ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Boss, Alfred

Book Part — Digitized Version

Soziale Sicherungssysteme - Reformen überfällig!

Provided in Cooperation with:
Kiel Institute for the World Economy – Leibniz Center for Research on Global Economic Challenges

Suggested Citation: Boss, Alfred (1993) : Soziale Sicherungssysteme - Reformen überfällig!, In: Walter, Norbert (Ed.): Weniger Staat mehr Markt: Wege aus der Krise, ISBN 3-87959-479-1, Verlag Bonn Aktuell, München, pp. 31-57

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/1892

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Alfred Boss

Soziale Sicherungssysteme – Reformen überfällig!

Die Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland steckt in einer tiefen Krise. Die Rentenversicherung baut ihre – ohnehin geringen – Rücklagen ab, um alle Renten in den alten und in den neuen Bundesländern bezahlen zu können. Spätestens Anfang 1994 wird der Beitragssatz erhöht werden müssen, weil die Bereitschaft zu Ausgabenkürzungen fehlt. Die Krankenversicherung hat 1992 – trotz erheblicher Beitragssatzanhebungen bei vielen Krankenkassen – ein Budgetdefizit von 9 Mrd. DM erwirtschaftet. Die 1989 und 1990 angehäuften Rücklagen sind damit aufgebraucht. 1993 werden die Beitragssätze wohl abermals erhöht, obwohl mit dem sog. Gesundheitsstrukturgesetz Einsparmaßnahmen beschlossen worden sind. Die Arbeitslosenversicherung wird auch 1993 nicht ohne Bundeszuschuß auskommen.

Die aktuelle Finanzlage der Sozialversicherung ist natürlich auch von der ungünstigen konjunkturellen Entwicklung beeinflußt, sie spiegelt aber vor allem grundlegende Konstruktionsmängel des deutschen Systems der Sozialversicherung wider, das im Kern vor mehr als einhundert Jahren von Otto von Bismarck durchgesetzt worden ist. In diesem Beitrag wird dargestellt, wo die Mängel des Systems liegen und welche Reformen im Bereich der Kranken- und der Rentenversicherung notwendig sind, um die Bürger nach marktwirtschaftlichen Prinzipien gegen die Wechselfälle des Lebens mit ihren negativen finanziellen Folgen zu sichern.

A. Gesetzliche Krankenversicherung

1. Worin bestehen die Mängel des Systems?

Die Ausgaben für die Gesundheit, insbesondere jene der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), steigen seit Jahrzehnten stärker

als das Bruttosozialprodukt; im vergangenen Jahrzehnt lag die Rate, mit der die Ausgaben der GKV expandierten, allerdings nur noch wenig über jener des Bruttosozialprodukts. Der Beitragssatz in der GKV wurde immer wieder angehoben; 1950 betrug er 6 vH, 1992 12,7 vH des Bruttoarbeitsentgelts (bis zur Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 5 100 DM in den alten bzw. 3 600 DM in den neuen Bundesländern).

Wenn der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit mit steigendem Realeinkommen zunimmt, so zeigt dies nicht notwendigerweise wirtschaftspolitischen Handlungsbedarf an. Relativ steigende Gesundheitsaufwendungen könnten den Änderungen in der Nutzeneinschätzung der Bevölkerung ebenso entsprechen wie etwa relativ zunehmende Ausgaben für Auslandsreisen. Der Ausgabenanstieg bei der GKV ist aber bedenklich, weil sie für den weitaus größten Teil der Bevölkerung eine staatliche Zwangsversicherung mit Zwangsbeiträgen ist und weil sich die Preise im Gesundheitsbereich nicht im Wettbewerb nach Angebot und Nachfrage richten, sondern politisch festgesetzt werden; dabei spielt die Absicht, Einkommen umzuverteilen, eine nicht unwesentliche Rolle. Rund 86 vH der Bevölkerung haben als Mitglieder der GKV oder als mitversicherte Familienangehörige Anspruch auf „zweckmäßige und ausreichende Gesundheitsleistungen". Die Krankenkasse kann in der Regel nicht frei gewählt werden. Ferner bewirken „moral hazard" auf der Nachfrageseite und fehlender oder unzureichender Wettbewerb unter den Anbietern von Arztleistungen, Arzneimitteln und Krankenhausdiensten unnötig hohe Kosten. Es gibt gravierende Gründe für Reformen im Bereich der GKV.

2. „Moral hazard"-Verhalten und fehlende Wahlmöglichkeiten der Versicherten – Reformüberlegungen

Wenn ein bestimmtes Risiko über eine Versicherung abgedeckt wird, der Risikofall nicht unabhängig vom Verhalten des Versicherten eintritt und die Versicherungsgesellschaft dessen Verhalten nur unvollkommen beobachten und bei der Prämienfestsetzung berücksichtigen kann, dann gerät der Versicherte in Versuchung, den Risikofall herbeizuführen oder nicht zu vermeiden (Fachbegriff: „mo-

ral hazard", moralische Versuchung). Eigene Anstrengungen, sich vor Schadensfällen zu schützen, lohnen sich weniger als bei fehlender Absicherung; die Häufigkeit des Eintretens des Risikofalls nimmt zu. Auch fragen Versicherte im Schadensfall mehr Leistungen nach als sonst. Dies ist das Ergebnis ökonomisch rationalen Verhaltens.

Die Gesamtheit der Versicherten finanziert zwar letztlich über ihre Beiträge bzw. Prämien die Versicherungsleistungen selbst, so daß es im Interesse der Versicherten liegt, daß die Beiträge bzw. Prämien für ein gegebenes Maß an Versicherungsleistungen möglichst niedrig liegen. Der einzelne Versicherte kann aber seinen Nutzen aus der Versicherung dadurch vergrößern, daß er in möglichst hohem Maße Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt und damit dem Gruppeninteresse zuwiderhandelt, zumal er nicht sicher sein kann, daß andere nicht verstärkt Leistungen in Anspruch nehmen. Insbesondere in einem großen Kollektiv ist „moral hazard"-Verhalten in diesem Sinne zu vermuten, weil die Ausbeutung der Versicherung durch den einzelnen die künftige Höhe des Beitragssatzes so wenig beeinflußt, daß dies im Kalkül des Individuums vernachlässigt werden kann; die Anonymität des einzelnen Versicherten begünstigt „moral hazard"-Verhalten.

In der privaten Versicherungswirtschaft hat man verschiedene Methoden entwickelt, um „moral hazard"-Verhalten zu begrenzen. So werden die Prämien nach Risikogruppen gestaffelt, um den Versicherten Anreize für prophylaktische Maßnahmen zu geben. Beiträge werden bei Schadensfreiheit rückerstattet, Versicherte werden im Schadensfall in andere Tarifklassen eingestuft (z.B. in der Kraftfahrzeugversicherung). Auch ist eine (absolute oder relative) Selbstbeteiligung an den Kosten im Schadensfall nicht unüblich.

Im System der GKV wird dagegen praktisch darauf verzichtet, einem „moral hazard"-Verhalten entgegenzuwirken. Entsprechende Maßnahmen werden als unvereinbar mit der Zielsetzung sozialer Gerechtigkeit sowie mit der Absicht einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen betrachtet. So orientiert sich die Beitragsgestaltung grundsätzlich nicht an bestimmten Risikofaktoren. Die Beiträge hängen bei gleichen Leistungsansprüchen von der Einkommenshöhe ab. Familienangehörige werden mitversichert, ohne daß dies zu höheren Beiträgen führt.

Eine nennenswerte Selbstbeteiligung gibt es nur bei den Ausgaben für Zahnersatz; bei den Kosten der Krankenhausbehandlung oder den Arzneimittelkosten wird der Versicherte nur in sehr geringem Maße beteiligt (Zuzahlung von 10 DM je Tag für die ersten 14 Tage des Krankenhausaufenthalts; Zuzahlung von 3 DM für Arzneimittel, für die keine sog. Festbeträge vereinbart wurden; keine Zuzahlung für „Festbetragsarzneimittel"). Der Patient erfährt in der Regel überhaupt nicht, welche Kosten er durch seine Behandlung verursacht. Unter diesen Umständen verhindert das System eine effiziente Nutzung volkswirtschaftlicher Ressourcen; es führt zu Verschwendung.

