

**DIE FAMILIEN
UNTERNEHMER**

**DIE JUNGEN
UNTERNEHMER**

MEHR NACHHALTIGKEIT WAGEN

Die Tragfähigkeit
der Sozialversicherung
in Deutschland



Gutachten von Prof. Dr. Stefan Fetzer
und Prof. Dr. Christian Hagist
im Auftrag von DIE FAMILIENUNTERNEHMER
und DIE JUNGEN UNTERNEHMER

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	4
2. Methodik und Datengrundlage	6
3. Was passiert, wenn nichts passiert	9
3.1. Der demografische Wandel in Deutschland	9
3.2. Die Sozialversicherung als Generationenvertrag	12
3.3. Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die GRV	13
3.4. Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die GKV	15
3.5. Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die SPV	16
3.6. Gesamtbeitragssatz	18
4. Reformoptionen für mehr Nachhaltigkeit in der Sozialen Sicherung	21
4.1. Reformoptionen für die GRV	21
4.2. Reformoptionen für die GKV	24
4.3. Reformoptionen für die SPV	30
5. Fazit	33
Literatur	35

IMPRESSUM | KONTAKT

PROF. DR. STEFAN FETZER
Professor für Public Health und Internationale Gesundheitssysteme
Hochschule Aalen | Beethovenstraße 1 | 73430 Aalen

PROF. DR. CHRISTIAN HAGIST
Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik
WHU – Otto Beisheim School of Management | Burgplatz 2 | 56179 Vallendar

DIE FAMILIENUNTERNEHMER e.V.
DIE JUNGEN UNTERNEHMER
RENÉ BOHN | Leiter Arbeitsmarkt und soziale Sicherung
Charlottenstraße 24 | 10117 Berlin | Tel. 030 300 65-480 | Fax 030 300 65-390
bohn@familienunternehmer.eu | www.familienunternehmer.eu

EXECUTIVE SUMMARY

Ein zentraler Aspekt in der Diskussion um die Schuldenbremse ist die Generationengerechtigkeit. Im Fokus steht hierbei der Bundeshaushalt, die Entwicklung dessen jährlichen Finanzierungssaldo sowie der Stand der Staatsschulden. Das System, das allerdings am stärksten von Jung zu Alt umverteilt, ist die Sozialversicherung – namentlich in ihren Ausprägungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Sozialen Pflegeversicherung (SPV), die zusammen genommen deutlich größer sind als der Bundeshaushalt. Seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil aus dem vergangenen Jahr dürfte klar sein, dass für die in diesen drei Sozialversicherungen aufgehende Schere zwischen demografisch bedingtem Ausgabenanstieg und sinkender Einnahmehbasis nicht der Steuerzahler aufkommen kann, so dass entweder Leistungsansprüche gekürzt oder aber Beiträge erhöht werden müssen. Die Berechnungen des vorliegenden Gutachtens zeigen, dass bei Fortschreibung der Leistungsansprüche des Status quo der Gesamtbeitragssatz aus GRV, GKV, SPV und Arbeitslosenversicherung von heute 40,9 Prozent auf über 50 Prozent im Jahre 2050 ansteigen wird. Dies ist allerdings ein hypothetisches Szenario, denn durch die steigenden Beitragssätze würde ein Kipppunkt erreicht, bei dem die junge Generation den Generationenvertrag einseitig aufkündigt und sich entweder in Schwarzarbeit oder Auswanderung verabschiedet.

Deutschland könnte sich vermutlich ein übergroßzügiges Sozialsystem im demografischen Wandel leisten, nicht aber drei gleichzeitig. Das vorliegende Gutachten umfasst deshalb ein detailliertes Reformprogramm für mehr fiskalische Nachhaltigkeit für alle drei Systeme. Die Reformmaßnahmen der GRV beinhalten hierbei Anreize für längeres Arbeiten und einen Beitrag der Baby-Boomer-Generationen in Form von niedrigeren Rentenerhöhungen. In der GKV gilt es, zum einen endlich die Effizienzreserven durch Digitalisierung und echten Wettbewerb frei zu setzen, zum anderen soll die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden. Hingegen könnte dann in der SPV kurzfristig eine generationengerechte Anhebung des Beitragssatzes erfolgen, so dass über zusätzlich gebildetes Kapital der Beitragssatz mittel- und langfristig stabil bleiben kann. Die nächste Legislaturperiode ist für solche Reformen entscheidend, denn ist der Kipppunkt erst erreicht, gerät das gesamte System der Sozialen Marktwirtschaft so stark ins Wanken, dass dann Reformen zu spät kommen könnten – zumindest aber ein Vielfaches schmerzhafter wären.

1. EINLEITUNG

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15.11.2023 ist die deutsche Fiskalpolitik und ihre Tragfähigkeit wieder im Fokus von Politik und Gesellschaft angekommen.¹ Welche Bereiche staatlicher Aktivität kreditfinanziert sein sollten und welche nicht, wird sicher eine Frage des nächsten Bundestagswahlkampfes werden. Realpolitisch können aber nach dem Karlsruher Urteil zwei Dinge festgehalten werden: Erstens werden die Spielräume des Bundeshaushalts in der kürzeren und mittleren Frist enger werden, denn eine verfassungsändernde Mehrheit für eine Reform der Schuldenbremse zeichnet sich in der kurzen Frist nicht ab. Zweitens dürfte selbst im Fall einer Reform der Schuldenbremse bei der Kreditfinanzierung zwischen Investitions- und Konsumausgaben des Staates unterschieden werden – denn die meisten Kritiker² der Schuldenbremse lehnen kreditfinanzierte Konsumausgaben ab.

Was bei der Diskussion allerdings oftmals übersehen wird, oder zumindest eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint, ist die Tatsache, dass die meisten konsumtiven Ausgaben des Staates in Deutschland nicht im Bundeshaushalt, sondern in der Sozialversicherung vorzufinden sind. Die Parafiski Gesetzliche Renten- (GRV), Gesetzliche Kranken- (GKV) und Soziale Pflegeversicherung (SPV) sowie die Gesetzliche Arbeitslosenversicherung (ALV) sind zusammengenommen mit Ausgaben von fast 800 Milliarden Euro in 2022 deutlich größer als der Bundeshaushalt – und annähernd die gesamten Ausgaben haben konsumtiven Charakter.³ Dies ist wichtig festzuhalten, bedeutet es doch für die kurze und mittlere Frist, dass strukturell höhere Steuerzuschüsse zur Sozialversicherung nach dem Karlsruher Urteil politisch wesentlich schwerer zu realisieren sein dürften, als dies in den vergangenen Dekaden der Fall war.

Die mittel- und langfristige nachhaltige Finanzierung der GRV, GKV und SPV ist aber – vor allem demografiebedingt – gefährdet. Der Begriff »Fiskalische Nachhaltigkeit« könnte dann auch in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Gewicht einnehmen, denn auch er ist Ausdruck von Generationengerechtigkeit. Ähnlich wie beim Klimawandel gilt hier: Wenn heutige Generationen über ihre Verhältnisse leben und sich insbesondere für ihr Alter zu hohe Rentenansprüche und/oder zu generöse Leistungskataloge bei GKV und SPV generieren, schränkt dies den Spielraum heutiger junger oder zukünftiger Generationen womöglich zu stark ein. Wohlgemerkt, dies hat nichts mit der Diskussion um Investitionen und deren Finanzierung zu tun, wir sprechen hier von konsumtiven Ausgaben der Sozialversicherung. Es bedarf also Reformen in den Sozialversicherungen in Deutschland. Ansonsten drohen die Beitragssätze in nicht-nachhaltige Höhen zu steigen, die sich dann selbst verstärken. Ähnlich wie beim Klimawandel würde dann ein Kipppunkt überschritten, ab dem die Steigerung der Beitragssätze nicht mehr gebremst werden kann. Hier würde dann die junge Generation den Generationenvertrag in den Sozialversicherungen einseitig aufkündigen, und zwar durch eine »Abstimmung mit Füßen«. Hierfür gibt es mehrere denkbare Alternativen: Die deutsche Sozialversicherung könnte gemieden werden, indem weniger sozialversicherungspflichtige Arbeit, dafür aber vermehrt Schwarzarbeit aufgenommen wird. Weiterhin besteht – vor allem für gut ausgebildete Fachkräfte – die Möglichkeit der Aufnahme von Arbeit in einem anderen Land. Und schließlich – genau umgekehrt – würde Deutschland für Einwanderer so unattraktiv, dass diese sich für andere Länder entscheiden würden. Insgesamt beträfe das Überschreiten eines solchen Kipppunktes also genau die Gruppe der Beitragszahler, die man benötigt, um die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme am Laufen zu halten. Somit kommt es zum sich selbstverstärkenden Prozess – höhere Beitragssätze bringen mehr Menschen dazu in Schwarzarbeit oder Außenwanderung zu gehen, was wiederum zu höheren Beitragssätzen führt, was dann noch mehr Menschen zum Abzug ihrer Arbeitskraft treibt – ein Kipppunkt des Systems.

Damit es nicht so weit kommt, braucht es nachhaltige Reformen – vor allem auf der Ausgabenseite der Sozialversicherung. Denn auf der Einnahmeseite ist immer nur eine temporäre Entlastung durch Reformen möglich – meist wiederum zu Kosten der zukünftigen Generationen. Beamte etwa in die gesetzliche Rentenversicherung zu holen, klingt erstmal nach einer fairen Reform – wenn man jedoch beachtet, dass Beamte über eine höhere Lebenserwartung als der Rest

der Bevölkerung verfügen, holt man sich mutmaßlich schlechte Risiken in die GRV.⁴ Individuelle Beiträge in einer Sozialversicherung müssen weiterhin in einem gewissen äquivalenten Verhältnis zur erwartbaren Leistung stehen, denn sonst wären es keine Beiträge, sondern Steuern. Zudem gilt im demografischen Wandel: Dort, wo der zukünftige Beitragszahler nicht geboren wurde, gilt dies ebenfalls für den zukünftigen Freiberufler, Beamten oder Steuerzahler. Die Einnahmenseite rettet uns also nicht.

Aus diesem Grund entwerfen wir in diesem Gutachten ein umfassendes Reformprogramm für die GRV, GKV und SPV, welches insbesondere die jeweilige Ausgabenseite bzw. die Effizienz und Effektivität der Ausgaben in den Fokus stellt. Wir messen Nachhaltigkeit dabei über eine Projektion der Beitragssätze zu den drei Sozialversicherungszweigen. Hierfür benutzen wir ein Mikrosimulationsmodell, in dem wir den Status quo und, darauf aufbauend, Reformvorschläge für die drei Sozialversicherungen modellieren. Das Ziel des Reformprogramms ist somit, die erwartbaren Beitragssatzsteigerungen aufgrund des demografischen Wandels und anderer Effekte wie beispielsweise dem medizinisch-technischen Fortschritt so zu begrenzen, dass ein wie oben skizzierter Kipppunkt des Systems der sozialen Sicherung nicht erreicht wird.

Das Gutachten ist wie folgt gegliedert: Kapitel 2 beschreibt kurz die Methodik und die Datengrundlage unserer Modellrechnungen. Der gesetzliche und demografische Status quo wird in Kapitel 3 erörtert und anhand unserer Beitragssatzprojektionen analysiert. Es folgen dann unsere Reformvorschläge für die GRV, GKV und SPV und die entsprechenden Beitragssatzprojektionen in Kapitel 4. Zuletzt werden die Ergebnisse der Reformberechnungen im Gesamtkontext in Kapitel 5 diskutiert.

¹ Siehe BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 15. November 2023 – 2 BvF 1/22 –, Rn. 1-231, https://www.bverfg.de/e/fs20231115_2bvf000122.html

² Die im Gutachten verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich, sofern nicht anders kenntlich gemacht, auf alle Geschlechter.

³ Die fünfte Säule der Sozialversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, wird aufgrund von Struktur und Größe nicht näher betrachtet. Auch die ALV findet nur nachrichtlich bei der Darstellung des Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung Erwähnung.

⁴ Vgl. auch zur Diskussion und Wirkung der Einbeziehung anderer Berufsgruppen in die GRV, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023).

2. METHODIK UND DATENGRUNDLAGE

Für die Prognose der Einnahmen, Ausgaben und Beitragssätze der GRV, GKV und SPV wurde für das Gutachten ein Mikrosimulationsmodell entwickelt, das aus vier Komponenten besteht: Erstens ein Bevölkerungsfortschreibungsmodell, zweitens kurz und mittelfristige Budgets der drei Sozialversicherungen, drittens Mikroprofile, welche einzelne Positionen der Budgets repräsentativen Kohortenmitglieder (nach Einzelalter und Geschlecht) zuweisen und viertens bestimmte Annahmen bezüglich des Wachstums der altersspezifischen Pro-Kopf-Größen und deren Fortschreibung. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Daten und Annahmen.

TABELLE 1: ÜBERBLICK ÜBER VERWENDETE DATEN UND ANNAHMEN

Generelle Annahmen	- Prognosezeitraum 2022 bis 2080 - Wachstum Löhne 2 Prozent p.a. - Wachstum Steuern, sonstigen Einnahmen und nicht altersspezifischen Ausgaben pro Einwohner 2 Prozent p.a. - Leistungsausgaben GRV wachsen mit 2 Prozent p.a. in der Rentenformel (Nachhaltigkeitsfaktor berücksichtigt) - Leistungsausgaben GKV und SPV wachsen mit 2,5 Prozent p.a. im Basisszenario (Kostendruck)
Bevölkerungs-entwicklung	- Basisbevölkerung zum 31.12.2022 (vgl. Statistisches Bundesamt (2023)) - Fortschreibung gemäß den Annahmen der G2L2W2 Variante 15. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamts (2022) - Zum Vergleich wird ein Szenario mit Fortschreibung ohne Zuwanderung herangezogen - Entwicklung der Bevölkerung über 100 gemäß Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), University of California, Berkeley (USA), and French Institute for Demographic Studies (France) (2023)
Gesetzliche Renten-versicherung (GRV)	- Budget (Einnahmen und Ausgaben): GBE-Bund.de (2023a), mittelfristige Finanzentwicklung der GRV 2022–2027 gemäß Rentenversicherungsbericht 2023 des BMAS (2023) - Altersspezifische Beitragsprofile: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2018 (Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2020)) - Altersspezifische Ausgabenprofile: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung, DRV Bund (2023)
Gesetzliche Kranken-versicherung (GKV)	- Budget (Einnahmen und Ausgaben): GBE-Bund.de (2023b), KJ1 des BMG (2023a) sowie Schätzung des Schätzerkreises GKV vom 12.10.2023 für die Jahre 2022–2024 (BAS (2023a)) - Altersspezifische Beitragsprofile: EVS 2018, Berücksichtigung Rentenentwicklung - Altersspezifische Ausgabenprofile: GKV-Ausgabenprofile nach BAS (2023b) sowie Hofbauer-Milan, Fetzter und Hagist (2023a)
Soziale Pflege-versicherung (SPV)	- Budget (Ausgaben und Einnahmen): Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung 2022 (BMG (2023b)), Berücksichtigung der Beitragssatzsteigerungen 2023 und 2024 sowie Wegfall von Bundeszuschüssen - Altersspezifische Beitragsprofile: EVS 2018, Berücksichtigung Rentenentwicklung - Altersspezifische Ausgabenprofile: Leistungsempfänger nach Alter und Pflegegraden 2022 (BMG (2023c)). Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden 2022 (BMG (2023d)). Pflegebedürftige nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung 2021 (GBE-Bund.de (2023c))

Quelle: Eigene Darstellung

Die Fortschreibung der Bevölkerung gründet sich auf die Kohorten-Komponenten-Methode. Das Basisjahrszenario ist angelehnt an die 15. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamts (2022) in der mittleren Variante G2L2W2. Hierbei wird im G2-Szenario von einer Geburtenziffer von 1,55 Kinder je Frau im gebärfähigen Alter ausgegangen (wobei sich das durchschnittliche Alter der Frau im Zeitverlauf von 31,5 auf 32,6 Jahre erhöht). Im L2-Szenario wird von einer Verlängerung der Lebenserwartung von 78,5 auf 82,6 Jahre für Männer und von 83,4 auf 88,2 Jahre für Frauen bis zum Jahr 2070 ausgegangen. Im Hinblick auf das W2 Migrationsszenario wird angenommen, dass die Nettomigration bis 2033 auf ein Niveau von 250.000 zurückgeht und danach konstant bleibt. Daneben wird in diesem Gutachten noch ein Szenario G2L2W0 verwendet, das von keiner weiteren Nettomigration ausgeht. Unsere Bevölkerungsfortschreibung unterscheidet sich nur unwesentlich von der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung, da wir die dort verwendeten Daten nur um Nuancen (Statistik der Bevölkerung Deutschlands zum 31.12.2022 (vgl. Statistisches Bundesamt (2023)), sowie Daten von mortality.org zur Berechnung der Fortschreibung der Bevölkerung über 100 Jahren) anreichern. Allerdings ist unser Planungshorizont um zehn Jahre länger und geht bis 2080.

Im Hinblick auf die GRV dienen die Einnahmen und Ausgaben der Rentenversicherung von GBE-Bund.de (2023a) als Grundlage. Hierbei werden Einnahmen von 363 Milliarden Euro, davon Beitragseinnahmen von 276 Milliarden Euro, unterstellt. Bei den Ausgaben i.H.v. 360 Milliarden Euro entfällt der Großteil auf Rentenausgaben (323 Milliarden Euro). Die Ausgaben wurden mit Hilfe von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund (2023)) weiter in Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten und Renten wegen Todes aufgeteilt. Zudem wurde zwischen Bestands- und Zugangsrentner unterschieden. Für die Fortschreibung bis 2027 wurde die mittelfristige Finanzentwicklung der GRV 2022–2027 nach dem Rentenversicherungsbericht 2023 des BMAS (2023) herangezogen. Hierbei ist insbesondere unterstellt, dass die Nachhaltigkeitsrücklage zum Ende des Jahres 2022 i.H.v. knapp 43 Milliarden Euro 2023 noch leicht zunimmt, und danach sukzessive abgeschmolzen wird, so dass der Beitragssatz zur GRV bis 2027 auf 18,6 Prozent gehalten werden kann. Im Jahr 2028 wird es nach dieser Berechnung zu einer leichten Erhöhung auf 18,7 Prozent kommen und 2029 wird der Beitragssatz dann im mittleren Szenario schlagartig auf 19,9 Prozent ansteigen.

Für die Verteilung der Größen auf repräsentative Kohortenmitglieder wurde wie folgt vorgegangen: Für die Beitrags-einnahmen wurde auf Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2018 (Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2020)) ein Mikroprofil generiert. Bei den Rentenausgaben kamen Mikroprofile, jeweils getrennt nach Bestands- und Zugangsrentner, zur Anwendung, die auf Basis des Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund (2023)) kalkuliert wurden. Ebenso wurde auf Basis dieser Statistik ein Mikroprofil für die Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) generiert. Alle anderen Budgetgrößen (wie insbesondere auch Bundeszuschüsse) wurden auf alle Kohorten gleichmäßig aufgeteilt.

