

Privatisierung der Absicherung von Krankheitsrisiken – Probleme und Grenzen

10 Thesen zum Seminar „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ des Deutschen Juristentinnenbundes am 30. Oktober 2004 in Kassel

1. *Die öffentliche Debatte über die Gesundheitspolitik, insbesondere über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, wird von faktenresistenten Mythen und Ideologien überlagert. Dies gilt insbesondere für die als Gewissheit verkündete Behauptung, nur eine weitere Privatisierung der Absicherung von Krankheitsrisiken - gerne als „Stärkung der Eigenverantwortung“ verkauft - bewirke eine rationale Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen und sei eine unvermeidbare Bedingung, um im globalen Wettbewerb zu bestehen. Dieses Paradigma führt in die Irre.*

Es ist eine weit verbreitete Auffassung, dass privat- bzw. marktwirtschaftlich organisierte Systeme wirtschaftlicher und effektiver funktionieren als der öffentliche Sektor. Die öffentliche Wirtschaft müsse entweder in privatwirtschaftliche Verantwortung überführt oder nach den Regeln von Marktwirtschaft und Wettbewerb umstrukturiert werden. Man solle, so die Empfehlung, den politischen bzw. rechtlichen Rahmen deregulieren, alles Weitere dem freien Markt überlassen, gelegentlich an dieser oder jener Anreiz-Stellschraube drehen, und schon habe man das gewünschte Resultat einer florierenden Wirtschaft und eines funktionierenden Gemeinwesens. Insbesondere Ökonomen pflegen dieses Dogma. Ihre Weisheit beschränkt sich nur zu oft darauf, marktmechanische Modelle auf alle gesellschaftlichen Bereiche zu übertragen, ohne sich nach dem Sinn einer solchen Projektion zu fragen. Man kann sogar, wie das Beispiel Gary Becker zeigt, mit der Übertragung des „Homo oeconomicus“ auf so wirtschaftsferne Gebiete wie die Liebe oder das Familienleben den Nobelpreis für Ökonomie gewinnen. Es gibt zwar ebenso wenig einen „Terror der Ökonomie“ (Vivien Forrester) wie es einen „Terror der Schwerkraft“ gibt; aber von einem „Terror ökonomistischer Ideologien“ kann man schon gelegentlich sprechen.

Die Projektion der Gedankenwelt der Lehrbuchökonomie auf das Gesundheitswesen zeigt deren ideologische Fallstricke besonders deutlich. Die Privatisierung der Absicherung von Gesundheitsrisiken führt keineswegs zu einer rationaleren Ressourcenverteilung. Eher ist das Gegenteil der Fall, was nachfolgend belegt wird. Das bedeutet nicht, dass marktwirtschaftliche Instrumente im Gesundheitswesen nicht oder nur kontraproduktiv eingesetzt werden können. Auch ist nicht entscheidend, ob privatwirtschaftliche, frei-gemeinnützige oder staatliche Anbieter auf dem Markt sind. Relevant ist vielmehr die Frage nach der öffentlichen bzw. politischen Kontrolle sowie den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, unter denen sie wirken. Weit mehr als in anderen Wirtschaftszweigen gilt im Gesundheitswesen die Regel, dass jede Deregulierung nur eine neue Form von Regulierung bewirkt. Die Vorstellung vom Markt als einem sich selbst regulierenden System ist insbesondere hier eine Schimäre.