Ein grundsätzliches Problem, das auch bei Verwirklichung von Maßnahmen zur Minderung von „moral hazard" nicht gelöst wäre, besteht darin, daß die Krankenkassen der GKV dem Wettbewerb praktisch nicht ausgesetzt sind. Die große Mehrheit der deutschen Bevölkerung wird aufgrund der Regelungen in der GKV wie eine Menge unmündiger Bürger behandelt. So werden Arbeiter und Angestellte, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, zu einer Mitgliedschaft in der GKV gezwungen. Nicht einmal zwischen den einzelnen Kassen der GKV können die betreffenden Personen in der Regel wählen. Vielmehr verfügen die einzelnen Kassen über Berufs- oder Gebietsmonopole. Die staatliche Bevormundung geht sogar noch weiter. Die Vorschriften hinsichtlich des Ausmaßes, in dem – sehr begrenzt – Selbstbeteiligungsregeln zum Zuge kommen, sind für alle gleich. Die Präferenzen des einzelnen Bürgers werden schlicht ignoriert. Wahlfreiheit besteht – bei gewissen Einschränkungen – für Arbeiter und Angestellte mit höheren Einkommen, für Beamte und für Selbständige. Zwischen den privaten Versicherungsgesellschaften, bei denen sich diese Gruppen in der Regel versichern, besteht Wettbewerb. Der Kreis der Personen mit Wahlfreiheit ist klein. Infolge der hohen Versicherungspflichtgrenze und der Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV sind rund 86 vH der Bevölkerung in der GKV versichert.

Die fehlende Entscheidungsfreiheit bewirkt, daß die Kosten der Kassen der GKV nicht der Kontrolle durch den Wettbewerb unterliegen. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollte individuelle Wahlfreiheit zwischen privaten und staatlichen Versicherungen eingeführt

werden. Dabei müßten alle Bürger zu einer Mindestabsicherung des Krankheitsrisikos verpflichtet werden; nur so läßt sich nämlich verhindern, daß mindestens einige jegliche Absicherung deshalb unterlassen, weil sie im Krankheitsfall über Sozialhilferegelungen Anspruch auf eine medizinische Versorgung hätten. Eine Versicherungspflicht, was die Mindestabsicherung betrifft, ist erforderlich, um „moral hazard" in diesem Sinne zu vermeiden. Dies sollte aber die einzige Beschränkung der Freiheit des einzelnen Bürgers sein.

Unter Wettbewerbsbedingungen ist jede Krankenkasse nur ein Anbieter unter vielen, die sich auf dem Markt behaupten müssen. Die gesetzlichen Kassen werden dies bei genereller Wahlfreiheit der Versicherten aber nur dann können, wenn sie sich privatwirtschaftlich ausrichten dürfen. Dies würde bedeuten, daß sie die Beiträge nach dem Risiko der Versicherten – u.a. abhängig vom Geschlecht und von der konstitutionellen Verfassung, nicht aber vom Einkommen – bemessen (Äquivalenzprinzip). Alle nicht versicherungsimmanenten Umverteilungselemente würden damit aus der Versicherung gegen Krankheitsfolgen verbannt. Wenn die GKV-Kassen nicht auf Umverteilungsmaßnahmen verzichten, dann verlieren sie die durch diese Regelungen benachteiligten Gruppen als Kunden; die GKV-Kassen werden im Wettbewerb gezwungen, sich risikogerecht zu verhalten.

Einkommensumverteilung müßte freilich trotz einer grundlegenden Reform in diesem Sinne nicht unterbleiben. Sie ließe sich auf andere, den marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus weniger störende Weise verwirklichen, nämlich im Rahmen des Steuer- und Transfersystems. Auch wären bei Bedürftigkeit die Prämien für die Mindestabsicherung des Krankheitsrisikos von der Sozialhilfe ganz oder teilweise zu übernehmen. Dies könnte in einem reformierten System vor allem bei älteren Menschen erforderlich sein, deren (risikogerechte) Versicherungsprämien höher als die jetzigen Krankenversicherungsbeiträge wären. Wirtschaftlich Schwache wären dann geschützt; über marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen würde aber gleichzeitig bei größtmöglicher Handlungs- und Wahlfreiheit des einzelnen Bürgers erreicht, daß knappe Mittel effizient eingesetzt werden.

In einem reformierten System würden viele Versicherte über die vorgeschriebene Mindestsicherung hinaus entsprechend ihren in-

dividuellen Wünschen Zusatzleistungen gegen höhere Prämien nachfragen. Wahrscheinlich sind die Präferenzen der Versicherten auch hinsichtlich des Grades an Freiheit bei der Arzt- und Krankenhauswahl unterschiedlich. Dies ergäbe für Krankenversicherungen Anreize, mit Gruppen von Ärzten und Krankenhausträgern auszuhandeln, daß diese für die versicherte Personengruppe zu einem im vorhinein festgelegten Preis die gesamte medizinische Versorgung leisten, unabhängig davon, welches Ausmaß diese letztlich annimmt. Der Versicherer könnte dabei das günstigste Angebot von Ärzten und Krankenhäusern wahrnehmen; die Versicherungsnehmer hätten die Option, darauf zu verzichten, den Arzt bzw. das Krankenhaus frei zu wählen, dafür aber eine bestimmte medizinische Versorgung zu einem niedrigeren Preis zu beanspruchen. Einrichtungen dieser Art gibt es in den USA in Form der Health Maintenance Organization (HMO).

In einem marktwirtschaftlich organisierten System der Krankenversicherung würde das Angebot an Versicherungstarifen auch in anderer Hinsicht wesentlich breiter aufgefächert, als das gegenwärtig der Fall ist. Verschiedene Grade der Selbstbeteiligung würden von privaten Versicherungen bei allen Leistungen angeboten, wobei der Versicherte bei höherer (niedrigerer) Selbstbeteiligung niedrigere (höhere) Prämien zu zahlen hätte. Auch würden Rückerstattungen für den Fall vorgesehen, daß Versicherungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden (Schadenfreiheitsrabatte). Rückerstattungen an die Versicherten wären auch dann erforderlich, wenn – wie vorgeschlagen – bei Bedürftigkeit die Prämien ganz oder teilweise von Dritten geleistet werden; andernfalls gäbe es für die betreffenden Personengruppen (ohne Einkommen oder mit sehr niedrigen Einkommen) keine Anreize zu Sparsamkeit.

Mehr Selbstbeteiligung führte nicht – wie oft behauptet – nur zu einer anderen Aufteilung der Kosten auf Versicherer und Versicherte; vielmehr wären die Ausgaben niedriger. Empirische Untersuchungen deuten sogar darauf hin, daß die Ausgaben – auch wegen verstärkter Gesundheitsvorsorge – erheblich geringer wären. Dies besagt, daß die Ausgaben der GKV und damit die Beitragssätze gegenwärtig aufgrund weitgehend fehlender Selbstbeteiligung stark überhöht sind. Welche Formen der Selbstbeteiligung nach einer Reform letztlich überwögen, läßt sich nicht sagen. Viel spricht

für die Vermutung, daß sich am Markt vor allem jene Versicherungen durchsetzen würden, die den maximalen Selbstbeteiligungsbetrag jedes Versicherten auf einen bestimmten Anteil seines Jahreseinkommens begrenzen und den Selbstbeteiligungssatz (also den vom Versicherten selbst zu tragenden Anteil der Krankheitskosten) mit zunehmenden Kosten allmählich auf Null absinken lassen.

