

WISO

Januar 2012

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand





Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand

Boris Augurzky
Stefan Felder
Renger van Nieuwkoop
Alois Tinkhauser

Inhaltsverzeichnis

Schaubilder- und Tabellenverzeichnis	3
Vorbemerkung	4
Zusammenfassung	5
1. Einleitung	9
2. Der Gesundheitsmarkt	11
2.1 Definition	11
2.2 Marktübersicht	11
2.3 Ausblick	13
3. Modell und Daten	15
3.1 Berechenbares allgemeines Gleichgewichtsmodell	15
3.2 Haushaltstypen	15
3.3 Wirtschaftssektoren und Konsumgüter	20
3.4 Staat, Sozialversicherung, Außenhandel und Arbeitsmarkt	21
3.5 Kranken- und Pflegeversicherung	22
4. Szenarien	24
4.1 Basisszenario	24
4.2 Alternativszenarien	24
5. Ergebnisse	26
5.1 Basisszenario	26
5.2 Alternativszenarien	32
6. Fazit	38
Literaturverzeichnis	40
Die Autoren	41

Dieses Gutachten wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Schaubilder- und Tabellenverzeichnis

Schaubild 1	Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland in Mrd. €	9
Schaubild 2	Verteilung des Marktvolumens nach Einrichtungen, 2009	12
Schaubild 3	Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Kostenträger, 2009	12
Schaubild 4	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, 2000 bis 2009	13
Schaubild 5	Treiber der Gesundheitswirtschaft	14
Schaubild 6	Anzahl Personen je Haushaltstyp, 2010 bis 2030	18
Schaubild 7	Nutzen der Haushalte	18
Schaubild 8	Messung der Wohlfahrtsänderung: Äquivalente Einkommensvariation	20
Schaubild 9	Produktionstechnologie der Unternehmen	21
Tabelle 1	Definition der Gesundheitswirtschaft	11
Tabelle 2	Haushaltstypen im Modell	16
Tabelle 3	Haushaltseinkommen nach Haushaltstypen	17
Tabelle 4	Grenzsteuersätze nach Haushaltstypen	17
Tabelle 5	Anzahl Versicherte	26
Tabelle 6	Reales BIP	26
Tabelle 7	Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteile	27
Tabelle 8	Anzahl Beschäftigte nach Sektoren	27
Tabelle 9	Anteil der Lohnkosten an der Wertschöpfung	28
Tabelle 10	Arbeitslosigkeit nach Qualifikation	28
Tabelle 11	Reales Niveau Bruttolöhne pro Kopf	29
Tabelle 12	Reale Ausgaben der Versicherungen	29
Tabelle 13	Beitragssatz und Zusatzprämie	30
Tabelle 14	Beiträge an die GKV und PKV nach Einkommen und Haushalten pro Kopf und Jahr	30
Tabelle 15	Wohlfahrt als Äquivalente Variation	31
Tabelle 16	Reales BIP	32
Tabelle 17	Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft	32
Tabelle 18	Reales BIP nach Sektoren	33
Tabelle 19	Relative Preisentwicklung zwischen Gesundheitssektor und übriger Wirtschaft	33
Tabelle 20	Reales Niveau der Bruttolöhne pro Kopf	34
Tabelle 21	Anteile der Lohnkosten an Wertschöpfung	34
Tabelle 22	Reale Ausgaben der Versicherungen	35
Tabelle 23	Beitragssatz zur GKV	35
Tabelle 24	Wohlfahrt pro Kopf als Äquivalente Variation 2030	36
Tabelle 25	Beiträge an die GKV und SPV nach Einkommen und Haushalten pro Kopf 2030	37

Vorbemerkung

Bereits heute ist die Gesundheitsversorgung mit einem Anteil von 11,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und 4,7 Millionen Beschäftigten ein bedeutender Wirtschaftssektor in Deutschland. Statt den Gesundheitssektor als Impulsgeber für Innovationen, Beschäftigung und regionale Entwicklung und damit als wohlstandssteigernden Sektor zu sehen, wird er jedoch überwiegend als Kostenfaktor und Bremse ökonomischer Entwicklung wahrgenommen.

Die mit dem Einkommen steigende Bedeutung von Gesundheit, der medizinisch-technische Fortschritt und die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur werden dazu führen, dass der Gesundheitssektor an Bedeutung für Wertschöpfung sowie Beschäftigung gewinnt. Welche Folgen wird der damit verbundene Anstieg der Ausgaben auf den persönlichen Wohlstand, die wirtschaftliche Entwicklung und die Beschäftigung haben?

Am Beginn dieses Gutachtens – das Teil des Projekts „Soziale Gesundheitswirtschaft“¹ ist – stand die These, dass ein Wachstum des Gesundheitssektors positiv auf Beschäftigung und Wertschöpfung wirkt. Die folgenden Berechnungen bestätigen diese These – trotz, vielleicht aber auch wegen des prognostizierten deutlichen Anstiegs der Beiträge.

Mit Hilfe eines neoklassischen Modells wurde auf Basis des aktuellen Rechtsrahmens eine Prognose der kommenden zwanzig Jahre erstellt. Hierbei wurde von einem exogenen jährlichen Wachstum der Produktivität in Höhe von 1,0 Prozent in der Gesamtwirtschaft und 0,5 Prozent in der Gesundheitswirtschaft ausgegangen. Darüber hinaus wurde für diese Simulation ein jährlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben in Höhe von 2,0 Prozent für jedes Alter und jedes Geschlecht angenommen.

Zwei Größen – die Entwicklung der Produktivität und die der Ausgaben – sind entscheidend

für die Entwicklung des Gesundheitssektors. Aus diesem Grund wurde in einer zweiten Simulation der Produktivitätsanstieg verdoppelt und in einer dritten das Ausgabenwachstum halbiert.

In allen drei Szenarien wird deutlich, dass mit dem Wachstum der Gesundheitswirtschaft:

- (1) das Bruttoinlandsprodukt deutlich wächst;
- (2) die Wirtschaftsstruktur sich verändert;
- (3) die Beschäftigung und die Löhne steigen;
- (4) die Beiträge sich erhöhen;
- (5) die Konsumstruktur sich verschiebt und
- (6) die Finanzierung in einem solidarischen System zu keinen finanziellen Einschränkungen für den Einzelnen führt.

Zugleich zeigen die beiden Alternativszenarien, dass in der Entwicklung der Produktivität und in einer langfristigen Senkung des Ausgabenanstiegs, z.B. durch Prävention, die Schlüssel zu einem höheren Wohlstand liegen.

Angst vor einem weiteren Wachstum der Gesundheitsausgaben brauchen wir somit nicht zu haben. Die Entwicklung des individuellen und gesellschaftlichen Wohlstands wird in einem solidarisch finanzierten System nicht vermindert, sondern im Gegenteil: Sie wird gesteigert – nicht zuletzt weil von der Gesundheitswirtschaft starke Impulse auf Innovationen, Beschäftigung und regionale Entwicklung ausgehen.

Trotz allem müssen wir die Produktivität des Systems massiv steigern und u.a. mit Prävention dafür sorgen, dass ein möglichst guter Gesundheitszustand auch ohne Arztbesuche oder Medikamente erreicht wird. Das Potenzial dieser beiden Wege liegt weit über den durch Zuzahlungen und Leistungsausgrenzung erreichten „Ausgabensenkungen“ und steigert zudem den Wohlstand.

René Bormann

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

1 Zu den Ergebnissen des Projekts siehe: Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum, sowie: Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft. Mehr Gesundheit – gute Arbeit – qualitatives Wachstum.

Zusammenfassung

Im Jahr 2009 umfasste die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein Volumen von fast 280 Milliarden Euro. Dies entsprach 11,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Zwischen 1992 und 2009 stieg das Volumen durchschnittlich um 3,4 Prozent pro Jahr, inflationsbereinigt um 2,3 Prozent. Im gleichen Zeitraum nahm das Bruttoinlandsprodukt (BIP) durchschnittlich nur um 2,2 Prozent pro Jahr zu, inflationsbereinigt um 1,1 Prozent. Das beobachtete überproportionale Wachstum der Gesundheitswirtschaft kann verschiedene Ursachen haben. Erstens führen das stetig steigende Einkommen der Bevölkerung dazu, dass anteilmäßig immer weniger finanzielle Mittel für die Grundbedürfnisse wie Nahrung und Wohnen ausgegeben werden müssen und damit immer mehr für andere Güter wie Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Zweitens trägt der medizinisch-technische Fortschritt dazu bei, dass Krankheiten immer besser und meist auch teurer behandelt werden können. Dadurch steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Drittens und mit dem zweiten Grund zusammenhängend ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von der Bevölkerungsstruktur abhängig. Je höher der Anteil älterer Menschen an einer Bevölkerung, desto größer die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Die Alterung der deutschen Bevölkerung wird die Gesundheitsnachfrage in den nächsten Jahrzehnten erhöhen, wenn auch bei weitem nicht so stark wie viele erwarten. Viertens ist eine so genannte angebotsinduzierte Nachfrage wirksam, wenn medizinische Leistungserbringer aufgrund ihres Informationsvorteils den Patientinnen und Patienten mehr Leistungen anbieten können als medizinisch notwendig wäre.

Alles spricht dafür, dass die vier genannten Faktoren auch in Zukunft weiter wirken und infolgedessen die Gesundheitswirtschaft weiterhin überproportional zunehmen wird. Einerseits sollte ein derart starkes Wachstum von der Politik und der Öffentlichkeit positiv aufgenommen werden, trägt es doch zu Beschäftigung und Einkommen bei. Tatsächlich waren 2009 in Deutschland auf insgesamt 3,6 Millionen Vollzeitstellen 4,7 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. Zwischen 2000 und 2009 nahm die Zahl der Vollzeitäquivalente um nicht weniger als 9,3 Prozent zu.

Andererseits aber werden die hohen und stetig wachsenden Gesundheitsausgaben kritisch gesehen. Dies hat auch damit zu tun, dass die Kosten nicht wie in anderen Branchen rein privat und damit „freiwillig“, sondern zum Großteil über Pflichtabgaben an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) finanziert werden. Privat getragen werden 22,5 Prozent, davon 13,5 Prozent als direkte Zahlungen und rund 9 Prozent durch die Private Krankenversicherung (PKV). Die GKV finanziert 58 Prozent und die SPV trägt 7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Mit der sinkenden Zahl jüngerer Menschen nimmt außerdem die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler für die Sozialversicherungen ab. Damit werden die verbleibenden Beitragszahler in doppelter Hinsicht belastet: erstens durch steigende Gesundheitsausgaben, deren Finanzierung sich zweitens auf immer weniger Köpfe verteilt. Auch aus diesem Grund wird das Gesundheitswesen als Kostenfaktor und sein Wachstum überwiegend kritisch beurteilt. Es stellt sich somit die Frage, wie sich eine wachsen-

de Gesundheitswirtschaft in einem Finanzierungssystem, das allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglicht, auf die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands auswirkt.

Auf Grundlage eines berechenbaren allgemeinen Gleichgewichtsmodells der deutschen Volkswirtschaft wird die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in den kommenden beiden Jahrzehnten bis 2030 modelliert. Die Alterung der Bevölkerung wird dann schon weit fortgeschritten sein. Ein berechenbares allgemeines Gleichgewichtsmodell geht einerseits von den beobachteten gegenwärtigen Produktionsverflechtungen aus. Andererseits werden die Einnahmen und Ausgaben des Staates, der Sozialversicherungen und der privaten Haushalte berücksichtigt. Das hierbei verwendete Modell unterscheidet 69 Produktionssektoren, darunter drei im Bereich Gesundheit, neun unterschiedliche Haushaltstypen, den Staat und die Sozialversicherungen, darunter die Gesetzliche und Private Krankenversicherung und Soziale und Private Pflegeversicherung.

Das Modell schreibt in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens die gegenwärtige Gesetzeslage fort (Basisszenario). D. h., es gilt u. a. das GKV-Finanzierungsreformgesetz. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von 44.550 Euro p. a. im Jahr 2011 steigt mit dem allgemeinen Produktivitätswachstum von angenommenen 1,0 Prozent p. a. an² und die Sozialklausel von 2,0 Prozent bedeutet, dass der Arbeitnehmerbeitragsatz zum Gesundheitsfonds bei steigenden Gesundheitsausgaben zunehmen muss.

Bei den gesetzlichen und privaten Versicherungsinstitutionen gilt in jedem Jahr die Restriktion eines Ausgleichs von Einnahmen und Ausgaben. Diese Restriktion trifft abgewandelt auch den Staat: Sein Ausgangsdefizit wird fixiert und kann nur mit der allgemeinen Wachstumsrate der Wirtschaft zunehmen. Steigende Transferausgaben und steigende staatliche Nachfrage müssen darüber hinaus mit zunehmenden Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen finanziert

werden. Wir nehmen einen technischen Fortschritt im Gesundheitswesen von 0,5 Prozent p. a. an, in anderen Branchen dagegen von 1,0 Prozent p. a. an. Die Annahme eines ungleichgewichtigen Wachstums zwischen Gesundheitswirtschaft und übriger Wirtschaft ist der Beobachtung geschuldet, dass sich die Gesundheitswirtschaft durch einen hohen Arbeitseinsatz im Vergleich zum Kapitaleinsatz auszeichnet. Ferner unterstellen wir im Zuge der Einkommensentwicklung für jedes Alter und Geschlecht ein exogenes Wachstum der Gesundheitsnachfrage um 2,0 Prozent p. a.

