente Effekte auf die Vermögenssituation**

Wir haben also zwei im Verhältnis der Generationen unterschiedliche Transferströme. Der Vermögenstransfer, d.h. die Vererbung des Bauernhofes, ist zu unterscheiden vom Einkommenstransfer, d.h. die Zahlung des Unterhalts sowohl der Kinder als auch der Eltern. Ein Vorwurf an die Generationenbilanz lautet, dass sie sich fast ausschließlich auf den Einkommenstransfer konzentriert, in dem Nettosteuerbelastungen errechnet werden. Natürlich muss man im Sinne der Gesamtschau auch den Vermögenstransfer und seine zeitliche Veränderung mit berücksichtigen.

Der demografische Wandel besitzt unter dieser erweiterten Gesamtschau durchaus ambivalente Effekte auf die Vermögenssituation unserer beteiligten Generationen. Wenn die Kinderzahl im demografischen Wandel sinkt, erhöht sich das zu vererbende Pro-Kopf-Vermögen. Waren früher fünf Kinder da, verbleibt nun nur noch ein Kind: es wird nicht mehr durch fünf geteilt, sondern durch eins. Das heißt, derjenige, der übrig bleibt, bekommt mehr als bisher. Hinsichtlich der Vermögenskomponente, also der Übergabe des Hofes, erlebt die nächste Generation somit eine Besserstellung im demografischen Wandel. Allerdings besteht ein gegenläufiger Effekt bei dem Einkommenstransfer, denn nun müssen weniger Personen die gleiche Zahl an Eltern und Großeltern fi-



nanziell unterstützen. Unterm Strich bleibt offen, ob der demografische Wandel bei der Gesamtschau aller Effekte die nachfolgende junge Generation besser oder schlechter stellt.

Übertragen wir diese Überlegungen auf die gesamtwirtschaftliche Ebene in Deutschland. Im internationalen Vergleich fällt die Sparquote in Deutschland relativ hoch aus. Deutschland verzeichnet Leistungsbilanzüberschüsse, das heißt, es werden Auslandsforderungen aufgebaut. Bezogen auf das Modell des Bauernhofs könnte man sagen, die junge Generation hat a priori keinen Grund zu klagen. Denn die Substanz des Hofes hat sich im Zeitablauf erhöht und der Wert des Hofes stellt ein größeres Vermögen dar im Vergleich zur Höhe des Vermögens, das die Aktiven selbst übertragen bekamen.

### **Ungleiche Verteilung des Vermögens**

Als problematisch erweist sich somit nicht die Höhe des Vermögens, sondern die Verteilung des Vermögens, die in Deutschland eher schief verläuft. Die Privatvermögen sind rechtsschief verteilt, d.h. ein kleiner Teil der Bevölkerung verfügt über einen großen Anteil des Vermögens und der Staat sieht es üblicherweise als seine Aufgabe an, hier korrigierend einzugreifen, um unseren Gerechtigkeitsvorstellungen zu entsprechen. Dazu hat die öffentliche Hand in der Vergangenheit vergleichsweise stärker in Bildung oder in Infrastruktur investiert, der Staat kommt dieser Aufgabe in jüngster Zeit aber nur noch in einem sinkenden Ausmaß nach. Wir leben also nicht unbedingt auf Kosten der jüngeren Generationen, wir privilegieren bzw. diskriminieren aber dennoch einzelne zukünftige Jahrgänge, d.h. es besteht nicht nur ein intergeneratives, sondern auch ein intrageneratives Problem innerhalb der nachkommenden Generationen.