Bei genereller Wahlfreiheit muß die Entscheidung für eine bestimmte Versicherung im Zeitablauf revidierbar sein. Damit der Versicherungsgeber gewechselt werden kann, ist für jede Versicherungsgesellschaft bzw. für jede im Wettbewerb stehende Krankenkasse eine Verpflichtung vorzuschreiben, daß die für den Altersausgleich angesparten Prämien oder Beiträge (Fachjargon: geschäftsplanmäßige Altersrückstellungen) auf persönlichen Konten ausgewiesen werden; im Falle des Versicherungswechsels sind die angesparten Mittel auf die neue Gesellschaft zu übertragen. Fehlt eine entsprechende Vorschrift, so kann der Wechsel der Versicherung daran scheitern, daß beim Eintritt in eine andere, an sich billigere Versicherung altersbedingt eine höhere Prämie zu zahlen wäre.

3. Unzureichender Wettbewerb zwischen den Anbietern – Ansatzpunkte einer Reform

Die Ressourcenverschwendung im Bereich der GKV würde vermindert, wenn es – wie beschrieben – zu Änderungen auf der Nachfrageseite des Marktes für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen käme. Es gibt aber auch auf der Angebotsseite zahlreiche staatliche Regulierungen mit negativen Auswirkungen. Sie betreffen gleichermaßen das Angebot an Arztleistungen, Arzneimitteln und Krankenhausdienstleistungen. Auch hier sind Reformen notwendig.

Arztleistungen

Ärzte haben einen Anspruch auf Ernennung zum Kassenarzt. In dieser Eigenschaft wird der Arzt Mitglied einer kassenärztlichen Vereinigung, eines Zwangskartells, das ihm grundsätzlich die Vergütung jeder einzelnen Leistung zum einheitlichen Preis garantiert. Die Preise werden im wesentlichen in zwei Stufen festgesetzt. Die

kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Kassen handeln – für längere Zeiträume und für das gesamte Bundesgebiet – ein System relativer Preise für alle kassenärztlichen Leistungen aus. Das jeweilige Niveau der Honorare für Arztleistungen legen die gesetzlichen Kassen als Vertreter der Versicherten und die Kassenärztlichen Vereinigungen – auf Bundesebene oder auf Landesebene – fest. Darüber hinaus ist zwischen den Vereinigungen und den Kassen aber auch vereinbart worden, daß die Entwicklung der Ausgaben für die ärztliche Behandlung im Einklang mit jener der Grundlohnsumme, also der Lohnsumme der Zwangsversicherten (bis zur Beitragsbemessungsgrenze), stehen muß. Übersteigt die Summe der Produkte aus den Mengen der Arztleistungen und den Preisen derselben den Betrag, der sich infolge der Orientierung an der Grundlohnsumme ergibt, so verringert sich das Niveau der Einzelpreise. Der Preis der einzelnen Leistung des Arztes ist damit im vorhinein nicht bekannt.

Diese Regelungen sind nicht sachgerecht. Wie stets bei administrativen Systemen entsprechen die Preise schon zum Zeitpunkt ihrer Festsetzung nicht den relativen Knappheiten. Die Abweichungen werden im Zeitablauf größer, weil sich die Knappheiten ändern. Dies ist im Gesundheitswesen besonders gravierend, weil die betreffenden Honorarvereinbarungen oft lange gelten.

Damit diese Mängel verringert werden, sollten die bestehenden kollektiven Verträge zwischen den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der GKV durch ein System individueller Vertrags- und Koalitionsfreiheit abgelöst werden. Das würde beispielsweise bedeuten, daß die Krankenkassen mit einzelnen preisgünstigen Ärzten Verträge abschließen. Andere Ärzte müßten daraufhin ihre Preisforderungen senken. Ziel sollte es letztlich sein, daß die einzelnen Ärzte mit den Patienten privatrechtliche Behandlungsverträge abschließen können. Wie Unternehmer in anderen Branchen könnten Ärzte – zumindest für Standardleistungen – Preislisten erstellen und die potentiellen Nachfrager ihrer Leistungen über ihre Preise informieren. In Abhängigkeit von der Qualität der Leistung würde sich eine Staffelung der Arztpreise entwickeln. Verbesserungen ergäben sich bei freier Preisgestaltung im Markt wohl auch dadurch, daß bestimmte technische Leistungen weniger von Ärzten als von Institutionen mit Spezialisierungsvorteilen erbracht würden.

Eine Liberalisierung ist auch hinsichtlich der Organisationsformen nötig. So sollten Gruppenpraxen generell und in beliebiger Form zulässig sein. Es dürfte auch nicht mehr untersagt werden, daß im ambulanten Bereich ein Arzt, eine Gruppe von Ärzten oder Unternehmer überhaupt Ärzte unselbständig beschäftigen. Nichts spricht dafür, daß praktisch zwei Organisationsformen dominieren – die Arbeit im Krankenhaus und die freiberufliche Ein-Mann-Praxis. Durch eine Lockerung der strengen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ließe sich Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern schaffen – zum Vorteil der Versicherten.

Darüber hinaus sollten Regelungen, die den Marktzugang erschweren oder verhindern, abgeschafft werden, beispielsweise die kassenärztliche Bedarfsplanung, nach der die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten für „erheblich überversorgte Gebiete" Zulassungsbeschränkungen aussprechen kann. Auch dürfte Ärzten aus dem Ausland im Interesse eines intensiven Wettbewerbs der freie Zugang zum heimischen Markt für Arztleistungen nicht verwehrt werden. Niederlassungsfreiheit wäre danach nicht nur für Ärzte aus anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft zu gewähren.

Häufig wird argumentiert, durch staatliche Eingriffe seien eine „ungezügelte Ärzteschwemme" und dadurch bedingte hohe Ausgaben zu verhindern. Während die Bevölkerung abnehme, steige die Zahl der Absolventen der medizinischen Fakultäten oder Fachbereiche der Universitäten. Die Zahl der Einwohner je Arzt nehme deutlich ab. Bei sinkender Patientenzahl je Arzt bestehe die Neigung, die Patienten intensiver zu behandeln und mehr Medikamente zu verschreiben. Die Kosten je Patienten und damit die Krankenversicherungsbeiträge schössen in die Höhe. Diese Argumentation ist falsch. Sie beruht auf den Erfahrungen, die im jetzigen dirigistischen Gesundheitswesen gewonnen wurden. Wenn sich die Preise für Arztleistungen (und Medikamente) frei bilden können und der Patient für seine Behandlung (und für seine Medikamente) aufgrund eines Selbstbehalts (mit-)zahlen muß, dann ist die befürchtete „Kostenexplosion" nicht zu erwarten. Ein steigendes Angebot an Ärzten führt dann dazu, daß die Honorare für Arztleistungen sinken – mit mittelfristigen Wirkungen auf die Zahl der Medizinstudenten.

Der Arzneimittelmarkt ist auf der Hersteller- und der Vertriebsstufe in hohem Maße reguliert. Die meisten Arzneimittel sind apothekenpflichtig, dürfen also nur durch Apotheken an den Verbraucher verkauft werden. Die Abgabe der Medikamente erfolgt in der Regel aufgrund ärztlicher Verschreibung. Medikamente sind vor allem dann verschreibungspflichtig, wenn sie auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit gefährden können.

Im Apothekengesetz ist prinzipiell die Niederlassungsfreiheit für Apotheker verankert. Der Marktzutritt ist aber dadurch beschränkt, daß es einem Apotheker untersagt ist, mehrere Apotheken zu betreiben. Apotheker können somit nicht die Rationalisierungsvorteile einer Filialkette nutzen. Die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke verpflichtet zur persönlichen Leitung in eigener Verantwortung (Verbot des Fremdbesitzes). Entsprechend ihrem Berufsbild unterlassen Apotheker in der Regel Werbemaßnahmen; Werbung mit Preissenkungen kann zu Verfahren vor Berufsgerichten führen. Ein Apotheker darf sich nicht verpflichten, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten, und er darf sein Angebot nicht auf bestimmte Hersteller oder Händler beschränken.