Im Basisszenario wächst die Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft weiter stark an, zwischen 2010 und 2030 um über 50 Prozent bzw. 2,2 Prozent p. a. Aber auch in der übrigen Wirtschaft nimmt die Wertschöpfung in diesem Zeitraum um rund 15 Prozent oder um 0,7 Prozent jährlich zu, absolut gesehen sogar mehr als die Gesundheitswirtschaft. Insgesamt steigt das Bruttoinlandsprodukt mit ca. 0,9 Prozent p. a. bzw. um 19 Prozent bis 2030 – und dies bei einer schrumpfenden Zahl Erwerbstätiger von 40,3 Millionen auf 35,3 Millionen Euro. Pro Kopf wächst das Bruttoinlandsprodukt insgesamt um 24 Prozent bzw. um 1,1 Prozent p. a. Bei den Wachstumszahlen handelt es sich um reale Größen zu Preisen von 2010. Im Vergleich zum Zeitraum 1992 bis 2009 fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum damit nur leicht niedriger aus.

Der Wertschöpfungsanteil der Gesundheitswirtschaft nimmt von derzeit 10,4 Prozent auf 13,4 Prozent zu, der Beschäftigungsanteil von 12,2 Prozent auf 16,5 Prozent. Durch das überproportionale Wachstum der Gesundheitswirtschaft gewinnt der arbeitsintensive Dienstleistungsanteil in der Gesamtwirtschaft an Bedeutung. Die Arbeitslosenquote bleibt im Modell bis 2030 jedoch relativ unverändert bei fast 12 Prozent für gering qualifizierte und bei 7 Prozent für hoch qualifizierte Arbeitskräfte. Sie ist das Ergebnis eines modellierten Aushandlungsprozesses zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberinnen

2 Hier wird unterstellt, dass das Wachstum der Löhne dem des technischen Fortschritts entspricht. Damit kann die Änderung der BBG exogen in das Modell eingespeist werden. Eine Endogenisierung des Wachstums der BBG würde den gegenwärtigen Modellrahmen sprengen.

und Arbeitgebern, der sich durch die Änderungen über die Zeit nicht wesentlich anders gestaltet. Die realen Bruttolöhne steigen auf Grund der wachsenden Nachfrage nach Arbeit und des schrumpfenden Arbeitsangebots jedoch an: für gering Qualifizierte um 40 Prozent oder 1,70 Prozent p.a. und für hoch Qualifizierte um 44 Prozent oder 1,84 Prozent p.a. Die Lohnkosten als Anteil an der gesamten Wertschöpfung wachsen von 65,5 Prozent auf 69,3 Prozent in der Gesundheitswirtschaft und von 57,0 Prozent auf 58,5 Prozent in der übrigen Wirtschaft. Mithin steht die Ausweitung der Gesundheitswirtschaft einem Wachstum des BIP und der Löhne nicht entgegen. Der technische Fortschritt ist dafür der entscheidende Faktor.

Die Ausweitung der Gesundheitswirtschaft erhöht allerdings auch ihr Finanzierungsvolumen und lässt damit die Beiträge der GKV und PKV steigen. Die durchschnittliche monatliche Zusatzprämie im Gesundheitsfonds steigt im Modell auf rund 28 Euro bis 2030 und macht dann bei allen Versicherten 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens aus. Der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von derzeit 15,5 Prozent steigt bis 2030 auf 21,9 Prozent. Entsprechend nimmt der Anteil des Haushaltseinkommens, der für Gesundheitsleistungen aufgebracht wird, für alle neun Haushaltstypen bis 2030 deutlich zu. Die relative Zunahme fällt bei allen Haushaltstypen ähnlich stark aus. Der Anstieg der Beiträge wird aber vom Lohnanstieg überkompensiert. Die Nettolöhne werden um rund ein Drittel steigen. Die Mittel für andere private Konsumausgaben werden also nicht schrumpfen, sondern ebenfalls weiter wachsen können – wenn auch langsamer als ohne ein überproportionales Wachstum der Gesundheitswirtschaft.

Für die Bürgerinnen und Bürger führt eine Ausweitung der Gesundheitswirtschaft im Durchschnitt somit nur zu einer relativen Einschränkung. Tatsächlich steigt die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt, d.h. das durchschnittliche Nutzenniveau der Haushalte, um rund 9 Prozent bis 2030. Ausgedrückt in Preisen von 2010 bedeutet dies eine Erhöhung des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens um 1.356 Euro. Allerdings profitieren die Rentnerinnen und Rentner stark,

während alle Haushalte mit beschäftigten Personen Verluste hinnehmen müssen. Für den hohen Wohlfahrtszuwachs der Rentnerinnen und Rentner sind neben deren vergleichsweise geringen Beiträgen zur Krankenversicherung deren hohe Gesundheitsausgaben verantwortlich, die auch in die Nutzenbewertung eingehen. Die reine Querschnittbetrachtung ist jedoch für eine abschließende Bewertung der Nutzeneffekte eines Individuums unzureichend, weil jedes Individuum im Laufe seines Lebenszyklus unterschiedliche Haushaltstypen durchläuft. Inwieweit sich sein Nutzen 2030 gegenüber 2010 ändert, ist in dem vorliegenden Modell jedoch nicht abgebildet.

Zwar zeigt dieses Ergebnis, dass bei einem durchschnittlichen technischen Fortschritt die Gesundheitswirtschaft in den kommenden zwei Jahrzehnten finanzierbar bleiben wird. Gleichwohl könnte die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt noch höher ausfallen als im Basisszenario, wenn der Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen höher ausfiele oder wenn Gesundheitsausgaben zum Beispiel durch Prävention oder durch Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage reduziert werden könnten. Sollte der Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen genauso hoch ausfallen wie in der übrigen Wirtschaft, nämlich 1,0 Prozent p.a., führt dies gegenüber dem Basisszenario zwar zu fast keiner Änderung des BIP bis 2030. Jedoch werden im Gesundheitswesen weniger Arbeitskräfte benötigt, die stattdessen in anderen Sektoren eingesetzt werden. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamten Wertschöpfung und Beschäftigung fällt daher geringer aus. Das Preisniveau für Gesundheitsgüter steigt weniger stark. Der durchschnittliche Beitragssatz zum Gesundheitsfonds inklusive die auf 2 Prozent des BPE begrenzte Zusatzprämie fällt mit 22,6 Prozent statt 23,9 Prozent niedriger aus. Die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt liegt 2030 für alle Haushaltstypen höher als im Basisszenario, im Durchschnitt um 3,4 Prozent.

Wenn es gelingt, das jährliche Ausgabenwachstum in der Gesundheitswirtschaft von 2,0 Prozent auf 1,5 Prozent zu reduzieren, sind weniger Gesundheitsleistungen zu produzieren.

Entsprechend fällt der Anteil der Wertschöpfung und Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft wie im Szenario des beschleunigten Produktivitätswachstums ebenfalls geringer aus. Die Entwicklung der Lohnkosten und des Preisniveaus im Gesundheitsbereich sind ähnlich wie im Basis-szenario. Das BIP liegt bis 2030 um 1,5 Prozent unter dem des Basisszenarios. Dagegen ist der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds (inkl. Zusatz-prämie) bis 2030 mit 21,2 Prozent um 2,3 Pro-zent-Punkte geringer und die gesamtgesellschaft-liche Wohlfahrt um 5,4 Prozent höher als im Basisszenario.

Das Modell zeigt, dass die Gesundheitswirt-schaft finanzierbar bleibt, wenn ein ausreichend großer stetiger Produktivitätsfortschritt in der Gesamtwirtschaft erreicht werden kann. Entspre-

chende Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. zu erhalten, sollte also vornehmliche Aufgabe der Politik sein. Gleichwohl zeigen die Szenarien auch, dass ein stärkeres Produktivitätswachstum in der Gesundheitswirtschaft ebenso wie eine weniger stark steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen positive Wirkungen auf die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt haben. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik sollte darin liegen, die Rahmenbedingungen dafür zu schaf-fen. Schließlich muss in regelmäßigen Abständen die Art der Finanzierung der Krankenversiche-rung hinterfragt werden. Denn auch darüber kann es zu Rückkopplungen zur Gesundheits-wirtschaft kommen. Diese wurden in dem vor-liegenden Gutachten jedoch nicht untersucht.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist geprägt durch ein stetiges Wachstum. Zwischen 1992 und 2009 stiegen die Ausgaben für Gesundheit durchschnittlich um 3,4 Prozent pro Jahr (Schaubild 1). Zuletzt erreichten sie 2009 einen Wert von 278 Milliarden Euro. Gegenüber 2008 nahmen sie damit sogar um 5,8 Prozent zu. Gründe für dieses überdurchschnittlich hohe Wachstum waren zum einen u.a. einmalige Preiserhöhungen für Krankenhausleistungen und für Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2009 und 2010 und zum anderen Mengenausweitungen und neue Leistungen aufgrund stetig steigender Nachfrage.

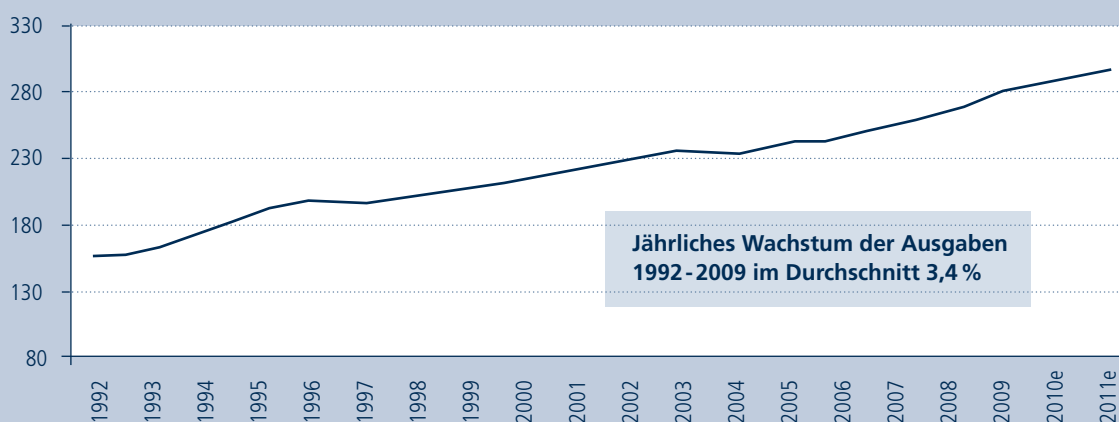
Grundsätzlich ist das hohe Wachstum einer Branche positiv zu bewerten, trägt es doch zu Beschäftigung und Einkommen bei. Die Gesundheitsausgaben geben allerdings Anlass zur Diskussion, weil sie nicht wie in anderen Branchen rein privat und damit „freiwillig“, sondern zum Großteil über Pflichtabgaben an die Gesetzliche

Krankenversicherung (GKV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) finanziert werden. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben führt somit zu steigenden Sozialabgaben und aufgrund ihrer Finanzierungsgrundlage zu steigenden Arbeitskosten der Unternehmen. Aus diesem Grund wird das Gesundheitswesen überwiegend als Kostenfaktor gesehen und sein Wachstum überwiegend kritisch eingeschätzt.

In den vergangenen Jahren wurde jedoch zunehmend auch der Wertschöpfungscharakter des Gesundheitswesens betont (Henke et al. 2010). Statt von den Kosten der medizinischen Versorgung wird unter diesem Blickwinkel von der Gesundheitswirtschaft und dem Gesundheitsmarkt gesprochen. Ist diese alternative Perspektive auf das Gesundheitswesen sinnvoll und hat daher dessen Expansion auch Vorteile? Welche Interdependenzen bestehen zwischen der Gesundheitswirtschaft und der restlichen Wirtschaft einerseits und zwischen der Gesundheitswirt-

Schaubild 1:

Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland in Mrd. €



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a).

schaft und der Beschäftigung andererseits? Diese Fragen stehen im Vordergrund des vorliegenden Gutachtens.

Ziel des Gutachtens ist es, die Entwicklung des Gesundheitsmarkts in den kommenden Jahrzehnten auf Basis eines berechenbaren allgemeinen Gleichgewichtsmodells der deutschen Volkswirtschaft zu modellieren. Dabei werden u. a. die demografische Entwicklung berücksichtigt und Annahmen zum technischen Fortschritt getroffen. Der Vorteil eines berechenbaren Gleichgewichts liegt darin, dass es erlaubt, die Anpassun-

gen der Haushalte und Unternehmen auf veränderte Rahmenbedingungen abzubilden. Insbesondere können mit einem solchen Modell die Wirkungen von Reformen in der Gesundheits- und Steuerpolitik untersucht werden. Kapitel 2 beschreibt den Status quo, Kapitel 3 stellt das Modell und die verwendeten Daten zu dessen Kalibrierung dar. Verschiedene Szenarien zur Abbildung künftiger Entwicklungen werden in Kapitel 4 vorgestellt. Kapitel 5 präsentiert die Ergebnisse und das abschließende Kapitel zieht ein Fazit.