2. *Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lenkt maßgeblich unsere größte Dienstleistungsbranche, das Gesundheitswesen. Es geht in der Gesundheitspolitik weniger um Einkommensverteilung als um die Steuerung eines Wirtschaftszweiges. Das erforderliche Ausmaß einer öffentlichen Finanzierung dieser Branche ist unter Juristen und Ökonomen ebenso strittig wie unter den Politikern. Während eine Seite die soziale Krankenversicherung nur den „wirklich Schutzbedürftigen“ zukommen lassen will, verteidigen die Anhänger des Solidarprinzips*

grundsätzlich das bestehende GKV-System. Letztere haben nicht nur soziale, sondern auch ökonomische Argumente auf ihrer Seite.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in der zweiten Hälfte ihres 120jährigen Bestehens ihren Charakter grundlegend geändert. Zu Bismarcks Zeiten war sie im Kern eine Krankengeldversicherung. Sie entsprach damit dem Charakter der auf Lohnersatzleistungen ausgerichteten Sozialversicherung und deren Kodifizierung in der Reichsversicherungsordnung (RVO). Das Krankengeld spielt spätestens seit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen nur noch eine unbedeutende Rolle. Die GKV ist weniger eine sozialpolitische „Umverteilungsmaschine“ als die zentrale Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen, der mit einem Anteil von fast 11 % am Bruttoinlandsprodukt größten Dienstleistungsbranche. Gesundheitspolitik ist daher zugleich Strukturpolitik. Wie kein anderer Wirtschaftszweig – mit Ausnahme der weitgehend von der EU regulierten Landwirtschaft – wird das Gesundheitswesen politisch und damit über Rechtsnormen gesteuert. Aus diesem Grund sind regelmäßige gesetzliche Eingriffe in seine Strukturen, Prozessabläufe und Leistungsangebote, gemeinhin „Gesundheitsreformen“ genannt, unvermeidlich. Was in anderen Branchen mehr oder weniger der Markt regelt, ist im Gesundheitswesen Aufgabe der Politik. Wer auch immer eine alle Probleme zugleich und nachhaltig lösende Gesundheitsreform fordert, versteht wenig von den Mechanismen der Gesundheitspolitik. Bei den größeren gesundheitspolitischen Gesetzgebungsprojekten handelt es sich im Kern um Strukturanpassungen und nicht um „Jahrhundertwerke“.

Kein ernst zu nehmender Ökonom oder Verfassungsrechtler bezweifelt grundsätzlich die Notwendigkeit einer öffentlichen Finanzierung von Krankheitsrisiken. Sogar ein Marktradikaler wie F. A. Hayek konnte sich dem nicht verschließen, da ohne ein gewisses Maß an sozialer Absicherung ärmere Menschen sonst der Allgemeinheit zur Last fallen würden. Strittig ist freilich ihr Ausmaß. In dieser Frage stehen sich zwei ordnungspolitische Orientierungen gegenüber. Die eine Seite möchte die GKV nach dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Schutzbedürftigkeit auf die „wirklich Schwachen“ beschränken und alle anderen Bürger einer privaten Absicherung zuordnen. Ihr stehen die Anhänger einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung gegenüber, die grundsätzlich alle Schichten der Gesellschaft umfasst. Sie haben nicht nur in sozialer, sondern auch in ökonomischer Hinsicht die besseren Argumente auf ihrer Seite. Darauf wird weiter unten näher eingegangen.

3. *Das von den meisten Politikern gepflegte politische Mantra, nur mit der Senkung der Lohnnebenkosten könne man die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft sichern, ist in doppelter Hinsicht illusorisch. Zum einen sind Krankenversicherungsbeiträge keine „Neben“-Kosten, sondern zählen zu den unverzichtbaren Lebenshaltungskosten und beeinflussen als solche das allgemeine Lohnniveau. Zum zweiten hat eine Senkung der Krankenversicherungskosten nur einen marginalen Effekt auf die Arbeitskosten, der weder wettbewerbsrelevant ist noch Arbeitsplätze schafft.*

Als empirisch ebenso wenig abgesichert wie die Forderung nach einem Ausbau der privaten Absicherung der Krankheitsrisiken erweist sich bei näherem Hinsehen das treibende Motiv hinter diesem Ziel: die Senkung der Lohnnebenkosten. Diese seien, so die herrschende Meinung, im internationalen Vergleich – wie die Lohnkosten insgesamt – zu hoch und gefährdeten den Standort Deutschland. Dieses Mantra überlagert seit Jahren die gesamte Gesundheits- und Sozialpolitik. Dazu ein paar Anmerkungen und Fakten:

- Es gibt keine Lohnnebenkosten, sondern nur Lohnkosten. Der Begriff *Lohnnebenkosten* verleitet zu der Annahme, dabei handele es sich um prinzipiell verzichtbare Ausgaben.
- Wird der Arbeitgeberanteil der GKV-Beiträge den Versicherten zugeschlagen. Bleiben die Arbeitskosten davon per saldo unberührt. Zwar wirken sich Beitragssteigerungen dann nicht mehr unmittelbar in derselben Höhe auf die Lohnkosten aus, bei den nächsten Tarifverhandlungen werden sie aber mit Sicherheit geltend gemacht. In den USA laufen zurzeit Streiks, weil Arbeitgeber ihre Krankenversicherungsleistungen gekürzt haben.
- Der Arbeitgeberanteil an den Sozialabgaben liegt in Deutschland nach Angaben des Gesundheits-Sachverständigenrates mit 49,9 % sowohl unter dem EU-Durchschnitt (57,0%) als auch unter dem der OECD (68,9 %). In den USA zahlen die Arbeitgeber für ihre betrieblichen Health Plans durchschnittlich 6.700 \$ bei einer Familienversicherung; auf einen solchen Betrag kämen deutsche Unternehmer bei einem hälftigen Arbeitgeberanteil (= ca. 7 % des Lohns) nur bei durchschnittlichen Gehalt von 95.0000 \$ = ca. 77.000 €. Auch eine soeben von der Techniker Krankenkasse herausgegebene Studie widerlegt gründlich die Phrase von der Gefährdung der Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen durch zu hohe GKV-Beiträge.
- Ein Beitragssatzpunkt in der GKV hat nach Berechnungen des Gesundheits-Sachverständigenrates einen Arbeitskosteneffekt von - je nach Branche – zwischen 0,38 und 0,42 % Prozentpunkten. Geht man von einem durchschnittlichen Anteil der Arbeitskosten an den Gesamtkosten von 25 % aus, kommt man auf einen Promillebetrag. Von der Kostenersparnis, so spottete kürzlich ein gesundheitspolitischer Branchendienst, kauft dann der Malermeister mit drei Gesellen seinen Töchtern einen zusätzlichen Big Mac. Arbeitsplätze, wie gebetsmühlenartig behauptet, entstehen davon jedenfalls nicht.

4. *Die umfassende öffentliche Absicherung von Krankheitsrisiken gehört zum Standard moderner Zivilgesellschaften, in denen zwischen 80 und 90 % der Gesundheitsausgaben vom Staat oder von Sozialversicherungen abgedeckt werden. Nur die USA weichen mit knapp 50 % von diesem Standard ab, mit der Konsequenz überhöhter Kosten und ausufernder Bürokratie.*

Das Gesundheitswesen der USA ist die praktische Widerlegung der Behauptung, mehr Privatisierung sei mit mehr Effektivität und Effizienz verbunden. Dort sind die Verwaltungskosten im Gesundheitswesen mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland. Der Grund sind vor allem die enormen „Overhead“-Kosten (Provisionen, Reditemargen der Versicherungen, Rechtskosten). Bildlich gesprochen stehen neben Arzt ein Rechtsanwalt und ein Versicherungsagent. Hinzu kommt ein besonderer Effekt der Unterversicherung weiterer Bevölkerungskreise. In den USA sind mittlerweile 15 % der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz, mindestens weitere 25 % sind unterversichert, beides mit stark wachsender Tendenz. Für viele Krankenhäuser hat dies hohe nicht einbringbare Forderungen an Patienten zur Folge, die auf die Preise für die zahlungsfähigen Patientinnen und Patienten umgelegt werden - auch eine Art Umlageverfahren, nur alles andere als wirtschaftlich. Nicht umsonst ist die Gesundheitspolitik das zentrale innenpolitische Thema des Präsidentschaftswahlkampfes in den USA.