Grundlage der Berechnungen zur GKV bilden die Einnahmen und Ausgaben 2022 nach GBE-Bund.de (2023b), für weitere Verteilungen (z.B. zur Ermittlung der Beitragszahlungen von Rentnern und der GRV) wurde die KJ1 des BMG (2023a) für das Jahr 2022 verwendet. Das Budget umfasst Einnahmen von 289 Milliarden Euro (davon 261 Milliarden Beitragseinnahmen) und Ausgaben von 288,79 Milliarden Euro. Von letzteren entfallen 274 Milliarden Euro auf Leistungsausgaben und zwölf Milliarden auf Verwaltungsausgaben. Die Budgetgrößen der GKV wurden bis 2024 nach Maßgabe der Entwicklungen der Schätzung des GKV-Schätzerkreises vom 12.10.2023 (BAS (2023a)) fortgeschrieben. Der Beitragssatz zur GKV (allgemeiner Beitragssatz zzgl. durchschnittlicher Zusatzbeitrag) beträgt 2022 15,9 Prozent, 2023 16,2 Prozent und 2024 16,3 Prozent.

Für die Verteilung auf Kohorten wurden für Beitragszahlungen der Rentner und der GRV zur GKV direkt die altersspezifischen Profile der Rentenausgaben der GRV verwendet. Die Mikroprofile für die restlichen Beitragszahler wurden mittels der EVS 2018 generiert. Bei den Leistungsausgaben der GKV wurden hingegen Mikroprofile auf der GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen des BAS (2023b) sowie HofbauerMilan, Fetzter und Hagist (2023a) verwendet. Alle anderen Größen (u.a. die Verwaltungsausgaben) wurden gleichmäßig auf alle Kohorten verteilt.

Die Berechnungen zur SPV fußen auf den Ist-Ergebnissen (ohne Rechnungsabgrenzung) der Finanzentwicklung der SPV 2022 (BMG (2023b)). Das Budget umfasst Einnahmen von knapp 58 Milliarden Euro (davon 53 Milliarden Beitragseinnahmen) und Ausgaben von 60 Milliarden Euro (davon 56 Milliarden Leistungsausgaben). Für die Jahre 2023 und 2024 wurde die Beitragssatzerhöhung zur SPV zum 01.07.2023 von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent sowie der Wegfall von 2022 gewährten Bundeszuschüssen berücksichtigt. Der Mittelbestand des Pflegevorsorgefonds betrug 2022 etwas über zehn Milliarden Euro.

Für die Verteilung auf Kohorten wurde analog zur GKV zwischen den Beitragszahlungen der Rentner und den restlichen Beitragszahlern unterschieden. Bei den Leistungsausgaben der SPV wurden Mikroprofile mittels Statistiken des BMG (2023c, 2023d) sowie GBE-Bund.de (2023c) generiert. Alle anderen Größen wurden gleichmäßig auf die Kohorten verteilt.

Für die Ermittlung der zukünftigen Ausgaben und Einnahmengrößen wurde für alle drei Sozialversicherungen grundsätzlich ein Wachstum der durchschnittlichen altersspezifischen Pro-Kopf-Größen bei den Einnahmen von 2,0 Prozent p.a. unterstellt. Bei den altersspezifischen Pro-Kopf-Größen der Ausgaben der GRV wurde (zusätzlich) der Nachhaltigkeitsfaktor bei den Rentenausgaben berücksichtigt. Bei GKV und SPV werden beim künftigen Wachstum der altersspezifischen Pro-Kopf-Größen für Leistungsausgaben zwei Szenarien unterschieden: Im Basisszenario wachsen diese mit 2,5 Prozent p.a. Dieses Szenario spiegelt den in der Vergangenheit wirkenden Kostendruck in beiden Systemen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts (GKV) bzw. des Baumol'schen Kostendrucks (SPV) wider (vgl. Kapitel 3.4 bzw. 3.5). Daneben wird in Szenarien ohne Kostendruck von einem Wachstum der Größen um 2 Prozent p.a. ausgegangen. Ein Wachstum i.H.v. 2 Prozent p.a. wird bei allen anderen Pro-Kopf-Größen (z.B. Verwaltungsausgaben der GKV) angenommen.

Abweichend hiervon wurden in unserem Modell (s.o.) allerdings die Auswirkungen der vorgegebenen Finanzentwicklung in der mittleren Frist berücksichtigt. Somit wirkt unsere Prognose mit dem treibenden Faktor Demografie in der GRV erst ab dem Jahr 2030 und setzt auf einem Beitragssatz von 19,9 Prozent im Jahr 2029 auf. In der GKV erfolgt die eigentliche Prognose ab 2025 ausgehend von einem Beitragssatz zur GKV von 16,3 Prozent 2024. In der SPV sind hingegen die Wachstumsgrößen ab 2023 grundsätzlich ebenso berücksichtigt wie die Wirkungen der Beitragssatzerhöhung und des Wegfalls der Steuerzuschüsse 2023 und 2024.

3. WAS PASSIERT, WENN NICHTS PASSIERT

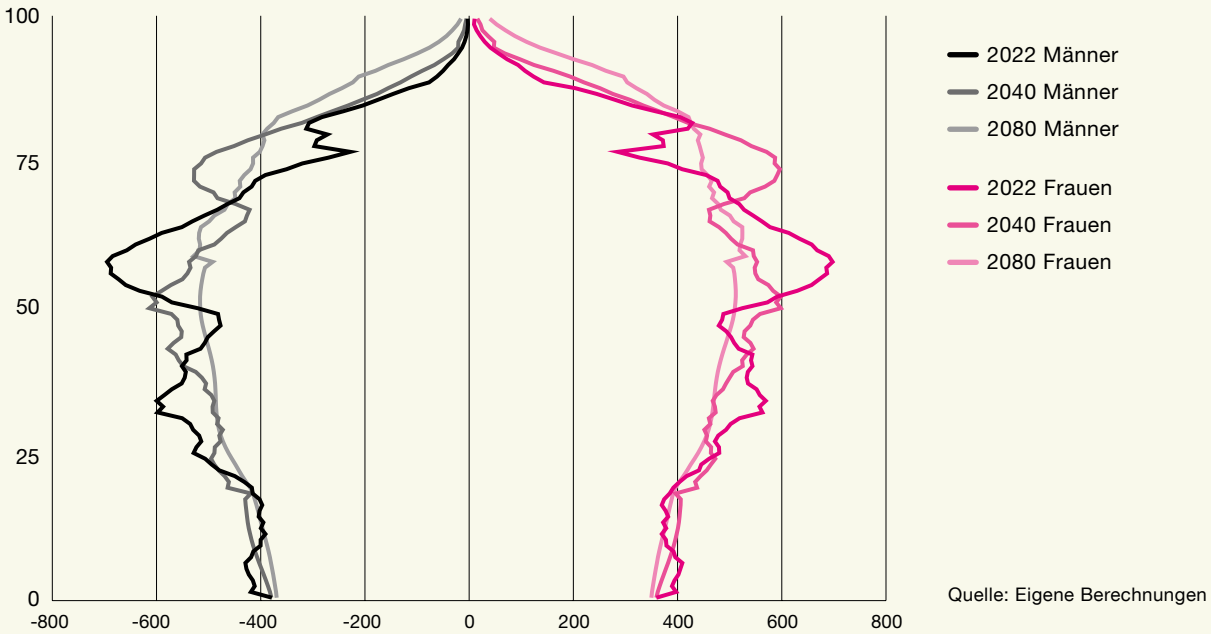
Deutschland ist, gemessen am Medianalter seiner Bevölkerung, eine der stärksten alternden Volkswirtschaften der Welt. Dies wird Deutschlands Volkswirtschaft in den kommenden Jahren deutlich verändern, denn zum einen verändert sich die Nachfrage, beispielsweise nach Immobilien, und zum anderen das Angebot, insbesondere das Angebot an Arbeitskräften. Märkte können jedoch darauf reagieren, indem sich Preise entsprechend anpassen und den Knappheiten nach einstellen. Umlagefinanzierte Sozialsysteme wie die GRV, GKV und SPV können zwar auch automatische Stabilisatoren enthalten, wie beispielsweise im Falle der GRV den sogenannten Nachhaltigkeitsfaktor, jedoch stellt sich die Frage, ob diese politisch richtig kalibriert sind, um wirklich nachhaltig zu wirken. GKV und SPV kennen zudem bis heute keine solchen automatischen Stabilisatoren. Im Folgenden wollen wir daher die Situation beschreiben, welche sich bei den Beitragssätzen zur Sozialversicherung einstellen würde, wenn keine Reformen unternommen werden würden und sich der demografischen Wandel so einstellen würde, wie es von den meisten Forschern erwartet wird. Vorab beschreiben wir den zu erwartenden demografischen Wandel in Deutschland, um dann darauf aufbauend eine aktuelle Beitragssatzprojektion zur Sozialversicherung zu berechnen.

3.1 Der demografische Wandel in Deutschland

Deutschland sieht sich wie andere Industriestaaten in den kommenden Dekaden einer massiven Alterung seiner Bevölkerung ausgesetzt. Der Grund dafür ist der seit geraumer Zeit zu beobachtende »doppelte Alterungsprozess«. Vom doppelten Alterungsprozess spricht man, da dieser zum einen durch die seit Mitte der 1970er Jahre geringe Geburtenziffer von 1,4 bis 1,5 Geburten pro (gebärfähiger) Frau verursacht wird und zum anderen durch die stetig steigende Lebenserwartung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und weiterer Faktoren. So stieg die Lebenserwartung ab Geburt von 67,4 (Männer) bzw. 73,8 (Frauen) Jahren im Jahr 1970 auf heute 78,3 bzw. 83,2 Jahre. Geht man davon aus, dass Deutschland bei der Fertilität bei 1,55 Kindern pro gebärfähige Frau bleibt und die Lebenserwartung moderat auf 84,6 Jahre bei Männern und 88,2 Jahre bei Frauen bis 2070 ansteigt und langfristig eine Nettozuwanderung von 250.000 Menschen pro Jahr stattfindet, so ergibt sich eine Verschiebung der Bevölkerungsstruktur, wie Abbildung 1 zeigt.

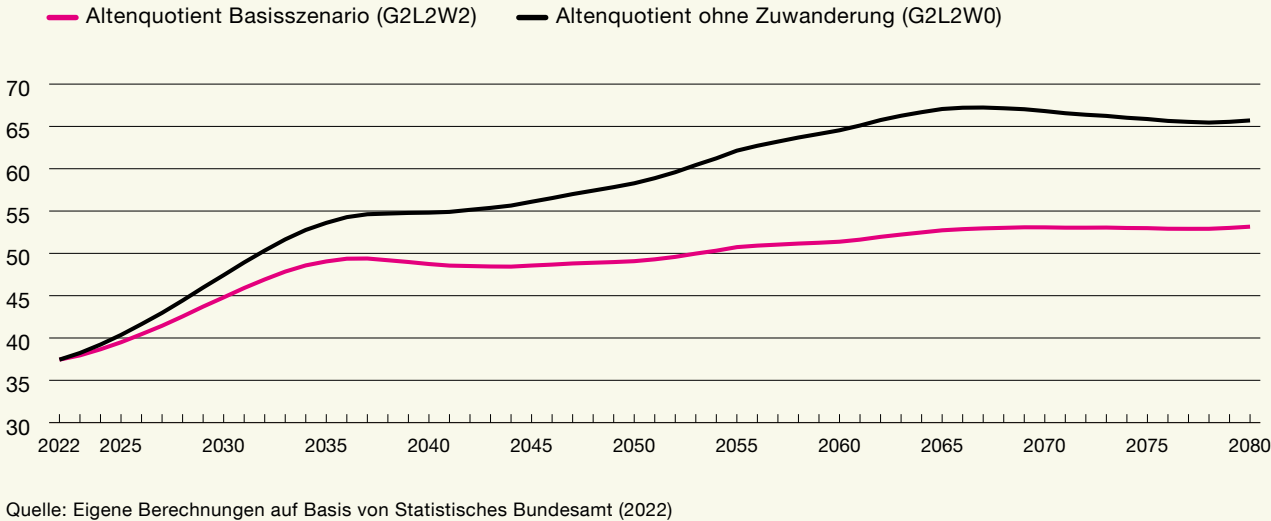
Wie man deutlich erkennen kann, »wandern« in den kommenden Jahren die sogenannten Baby-Boomer Generationen durch die für die Ausgaben der Sozialversicherung relevanten Altersgruppen. So erreicht beispielsweise der geburtenstärkste Jahrgang 1964 2031 die Regelaltersgrenze der GRV von 67 Jahren. Ab 2070 sind die Baby-Boomer dann statistisch »verschwunden«, Deutschland hat dann immer noch eine relativ alte Bevölkerung, jedoch ist die Dynamik der Alterung deutlich niedriger. Trotzdem zeigen auch die orangefarben dargestellten Linien des Jahres 2080, dass aufgrund der niedrigen Fertilität die älteren Jahrgänge die deutsche Wohnbevölkerung dominieren.

ABBILDUNG 1: ENTWICKLUNG DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG VON 2022–2080



Durch die oben genannten Fakten ist die demografische Entwicklung der Bundesrepublik, zumindest aus Sicht der Sozialversicherungen, für die nächsten 40 Jahre determiniert. Haben wir heute ein Verhältnis von potenziellen Erwerbstätigen zu Rentnern von etwa 2,7:1 (Altenquotient 65+), wird sich dieses Verhältnis bis 2070 auf einen Wert von ungefähr 1,9:1 bewegen – und dies auch nur bei entsprechender Nettozuwanderung, wie Abbildung 2 zeigt. Dies bedeutet, dass die Lasten, die heute ein Arbeitnehmer in Form von Sozialbeiträgen trägt, sich ohne Reformen um mehr als 40 Prozent steigern würden. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn es zu einem unerwarteten signifikanten Anstieg der Geburtenrate kommen sollte. Denn es müssten zunächst mindestens 20 Jahre vergehen, bis ein neugeborenes Kind zum potenziellen Beitragszahler wird.

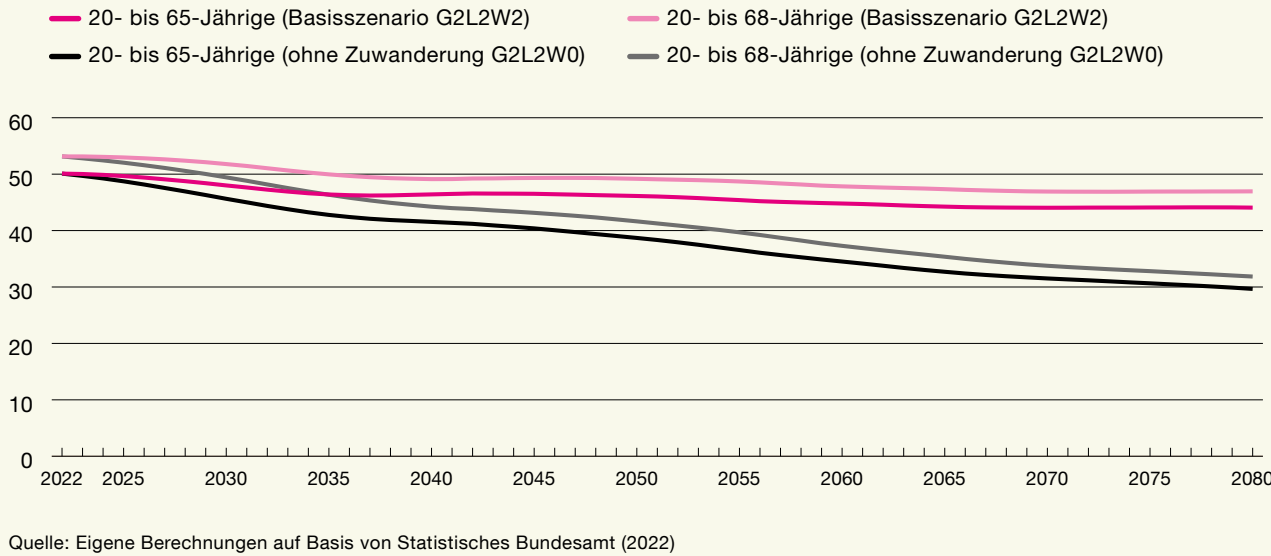
ABBILDUNG 2: ENTWICKLUNG DES ALTENQUOTIENTEN VON 2022–2080



Welche Folgen sich für den deutschen Arbeitsmarkt ergeben, zeigt die Entwicklung des Erwerbstätigenpotentials in Abbildung 3. Im Jahr 2022 lag das durchschnittliche Renteneintrittsalter etwa bei 64,4 Jahren, daher können die durchgezogenen Linien als Benchmark dienen, sollte sich das tatsächliche Renteneintrittsalter nicht signifikant ändern. Gegeben eine positive Zuwanderung, verliert Deutschland über die kommenden 60 Jahre fast sechs Millionen potenzielle Erwerbstätige. Wenn wir diese Menschen wirtschaftlich betrachtet nicht durch Roboter und Algorithmen ersetzen können, schrumpft somit automatisch Deutschlands potenzielle Wertschöpfung. Diese Entwicklung würde noch dramatisch verschärft werden, wenn Deutschland es nicht schafft, qualifizierte Menschen zu gewinnen. In dem Fall sinkt das Erwerbstätigenpotential von heute 50 Millionen auf nur noch 30 Millionen im Jahr 2080.

Sollte es Deutschland jedoch schaffen, mehr ältere Menschen länger im Beruf zu halten, sieht die Lage deutlich besser aus – jedoch auch hier nur mit positiver Nettozuwanderung. Zwar sinkt auch hier das absolute Erwerbspotential um knapp sechs Millionen Menschen, aber relativ ist die Entwicklung etwas besser und es verbleiben auch absolut mehr potenzielle Arbeitskräfte für die Wertschöpfung.

ABBILDUNG 3: ENTWICKLUNG DES ERWERBSPERSONENPOTENZIALS VON 2022–2080
Angaben in Millionen



Dies bedeutet nun nicht, dass es nicht auch andere Variablen für die zukünftige Entwicklung der sozialen Versicherungssysteme gibt. Zu nennen wären hier sowohl die Frauen-Erwerbsquote, das allgemeine Produktivitätsniveau, als auch das Qualifikationsniveau der Zuwanderung. Allerdings ist die demografische Entwicklung die stärkste Determinante. Und hier gilt nun: Der Großteil der Zukunft ist ein Echo der Entscheidungen der Vergangenheit, welche naturgemäß unumkehrbar sind.

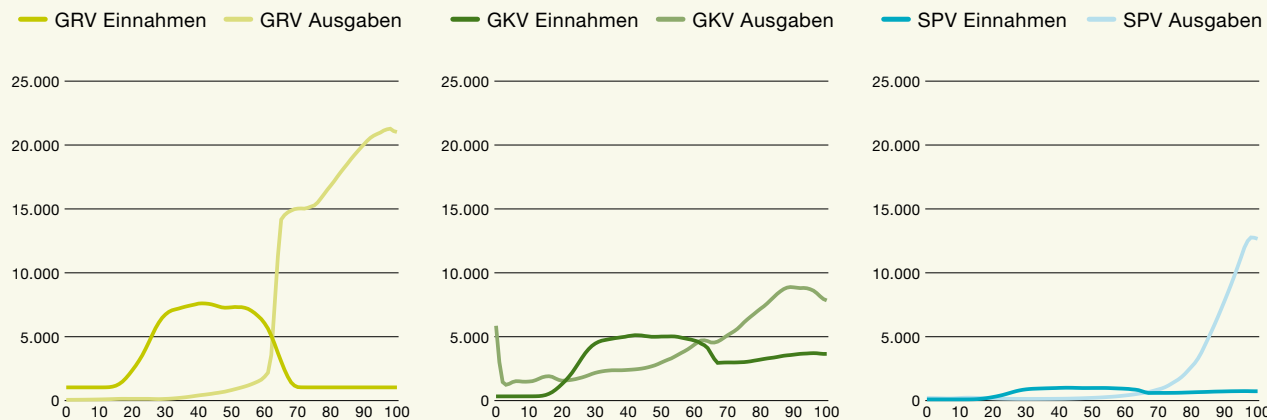
3.2 Die Sozialversicherung als Generationenvertrag

Was hat nun die demografische Entwicklung mit den drei großen Säulen der deutschen Sozialversicherung (GRV, GKV und SPV) zu tun? Der Zusammenhang wird deutlich, wenn man die altersspezifischen Einnahmen und Ausgabenströme im Jahr 2022 betrachtet (siehe Abbildung 4). Deutlich erkennt man dann, dass die GRV einen Generationenvertrag darstellt. Junge Generationen zahlen ein und dieses Geld wird für die Leistungen (Renten) der Älteren genommen. Junge Generationen lassen sich auf diesen Vertrag ein, weil sie durch ihre Zahlungen Ansprüche erwerben, die dann wiederum von der nächstjüngeren Generation erwirtschaftet werden müssen. Da die GRV einen signifikanten Steuerzuschuss des Bundes erhält, sind zwar Rentner Nettoempfänger des Systems, jedoch tragen sie brutto über die Steuern auch etwas bei.