2. Der Gesundheitsmarkt

2.1 Definition

Der Gesundheitsmarkt gliedert sich in drei Bereiche (Tabelle 1): (I) den Kernbereich, der die eigentlichen medizinischen Leistungen umfasst, (II) die Vorleistungs- und Zulieferindustrie, die den Kernbereich mit Zwischenprodukten versorgt und (III) Rand- und Nachbarbereiche, die ergänzende, gesundheitsnahe Produkte anbieten, präventiven Charakter haben und vor allem das individuelle Wohlbefinden der Käuferinnen und Käufer steigern. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf den Kernbereich sowie die Vorleister- und Zulieferindustrie.

2.2 Marktübersicht

Die Ausgaben für diese beiden Bereiche werden näherungsweise vom Statistischen Bundesamt erfasst und beliefen sich 2009 auf die bereits ge-

nannten 278 Milliarden Euro. Dies entspricht 11,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Im Zeitraum von 1996 bis 2008 bewegte sich dieser Wert relativ stabil um 10,5 Prozent herum. Auf Grund des starken Einbruchs des BIP als Folge der Finanzkrise und der überdurchschnittlichen Ausweitung der Ausgaben für Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2009 und 2010 lässt sich der hohe Wert 2009 erklären. Zumindest das BIP dürfte in den Folgejahren jedoch wieder aufholen.

Rund 25 Prozent der Gesundheitsausgaben entfallen auf die Krankenhäuser (Schaubild 2), etwa 15 Prozent jeweils auf Arztpraxen und auf Apotheken inkl. Arzneimittel. Die ambulante und stationäre Pflege umfasst bereits 11 Prozent – mit wachsender Tendenz. Die GKV finanziert 58 Prozent der Gesundheitsausgaben (Schaubild 3), 13,5 Prozent werden privat getragen und rund 9 Prozent durch die Private Krankenversicherung (PKV). Die SPV trägt 7 Prozent.

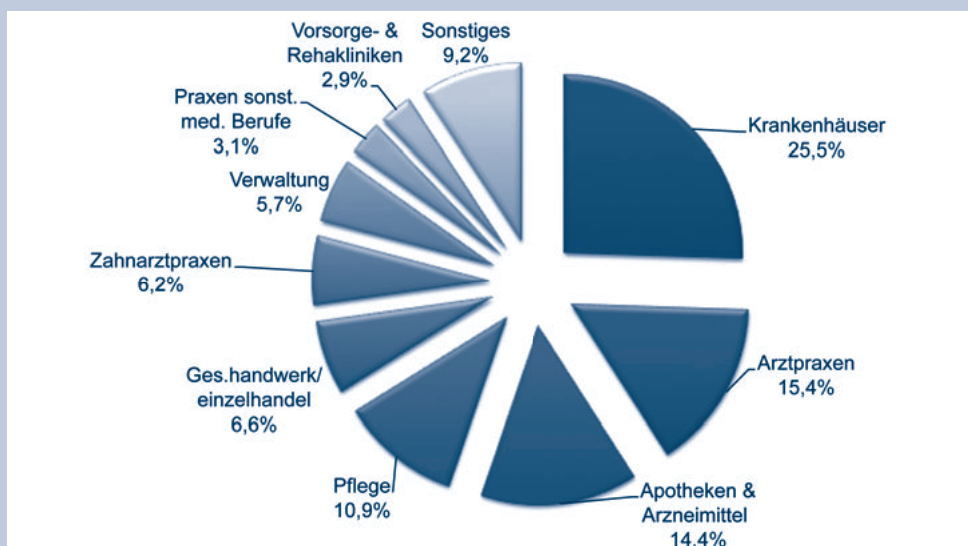
Tabelle 1:

Definition der Gesundheitswirtschaft

Kernbereich	Vorleister- und Zulieferindustrie	Rand- und Nachbarbereiche
Krankenhäuser	Pharmazeutische Industrie	Gesundheitstourismus
Vorsorge- und Reha-Einrichtungen	Medizin- und Gerontotechnik	Wellness
Arztpraxen	Bio- und Gentechnologie	Sport und Fitness
Zahnarztpraxen	Forschung	Betreutes Wohnen
andere Praxen	Gesundheitshandwerk	Gesunde Ernährung
Apotheken	Handel mit medizinischen und orthopädischen Produkten	
Ambulante Pflege		
Stationäre Pflege		

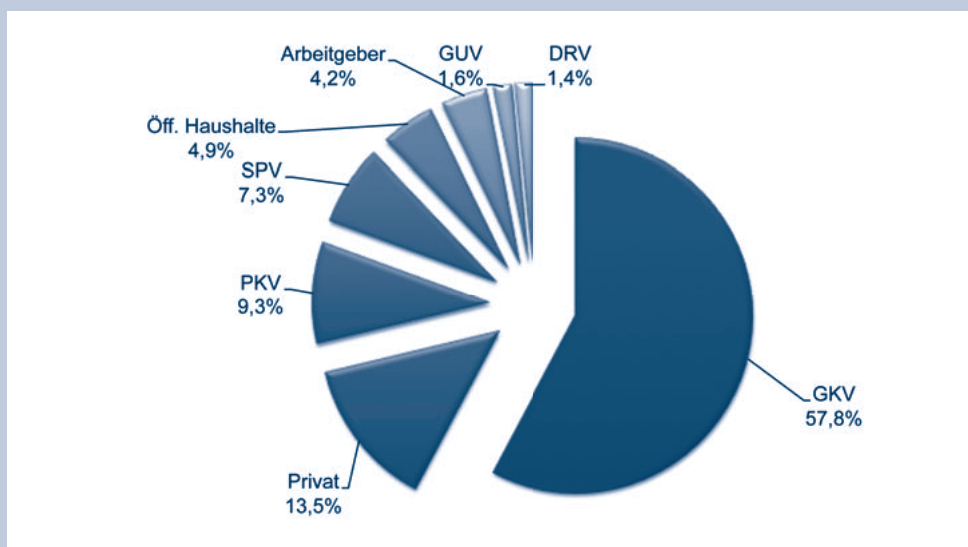
Quelle: Hilbert (2008), eigene Darstellung.

Schaubild 2:

Verteilung des Marktvolumens nach Einrichtungen, 2009

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a).

Schaubild 3:

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Kostenträger, 2009

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a).

Das Wachstum des Gesundheitsmarkts spiegelt sich auch in der Zahl der Beschäftigten wider (Schaubild 4). 2009 waren insgesamt 4,7 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt, davon ein Großteil in Teilzeit, sodass es sich dabei um insgesamt 3,6 Millionen Vollzeitäquivalente handelt. Zwischen 2000 und 2009 nahm ihre Zahl um 9,3 Prozent zu. Das preisbereinigte Marktvolumen stieg in dieser Zeit um 13,3 Prozent. Bezogen auf den Zeitraum 2000 bis 2008 betrugen die Anstiege 7,0 Prozent bzw. 8,1 Prozent. Diese Zahlen machen deutlich, dass das Wachstum des Gesundheitsmarkts mit einer fast ebenso starken Ausweitung der Beschäftigung einherging. Im Unterschied zu anderen Sektoren zeigt sich damit, dass arbeitssparender Produk-

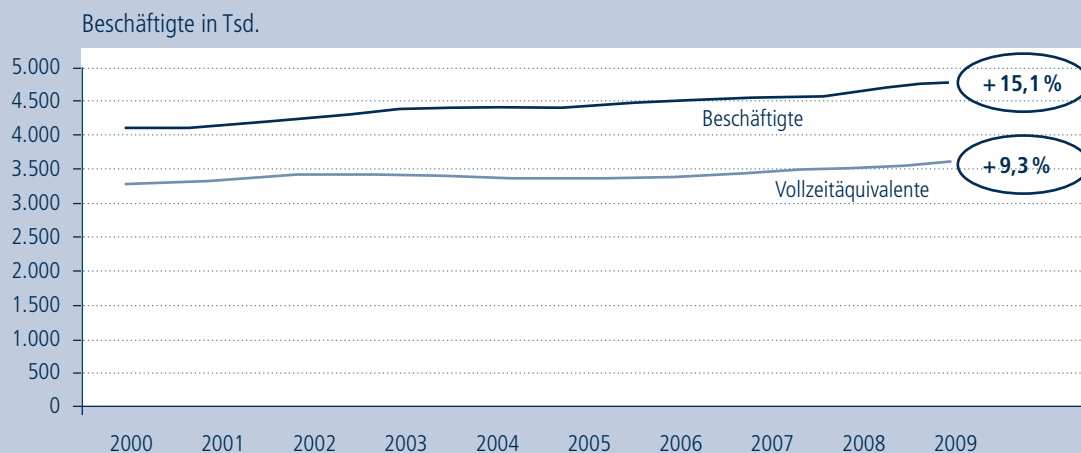
tivitätsfortschritt im Gesundheitswesen bislang kaum stattgefunden hat.

2.3 Ausblick

Gesundheitsleistungen werden von älteren Menschen überproportional häufig nachgefragt. Bis 2030 wird sich die Zahl der Hochbetagten (im Alter von 80 Jahren und älter) gegenüber 2010 auf das 1,4-Fache erhöhen. Die Zahl der Unter-60-Jährigen wird bis 2030 dagegen um 13 Prozent sinken (Schaubild 5). Damit wird die demografische Entwicklung in Deutschland erhebliche Auswirkungen auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen haben.

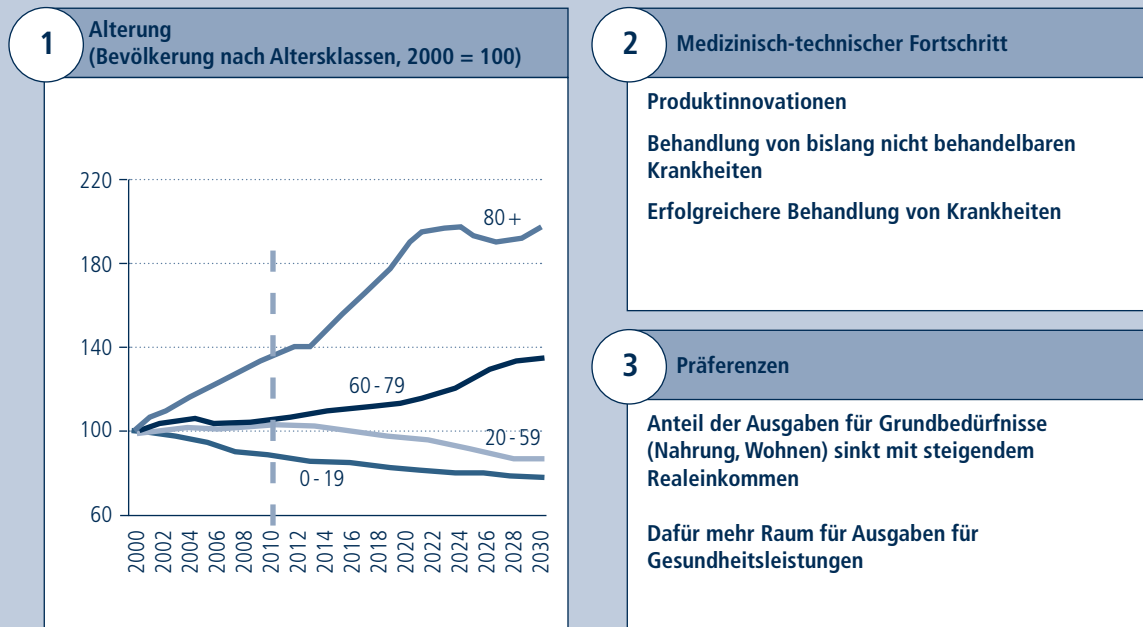
Schaubild 4:

Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft, 2000 bis 2009



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010b).

Schaubild 5:

Treiber der Gesundheitswirtschaft

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010a); eigene Darstellung.

Gleichzeitig führen der medizinisch-technische Fortschritt durch Produktinnovationen einerseits und steigende Einkommen andererseits zu einem Wachstum der Gesundheitsnachfrage. Bislang nicht behandelbare Krankheiten werden behandelbar, möglicherweise wandeln sich bisher tödlich verlaufende Krankheiten zu chronischen Erkrankungen, die dann dauerhaft zu behandeln sind. Zudem steht mit steigendem Realeinkommen mehr Geld zur Verfügung, das nach der Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Nahrungsmittel, Wohnen und Verkehr, für Gesundheit ausgegeben werden kann. Bei weiter wachsendem Realeinkommen ist daher eine relativ steigende Gesundheitsnachfrage zu erwarten. Insgesamt ist künftig mit deutlich höheren Gesundheitsausgaben zu rechnen.

Mit der sinkenden Zahl jüngerer Menschen nimmt allerdings die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler für die Sozialversicherungen ab. Damit werden die verbleibenden Beitragszahler in doppelter Hinsicht belastet: (I) durch eine absolut wachsende und zu finanzierende Gesundheitsnachfrage und (II) dadurch, dass sich deren Finanzierung auf immer weniger Köpfe verteilt. Unter den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen führt dies zu stark steigenden Beitragssätzen zum Gesundheitsfonds und Zusatzprämien der Krankenkassen. Das im Folgenden vorgestellte berechenbare allgemeine Gleichgewichtsmodell berücksichtigt diese Entwicklungen, bildet sie auf der Ebene von Haushalten ab und prognostiziert wichtige volkswirtschaftliche Kennzahlen.

