

Institut für Weltwirtschaft
Düsternbrooker Weg 120
24105 Kiel

Kieler Arbeitspapier Nr. 1147

**Reform-Notwendigkeiten der Alters- und
Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen**

**von
Horst Siebert**

März 2003

Für den Inhalt der Kieler Arbeitspapiere sind die jeweiligen Autorinnen und Autoren verantwortlich, nicht das Institut. Da es sich um Manuskripte in einer vorläufigen Fassung handelt, wird gebeten, sich mit Anregungen und Kritik direkt an die Autorinnen und Autoren zu wenden und etwaige Zitate mit ihnen abzustimmen.

Reform-Notwendigkeiten der Alters- und Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen*

Zusammenfassung: In dem Beitrag werden zentrale Reformschritte bei der Reorganisation der Alterssicherung und des Gesundheitswesens diskutiert. Im Zentrum steht die Unterscheidung von großen und kleinen Risiken und die Rolle des Wettbewerbs bei der Reform der Krankenversicherung.

Abstract: The paper discusses central avenues of reform in the pension and health system. The core issues are the distinction of large and small risks and the role of a competitive approach to reorganise the health system.

JEL Klassifikation: I1, J2

Prof. Dr. Dr. h.c. Horst Siebert

Institut für Weltwirtschaft

24100 Kiel

Telefon: 0431 - 8814-236

Telefax: 0431 - 8814-501

E-mail: hsiebert@ifw.uni-kiel.de

*Vortrag bei einem nicht-öffentlichen Workshop mit Bundestagsabgeordneten über „Herausforderungen der Gesundheits- und Altersvorsorge“ am 18. Februar 2003 in Berlin.

Reform-Notwendigkeiten der Alters- und Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen

1. Die Sozialsysteme sind heute nicht mehr finanzierbar. Nur mit Notmaßnahmen wird das System zur Zeit am Leben gehalten wie mit der Senkung der Schwankungsreserve der Rentenversicherung auf einen halben Monat, der Anhebung des Beitragssatzes auf 19,5 vH und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung von 4500 € auf 5100 € mit der Folge, dass die Versicherungspflichtgrenze der Krankenversicherung ansteigt. Die Sozialsysteme sind in einer alternden Gesellschaft noch schwieriger zu finanzieren; sie fahren gegen die Wand. Und die Sozialsysteme wirken wie eine Steuer auf den Faktor Arbeit. Dies schwächt die Nachfrage nach Arbeitskräften. Die Grenzbelastung aus Steuern und Abgaben liegt für den verheirateten Durchschnittsverdiener bei 58 vH, für den Alleinstehenden bei 67 vH. Punkt 5 aus den 20 Punkten des SVR-Jahresgutachtens lautet deshalb: Den Grenzabgabensatz für Arbeit senken. Ohne eine Reform der Sozialsysteme wird man bei der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit nicht weiter kommen. Sozialsicherung und Arbeitslosigkeit sind ein Problemknäuel.

2. Die Alterung der Bevölkerung macht es zwingend, explizit intertemporale Finanzierungsrestriktionen in die Sozialsysteme einzuführen. Es ist notwendig, die in den Systemen der sozialen Sicherung enthaltene, aber verdeckte Verschuldung des Staates in einer intertemporalen Finanzierungsrestriktion ausdrücklich offen zu legen; die Leistungen dürfen die Einnahmen nicht übersteigen. Die ökonomische Restriktion lautet, dass die Zahlungsströme der Zukunft, beispielsweise der nächsten dreißig oder vierzig Jahre, von den Einnahmeströmen gedeckt sein müssen (Generationenbilanz)¹. Entsprechend müsste eine Verfassungsnorm formuliert werden. Für die Krankenversicherung bedeutet dies Alterungsrückstellungen, für die Rentenversicherung heißt dies, dass die Rentenformel objektive Gegebenheiten enthalten muss, die die Alterung der Bevölkerung, also die Demographie widerspiegeln. Dagegen enthält die Riester-Formel Polit-Variable, nämlich die Beitragssätze für die Rente und für die private Vorsorge, also Größen, die von der Politik bestimmt werden. Zu leicht können diese Sätze im politischen Prozess geändert werden. Wir brauchen deshalb eine neue Rentenformel mit demographischem Faktor. Nur so lässt sich die