Bei der GKV ist dieser Zusammenhang weniger deutlich ausgeprägt, gibt es hier doch drei Gruppen. Kinder und Jugendliche sind wie Rentner im Durchschnitt Nettoempfänger des Systems, getragen wird es von den im Durchschnitt netto einzahlenden Jahrgängen der potenziell Erwerbstätigen. Man könnte also auch vom Drei-Generationenvertrag sprechen. Jedoch fällt eben auch auf, dass Rentner im Vergleich zur GRV deutlich niedrigere Pro-Kopf-Leistungen netto aus dem System beziehen. Dies bedeutet automatisch, dass der demografische Hebel im Falle der GKV nicht so groß ist wie bei der GRV.

ABBILDUNG 4: ALTERSSPEZIFISCHE EINNAHMEN- UND AUSGABENPROFILE

Angaben in Euro



Quelle: Siehe Kapitel 2

Ein wiederum ökonomisch klassischer Generationenvertrag stellt die SPV dar – auch wenn juristisch (und faktisch) bereits jüngere Alterskohorten Leistungen der SPV beziehen können. Jedoch zeigt unser Profil in Abbildung 4, dass im Durchschnitt das absolute Gros der Leistungen auf die Jahrgänge 80 Jahre und älter entfällt. Zwar zahlen auch hier, wie im Falle der GKV, alle Kohorten (bis auf Kinder) Beiträge, jedoch ist der Nettoempfängercharakter der genannten alten Jahrgänge ähnlich ausgeprägt wie bei der GRV.

Allen drei Versicherungssystemen ist also gemein, dass sie sich als umlagefinanzierte Sozialversicherung bei einer Alterung der Gesellschaft gleichzeitig zwei Herausforderungen stellen müssen: Einerseits wirkt eine sinkende Anzahl an Beitragszahlern einnahmensenkend, andererseits werden die Baby-Boomer in den kommenden Jahren und Jahrzehnten von Nettozahlern zu Nettoempfängern werden, was den Druck auf die Ausgabenseite erhöht.

3.3 Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die GRV

Die gesetzliche Rentenversicherung ist sicher der eindeutigste Fall einer intergenerativen Umverteilung, welche durch den oben beschriebenen demografischen Wandel zunehmend in Schieflage versetzt wird. Zu Beginn der 2000er Jahre hatte dies auch die damalige Bundesregierung erkannt und entscheidende Maßnahmen ergriffen, um diese Schieflage zu verbessern. Zu nennen ist hier das Altersvermögensgesetz aus dem Jahr 2002, welches versuchte mit der sogenannten Riester-Rente eine Umschichtung der Ansprüche aus dem Umlage- hin zum Kapitaldeckungsverfahren zu erwirken, sowie die Einführung des sogenannten Nachhaltigkeitsfaktors, welche mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte. Der Nachhaltigkeitsfaktor funktioniert nach dem Prinzip der langfristigen und behutsamen Ausgabenkürzung, indem er das Wachstum der Rentenbezüge anhand eines Demografiefaktors leicht drosselt – ein Versuch, Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung bei einer sich verändernden Alterszusammensetzung der Bevölkerung im Gleichgewicht zu halten. Die wohl bekannteste Maßnahme der Reformen zu Beginn des Jahrtausends dürfte die sogenannte Rente mit 67 sein (RV-Altersgrenzanpassungsgesetz), welche wiederum mit langem Vorlauf und somit für Bürgerinnen und Bürger absehbar das Verhältnis von Beiträgen und Ausgaben in Einklang bringen soll.⁵

In der vergangenen Dekade hat nun die Politik mit Projekten wie der sogenannten Rente mit 63 oder Mütterrenten wieder Ausgabenerhöhung beschlossen, welche insbesondere in der Zukunft große Wirkungen entfalten.⁶ Die letzte Maßnahme in diese Richtung ist die sogenannte doppelte Haltelinie. Im Dreieck von Ausgaben, Bundeszuschüssen und Beitragseinnahmen versucht sie im System (Nachhaltigkeitsfaktor) angelegte Rentenniveaueinkürzungen zu verhindern und gleichzeitig eine Erhöhung des Beitragssatzes über eine gewisse Grenze auszuschließen. Bisher gilt diese Aussetzung bis zum Jahr 2025.

Die demografische Entwicklung führt bei der GRV dazu, dass die Ausgaben eine höhere Dynamik als die entsprechenden Beitragseinnahmen und Steuerzuschüsse aufweisen. In den kommenden Jahren bis einschließlich 2027 werden diese Defizite aus der sogenannten Nachhaltigkeitsrücklage ausgeglichen, während es dann im Jahr 2028 zur ersten leichten Beitragssatzerhöhung von heute 18,6 auf 18,7 Prozent kommt (vgl. hierzu DRV Bund (2023)). Im Jahr 2029 »springt« dann der Beitragssatz von 18,7 auf 19,9 Prozent. Ab dem Jahr 2030 läuft nun unsere Projektion. Die Einnahmen (inkl. Steuerzuschüsse) würden sich – gegeben unsere Annahmen aus Kapitel 2 und bei konstantem Beitragssatz von 19,9 Prozent – bis 2080 in etwa auf das Dreifache erhöhen. Die Ausgaben würden jedoch im gleichen Zeitraum um das mehr als 3,5-fache ansteigen. Dies muss dann durch einen steigenden Beitragssatz ausgeglichen werden, was zur Folge hätte, dass dieser bis 2080 von heute 18,6 Prozent auf 23,5 Prozent ansteigen müsste.

Sollte jedoch die doppelte Haltelinie auch nach dieser Legislaturperiode weitergeführt werden, würde auch eine solche Beitragssatzerhöhung um mehr als 25 Prozent nicht mehr ausreichen und der Beitragssatz müsste konsequent nun bis 2080 auf 25,2 Prozent ansteigen. Die Marke von 23,5 Prozent wäre dann auch schon 2054 erreicht.⁷ Da nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Schuldenbremse systematisch höhere Bundeszuschüsse sehr unwahrscheinlich geworden sind, würde die doppelte Haltelinie einseitig gerissen – nämlich auf der Beitragsseite. Eine einfache Haltelinie treibt daher die Ausgaben und damit den Beitragssatz weiter nach oben.

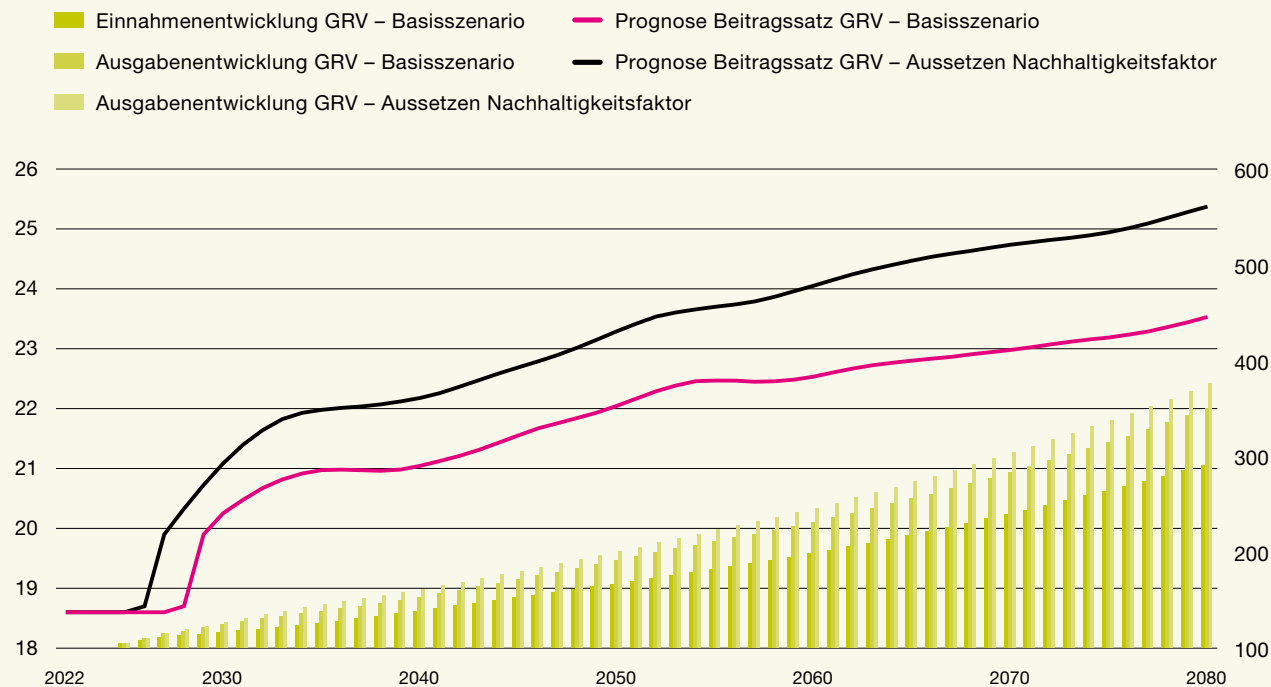
⁵ Vgl. für eine ökonomische Analyse und ihre Auswirkungen auf den Beitragssatz Ehrentraut und Heidler (2007).

⁶ Vgl. bspw. Hagist et al. (2014).

⁷ Zum Vergleich: Börsch-Supan und Rausch (2018) berechnen bei einer einseitigen Haltelinie einen Beitragssatz in 2050 von über 26 Prozent. Allerdings basieren die Ergebnisse zum einen auf der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und zum anderen gehen die Autoren bereits 2027 von einem Beitragssatz von über 21 Prozent aus, da in 2018 die mittelfristige Planung der GRV einen von heute aus gesehenen kürzeren Zeitraum abdeckt. Die Dynamik ist aber ähnlich wie in unseren Berechnungen.

ABBILDUNG 5: ENTWICKLUNG DER EINNAHMEN, AUSGABEN UND DES BEITRAGSSATZES ZUR/DER GRV VON 2022–2080

Beitragssatz in Prozent | Entwicklung Einnahmen/Ausgaben normiert auf 100 im Basisjahr



Quelle: Eigene Berechnungen

Die meisten Studien mit einer Beitragssatzprojektion für die GRV nutzen die 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (etwa Raffelhüschen et al. (2022) oder Deutsche Bundesbank (2022)). Diese Studien kommen daher auf in Zukunft höhere Beitragssätze als wir in Abbildung 5. Dies kann neben methodischen Unterschieden vor allem auf die Demografie zurückgeführt werden, denn in der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ging das Statistische Bundesamt noch von einem schnelleren Ansteigen der Lebenserwartung als in der 15. Revision aus. Zudem unterscheiden sich die Ausgangspopulationen signifikant aufgrund der Zuwanderung der letzten Jahre. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023) kommt in seinem Jahresgutachten 2023, in welchem er ebenfalls auf den Annahmen der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aufbaut, auf einen Beitragssatz von 24 Prozent im Jahr 2080 bei gleichen Annahmen gemäß unserem Basisszenario⁸. Ausgehend vom heutigen Wert kann also davon ausgegangen werden, dass bei einem deutlich absinkenden Standardrentenniveau netto vor Steuern der Beitragssatz um über 25 Prozent zum heutigen Stand ansteigen müsste.

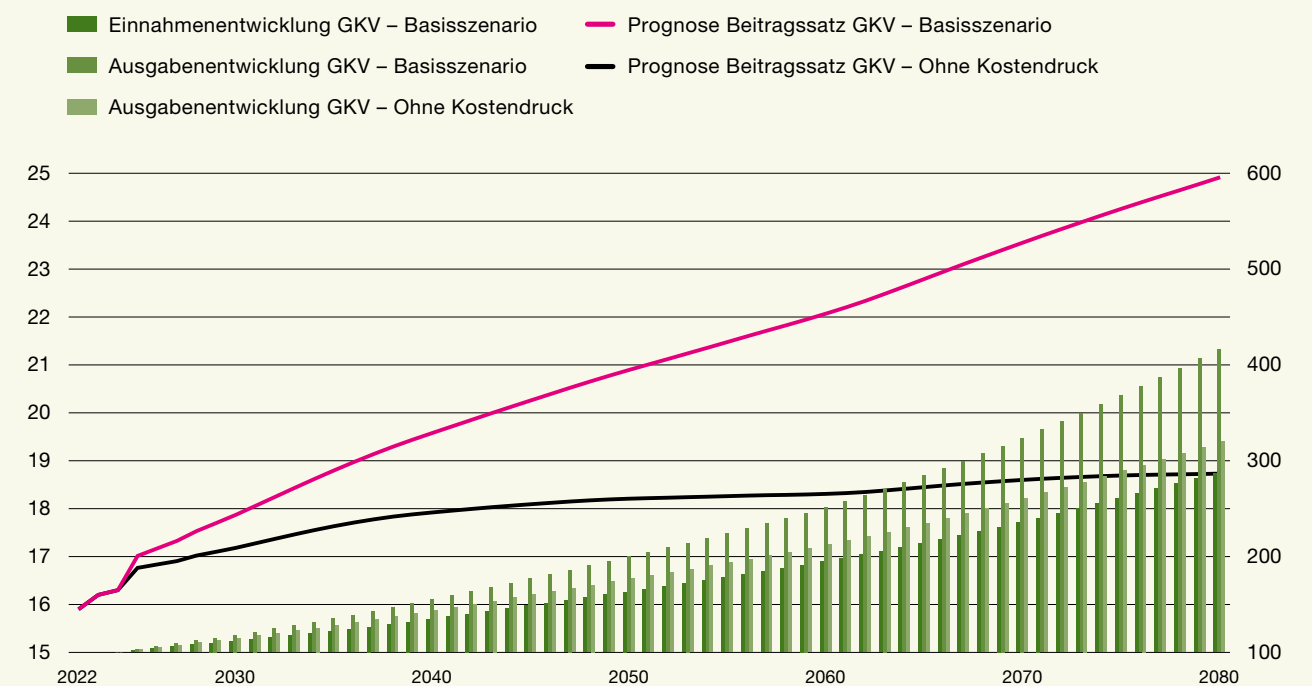
⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023).

3.4 Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die GKV

In der Öffentlichkeit wird die gesetzliche Krankenversicherung oftmals nicht mit der demografischen Entwicklung in Verbindung gebracht, da Rentnerhaushalte ja auch weiterhin Beiträge an diesen Sozialversicherungszweig entrichten (siehe auch Kapitel 2). Betrachtet man aber durchschnittliche Zahlungsprofile der Leistungs- und Beitragsseite, zeigt sich, dass auch die gesetzliche Krankenversicherung einen Generationenvertrag darstellt – und zwar von drei Generationen. Die Generation zwischen etwa 20 und 55 Jahren sind als Nettozahler des Systems anzusehen, während jüngere und ältere Generationen Nettoempfänger sind. Daher ergibt sich auch hier ein demografischer Effekt auf Einnahmen und Ausgaben. Hinzu kommen noch die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts, welche auch ohne explizit politische Beschlüsse den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung stetig erweitern.

ABBILDUNG 6: ENTWICKLUNG DER EINNAHMEN, AUSGABEN UND DES BEITRAGSSATZES ZUR/DER GKV VON 2022–2080

Beitragssatz in Prozent | Entwicklung Einnahmen/Ausgaben normiert auf 100 im Basisjahr



Quelle: Eigene Berechnungen

In vielen OECD-Staaten ist zu beobachten, dass der technische Fortschritt im Gesundheitssektor zu höheren Ausgaben führt.⁹ Als Grund wird oft angeführt, dass es im Gesundheitsbereich mehr Produkt- als Prozessinnovationen gäbe und daher das Leistungsspektrum stetig ausgeweitet werden würde, ohne dass auf der anderen Seite die Kosten bestehender Therapien deutlich sinken. Natürlich kann dies keine nachhaltige Entwicklung sein, denn wenn der Gesundheitssektor immer stärker als das Bruttoinlandsprodukt (Vergleichsbasis) wachsen würde, würde das Bruttoinlandsprodukt zu einem gewissen Zeitpunkt nur noch aus Gesundheitsleistungen bestehen. Allerdings steigt eben der

⁹ Vgl. z.B. Breyer et al. (2015), Cherney und Newhouse (2015), Hagist und Kotlikoff (2005) oder Breyer und Ulrich (2000).

Anteil der Gesundheitsausgaben immer noch an. Um diesem Phänomen Rechnung zu tragen, berechnen wir neben dem reinen demografischen Szenario ein Szenario mit Kostendruck, in welchem wir die Gesundheitsausgaben um 0,5 Prozentpunkte stärker als die Löhne (ergo die Sozialbeiträge) wachsen lassen. Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen.

Da die mittelfristige Finanzplanung der GKV nicht, wie im Fall der GRV, bis 2027 reicht, referenzieren wir unsere Projektion auf das Jahr 2024 mit einem geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag zur GKV von 1,7 Prozent. Bei einem konstanten Beitragssatz würden laut unserer Projektion die Einnahmen nun demografiebedingt – gegeben den Annahmen aus Kapitel 2 – auf das 2,9-fache bis 2080 ansteigen. Die Ausgaben würden von 2024 ausgehend im gleichen Zeitraum, rein demografiebedingt, um den Faktor 3,2 wachsen. Es ergibt sich also auch bei der GKV eine demografiebedingt notwendige Beitragssatzsteigerung von 2024 16,3 auf 2080 18,7 Prozent. Der Hebel ist aber deutlich kleiner als im Falle der GRV. Jedoch kommt bei der GKV ein nicht-demografieinduziertes überproportionales Ausgabenwachstum aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts hinzu. Rechnet man mit einem konservativen Szenario von 0,5 Prozent p.a. Aufschlag auf das Wachstum von 2,03 Prozent p.a., so wachsen nicht nur die Ausgaben auf mehr als das Vierfache des Jahres 2024, auch der Beitragssatz zieht nun stark an – von 2024 16,3 auf 2080 25 Prozent.¹⁰

3.5 Demografie und Soziale Versicherungssysteme – Die SPV

Die SPV ist der jüngste Zweig der deutschen Sozialversicherung. Bei ihrer Einführung 1995 war die demografische Entwicklung bereits Thema in Forschung und Medien – die Baby-Boomer waren schon geboren, die Fertilitätsrate lag bereits seit mehr als zwei Dekaden bei 1,4 Geburten (pro gebärfähiger Frau) und die Lebenserwartung stieg stetig an. Dies alles sprach gegen einen neuen Generationenvertrag im reinen Umlageverfahren, doch die Politik widersetzte sich den zahlreichen Kritikern. Die SPV hat, wie Abbildung 7 zeigt, dabei den größten demografischen Hebel aller drei untersuchten Sozialversicherungszweige. So steigen die Einnahmen, im Vergleich zum Referenzjahr 2024, ähnlich wie der bei GKV um 2,8 bis ins Jahr 2080. Die Ausgaben allerdings steigen schneller und deutlicher auf mehr als das Vierfache (4,4 in 2080) – und dies allein demografisch bedingt.

