
Kosten des Alter(n)s unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens

Klaus-Dirk Henke

I. Direkte Kosten bzw. tatsächliche Ausgaben im Gesundheitswesen

1. Teures Altern bei globaler Betrachtung nach Altersgruppen

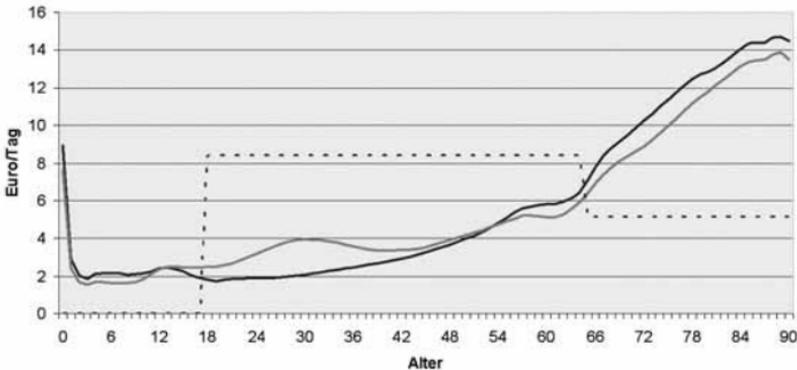
a. Altersspezifische Gesamtausgaben und Einnahmen

Ein Drittel bis die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben entsteht im Alter ab 65 Jahren. Diese Aussage gilt gleichermaßen für Japan, Großbritannien, Kanada, die USA, Australien, Frankreich, Neuseeland und Deutschland. Die neue Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes bietet erstmals die Möglichkeit, die Kosten im Gesundheitswesen nach Krankheiten darzustellen und diese zusätzlich nach Alter und Geschlecht zu differenzieren.¹

Der Anteil der Krankheitskosten für Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren betrug 51,5 Prozent der gesamten Krankheitskosten. Bei den Personen außerhalb des erwerbsfähigen Alters konzentrieren sich die Ausgaben auf die Bevölkerung über 65 (43,0 Prozent) und auf die Kinder und Jugendlichen (5,6 Prozent). Pro Kopf der Bevölkerung steigen die Krankheitskosten von im Durchschnitt 1000 Euro bei unter 15-jährigen auf 12.430 Euro bei der über 85-jährigen Bevölkerung.

Höhere Ausgaben im Alter für Männer und Frauen und sinkende Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) treten gleichzeitig auf (vgl. Abb. 1 für die Bundesrepublik Deutschland). Diese amtlichen Zahlen des Versicherungsaufsichtsamtes für die GKV aus dem Jahre 2002 liegen dem Risikostrukturausgleich zwischen den verschiedenen Krankenkassen zugrunde, der erforderlich wurde, um einen fairen Wettbewerb ohne Risikoselektion unter ihnen zu ermöglichen. Die in etwa U-förmige Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der folgenden Abbildung gilt in ganz ähnlicher Form auch für die private Krankenversicherung (PKV).

Abb. 1: Standardisierte Leistungsausgaben Bund 2002



Quelle: Bundesversicherungsamt 2004

Versicherte über 60 Jahre „kosten“ dreimal so viel wie die Gruppe der Erwerbstätigen zwischen 20 und 60 Jahren und zahlen halb so viel Beiträge. Diese Aussage, die sich auf das Jahr 2002 bezieht, muss zudem in ihrer zeitlichen Entwicklung betrachtet werden; die Anzahl der Beiträge zahlenden Erwerbstätigen nimmt ab, während der Anteil der Bevölkerung über 60 stark zunimmt. Erst ein Übergang von lohnbezogenen zu einheitlichen Pro-Kopf-Beiträgen

wird die Finanzierung der GKV stärker von der absehbaren demographischen Entwicklung abkoppeln.²

b. Die teuersten Krankheiten

Im Jahre 2002 wurden in der Bundesrepublik 223,6 Milliarden Euro für die Behandlung von Krankheiten ausgegeben. Bei diesen Ausgaben stehen die Herz-Kreislauf-Krankheiten mit 35,4 Milliarden Euro vor den Krankheiten des Verdauungssystem (bei denen die Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz mit 31,1 Milliarden Euro den Löwenanteil ausmachen) und den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (25,2 Milliarden Euro) sowie den psychischen und Verhaltensstörungen (22,4 Milliarden Euro). Diese vier Krankheitsbilder vereinen im Jahre 2002 knapp über 50 Prozent aller Krankheitskosten bzw. Gesundheitsausgaben auf sich.

c. Pro-Kopf-Ausgaben

Die durchschnittlichen Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegen bei 2710 Euro jährlich und verteilen sich ungleichmäßig auf Männer und Frauen; der Wert liegt für die Frauen bei 3160 Euro und für die Männer bei 2240 Euro (2002).