3. Modell und Daten

3.1 Berechenbares allgemeines Gleichgewichtsmodell

Ein berechenbares allgemeines Gleichgewichtsmodell geht einerseits von den beobachteten Produktionsverflechtungen, insbesondere den Außenwirtschaftsbeziehungen, aus. Andererseits werden die Einnahmen und Ausgaben vom Staat, den Sozialeinrichtungen und der privaten Haushalte berücksichtigt. Grundlage des Modells sind die Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und der Einkommens- und Verbrauchsstatistik (Statistisches Bundesamt 2011b). Das Modell unterscheidet 69 Produktionssektoren, neun unterschiedliche Haushaltstypen, den Staat inklusive die Sozialversicherungen, Gesetzliche und Private Krankenversicherung und Soziale und Private Pflegeversicherung. Es ist in der Lage, die für 2008 beobachteten Stromgrößen als ein Gleichgewicht von gewinnmaximierenden Unternehmen, nutzenmaximierenden Haushalten und geräumten Märkten zu replizieren. Auf diese Weise wird das Modell kalibriert, sodass man in der Lage ist, sogenannte „Counterfactuals“ zu berechnen, die mit dem Ausgangsszenario verglichen werden können.

In der vorliegenden Studie wird das Modell in einer rekursiv dynamischen Spielart umgesetzt. Entscheidend hierbei ist das Sparverhalten der Haushalte. Die Gesamtersparnisse einer Periode bestimmen die Bruttoinvestitionen. Der Kapitalstock in der nächsten Periode entspricht dem Kapitalstock dieser Periode zuzüglich der Bruttoinvestitionen und abzüglich der Abschreibungen. Unter diesen Annahmen kann das Modell rekursiv von einer Periode zur nächsten gelöst werden.

Dabei werden Kranzdaten für die langfristige Entwicklung berücksichtigt, insbesondere die Bevölkerungsentwicklung und die Fortschritte in der Produktionstechnologie.

Wesentliche Datengrundlage bildet die aktuelle Einkommens- und Verbraucherstichprobe (EVS) aus dem Jahr 2003. Weiter verwenden wir aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamts von 2002 die Produktionsverflechtungsmatrix sowie die so genannte Z-Matrix, die die 69 Sektoren der gesamtwirtschaftlichen Rechnung mit zwölf Konsumgütern verknüpft, die im Modell unterschieden werden. Wir verwenden Daten aus dem Risikostrukturausgleich der GKV zur Ableitung der Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht. Schließlich fließt die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt 2010a) in das Modell ein.

3.2 Haushaltstypen

Auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 2003 werden neun Haushaltstypen definiert. Es wird dabei erstens nach der Art des Haupteinkommensbeziehers des Haushalts (Single, Partnerin und Partner, Rentnerin und Rentner) und zweitens nach der Einkommenshöhe (drei Einkommensterzile) segmentiert. Tabelle 2 stellt Details zu den neun Haushaltstypen dar: je Haushaltstyp die Haushaltsgröße, die Anzahl der Haushalte und der Personen. Alle Einwohner Deutschlands werden einem Haushaltstyp zugeordnet.

Tabelle 2:

Haushaltstypen im Modell

Familienstand	Einkommen	Haushaltsgröße	Anzahl Haushalte in Mio.	Personen im Haushalt in Mio.
Rentner	gering	1,18	4,22	4,97
	mittel	1,68	4,22	7,07
	hoch	1,97	4,21	8,31
Partner	gering	3,09	4,21	13,00
	mittel	3,39	4,20	14,25
	hoch	3,38	4,20	14,21
Single	gering	1,27	4,29	5,46
	mittel	1,48	4,29	6,35
	hoch	1,85	4,28	7,91
	insgesamt	2,14	38,11	81,54

Quelle: eigene Berechnungen.

Das konkrete Vorgehen bei der Haushaltseinteilung sei am Beispiel der Partnerhaushalte geschildert. Zunächst werden aus dem über 40.000 Haushalte umfassenden EVS-Datensatz alle jene Haushalte gezogen, bei denen der Haupteinkommensbezieher verheiratet oder in Partnerschaft lebt, aber noch nicht verrentet ist. Hochgerechnet auf Deutschland sind dies 12,67 Millionen Haushalte, in denen 41,46 Millionen Personen leben. In einem Partnerhaushalt leben somit im Durchschnitt 3,27 Personen. Die durchschnittliche Alters- und Geschlechterzusammensetzung der in Partnerhaushalten lebenden Personen werden berücksichtigt und gehen mit den erwarteten Änderungen der Sterblichkeit und der Nettozuwanderung in die Prognose der Bevölkerungsentwicklung ein.

Im zweiten Schritt werden die Partnerhaushalte auf der Grundlage der Einkommensdaten

in drei zahlenmäßig gleich große Gruppen aufgeteilt, nämlich in Bezieher von niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen. Schließlich wird für diese drei Gruppen jeweils das durchschnittliche Einkommen berechnet. In gleicher Weise verfahren wir mit den Einzelhaushalten und den Rentnern.

Tabelle 3 zeigt das mittlere Haushaltseinkommen und den Anteil an der Bevölkerung (in Klammern) je Haushaltstyp für das Jahr 2010. Die Partnerhaushalte machen ungefähr die Hälfte (50,9 Prozent), und die Rentnerinnen und Rentner und Einzelhaushalte je ein Viertel (25,0 Prozent bzw. 24,1 Prozent) der Bevölkerung aus. Das mittlere Einkommen ist in den Partnerhaushalten am höchsten, gefolgt von den Rentnern und den Einzelhaushalten. Die Einkommensunterschiede sind bei Einzelhaushalten am größten, bei den Partnerhaushalten am geringsten.

Tabelle 3:

Haushaltseinkommen nach Haushaltstypen

Haushaltstyp	Haushaltseinkommen (Terzile)		
	gering (28,7 %)	mittel (34,0 %)	hoch (37,3 %)
Rentner (25,0 %)	15.509 € (6,1 %)	27.882 € (8,7 %)	54.403 € (10,2 %)
Partner (50,8 %)	38.485 € (15,9 %)	63.065 € (17,5 %)	108.008 € (17,4 %)
Single (24,2 %)	13.744 € (6,7 %)	29.928 € (7,8 %)	64.264 € (9,7 %)

Quelle: EVS 2003; eigene Berechnungen.

Tabelle 4:

Grenzsteuersätze nach Haushaltstypen

Haushaltstyp	Einkommens-Terzil	Grenzsteuersatz (mit Ehegattensplitting)
Rentner	unteres	0 %
Rentner	mittleres	22 %
Rentner	oberes	32 %
Partner	unteres	25 %
Partner	mittleres	30 %
Partner	oberes	38 %
Single	unteres	0 %
Single	mittleres	22 %
Single	oberes	32 %

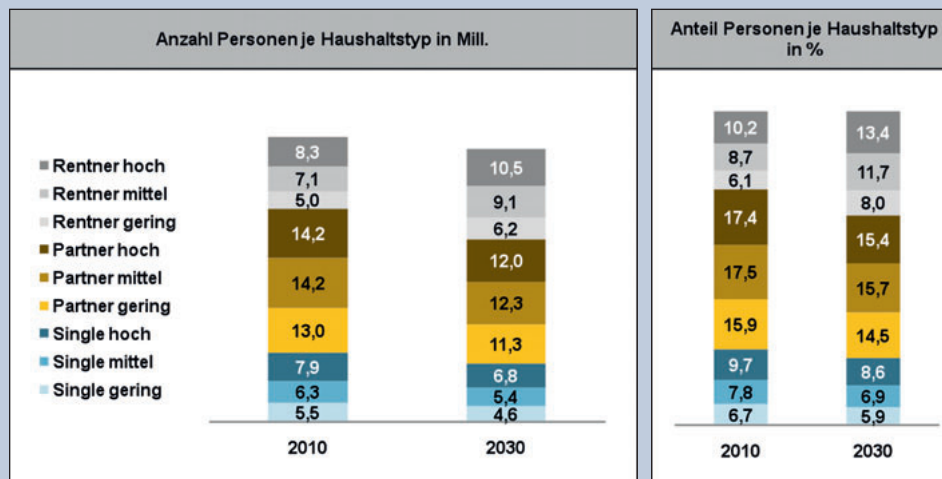
Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Grenzsteuersätze für die neun Haushaltstypen. Rentnerinnen und Rentner und Einzelhaushalte mit geringem Einkommen zahlen keine Steuern; deren Grenzsteuern betragen null. Aufgrund der progressiven Besteuerung sind die Grenzsteuern bei den hohen Einkommensbeziehern am höchsten.

Im Laufe der Zeit wird sich die relative zahlenmäßige Bedeutung der Haushalte ändern. Die Zahl der Rentnerhaushalte wird zunehmen, während die Zahl der anderen Haushalte abnehmen wird. Schaubild 6 verdeutlicht dies. Gleichzeitig nehmen aufgrund steigender Löhne und Transfers die Einkommen der Haushalte über die kommenden Jahre stark zu, bei unveränderten Steuer- und Sozialpolitiken jedoch ohne spürbare Auswirkungen auf die Einkommensverteilung.

Schaubild 6:

Anzahl Personen je Haushaltstyp



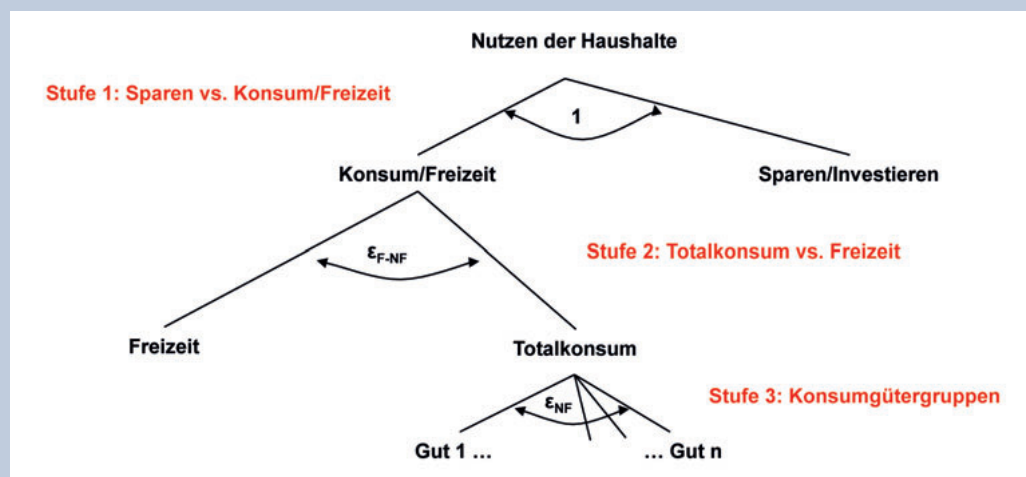
Quelle: eigene Berechnungen.

Für die neun Haushaltstypen samt den im Haushalt lebenden Personen sind im EVS-Datensatz das Arbeitsangebot und die Ausgaben für einzelne Konsumgüter verfügbar. Ebenso sind Sozialbeiträge und vom Staat bezogene Transferzahlungen bekannt. Wir nutzen diese Daten, um die Haushaltsentscheidungen zu endogenisieren. Schaubild 7 zeigt die Nutzenfunktion der Haus-

halte. Sie ist verschachtelt und gestuft und beinhaltet auf der ersten Stufe die Entscheidung zwischen gegenwärtigem und zukünftigem Konsum, also die Konsum-Sparentscheidung. Die Substitutionselastizität zwischen Konsum und Sparen wird als 1 angenommen, es handelt sich mithin um eine sog. Cobb-Douglas Funktion.

Schaubild 7:

Nutzen der Haushalte



Quelle: eigene Darstellung.

Auf der zweiten Stufe entscheidet der Haushalt zwischen Freizeit und Gesamtkonsum und damit über sein Arbeitsangebot. Bei den Rentnerhaushalten fällt diese Entscheidungsstufe weg, da sie annahmegemäß keine Arbeit anbieten. Die beschäftigungswilligen Haushalte bieten sowohl hoch- als auch niedrig-qualifizierte Arbeit an, entsprechend der Information aus dem EVS-Datensatz. Nach unserer Lesart der empirischen Literatur zur Elastizität des Arbeitsangebots gibt es wenig Unterschiede zwischen den Einkommensklassen (für eine Übersicht vgl. Borjas 2000) und beträgt die Arbeitsangebotselastizität 0,15³. Das Arbeitsangebotsmodell kalibrieren wir derart, dass für alle erwerbstätigen Haushalte diese Angebotselastizität gilt.

Auf der dritten Stufe entscheidet der Haushalt über seine Konsumstruktur, also darüber, wie er seine Konsumausgaben auf die einzelnen Konsumgüter verteilt. Die zwölf berücksichtigten Konsumgüter sind die folgenden: Nahrungsmittel, Kleidung, Wohnung, Miete, Heizung und Strom, Verkehr, Bildung, Alkohol und Tabak, Gesundheit, Kommunikation, Freizeit, Reisen und ein Restgut. In Bezug auf die Preiselastizitäten der Konsumnachfrage stützen wir uns auf Angaben von Chen (1999), der Konsumnachfrageparameter für 42 OECD-Länder geschätzt hat. Wir übernehmen von seinen Schätzungen für Deutschland den Wert -0,222 für Nahrungsmittel und -0,563 für alle anderen Güter.⁴

Die Substitutionselastizität zwischen den Konsumgütern wird so gewählt, dass sie mit diesen Preiselastizitäten und den beobachteten Ausgabenanteilen der einzelnen Konsumgüter konsistent sind (für Details siehe Boeters et al. 2008).