Bei der Preisgestaltung im Pharmabereich sind die Hersteller frei, der Großhandel und der Einzelhandel aber nicht. Nach der Verordnung über Preisspannen sind für alle apothekenpflichtigen Fertigarzneimittel auf der Großhandelsstufe Höchstzuschläge vorgeschrieben, auf der Apothekenstufe Festzuschläge auf die Summe aus Herstellerabgabepreis und Höchstzuschlag. Es gibt aber seit 1989 auch viele Arzneimittel, für die von sogenannten Fachleuten – Medizinern und Pharmakologen im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen – die Preise in Form sogenannter Festbeträge festgelegt werden; für diese Arzneimittel müssen die Versicherten nichts zuzahlen.

Arzneimittel sind häufig im Inland teurer als im Ausland. Zur Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt sollten ein freier Warenverkehr und die volle Substituierbarkeit von identischen inländischen und ausländischen Arzneimitteln gewährleistet werden. Fortschritte gibt es hier infolge des – mit der Vollendung des EG-Binnenmarkts – geänderten Verfahrens der Arz-

neimittelzulassung. Danach dürfen im Ausland zugelassene Arzneimittel in Zukunft mehr und mehr auch im Inland verkauft werden. Auf der Stufe der Apotheken sollte Preiswettbewerb ermöglicht werden, indem die Preisspannenverordnung aufgehoben wird. Dies würde dazu beitragen, daß das Preisgefälle zu anderen Ländern geringer wird. Ferner sollte zugelassen werden, daß nicht verschreibungspflichtige und bisher apothekenpflichtige Medikamente auch außerhalb der Apotheken verkauft werden können. Umgekehrt müßten Apotheker das verkaufen dürfen, was immer sie an „branchenfremden" Produkten verkaufen wollen. Möglich müßte es auch sein, daß Versicherungen oder Krankenkassen Apotheken betreiben. Ferner sollten das Mehrfachbesitz- und das Fremdbesitzverbot für Apotheker aufgehoben werden, damit Rationalisierungsvorteile genutzt werden können.

Krankenhausleistungen

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 erhielten diejenigen Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan bzw. das Krankenhausprogramm aufgenommen waren, Zuschüsse des Bundes und der Länder, damit sie ihre investiven Ausgaben finanzieren konnten. Diese Krankenhäuser hatten das Recht, Kassenpatienten behandeln zu dürfen. Die laufenden Kosten wurden über die Pflegesätze gedeckt. Angesichts dieser Regelungen war das Interesse, die Krankenhauskosten niedrig zu halten, gering. Bettenberge und lange Verweildauern im Krankenhaus waren die Folge.

Seit 1985 werden die Mittel für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser allein von den Ländern aufgebracht. Der Gestaltungsspielraum der Länder bei der Krankenhausplanung und der Investitionspolitik wurde etwas erweitert. Immer noch können die Krankenhäuser aber eine autonome Investitionspolitik nicht betreiben, sie können nicht flexibel auf Veränderungen des Bedarfs reagieren. Die Krankenversicherungen müssen mit Plankrankenhäusern Verträge schließen und – aufgrund des Anspruchs der Krankenhäuser auf Deckung der Selbstkosten – die Folgen staatlicher Investitionslenkung tragen.

Um hier Abhilfe zu schaffen, sollte zugelassen werden, daß sich die Preise für Leistungen der Krankenhäuser nach Angebot und

Nachfrage richten. Einzelne Krankenhäuser und Krankenversicherungen sollten Preise frei aushandeln dürfen. Insbesondere müßte es generell möglich sein, die Preise nach der Krankheitsart oder der Leistungsart zu differenzieren. Gesundheitsdienstleistungen sind private Güter. Es gibt deshalb keine ökonomischen Gründe dafür, Krankenhäuser anders zu behandeln als die Produzenten beliebiger sonstiger privater Güter. Krankenhäuser sollten sich wie andere Unternehmen im Wettbewerb behaupten müssen. Konkrete Reformschritte könnten darin bestehen, daß Krankenversicherungen in eigener Regie Krankenhäuser betreiben. Auch sollten kommunale oder staatliche Krankenhäuser privatisiert werden. Mindestens sollten die Länder den Krankenhäusern alle Rechts- und Betriebsformen ermöglichen, die Ablösung des öffentlichen Dienstrechts sollte dabei zulässig sein.

4. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 – Schritt in die falsche Richtung

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 enthält – gemessen an dem, was notwendig wäre im Interesse einer freiheitlichen und effizienten Krankenversicherung – nur wenige sinnvolle Maßnahmen, dafür aber um so mehr solche, die noch mehr Dirigismus bedeuten. Es trägt den skizzierten Reformvorstellungen in einzelnen Bereichen ansatzweise Rechnung; in vielen anderen Bereichen beinhaltet es aber Schritte in die falsche Richtung.

Die individuellen Entscheidungsspielräume werden durch das Gesetz noch mehr beschränkt. So wird eine sogenannte Positivliste jener Medikamente eingeführt, die auf Kosten der Krankenkassen bzw. ihrer Mitglieder verordnet werden dürfen; einen Vorschlag zur Gestaltung dieser Liste soll ein paritätisch besetztes Institut „Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung" machen. Bestimmte zahnmedizinische Versorgungsformen werden aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegrenzt.

Die zahnärztlichen Vergütungen für Zahnersatz werden per Gesetz ebenso gesenkt wie die Arzneimittelpreise auf der Herstellerstufe. Für die Krankenhaus- und die Arztleistungen werden Budgets vorgegeben, die entsprechend der Zunahme der Grundlohn-

summe und damit – bei festem Beitragssatz – der Beitragseinnahmen steigen dürfen. Die Regelungen der sogenannten Bedarfsplanung für Kassenärzte werden verschärft; der Berufszugang wird ab 1993 behindert, ab 1999 wird er bestimmten Gruppen wohl ganz verstellt.

Die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln wird tendenziell vergrößert. Gleichzeitig wird ein festes Budget für die Arzneimittelausgaben vorgegeben. Wird dieses aufgrund der unabhängig voneinander erfolgenden Verschreibungen von Medikamenten durch die Ärzte überschritten, so werden zunächst die kassenärztliche Bundesvereinigung und danach die pharmazeutische Industrie in Höhe der Mehrausgaben belastet (durch geringere Vergütungen für ärztliche Leistungen bzw. niedrigere Pharmapreise).

Das Selbstkostendeckungsprinzip für Krankenhäuser wird, was zu begrüßen ist, aufgehoben. Die tagesgleichen Pflegesätze sollen auf mittlere Sicht durch Sonderentgelte und Fallpauschalen ersetzt werden. Das duale System der Krankenhausfinanzierung, nach dem die Länder die Investitionsausgaben und die Kassen die laufenden Kosten tragen, soll, ohne daß konkrete Maßnahmen vorgesehen sind, umgestellt werden auf ein monistisches System (Finanzierung aller Ausgaben über die Pflegesätze).

Insgesamt enthält das Gesetz nur wenige positive Elemente, schafft aber weitere Reglementierungen und bewirkt noch mehr bürokratisch-obrigkeitliche Steuerung der Menschen. Die Chancen einer marktwirtschaftlichen Umgestaltung werden wieder einmal verspielt.

Die alten und die neuen Regulierungen im Gesundheitswesen haben den Nachteil, daß sie bei den Politikern und bei den zuständigen Behörden Wissen voraussetzen, das diese nicht haben und nicht haben können. „Der optimale Versicherungsschutz, die optimale Zahl von Ärzten, Krankenhäusern, Großgeräten und Arzneimitteln und die dazugehörigen Gleichgewichtpreise . . . sind Größen, die sich weder auf wissenschaftlichem noch auf demokratischem Wege feststellen lassen; denn es kommt dabei auf die Präferenzen des einzelnen Bürgers und die Produktionsbedingungen des einzelnen Anbieters von Gesundheits- oder Versicherungsleistungen an. Die Präferenzen des einzelnen kann man nur feststellen, wenn man ihn . . . selbst entscheiden läßt. Die Produktionsbedingungen der

einzelnen Anbieter kann man nur feststellen, wenn man sie dem Wettbewerb aussetzt. Die Regulierungsstrategie ist aber ihrem Wesen nach autoritär und daher ineffizient."[1]

B. Gesetzliche Rentenversicherung

1. Wo liegen die Mängel des Systems?

Entscheidend für die gegenwärtige Ausgestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) ist die Rentenreform von 1957. Damals war die sogenannte dynamische Rente beschlossen worden. Die Renten folgen seitdem der Entwicklung der Löhne. Die meisten Beschäftigten sind zur Mitgliedschaft verpflichtet und müssen einen bestimmten Anteil ihres Bruttolohns an die Rentenversicherung abführen. Sie erhalten dafür einen Anspruch auf eine Altersrente, die grundsätzlich in einem festen Verhältnis zu ihrem durchschnittlichen Lebenseinkommen steht. Der Rentenanspruch ist um so höher, je länger ein Arbeitnehmer erwerbstätig war und Beiträge gezahlt hat; der Anspruch ist bei gegebener Dauer des Erwerbslebens um so größer, je höher das Einkommen und damit der geleistete Rentenversicherungsbeitrag waren.