d. Beitragssatzentwicklung

Beitragssatzsteigerungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind die Kehrseite der Ausgabenentwicklung.³ Inwieweit Ausgabensteigerungen im Alter zwangsläufig zu Beitragssatzsteigerungen führen, hängt auch davon ab, ob die Finanzierung im Rahmen des Umlage- oder des Kapitaldeckungsverfahrens erfolgt. Je mehr Alterungsrückstellungen gebildet werden, desto demographiereisistenter lässt sich das Sicherungssystem ausgestalten.⁴

e. Diskussion

Es ist strittig, ob es (wie die „Berliner Altersstudie“ nahe legt) zu einer Kompression der Morbidität kommt und schwerwiegende und teure Krankheiten gehäuft in den letzten drei Lebensjahren auftreten. Das würde also bedeuten, dass die Menschen länger bei guter Gesundheit blieben. Amerikanische Daten der staatlichen Krankenversicherung der Älteren (Medicare) zeigen, dass die letzten zwei Jahre umso „billiger“ sind, je älter jemand wird. Bei diesen Zahlen fehlen allerdings Angaben über die Kosten der Pflege Altersgebrechlicher. Der Kompressionsthese steht die Medikalisierungsthese gegenüber, der zufolge die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter zunehme und die altersspezifischen Ausgabenprofile zunehmend steiler verliefen (vgl. Abb. 1).

Die aktuelle Diskussion über die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen bezieht sich neben der unverzichtbaren Rationalisierung bzw. Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven häufig auch – insbesondere in den Medien – auf eine erforderliche altersbezogene Rationierung von Leistungen.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung über die Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung ist weithin umstritten, ob es tatsächlich die demographische Entwicklung ist und nicht vielmehr der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt, die die Ausgaben in die Höhe treibt. Schließlich wird in dieser Diskussion darauf verwiesen, dass der medizinische Fortschritt die Lebenserwartung der über 60-Jährigen wesentlich stärker beeinflusst als die (generell steigende) Lebenserwartung überhaupt.

Neuere Berechnungen von Breyer und Felder kommen (auf der Grundlage der prognostizierten Altersentwicklung bis 2050) zu dem Ergebnis, dass die Auswirkungen der demographischen Entwicklung im Hinblick auf die Gesundheitsausgaben wesentlich geringer sind als der Einfluss des medizinischen Fortschritts.⁵

Abb. 2: Kosten 2002 nach Krankheitsklassen und Alter in EUR je Einwohner der jeweiligen Altersgruppe

Gegenstand der Nachweisung	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		unter 15	15 – 45	45 – 65	65 u. mehr	
<i>Krankheiten insgesamt</i>	2710	1000	1510	2960	6740	
I. <i>bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten</i>	50	70	40	40	60	
II. <i>Neubildungen</i>	180	20	50	250	520	
III. <i>Krankheiten d. Blutes u. d. blutbildenden Organe</i>	10	10	10	10	40	
IV. <i>endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten</i>	160	20	50	210	440	
V. <i>psychische und Verhaltensstörungen</i>	270	100	190	240	670	
VI. <i>Krankheiten d. Nerven-systems</i>	130	40	70	130	330	
VII. <i>Krankheiten d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde</i>	60	30	20	50	170	
VIII. <i>Krankheiten d. Ohres u. d. Warzenfortsatzes</i>	30	40	20	30	60	
IX. <i>Krankheiten d. Kreislauf-systems</i>	430	10	60	450	1650	

X.	Krankheiten d. Atmungs- systems	150	190	100	130	260
XI.	Krankheiten d. Verdauungs- systems	380	60	310	540	570
XII.	Krankheiten d. Haut u. d. Unterhaut	50	40	40	50	80
XIII.	Krankheiten d. Muskel-Ske- lett-Systems	310	30	140	430	780
XIV.	Krankheiten d. Urogenital- systems	110	20	80	130	210
XV.	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	50	0	110	0	0
XVI.	Zustände mit Ursprung i. d. Perinatalperiode	10	60	0	0	0
XVII.	angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	20	50	10	10	10
XVIII.	Symptome u. abnorme klinische Befunde a.n.k.	150	80	60	100	500
XIX.	Verletzungen u. Vergif- tungen	130	60	80	100	330
XXI.	Faktoren, die den Gesund- heitszustand beeinflussen	60	60	70	50	80

2. Teures Altern bei spezieller Betrachtung ausgewählter Krankheiten nach Geschlecht und Alter

Wie schon ausgeführt, veröffentlicht das Statistische Bundesamt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung über Krankheitskosten auch Tabellen mit den Gesundheitsausgaben nach Krankheitsklassen, Geschlecht und Alter, erstmalig für das Jahr 2002. Das sich ergebende Bild ist der Abb. 2 zu entnehmen.