Mit dieser Nutzenfunktion wird durch das Modell sichergestellt, dass die Haushalte die im Datensatz beobachteten Mengen an Ersparnissen, Arbeitsangeboten und Konsumnachfragen realisieren. Das bedeutet insbesondere, dass die Haushalte im Gleichgewicht sind und somit keinen Anreiz haben, ihre Entscheidungen zu revidieren.

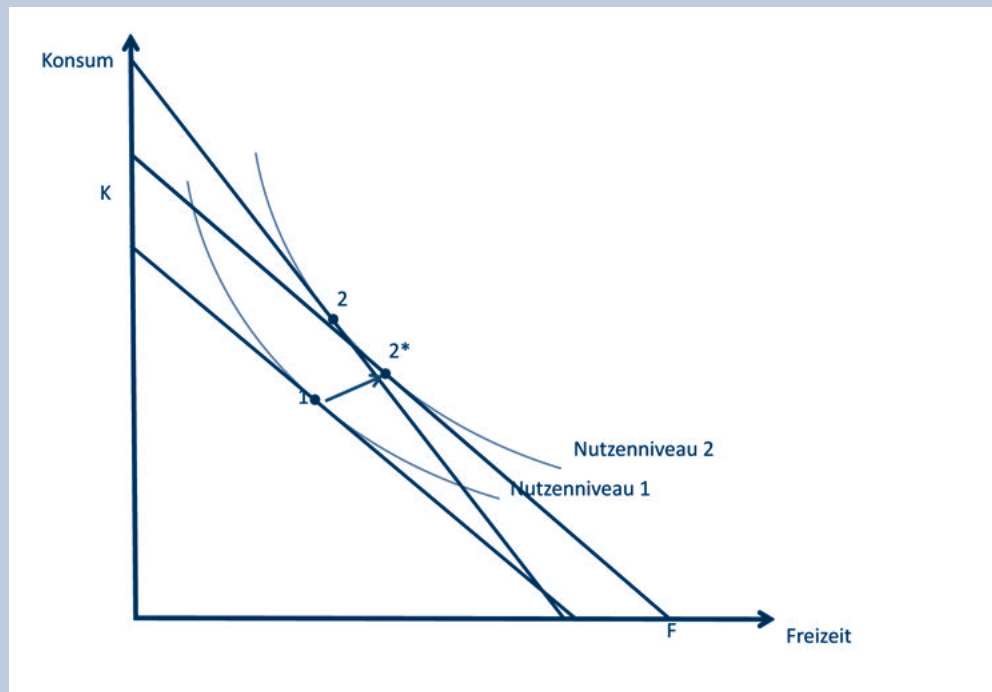
Die Gesundheitsnachfrage ist in der Nutzenfunktion zunächst nur insoweit berücksichtigt, als es sich um Ausgaben handelt, die nicht durch Krankenversicherung abgedeckt sind. Die Haushalte zahlen je nach Versicherungsstatus Beiträge an die Gesetzliche oder Prämien an die Private Krankenversicherung. Um den Nutzen aus der Gesundheit zu berücksichtigen, wird jedem Haushalt nach Maßgabe der Anzahl seiner Mitglieder ein exogener Gesundheitskonsum zugeordnet. Dieser Konsum an Gesundheit summiert sich auf die gesamte medizinische Leistungsanspruchnahme, sodass letztere in die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrtsrechnung eingeht.

Als Wohlfahrtskonzept wird die sogenannte Äquivalente Variation verwendet. Sie vergleicht die Nutzenniveaus zwischen Ausgangsgleichgewicht und neuem Gleichgewicht und gibt an, welche Einkommensänderung gemessen am Preisniveau des Ausgangsgleichgewichts zum neuen Nutzenniveau führt. Das Konzept der Äquivalenten Variation wird in Schaubild 8 in einem Zwei-Güter-Beispiel mit Konsum (K) und Freizeit (F) illustriert. Punkt 1 gibt die Ausgangswahl des Haushaltes 2010 an mit einem bestimmten Nutzenniveau, das durch die Indifferenzkurve angegeben wird. Nun sei angenommen, dass bis 2030 die Löhne steigen und der Preis für Konsum konstant bleibt. Die Budgetgerade wird steiler, da der relative Preis von Freizeit ansteigt. Gleichzeitig nimmt das Einkommen des Haushalts zu, weil dieser aufgrund des erhöhten Lohnes mehr verdient. Er erreicht mit Punkt 2 eine höhere Indifferenzkurve. Die Äquivalente Variation misst nun die Nutzenänderung mit der Einkommenserhöhung, bewertet mit den Ausgangspreisen. Im Schaubild ist daher eine Gerade mit der gleichen Steigung wie die Budgetgerade in 2010 an die Indifferenzkurve von 2030 gelegt (Punkt 2*). Das Ausmaß der Verschiebung der Budgetgeraden von Punkt 1 zu Punkt 2 entspricht schließlich der Äquivalenten Variation.

3 Ein Anstieg des Stundenlohns um ein Prozent erhöht das Arbeitsangebot um 0,15 Prozent. Es handelt sich hierbei um die beobachtete, d. h. nicht um den Effekt der Einkommenserhöhung kompensierte Elastizität des Arbeitsangebots.

4 Chen teilt die Konsumgüter der Haushalte etwas anders ein, sodass wir nicht alle Koeffizienten der Nachfrageschätzung übertragen können.

Schaubild 8:

Messung der Wohlfahrtsänderung: Äquivalente Einkommensvariation

Quelle: eigene Darstellung.

Durch Summierung der Äquivalenten Variationen der einzelnen Haushalte gelangt man zur gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrtsänderung einer Politikreform. Das Nutzenniveau der öffentlichen Haushalte, Staat und Soziale Sicherung, wird dabei konstant gehalten, sodass alle Wohlfahrtsänderungen ausschließlich bei den privaten Haushalten auftreten.

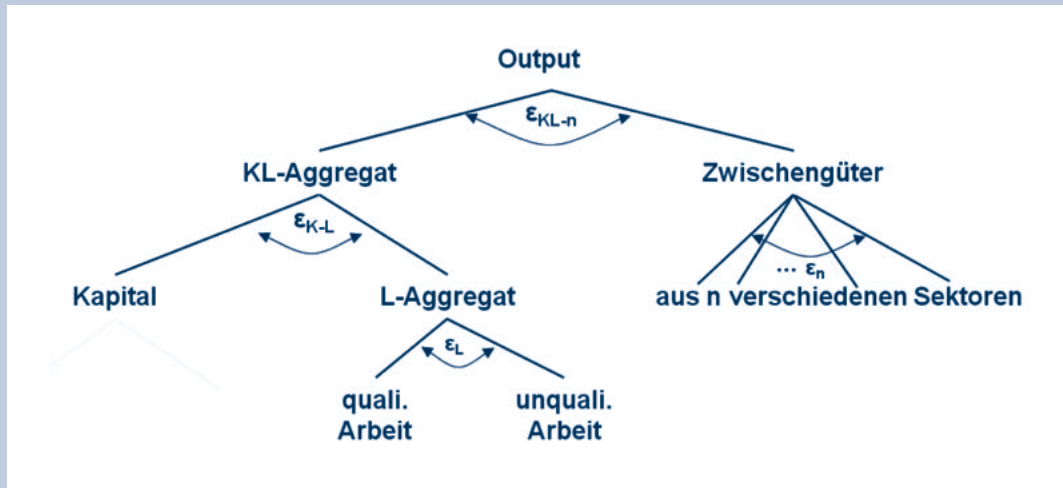
3.3 Wirtschaftssectoren und Konsumgüter

Grundlage des Produktionsmodells sind die Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zur Produktion aus dem Jahr 2002. Sie enthält die Input-Output-Matrix von 69 Wirtschaftssectoren. Dazu gehören die Verflechtungen der Sektoren, also Käufe und Verkäufe von Vorprodukten zwischen den Sektoren, Importe und Verkäufe an die Endnachfrager, also die Haushalte, den Staat und an das Ausland. Schließlich werden auch

Unternehmenssteuern, die Mehrwertsteuer und Sozialabgaben der Unternehmen berücksichtigt. Unter den 69 Sektoren sind drei der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen. Es sind dies die Sektoren (I) Medizinprodukte, (II) Arzneimittelhersteller und Apotheker sowie (III) ambulante und stationäre Leistungserbringer.

Wie die Nutzenfunktion der Haushalte weist auch die Produktionsstruktur der Sektoren eine verschachtelte und gestufte Form auf (Schaubild 9). Auf der obersten Ebene wird zwischen dem Einsatz der Vorprodukte und dem Einsatz eines aggregierten Inputs entschieden, der aus Kapital und Personal zusammengesetzt ist. Die Substitutionselastizität beträgt hier null, ebenso wie jene zwischen den Vorprodukten. Die Substitutionselastizität auf der zweiten Stufe zwischen dem Kapital- und Personaleinsatz beträgt 0,5, jenen auf der dritten zwischen dem Einsatz von niedrig und hoch qualifiziertem Personal 1,0.

Schaubild 9:

Produktionstechnologie der Unternehmen

Quelle: eigene Darstellung.

Das Wachstum der Volkswirtschaft entsteht durch einen exogen angenommenen arbeitssparenden technischen Fortschritt von ein Prozent pro Jahr. Wir unterstellen zunächst ein ungleichgewichtiges Wachstum zwischen den Gesundheitssektoren und der übrigen Wirtschaft. Diese Annahme geht auf den US-amerikanischen Ökonomen William Baumol zurück, der in einer bekannten Arbeit eine Hypothese zur Entwicklung arbeitsintensiver Sektoren wie der Gesundheit über die lange Frist formuliert hat (vgl. Baumol 1967, 1993). Bei generell steigender Kapitalintensität der Wirtschaft und damit einhergehenden steigenden Reallöhnen ist die Gesundheitswirtschaft nicht in der Lage, ihre hinreichende Produktion anzupassen und ebenfalls mehr Kapital einzusetzen. Grund hierfür sind die technologischen Bedingungen bei der Produktion von Gesundheit: In der Pflege bspw. sind dem Kapitaleinsatz enge Grenzen gesetzt; Zuwendung zum und Pflege des Kranken benötigen Pflegekräfte, die nicht durch vermehrten Kapitaleinsatz ersetzt werden können. Dies führt im Vergleich zu anderen Sektoren zu höheren Preisen und damit insgesamt steigenden Kosten. Hartwig (2008) hat kürzlich die Baumol-Hypothese für die Entwicklung der

Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern bestätigt. Wir gehen daher im Ausgangsszenario von einer halben Rate des technischen Fortschritts in den drei Gesundheitssektoren im Vergleich zur übrigen Wirtschaft aus.

3.4 Staat, Sozialversicherung, Außenhandel und Arbeitsmarkt

Das staatliche Budget ist über Einnahmen aus der Mehrwertsteuer, direkten Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und der Einkommenssteuer bestimmt. Sozialversicherungsbeiträge sind proportional an das beitragspflichtige Lohneinkommen geknüpft, während die Einkommenssteuer einen linear progressiven Tarif aufweist, inklusive Steuerabzügen und einem konstanten Grenzsteuersatz. Darüber hinaus beinhaltet das Modell nach Sektoren differenzierte Umsatzsteuern und Subventionen sowie Abgaben auf Importe und Exporte.

Im Inland hergestellte Güter werden über die Funktion einer konstanten Transformationselastizität überführt in Güter für die einheimischen Märkte und den Exportmarkt. Export- und Im-

portpreise in ausländischer Währung werden als konstant angenommen (Annahme einer kleinen offenen Volkswirtschaft).

Analog zur Exportseite, setzen wir die Armington-Annahme einer Produktheterogenität für die Importe um (Armington 1969). Eine Funktion konstanter Substitutionselastizität kennzeichnet den Zielkonflikt zwischen importierten und im Inland produzierter Variationen der gleichen Güter. Die Armington-Güter bedienen dann sowohl die Zwischennachfrage als auch die Endnachfrage. Die Erfordernis einer ausgeglichenen Zahlungsbilanz räumt den Handel mit Devisen: Der totale Wert der Exporte entspricht dem totalen Wert der Importe unter Berücksichtigung der Zahlungsbilanz im Ausgangsjahr. Eine ausgeglichene Zahlungsbilanz bestimmt dann den realen Wechselkurs, also den (endogenen) Gegenwert der einheimischen Währung in ausländischer Währung, wobei letztere durch die Annahme einer kleinen und offenen Volkswirtschaft exogen ist.

Der einheimische Arbeitsmarkt unterliegt Friktionen, die im Gleichgewicht zu einer Unterbeschäftigung führen. Konkret setzen wir eine Lohn-Angebots-Nachfrage-Beziehung um, bei der die Arbeitslosigkeit durch einen Lohnaushandlungsprozess zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern resultiert (vgl. Layard u. a. 1991, Kapitel 2). Arbeit ist mobil zwischen den einheimischen Sektoren, jedoch international immobil. Kapital dagegen ist sowohl im Inland als auch über die Grenze mobil. Ausländische Exporte und Importe von Kapital sind voll elastisch; mit anderen Worten ist der internationale reale Zinssatz exogen vorgegeben. In der Inlandsproduktion unterscheiden wir zwischen Kapital einheimischer und ausländischer Herkunft. Der Export von einheimischem Kapital auf den internationalen Kapitalmarkt sowie der Import von ausländischem Kapital zum einheimischen Kapitalmarkt sind nicht perfekt elastisch.