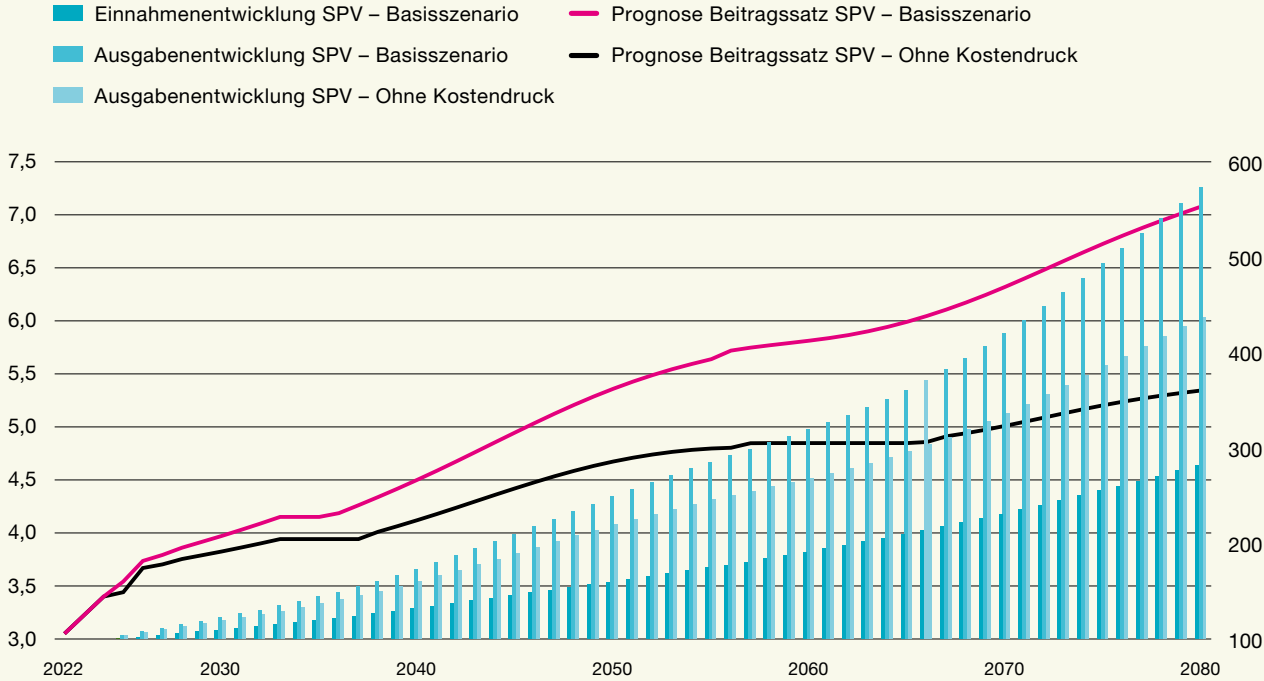
Zusätzlich zur demografischen Entwicklung, die den Beitragssatz aufgrund der oben beschriebenen Entwicklung, von 3,4 im Jahr 2024 auf 5,3 Prozent im Jahr 2080 hebt, kommt es auch im Pflegesektor zu einem weiteren Faktor. Pflege ist ein personalintensives Feld, welches durch (derzeit) niedrige Produktivitätsgewinne charakterisiert ist. Gerade aber im demografischen Wandel müssen im Vergleich zu anderen Sektoren kompetitive Löhne gezahlt werden, um genügend Pflegepersonal zu gewinnen. Die Entlohnung entfällt daher der Produktivität und jeder Pflegefall wird dadurch überproportional teuer. Man spricht von der Baumol’schen Kostenkrankheit.¹¹ Aus diesem Grund gibt Abbildung 7 auch ein Szenario mit Kostendruck wieder – denn auch wenn die SPV keine indexierte Anpassung ihrer Leistungen kennt, wird der politische Druck wahrscheinlich dazu führen, die reale Kaufkraft der Leistungen zu erhalten. Nimmt man nun – analog zur GKV – einen Kostendruck von 0,5 Prozent p.a. als Aufschlag auf das Pro-Kopf-Ausgabenwachstum an, so wachsen die Ausgaben mit mehr als dem Faktor 5,5 und der Beitragssatz verdoppelt sich von 3,4 (2024) auf über sieben Prozent (2080).

10 Raffelhüschen et al. (2023) kommen auf deutlich höhere Beitragssätze, was sich aber auf die Demografie (14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung) und einen höheren Kostendruck (1 Prozentpunkt p.a.) zurückführen lässt.

11 Vgl. Baumol (1967).

ABBILDUNG 7: ENTWICKLUNG DER EINNAHMEN, AUSGABEN UND DES BEITRAGSSATZES ZUR/DER SPV VON 2022–2080

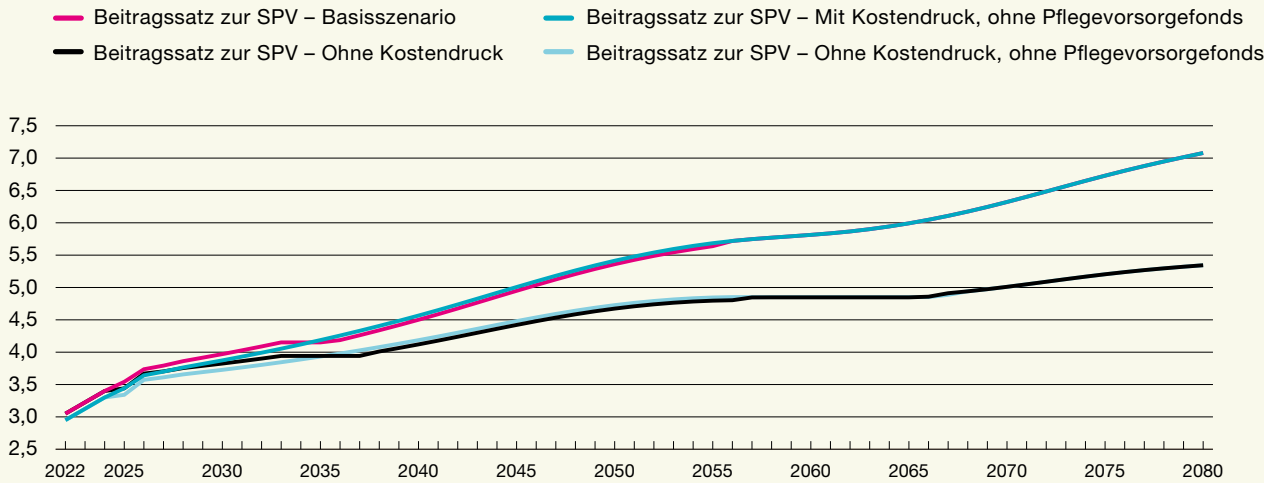
Beitragssatz in Prozent | Entwicklung Einnahmen/Ausgaben normiert auf 100 im Basisjahr



Quelle: Eigene Berechnungen

ABBILDUNG 8: ENTWICKLUNG DES BEITRAGSSATZES DER SPV MIT UND OHNE PFLEGEVORSORGEFONDS VON 2022–2080

Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen

Der große Unterschied der SPV verglichen mit GRV und GKV ist neben dem höheren demografischen Hebel eine, wenn auch kurze, nachhaltige Entwicklungsphase des Beitragssatzes, im Szenario ohne Kostendruck von 2033 bis 2037, mit Kostendruck von 2033 bis 2035, und dies mitten in einer sehr dynamischen Phase des demografischen Wandels. Diese kurzen Phasen der Nachhaltigkeit sind dem Pflegevorsorgefonds zuzuschreiben. Der Pflegevorsorgefonds ist eine Kapitalsammelstelle, gespeist aus einem Zehntel eines Beitragssatzpunktes. Er verdeutlicht, wie man 1995 bereits die SPV ausgestalten hätte sollen – nämlich mit einem dominierenden Anteil Kapitaldeckung im Vergleich zur Umlagefinanzierung.

Bis 2033 dauert die Kapitalakkumulation an, im Jahr 2034 erfolgt dann keine Zuführung mehr und ab 2035 beginnt die Auszahlungsphase über 20 Jahre, wie in Abbildung 8 zu sehen ist. Wir simulieren hier die Wirkungsweise des Pflegevorsorgefonds mittels der Szenarien mit und ohne Kostendruck. In beiden Fällen liegen aufgrund der Kapitaldeckung die Beitragssätze um 0,1 Prozentpunkte höher, danach sind dann die Beitragssätze bis 2055 leicht unter denen im hypothetischen reinen Umlageverfahren. Ab 2055 ist der Kapitalstock dann aufgebraucht und wir sind im (realen) reinen Umlageverfahren, wobei die entsprechenden Beitragssätze identisch sind. Es lässt sich erkennen, dass der Pflegevorsorgefonds von seiner Ausgestaltung her in die richtige Richtung hebelt. Allerdings ist das Volumen in der Ansparphase viel zu gering, um eine nachhaltige längerfristige Dämpfung der Beitragsdynamik zu bewirken.

3.6 Gesamtbeitragssatz

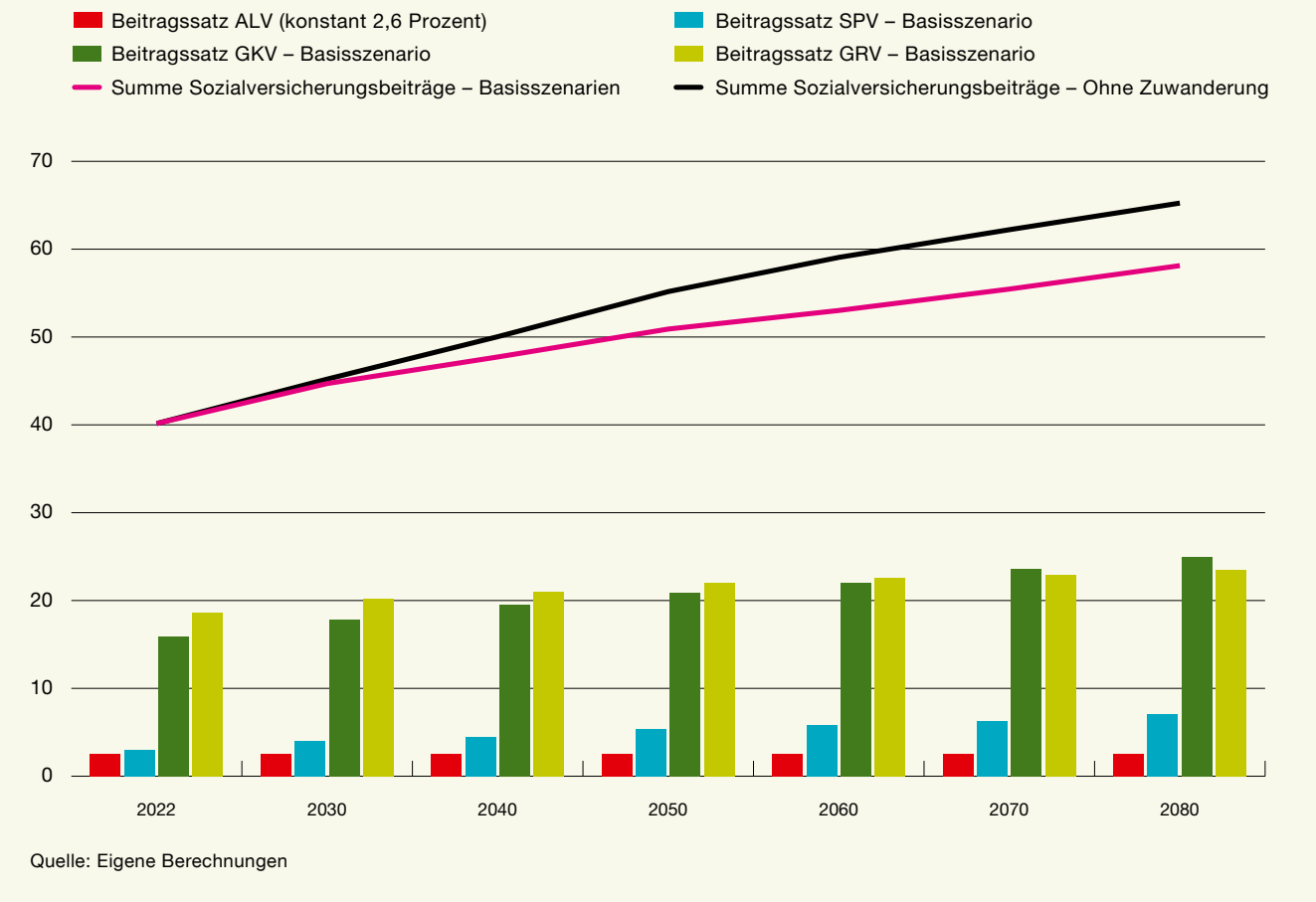
Die Nicht-Nachhaltigkeit eines einzelnen Versicherungszweigs würde ein reiches Land wie Deutschland vermutlich nicht nachhaltig verändern. Gegeben die Alterung der Gesellschaft, könnte Deutschland sich ein zu generöses Rentensystem oder ein ineffizientes Gesundheitssystem oder eine falsch finanzierte Pflegeversicherung durchaus leisten. Die Kombination aus allen drei Versicherungszweigen zusammen mit dem vierten Zweig, der Arbeitslosenversicherung ALV, ist aber ökonomischer wie politischer Sprengstoff, wie Abbildung 9 verdeutlicht. 2023 stieg der Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung zum ersten Mal seit 2012 wieder über 40 Prozent. Ökonomisch gesprochen bedeutet dies, dass 40 Prozent der bewerteten Produktivität eines jeden Arbeitnehmers an die Sozialversicherung abgeführt wird. In den nächsten sechs Jahren ist nun eine rasante Entwicklung zu erwarten, denn der Gesamtbeitragssatz steigt laut unseren Berechnungen bis 2030 auf 44,5 Prozent.¹² Bei erfolgreicher Anwerbung und Integration von Ausländern in den Arbeitsmarkt kann zwar nach 2030 die Dynamik etwas abgeflacht werden, doch spätestens dann ist ohne nennenswerte Reformen in der nächsten Legislaturperiode ein Kipppunkt für die soziale Marktwirtschaft in Deutschland erreicht, an welchem entweder das soziale Netz, wie wir es kennen, drastisch und kurzfristig verändert werden muss,¹³ oder aber es zu Abwanderungen der gut ausgebildeten Facharbeiter und Angestellten kommt, was die Spirale dann weiter dreht.

12 Dabei muss festgehalten werden, dass ein Teil dieser Erhöhung bereits heute schon feststeht – denn es wurden bei GKV und SPV die für 2024 geplanten Erhöhungen in die Modellierung übernommen und bei der GRV die mittelfristige Finanzplanung der Deutschen Rentenversicherung, die 2029 von einem deutlichen Beitragssatzanstieg von heute 18,6 auf 19,9 ausgeht.

13 Dies ist am Ende auch eine juristische Frage, in welcher Weise bspw. Renten drastisch gekürzt werden könnten oder aber auch Gesundheits- und Pflegeleistungen. Daher setzen unsere Reformoptionen eher auf mittelfristig wirkende Instrumente, die auch mit Erwartungsmanagement juristisch durchsetzbar sein dürften.

Bereits 2017 lag der Median des Alters der Wahlberechtigten bei 52,9 Jahren¹⁴, 2021 bei 54 Jahren. Dieser Trend wird sich fortsetzen und der Median des Alters der tatsächlich Wählenden dürfte noch höher liegen, da Ältere überproportional an Wahlen teilnehmen.¹⁵ D.h. jedoch, dass nach 2030 Reformen, welche dieser großen Gruppe der Leistungsempfangenden, Leistungen reduziert, politisch immer unwahrscheinlicher werden. Auf der anderen Seite steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die jüngeren Kohorten mit den Füßen abstimmen und Deutschland entweder verlassen bzw. gar nicht zu uns kommen, oder aber in die Schwarzarbeit abwandern. Zumindest ersteres würde die Dynamik beim Gesamtbeitragssatz noch einmal verschärfen, denn abwandern dürften vor allem gut Ausgebildete und somit Beitragszahler mit relativ hohem Einkommen. Dies kann dann als Kipppunkt des Systems gesehen werden, denn zum einen dürften Auswanderer nur schwer zurückzugewinnen sein und zum anderen kommt die Sozialversicherung unter einen immer größer werdenden Finanzierungsdruck, so dass dann Leistungen kurzfristig und radikal gekürzt werden müssten.

ABBILDUNG 9: ENTWICKLUNG DER SOZIALVERSICHERUNGSBEITRAGSSÄTZE VON 2022–2080
Angaben in Prozent



14 Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2017, 2021).

15 Quelle: Der Bundeswahlleiter (2022).

Das Thema Einwanderung, Integration und Willkommenskultur ist kein zentraler Gegenstand dieses Gutachtens. Allerdings sei an dieser Stelle erwähnt, dass die dargestellte Prognose (magentafarbene Linie) unter der Annahme des G2L2W2 Szenarios berechnet wurde. Damit ist – wie bei fast allen Prognosen zur Thematik – unterstellt, dass mittel- und langfristig ein jährlicher Nettozuwanderungsstrom (in unserem Fall sind dies ab 2033 250.000 Personen) nach Deutschland kommt. Würde man diesen Nettozuwanderungsstrom von heute auf morgen abstellen, so ergäben sich noch wesentlich höhere Beitragssätze (schwarze Linie), die eine Diskussion um nachhaltige Beitragssätze schlichtweg ins Absurde führen würde.

In methodischer Sicht ist die adäquate Berücksichtigung der zukünftigen Migration auf die Beitragssatzentwicklungen in den Sozialversicherungen allerdings alles andere als trivial. Zum einen ist die zukünftige Altersstruktur der Nettomigration nicht exakt vorhersehbar.¹⁶ Zum anderen ist es schwer abzuschätzen, wie der durchschnittliche ökonomische Status der zukünftigen (Netto-)einwanderer sein wird. Bzgl. letzterem unterstellen wir, dass die Migration gemäß dem Durchschnitt der bisher in Deutschland lebenden Beitragszahler erfolgt, also bspw. dass 36-jährige Zuwanderer im Durchschnitt so viele Beiträge leisten und Leistungen beziehen wie 36-jährige bisher in Deutschland lebende Beitragszahler (bzw. Leistungsbezieher), aber auch die gleiche Lebenserwartung und damit die gleichen zukünftigen Zahlungsprofile haben. Selbstverständlich ist dies eine recht strikte Annahme hinsichtlich Qualifikationsniveau, sofortiger Arbeitsaufnahme und bürokratischer Hürden.