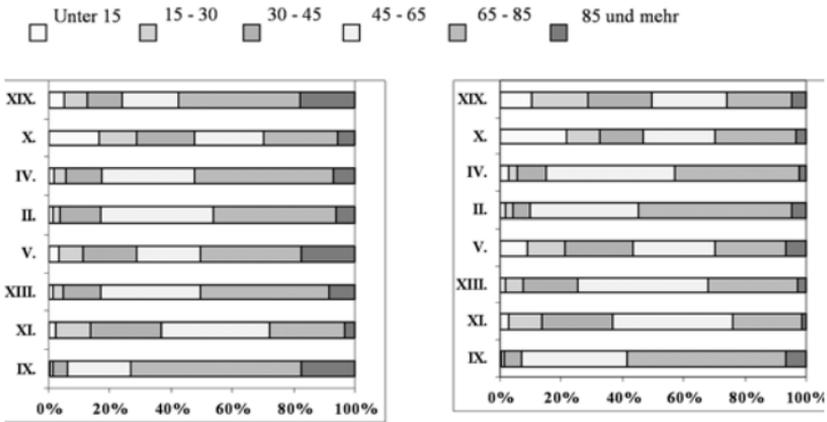
Mit ganz wenigen Ausnahmen zeigt sich auch hier das erwartete Bild steigender Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter. Beispielfhaft sind die drei teuersten Krankheiten durch Fettdruck herausgestellt. Bei den drei kursiv ausgedruckten Krankheitsbildern ergibt sich am ehesten ein U-förmiger Verlauf der altersspezifischen Kosten- bzw. Ausgabenkurve.

Noch ausdrucksstärker sind prozentuale Angaben zu den krankheitsspezifischen Unterschieden in ihrer Abhängigkeit vom Alter, wie sie der Abb. 3 zu entnehmen sind, in der links die Situation für Frauen und rechts die für Männer wiedergegeben ist.

Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems zeigt sich am deutlichsten das Ausmaß der Gesundheitsausgaben im Alter von 65 Jahren und höher, während die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Krankheiten der Atmungsorgane auch hohe Anteile im Alter bis einschließlich 45 Jahren aufweisen.

Krankheitsübergreifend zeigt sich in der Abb. 4, dass Männer und Frauen in den drei unteren Altersgruppen nahezu gleichauf liegen, im zunehmenden Alter dann aber geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten und die Frauen mit zunehmendem Alter „teurer“ werden. Auf die 85-Jährigen und Älteren entfielen bei den Frauen rund ein Zehntel (10,8 Prozent) der Krankheitskosten bei einem Bevölkerungsanteil von 2,7 Prozent, bei den Männern hingegen nur

Abb. 3: Krankheitskosten 2002 nach ausgewählten Krankheitsklassen und Alter in % Alter von ... bis unter ...



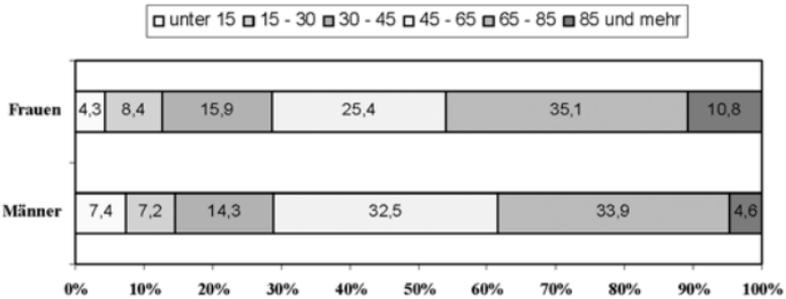
- XIX. Verletzungen und Vergiftungen
- X. Krankheiten des Atmungssystems
- IV. endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- II. Neubildungen
- V. psychische und Verhaltensstörungen
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
- XI. Krankheiten der Verdauungsorgane
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems

Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 14

ein Zwanzigstel (4,6 Prozent) bei einem Bevölkerungsanteil von 0,9 Prozent.

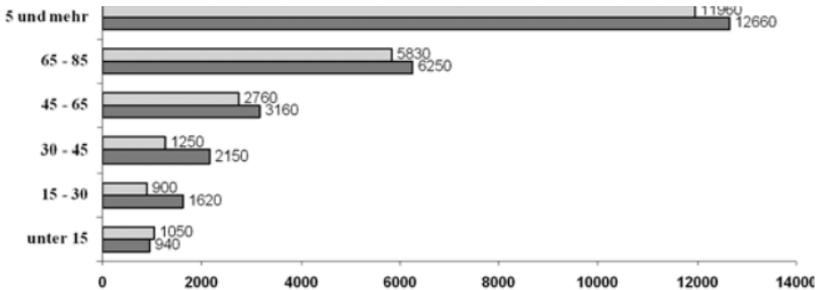
Aufschlussreich sind bei der Analyse der Kosten des Alters auch die durchschnittlichen Krankheitskosten pro Kopf der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, wobei die Frauen fast durchgängig „teurer“ sind. Die Ausgaben steigen mit zunehmenden Alter überproportional an; nur in der untersten Altersgruppe liegt der Wert für die Männer etwas höher. Die Verdopplung der Pro-Kopf-Werte vollzieht

Abb. 4: Krankheitskosten 2002 nach Geschlecht und Alter in %
Alter von ... bis unter ... Jahren



Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 12

Abb. 5: Krankenkosten 2002 nach Geschlecht und Alter
Euro je Einwohner



Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 13

sich bei den Frauen bei der zugrunde liegenden Altersklasseneinteilung langsamer, bei den Männern bereits von der Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen an.