5. *Die wirtschaftlichen Vorteile eines öffentlich finanzierten Gesundheitswesens lassen sich in Deutschland anhand eines Vergleiches von privater und gesetzlicher Krankenversicherung belegen. Die PKV hat deutlich größere Steigerungsraten bei*

den Leistungsausgaben als die GKV und einen doppelt so hohen Verwaltungs-kostenanteil.

Die per saldo höhere Wirtschaftlichkeit der GKV lässt sich wie folgt illustrieren:

- Die privaten Krankenversicherungsträger haben deutlich höhere Verwaltungs-kostenanteile als die GKV. Sie selbst verkünden das Gegenteil, indem sie darauf hinweisen, dass ihre unmittelbaren Verwaltungskosten bei unter 4 % liegen, wäh- rend die GKV 5,6 % ihrer Beitragseinnahmen für die Administration verwendet. Unterschlagen werden dabei die Abschlusskosten, d.h. die Agentur- und Vertre- terprovisionen. Sie liegen bei den fünf größten Versicherern zwischen 5,1 % (De- beka) und 13,1 % (Central). Faktisch sind die „Overhead“-Kosten der PKV also zwei- bis dreimal so hoch wie die der GKV.
- Die Beitragssätze der GKV sind in den vergangenen 10 Jahren um 28 %, die Prämien der PKV um 45 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum wuchsen die Lei- stungsausgaben der GKV um 45 %, die der PKV um 58 %. Die niedergelassenen Ärzte machen in Westdeutschland ca. 20 % Prozent ihres Umsatzes mit Privatpa- tienten, obwohl diese nur etwa 12 % ihrer Patientinnen und Patienten ausma- chen. Die Gebührenordnung GOÄ macht es möglich.

6. Dieser Sachverhalt ist eng verknüpft mit der Anbieterdominanz im Gesundheits- wesen. Der unverzichtbare Grundsatz der Therapiefreiheit für Ärztinnen und Ärzte gibt diesen zugleich grundsätzlich die Möglichkeit, die Nachfrage nach ihren Leistungen mengen- und qualitätsmäßig selbst mit zu bestimmen. Daher ist die Angebotssteuerung eine zentrale Aufgabenstellung der Gesundheitspolitik.

Das Gesundheitswesen ist der klassische Fall eines Wirtschaftszweiges mit Markt- versagen. Die Marktmechanik kann ohne Beeinflussung von außen das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nur mit ausgesprochen unerwünschten Nebenwirkungen steuern, da prinzipielle Anbieterdominanz herrscht. Ärztinnen und Ärzte haben qua Profession das gesellschaftliche Mandat, den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten zu diagnostizieren und daraus die erforderlichen Behandlungsschritte abzuleiten. Welche Berufsgruppe sonst sollte diese unverzicht- bare Funktion wahrnehmen? Aus ökonomischer Sicht erwächst ihr jedoch aus dem sinnvollen Grundsatz der Therapiefreiheit die Möglichkeit, die Nachfrage nach ihren Leistungen nach Art und Menge, teilweise sogar nach Preis erheblich zu beeinflus- sen. Es gibt hinreichende wissenschaftliche Belege für diesen Sachverhalt. Aus die- sem Grund ist die Angebotssteuerung das zentrale gesundheitsökonomische Prob- lem. Alle Ansätze, die die Kostenentwicklung und Leistungsqualität im Gesundheits- wesen allein oder überwiegend über Anreizsysteme auf der Nachfrageseite steuern wollen (Selbstbehalt, Zuzahlungen, Leistungsbeschränkungen usw.), scheitern an der Aufgabe, effektive und effiziente Strukturen im Gesundheitswesen zu schaffen.

7. Das GKV-System verfügt im Unterschied zur PKV über im SGB V kodifizierte In- strumente zur Kompensation der Anbieterdominanz (Vertragsverhandlungen, Si- cherstellungsauftrag, Gesamtvergütungen, Budgets). Daher sind die Leistungs- ausgaben der GKV seit über 20 Jahren auch im Gleichschritt mit dem allgemei- nen wirtschaftlichen Wachstum gestiegen. Wenn es eine „Kostenexplosion“ gibt, dann in der PKV, nicht aber in der GKV.