Jedoch ist sowohl die (künftige) Beitrags- als auch die Leistungsseite der Migration empirisch nicht gesichert, wie auch der einflussreiche Parameter Lebenserwartung. Ein zukünftiges unterdurchschnittliches Qualifikationsniveau der Zuwanderer dürfte vermutlich zwar einerseits zu niedrigeren durchschnittlichen Beitragszahlungen führen, andererseits aber auch künftige Leistungsinanspruchnahmen unwahrscheinlicher machen. Denn, angesichts eines positiven Zusammenhangs zwischen ökonomischer Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung, sollte ein geringeres Qualifikationsniveau auch mit einer im Durchschnitt deutlich niedrigeren Lebenserwartung einhergehen. Zudem dürfte die Fähigkeit, überhaupt relevante Leistungstatbestände von GKV und SPV zu identifizieren, stark von Sprachkenntnissen und Bildungsniveau abhängen. Umgekehrt kann bei einem überdurchschnittlichen Qualifikationsniveau kurzfristig von höheren durchschnittlichen Beitragszahlungen und langfristig auch von höheren Leistungen in der GRV ausgegangen werden, ob damit aber auch eine höhere (oder niedrigere) Inanspruchnahme der GKV und SPV-Leistungen einhergeht, ist bislang, unseres Wissens nach, gänzlich unerforscht. Hier sind mehrere unterschiedliche Szenarien denkbar. Beispielsweise könnte es sein, dass – wie dies bei den Migranten, die ab den 1960er Jahren nach Deutschland kamen, der Fall war – ein Teil der Migranten nach Eintritt in das Rentenalter wieder in ihr ursprüngliches Heimatland zurückkehrt, was zumindest die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von GKV- und SPV-Leistungen stark reduzieren dürfte.

Genau aus diesen nicht exakt voraussagbaren Annahmen wählen wir die Durchschnittsannahme.¹⁷ Selbst, wenn man bei den Nettoszahlen eine signifikante Abweichung für Migranten annehmen würde, wäre dies immer noch für die Sozialversicherungen vorteilhaft, wie es umgekehrt das Szenario ohne Migration deutlich macht.¹⁸

Insgesamt stellt Abbildung 9 allerdings eine Projektion dar, die insbesondere von zukünftigen Reformen abstrahiert – die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen solchen Entwicklungspfad ist allerdings sehr gering. Denn entweder überschreitet das System den oben genannten Kipppunkt oder aber die Politik ringt sich in der kommenden Legislaturperiode zu nachhaltigen Reformen durch, welche dann die Entwicklung der Beitragssätze auf ein nachhaltigeres Fundament stellen. Ein solches Reformkonzept stellen wir im nächsten Kapitel exemplarisch vor.

¹⁶ Vgl. hierzu auch Werding et al. (2024), S. 4f. und Fußnote 2.

¹⁷ Im Gegensatz zur GKV und SPV ist eine Modellierung bei der GRV durchaus möglich. Bei Werding et al. (2024) wird z.B. angenommen, dass sich die Erwerbsbeteiligung nach Deutschland zugewandter Personen sukzessive in einem mehrjährigen Prozess an die der einheimischen Bevölkerung annähert, was kurzfristig impliziert, dass Zuwanderer unterdurchschnittliche Sozialversicherungsbeiträge leisten, langfristig aber auch unterdurchschnittliche Leistungen der GRV beziehen. Es verbleibt aber auch unter diesen Annahmen in Summe ein positiver Nettoeffekt auf den GRV-Beitragssatz (im Sinne einer niedrigeren Entwicklung) einer höheren Zuwanderung.

¹⁸ Raffelhüschen et al. (2024) kommen in Bezug auf die sog. Nachhaltigkeitslücke, die mittels der Methode der Generationenbilanzierung ermittelt wird, auf ein anderes Ergebnis. Allerdings steht bei ihnen nicht die Auswirkung der Zuwanderung auf die Beitragssatzentwicklung im Zentrum der Analyse. Ganz wahrscheinlich würde sich wegen der vergleichbaren Annahmen bei Szenarien mit weniger Zuwanderung auch in deren Berechnungen der Beitragssatz zu den Sozialversicherungen erhöhen. Zur Eignung der Nachhaltigkeitslücke als Indikator für qualifizierte Messungen fiskalischer Nachhaltigkeit bei unterschiedlichen Zuwanderungsszenarien vgl. z.B. Manthei (2021, S.174), zur Eignung der Generationenbilanzierung als Maß für eine adäquate Messung intergenerativer Lastverschiebung vgl. Fetzter und Moog (2021).

4. REFORMOPTIONEN FÜR MEHR NACHHALTIGKEIT IN DER SOZIALEN SICHERUNG

4.1 Reformoptionen für die GRV

Wie bereits erwähnt, gab es Anfang des Jahrtausends einen gesellschaftlichen Konsens, die GRV finanziell auf ein nachhaltiges Fundament zu stellen. Dieser Pfad wurde dann in den vergangenen zehn Jahren wieder verlassen. Im Prinzip muss nun eine Rückbesinnung erfolgen. Konkret bedeutet dies drei Maßnahmen für die GRV: Erstens plädieren wir für eine komplette Streichung der doppelten Haltelinie, zweitens für eine Neujustierung des sogenannten Nachhaltigkeitsfaktors und drittens für eine Erhöhung des Renteneintrittsalters. All diese Reformvorschläge sind nicht neu und zahlreiche andere Autoren oder wir selbst an anderer Stelle haben diese oder ähnliche Reformen gefordert. Dies zeigt, dass Deutschland bei der GRV kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem hat.

Keine Haltelinien in der GRV

Der erste Teil unseres Reformvorschlags ist im engeren Sinne keine Reform, denn eigentlich läuft, Stand heute, die doppelte Haltelinie 2025 aus. Da aber eine Verlängerung in der Ampel-Regierung durchaus Fürsprecher, wie den zuständigen Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, hat, möchten wir klar darauf hinweisen, dass eine Weiterführung der doppelten Haltelinie das gesamte System der Sozialversicherung schneller an den Kipppunkt bringt und damit gefährdet. Dies wurde bereits in Kapitel 3 veranschaulicht. Das Rentenniveau muss sinken können, damit sich auch Rentner und rentennahe Jahrgänge an den Transformationskosten des demografischen Wandels beteiligen. Und dass der Beitragssatz auch über 20 Prozent steigen wird, steht nach dem kürzlichen Urteil des Bundesverfassungsgerichts außer Frage. Somit lautet unsere erste Reformforderung: Keine Haltelinien in der GRV.

Neujustierung des Nachhaltigkeitsfaktors

Zweitens müssen sich Rentner und rentennahe Jahrgänge nicht nur, wie oben gefordert, überhaupt, sondern stärker an den Kosten des demografischen Wandels in der gesetzlichen Rentenversicherung beteiligen. Der Gesetzgeber hat hierzu mit dem 2004 in Kraft getretenen Rentenversicherung-Nachhaltigkeitsgesetz und der damit verbundenen Einführung des sogenannten Nachhaltigkeitsfaktors bereits den Weg geebnet. Formel 1 zeigt die Wirkungsweise des Nachhaltigkeitsfaktors NHF im Jahr t:

(1) $NHF_t = [1 - RQ_{t-1} / RQ_{t-2}] \times \alpha + 1$

Der Nachhaltigkeitsfaktor wird mit der Steigerung des aktuellen Rentenwerts und somit sozusagen der jährlichen Rentensteigerung multipliziert. Ist er größer eins, erhöht er die Rentenerhöhung, ist der Wert kleiner eins senkt er die Rentenerhöhung. Somit kürzt der Nachhaltigkeitsfaktor keine Renten, sondern lediglich Rentenerhöhungen.

RQt stellt dabei den sogenannten Rentnerquotienten, also das Verhältnis von Rentenempfängern zu Beitragszahlern, dar. Altert nun die Gesellschaft und damit auch die Population der GRV-Mitglieder, so steigt der Rentnerquotient an. Damit ergibt RQ_{t-1}/RQ_{t-2} eine Zahl größer eins und damit stellt die Klammer eine negative Zahl dar, die mit α multipliziert wird. α hat derzeit einen Wert von 0,25. Das bedeutet, dass die Folgen der Alterung im Verhältnis 1:3 getragen werden müssen – Rentner tragen ein Viertel, Erwerbstätige Dreiviertel. Dies stellt ein Werturteil dar. Möchte man aber nun das Erreichen des oben skizzierten Kippunktes verhindern, könnte man die Lasten gleichmäßiger aufteilen – beispielsweise im Verhältnis 1:1. α würde dann den Wert 0,5 einnehmen und die Kürzungen der zukünftigen Rentensteigerungen fielen größer aus. Auch andere Autoren, wie beispielsweise Raffelhüschen et al. (2022), der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023) oder DIE JUNGEN UNTERNEHMER (2020), schlagen ein solches Vorgehen vor.

Erhöhung des Renteneintrittsalters

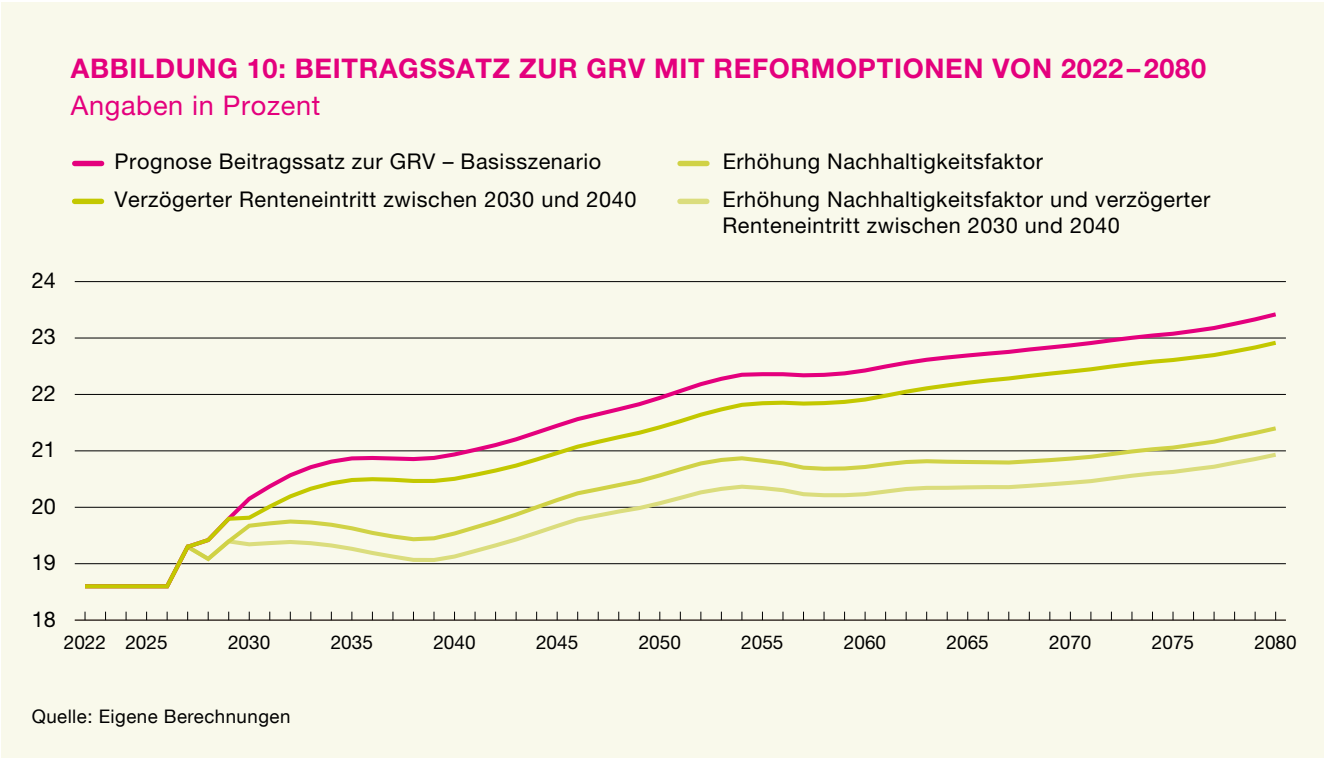
Auch der dritte Teil unseres Reformvorschlags, nämlich eine weitere Erhöhung des Renteneintrittsalters, wird schon länger öffentlich diskutiert. Ob dies nun diskret durch die Politik erfolgt (»Rente mit 68«) oder aber stetig (Indexierung an die Entwicklung der Lebenserwartung), spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Denn wir müssen einfach damit aufhören, den Generationenvertrag GRV dadurch auszuhöhlen, dass Versicherte immer länger Leistungen bei gleicher Dauer von Einzahlungen bekommen. 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.

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. 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. 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.

Für den Fall, dass physische oder psychische Überlastungen auftreten, sind komplementär ausgerichtete Instrumente nötig, im System der GRV ist dies die Erwerbsminderungsrente. Ein Blick auf allgemeine Trends deutet auch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Arbeitsfähigkeit im Laufe der letzten Jahrzehnte verbessert hat. So ist die Zahl der Anträge auf Erwerbsminderungsrente rückläufig. Hauptursache für Zugänge der Erwerbsminderungsrente sind dabei nicht die häufig angeführten physischen Erkrankungen (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. 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 Verzögerung sowie äußerst ungenau implementiert werden.

Reformwirkung

Als Referenzszenario dient die aus Kapitel 3.3 bekannte Projektion ohne doppelte Haltelinie. Unsere »erste Reform« ist also bereits im rechtlichen Status quo umgesetzt und somit bauen alle weiteren Reformen auf der durchgezogenen, magentafarbenen Linie von Abbildung 10 auf.



Wie man deutlich erkennt, führt insbesondere die Neujustierung des Nachhaltigkeitsfaktors zu einer deutlichen Senkung der Beitragssätze in der Zukunft.¹⁹ Zusätzlich zum Niveau des zukünftigen Beitragssatzes wird auch die Dynamik abgeschwächt – mehr Generationengerechtigkeit führt also zu einer deutlichen Verbesserung der Nachhaltigkeit, gemessen am Beitragssatz zur GRV. Würde auch von 2030 an weiterhin das Renteneintrittsalter wie bei der Rente mit 67 jährlich erhöht werden (sozusagen die »Rente mit 68«), so könnte noch einmal der zukünftige Beitragssatz gesenkt werden. Im Zusammenspiel mit einer Neujustierung des Nachhaltigkeitsfaktors würde man bis 2045 sogar unter der Marke von 20 Prozent bleiben. Für echte Nachhaltigkeit bräuchte es dann wahrscheinlich weitere Erhöhungen des Renteneintrittsalters oder aber die Indexierung desselbigen an die Entwicklung der Lebenserwartung wie in Schweden oder Norwegen. So könnte die Rente sicher und nachhaltig aufgestellt werden. Würde man hingegen Nichts tun, wäre auch das Blüm’sche Bonmot von der sicheren Rente nicht mehr haltbar. Für die jüngeren Kohorten bedeuten die Reformen zusätzlich, dass das sinkende Rentenniveau durch kapitalgedeckte Ersparnisse aufgefangen werden muss. Auch hier sollte sich der Gesetzgeber Gedanken machen, welche Wege man neben Riester und betrieblicher Altersvorsorge einschlagen möchte.²⁰

¹⁹ Dies deckt sich auch in der Dimension mit Raffelhüschen et al. (2022) oder den Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023).
²⁰ So schlagen bspw. DIE JUNGEN UNTERNEHMER (2020) ein standardisiertes individuelles Sparprodukt vor, welches auch sozial bezuschusst werden kann, so dass insbesondere niedrige Einkommen ein auskömmliches Ersatzniveau in der Rentenphase erreichen.

4.2 Reformoptionen für die GKV

Ein Blick auf die Gesundheitspolitik der letzten 20 bis 25 Jahre zeigt, ähnlich wie bei der Rentenpolitik, dass einschneidende Reformen, die die Ausgabenseite der GKV betrafen, vor allem zu Beginn des Jahrtausends gemacht wurden. Während sich derzeit die Diskussionen um den Krankenhaussektor und dessen Neugestaltung drehen,²¹ wird oftmals übersehen, dass die letzte einschneidende Reform auf der Ausgabenseite der GKV, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, auf das Jahr 2004 datiert. Hierin wurden erstens Leistungseinschnitte bei der Erstattung von Zahnersatz oder nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln geregelt, zweitens gab es einen Ausbau diverser Selbstbeteiligungen. Drittens wurde mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bereits an die anstehende Digitalisierung des Gesundheitswesens gedacht. Und viertens wurden mit der Einführung der hausarztzentrierten sowie der integrierten Versorgung²² den Krankenkassen Spielräume für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit geboten – auch, um den Wettbewerb um die Versicherten zu intensivieren.

Dies spiegelt sich in Abbildung 11 wider, in welcher die (inflationsbereinigte) Entwicklung einiger Kenngrößen zur GKV von 2000–2022 zusammengefasst sind – die jeweiligen Kenngrößen wurden zum Basisjahr 2000 auf 100 indexiert. Hierbei ist insbesondere erkennbar, wie der Kostendruck zu einer überproportionalen Entwicklung der Ausgaben je GKV-Versicherten (Zunahme um 45 Prozent) gegenüber dem BIP pro Kopf (Zunahme um 25 Prozent), also der Wertschöpfung in Deutschland, geführt hat. Daneben lässt sich auch der letzte bedeutende Einschnitt der Ausgabenentwicklung (rote Linie) im Jahr 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erkennen.

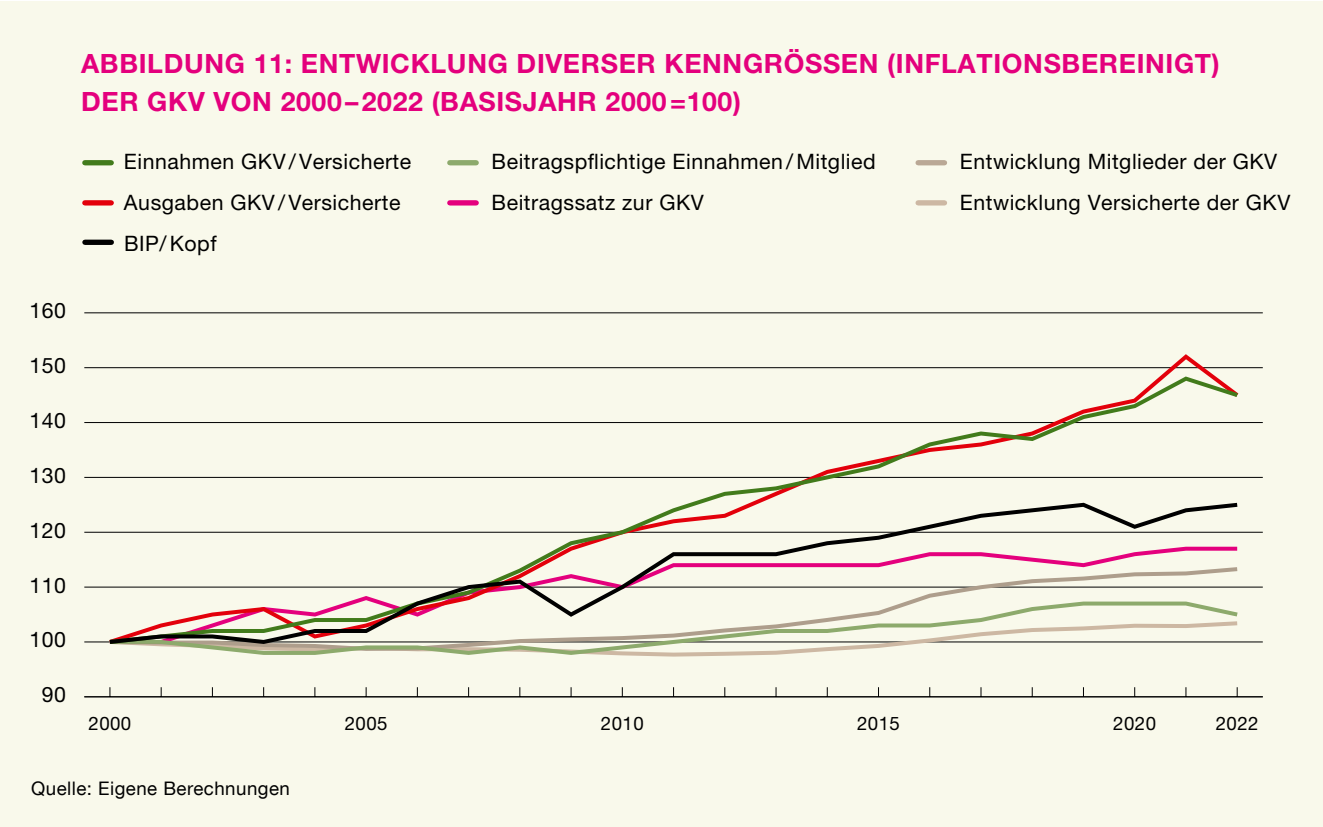
In der Folgezeit wurden diese Reformschritte allerdings weder von Geburtsfehlern befreit, noch entsprechend nachgeschärft. Abgesehen von temporär beschlossenen Einsparungen für bestimmte Leistungserbringer (genannt sei exemplarisch die Erhöhung der Herstellerabschläge bei Arzneimitteln durch das AMNOG) bestand Gesundheitspolitik darin, gemachte Einschnitte, wie etwa die Praxisgebühr für Arztbesuche, zurückzunehmen oder den Krankenkassen zusätzliche Möglichkeiten zur Leistungsgewährung wie etwa durch Satzungsleistungen nach §11 (6) SGB V zu verschaffen. Da sich Ausgaben und Einnahmen jedes Jahr einigermaßen entsprechen müssen, mussten mehr Einnahmen für das System generiert werden. Dies geschah erstens durch eine Erhöhung des Steuerzuschusses, der 2004 noch bei einer Milliarden Euro lag, 2024 hingegen 14,5 Milliarden betragen wird, zweitens durch eine Erhöhung des Beitragssatzes (2004 etwas über 14 Prozent, 2024 16,3 Prozent inkl. durchschnittlichem Zusatzbeitrag) und drittens, in den 2010er Jahren, durch eine – an und für sich erfreuliche – Zunahme der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und damit beitragspflichtiger Mitglieder (inkl. Rentner). Diese nahmen sogar stärker zu als die Versicherten insgesamt, wie ebenfalls Abbildung 11 veranschaulicht. Des Weiteren gab es nach einer Stagnation der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied in den Nullerjahren (die hinter der Entwicklung des BIP zurückblieb) auch bei dieser Kenngröße ab 2010 eine leichte Erholung. Damit gelang es in den 2010er Jahren sogar, den Beitragssatz einigermaßen stabil zu halten.²³