Bei den unterschiedlichen Werten in den Altersklassen fällt auf, dass die Ausgaben pro Kopf bei den 15- bis 30-jährigen und den 30- bis 45-jährigen Frauen deutlich höher ausfallen als bei den Männern. In diesem Lebensabschnitt

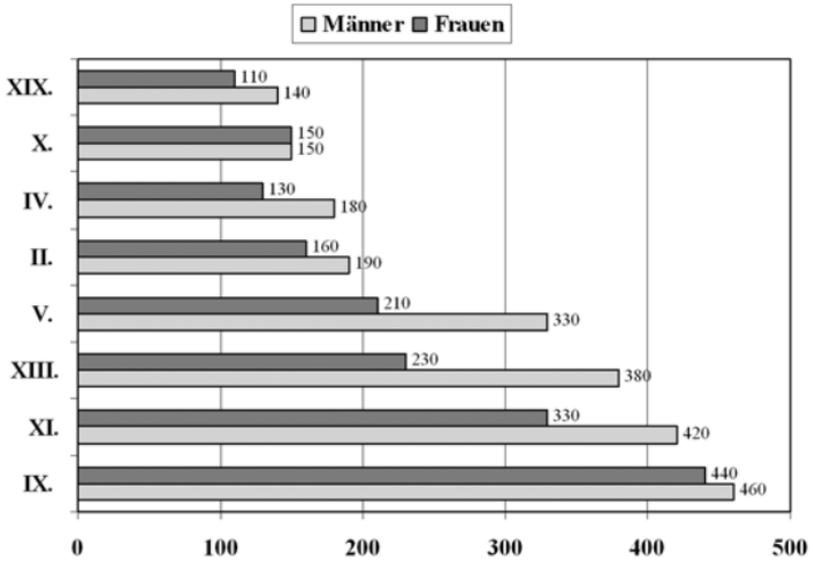
spielen die Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie damit in Zusammenhang stehende Gesundheitsleistungen (z. B. künstliche Befruchtung) eine besondere Rolle. Auch Urogenitalerkrankungen gehen in diesem Altersbereich bei Frauen mit deutlich höheren Ausgaben einher.

Nimmt man die Krankheitskosten der männlichen und weiblichen Einwohner als Maßstab zur Einschätzung der Kostensituation im Gesundheitswesen, fällt in der Abb. 6 auf, dass in nahezu allen Krankheitsklassen die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Frauen höher liegen als bei den Männern. Besonders deutlich schlägt das bei den psychischen und Verhaltensstörungen sowie den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zu Buche. Hier sind die Ausgaben pro Kopf bei den Frauen mehr als 1,5-mal so hoch wie die bei den Männern.⁶

Im Folgenden werden ausgewählte chronische Erkrankungen wie ischämische Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, Demenz und Brustkrebs in den Vordergrund gestellt. Sie stehen im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses und spiegeln im Kontext der Disease-Management-Programme (DMP) und des Risikostrukturausgleichs eine besondere Rolle. Dort zeigt sich, dass in allen vier Krankheiten die Kosten mit dem Lebensalter deutlich zunehmen.

Vor dem Hintergrund der Disease-Management-Programme und der Trägerstrukturen im Gesundheitswesen ist es interessant, welche Einrichtungen bei der Behandlung dieser ausgewählten Krankheitsbilder im Vordergrund stehen. Wie aus dem Schaubild des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen ist, zeigt sich für die vier zentralen Krankheitsbilder ein ganz unterschiedliches Bild hinsichtlich der Trägerstrukturen bei der Behandlung. Bis auf die Behandlung des Diabetes mellitus steht die stationäre Versorgung im weitesten Sinne deutlich im Vordergrund.