¹ Vgl. dazu das Abschnittdeckungsverfahren, das bis Ende der sechziger Jahre galt. Formal: der Gegenwartswert aus Zahlungsausgängen und Zahlungseingängen darf nicht negativ sein.

Konfliktlösung zwischen den Generationen auf eine objektive Basis stellen.

3. Die Finanzierung über andere Steuerquellen ist eine Ausflucht vor dem Problem. Damit kommt man an den Kern des Problems nicht heran. Dies gilt für die Ökosteuer, dies gilt für einen höheren Mehrwertsteuersatz. Alle diese Steuern bringen Kosten und Verzerrungen mit sich, das heißt wirtschaftspolitische Kosten, sprich Verzicht bei anderen Zielen der Wirtschaftspolitik, so bei der Wirtschaftsdynamik, also dem Wachstum. Diese Kosten sind nur dann gerechtfertigt, wenn ihnen hinreichende Nutzensgewinne gegenüberstehen. Die Ökosteuer muss sich ökologisch legitimieren. Die Verzerrungen einer höheren Mehrwertsteuer liegen insbesondere in dem Anreiz, in die Schattenwirtschaft abzuwandern, aber auch in der Reduzierung der Realeinkommen. Zudem: der Staat finanziert derzeit bereits ein Fünftel der Ausgaben der Sozialsysteme aus Steuern.

4. Der zentrale Ansatz, die Sozialsysteme wieder finanzierbar und funktionsfähig zu machen, besteht darin, die Frage zu stellen: Was sind

große Risiken, die der einzelne nicht selbst tragen kann und die ihm die Gesellschaft in einer sozialen Marktwirtschaft abnehmen muss? Beispielsweise kein Einkommen erzielen zu können im Fall einer längeren Krankheit. Und was sind kleinere Risiken, die er selbst schultern kann? Beispielsweise kein Einkommen zu haben in den ersten drei oder fünf Tagen der Krankheit oder der Arbeitslosigkeit. Gegen kleine Risiken kann man sich durch eigene Ersparnisse absichern. Und wem dies nicht möglich ist, dem muss die Gemeinschaft dabei helfen. Wir müssen einen gesellschaftlichen Konsens darüber erarbeiten, was in den einzelnen Sozialsystemen große Risiken und was kleine Risiken sind. Das Ziel ist, durch diese Unterscheidung die Kosten der Systeme zu senken und damit die Steuer auf den Faktor Arbeit zu reduzieren.

5. Die Option einer rein steuerfinanzierten Grundsicherung wie im Vereinigten Königreich (oder in der Schweiz) halte ich unter den deutschen Bedingungen nicht für realistisch. Und zwar aus polit-ökonomischen Gründen. Ich sehe nicht, dass sich die Grundsicherung auf ein angelsächsisches Niveau absenken lässt, und zwar weil der Abstand zur Sozialhilfe nicht groß genug wäre. Der politische Prozess würde in

Deutschland einer solchen Absenkung nicht zustimmen. Mit einem weiterhin relativ hohen Niveau aber wäre der Ansatz schlichtweg nicht finanzierbar. Die Grundsicherung wird deshalb die von der Finanzierungsseite notwendige Anpassung unmöglich machen.

Eine Grundsicherung ist aber auch nicht sinnvoll. Durch sie wird das Anspruchsdenken nicht zurückgedrängt; es wird vielmehr noch verstärkt. Die politischen Mehrheiten für ein staatliches System werden zunehmen, Änderungen sind dann später noch schwieriger. Die Idee, dass man für sein Alter selbst vorsorgen muss (Vorsorgespargen), geht zunichte.