Wie die Projektion in Kapitel 3 zeigte, wird ein »weiter so« allerdings mittel- bis langfristig nicht finanzierbar sein. Wir wollen daher mit unserem Reformvorschlag an den Grundgedanken des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes anknüpfen und drei Stellschrauben im Gesundheitswesens nachziehen. Dies betrifft erstens die (Wieder-)Etablierung des Gedankens von mehr Eigenverantwortung durch eine Umgestaltung der Selbstbeteiligungsregelungen, zweitens die Möglichkeiten für effizientere Strukturen mittels der Digitalisierung im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierbarkeit und drittens die Nutzung der Potentiale von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen in Bezug auf eine bessere und effizientere Versorgung.

21 Als »Schuldige« wird für den wirtschaftlich wie versorgungspolitisch maroden Zustand im Krankenhaussektor immer die zu Beginn der Nullerjahre eingeführte DRG-Reform identifiziert, obwohl auch die Bundesländer als Verantwortliche für Krankenhausplanung und -investitionen ihrer finanziellen Verantwortung nicht nachgekommen sind.

22 Die sektorenübergreifend angelegte integrierte Versorgung wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 durch die »besondere Versorgung« abgelöst und umfasst seither auch die bis dahin geltenden »Strukturverträge« und die »besondere ambulante ärztliche Versorgung«, die Selektivverträge mit Krankenkassen und Fachärzten beinhaltet.

23 Der Ausreißer nach oben in den Jahren 2020–2022 ist den Maßnahmen aufgrund der Covid-Pandemie geschuldet, die allerdings i.W. durch einen zusätzlichen Steuerzuschuss gegenfinanziert wurden.



Mehr Eigenverantwortung

Neben dem rein fiskalischen Effekt einer Entlastungswirkung auf das Budget der GKV haben Selbstbeteiligungen aus gesundheitsökonomischer Sicht den Nutzen, dem sogenannten moralischen Risiko (Moral Hazard) von Versicherten entgegenzuwirken. Bei Krankenversicherungen wird hierbei in der Literatur zwischen ex ante Moral Hazard (der Abschluss einer Versicherung veranlasst dazu, weniger Vorbeugung zu treffen) und ex post Moral Hazard (wenn der Krankheitsfall eingetreten ist, gibt es zu wenig Anreize die Kosten einer Behandlung niedrig zu halten) unterschieden. Selbstbeteiligungen wirken hierbei grundsätzlich beiden Arten von Moral Hazard entgegen. Eine, wie von uns im Folgenden vorgeschlagene, Kontaktpauschale begrenzt aber vor allem das ex post moralische Risiko, zumindest dann, wenn Versicherte preissensitiv auf Arztleistungen reagieren.²⁴ Auf der anderen Seite wird von Kritikern die ungleiche Verteilungswirkung von Selbstbeteiligungen betont. Diese würden bei armen und multimorbiden Patienten sehr schnell zu finanzieller Überforderung führen und deswegen würde eine medizinisch notwendige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgeschoben, was möglicherweise mit teuren Folgeerkrankungen einhergehen könnte.²⁵ Letzterem Argument ist allerdings entgegenzuhalten, dass es bereits heute nach §62 (1) SGB V eine Belastungsgrenze gibt, welche die Ausgaben für die GKV für Versicherte auf zwei Prozent und bei chronisch Kranken auf ein Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt.²⁶

24 Vgl. z.B. Breyer (2010).

25 Vgl. Jacobs (2015).

26 Laut der KJ1 Statistik des BMG (2023a) waren dies 2022 fünf Millionen Versicherte.

Eine Kontaktpauschale bei Aufsuchen eines Arztes und Zahnarztes wurde von 2004 bis 2012 als quartalsweise Praxisgebühr von zehn Euro in der GKV für Arzt- und Zahnarztbesuche erhoben.²⁷ Allerdings hatte sich nach einem anfänglichen Rückgang kein nachhaltiger Effekt auf die Anzahl der Arztkontakte und damit kein Steuerungseffekt gezeigt.²⁸ Der mutmaßliche Grund hierfür lag zum einen in der vergleichsweise niedrigen Ausgestaltung der Praxisgebühr i.H.v. zehn Euro pro Quartal. Zum anderen setzte die quartalsweise Erhebung bei Patienten den Anreiz, die geleistete Zahlung durch weitere Arztbesuche »wieder herauszuholen«. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie forderte deswegen im Zuge der Diskussion um die Abschaffung der Gebühr die Umwandlung zu einer Kontaktgebühr, die bei jedem einzelnen Arztbesuch erhoben wird.²⁹

Unser Vorschlag zur Stärkung der Eigenverantwortung schließt an diese Forderung an und sieht die Einführung von Kontaktpauschalen bei Inanspruchnahme ambulanter Arzt- und Zahnarztleistungen sowie der Inanspruchnahme der Notaufnahme eines Krankenhauses durch GKV-Versicherte vor.³⁰ Im Gegenzug soll die Eigenbeteiligung für Krankenhausaufenthalte wegfallen, da man hier von einer geringen Steuerungswirkung ausgehen kann. Zudem dürfte ein Vorschlag, der ein »Geben und Nehmen« beinhaltet, auf höhere politische und gesellschaftliche Akzeptanz stoßen.³¹

Die Höhe der Kontaktgebühr sollte bei Einführung etwa 15 Euro je Kontakt betragen. Im Vergleich zu den 2004 erhobenen zehn Euro ist zu berücksichtigen, dass die nominalen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zwischen 2004 und 2022 um 47 Prozent angestiegen sind. Für die Zukunft sollte dann die Kontaktgebühr – wie auch die bereits bestehenden Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel – mit dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen dynamisiert werden.

Im Hinblick auf eine möglichst unbürokratische Abwicklung, könnte die anstehende Digitalisierung (siehe unten) eine recht unkomplizierte Abwicklung der Kontaktgebühr ermöglichen. Eine funktionierende Dateninfrastruktur im Gesundheitswesen vorausgesetzt, könnten sowohl der Einzug der Gebühr wie auch etwaige Zuzahlungsbefreiungen z.B. über die elektronische Patientenakte oder andere Anwendungen abgewickelt werden. Damit wären, im Gegensatz zur zwischen 2004 und 2012 erhobenen Praxisgebühr, die Krankenkassen für die Abwicklung zuständig, so dass die Einführung einer Kontaktgebühr nicht zu mehr Bürokratie und (Zeit-)Aufwand bei den Ärzten führen sollte.

Die finanziellen Auswirkungen einer Gebühr i.H.v. 15 Euro je Kontakt bei ambulanten Ärzten und Zahnärzten sowie der stationären Notaufnahme können wie folgt abgeschätzt werden: Ausgegangen wird von 15 Arztkontakten³² und zwei Zahnarztkontakten pro Jahr sowie einer Rate von 0,1 Kontakten bei Notfallambulanzen. Bei 73 Millionen Versicherten in der GKV würden sich dann rechnerisch etwa 1,25 Milliarden Kontakte pro Jahr ergeben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Rate der derzeit etwa sieben Prozent von der Zuzahlung befreiten Personen deutlich steigen dürfte, auch weil erhöhte Zuzahlungen vor allem chronisch Kranke treffen. Bei einer Rate von zehn Prozent Zuzahlungsbefreiten ergibt sich unter den gemachten Annahmen ein theoretisches Einsparpotential über alle GKV-Versicherten von rund 17 Milliarden Euro p.a., wobei hier Einsparungen aufgrund reduzierter Arztkontakte nicht einberechnet sind. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die Gebühr nur für erwachsene GKV-Versicherte gilt und durch die Abschaffung der Krankenhauszuzahlung (von derzeit zehn Euro je Krankenhaustag) Mehrausgaben von 0,6 Milliarden p.a.³³ entstehen, so dass sich insgesamt ca. 15 Milliarden Euro p.a. durch den Reformvorschlag einsparen lassen.

27 Bei Einführung der Praxisgebühr mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz erkaufte sich die damalige rot-grüne Regierung die Zustimmung zu anderen Punkten der Reform mit Zugeständnissen gegenüber der CDU/CSU-Fraktion, die damals noch weitergehende Zuzahlungen für ambulant ärztliche Leistungen propagierte. Bei der Abschaffung, die 2012 im Bundestag mit 0 Gegenstimmen beschlossen wurde, bestand der »Kuhhandel« innerhalb der damaligen schwarz-gelben Regierung darin, dass auf Wunsch der FDP die Praxisgebühr wieder abgeschafft wurde. Im Gegenzug stimmte diese dem von der CSU propagierten Betreuungsgeld zu. Insbesondere der damalige gesundheitspolitische Sprecher der Union und spätere Gesundheitsminister, Jens Spahn, erklärte seinerzeit im Bundestag: »Wir hätten es für richtig gehalten, die Praxisgebühr beizubehalten.«

28 Vgl. Schreyögg und Grabka (2010).

29 Vgl. dggö (2012).

30 Damit ähnelt dieser Punkt dem Vorschlag des Vorstandsvorsitzenden der KBV, Gassen, vom März 2023 (vgl. Ärztezeitung (2023)).

31 Auch diesen Punkt beinhaltete der Vorschlag der dggö (2012).

32 Vgl. Grobe und Szecsenyi (2023).

33 Vgl. KJ1 2022 des BMG (2023a).

Nutzung von Effizienzreserven durch Digitalisierung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist vermutlich neben dem Bewältigen der Corona Pandemie »das Thema« der Gesundheitspolitik in Deutschland der letzten Jahre. Neben den Verbesserungsmöglichkeiten einer zielgerichteten Versorgung (die beispielsweise im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) zusammengefasst wurden) ist damit auch die Hebung von Effizienzreserven möglich. Allerdings zeigen die letzten zehn Jahre auch, dass eine Etablierung von digitalen Technologien, vor allem aufgrund der damit einhergehenden organisatorischen und prozessualen Umbrüche, starken Hemmnissen unterworfen ist. Trotz zahlreicher Gesetze (z.B. E-Health-Gesetz 2016, Terminservice- und Versorgungsgesetz und Digitale-Versorgung-Gesetz 2019, Patientendaten-Schutz-Gesetz und Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern 2020, Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz 2021, Gesundheitsdatennutzungsgesetz und Digital-Gesetz 2023), die die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen forcieren sollten, wird Deutschland stand heute eigentlich nur im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die als neuer Zweig in die Regelversorgung aufgenommen wurden, international als Vorreiter wahrgenommen.³⁴

Bis heute sind annähernd alle Bestrebungen, etablierte Strukturen aufzubrechen – wohlwollend formuliert – »nicht vollständig umgesetzt«. Es bleibt hier zu hoffen, dass die jüngsten Gesetzesinitiativen Gesundheitsdatennutzungsgesetz und Digital-Gesetz, deren Kern ein Opt-Out-Verfahren für die elektronische Patientenakte vorsehen, hier einen Wendepunkt darstellen. Digitalisierung könnte dann – auch mittels nicht nachlassenden Drucks von Seiten der politisch Verantwortlichen – in der mittleren Frist die notwendigen Veränderungen bewirken.

Gerade weil Deutschland fast Schlusslicht bei der Digitalisierung der Prozesse im Gesundheitswesen ist, dürfte das Potential der Effizienzreserven erheblich sein. Eine Studie von McKinsey aus dem Jahr 2022 kommt zum Schluss, dass sich durch eine Etablierung von Digitalisierung in den Bereichen digitaler patientenorientierter Gesundheit (z.B. durch Telemedizin oder Gesundheitsapplikationen), leistungs- und kostenträgerorientierten E-Health-Lösungen (organisatorische Umgestaltungen, wie z.B. Work-Flow-Unterstützung) sowie Technologien für einen papierlosen Datenaustausch (z.B. elektronische Patientenakte und eRezept) derzeit rund zwölf Prozent des Gesamtaufwands im Gesundheitswesen einsparen ließen. Rund zwei Drittel dieser Einsparung resultiert aus Produktivitätssteigerungen, das verbleibende Drittel aus einer Nachfragereduzierung (beispielsweise aufgrund medizinisch unnötiger Doppelbehandlungen).³⁵

Im Hinblick auf unsere Modellrechnungen gehen wir im Gegensatz zu McKinsey allerdings nicht davon aus, dass sich diese Ersparnisse auf einmal als »42 Milliarden Deal« (so der Titel der Studie) realisieren lassen. Vielmehr nehmen wir an, dass sich durch die Digitalisierung das angenommene Wachstum von 2,0 Prozent bei den Verwaltungsausgaben auf ein Prozent reduzieren und sich der Kostendruck in fast allen Leistungsbereichen halbieren ließe. Hierfür nehmen wir an, dass die Leistungsausgaben nur um 2,25 anstatt 2,5 Prozent p.a. wachsen. Eine Ausnahme bildet der Bereich der Arzneimittel, wo wir weiterhin ein Wachstum von 2,5 Prozent unterstellen. In diesem Bereich ist in den vergangenen Jahren das überproportionale Wachstum vor allem auf sehr teure Medikamente für wenige Hochrisikopatienten zurückzuführen, während beispielsweise im Generikabereich teilweise sogar ein Preisverfall zu beobachten war.³⁶ Angesichts bevorstehender therapeutischer Durchbrüche (z.B. durch genbasierte Arzneimittel) ist nicht davon auszugehen, dass es in diesem Bereich – trotz Digitalisierung – zu einer Verlangsamung der Wachstumsdynamik kommt.

34 Allerdings haben sich mögliche Einsparungspotentiale durch DiGA bislang zumindest noch nicht realisiert. Erstens bleibt insgesamt die Marktdurchdringung von DiGA bislang hinter den Erwartungen zurück und zweitens wirken DiGA budgettechnisch derzeit eher als eine »add-on« Versorgung, die vor allem im Bereich psychischer und muskuloskelettaler Erkrankungen bestehende Versorgungsdefizite kompensieren.

35 Vgl. Biesdorf et al. (2022).

36 Vgl. Hofbauer-Milan, Fetzer, Hagist (2023b).

Nutzung von Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Seit dem Gesundheits-Struktugesetz von 1992 stehen Krankenkassen im Wettbewerb untereinander, da GKV-Versicherte zwischen dem Großteil der Krankenkassen frei wählen können. Insbesondere seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 haben die Krankenkassen auch zahlreiche Optionen (z.B. Schließung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, Verträge der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, Verträge mit Fachärzten sowie Disease Management Programme), sich im Hinblick der Versorgung der Versicherten voneinander zu unterscheiden und damit auch in einen Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zu treten. Zwanzig Jahre später ist jedoch festzustellen, dass der Wettbewerb zwischen Krankenkassen hauptsächlich über den Wettbewerbsparameter »Preis«, sprich Beitragssatz, funktioniert. Neben diesem unterscheidet sich das Gros der Krankenkassen allenfalls noch über die Parameter Bonusprogramme oder Satzungsleistungen.³⁷

Mit den genannten Parametern werden aber überwiegend junge, gesunde und einkommensstarke Beitragszahler angesprochen. Im Hinblick auf eine Hebung von Effizienzreserven auf dem Leistungsmarkt durch die Nutzung von wettbewerblichen Lösungen jenseits kollektivvertraglich, einheitlicher Regelungen sind die Ergebnisse bislang überschaubar. In Disease Management Programmen sind derzeit zwar knapp acht Millionen Versicherte eingeschrieben (vgl. BAS (2023)), allerdings sind Disease Management Programme eher als ein zusätzliches, optionales Versorgungsmodell für chronisch Kranke anzusehen und stellen kein wirkliches Selektivvertragsinstrument dar. Zudem unterscheiden sich die Disease Management Programme unter Krankenkassen kaum voneinander. Das zweite Instrument von Selektivverträgen, das in der Literatur angeführt wird, wenn es um nennenswerte Einsparungen geht, sind Arzneimittelrabattverträge, die vor allem im Generikabereich (nachgelagert zu kollektiven Preisregulierungen) erhebliche Preisnachlässe generieren.³⁸ Diese haben sich allerdings erst durchgesetzt, als 2007 mit der erweiterten aut-idem-Regelung festgelegt wurde, dass bei der Abgabenreihenfolge Rabattvertragsarzneimittel der jeweiligen Krankenkasse bevorzugt abzugeben sind. Auch dies gilt wiederum für alle Krankenkassen gleichermaßen.³⁹ Ansonsten gibt es regional zwar einige interessante Ansätze zu einer alternativen Versorgung (zu nennen sind hier beispielsweise die Haus- und Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg mit dem Mediverbund)⁴⁰, aber der Großteil der Versorgung ist immer noch einheitlich geregelt. Seit 2016 werden neue Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen, durch den beim GBA eingerichteten Innovationsfonds gefördert. Allerdings haben sich zumindest bislang (selbst positiv evaluierte) neue Versorgungsmodelle nicht nachhaltig etablieren können.⁴¹ Damit ist – zumindest bislang – auch der Grundgedanke gescheitert, dass sich erfolgreich (über Selektivverträge) erprobte Modellprojekte später in die Regelversorgung einbetten lassen.

Im Zentrum der Debatten um einen möglichst »fairen« Krankenkassenwettbewerb steht seit 2008 der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, der die bestehenden Unterschiede in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen nivellieren soll, damit keine ungleichen Wettbewerbschancen resultieren. Dieser wurde zuletzt durch das Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz um zahlreiche Komponenten ergänzt. Ein fortlaufendes Monitoring und eine Weiterentwicklung dieses Instruments ist wichtig, allerdings darf dabei die Anreizfunktion für Krankenkassen, nämlich im Wettbewerb untereinander eine möglichst effiziente, qualitativ hochwertige Versorgung für ihre Versicherten anzubieten, nicht gänzlich verloren gehen.