Die Rentenansprüche sind nicht durch angesammeltes Vermögen gedeckt. Zum Jahresende 1992 existierten lediglich geringfügige finanzielle Reserven (49 Mrd. DM oder reichlich 2 Monatsausgaben der GRV). Es gilt das Umlageverfahren: die jeweiligen Beschäftigten geben Teile ihres Einkommens ab, mit den Beiträgen werden die Renten finanziert.

Die Rücklagen der GRV werden 1993 abnehmen. Die gegenwärtigen finanziellen Engpässe sind aber noch klein im Vergleich zu dem, was auf die Rentenversicherung in den nächsten Jahrzehnten zukommen wird. Dann nimmt die Zahl der Personen im Erwerbsalter stetig ab. Die Anzahl der Personen im Rentenalter wird dagegen deutlich steigen. Der Anteil dieser Personengruppe an der Gesamtbevölkerung wird jahrzehntelang zunehmen.

---

[1] Roland Vaubel, Sozialpolitik für mündige Bürger: Optionen für eine Reform, Baden-Baden 1990, S. 23.

Für die Rentenversicherung bedeutet diese Verschiebung im Altersaufbau, daß entweder – bei gegebenen Leistungsversprechen – der Beitragssatz angehoben oder – bei unverändertem Beitragssatz – die Renten im Verhältnis zu den Löhnen der Beschäftigten gekürzt werden müssen; natürlich ist auch eine Kombination aus beiden Maßnahmen denkbar, beispielsweise eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Die Rentenversicherung ist in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung prinzipiell auf eine vollständige Bevölkerungsregeneration angewiesen, wenn das Beitrags-Leistungs-Verhältnis beibehalten werden soll.

In den Bilanzen der GRV wird die Finanzmisere nicht sichtbar. Viele Rentner und Versicherte, aber auch Politiker machen sich deshalb Illusionen. Die Verpflichtungen der Rentenversicherung gegenüber den Rentenbeziehern und jenen, die Rentenansprüche angesammelt haben, belaufen sich auf ein Vielfaches des Jahreseinkommens der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (1992: 2 630 Mrd. DM); sie werden aber nicht ausgewiesen. Diesen Verpflichtungen stehen vernachlässigbar geringe finanzielle Reserven gegenüber (49 Mrd. DM). Letztlich ist der Staat verpflichtet, für die Verbindlichkeiten der Rentenversicherung einzustehen. Er kann dies jedoch nur, wenn die Bürger bereit sind, entsprechend hohe Steuern zu zahlen. Die Ansprüche der Versicherten sind daher durch nichts gedeckt als die vage Hoffnung, daß die nachfolgende Generation bereit sein werde, die Alten in der vorgegebenen Höhe zu versorgen. „Es handelt sich um eine Ironie der Geschichte: Obwohl die Gesetzliche Rentenversicherung (von Bismarck) gegründet wurde, um sicherzustellen, daß jeder für sein Alter vorsorgt, hat der allmähliche Übergang zum Umlageverfahren bewirkt, daß niemand mehr über die Gesetzliche Rentenversicherung für sein Alter vorsorgt."[2]

Angesichts einer so desolaten Finanzlage wie in der Rentenversicherung käme es im privatwirtschaftlichen Bereich zum Konkurs. In der Rentenversicherung dagegen herrscht Vermögensillusion. Die existierenden Verbindlichkeiten werden ignoriert; Bilanzwahrheit im ökonomischen Sinne wird vermieden.

---

[2] Vaubel, a.a.O., S. 29.

2. Rentenreform von 1989 – eine Scheinlösung der Probleme

Das 1989 für das frühere Bundesgebiet beschlossene Rentenreformgesetz hat nichts Grundlegendes geändert. Es ist zum 1. 1. 1992 wirksam geworden und sieht vor allem vor, daß die Renten jedes Jahr gemäß dem Anstieg des durchschnittlichen Nettolohns erhöht werden, daß der Bundeszuschuß an die GRV entsprechend dem Anstieg des Beitragsaufkommens angehoben wird und daß Teilrenten zulässig sind. Nach der Jahrtausendwende sollen die Altersgrenzen schrittweise erhöht werden; vom Jahre 2001 an werden die bislang unterschiedlichen Altersgrenzen stufenweise auf die Regelaltersgrenze von 65 Jahren angehoben. Bedeutsam ist auch die eingebaute Automatik zwischen der Änderung des Beitragssatzes und der Höhe des Rentenanstiegs; Ziel ist es, eine feste Relation zwischen Nettolohn und Rente herzustellen.

In den neuen Bundesländern haben sich 1992 durch die volle Übertragung des westdeutschen Rentenrechts wesentliche Änderungen ergeben. Versicherte und Rentner in der ehemaligen DDR werden durch die Rechtsanpassung zum Jahresbeginn 1992 gegenüber dem Recht zuvor begünstigt. Das gilt hinsichtlich der Regeln für die Altersgrenzen und hinsichtlich der Voraussetzungen für den Bezug von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten; es gilt auch für die Hinterbliebenenversorgung.

Die Reformmaßnahmen des Jahres 1989 sind so konzipiert, daß das System der GRV bis zum Jahre 2010 funktioniert; ein Beitragssatz von 21,5 vH soll dann zur Finanzierung aller Renten ausreichen (1993: 17,5 vH). Die größten Probleme infolge der Abnahme der Bevölkerung stellen sich aber erst nach 2010 ein. Die Reform hat also die Probleme der GRV nicht gelöst. Die Probleme sind lediglich in die Zukunft verschoben worden; sie werden in dem Maße entschärft, in dem durch Einwanderungen die Zahl der Beitragszahler steigt.

3. *Einkommensumverteilung über die Rentenversicherung unnötig und schädlich – Reformvorschläge*

Die Rentenversicherung ist überfrachtet mit Umverteilungsmaßnahmen. Eine Einkommensumverteilung über die Rentenversicherung sollte aber vermieden werden. Wenn – aus welchen Gründen auch immer – eine Umverteilung von Einkommen für erwünscht gehalten wird, dann ist das Steuersystem das geeignete Instrument. Sofern eine Umverteilung von Einkommen beispielsweise zugunsten jener, die als Erwerbstätige sehr geringe Einkommen bezogen haben und daher nur geringe Rentenansprüche haben, gewollt ist, so sollte sie über das Steuersystem und die Sozialhilferegelungen erfolgen. Dann würden nur jene begünstigt, die bedürftig sind und nicht aus anderen Quellen ausreichende Einkünfte beziehen oder über ihre Familie finanziell abgesichert sind.