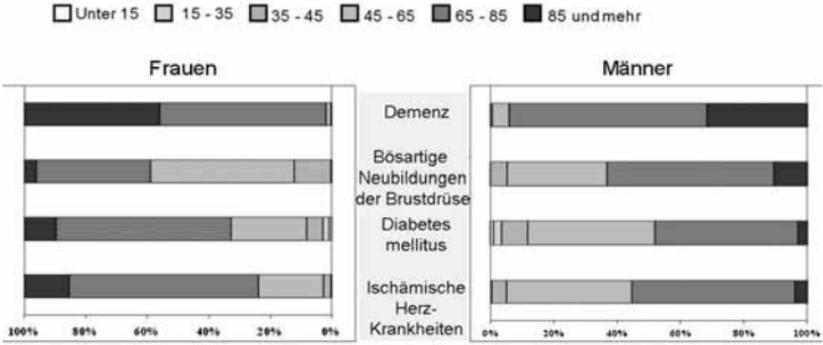
Abb. 6: Krankenkosten 2002 nach ausgewählten Krankheitsklassen und Geschlecht



- XIX. Verletzungen und Vergiftungen
- X. Krankheiten des Atmungssystems
- IV. endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- II. Neubildungen
- V. psychische und Verhaltensstörungen
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
- XI. Krankheiten der Verdauungsorgane
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems

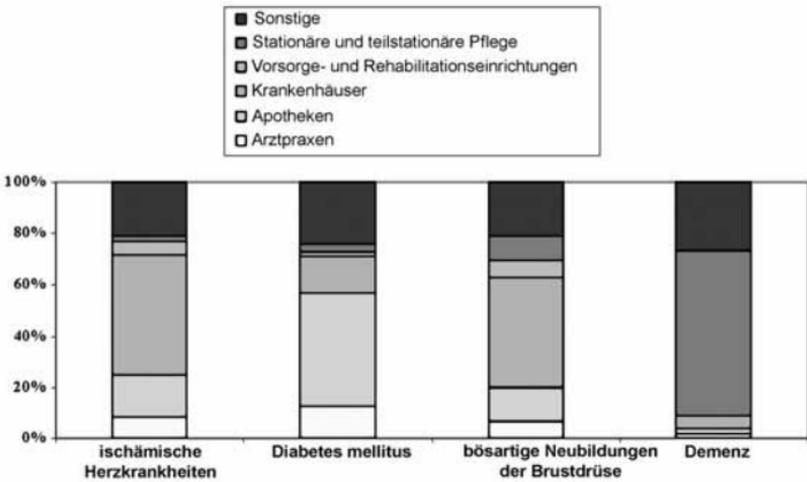
Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 16

Abb. 7: Krankheitskosten 2002 nach ausgewählten Krankheitsklassen, Geschlecht und Alter in %
 Alter von ... bis unter ...



Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 24

Abb. 8: Krankheitskosten nach ausgewählten Krankheiten und Einrichtungen in %



Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 25

II. Indirekte Kosten (Verlust an Wertschöpfung)

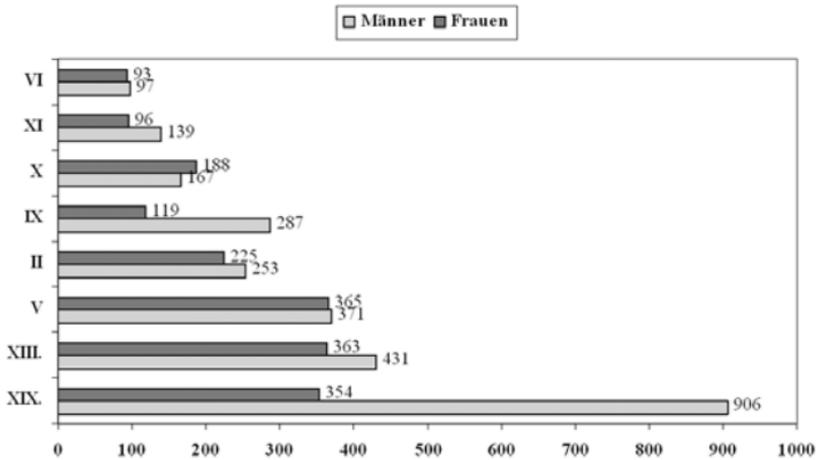
Während die direkten Kosten den unmittelbaren Ressourcenverbrauch erfassen, geht es bei den indirekten Kosten um den mittelbar mit Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod einhergehenden wirtschaftlichen Ressourcenverlust. Auch die sog. intangiblen Kosten (Schmerz, Verlust an Lebensqualität etc.) fallen hierunter.

Durch Krankheit und vorzeitigen Tod gehen wertvolle Lebensjahre verloren, die möglicherweise im Rahmen von mehr Prävention und Gesundheitsförderung hätten gerettet werden können („avoidable mortality“ und „avoidable morbidity“). Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitiger Tod führen zu verlorenen Erwerbstätigkeits- und verlorenen Lebensjahren. Neben die tatsächlichen Ausgaben bzw. direkten Kosten treten also diese indirekten Kosten, die sich in den Verlusten an volkswirtschaftlicher Wertschöpfung niederschlagen.