Übertragen wir die Überlegungen noch einmal auf das Gesundheitssystem, auf die Umlagefinanzierung, dann zeigen diese Beispiele, dass ein Umlageverfahren nicht funktionieren kann, wenn immer weniger Beitragszahler nachkommen als letztlich Menschen hinzukommen, die einen Versorgungsanspruch besitzen. Die Tendenz ist unstrittig, denn die Zahl der versorgungsberechtigten älteren Menschen nimmt explosionsartig zu und gleichzeitig nimmt die Gruppe der Jüngeren implosionsartig ab. Die Hauptwirkung des demografischen Wandels in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt besteht

letztlich in der Zunahme der sozialen Ungleichheit und in der Zunahme makroökonomischer Strukturprobleme. Der daraus resultierende Verteilungsstress wird zu einem echten Prüfstein für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme in den nächsten Jahrzehnten.

Wie könnte eine Lösung der Finanzierungsprobleme des demografischen Wandels aussehen? Sie erinnern sich, ich hatte Ihnen die Babyboom-Generation gezeigt wie sie die Bevölkerungspyramide durchläuft. Der grundlegende Mechanismus zur Abfederung der Demografieprobleme besteht in einer vermehrte Eigenvorsorge dieser Babyboom-Generation. Denn unter Gerechtigkeitsaspekten sind das diejenigen, die die Krise mit verursacht haben, da sie sich der Reproduktion verweigern. Daher sollten sie aus Gründen der Fairness auch höhere finanzielle Lasten in der Alterssicherung und in der Gesundheitsversorgung tragen, damit die anderen und insbesondere die jüngeren Generationen entlastet werden können. Und das wäre aus meiner Sicht auch nicht ungerecht, weil die Babyboom-Generation durch das Ausbleiben der Kinder auch entsprechende finanzielle Vorteile besitzt.

### **Plädoyer für mehr Kapitaldeckung**

Wenn wir also an umlagefinanzierten Systemen festhalten, müssen wir akzeptieren, dass die Basis dafür konstante Bevölkerungsstrukturen bilden. Das erscheint in der näheren Zukunft aber nicht realisierbar, sondern nur auf sehr lange Sicht. Daher bietet es sich an, die Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung auf mehrere Säulen zu verteilen. In der Rentenversicherung sind wir bei diesen Überlegungen bereits einen Schritt weiter. Neben die bisherige umlagefinanzierte Rente, die zukünftig an Bedeutung verlieren wird, treten die Riester-Rente und die betriebliche Rente. Das heißt, wir bauen in der Rentenversicherung auf ein so genanntes Mehr-Säulen-Modell, wie es auch international zur Anwendung kommt. Damit lassen sich die spezifischen Vorteile der einzelnen Finanzierungsverfahren besser miteinander kombinieren bzw. ausbalancieren. Das ist auch ein Plädoyer, selbst in den schwierigen Zeiten der Finanzmarktkrise, für mehr Kapitaldeckung im Gesundheitswesen. Denn das Kapitaldeckungsverfahren erlaubt es, die finanziellen Belastungen durch den demografischen Wandel in Kombination mit den Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts vorzufinanzieren. In der Summe werden die Belastungen

nicht geringer, aber sie können zeitlich gestreckt bzw. vorfinanziert werden.

Wenn wir bei den bevorstehenden Reformen dagegen auf die Mehrsäulen-Modelle verzichten bzw. das Geschäftsmodell der PKV sogar weiter erschweren, wird insbesondere der Versicherungszweig bestraft, der für diese Entwicklung besser gerüstet ist als das umlagefinanzierte System.

.....

**PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH**

.....



wurde im Jahr 1988 an der Universität Mannheim zum Dr. rer. pol. promoviert. Dort erfolgte 1995 auch seine Habilitation. Nach einer Lehrstuhlvertretung an der Universität der Bundeswehr München erfolgte 1997 der Ruf an die Universität Greifswald. Dort hatte er bis 2002 den Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (insbesondere Finanzwissenschaft) inne. Forschungsaufenthalte führten den gebürtigen Schweizer 2001 an die University of Arizona in Tucson und die University of California in Berkeley. Seit 2002 ist Ulrich Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaft III an der Universität Bayreuth. 2010 ist er designierter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ).