Eine steuerliche Belastung höherer und mittlerer Einkommen zur Finanzierung von Unterstützungszahlungen an einkommensschwache Personengruppen mindert zwar auch die Leistungsanreize; eine Zwangsmitgliedschaft in der staatlichen Rentenversicherung ist aber dann entbehrlich. Wenn dagegen über die Rentenversicherung Einkommen umverteilt werden, so ist staatlicher Zwang nötig. Ohne daß der Staat die Bürger zur Mitgliedschaft in der staatlichen Rentenversicherung verpflichtet, wird nämlich jeder, der eine Begünstigung nicht erwarten kann, eine Form der Alterssicherung wählen, bei der Leistung und Gegenleistung in einem „fairen" Verhältnis stehen; für die staatliche Rentenversicherung wird er sich nicht entscheiden, weil sie wegen der Einkommensumverteilungsmaßnahmen eine „unfaire" Versicherung ist. Die Freiheitseinbuße für den einzelnen ist also bei einer Einkommensumverteilung über das Steuersystem geringer als bei gleichzeitiger Umverteilung über das Steuersystem und die Rentenversicherung kraft staatlichen Zwanges; zudem sind die allokativen Verzerrungen und damit die Wohlfahrtseinbußen für die Volkswirtschaft geringer und klarer ersichtlich.

In einem reformierten System sollten aus den Beiträgen der Versicherten nur die „Eigenrenten", also jene Renten, die sich aufgrund geleisteter Beiträge der Versicherten ergeben, finanziert werden. Eine eigenständige Altersabsicherung (durch eigene Beiträge oder Prämien) ist auch für nichterwerbstätige Frauen erforderlich.

Jeder sollte – mit Verzinsung – das zurückerhalten, was er als Erwerbstätiger oder – indirekt – als Arbeitsloser eingezahlt hat. Dabei gewinnen natürlich diejenigen, die überdurchschnittlich alt werden. Dies ist aber ein versicherungsimmanenter Vorgang, der mit Einkommensumverteilung nichts zu tun hat. Alle Regelungen, die von vornherein Umverteilung innerhalb der Gesamtheit der Beitragszahler oder der Rentner zum Ziel haben, sollten beseitigt werden. Dies gilt besonders für die Anrechnung beitragsloser Zeiten und die Frühverrentung im Rahmen der flexiblen Altersgrenze in der seit 1973 möglichen Form, aber auch für die Fiktion eines Mindesteinkommens bei Kleinrenten.

Wenn beispielsweise die Jahre des Studiums als Versicherungszeit angerechnet werden, ohne daß Beiträge gezahlt werden müssen, dann beeinflußt dies die individuelle Entscheidung zwischen Studium und Beruf. Die Zahl der Studenten fällt größer aus als ohne diese Subvention, die durchschnittliche Zeit des Studiums wird länger. Volkswirtschaftliche Ressourcen werden verschwendet. Hinzu kommt, daß die Beitragszahler oder die Steuerzahler die Begünstigung der Studenten finanzieren; die Abgabenbelastung fällt also höher aus, Leistungsanreize werden geschwächt.

Die flexible Altersgrenze in der gegenwärtigen Form begünstigt das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben, weil die Rente nicht gekürzt wird, um die längere Dauer des Rentenbezugs zu berücksichtigen. Die individuelle Entscheidung zwischen Erwerbstätigkeit und Rentnerdasein wird verzerrt; das Arbeitsangebot wird künstlich verknappt. Die Kosten tragen die Beitrags- oder die Steuerzahler.

Unterschiedlichen Wünschen hinsichtlich des Renteneintrittsalters sollte durch versicherungsmathematisch zu bestimmende Abschläge oder Zuschläge Rechnung getragen werden. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Rente wegen Arbeitslosigkeit schon vorzeitig bezogen werden darf. Mit der Rentenreform zum Jahresbeginn 1992 sind, was die Entscheidung über das Ausscheiden aus dem Berufsleben betrifft, Schritte hin zu einem System gemacht worden, das den Wünschen der Versicherten nach kürzerer oder längerer Lebensarbeitszeit mehr Rechnung trägt als das bisherige System und das die Umverteilung zugunsten der Frührentner einschränkt.

Rentenansprüche sollten davon unabhängig sein, ob und in welcher Höhe ein Rentner durch „Erwerbstätigkeit im Ruhestand" Einkünfte erzielt, denn sonst werden Leistungsanreize unnötig geschwächt und das Arbeitsangebot beschränkt. Wer die bestehenden Regelungen in Form der Hinzuverdienstgrenzen für nötig hält, um den Arbeitsmarkt zu entlasten und die Arbeitslosenzahl zu verringern, verkennt die entscheidenden Ursachen für eine andauernde unfreiwillige Arbeitslosigkeit: ein zu hohes Lohnniveau und Verzerrungen im Verhältnis der Löhne für bestimmte Tätigkeiten oder der Löhne in verschiedenen Branchen oder Regionen.

Eine Umverteilung von Einkommen gibt es in der Rentenversicherung in vielfältigen anderen Formen. Frauen werden auf Kosten der Männer insofern begünstigt, als sie trotz längerer Lebenserwartung nicht Abschläge von der Rente hinnehmen müssen, sondern im Normalfall sogar schon früher als Männer eine Rente beziehen. Unverheiratete Männer werden diskriminiert, weil verheiratete Männer automatisch ihre Ehefrauen mitversichern, die dann, wenn sie überleben, eine Rente beziehen. All diese Begünstigungen bzw. Diskriminierungen sollten abgeschafft werden.

In der GRV ist der Rentenanspruch unabhängig davon, in welchem Lebensjahr der Beitrag geleistet wurde. In der Rentenformel werden die Relationen des individuellen Lohns zum Durchschnittslohn gemittelt; der Rentenanspruch bleibt also unberührt davon, in welchem Lebensjahr der individuelle Lohn um einen bestimmten Prozentsatz vom Durchschnittslohn abgewichen ist. Bei einer privaten Versicherung auf den Erlebensfall gilt hingegen, daß der für das Alter aufgebaute Rentenanspruch um so höher ist, je früher die Beiträge geleistet wurden. Der höhere Wert der früher geleisteten Beiträge ergibt sich zum einen aus der Verzinsung, zum anderen aus der mit zunehmendem Alter steigenden Wahrscheinlichkeit, daß der Versicherte das Rentenalter, den Versicherungsfall, erleben wird.

4. Kapitaldeckung der Rentenansprüche erforderlich

Die Rentenversicherung beruht auf dem Umlageverfahren; es gibt praktisch keine Rücklagen. Im Vergleich zur Anwendung des Ka-

pitaldeckungsverfahrens fällt die Vermögensbildung in der Volkswirtschaft geringer aus. Viel spricht nämlich dafür, daß der einzelne Versicherte die im Rahmen des Umlageverfahrens entstehenden Ansprüche als Teil seines Vermögens betrachtet und seine private Ersparnis einschränkt, obwohl die über das Umlageverfahren aufgebauten Ansprüche – gesamtwirtschaftlich betrachtet – keine Ersparnis sind; denn die Beiträge dienen zur Finanzierung der Leistungen an die nicht mehr Erwerbstätigen.

Ginge man zur Kapitaldeckung über, so würden Konsumausgaben zugunsten von Ersparnis und Investitionen zurückgedrängt. Letztlich könnten im dadurch ausgelösten Wachstumsprozeß über höhere Realeinkommen alle, Rentner und Aktive, profitieren. Die Einkommensverteilung würde sich zugunsten der Bezieher von Lohneinkommen ändern, denn Kapital wäre weniger knapp, sein relativer Preis also geringer. Das Umlageverfahren im System der Alterssicherung sollte daher aufgegeben, die Altersvorsorge durch Kapitalbildung betrieben werden.

Die Argumentation, daß Vorsorge für das Alter durch Kapitalbildung nicht im erforderlichen Ausmaß möglich sei, weil dies zu einem drastischen Konsumrückgang und zu einer konjunkturellen Verschlechterung führe, übersieht die Anpassungsfähigkeit der Güter- und Kapitalmärkte. Verstärkte Kapitalbildung, also eine verringerte Präferenz für Gegenwartskonsum, führt dazu, daß der Realzins abnimmt. Dies steigert die Attraktivität potentieller Investitionsobjekte. Die Menge rentabler Investitionsmöglichkeiten ist keineswegs, wie das häufig behauptet wird, eine gegebene Größe. Hinzu kommt, daß es Investitionsmöglichkeiten nicht nur innerhalb der Landesgrenzen gibt; die potentiell rentablen Investitionschancen in der gesamten Welt müssen in die Argumentation einbezogen werden. Über Kapitalexport und entsprechende Exportüberschüsse würde (bei höherer Ersparnis der Inländer) den Entwicklungsländern geholfen. Aus den reichen Ländern kämen dann die Ressourcen, die gebraucht werden, um mehrere Hunderte von Millionen potentiell produktiver Arbeitskräfte in der Dritten Welt mit Arbeitsplätzen auszustatten. Später könnten dann die heute Erwerbstätigen von den Zinsen ihrer Kapitalanlagen und von Importüberschüssen leben. Voraussetzung dafür ist, daß die aufzubauenden Forderungen an das Ausland ge-

gen politische Risiken, zum Beispiel gegen entschädigungslose Enteignung, geschützt sind.