Im Jahre 2002 gingen in Deutschland 5,1 Millionen Erwerbstätigkeitsjahre verloren, wobei die verlorenen Lebensjahre (gegenüber der durchschnittlichen Lebenserwartung) sich nur auf die unter 65-Jährigen beziehen. Der größte Verlust resultiert, wie der nächsten Abbildung entnommen werden kann, aus Verletzungen sowie aus Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, insbesondere Rückenleiden.

Verlorene Lebensjahre beziehen neben dem reinen krankheitsbedingten Arbeitsausfall (verlorene Erwerbstätigkeitsjahre) auch den krankheitsbedingten Verlust an Lebensjahren bei nicht erwerbstätigen Personen, also bei Kindern, Jugendlichen und der über 65-jährigen Bevölkerung, mit ein. Hier ist der Verlust an Jahren dreimal so hoch wie bei den verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Am „teuersten“ waren hier die Krankheiten des Kreislaufsystems, gut- und bösartige Neubildungen, Verletzungen

Abb. 9: Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach ausgewählten Krankheiten und Geschlecht in 1000 Jahren



- XIX. Verletzungen und Vergiftungen
- X. Krankheiten des Atmungssystems
- IV. endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- II. Neubildungen
- V. psychische und Verhaltensstörungen
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
- XI. Krankheiten der Verdauungsorgane
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems

Quelle: „Gesundheit“, Krankheitskosten 2002, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, S. 27

und Vergiftungen sowie psychische und Verhaltensstörungen.

Vor dem Hintergrund der nunmehr regelmäßig verfügbaren Daten zu den Krankheitskosten ergeben sich möglicherweise neue gesundheitspolitische Schlussfolgerungen. Forschungsschwerpunkte werden sich verändern, ausgewählte Krankheiten wirkungsvoller bekämpft und neue

Präventionspotentiale erkannt. Auch Schlussfolgerungen für die Finanzierung und Vergütung werden sich ergeben.⁷

III. Kosten als Verlust an Innovationskraft und gesamtwirtschaftlicher Leistungsfähigkeit

Bei einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise werden im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte und die Wettbewerbsfähigkeit der Volkswirtschaft thematisiert. Die geringer werdende Zahl an jungem und qualifiziertem Nachwuchs geht mit der möglicherweise abnehmenden Innovationsfähigkeit und Produktivität der älteren Menschen einher. Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit älter werdender Nationen nehmen ab, und damit sinkt auch das durchschnittliche Einkommen pro Kopf. Auch diese Perspektive, die häufig auch mit einer Humankapitallücke in Verbindung gebracht wird, stellt eine bisher noch wenig untersuchte Form der „Kosten“ des Alters und damit des Verlustes an Wertschöpfung dar.⁸ Die personalen Ressourcen einer aktiven Lebensgestaltung müssen daher genutzt werden, um den beschriebenen Kräften entgegenzuwirken, wobei der ökonomische Imperialismus im Rahmen einer sich entwickelnden Ökonomie des Alters nicht zu weit getrieben werden darf.⁹

Bei globaler Betrachtung verschieben sich *ceteris paribus* durch den demographischen Wandel möglicherweise auch die Leistungszentren von Europa über die USA nach Asien. Die „Innovationsspeicher“ liegen in den jungen Schwellenländern und in Ländern mit höheren Wachstumspotentialen wie China, Indien, aber auch den USA. Europa verliert an Attraktivität für Investitionen, Anlagen und „high potentials“. Kritiker sprechen bereits polemisch von einem „Kontinent der Besitzstandswahrer“ und von „Europa als Altenheim“.

IV. Vermögen im Alter, Alterseinkünfte, Ausgaben im Alter und Kaufkraft der älteren Bevölkerung

Die wirtschaftliche Lage im Alter ist im *Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation* ausführlich dargestellt worden.¹⁰ In der daraus entnommenen folgenden Übersicht sind die wichtigsten Determinanten der Einkunfts- und Abgabearten dargestellt. Weiterhin ist dort zu entnehmen, wie sich Brutto- und Nettoeinkommen errechnen und welche Geld- und Sachvermögensbestandteile unterschieden werden können. Diese Informationen gewinnen an Bedeutung, wenn an einen intergenerativen Ausgleich der Lasten nachgedacht wird.

Statistiken zur Vermögens- und Einkommenssituation machen deutlich, dass sich insbesondere die Einkommenslage ostdeutscher älterer Menschen beträchtlich verbessert hat (vgl. dazu im Einzelnen die im genannten Bericht wiedergegebenen Statistiken).

Für künftige Rentner werden sich weitere Einschränkungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben. Zum Teil kann hier durch eine Verlängerung der Erwerbsphase entgegengewirkt werden. Sowohl der Teil der Bevölkerung, der sich bereits im „Rentenalter“ befindet, als auch der jüngere Teil werden durch erforderliche gesetzliche Neuregelungen in ihrem Anspruchserwerb beeinträchtigt werden. Mit einer Verlängerung der Erwerbsphase ergeben sich bessere Möglichkeiten, eigenverantwortlich zusätzliche private Vorsorge zu treffen. Angesichts der gegebenen demographischen Entwicklung und der absehbaren gesamtwirtschaftlichen Lage wird der Attentismus in der Bevölkerung ihr Spar- und Konsumverhalten beeinflussen und die Sparquote tendenziell erhöhen. Armut im Alter ist nach den Untersuchungen der Sachverständigenkommission im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen die Ausnahme.