1974 prägte Heiner Geißler den Begriff der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. In der ersten Hälfte der 70er steigen die GKV-Ausgaben in der Tat weit überproporti- onal zum allgemeinen Wirtschaftswachstum. Darauf reagierte der damalige Arbeits- minister Ehrenberg mit dem 1977 verabschiedeten ersten „Kostendämpfungsgesetz“ ,

dem seither in Abständen von etwa 4 Jahren weitere Gesetze folgten. Bezüglich der GKV-Ausgabenhöhe waren diese Gesetze effektiv. Seit Anfang der 80er Jahre haben sich die Leistungsausgaben der GKV im Gleichschritt mit dem Wirtschaftswachstum entwickelt. Wenn dennoch die Beitragssätze gestiegen sind, dann ist dies auf sinkende Einnahmen in Folge von Arbeitslosigkeit, sinkenden bzw. stagnierenden Reallöhnen und einem wachsenden Rentneranteil zurückzuführen. Über die dabei angewendeten Instrumente (u. a. Budgetierung, Gesamtvergütung, Sicherstellungsauftrag, flexible Vertragsgestaltung, Qualitätssicherung) verfügt die PKV nicht. Daher fordert sie, ebenso wie die GKV Vertragsverhandlungen mit den Ärzten führen zu können und die staatliche Gebührenordnung abzuschaffen. Das ist verständlich, birgt aber ein großes Risiko: Wenn die PKV den Ärzten genauso viel zahlt wie die GKV oder sie mit anderen vertraglichen Regelungen drangsaliert, was wird dann aus den Privilegien der Privatpatienten und der Attraktivität der PKV?

8. *Für die Behauptung, die GKV verleite systematisch zu einer Überinanspruchnahme von Leistungen („Moral Hazard“), gibt es keine stichhaltigen Belege. Die aus dieser These abgeleiteten Ansätze, das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen vor allem über Anreize auf der Nachfrageseite (Selbstbehalte, Zuzahlungen, Wahltarife usw.) zu steuern, haben keine wirkliche Verbesserung der Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung zur Folge. Diese Instrumente können nur dann - per saldo bescheidene - positive Steuerungseffekte haben, wenn sie nicht sozial diskriminierend wirken und den Versicherten sinnvolle Alternativen ermöglichen.*

Die auf den amerikanischen Gesundheitsökonom Pauly zurückgehende These vom „moral hazard“ besagt, die Umverteilungsfinanzierung der GKV verleite die Menschen zu übermäßiger Leistungsanspruchnahme. Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Beitragszahlungen nicht abschätzen könnten und die Leistungsanspruchnahme unabhängig von der Höhe der Beiträge sei, seien sie bestrebt, so in den Genuss so vieler Leistungen wie möglich zu kommen, ohne Rücksicht auf deren Notwendigkeit. So führe individuelle Rationalität zu kollektiver Irrationalität. Belegt wird diese Theorie gerne anhand von Beispielen aus dem Alltagsleben, z. B: anhand des Bierkonsums bei Betriebsausflügen. Was fehlt, sind handfeste empirische Belege im Gesundheitswesen. Diese These unterstellt praktisch, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Vergnügen ist, von dem man gar nicht genug bekommen kann. Das kann man bereits mit dem Hinweis auf die zweifelhaften Freuden einer Bypass-OP oder den herben Genuss eines Zahnarztbesuches als wenig realitätsnah verwerfen.