Echter Wettbewerb im Gesundheitswesen, in dem nachhaltig neue effizientere Lösungen für die Versorgung Kranker gefunden werden, ist in Deutschland somit immer noch ein zartes Pflänzchen. Für die Zukunft sieht daher unsere dritte Reform vor, die Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb auf der Leistungsseite durch Krankenkassen zu heben.

37 Vgl. Moog et al. (2019).

38 Vgl. z.B. Albrecht (2018) oder Cassel und Wasem (2014).

39 Die Abgabereihenfolge wirkstoffgleicher Arzneimittel ist im Detail in den §§10–14 des Rahmenvertrags nach §129 (2) SGB V geregelt.

40 Vgl. Laux et al. (2015).

41 Vgl. Stegmeier (2023).

Ein deutliches Hindernis für einen solchen Wettbewerb ist nach Cassel und Wasem (2014), dass in der GKV immer noch das »Verbändekartell« selektivvertraglich zustande kommende, alternative Versorgungsmodelle verhindert. Dies ist zweifelsohne richtig, da es schwierig bis unmöglich ist, Selektivverträge als Alternative zur Regelversorgung zu etablieren, solange keine Instrumente zur Patientensteuerung bestehen. Wir gehen aber davon aus, dass eine grundlegende Reform der Verbändestruktur a priori politik-ökonomisch zum Scheitern verurteilt sein dürfte. Daher schlagen wir vor, dass Krankenkassen ihre Versicherten, welche an Selektivverträgen teilnehmen wollen, von den – durch den ersten Reformschritt deutlich erhöhten – Zuzahlungen (wieder) befreien können.⁴² Der Vorteil einer solchen Anreizsetzung besteht vor allem darin, dass von erhöhten Zuzahlungen vor allem diejenigen Versicherten betroffen sein dürften, die viele Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Dies ist aber genau die Gruppe, die »gesteuert« werden soll und bei welcher die Effizienz- als auch die Qualitätsgewinne am größten sein dürften. Daneben müssten allerdings auch andere Vorschriften liberalisiert werden, da es Krankenkassen bislang nur in unzureichendem Ausmaß erlaubt ist, in entsprechende neue Versorgungsmodelle zu investieren. Auch die zuständige Aufsicht über die Selektivverträge sollte liberaler und vor allem einheitlich erfolgen.⁴³ Das Potential eines solchen »Managed Care Wettbewerbs« durch Krankenkassen wurde im Hinblick auf Effizienz- und Qualitätssteigerungen schon von vielen Autoren für fast alles Leistungsbereiche betont.⁴⁴ Hierbei obliegt es der Politik, zielgerichtet auf Regulierungsebene neue Strukturen im Gesundheitswesen voranzutreiben (wie es etwa derzeit im Krankenhausbereich der Fall ist), ohne aber durch Überregulierung das Potential eines Selektivvertragswettbewerbs zu unterbinden.⁴⁵

Mit einem größeren Spielraum bei Selektivverträgen würde unserer Überzeugung nach dann der Kassenwettbewerb stark intensiviert und der Markt als Entdeckungsverfahren für die besten Versorgungsmodelle erstmals genutzt werden. In Bezug auf die fiskalischen Konsequenzen gehen wir davon aus, dass sich ausgehend von der Halbierung des Kostendrucks durch die Digitalisierung, dieser nun in allen Leistungsbereichen ganz reduzieren ließe und die Ausgaben dann mit einer Rate von 2 Prozent p.a. wachsen. Dies bedeutet nicht, dass es keine Produktinnovationen bei Therapien mehr gäbe, sondern vielmehr, dass deren Auswirkungen finanziell durch entsprechende Prozessinnovationen aufgefangen werden können.

Eine Ausnahme bildet weiterhin der Arzneimittelbereich. Zwar sind auch hier Wirtschaftlichkeitspotentiale, z.B. durch eine wirtschaftlichere Verordnung von Arzneimitteln mittels kassenindividueller Positivlisten⁴⁶ oder die Nutzung von Wettbewerb unter Apotheken,⁴⁷ vorhanden. Allerdings sehen wir, wie oben beschrieben, ein jährliches »Überwachstum« von nur 0,5 Prozentpunkten angesichts der großen »Pipeline« an innovativen Arzneimitteln schon als ein sehr ambitioniertes Ziel.

Abbildung 12 zeigt nun die finanziellen Konsequenzen der drei Reformvorschläge auf die langfristige Entwicklung des Beitragssatzes zur GKV. Für alle drei sehen wir vor, dass diese ab 2028 wirken. Durch den Reformschritt 1, die geänderten Eigenbeteiligungen, ließe sich der GKV-Beitragssatz im Jahr 2028 um etwa 0,9 Prozentpunkte reduzieren. Durch die Reformschritte 1 und 2 ließe sich (bis auf den Arzneimittelbereich) die Dynamik des Kostendrucks brechen. Alle drei Reformschritte können den Beitragssatz (inkl. Zusatzbeitrag) zur GKV bis 2050 unter 18 Prozent und bis 2080 unter 19 Prozent halten.

42 Diese Regelung besteht heute eigentlich schon im §53 (3) SGB V, es soll aber betont werden, dass diese auch für die deutlich erhöhten Zuzahlungen gelten soll. Eine vermutlich wirksamere Steuerung, Versicherte zu Selektivverträgen mittels Opt-Out zu zwingen, wie dies bspw. für eine hausarztzentrierte Versorgung in zahlreichen anderen europäischen Staaten der Fall ist, ist angesichts des »hohen Gutes freie Arztwahl« in Deutschland derzeit ebenso unvorstellbar.

43 Bislang gibt es bei der Aufsicht eine Zweiteilung, da Verträge von bundesunmittelbaren Krankenkassen vom Bundesamt für Soziale Sicherung, Verträge von landesunmittelbaren Krankenkassen von den zuständigen Landesministerien genehmigt werden. Beispiele für zu lockernde Vorgaben, die in der Literatur (vgl. z.B. Bataille und Wambach (2018) oder Amelung et al. (2015)) genannt werden, sind u.a. die Vorgabe bei der hausarztzentrierten Versorgung mit mind. 50 Prozent der Vertragsärzte zu kontrahieren, eine Lockerung des spätestens nach vier Jahren zu erbringenden Nachweises beim Bundesamt für Soziale Sicherung, dass sich Investitionen in neue Programme finanziert haben und allgemein ein Abbau der notwendigen Dokumente, um solche Programme von den Aufsichtsbehörden genehmigen zu lassen.

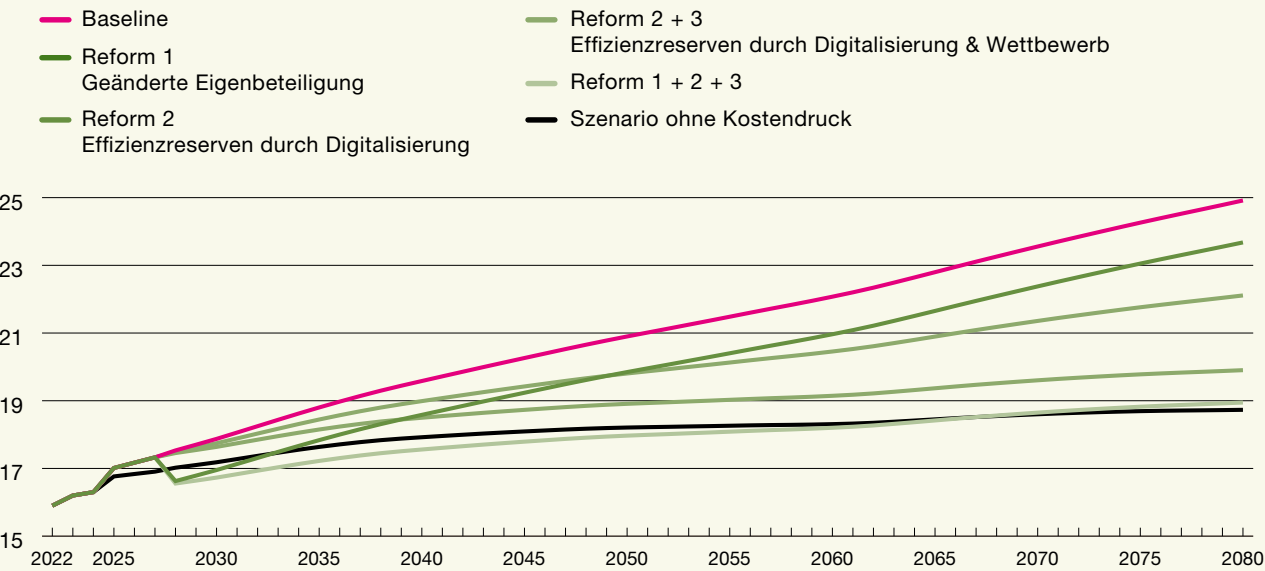
44 Ein Überblick zum realisierbaren Einsparpotential findet sich in Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018).

45 Gerade im Krankenhausbereich als deutlich größtem Ausgabenbereich der GKV sollten sich durch selektives Kontrahieren eigentlich die größten Effizienzreserven befinden. Wie ein solcher Wettbewerb aussehen könnte, skizziert z.B. Breyer (2018).

46 Vgl. Fetzer und Neye (2022).

47 Vgl. Monopolkommission (2018), Coenen et al. (2011) oder Fetzer et al. (2008).

ABBILDUNG 12: BEITRAGSSATZ ZUR GKV MIT REFORMOPTIONEN VON 2022–2080
Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen

4.3 Reformoptionen für die SPV

Betrachtet man die Beitragssatzentwicklung der SPV, so fällt auf, dass der Beitragssatz immerhin bis 2010 unter einem Niveau von 2 Prozent gehalten wurde. Allerdings ist seit 2012 der Beitragssatz sehr stark auf 3,4 Prozent im Jahr 2024 angestiegen.⁴⁸ Im Gegensatz zur landläufigen Meinung, dass dies im Wesentlichen auf die Alterung der deutschen Bevölkerung zurückzuführen sei, liegt der Hauptgrund für den deutlichen Ausgaben- und damit Beitragssatzanstieg an deutlichen Leistungsausweitungen vor allem in den 2010er Jahren, wie insbesondere durch die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mittels des Pflegestärkungsgesetz II (PSG II).⁴⁹ Darüber hinaus wurden mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) und zuletzt mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die im Pflegeheim zu leistenden Eigenanteile begrenzt, welche eigentlich bei einer nach dem Teilkaskoprinzip ausgestalteten Sozialversicherung für die Versicherten anfallen.

In Bezug auf mögliche zukünftige Reformen braucht es hier als erstes ein Moratorium. Neue Leistungsbegriffe oder ein weiterer Ausbau in Richtung Vollversicherung sind aus Sicht der Nachhaltigkeit abzulehnen. Dies ist analog zur GRV. Der gesetzliche Status quo auf der Ausgabenseite ist politisch durchzuhalten und den Kassandrurufen, die SPV würde arme Menschen allein lassen, ist zu widersprechen. Denn die Verteilungswirkungen der SPV sind bisher viel zu wenig erforscht. Für Menschen, die sich nach einer Bedürftigkeitsprüfung Pflege nicht leisten können, ist der Steuerzahler mit der Sozialhilfe bzw. der Hilfe zur Pflege zuständig. Somit verbessert der Ausbau der SPV zur Vollversicherung bzw. eine Leistungsausweitung insbesondere die Situation des Mittelstandes, welcher sich für die oben ge-

nannten Hilfen nicht qualifiziert. In diesen Fällen muss dann auf privates Einkommen und Vermögen zurückgegriffen werden – genauso, wie es die soziale Marktwirtschaft und ihre Prinzipien vorsehen. Eigenverantwortung muss daher auch bei der SPV zentral gelebt werden.⁵⁰

Da ein solches Moratorium angesichts des sensiblen Themas »Pflege« bereits einen politischen Kraftakt darstellt, haben wir uns bei unseren Reformvorschlägen weniger auf Leistungskürzungen wie eine Rücknahme der Leistungsausweitungen des PSG II, eine (Wieder-)Erhöhung der Eigenanteile oder aber Reformvorschlägen wie die Einführung einer Karenzzeit bis zur Auszahlung von Pflegeversicherungsleistungen⁵¹ oder eines Nachhaltigkeitsfaktors für Pflegeleistungen⁵² konzentriert, sondern die Finanzierungsfrage in den Fokus genommen.

Denn der zentrale Fehler bei Einführung der SPV war ja eben nicht, einen weiteren Sozialversicherungszweig einzuführen, sondern dies zu 100 Prozent umlagefinanziert zu tun, obwohl versicherungsmathematisch und demografisch bereits sehr viel für einen dominanten, kapitalgedeckten Anteil gesprochen hat. Daher konzentrieren sich unsere Überlegungen auf eine Reform des zarten Pflänzchens der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung, namentlich dem Pflegevorsorgefonds.⁵³

Der erste Reformschritt ist dabei denkbar einfach – die Anlagerichtlinien des Pflegevorsorgefonds sind schlicht zu konservativ. Ein maximaler Aktienanteil von 20 Prozent des Portfolios verhindert, dass der Fonds eine Rendite erwirtschaftet, die nachhaltig die Finanzsituation der SPV verbessern kann. Wir gehen daher in unseren Modellrechnungen davon aus, dass der Fonds durchaus eine Rendite von sechs Prozent p.a. erwirtschaften könnte – wenn eben die Anlagerichtlinien entsprechend ausgestaltet werden und somit ein höherer Aktienanteil möglich wird. Der zweite Reformschritt ist dann, die Zuführung zum Fonds zu erhöhen und um zehn Jahre zu verlängern, denn in der derzeitigen Form ist er schlicht zu klein, um eine echte Wirkung zu entfalten. Dies bedeutet zwar, dass der Beitragssatz nun kurzfristig stärker ansteigen würde als er es im Umlageverfahren muss, aber dafür ist es dann ein nachhaltigerer Beitragssatz, wie Abbildung 13 zeigt.⁵⁴ Im Szenario ohne Kostendruck wäre ein Beitragssatz von 4,4 Prozent für die nächsten vier Dekaden konstant. Im Szenario mit Kostendruck gelingt dies weniger gut, allerdings bleibt der Beitragssatz zwischen 2040 und 2050, wenn die Baby-Boomer in die Jahrgänge mit hoher Pflegeprävalenz vorstoßen, deutlich niedriger und konstanter als im Status quo. Dies bedeutet aber auch, dass wir alles unternehmen sollten, um ebenfalls den Kostendruck in der Pflege »im Zaum« zu halten – mehr Wettbewerb und mehr Digitalisierung dürften hier die Stichwörter sein. Je nachhaltiger die Finanzierung aufgestellt ist, desto mehr Sicherheit hätten auch Unternehmen, in diesem Bereich zu investieren und innovative Konzepte bei der Heim- und ambulanten Pflege nach vorne zu bringen.

⁵⁰ Vgl. hierzu Fetzter und Hagist (2021).

⁵¹ Vgl. Häcker, Hackmann und Raffelhüschen (2011).

⁵² Vgl. Werding et al. (2020).

⁵³ Damit unterscheidet sich unser Reformvorschlag zum Ausbau der Kapitaldeckung auch von denjenigen, die die Kapitaldeckung bei den privat zu leistenden Eigenanteilen mittels einer Pflicht (oder zumindest eines Opt-Out Verfahrens) zur privaten Zusatzvorsorge ausbauen möchten (z.B. Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK (2022) oder jüngst der Vorschlag des vom Verband der Privaten Krankenkassen initiierten Experten-Rats Pflegefinanzen (vgl. Arentz et al. (2023)). Unser Vorschlag ist so konzipiert, dass die heute real gewährten Leistungen durch die Pflegeversicherung langfristig finanziert werden können. Die private Absicherung der nicht von der SPV gedeckten Kosten ist nicht Gegenstand dieses Gutachtens.

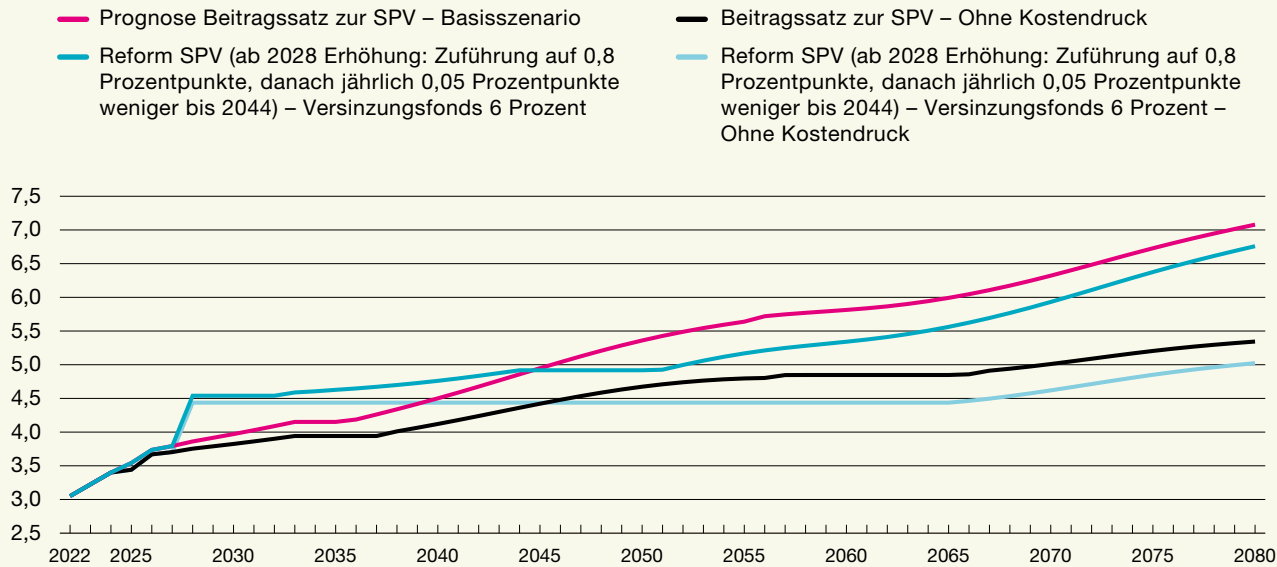
⁵⁴ Insofern ist unser Vorschlag eine ad hoc Maßnahme. Wie ein generationengerechter Beitragssatz in der SPV eingeführt werden könnte, der jährlich ähnlich dem Mechanismus der schwedischen Rentenversicherung an aktuelle Gegebenheiten (Pflegerisiko, Entwicklung der Lebenserwartung) adjustiert wird, skizzieren Fetzter und Moog (2022).

⁴⁸ Neben der Erhöhung des Beitragssatzes ist seit 2005 ein Beitragszuschlag für Kinderlose i.H.v. 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt worden, der mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) nochmals deutlich ausdifferenziert wurde, so dass der effektive Beitragssatz 2024 in Abhängigkeit von der Anzahl Kinder zwischen 4,0 (bei keinen Kindern) und 2,4 (bei fünf oder mehr Kindern) Prozent liegen kann.

⁴⁹ Vgl. Bahnsen et al. (2020).