Abb. 10: Übersicht: Wichtige Determinanten der Einkommenslage im Alter

Einkunfts-/Abgabenarten	Determinanten
Erwerbseinkünfte aus unselbständiger und selbständiger Tätigkeit	Erwerbstätigkeit im formellen und informellen Sektor
Vermögenseinkünfte (ohne Versicherungen)	Sparen, Schenkungen und Vererbung
Renten und Pensionen - Sozialversicherungen - Gebietskörperschaften - Versorgungswerke - Betriebe - Privatversicherungen	Leistungsrecht der sozialen Sicherungssysteme Art und Umfang früherer Erwerbstätigkeit im formellen Sektor, Familienstand (bei Hinterbliebenenrenten), Gesundheitszustand (bei Invalidität)
weitere Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten (z. B. Sozialhilfe, Wohngeld)	übrige Einkünfte; Haushaltsgröße und -struktur; Mietausgaben usw.
Interfamiliäre und andere private monetäre Transfers	Familienbeziehungen und ökonomische Situation von Familienangehörigen
Σ=Bruttoeinkommen	
Lohn- und Einkommensteuer Sozialversicherungsbeiträge - Rentenversicherung - Krankenversicherung - Pflegeversicherung - Bundesanstalt für Arbeit (vergleichbare Beiträge bei Nichtversicherungspflichtigen)	Einkommen bzw. einzelne Einkunftsarten, Abgabesätze
Σ=Nettoeinkommen	
Auflösung von Geld- oder/und Sachvermögen	Vermögensbestand Laufende Einkommen im Verhältnis zum „Bedarf“
nichtmonetäre Einkommenselemente u. a. aus öffentlichen Haushalten (Sachleistungen) Preisvergünstigungen Sachleistung aus Privathaushalten (z. B. intrafamiliäre Transfers)	Leistungsrecht Art der Einkommensverwendung Familienbeziehungen
Indirekte Steuern	Art der Einkommensverwendung
Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall	Leistungsrecht, Gesundheitszustand

Abbildung – Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg., Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, S. 187

Die Generation, die derzeit ins Rentenalter überwechselt, ist im zeitlichen Vergleich sicherlich die wohlhabendste Generation, die es in der Bundesrepublik jemals gab. Sparguthaben, Wertpapiere und sonstige Anlagen liegen überdurchschnittlich hoch. Im Durchschnitt der Bevölkerung

der 60- bis 64-Jährigen beträgt der Immobilienbesitz rund 225.000 Euro pro Haushalt und liegt über dem Durchschnittswert der Gesamtbevölkerung in Höhe von 219.000 Euro.¹¹ Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der Wellness- und Fitness-Bereich auch für



Drawing by Dave Coverly. From the *Walt Street Journal*. Permission, Cartoon Features Syndicate.

“What’s this I hear about you adults mortgaging my future?”

den älteren Teil der Bevölkerung von größtem Interesse ist und bereits als „Senioren-Markt“ bezeichnet wird. Gesundheitsmessen wie „Aktiv im Alter“ und „Gesundheitsmesse Berlin-Brandenburg“ sind nur ausgewählte Beispiele für diese Entwicklung in dieser insgesamt personalintensiven Wachstumsbranche. Zugleich zeigen die Zahlen, dass eine stärkere Belastung älterer Jahrgänge im Sinne eines Generationenausgleichs durchaus möglich ist. Die Karikatur soll diese Aussage verdeutlichen.

V. Nachhaltige Finanzierung der Sozialsysteme und Generationenvertrag: Zur Finanzierbarkeit des demographischen Wandels

Es ist unstrittig, dass unsere Systeme der sozialen Sicherung einer Reform bedürfen, um ihre nachhaltige Finanzierung zu ermöglichen. Das erforderliche Umsteuern der Systeme verlangt:¹²

- eine klare Trennung von Versicherungs- und Umverteilungsaufgaben,

- eine Stärkung des Äquivalenzprinzips in der Renten- und Krankenversicherung,
- keine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und keine Ausdehnung des Kreises der Versicherten, um zusätzliche Finanzmittel zu erschließen,
- eine stärkere Teilkapitaldeckung unter Beibehaltung des Umlageverfahrens,
- die Stärkung des Wettbewerbs bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einschließlich der Rehabilitationsleistungen.