Natürlich haben finanzielle Anreize in Form Eigenbeteiligungen Wirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten. Zahlreiche Untersuchungen können das belegen. Eine sinkende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sagt jedoch nichts darüber aus, ob damit auch eine rationalere Ressourcenverwendung verbunden ist. Die vorliegenden Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang von Einkommenshöhe und Wirkung von Zuzahlungen. Untere Einkommensschichten können sich bei hohen Zuzahlungen einen Arztbesuch nicht leisten und verzichten auf ihn, obwohl eigentlich dringend erforderlich ist. Generell stehen finanzielle Eigenbeteiligungen der Patienten steuerungstechnisch vor einem Dilemma: Entweder sie sind niedrig und sozialverträglich, haben aber keine nennenswerten Ausgabensenkungen zur Folge; oder sie sind hoch und benachteiligen Patienten mit einem niedrigen Einkommen. Überdies haben sie oft nur kurzfristige Wirkungen, wie man anhand der zyklischen Ausgabenentwicklung bei den Arznei-

mitteln zeigen kann. Eigenbeteiligungen können nur dann einen positiven Steuerungseffekt haben, wenn sie sozial nicht diskriminierend wirken und den Versicherten sinnvolle Alternativen ermöglichen. Letzteres gilt z. B. für das Festbetragssystem für Arzneimittel, wo Patienten nur dann zuzahlen müssen, wenn der Preis eines von ihnen gewünschten Medikaments den Referenzbetrag für vergleichbare Präparate übersteigt. Auch die von Ulla Schmidt ursprünglich vorgesehene Beschränkung der Praxisgebühr für Facharztbesuche ohne Überweisung durch den Hausarzt hat sich an diesem Grundsatz orientiert.

9. *Dem GKV-System wird vorgeworfen, sein Umverteilungssystem sei im Unterschied zum Kapitaldeckungsverfahren der PKV nicht „demografieresistent“ und gewährleiste keine „Generationengerechtigkeit“. Das ist eine mikroökonomisch verkürzte Sichtweise. Das Problem eines wachsenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung kann man in der Krankenversicherung ebenso wenig wie in der Rentenversicherung mit einer anderen Finanzierungsmethode aus der Welt zaubern. Sowohl für die Kapitaldeckung als auch für die Umlagefinanzierung gilt der Grundsatz, dass die anfallenden Leistungen immer in der laufenden Periode und damit von der jeweils „aktiven“ Generation erwirtschaftet werden müssen. Beide Systeme unterscheiden sich nur in den Verteilungseffekten innerhalb einer Generation, nicht aber bezüglich des Demografierisikos als solchem.*

Die PKV nimmt für sein Kapitaldeckungssystem in Anspruch, die Folgen der Verschiebungen in der Alterspyramide für das Gesundheitswesen nachhaltiger lösen zu können als die Umlagefinanzierung der GKV. Auch diverse Ökonomen unterstellen der Kapitaldeckung eine deutliche bessere „Demografieresistenz“.. Die zukünftige Erwerbsbevölkerung müsse dann keine zusätzlichen Kosten für die medizinische Versorgung der Rentner tragen, da deren Mehrkosten aus den Erträgen des angesammelten Kapitals finanziert werden könnten. Das ist eine eingängige Argumentation, die quasi an die Verantwortung eines Familienvorstandes appelliert, für Risiken rechtzeitig Vorsorge zu tragen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist eine derartige Alltagsphilosophie jedoch eine Illusion:

- Das Kapitaldeckungsverfahren benötigt ein ausgewogenes Verhältnis von „Sparen“ und „Entsparen“. Die Aktivierung angesparter Ressourcen kann nur dann ohne Verluste für die Älteren erfolgen, wenn die ansparende Generation mit ihren Beiträgen entsprechend hohe Mittel zu ihrer Refinanzierung einschießt. Gibt es hier Defizite, erleidet der für die Alterssicherung gedachte Kapitalstock schmerzliche Verluste. Genau das aber ist bei der prognostizierten demografischen Entwicklung eher wahrscheinlich, was der Finanzwirtschaft großes Kopfzerbrechen bereitet. Kämen heute noch 1,7 Sparer auf einen Entsparer, so werde sich dieses Verhältnis wegen der ab 2020 in Rente gehenden „Baby-Boomer“-Jahrgänge bis 2040 ausgleichen, wenn nicht umkehren, beschreibt die Hypovereinsbank (2003) das Demografieproblem der Kapitalmärkte. Vor dem Hintergrund von erwartbarer Produktivitätsentwicklung und Inflation sei ein Verhältnis der Sparer zu den Entsparenern von mindestens 1,2 zu 1 erforderlich.
- Nach Berechnungen von Rating-Agenturen haben die privaten Krankenversicherungen in 2001 und 2002 fünf bis sieben Milliarden Euro an den Kapitalmärkten verloren. Das verringert die Verzinsung der Altersrückstellungen und macht zusätzliche Einzahlungen in den Kapitalstock erforderlich, die die Versicherten mit höheren Beiträgen zu tragen haben. Die im CDU-Konzept vorgesehene Altersrückstellung von 10 Prozent der Kopfprämie bewegt sich, zurückhaltend ausgedrückt, auf sehr dünnem Eis.

Wer auch immer den Eindruck erwecken will, man könne die demografischen Probleme durch Kapitaldeckung aus der Welt schaffen, betreibt „Voodoo-Ökonomie“. Derartige Fakten kann man nicht einfach durch eine neue Finanzierungsmethode wegzaubern. Die moderne Volkswirtschaft kennt keinen Sparstrumpf oder Geldspeicher wie den von Dagobert Duck, auf den man bei Bedarf zurückgreifen kann. Es gilt vielmehr der von Mackenroth formulierte „einfache und klare Satz, daß aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muß. Es gibt gar keine andere Quelle und hat nie eine andere Quelle gegeben, aus der Sozialaufwand fließen könnte, es gibt keine Ansammlung von Fonds, keine Übertragung von Einkommensteilen von Periode zu Periode, kein ‚Sparen‘ im privatwirtschaftlichen Sinne, es gibt einfach gar nichts anderes als das laufende Volkseinkommen als Quelle für den Sozialaufwand.“

Ja, sagen dann die Verfechter der Kapitaldeckung, das sei womöglich richtig für das Modell einer „geschlossenen Volkswirtschaft“, aber in Zeiten der Globalisierung stehe für die Abdeckung der Altersrisiken auch der internationale Kapitalmarkt zur Verfügung. Ein Blick auf entsprechende Vergleichsstatistiken zeigt, dass nicht nur wir, sondern so gut wie alle führenden Industrienationen ein demografisches Problem haben und nach entsprechenden Kompensationsmöglichkeiten suchen werden. Das gibt ein munteres Hauen und Stechen auf dem unsichersten aller Märkte, dem Kapitalmarkt, mit dem zu erwartenden Ergebnis, dass, wie aktuell zu beobachten, angesichts weltweiter Pleiten und finanzieller Schief lagen privater Pensionsfonds der Ruf nach dem Staat laut wird, der doch bitte für die entstandenen Finanzlöcher gerade stehen möge. Noch abenteuerlicher ist der gelegentlich zu lesende Vorschlag, Kapital in Schwellenländern mit einer jungen Bevölkerung zu investieren, um aus den dort langfristig zu erwartenden Erträgen die demografisch bedingten Risiken unserer Pensionsfonds zu decken.¹ Mal abgesehen davon, dass sich auch in Ländern wie China langfristig ein demografisches Problem japanischen Kalibers abzeichnet, sollte man aus der Asienkrise der 90er Jahre oder dem Desaster der Peso-Krise in Mexiko eigentlich über die enormen Risiken einer solchen Strategie informiert sein. Diese Länder haben zudem wahrlich eine bessere Verwendung für ihr Mehrprodukt als die Finanzierung der Alterssicherung in reichen Ländern.