6. Man wird nicht daran vorbeikommen, dass die Individuen verstärkt Risiken übernehmen.

Bei der Rentenversicherung ist ein erster Schritt in diese Richtung durch die private kapitalgedeckte Altersvorsorge getan. Aber den Bürgern ist hier die Finanzierungswahrheit noch nicht gesagt worden. 18,7 vH sollte der Beitragssatz für 2003 nach der Riester-Prognose vom Mai 2001 sein, 19,5 vH ist er in 2003 bereits geworden. Wie verlässlich sind dann die Prognosesätze für das Jahr 2030? Das Niveau der staatlichen Absicherung

mit 68 vH des Nettolohns ist nicht zu halten.² Dies muss man den Bürgern klar sagen. Die private Vorsorge muss ausgebaut werden. Das Renteneintrittsalter ist auf 67 Jahre heraufzusetzen. Die implizite Steuer auf Arbeit vor dem Renteneintritt – also die Präferenz für die Frühverrentung – ist abzubauen. Die Abschläge sind versicherungsmathematisch zu berechnen. Die Anpassungslast kann nicht allein von der heute jungen Generation getragen werden, deshalb ist etwa auch eine Aussetzung der Rentenanpassung zu erörtern.

7. Bei der Krankenversicherung müssen neue Wege der Zuweisung der Risiken an die Einzelnen definiert werden. Im Rahmen der Reformen im jetzigen System geht es um folgende Punkte:

- eine Neudefinition der Versicherungsleistungen auf das medizinisch Notwendige, das heißt die Herausnahme von Leistungen, die medizinisch verzichtbar erscheinen (Grundleistungskatalog) oder die nicht auf die bestehende Weise abgesichert sein müssen. Dazu zählen

² Es ist verwunderlich, dass die Riester-Reform einschließlich privater Vorsorge unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft mit 75 vH ein höheres Rentenniveau

inhaltlich eine Reihe von (medizinischen) Leistungen, die keinen Bezug zu einer Krankheit haben, (Empfängnisverhütung), medizinische Leistungen mit Konsumcharakter (Zähne, Zahnersatz, Sehhilfen), nicht notwendige Behandlungsmethoden (Behandlungsleitlinien unter Mitwirkung des Patienten).

- Herausnahme von Risiken, die keine Krankheitsrisiken im eigentlichen Sinn sind wie Privatunfälle (Sportunfälle, Haushaltunfälle). Diese Risiken können durch eine private Versicherung abgedeckt werden. Gegebenenfalls kann hier eine eigene Versicherungspflicht etabliert werden, aber nicht für Bagatellfälle, sondern nur für die großen Risiken.

- Neudefinition von Leistungen, die nur indirekt mit Krankheit zu tun haben: Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in den ersten 6 Wochen (belastet nicht GKV, aber die Unternehmen), Karenztage, Krankengeld, Urlaubsanspruch auch nach längerer Krankheit?

erreicht als das Niveau vor der Reform, von dem allgemein angenommen wird, dass es nachhaltig nicht zu erreichen ist.

— Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen, etwa keine Mitversicherung der nicht berufstätigen Ehefrau

— Versicherung von Wahlleistungen auf freiwilliger Basis

8. Die Anreizstrukturen für Patienten und Ärzte müssen verbessert werden, ich verweise hier auf das Jahresgutachten des SVR:

— Transparenz für die Patienten, Leistungen von Arzt und Versicherung sichtbar machen, Patient zahlt sichtbar selbst, bekommt es von der Kasse erstattet (Kostenerstattungsprinzip statt Sachwertprinzip)

— Sachinformation des Patienten stärken, z. B: Behandlungsleitlinien

— Beteiligung an den Kosten, Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung, Gebühren für Arznei und Arztbesuch. Diese Punkte ergeben sich daraus, dass Gesundheitsleistungen bisher im wesentlichen als freies Gut bereitgestellt werden, zudem mit einem

asymmetrischen Informationsvorsprung des Arztes als Anbieter der Leistungen.