Mit einer größeren kohortenspezifischen Äquivalenz wird mehr Demographieresistenz dadurch hergestellt, dass die zu bildenden Kohorten zumindest partiell für sich selbst sorgen. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

Kernpunkte eines Modells zur nachhaltigen Finanzierung der Krankenversicherung:

- Mindestversicherungspflicht für alle und Wahlfreiheit für den Einzelnen ausgehend vom Niveau in der GKV,
- Abkoppelung der Beiträge von den Lohn(neben)kosten,
- Belastungsobergrenze, d. h. unverzichtbarer sozialer Ausgleich einschl. Kinderlastenausgleich über Steuern,
- Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags,
- Geschlechtsunabhängige Prämien (Kopf- bzw. Bürgerpauschale),
- Anbieterpluralität mit Überwindung der Trennung von GKV und PKV,
- Kontrahierungszwang und Vermeidung von Risiko-selektion,
- Teilkapitaldeckung, weniger Umlagefinanzierung,
- Mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung.

Um das Potential der älteren Bevölkerung zu stärken, muss der Präventionsgedanke auch in diesem Lebensabschnitt eine zentrale Stellung haben; daher ist die Lebensarbeitszeit auf freiwilliger Basis zu verlängern. Da es einen allumorgenden Staat nicht gibt, bedarf es einer permanenten Anpassung der Systeme. Hierzu gehören auch ein Ausbau von Pflegeeinrichtungen, mehr ambulante Pflegedienste und mehr Pflegekräfte in einer integrierten und damit sektorenübergreifenden Versorgung. Die finanzielle Belastung der älteren Bevölkerung wird vor dem oben beschriebenen Hintergrund zunehmen müssen, möglichst noch bevor die Bevölkerung der über 65-Jährigen die Mehrheit der Wählerstimmen besitzt.¹³

Anmerkungen

¹ *Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Krankheitskosten 2002.* Wiesbaden 2004, sowie *Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt: Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10.*

² *Henke, Klaus-Dirk: Plädoyer für die Kopfprämie.* In: *Universitas. Orientierung in der Wissenschaft* (2004) 691, S. 23–29.

³ Zu ihrer Entwicklung vgl. beispielhaft: *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003.* Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden 2003.

⁴ Vgl. hierzu im Einzelnen *Henke, Klaus-Dirk: Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen in der zukünftigen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung,* in: *Hesse, Helmut / Graf von der Schulenburg, Matthias: Knappheit der Gesundheit aus Knappheit der Mittel im Gesundheitswesen. Zukunftsfragen der Gesellschaft. Vorträge des 3. Symposiums vom 13. Februar 2004.* Mainz 2004, S. 35–52, sowie: *Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.* Bonn 2004.

⁵ *Breyer, Friedrich / Felder, Stefan: Zunahme der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben. Eine neue Berechnung unter Berücksichtigung der Sterbekosten.* Manuskript, Konstanz/Magdeburg 2004.

⁶ Die unterschiedlichen Verläufe in der Statistik des Bundesversicherungsamts (Abb. 1 über die standardisierten Leistungsausgaben) und in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes ergeben sich aus der jeweils unterschiedlichen Abgrenzung der Gesundheitsausgaben.

⁷ Vgl. hierzu im einzelnen *Henke, Klaus-Dirk*: Die Kosten von Krankheiten: Ein Maßstab für neue Ansätze in der Gesundheitspolitik? In: Milde, Hellmuth / Monissen, Hans G. (Hrsg.): Rationale Wirtschaftspolitik in komplexen Gesellschaften. Gerard Gäfgen zum 60. Geburtstag. Stuttgart 1985, S. 412–420, und *Ders.*: Die direkten und indirekten Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1980. Beitrag zum 11. Kolloquium „Gesundheitsökonomie“ der Robert-Bosch-Stiftung, 1985.

⁸ Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Baltes, Paul B.*: Der Generationenkrieg kann ohne mich stattfinden. In: FAZ vom 12.5.2004, S. 39; *Kaufmann, Franz-Xaver*: Gibt es einen Generationenvertrag? In: FAZ vom 12.7.2004, S. 7; *Börsch-Supan, Axel*: Aus der Not eine Tugend. In: FAZ vom 14.8.2004, S. 38; *Starbatty, Joachim*: Die Bevölkerungsurne. In: FAZ vom 7.6.2004; *Vaupel, James W.*: Deutschlands größte Herausforderung. In: FAZ vom 8.4.2004, S. 41.

⁹ Vgl. auch *Skirbekk, Vegard*: Age and Individual Productivity. A Literature Survey. Max Planck-Institut für Demographische Forschung, Working Paper 2003–28. Heidelberg 2003.

¹⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, BTDr 14/5130 vom 19.1.2001, S. 185ff.; Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. Bonn 2004.

¹¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

¹² Vgl. hierzu im Einzelnen: Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. Bonn 2004; *Henke, Klaus-Dirk*: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 6 (2005) 1, S. 95–111.

¹³ *Schirmacher, F.*: Das Methusalem-Komplott. München ⁴2004.