ABBILDUNG 13: BEITRAGSSATZ ZUR SPV MIT REFORMOPTIONEN VON 2022–2080

Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen

5. FAZIT

Die Sozialversicherung in Deutschland steht vor einem Kipppunkt. Entweder der Generationenvertrag wird neu aufgesetzt und insbesondere die Baby-Boomer-Generationen beteiligen sich noch kurzfristig an den von ihnen maßgeblich verursachten Folgen des demografischen Wandels oder aber die jüngeren Generationen werden den Generationenvertrag einseitig aufkündigen. Letzteres hätte dramatische Folgen für die Soziale Marktwirtschaft in Deutschland und die sich dann in Rente (und oftmals im Wartezimmer und bald im Pflegeheim) befindenden Baby-Boomer-Kohorten. Um ein anderes ökologisches Bild als den Kipppunkt zu benutzen: Gerade sägen die älteren Jahrgänge an dem Ast, auf dem sie sitzen.

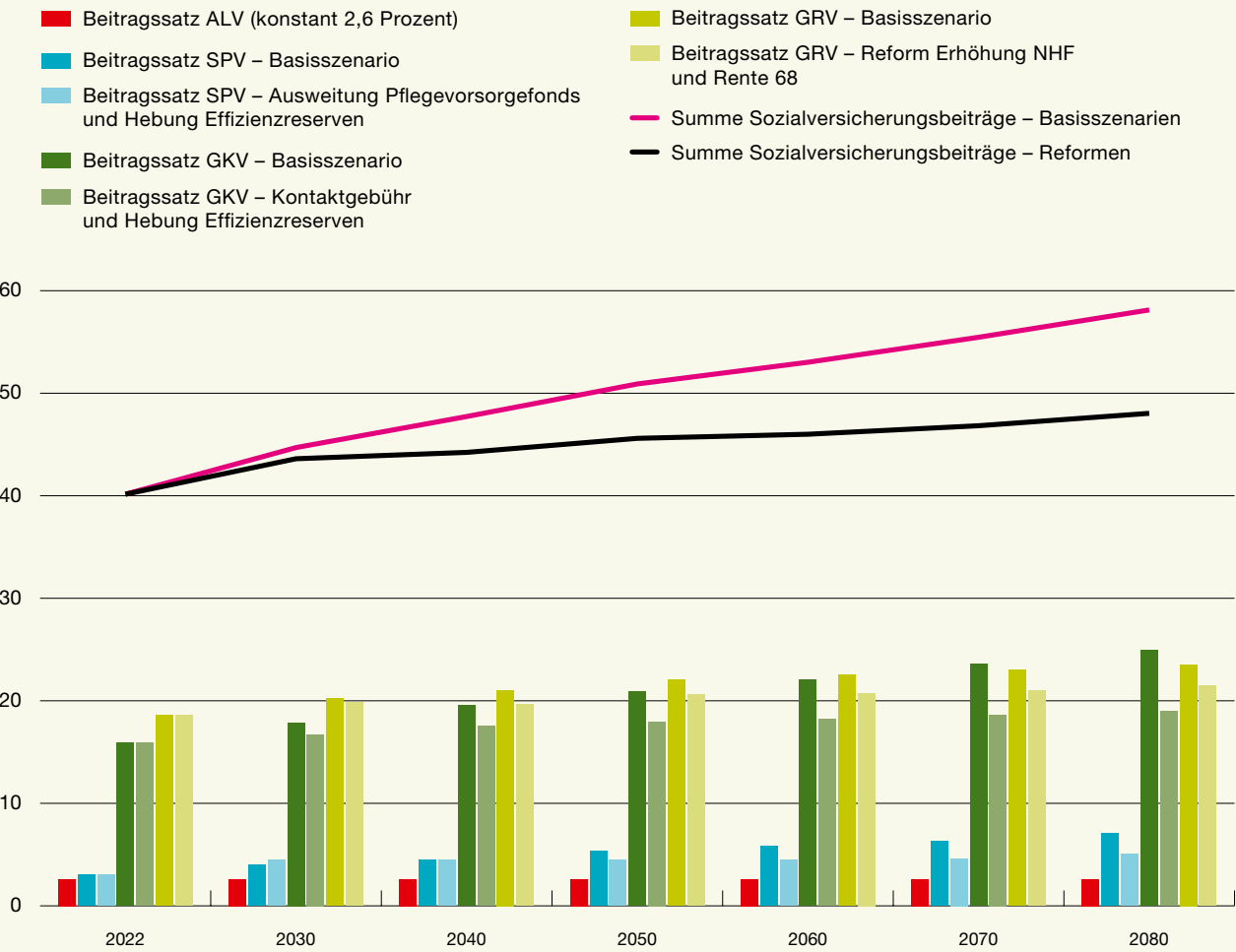
Wie groß das Problem ist, haben wir anhand von Beitragssätzen klar aufgezeigt. Unsere Ergebnisse befinden sich dabei eher im unteren Mittelfeld als am oberen Rand des Korridors anderer Studien.⁵⁵ Wenn nichts passieren würde – was ökonomisch und politisch angesichts der vorgestellten Ergebnisse eigentlich undenkbar ist – so wird zur Mitte des Jahrhunderts ein Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung von 50 Prozent erreicht. Dies bedeutet, dass jeder Arbeitnehmer die Hälfte seines Erwirtschafteten an die Sozialversicherung geben muss, um dann von der verbleibenden Hälfte Steuern und andere Abgaben zu zahlen. Dies wird kaum Akzeptanz finden.

Einfache Lösungen für dieses Problem gibt es nicht. Ohne Migration steht Deutschland schneller noch sehr viel schlechter da. Auf der Einnahmenseite ist nicht viel zu holen. Somit bleiben Reformen, die entweder Leistungen kürzen oder aber mehr Effizienz in die Systeme bringen. Wir haben solche Vorschläge hier vorgestellt, die zum einen sicherstellen, dass die Sozialversicherung weiterhin die großen Lebensrisiken adäquat versichert, und zum anderen mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb induzieren sollen. Doch selbst diese Reformen schaffen es in Gänze nicht, morgen einen nachhaltigen Beitragssatz zu erzeugen (siehe Abbildung 14). Jedoch zeigen sie, dass man mit entschiedenem politischem Handeln durchaus der großen Herausforderung des demografischen Wandels begegnen kann. Die nächste Legislaturperiode ist hier der Zeitpunkt der Wahrheit. Dann muss nicht nur eine Zeitenwende in der Sozialpolitik verkündet, sondern direkt beschlossen und umgesetzt werden – sonst droht die Soziale Marktwirtschaft zu kippen.

⁵⁵ Zu diesen gehören in der jüngsten Vergangenheit in Bezug auf die gesamten Sozialversicherungsbeiträge Büttner und Werding (2022), Werding und Läßle (2020) und Ehrentraut et al. (2017), in Bezug auf die GRV Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023) Raffelhüschen et al. (2022), Deutsche Bundesbank (2022), Seuffert (2022) und Pimpertz und Schüler (2021), in Bezug auf die GKV Raffelhüschen et al. (2023), Bahnsen und Wild (2021) und Breyer und Lorenz (2020) sowie in Bezug auf die SPV Raffelhüschen et al. (2023), Bahnsen und Wild (2023), Kochskämper (2021), Breyer und Lorenz (2020) und Bahnsen et. al (2020).

ABBILDUNG 14: GESAMTBEITRAGSSATZ MIT REFORMOPTIONEN VON 2022–2080

Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen

LITERATUR

Albrecht, M. (2018), Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen: Expertise, Arbeitspapier, No. 05/2018, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden, S. 8–12.

Amelung, V.; Wolf, S.; Ozegowski, S.; Eble, S.; Hildebrandt, H.; Knieps, F.; Lägel, R.; Schlenker, R.-U. und Sjuts, R. (2015), Totgesagte leben länger – Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58 (4–5), S. 352–359.

Ärztezeitung (2023), Reform der Notfallversorgung – KBV-Chef Gassen wirbt für Notfallgebühr in bestimmten Fällen, 12.04.2023.

Arentz, C.; Büttner, T.; Papaspyratos, C.; Rolfs, C.; Wasem, J. (2023), Die Pflege+Versicherung – Vorschlag für eine generationengerechte paritätische Pflegeversicherung, Abschlussbericht des Experten-Rat Pflegefinanzen (initiiert vom Verband der Privaten Krankenversicherung).

Bahnsen, L.; Wild, F. (2023), Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien, WIP-Analyse März 2023, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bahnsen, L.; Wild, F. (2021), Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bahnsen, L.; Fetzer, S.; Franke, F und Hagist, C. (2020), Gone with the windfall – Germany’s second LTC strengthening Act and its intergenerational implications, Journal of the Economics of Ageing, Vol. 17, No. 100254.

BAS (2023a), Schätztableau für 2023 und 2024 aus der Schätzung des GKV-Schätzerkreises vom 11./12.10.2023, Bundesamt für Soziale Sicherung, Bonn.

BAS (2023b), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996–2021 (Stand: 11.01.2023), Bundesamt für Soziale Sicherung, Bonn.

Bataille, M.; Wambach, A. (2018), Bedarfsgerechte Steuerung von GKV-Leistungen im Wettbewerb? Was zu tun wäre!, Zeitgespräch Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse, Wirtschaftsdienst, 98(9), S. 624–628.

Baumol, W. (1967), Macroeconomics of unbalanced growth: The anatomy of urban crisis, The American Economic Review, 57 (3), S. 415–426.

Biesdorf, S.; Niedermann, F.; Sickmüller, K.; Tuot, K. (2022), Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland, https://media.hcm-magazin.de/uploads/2022/06/220524_mckinsey_die-42-mrd-euro-chance.pdf

BMAS (2023), Rentenversicherungsbericht 2023, Bericht der Bundesregierung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin.

BMG (2023a), Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2022, Datenquelle KJ1, Stand: 26. Juni 2023, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2023b), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2023c), Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2022, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

BMG (2023d), Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden am 31.12.2022, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Börsch-Supan, A.; Rausch, J. (2018), Die Kosten der doppelten Haltelinie, ifo Schnelldienst, 71 (9), S. 23–30.

Breyer, F. (2010), Gesundheitspolitik, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 79(1), S. 44–55.

Breyer, F. (2018), Wege zu mehr Effizienz im deutschen Krankenhaussektor, Zeitgespräch Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Chancen und Hindernisse, Wirtschaftsdienst, 98(9), S. 634–637.

Breyer, F.; Lorenz, N. (2020), Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert?, Wirtschaftsdienst, 100 (8), S. 591–596.

Breyer, F.; Lorenz, N.; Niebel, T. (2015), Health care expenditures and longevity: Is there a Eubie Blake effect?, European Journal of Health Economics, 16, S. 95–112.

Breyer, F.; Ulrich, V. (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220, S. 1–17.

Büttner, T.; Werding, M. (2022), Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen Aktualisierung, WIP-Analyse Dezember 2022, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021), Fast 1,4 Millionen potenzielle Neuwähler bei »Wahlrecht ab 16«, Pressemitteilung vom 14.12.2021.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2017), Bundestagswahl 2017: Jeder zweite Wahlberechtigte ist älter als 52 Jahre, Pressemitteilung vom 06.09.2017.

Cassel, D.; Wasem, J. (2014), Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens in: Cassel, D.; Jacobs, K.; Vauth, C.; Zerth, J. (Hrsg), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 3–43.

Chernew, M.E.; Newhouse, J.P. (2011), Health care spending growth, in: Pauly, M.V.; McGuire, T.G. and Barros, P.P., Handbook of Health Economics, Volume 2, Amsterdam, S. 1–43.

Coenen, M.; Haucap, J.; Herr, A.; Kuchinke, B. A. (2011), Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt, Ordnungspolitische Perspektiven 17, Düsseldorf Institute for Competition Economics.

Der Bundeswahlleiter (2022), Wahl zum 20. Deutschen Bundestag am 26. September 2021, Heft 4.

Deutsche Bundesbank (2022), Rentenversicherung: Langfristszenarien und Reformoptionen, Deutsche Bundesbank Monatsbericht, 6, S. 49–63.

dggö (2012), Die Praxisgebühr reformieren – andere Zuzahlungen überdenken, Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, 11.04.2012, http://file.dggoe.de/presse/DGGOE_zur_Praxisgebu-ehr_11-04-2012.pdf

DRV Bund (2023), Statistiken und Berichte, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html

Ehrentraut, O.; Moog, S.; Limbers, J. (2017), Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung – Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen steigender Beitragssätze in der Sozialversicherung und Finanzierungsalternativen, Studie im Auftrag der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA) und der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (vbw), Freiburg.

Ehrentraut, O.; Heidler, M. (2007), Zur Nachhaltigkeit der GRV – Status quo, Potenziale und Risiken. Forschungszentrum Generationenverträge. Freiburg. https://www.fwi1.uni-freiburg.de/forschungszentrum-generationenvertraege/wp-content/uploads/sites/2/2021/06/21_07.pdf

Fetzer, S.; Hagist, C. (2021), Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung – Funktioniert die Soziale Marktwirtschaft noch?, Wirtschaftsdienst, 101 (2), S. 134–137.

Fetzer, S.; Liessem, V.; Busse, R.; Felder, S.; Steinmeyer, H.-D.; Wasem, J. (2008), Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes: Eine Chance für mehr Wettbewerb im Apothekenmarkt, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung.

Fetzer, S.; Moog, S. (2022), Ein Methodenvergleich zur Messung generationengerechter Finanzierung der SPV, in: Hagist, C. und Kohlstruck, T. (Hrsg.), Fiskalische Nachhaltigkeit: Von der ökonomischen Theorie zum politischen Leitbild – Festschrift für Bernd Raffelhüschen zum 65. Geburtstag, S.81–101.

Fetzer, S.; Moog, S. (2021), Indicators for Measuring Intergenerational Fairness of Social Security Systems – The Case of the German Social Health Insurance, Sustainability, 13, 5743.

Fetzer, S.; Neye, H. (2022), Arzneimittelausgabenregulierung der GKV am Scheideweg – Zwischen Stärkung des »Gemeinsam und einheitlich« und Ausbau der kassenindividuellen Verantwortung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 76 (2), S. 44–5.

Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2020). Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2018 – Grundfile 3 (AAGSHB), SUF, Version 0. RDC of the Federal Statistical Office and the statistical offices of the Länder (RDC).

GBE-Bund.de (2023a), Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung in Millionen Euro. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Heruntergeladen am 01.11.2023.

GBE-Bund.de (2023b), Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Milliarden Euro. Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete (bis 2005), heruntergeladen am 01.11.2023.

GBE-Bund.de (2023c), Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung, heruntergeladen am 01.11.2023.

Grobe, T.G. und Szecsenyi, J. (2023), BARMER Arztreport 2023 – Kindergesundheit – Frühgeburtlichkeit und Folgen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 39, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung.

Häcker, J.; T. Hackmann; Raffelhüschen, B. (2011), »Pflegereform 2010: Karennzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung«, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 100(3), S. 347–367.

Hagist, C.; Kotlikoff, L. (2009), Who's going broke? Comparing growth in Public Healthcare Expenditure in ten OECD countries, Hacienda Publica Espanola/Revista de Economia Publica, 188 (1), S. 55–72.

Hagist, C.; Moog, S.; Raffelhüschen, B. (2014), Generationengerechte Politik? Eine Analyse der aktuellen Politik der Bundesregierung anhand der Generationenbilanz, Zeitschrift für Staats- und Europawissenschaften, 12 (4), S. 529–548.

Hofbauer-Milan, V.; Fetzer, S.; Hagist, C. (2023a), What drives Healthcare Expenditures – Mortality in general or High Cost-risk Patients and their Mortality? A Distributional Analysis of Germany's Social Health Insurance, WHU – Working Paper Series in Economics, WP 23/01.

Hofbauer-Milan, V.; Fetzer, S.; Hagist, C. (2023b), How to Predict Drug Expenditure: A Markov Model Approach with Risk Classes, PharmacoEconomics 41, S. 561–572.

Jacobs, K. (2015), Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Thielscher, C. (Hrsg.). Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung. 2. Auflage. Springer. Wiesbaden, S. 431–452.

Kochskämper, S. (2021), Reform der Sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit? Beleuchtung des Vorhabens des Bundesgesundheitsministeriums, IW-Report 9/2021, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

Laux, G.; Szecsenyi, J.; Mergenthal, K.; Beyer, M.; Gerlach, F.; Stock, C.; Götz, K. (2015). Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen und querschnittlich quantitativen Evaluation. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 58(4–5), S. 398–407.

Manthei, G. (2021), Recent German Migration Laws: A Contribution to Fiscal Sustainability, German Politics, 30 (2), S. 170–188.

Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), University of California, Berkeley (USA), and French Institute for Demographic Studies (France) (2023), Human Mortality Data-base, www.mortality.org (Stand: 04.06.2023).

Monopolkommission (2018), XXII. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB, https://www.monopolkommission.de/images/HG22/HGXXII_Gesamt.pdf

Moog, S.; Vollmer, J.; Fetzer, S.; Maday, C. (2019), Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung, Forschungsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Endbericht.

Pimpertz, J.; Schüler, R.M. (2021), Nachhaltigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Simulation im Generationencheck, Gutachten im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), Köln.

Raffelhüschen, B.; Seuffert, S.; Wimmesberger, F. (2024), Ehrbarer Staat? Fokus Migration. Zur Fiskalischen Bilanz der Zuwanderung, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik 173.

Raffelhüschen, B.; Schultis, S.; Seuffert, S.; Stramka, S.; Wimmesberger, F. (2023), Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Reformansätze für mehr Generationengerechtigkeit in der Kranken- und Pflegeversicherung, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Nr. 171.

Raffelhüschen, B.; Brinkschmidt, T.; Kohlstruck, T.; Seuffert, S.; Wimmesberger, F. (2022), Update 2022 – Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Demografie und Wachstum – Zwei Krisen geben sich die Hand, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Nr. 165.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2023), Wachstumsschwäche überwinden – in die Zukunft investieren, Wiesbaden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung Gutachten 2018. Berlin.

Schreyögg, J.; Grabka, M. (2010), Copayments for ambulatory care in Germany. A natural experiment using a difference-in-difference approach. European Journal of Health Economics 11(3), S. 331–341.

Seuffert, S. (2022), Anwartschaftsbasierte Projektion der gesetzlichen Rentenversicherung in der Generationenbilanzierung, Promotionsarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Statistisches Bundesamt (2023), Bevölkerung am 31.12.2022 nach Alters- und Geburtsjahren – Ergebnisse auf Basis des Zensus 2011.

Statistisches Bundesamt (2022), 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleittheft.html?nn=208696#links>

Stegmaier, P. (2023), Förderung muss weit voraus in die Zukunft denken, Monitor Versorgungsforschung, 01/2023, S. 16–21.

Werdning, M.; Runschke, B.; Schwarz, M. (2024), Alterungsschub und Rentenreform: Simulationen für GRV und Beamtenversorgung, Arbeitspapier 01/2024, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Werdning, M.; Läßle, B. (2020), Finanzrisiken für den Bund durch die demographische Entwicklung in der Sozialversicherung, FiFo-Berichte, No. 29, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo Köln), Köln.

Werdning, M.; Franken, H.; Brossardt, B.; Bucher-Koenen, T.; Hüther, M.; Kampeter, S.; Richter, W.F.; Schwanneke, H.; Zander, O. (2020), Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen, Berlin, Bericht der BDA-Kommission.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018), Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesfinanzministerium der Finanzen, Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK (2022), Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen, Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Berlin.

DIE FAMILIENUNTERNEHMER e.V.

DIE JUNGEN UNTERNEHMER

Charlottenstraße 24 | 10117 Berlin

Tel. 030 300 65-0 | Fax 030 300 65-390

kontakt@familienunternehmer.eu | kontakt@junge-unternehmer.eu

www.familienunternehmer.eu | www.junge-unternehmer.eu

Titelillustration: DIE FAMILIENUNTERNEHMER