- Das Honorierungssystem der Ärzte ist eine komplexe Anreizproblematik, die „richtigen“ Systeme müssen sich letztlich im Wettbewerb herausstellen (siehe unten), man wird die „Prinzipal-Agent-Verträge“ nicht perfekt und vollständig am grünen Tisch konzipieren können. Hausarzt als „gate keeper“ erscheint sinnvoll, um Kosten zu senken. Konflikt zwischen Einzelleistungsvergütung (Arzt hat ein Interesse, die Kosten zu erhöhen) und Pauschale pro Patient (Arzt hat ein Interesse, Kranke abzuwimmeln, siehe Großbritannien). Fallpauschalen schränken Kosten ein. Wichtig ist die Verzahnung der Stufen Arzt-Facharzt und ambulante und stationäre Behandlung

- Diagnosebezogene Fallpauschalen für Krankenhäuser richtig, sind jedoch ein Problem für die Hochleistungsmedizin und für medizinischen Fortschritt

9. Das System nach dem Wettbewerbsprinzip organisieren

- Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs

- Funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Kassen ermöglichen, das heißt Wechsel zwischen den Kassen für den Versicherten ermöglichen und erleichtern, Alterungsrückstellungen portabel machen, Kontrahierungszwang der Kassen, Kassen müssen unter Wettbewerb stehen, und zwar Wettbewerb nicht nur im Gymnastikkurs, sondern auch in den Leistungen (unter Beachtung des Grundkatalogs) und bei den Beiträgen

- Risikostrukturausgleich erscheint vielen als notwendig, er kann Wettbewerb hemmen.

- Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückdrängen, darauf setzen, dass Wettbewerb dazu führt, dass hinreichend medizinische Leistungen angeboten werden. Kassen müssen das Recht haben, mit Ärzten Einzelverträge abzuschließen, sie müssen auch das Recht haben, Ärzten zu kündigen.

Health Maintenance Organisationen, Versicherter entscheidet sich für seine Kasse und damit auch für ein Arztnetzwerk, er kann aber auch Ärzte außerhalb des Netzwerks aufsuchen, allerdings nur zu den Kostenerstattungen des Netzwerks.

Ein einzelner Arzt kann mit verschiedenen Kassen kontrahieren, er hat also ein Portfolio von Kassen.

Die KVen als Zwangsmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte (Zwangsgewerkschaft) ließen sich (früher) begründen als Gegengewicht zum Monopson (Versicherungsmonopol) der Kassen. Wenn Kassen nun unter Wettbewerb stehen, sind die KVen nicht mehr notwendig. Sie passen nicht in eine Wettbewerbslandschaft.

- Gewährleistungsauftrag. Normalerweise setzen wir beim Angebot von Sachgütern und Dienstleistungen darauf, dass Wettbewerb für ein hinreichendes Leistungsangebot sorgt. Dies dürfen wir auch bei der medizinischen Versorgung tun. Gegebenenfalls Anreize für den

ländlichen Raum setzen, um die medizinische Versorgung sicherzustellen.

10. Diskretionäre Ausweitungen der Beitragsgrundlagen wie die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze oder der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung von Vermögenseinkommen lösen isoliert das Kernproblem nicht. Sie nehmen temporär den Finanzierungsdruck weg, aber sie führen weg von der Zuweisung der Risiken. Und von einer besseren Systemlösung. Sie sind deshalb abzulehnen (so auch der SVR).