5. Freie Entscheidung über die Altersvorsorge nötig

Das wichtigste Argument gegen die gesetzliche Rentenversicherung ist wohl, daß sie die individuelle Freiheit in hohem Maße beeinträchtigt und einem großen Teil der Bevölkerung jeglichen Entscheidungsspielraum nimmt. In Zukunft sollte die Rentenversicherung den individuellen Präferenzen hinsichtlich der Altersvorsorge wesentlich mehr Rechnung tragen.

Man könnte sich auf den Standpunkt stellen, daß der Staat in einer freiheitlich-individualistischen Wirtschaftsordnung die Altersvorsorge ganz dem einzelnen Bürger überlassen sollte. Je nach den individuellen Wünschen würde der einzelne Bürger Vorsorge für das Alter treffen, er würde viel oder wenig sparen, sich in hohem oder geringem Maße über Versicherungsverträge mit privaten Gesellschaften absichern.

Wenn aber die Gesellschaft jedem Bürger bei Bedürftigkeit eine öffentliche Hilfe in Höhe der Sozialhilfe garantiert, dann werden mindestens einige Bürger auf eine eigene Altersvorsorge verzichten und sich auf die staatliche Hilfe verlassen. Um die finanziellen Lasten, die aus dem Hilfsangebot in Form der Sozialhilfe resultieren, gering zu halten, sollte der Staat jeden Bürger zu einer Absicherung in Höhe der staatlichen Unterstützungszahlung verpflichten, die von der Gesellschaft bei Bedürftigkeit garantiert wird (soziales Minimum). Die Ausbeutung der Gesellschaft durch einzelne Mitglieder wird insoweit verhindert.

Der Staat kann dann gegen versicherungsmathematisch berechnete Beiträge jenen Versicherungsschutz anbieten, den er selbst verlangt. Ob die Individuen dieses Angebot annehmen oder ob sie sich bei einer privaten Versicherung (mindestens in Höhe des Minimums) absichern, sollte in ihr Belieben gestellt werden. Ökonomische Rechtfertigungsgründe für staatlichen Zwang gibt es nicht. Es ist auch nicht einzusehen, warum die vorgeschriebene Altersvorsorge mit steigendem Einkommen zunehmen soll. Nur einzelne Gruppen wie Selbständige und die Angehörigen der freien Berufe sind ge-

genwärtig frei in der Entscheidung über ihre Altersvorsorge. Alle Bürger sollten aber entsprechende Entscheidungsspielräume haben.

6. Reform der Alterssicherung – der radikale Weg

Wer Reformüberlegungen für die Rentenversicherung anstellt, muß sich darüber im klaren sein, daß die bestehenden Rentenansprüche eine Belastung gewaltigen Ausmaßes für die Beitrags- und Steuerzahler bedeuten. Eine Lösung des Rentenproblems, die einer individualistisch-freiheitlichen Wirtschaftsordnung angemessen ist, läßt sich so kennzeichnen: Bestehende Ansprüche an die Rentenversicherung werden respektiert; die Erwartungen der Bürger an die Rentenversicherung werden also nicht enttäuscht. Neue Ansprüche werden jedoch nach grundlegend anderen Regelungen aufgebaut.

Jeder kann wählen, auf welche Weise er seiner Pflicht zur Absicherung des sozialen Minimums gerecht werden will. Ansprüche an die gesetzliche Rentenversicherung entstehen dann nur noch insoweit, als sich Bürger freiwillig für sie und gegen private Versicherungsangebote entscheiden; die Entscheidung des einzelnen Bürgers darf nicht dadurch beeinflußt werden, daß der Staat die gesetzliche Rentenversicherung subventioniert oder steuerlich begünstigt. Die „alten Lasten", die vor der Umstellung des Systems angesammelten Ansprüche, werden gleichmäßig auf alle künftigen Generationen verteilt. Dies könnte in der Weise geschehen, daß indexierte (inflationsgesicherte) Staatsschuldtitel mit unendlicher Laufzeit an jene, die Rentenansprüche haben, ausgegeben werden. Diese Staatsschuldtitel werden marktgerecht verzinst. Sie werden in dem Maße, in dem sie zur Aufrechterhaltung der Mindestabsicherung für das Rentenalter notwendig sind, an die frei wählbare Versicherung transferiert. Die Zinszahlungen auf die ausgegebenen Staatsschuldtitel werden aus dem Steueraufkommen finanziert. Wegen der unendlichen Laufzeit der Schuldtitel werden alle künftigen Generationen an der Belastung durch die bestehenden Rentenansprüche beteiligt. In welchem Ausmaß Zinsen auf die ausgegebenen Schuldverschreibungen gezahlt werden müssen, läßt sich kaum abschätzen. Der Zins für indexierte Schuldverschreibungen

ist aber deshalb gering, weil er eine Risikoprämie für die Unsicherheit hinsichtlich der künftigen Inflationsrate nicht enthält.

Eine Reform im skizzierten Sinne bedeutete eine völlige Abkehr von einem einhundert Jahre alten System, das vielfach sogar als vorbildlich für andere Länder gepriesen wird. In der gegenwärtigen Situation, in der die Öffentlichkeit die hohe Staatsverschuldung als gravierendes wirtschaftspolitisches Problem betrachtet, mag es starke Vorbehalte gegen den Reformvorschlag geben. Sie sind aber nicht überzeugend, denn es würde als Staatsverschuldung nur offen ausgewiesen, was ohnehin existiert, wenn man einen Vertrauensschutz für die bestehenden Ansprüche für richtig hält.

Jedem steht es in einem reformierten System frei, über die Mindestabsicherung hinaus freiwillige private Altersvorsorge für sich und seine Familie zu betreiben, Vorsorge, die bisher zwangsweise und einkommensabhängig über die Rentenversicherung betrieben worden ist, dort aber nicht zu einer Kapitalansammlung geführt hat. Wenn ältere Versicherte eine Anschlußversicherung für ihr bisher (über die Rentenversicherung) zusätzlich abgesichertes Einkommensniveau wünschen, dann werden sie diese Absicherung bei privaten Versicherungen nur über eine (im Vergleich zu dem entsprechenden Teil des Beitrages an die Rentenversicherung) hohe Prämie kaufen können. Dies ist ein typisches Beispiel für Härten, die auftreten, wenn man das Rentenversicherungssystem grundlegend umstellt; es ist aber auch ein Beispiel dafür, wie im geltenden System Einkommen umverteilt wird. Es lassen sich allerdings im Rahmen einer Umstellung des Systems der Alterssicherung durchaus Übergangsregeln finden, die „soziale Härten" mindern.

Wenn die Bürger nach einer Systemumstellung privat oder über Versicherungen Kapital ansammeln, dann muß verhindert werden, daß der Staat die privaten Vermögen durch eine Inflationspolitik entwertet. Auf jeden Fall muß er inflationsgesicherte Anleihen zulassen. Vermutlich wird der Staat bei einer Alterssicherung, die auf Vorsorge durch Sparen beruht, anders als bei einem kollektiven Sicherungssystem von der Mehrheit der Bürger gedrängt, eine Inflationspolitik oder Eingriffe in den Kapitalmarkt zu unterlassen. Denn die Geschädigten sind sonst nahezu alle, auch „der kleine Mann". Soziale Sicherung, beispielsweise in Form des Generationen-„Vertrages", baut dagegen Hemmnisse für eine schlechte Wirtschaftspolitik ab.