3.5 Kranken- und Pflegeversicherung

Wir modellieren die Gesetzliche und Private Krankenversicherung sowie die Soziale und Private Pflegeversicherung jeweils separat. Hochgerechnet auf das Jahr 2010 versicherte die GKV 72,6 Millionen Menschen, d. h. ungefähr 89 Prozent der Bevölkerung, und ihre Gesamtausgaben beliefen sich auf 173,5 Milliarden Euro. Die Einnahmen der GKV werden von den GKV-Mitgliedern aufgebracht. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen sind kostenlos mitversichert. Hinzu kommen Steuerzuschüsse des Bundes in Höhe von 16 Milliarden Euro im Jahr 2010. Der Beitrag eines GKV-Mitglieds setzt sich zusammen aus dem Beitrag an den Gesundheitsfonds und einem Zusatzbeitrag direkt an die Krankenkasse. 2010 belief sich der Beitrag an den Gesundheitsfonds auf 14,9 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens (BPE) des Mitglieds. Das BPE ist in der Regel das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, die 2010 bei 45.000 Euro pro Jahr lag. Dabei trägt die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer 7,9 Prozent des Beitragssatzes und der Arbeitgeber 7,0 Prozent. Die Gesamtausgaben der GKV werden auf die einzelnen Haushalte heruntergebrochen. Mit Hilfe der Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2010 können die GKV-Ausgaben je Alter und Geschlecht bestimmt und den Haushalten auf Basis ihrer Alters- und Geschlechtszusammensetzung zugeordnet werden.

Hochgerechnet auf das Jahr 2010 versicherte die PKV 8,9 Millionen Menschen, d. h. rund elf Prozent der Bevölkerung. Ihre Ausgaben beliefen sich auf 23,0 Milliarden Euro. Versicherte der PKV zahlen eine risikoabhängige und einkommensunabhängige Prämie. Zur Vereinfachung unterstellen wir im Modell jedoch, dass die PKV-Prämien risikounabhängig sind. Die Ausgaben der PKV werden ebenfalls mit Hilfe der Ausgabenprofile des GKV-Risikostrukturausgleichs auf die einzelnen Haushalte heruntergebrochen. Dabei werden die RSA-Ausgabenprofile derart skaliert, dass die Summe der Ausgaben über alle Haushalte den Gesamtausgaben der PKV 2010 entspricht.

Die Soziale Pflegeversicherung versichert den gleichen Personenkreis wie die GKV, nämlich 72,6 Millionen Menschen. Ihre auf 2010 hochgerechnete Ausgaben beliefen sich auf 19,2 Milliarden Euro. Die Bestimmung des Beitrags erfolgt analog zur GKV. Der Beitrag betrug 2010 1,95 Prozent vom BPE, für kinderlose Mitglieder 2,20 Prozent vom BPE. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber teilen sich den Beitrag jeweils hälftig. Über die amtliche Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts des Jahres 2007 (FDZ 2009) ermitteln wir die Ausgabenprofile der Pflegeversicherung je Altersklasse und Geschlecht. Damit können jedem Haushalt die entsprechenden SPV-Ausgaben zugeordnet werden. Sie werden derart skaliert, dass die Summe aller Ausgaben den Gesamtausgaben der SPV entspricht.

Die Private Pflegeversicherung wird analog zur PKV modelliert. Sie versichert die 8,9 Millionen PKV-Versicherten. Ihre hochgerechneten Ausgaben 2010 beliefen sich auf 2,3 Milliarden Euro. Die Prämien zur PPV sind risiko- und ein-

kommensunabhängig. Die Ausgaben je Altersklasse und Geschlecht werden ebenfalls über die amtliche Pflegestatistik 2007 bestimmt und so skaliert, dass die tatsächlichen Gesamtausgaben der PPV realisiert werden.

Im Basisszenario treffen wir schließlich die Annahme, dass die Ausgaben je Altersklasse und Geschlecht um 2,0 Prozent p.a. wachsen. Bei einem allgemeinen Wachstum von 1,0 Prozent p.a. führt dies zu einem einprozentigen Extrawachstum des Gesundheitssektors, wie es Breyer und Ulrich (2000) für Deutschland geschätzt haben.⁵ Für alle Jahre gilt für die Versicherungen außerdem stets die Restriktion, dass für jede Versicherung die Einnahmen den Ausgaben entsprechen. Diese Restriktion gilt im Übrigen auch für den Staat: Sein Ausgangsdefizit wird fixiert und kann nur mit der allgemeinen Wachstumsrate der Wirtschaft zunehmen. Steigende Transferausgaben und steigende staatliche Nachfrage müssen darüber hinaus mit steigenden Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen finanziert werden.

⁵ Diese Schätzung bezieht sich auf die Jahre 1970-1998. Hall und Jones (2007) kommen für die USA für die Zeit 1950 und 2005 sogar auf ein vierprozentiges Extrawachstum der Gesundheitsausgaben.

4. Szenarien

4.1 Basisszenario

Als Referenzszenario definieren wir ein Basisszenario, bei dem der aktuell gesetzlich geltende Status quo fortgeschrieben wird („business as usual“, BAU). Es gilt also das GKV-FinG, bei dem insbesondere pauschale Zusatzbeiträge zur GKV mit einem Sozialausgleich verknüpft sind, der wirkt, sobald die durchschnittliche Prämie 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens (BPE) eines Mitglieds übersteigt. Wir berücksichtigen außerdem den seit 2011 höheren Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5 Prozent. Der Arbeitnehmerbeitrag beträgt 8,2 Prozent und der Arbeitgeberbeitrag 7,3 Prozent. Der AG-Beitrag ist festgeschrieben, während der AN-Beitrag angehoben werden kann. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von 44.550 Euro p. a. im Jahr 2011 steigt mit dem Produktivitätswachstum von 1,0 Prozent p. a. an⁶. 2020 beträgt sie dann rund 49.200 und 2030 rund 54.400 Euro. Wir nehmen ferner einen technischen Fortschritt im Gesundheitswesen von 0,5 Prozent p. a. an, in anderen Branchen dagegen 1,0 Prozent p. a. Wir unterstellen ein alters- und geschlechtsbereinigtes Nachfragewachstum von 2,0 Prozent p. a., d. h. das Demografie bedingte Nachfragewachstum ist dabei noch nicht berücksichtigt und kommt noch hinzu. Es beläuft sich auf rund 0,15 Prozent p. a.

Wichtige volkswirtschaftliche Größen werden für den Untersuchungszeitraum errechnet: die Ausgabenstruktur der einzelnen Haushaltstypen, die Beschäftigung und das BIP sowohl insgesamt als auch für das Gesundheitswesen und den anderen Sektoren getrennt. Für die einzelnen Haushalte wird die Äquivalente Variation zur Bestimmung der Nutzenänderung berechnet

(vgl. die Ausführungen in 3.2). Sie berücksichtigt zum einen die Gesundheitsnachfrage, die sich aus der in der EVS ausgewiesenen privaten Nachfrage nach Gesundheit und der den Haushalten zugeteilten Nachfrage gemäß GKV- und PKV-Ausgaben zusammensetzt, und zum anderen die Freizeitnachfrage. Die Gesamtwohlfahrt der Volkswirtschaft entspricht der Summe der Wohlfahrt über alle Haushalte.

Andere Szenarien werden stets mit diesem Basisszenario BAU verglichen, idealerweise wird in einem Alternativszenario jeweils nur ein Parameter verändert, um keine Überlagerung verschiedener Effekte zu bekommen. Dadurch wird die Interpretation erleichtert. Der Staatshaushalt und die Haushalte der Sozialversicherungen einschließlich GKV und PKV bleiben in allen Szenarien ausgeglichen. Eine Änderung der Gesamtwohlfahrt ist aus diesem Grunde nur auf Änderungen der Wohlfahrt der einzelnen Haushalte zurückzuführen.

4.2 Alternativszenarien

Zur Ermittlung der Effekte einer höheren Produktivität im Gesundheitswesen einerseits und eines gebremsten Ausgabenwachstums durch eine Reduktion der Nachfrage andererseits werden zwei Alternativszenarien definiert. Im Szenario „Anti-Baumol“ (A-BL) wird angenommen, dass das Gesundheitswesen als personalintensive Branche nicht unter der „Baumolschen Krankheit“ leidet, sondern einen genauso starken technischen Fortschritt wie die anderen Branchen erreicht, nämlich 1,0 Prozent p. a. statt 0,5 Prozent p. a.

6 Hier wird unterstellt, dass das Wachstum der Löhne dem des technischen Fortschritts entspricht. Damit kann die Änderung der BBG exogen in das Modell eingespeist werden. Eine Endogenisierung des Wachstums der BBG würde den gegenwärtigen Modellrahmen sprengen.

Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen je Alter und Geschlecht wachsen im Basisszenario um 2,0 Prozent p.a. Im alternativen Szenario „Gebremstes Ausgabenwachstum“ (GAW) nehmen wir stattdessen ein Wachstum von nur 1,5 Prozent p.a. an. Gründe hierfür könnten die folgenden sein: eine geringere Einkommenselastizität der Gesundheitsnachfrage als im Basisszenario, die Realisierung der Kompressionsthese (Felder 2008), stetige Fortschritte bei der Präven-

tion und Abbau von Schnittstellenproblemen im Gesundheitswesen (z.B. durch eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, siehe auch Augurzky et al. 2009) und Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenhaus- oder ärztlichen Leistungen. Gerade bei der Inanspruchnahme von Krankenhaus- und ärztlichen Leistungen sind große innerdeutsche, zum Teil nicht erklärbare Unterschiede feststellbar (Augurzky et al. 2010).

5. Ergebnisse

5.1 Basisszenario

Das Basisszenario BAU bildet den Vergleichsmaßstab für die Alternativszenarien. Für BAU wird die Entwicklung zahlreicher Modellgrößen in absoluten Werten dargestellt. Für die Alternativszenarien werden Modellgrößen in manchen Fällen in Relation zu BAU präsentiert. Bei allen Euro-Beträgen handelt es sich um reale Werte, d.h. in Preisen von 2010.

Unter den Annahmen des Basisszenarios werden die Bevölkerung bis 2030 und damit die Zahl der Versicherten um 4,2 Prozent schrumpfen (Tabelle 5). Das Bruttoinlandsprodukt wird aber auch in Zukunft weiter steigen. Während es sich 2010 auf 2.457 Milliarden Euro belief, wird es bis 2030 auf 2.919 Milliarden Euro um 19 Prozent zunehmen⁷ (Tabelle 6), pro Kopf sogar um 24 Prozent. Der technische Fortschritt bzw. das reale Wirtschaftswachstum ist also der entschei-

Tabelle 5:

Anzahl Versicherte in Mio.

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
insgesamt	81,5	80,6	78,1	-4,2
GKV	72,6	71,8	69,6	-4,2
PKV	8,9	8,8	8,6	-3,9

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 6:

Reales BIP in Mrd. €

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
insgesamt	2.457	2.698	2.919	+18,8
Gesundheitswirtschaft	255	317	391	+53,3
Rest der Wirtschaft	2.202	2.381	2.528	+14,8

Quelle: eigene Berechnungen.

⁷ Zum Vergleich: Zwischen 2000 und 2009 nahm das BIP inflationsbereinigt um 9,0 Prozent zu (Statistisches Bundesamt 2011).

dende Faktor, der die Folgen des demografischen Wandels auffängt. Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft wird dabei 53 Prozent betragen, während die übrige Wirtschaft nur um 15 Prozent zunehmen wird. Damit steigt der Anteil an der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft ent-

sprechend an (Tabelle 7): von 10,4 Prozent auf 13,4 Prozent; ebenso wie der Anteil an der Beschäftigung: von 12,2 Prozent auf 16,4 Prozent. Insgesamt schrumpft die Zahl der Erwerbstätigen von 40,3 Millionen 2010 auf 35,3 Millionen bis 2030 (Tabelle 8).⁸

Tabelle 7:

Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteile in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %-Punkten
Wertschöpfungsanteile				
Gesundheitswirtschaft	10,4	11,7	13,4	+3,0
Rest der Wirtschaft	89,6	88,3	86,6	-3,0
Summe	100,0	100,0	100,0	0,0
Beschäftigungsanteile				
Gesundheitswirtschaft	12,2	14,1	16,5	+4,4
Rest der Wirtschaft	87,8	85,9	83,5	-4,4
Summe	100,0	100,0	100,0	0,0

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 8:

Anzahl Beschäftigte nach Sektoren in Mio.

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
Gesundheitswirtschaft	3,7	3,9	4,1	+10,6
Rest der Wirtschaft	36,6	34,3	31,3	-14,4
insgesamt	40,3	38,1	35,3	-12,2

Quelle: eigene Berechnungen.

⁸ Zum Vergleich: 2000 betrug die Zahl der Erwerbstätigen 39,4 Millionen. Sie stieg bis 2009 auf 40,3 Millionen (Statistisches Bundesamt 2011).

Tabelle 9 verdeutlicht zunächst, dass die Gesundheitswirtschaft personalintensiver produziert als die übrige Wirtschaft. 2010 beträgt der Anteil der Lohnkosten an der Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft 65,5 Prozent gegenüber 57,0 Prozent in der übrigen Wirtschaft. Als Folge der personalintensiven Gesundheitswirtschaft einerseits und der Verknappung des Arbeitsangebots im Zuge des demografischen Wandels andererseits wachsen die Lohnkosten als Anteil an der gesamten Wertschöpfung von 65,5

Prozent auf 69,3 Prozent in der Gesundheitswirtschaft und von 57,0 Prozent auf 58,6 Prozent im Rest der Wirtschaft. Die Arbeitslosigkeit geht sowohl für gering als auch für hoch qualifizierte Arbeitskräfte nur unmerklich zurück (Tabelle 10). Das Niveau der realen Bruttolöhne steigt deutlich an, für Hochqualifizierte geringfügig stärker als für Geringqualifizierte (Tabelle 11). Die Bruttolöhne wachsen stärker als das BIP, insbesondere weil die Lohnbeiträge an die GKV stark zunehmen.