Es hilft alles nichts, derartige Probleme muss jedes Land alleine schultern. Nur eine hoch produktive Volkswirtschaft kann einen steigenden Bevölkerungsanteil von Nicht-Erwerbstätigen ohne Gefährdung ihrer eigenen wirtschaftlichen Grundlagen finanzieren. Das erreicht man nur mit hoch qualifizierten Arbeitskräften, die es ohne gut ausgestattete Schulen und Universitäten nicht gibt. So gesehen sind Investitionen in Bildung und Wissenschaft immer noch die effektivste Alterssicherung einer jeden Volkswirtschaft.

10. Die zurzeit von der PKV in großen Anzeigen verkündete Parole, nur die Existenz der PKV gewährleiste einen Wettbewerb im Gesundheitswesen, der sich an den Interessen der Versicherten im Gesundheitswesen orientiert, ist grundfalsch; eher ist das Gegenteil der Fall. In puncto Wettbewerb ist das gegliederte GKV-System überlegen, da in der GKV ein Kassenwechsel im Unterschied zur PKV ohne finanzielle Verluste möglich ist. Der Wettbewerb in der GKV kann jedoch nur bei

¹ Hier eine Kostprobe von derartigem Unfug aus einem Kommentar von Alexander Hagelüken in der Süddeutschen Zeitung vom 28. 12. 2001: „Kapital lässt sich überall auf der Welt anlegen. So erhalten junge Volkswirtschaften, beispielsweise in Indien, dringend benötigte Investitionsmilliarden und mildern dafür das Altersproblem des Westens – voilà: die globalisierte Rente. ... Inder statt Kinder – so bekommt das Schlagwort eine neue Bedeutung.“

einer Flankierung durch einen Risikostrukturausgleich ordnungspolitisch sinnvoll funktionieren.

Die PKV hat ein kaum angemessen zu lösendes ordnungspolitisches Problem. Die Altersrückstellungen können bei einem Versicherungswechsel nicht mitgenommen werden mit der Folge, dass die Prämienkalkulation in der neuen Versicherung auf Basis des aktuellen Eintrittsalters erfolgt und meist mit drastischen Prämien erhöhungen verbunden ist. Dadurch findet ein Wettbewerb in der PKV faktisch nur um junge Erstversicherte statt. Die Versicherungswirtschaft schließt in ihren Vorschlägen zur Kopfprämie die Mitnahme von Altersrückständen definitiv aus (Allianz 2003). Diese seien nicht individuell, sondern kollektiv angespart worden; ein Herausbrechen einzelner Ansprüche würde zu Lasten der verbleibenden Versicherten gehen und dementsprechend zu Prämien erhöhungen führen. Solche Probleme kennt die Umlagefinanzierung der GKV nicht, wo alle Versicherten jederzeit bei sechswöchiger Kündigungsfrist die Kasse wechseln können, bei Beitragserhöhungen sogar zum jeweiligen Monatsende. Schon deshalb ist die Behauptung der Versicherungswirtschaft, nur die Existenz einer privaten Vollversicherung sichere den Wettbewerb im Gesundheitswesen, lächerlich.

In einer solidarischen GKV kann allerdings der Wettbewerb nur zielführend sein, wenn er nicht zu Lasten von sozial Schwachen und Kranken geht. Dies soll der Risikostrukturausgleich (RSA) verhindern, der mit einem Finanzkraftausgleich die Einkommensunterschiede der Versicherten kompensiert und mit dem Beitragsbedarfsausgleich Nachteile für die Versicherung überdurchschnittlich vieler chronisch oder schwer Kranker verhindern soll. Der Beitragsbedarfsausgleich soll neu gestaltet werden, da sich in seiner bisherigen Form als unzulänglich herausgestellt hat und nach wie vor Risikoselektionen in nennenswertem Maß ermöglichte. Der RSA ist keine, wie gerne unterstellt, gigantische Umverteilungsmaschine, sondern unverzichtbare Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb in der GKV. Hätten wir ihn nicht, die Kassen würden sich nicht so sehr um günstige Verträge und die Versorgungsqualität kümmern, sondern den sehr viel einfacheren Weg der Risikoselektion wählen. Mit dem Ergebnis schwerwiegender Verwerfungen im GKV-System.