Bei dem beschriebenen System der Altersvorsorge kommt es darauf an, Vorsorge gegen weitere Risiken zu treffen. Wenn man im Rahmen der Rentenversicherung einen Kapitalstock aufbaut, dann ist dieser dem Zugriff der Politiker ausgesetzt. Immer wieder hat sich gezeigt, daß Politiker nicht in der Lage sind, einen Vermögensbestand zu erhalten; die Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigen sogar, wie rasch tatsächliche oder vermeintliche finanzielle Reserven für zusätzliche Umverteilungsmaßnahmen verzehrt werden. Staatliche Eingriffe in die Anlagepolitik der Rentenversicherung sollten daher gesetzlich ausgeschlossen werden. Für den Fall, daß private Versicherungen in Konkurs gehen, ist dadurch Vorsorge zu treffen, daß die privaten Versicherungsgesellschaften zu einer Rückversicherung verpflichtet werden.

Eine Reform der Rentenversicherung im skizzierten Sinne bedeutete, daß die Eigenverantwortlichkeit bei der Altersvorsorge weit weniger als bisher eingeschränkt würde. Auch käme es nicht mehr dazu, daß die jetzt lebende Generation Entscheidungen zu Lasten künftiger Generationen trifft, Entscheidungen, von denen man freilich nicht ohne weiteres erwarten darf, daß künftige Generationen sie akzeptieren werden. Das Angebot der staatlichen (Mindest-)Rentenversicherung könnte bei völliger Wahlfreiheit bestehen bleiben, eine Subventionierung der staatlichen Rentenversicherung müßte aber unterbleiben. Die staatliche Rentenversicherung müßte sich im Wettbewerb mit privaten Versicherungsgesellschaften behaupten oder untergehen.

7. Systemimmanente Korrekturen – der falsche Weg

Die öffentliche Diskussion wird geprägt durch andere Reformvorschläge. Beispiele dafür sind die Erhöhung des Beitragssatzes sowie die Differenzierung der Beitragssätze und/oder der Rentenansprüche nach der Kinderzahl.

Ein höherer Beitragssatz würde – angesichts der ohnehin hohen Steuer- und Sozialabgabenbelastung – die Leistungsanreize weiter vermindern. Die Bereitschaft zu Mehrarbeit und die Erwerbsneigung überhaupt würden sinken. Noch mehr wirtschaftliche Aktivitäten würden in die Schattenwirtschaft verlagert, um die Bela-

stung mit Beiträgen und Steuern zu vermeiden. Möglicherweise würde das Beitragsaufkommen sinken und nicht steigen, mit hoher Wahrscheinlichkeit würden die Steuereinnahmen geringer ausfallen als bei niedrigerem Beitragssatz zur Rentenversicherung. Beides würde die Finanzierung der Renten letztendlich erschweren.

Nach einer verbreiteten Ansicht muß es bei einer Reform der Rentenversicherung vor allem darum gehen, das generative Verhalten so zu ändern, daß wieder mehr Kinder geboren werden und die Zahl der Beitragszahler steigt. Als geeignete Maßnahmen werden geringere Beitragssätze und/oder höhere Rentenansprüche für Versicherte mit Kindern vorgeschlagen. Die Bemessung des Rentenanspruchs und die Staffelung des Beitragssatzes in der Weise, daß Versicherte ohne Kinder oder mit nur einem Kind geringere Rentenansprüche erwerben als jene mit mehreren Kindern und gleichzeitig höhere Beiträge zu leisten haben, bedeuteten lediglich eine systemimmanente Reparatur der Rentenversicherung. Den Eingriffen in die individuelle Freiheit bei der Altersvorsorge, die gegenwärtig in großer Zahl vorgenommen werden, folgten weitere Einmischungen des Staates: Er redete bei der Entscheidung, ob jemand heiratet oder nicht, ebenso mit wie bei der Entscheidung über die Kinderzahl. All dies ist zwar konsequent, wenn das Umlageverfahren bejaht wird und die Bevölkerung schrumpft. Erst das Umlageverfahren führt aber dazu, daß die Kinderzahl und damit die Bevölkerungsentwicklung zum Problem des Alterssicherungssystems werden; ohne Umlageverfahren braucht das generative Verhalten der Bevölkerung nicht vom Staate beeinflußt zu werden.

C. Die geplante Pflegefallversicherung – ein Irrweg

Die Bundesregierung will eine auf dem Umlageverfahren basierende Pflegeversicherung unter dem Dach der GKV einführen. Die Leistungen sollen entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt werden. Über deren Finanzierung wird noch gestritten; ein Beitragssatz von 1,7 vH des Bruttoarbeitsentgelts (bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV) wird als ausreichend erachtet.

Es ist keineswegs notwendig, bei der Absicherung des Pflegefallrisikos staatlichen Zwang im Sinne der geplanten Maßnahmen an-

zuwenden. Ökonomisch läßt sich, um „moral hazard"-Verhalten zu begrenzen, lediglich eine Verpflichtung begründen, das Pflegefallrisiko bei einer frei wählbaren Versicherung zu versichern; diese Verpflichtung muß für alle Bürger bestehen. Andernfalls besteht die Möglichkeit, auf Vorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu verzichten und der Allgemeinheit zur Last zu fallen.

Eine private Absicherung ist möglich. Private Versicherungen werden angeboten, beispielsweise eine Pflegekostenversicherung, bei der bis zu bestimmten Grenzen die bei Pflegebedürftigkeit anfallenden zusätzlichen Kosten übernommen werden, oder eine Pflegetagegeldversicherung. Darüber hinaus bieten Lebensversicherungsgesellschaften Pflegerentenversicherungen an. Diese Angebote werden allerdings deshalb nur wenig in Anspruch genommen, weil Aussicht auf eine staatliche Absicherung – eventuell zum Nulltarif – besteht. Für bereits existierende oder in wenigen Jahren auftretende Pflegefälle sind Übergangslösungen angebracht, wenn das Pflegefallrisiko privat abgesichert werden muß; sonst wären die betreffenden Personen nicht oder nur bei sehr hohen Prämien versicherbar.

Wird – gemäß den Absichten der Bundesregierung – ein Rechtsanspruch auf Pflege im Alter über die GKV eingeräumt, so ist damit zu rechnen, daß die Ausgaben der sozialen Pflegefallversicherung infolge der absehbaren Bevölkerungsentwicklung kräftig steigen werden. Auch ist zu befürchten, daß private Initiativen im Rahmen der Familie, die Nachbarschaftshilfe und durch die Hilfe karitativer Einrichtungen nachlassen werden.

D. Abschließende Bemerkungen

Alle Korrekturen des Kranken- und des Rentenversicherungssystems sollten sich an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientieren. Die Erfahrungen in anderen Ländern, beispielsweise in der Schweiz, zeigen, daß marktwirtschaftliche Regelungen für die Krankenversicherung und die Rentenversicherung möglich und nützlich sind. So kennt man in der Schweiz keinen Kassenzwang. Auch werden die Beiträge zur Krankenversicherung grundsätzlich nach Versicherungsprinzipien festgesetzt. In der Alterssicherung wird dort der

Eigenverantwortung mehr Raum gegeben; auch spielt die Kapitalbildung eine große Rolle.

Reformen entsprechend den obigen Überlegungen bedeuteten das Ende der rund einhundert Jahre alten Sozialversicherung. Widerstand gegen solche Reformen ist von denen zu erwarten, die sich – im System gefangen – grundlegende Reformen kaum vorstellen können, und von denen, die – wie beispielsweise die Funktionäre der bestehenden Versicherungsmonopole – vom Status quo profitieren. Gewinner einer grundlegenden Reform der Sicherungssysteme wäre aber die große Mehrheit der Bürger. Mehr Freiheit und mehr Wohlstand wären das Ergebnis marktwirtschaftlicher Regelungen zur Absicherung gegen die Wechselfälle des Lebens.