Tabelle 9:

Anteil der Lohnkosten an der Wertschöpfung in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030 in %-Punkten
insgesamt	57,9	58,7	60,0	+2,2
Gesundheitswirtschaft	65,5	67,3	69,3	+3,8
Rest der Wirtschaft	57,0	57,6	58,6	+1,6

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 10:

Arbeitslosigkeit nach Qualifikation in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030 in %-Punkten
gering qualifiziert	12,0	12,0	11,8	-0,2
hoch qualifiziert	4,0	4,0	3,9	-0,1
insgesamt	7,0	7,0	6,9	-0,1

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 11:

Reales Niveau Bruttolöhne pro Kopf, 2010 = 100

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030 in %
gering qualifiziert	100	117	140	+ 40
hoch qualifiziert	100	119	144	+ 44
insgesamt	100	117	141	+ 41

Quelle: eigene Berechnungen.

Das stark steigende Ausgabenvolumen der Gesundheitswirtschaft wird im Basisszenario weitgehend über Sozialabgaben finanziert. Das Ausgabenvolumen erhöht sich in allen Versicherungsarten (Tabelle 12). Besonders stark ist der Anstieg in den Pflegeversicherungen, insbeson-

dere in der PPV. Das Ausgabenvolumen der PPV startet 2010 auf einem relativ niedrigen Niveau (4,3 Prozent der Pflegeausgaben), wächst aber deutlich überproportional an, sodass es bis 2030 8,6 Prozent der Pflegeausgaben umfasst.

Tabelle 12:

Reale Ausgaben der Versicherungen in Mrd. €

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030 in %
GKV	172,2	220,9	292,7	+ 70
SPV	19,2	30,3	38,6	+101
PKV	22,8	30,1	39,2	+ 72
PPV	0,9	1,8	3,6	+ 322

Quelle: eigene Berechnungen.

Daher müssen der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds und die durchschnittliche Zusatzprämie der Krankenkassen, die auf 2 Prozent des BPE beschränkt ist, ebenfalls zunehmen (Tabelle 13). Der Beitragssatz des Arbeitgebers ist auf 7,3 Prozent festgeschrieben, während der Arbeitneh-

mersatz von 8,2 Prozent auf 14,6 Prozent klettern wird, in der Summe also von 15,5 Prozent auf 21,9 Prozent. Die Zusatzprämie macht 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens aus. Dies sind 2020 rund 26 Euro und 2030 gut 28 Euro.

Tabelle 13:

Beitragssatz und Zusatzprämie in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030 in %-Punkten
AG-Satz	7,3	7,3	7,3	0
AN-Satz	8,2	10,0	14,6	+ 6,4
Summe	15,5	17,3	21,9	+ 6,4
Zusatzprämie (in €)	0,00	25,77	28,29	+ 28,29

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 14 zeigt die durchschnittlichen Pro-Kopf-Arbeitnehmerbeiträge der einzelnen Haushalte für die GKV und SPV in den Jahren 2010-2030, aufgeteilt nach Einkommensklassen. Die Rentnerinnen und Rentner erleiden auf niedrigem

Niveau vergleichsweise geringe Zuwächse ihrer Beiträge an die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Weit höhere Aufwüchse sind für die Paarhaushalte und besonders für die Singles zu erwarten.

Tabelle 14:

**Beiträge an die GKV und PKV nach Einkommen und Haushalten pro Kopf und Jahr
reale Werte in €**

	2010	2020	2030	Änderung 2010 - 2030
Geringe Einkommen				
Rentner	21	38	64	+ 43
Partnerhaushalte	759	690	2.226	+1.467
Singles	391	1.345	1.141	+ 750
Mittlere Einkommen				
Rentner	35	63	107	+ 72
Partnerhaushalte	1.247	2.167	3.542	+ 2.295
Singles	1.380	2.400	3.895	2.174
Hohe Einkommen				
Rentner	136	222	352	+ 216
Partnerhaushalte	2.157	3.522	5.546	+ 3.389
Singles	2.422	4.025	6.365	+ 3.943

Quelle: eigene Berechnungen.

Die Wohlfahrt pro Kopf, d.h. das durchschnittliche Pro-Kopf-Nutzenniveau der Haushalte, wird sich im Zeitraum bis 2030 um 8,7 Prozent erhöhen (Tabelle 15). Zu Preisen von 2010 bedeutet dies eine Erhöhung des Pro-Kopf-Einkommens um 1.356 Euro. Wie aus der Tabelle deutlich wird, profitieren die Rentner stark, während alle Haushalte mit beschäftigten Personen Verluste hinnehmen müssen. Für den hohen Wohlfahrtszuwachs der Rentner sind neben de-

ren vergleichsweise geringen Beiträgen die hohen Gesundheitsausgaben verantwortlich, die auch in die Nutzenbewertung eingehen. Die reine Querschnittbetrachtung ist jedoch für eine abschließende Bewertung der Nutzeneffekte von Individuen unzureichend, weil ein Individuum in Laufe seines Lebens verschiedenen Haushaltstypen angehören kann. Inwieweit sich der Nutzen bezogen auf den gesamten Lebenszyklus ändert, ist in dem vorliegenden Modell nicht abgebildet.

Tabelle 15:

Wohlfahrt als Äquivalente Variation im Vergleich zu 2010, reale Werte in €

	2020	2030
Geringe Einkommen		
Rentner	+ 3.203 € (+ 21,3 %)	+ 6.301 € (+ 41,9 %)
Partnerhaushalte	+ 14 € (+ 0,1 %)	- 1.624 € (- 8,9 %)
Singles	- 295 € (- 1,9 %)	- 1.812 € (- 11,6 %)
Mittlere Einkommen		
Rentner	+ 3.558 € (+ 20,8 %)	+ 7.679 € (+ 44,9 %)
Partnerhaushalte	- 510 € (- 2,1 %)	- 2.156 € (- 8,8 %)
Singles	- 199 € (- 0,6 %)	- 2.277 € (- 7,4 %)
Hohe Einkommen		
Rentner	+ 5.167 € (20,1 %)	+ 11.286 € (+ 43,8 %)
Partnerhaushalte	- 1.011 € (- 2,8 %)	- 3.181 € (- 8,9 %)
Singles	- 50 € (- 0,1 %)	- 2.683 € (- 6,1 %)
TOTAL	+ 891 € (+ 4,9 %)	1.356 € (8,7 %)

Quelle: eigene Berechnungen.

5.2 Alternativszenarien

Ein höherer Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen (A-BL) führt gegenüber BAU zu keiner Änderung des BIP bis 2030. Ein geringerer Anstieg der altersbereinigten Gesundheitsausgaben (GAW) führt sogar zu einem geringeren BIP als in BAU (Tabelle 16). Dagegen zeigen sich große Unterschiede im Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamten Wertschöpfung und an der Beschäftigung (Tabelle 17). In A-BL werden insgesamt weniger Beschäftigte benötigt, um die glei-

che Leistung herzustellen. Damit können im Rest der Wirtschaft mehr Beschäftigte eingesetzt werden. Dies hat auch entsprechende Auswirkungen auf die Verteilung der Wertschöpfung zwischen der Gesundheitswirtschaft und dem Rest der Wirtschaft. Stärker wirkt sich die Reduktion des Ausgabenwachstums (GAW) auf den Anteil der Gesundheitswirtschaft aus. In diesem Fall steigt er deutlich moderater als im Basisszenario, weil insgesamt weniger Gesundheitsleistungen nachgefragt werden.

Tabelle 16:

Reales BIP in Mrd. €

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
BAU	2.457	2.698	2.919	+18,8
A-BL	2.457	2.701	2.926	+19,1
GAW	2.457	2.681	2.875	+17,0

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 17:

Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %-Punkten
Wertschöpfungsanteil				
BAU	10,4	11,7	13,4	+3,0
A-BL	10,4	11,5	12,9	+2,5
GAW	10,4	11,2	12,3	+1,9
Beschäftigungsanteil				
BAU	12,2	14,1	16,4	+4,2
A-BL	12,2	13,7	15,5	+3,3
GAW	12,2	13,3	14,9	+2,7

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 18 zeigt, wie sich das BIP in der Gesundheitswirtschaft und im Rest der Wirtschaft entwickelt. Erwartungsgemäß wächst das BIP in der Gesundheitswirtschaft in den beiden Szenarien A-BL und GAW weniger stark als in BAU. Umgekehrt stellt sich die Lage für den Rest der Wirtschaft dar. Vom stärkeren Produktivitätsfortschritt der Gesundheitswirtschaft in A-BL profitiert auch der Rest der Wirtschaft, während unter GAW der Rest der Wirtschaft kaum betroffen

wird. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und entsprechend nach Personal steigen die Preise im Gesundheitswesen in BAU bis 2030 um 6 Prozent stärker an als in der übrigen Wirtschaft (Tabelle 19). Dies ist auch im Szenario GAW der Fall, während in A-BL der höhere Produktivitätsfortschritt über geringere Preise an die Konsumenten weitergegeben werden kann, sodass das relative Preisniveau dann nur um 2 Prozent zunimmt.

Tabelle 18:

Reales BIP nach Sektoren in Mrd. €

Gesundheitswirtschaft	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
BAU	255	317	391	+53,3
A-BL	255	312	378	+48,2
GAW	255	299	353	+38,4
RdW				
BAU	2.202	2.382	2.528	+14,8
A-BL	2.202	2.390	2.548	+15,7
GAW	2.202	2.382	2.522	+14,5

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 19:

Relative Preisentwicklung zwischen Gesundheitssektor und übriger Wirtschaft, 2010 = 100

Gesundheitswirtschaft	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
BAU	100	103	106	6
A-BL	100	100	102	2
GAW	100	103	107	7

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 20:

Reales Niveau der Bruttolöhne pro Kopf, 2010 = 100

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
Gering qualifiziert				
BAU	100	117	140	+ 40
A-BL	100	116	138	+ 38
GAW	100	116	136	+ 36
Hoch qualifiziert				
BAU	100	119	144	+ 44
A-BL	100	118	141	+ 41
GAW	100	118	140	+ 40
Insgesamt				
BAU	100	117	141	+ 41
A-BL	100	118	138	+ 38
GAW	100	116	137	+ 37

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 21:

Anteile der Lohnkosten an Wertschöpfung in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %-Punkten
Gesundheits- wirtschaft				
BAU	65,5	67,3	69,3	+ 3,8
A-BL	65,5	66,2	67,1	+ 1,6
GAW	65,5	67,3	69,3	+ 3,8
Rest der Wirtschaft				
BAU	57,0	57,6	58,6	+ 1,6
A-BL	57,0	57,5	58,4	+ 1,4
GAW	57,0	57,6	58,6	+ 1,6

Quelle: eigene Berechnungen.

Die realen Bruttolöhne pro Kopf steigen in den beiden Alternativszenarien bei Hoch- und Geringqualifizierten etwas weniger als in BAU (Tabelle 20). Der Anteil der Lohnkosten an der gesamten Wertschöpfung fällt in A-BL erwartungs-

gemäß geringer aus (Tabelle 21). Durch die höhere Produktivität verschiebt sich ein Teil der Wertschöpfung weg von den Lohnkosten. Dagegen gibt es in GAW keinen Unterschied zu BAU.

Tabelle 22:

Reale Ausgaben der Versicherungen in Mrd. €

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %
GKV				
BAU	172,2	220,9	292,7	+ 70
A-BL	172,2	218,5	280,6	+ 63
GAW	172,2	209,2	260,4	+ 51
SPV				
BAU	19,2	30,3	38,6	+ 101
A-BL	19,2	29,5	36,6	+ 91
GAW	19,2	28,8	34,8	+ 82
PKV				
BAU	22,8	30,1	39,2	+ 72
A-BL	22,8	29,3	37,2	+ 63
GAW	22,8	27,7	34,0	+ 49
PPV				
BAU	0,9	1,8	3,6	+ 322
A-BL	0,9	1,7	3,4	+ 300
GAW	0,9	1,7	3,3	+ 281

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 23:

Beitragssatz¹ zur GKV in %

	2010	2020	2030	Änderung 2010-2030 in %-Punkten
BAU	15,5	19,3	23,9	+8,4
A-BL	15,5	18,8	22,6	+7,1
GAW	15,5	18,2	21,2	+5,7

¹ inkl. 2 % für den pauschalen Zusatzbeitragssatz.

Quelle: eigene Berechnungen.

Die Ausgaben der einzelnen Versicherungen wachsen bei A-BL weniger stark als in BAU und bei GAW am geringsten (Tabelle 22). Spiegelbildlich zur Änderung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteile der Gesundheitswirtschaft entwickeln sich die Beitragssätze zur GKV (Tabelle 23). Die ausgewiesenen Beitragssätze ziehen

2 % für den pauschalen Zusatzbeitrag mit ein. Im Szenario A-BL steigt der Beitragssatz auf 22,6 Prozent, in GAW auf 21,2 Prozent. Grund hierfür ist jeweils der geringere Finanzierungsbedarf in diesen Szenarien gegenüber BAU.