11. Man muss sich darüber klar werden, in welche Richtung das System entwickelt werden soll. Ich habe hier die Linie vertreten, das System in eine Richtung zu entwickeln, bei der das System vom Wettbewerbsprinzip her aufgezogen wird und die Risiken und die Kosten für die Übernahme von Risiken verstärkt Individuen zugewiesen wird. Dies ist ein System, bei dem die Leistungen und die Beiträge enger an der versicherungsmäßigen Äquivalenz orientiert werden. Damit wird auch die Fixierung am Arbeitsverhältnis gelöst. Die Loslösung ergibt sich dann aber im Rahmen

eines Systemwechsels, die Hinzuziehung anderer Einkommen dient dann nicht zur Stabilisierung eines nicht mehr funktionsfähigen Systems.

Ein solches System muss immer durch eine Steuer-Transferlösung für schwache Einkommensgruppen ergänzt werden. Dieses System muss einspringen, wenn Familien die sich aus der Äquivalenz ergebenden Beiträge nicht tragen können.

Die Strategie bei einer Orientierung an der Äquivalenz ist, die jetzt bestehende Einkommensumverteilung innerhalb der Sozialversicherung zurückzunehmen und sie dem Steuer-Transfer-System zuzuweisen.

Diese Strategie findet bei der Krankenversicherung eine Grenze. Hier kann das Tragen der Risiken nicht vollständig individualisiert werden. Denn dann würde ein mit erheblichen Krankheitsrisiken geborenes Kind nicht versicherbar sein. Also müssen bei der Krankenversicherung die individuellen Risiken in irgendeiner Form gemeinsam getragen werden, beispielsweise indem die Risiken jahrgangsspezifisch kalkuliert werden oder für alle Mitglieder einer Kasse. Die Beiträge beziehen sich dann auf die Abdeckung dieser Durchschnittsrisiken.

Dieses Ziel kann etwa durch ein System erreicht werden, in dem die Finanzierung mit Pro-Kopf- Pauschalen arbeitet. Die Mitgliedschaft in diesem System würde weiterhin mit einer Versicherungspflichtgrenze von der Einkommenshöhe abhängen, so dass die Existenz eines privaten Versicherungssektors erhalten bleibt. Es kommt dann nicht zu einer Volksversicherung³. Die Gesellschaft verlernt nicht, wie man Krankheitsrisiken privat versichern kann. Zentral ist, dass den Kassen Gestaltungsparameter wie Selbstbehalt erhalten und zusätzlich eröffnet werden. Die Pro-Kopf-Pauschalen sind nicht einheitlich für alle Kassen, sie unterscheiden sich von Versicherung zu Versicherung; sie sind ein wichtiges Wettbewerbsinstrument (Ziffer 521 Jahresgutachten 2002/2003).⁴

³ Das politische Risiko eines Ansatzes mit Pro-Kopf-Pauschalen besteht darin, dass im politischen Prozess die Versicherungspflichtgrenze fällt und damit der private Versicherungssektor verdrängt wird.

⁴ Eine weitergehende Systemevolution hin zu einem System mit Wettbewerb aller Kassen hat der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2000/01 skizziert. Ziffern 475 ff.

12. Bei der Reform der Sozialsicherung wie auch bei der Reform des Arbeitsmarktes gibt es keine Win-Win Situation, bei der alle Gruppen gewinnen können. Wer dies behauptet, macht sich etwas vor. Die Anpassungsnotwendigkeit der Sozialsysteme ist immens. Wir können dabei weiter zuwarten und zusehen, wie die Systeme funktionsunfähig werden. Wenn wir nichts tun, setzen wir auf ein Schweizer Sprichwort: „Was man nicht tun kann, tut die Zeit.“

Literatur

Feldstein, M. und Siebert, H. (2002), Hrsg.. Social Security Pension Reform in Europe, A National Bureau of Economic Research Conference Report, University of Chicago Press, Chicago and London.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. (2002). Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003. Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Siebert, H., (2002). Der Kobra-Effekt. Wie man Irrwege der Wirtschaftspolitik vermeidet. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart München. Aktualisierte und vollständig überarbeitete Neuauflage.

Siebert, H., (2003). Die Politik in die Pflicht nehmen! Kolumne im Handelsblatt, 10. Januar 2003.