Schließlich entwickelt sich die Wohlfahrt in beiden Alternativszenarien besser als in BAU (Ta-

belle 24). Die Äquivalente Variation beträgt ungefähr 2 Prozent im Verhältnis zum Einkommen unter BAU. Für alle Haushalte gilt, dass sie in den beiden Alternativszenarien weniger Arbeitnehmerbeiträge an die gesetzliche Kranken- und Pflege-

versicherungen leisten müssen als in BAU (Tabelle 25). Dabei fällt die Ersparnis in GAW höher aus als in A-BL. Zwischen den Einkommenskategorien sind die relativen Unterschiede diesbezüglich relativ gering.

Tabelle 24:

Wohlfahrt pro Kopf als Äquivalente Variation 2030, reale Werte in € und in % im Vergleich zu BAU

	Singles	Partner	Rentner
A-BL			
Geringe Einkommen	+285 € (+1,8 %)	+385 € (+2,1 %)	+218 € (+1,4 %)
Mittlere Einkommen	+515 € (+1,7 %)	+501 € (+2,0 %)	+260 € (+1,5 %)
Hohe Einkommen	+708 € (+1,6 %)	+647 € (+1,8 %)	+383 € (+1,5 %)
Total, Spalte	+530 € (+1,7 %)	+514 € (+2,0 %)	+299 € (+1,5 %)
TOTAL, alle			+446 € (+1,8 %)
GAW			
Geringe Einkommen	+354 € (+2,3 %)	+511 € (+2,8 %)	+145 € (+1,0 %)
Mittlere Einkommen	+789 € (+2,6 %)	+739 € (+3,0 %)	+179 € (+1,0 %)
Hohe Einkommen	+1.178 € (+2,7 %)	+1.070 € (+3,0 %)	+334 € (+1,3 %)
Total, Spalte	+827 € (+2,5 %)	+778 € (+2,9 %)	+234 € (1,1 %)
TOTAL, alle			+609 € (+2,2 %)

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 25:

**Beiträge an die GKV und SPV nach Einkommen und Haushalten pro Kopf 2030;
reale Werte in % und in € bezogen auf BAU**

	Singles	Partner	Rentner
BAU			
Geringe Einkommen	1.141 €	2.226 €	64 €
Mittlere Einkommen	3.895 €	3.542 €	107 €
Hohe Einkommen	6.365 €	5.546 €	352 €
A-BL			
Geringe Einkommen	- 103 € (- 9,0 %)	- 200 € (- 9,0 %)	- 6 € (- 9,1 %)
Mittlere Einkommen	- 338 € (- 8,7 %)	- 310 € (- 8,7 %)	- 10 € (- 9,1 %)
Hohe Einkommen	- 518 € (- 8,1 %)	- 443 € (- 8,0 %)	- 28 € (- 7,8 %)
GAW			
Geringe Einkommen	- 189 € (- 16,5 %)	- 368 € (- 16,5 %)	- 11 € (- 16,7 %)
Mittlere Einkommen	- 632 € (- 16,2 %)	- 572 € (- 16,2 %)	- 18 € (- 16,6 %)
Hohe Einkommen	- 967 € (- 15,2 %)	- 819 € (- 14,8 %)	- 50 € (- 14,2 %)

Quelle: eigene Berechnungen.

6. Fazit

Bei einem unterstellten jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,5 Prozent in der Gesundheitswirtschaft und 1,0 Prozent in den anderen Wirtschaftssektoren wird das BIP auch in Zukunft trotz schrumpfender Bevölkerung weiter wachsen: von 2.457 Milliarden Euro 2010 auf 2.919 Milliarden Euro bis 2030. Pro Kopf erhöht sich das BIP sogar um 24 Prozent. Der technische Fortschritt bzw. das reale Wirtschaftswachstum ist also der entscheidende Faktor, um die negativen Folgen des demografischen Wandels kompensieren zu können. Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft wird dabei aufgrund steigender Nachfrage und steigender Preise 53 Prozent betragen, während der Rest der Wirtschaft um 15 Prozent zunehmen wird, absolut gesehen jedoch trotzdem stärker als die Gesundheitswirtschaft. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft am BIP wird dann 13,4 Prozent betragen – statt 10,4 Prozent im Status quo. Durch den künftigen Bedeutungsgewinn der personalintensiven Gesundheitswirtschaft einerseits und die Verknappung des Arbeitsangebots andererseits wachsen die Lohnkosten als Anteil an der gesamten Wertschöpfung von 65,5 Prozent auf 69,3 Prozent in der Gesundheitswirtschaft und von 57,0 Prozent auf 58,6 Prozent im Rest der Volkswirtschaft.

Die Ausweitung der Gesundheitswirtschaft erhöht allerdings auch ihr Finanzierungsvolumen und lässt damit die Beiträge der GKV und PKV steigen. Die durchschnittliche monatliche Zusatzprämie im Gesundheitsfonds steigt im Modell auf rund 28 Euro bis 2030 und macht dann bei allen Versicherten 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens aus. Der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von derzeit 15,5 Prozent steigt bis 2030 auf 21,9 Prozent. Der Anstieg der Beiträge wird aber vom Lohnanstieg überkompensiert. Die Nettolöhne werden um rund ein Drittel steigen. Die Mittel für andere private Konsumausgaben

werden also nicht schrumpfen, sondern ebenfalls weiter wachsen können – wenn auch langsamer als ohne ein überproportionales Wachstum der Gesundheitswirtschaft.

Für die Bürgerinnen und Bürger führt eine Ausweitung der Gesundheitswirtschaft im Durchschnitt somit nur zu einer relativen Einschränkung. Tatsächlich steigt die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt, d.h. das durchschnittliche Nutzenniveau der Haushalte, um rund 9 Prozent bis 2030. Ausgedrückt in Preisen von 2010 bedeutet dies eine Erhöhung des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens um 1.356 Euro. Allerdings profitieren die Rentner stark, während alle Haushalte mit beschäftigten Personen Verluste hinnehmen müssen. Für den hohen Wohlfahrtszuwachs der Rentner sind neben deren vergleichsweise geringen Beiträgen zur Krankenversicherung deren hohe Gesundheitsausgaben verantwortlich, die auch in die Nutzenbewertung eingehen. Die reine Querschnittbetrachtung ist jedoch für eine abschließende Bewertung der Nutzeneffekte eines Individuums unzureichend, weil jedes Individuum im Laufe seines Lebenszyklus unterschiedliche Haushaltstypen durchläuft. Inwieweit sich sein Nutzen 2030 gegenüber 2010 ändert, ist in dem vorliegenden Modell jedoch nicht abgebildet.

Zwar zeigt dieses Ergebnis, dass bei einem durchschnittlichen technischen Fortschritt die Gesundheitswirtschaft in den kommenden zwei Jahrzehnten finanzierbar bleiben wird. Gleichwohl könnte die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt noch höher ausfallen als im Basisszenario, wenn der Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen höher ausfiele oder wenn Gesundheitsausgaben zum Beispiel durch Prävention oder durch Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage reduziert werden könnten. Sollte der Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen

genau so hoch ausfallen wie in der übrigen Wirtschaft, nämlich 1,0 Prozent p.a., werden im Gesundheitswesen weniger Arbeitskräfte benötigt, die stattdessen in anderen Sektoren eingesetzt werden. Der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamten Wertschöpfung und Beschäftigung fällt daher geringer aus. Das Preisniveau für Gesundheitsgüter steigt weniger stark. Der durchschnittliche Beitragssatz zum Gesundheitsfonds inklusive die auf 2 Prozent des BPE begrenzte Zusatzprämie fällt mit 22,6 Prozent statt 23,9 Prozent niedriger aus. Die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt liegt 2030 für alle Haushaltstypen höher als im Basisszenario, im Durchschnitt um 3,4 Prozent.

Wenn es gelingt, das jährliche Ausgabenwachstum in der Gesundheitswirtschaft von 2,0 Prozent auf 1,5 Prozent zu reduzieren, sind weniger Gesundheitsleistungen zu produzieren. Entsprechend fällt der Anteil der Wertschöpfung und Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft ebenfalls geringer aus. Die Entwicklung der Lohnkos-

ten und des Preisniveaus im Gesundheitsbereich sind ähnlich wie im Basisszenario. Dagegen ist der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds (inkl. Zusatzprämie) bis 2030 mit 21,2 Prozent um 2,3 Prozent-Punkte geringer und die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt um 5,4 Prozent höher als im Basisszenario.

Das Modell zeigt, dass die Gesundheitswirtschaft finanzierbar bleibt, wenn ein ausreichend großer stetiger Produktivitätsfortschritt in der Gesamtwirtschaft erreicht werden kann. Entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. zu erhalten, sollte also vornehmliche Aufgabe der Politik sein. Gleichwohl zeigen die Szenarien auch, dass ein stärkeres Produktivitätswachstum in der Gesundheitswirtschaft ebenso wie eine weniger stark steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen positive Wirkungen auf die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt haben. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik sollte darin liegen, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen.

5. Literaturverzeichnis

- Armington, P. S. 1969: A theory of demand for products distinguished by place of production. *International Monetary Fund Staff Papers* 16, S. 159-76.
- Augurzky, B.; Tauchmann, H.; Werblow, A.; Felder S. 2009: Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI Materialien 49. RWI, Essen.
- Augurzky B.; Gülker, R.; Krolop, S.; Schmidt, C. M.; Schmidt, H.; Schmitz, H.; Terkatz, S. 2010: Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI Materialien 59. RWI, Essen.
- Baumol, W. J. 1967: Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review* 57 (3), S. 415-26.
- Baumol, W. J. 1993: Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice* 77 (1), S. 17-28.
- Boeters, S.; Böhringer, Ch.; Büttner, T.; Krause, M. 2008: Economic effects of VAT reforms in Germany. *Applied Economics* 42 (17), S. 2165-2182.
- Borjas, G. J. 2000: *Labor Economics*, 2nd edn. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Breyer, F.; Ulrich, V. 2000: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220, S. 1-17.
- Chen, D. L. 1999: *World Consumption Economics*, Singapore.
- Felder, S. 2008: Im Alter krank und teuer? – Gesundheitsausgaben am Lebensende G+G Wissenschaft 8, S. 23-30.
- FDZ-Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (Hrsg.) 2009: Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999-2007, Projektnummer 654-2007.
- Hall, R. E.; Jones, C. I. 2007: The Value of Life and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics* 122, S. 39-72.
- Hartwig, J. 2008: What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *Journal of Health Economics* 27 (3), S. 603-623.
- Henke, K.-D., Neumann, K.; Schneider, M. et al. 2010: Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Baden-Baden.
- Hilbert, J. 2008: Gesundheitswirtschaft – Innovationen für mehr Lebensqualität als Motor für Arbeit und Wettbewerbsfähigkeit. In: Institut Arbeit und Technik, Jahrbuch 2007, Gelsenkirchen.
- Layard, R.; Nickell, S.; Jackman, R. 1991: *Unemployment: Macroeconomic Performance and the Labour Market*, Oxford, Oxford University Press.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2010a: Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1: Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung, aus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2010b: Gesundheit: Personal 2000 bis 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2011a: Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2011b: VGR des Bundes – Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt und Erwerbstätigkeit, Wiesbaden.

Die Autoren

Dr. Boris Augurzky

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI), Essen

Prof. Dr. Stefan Felder

Universität Duisburg-Essen, Universität Basel

Renger van Nieuwkoop

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich

Alois Tinkhauser

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI), Essen

Wir danken Boris Beimann, Simon Decker, Rosemarie Gülker und Joachim Schmidt für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie. Anette Hermanowski, Julica Bracht, Lutz Morgenroth, Daniela Schwindt, Marlies Tepas und Benedict Zinke danken wir für die organisatorische Hilfestellung. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Soziales Wachstum – Leitbild einer fortschrittlichen Wirtschaftspolitik

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Das Arbeits-BIP

Eine umfängliche Berücksichtigung der Arbeitsleistung bei der Wohlstandsberechnung

WISO Diskurs

Nachhaltige Strukturpolitik

Wege zum Abbau umweltschädlicher Subventionen

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Progressive Sozialversicherungsbeiträge – Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung des Niedriglohnsektors?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Zukunft sichern: Nachhaltiges Wirtschaften als Herausforderung für den Mittelstand

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Zehn Jahre „Riester-Rente“ –

Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse

WISO Diskurs

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Reform des Personenbeförderungsgesetzes – Perspektiven für ein nachhaltiges und integriertes Nahverkehrsangebot

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Differenzierte Altersgrenzen in der Rentenversicherung aufgrund beruflicher Belastungen? – Vorüberlegungen für ein empirisches Konzept

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Riester-Rente: Verbreitung, Mobilisierungseffekte und Renditen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum

WISO direkt

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Die Zukunft der Grundsicherung – Individualisieren, konzentrieren, intensivieren

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft

Von heimlichen Helden und blinden Flecken

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Perspektiven der Unternehmensmitbestimmung in Deutschland – ungerechtfertigter Stillstand auf der politischen Baustelle?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung – Ein Plädoyer für eine (neue) Dienstleistungspolitik

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Migrationsfamilien als Partner von Erziehung und Bildung

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

Erfolgreiche Geschlechterpolitik Ansprüche – Entwicklungen – Ergebnisse

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso