

IZA Standpunkte Nr. 42

**Zukunft des Sozialstaates:
Herausforderungen des demographischen Wandels**

Cirsten Roppel
Ulrich Roppel

September 2011

Zukunft des Sozialstaates: Herausforderungen des demographischen Wandels

Cirsten Roppel

Universität Trier

Ulrich Roppel

Ministerialdirektor a.D.,

IZA Policy Fellow

IZA Standpunkte Nr. 42
September 2011

IZA

Postfach 7240
53072 Bonn

Tel.: (0228) 3894-0
Fax: (0228) 3894-180
E-Mail: iza@iza.org

Die Schriftenreihe "IZA Standpunkte" veröffentlicht politikrelevante Forschungsarbeiten und Diskussionsbeiträge von IZA-Wissenschaftlern, IZA Research Fellows und IZA Research Affiliates in deutscher Sprache. Die Autoren sind für den Inhalt der publizierten Arbeiten verantwortlich. Im Interesse einer einheitlichen Textzirkulation werden Aktualisierungen einmal publizierter Arbeiten nicht an dieser Stelle vorgenommen, sondern sind gegebenenfalls nur über die Autoren selbst erhältlich.

ZUSAMMENFASSUNG

Zukunft des Sozialstaates: Herausforderungen des demographischen Wandels

Im Großen und Ganzen sind die Sozialversicherungen zukunftsfähig aufgestellt; gleichwohl besteht weiterer Handlungsbedarf. Mit der Agenda 2010 und dem Wechsel von einem Defined Benefit- auf ein Defined Contribution-System hat die Regierung Schröder den ersten, mit der Schuldenregel, der „Rente mit 67“ und der Schaffung eines funktionalen Versicherungswettbewerbs hat die Regierung Merkel den zweiten großen richtigen Schritt getan. Das Erreichte sollte nicht in Frage gestellt werden.

Im Einzelnen werden folgende Sachverhalte angesprochen:

Demographie: Skizziert werden die Ergebnisse der aktuellen amtlichen Bevölkerungsprognose. Sie ist keine „Kaffeersatzleserei“.

Staatshaushalt: Die amtlichen Tragfähigkeitsberichte werden ebenfalls kurz dargestellt. Die Schuldenbremse ist nicht überzogen.

Arbeitsmarkt: Kontinuierlich steigende Beitragssätze zur Sozialversicherung wären kontraproduktiv. Der Schuldenregel sollte daher die 40-Prozent-Regel flankierend an die Seite gestellt werden.

Rentenversicherung: Ein Anstieg des gesetzlichen Zugangsalters über das Lebensjahr 67 hinaus wird bei einer weiter ansteigenden Lebenserwartung erforderlich werden.

Krankenversicherung: Die Interessen der Versicherten müssen durch wirksamen Versicherungswettbewerb gestärkt werden. Das Konzept der Bürgerversicherung würde das Versicherungsprinzip und den Versicherungswettbewerb schwächen.

Pflegeversicherung: Der aktuelle Beitragssatz wird bei Weitem nicht ausreichen, um die bestehenden Leistungsansprüche zu finanzieren. Anzustreben ist die Integration der Pflege in die Krankenversicherung.

Rehabilitation: Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollten auf Anschlussheilbehandlungen konzentriert und die Vergütung der Rehabilitationskliniken sollte derjenigen der Krankenhäuser angepasst werden.

Soziale Marktwirtschaft: Soziale Sicherheit ist ein für Wachstum konstitutiver Produktionsfaktor. Die Wirtschaftskrise hat nicht nur die in Vergessenheit geratene Stabilisierungswirkung der Sozialleistungssysteme in Erinnerung gerufen, diese haben auch zunehmendem Protektionismus entgegengewirkt.

JEL-Codes: H51, H55, H68, I11, I18, J11, J21, J26

Schlagworte: Demographie, Staatshaushalt, Arbeitsmarkt, Rentenversicherung, Krankenversicherung, Rehabilitation, Soziale Marktwirtschaft

Kontaktadresse:

Ulrich Roppel
Gottfried-Kinkel-Str. 23
D-53721 Siegburg
E-Mail: ulrich.roppe@gmx.de

1. Einleitung

Zutreffend ist die Einschätzung, dass die Sozialversicherungen von den Konsequenzen des demographischen Wandels hart getroffen werden. Nicht zutreffend ist jedoch, dass dafür nicht vorgesorgt wurde. Gleichwohl besteht weiterer Handlungsbedarf. Darauf wird nachfolgend hingewiesen. Abschnitt 2 beschreibt kurz die Annahmen und Ergebnisse der amtlichen Bevölkerungsprognose. Die Resultate der amtlichen Tragfähigkeitsberichte werden in Abschnitt 3 skizziert. Im 4. Abschnitt wird für die 40-Prozent-Regel geworben, da kontinuierlich steigende Beitragssätze das wirtschaftliche Fundament des Wohlstands schwächen würden. Gegenstand des Abschnittes 5 ist die Rentenpolitik. Der schrittweise Umstieg von einem Defined Benefit- auf ein Defined-Contribution System stand im Zentrum der Rentenpolitik der Regierung Schröder. Die Entscheidung für die Anhebung des gesetzlichen Zugangsalters wurde von der Regierung Merkel getroffen. Daran sollte festgehalten werden. Abschnitt 6 befasst sich mit der Gesundheitspolitik. Die Interessen der Versicherten müssen durch wirksamen Versicherungswettbewerb gestärkt werden. Die Regierung Merkel hat hier den richtigen Weg gewiesen. Gegenstand des 7. Abschnitts ist die Pflegepolitik. Dargelegt wird, dass der aktuelle Beitragssatz bei Weitem nicht ausreichen wird, um die bestehenden Leistungsansprüche zu finanzieren und dass die Integration der Pflege- in die Krankenversicherung anzustreben ist. In Abschnitt 8 wird darauf hingewiesen, dass das Angebot der medizinischen Rehabilitation auf Leistungen der Anschlussheilbehandlung konzentriert und die Rehabilitationskliniken durch Fallpauschalen vergütet werden sollten. Im 9. Abschnitt wird dargelegt, dass die Soziale Marktwirtschaft Voraussetzung für Wachstum sein kann. In Abschnitt 10 werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst.

2. Demographie

Prognosen sind konditionierte, an Annahmen gebundene Aussagen, auch wenn sie als Modellrechnungen, Projektionen, Vorausberechnungen etc. bezeichnet werden. Das unterscheidet sie von Prophezeihungen. Da die zugrunde liegenden Annahmen falsch sein können, sind Prognosen aber stets unsicher. Dass demographische Prognosen in der Politik gleichwohl einen hohen Stellenwert haben, liegt daran, dass

demographische Entwicklungen in besonderem Maße bestandsgeprägt und träge sind. **Daher vermittelt auch das Bild, das demographische Prognosen zeichnen, zu einem großen Teil lediglich Einsichten über Konsequenzen der Vergangenheit.** Von Kaffeesatzleserei kann in diesem Fall keine Rede sein. Informiert wird über den „Preis“, den wir dafür zahlen müssen, dass bereits in der Vergangenheit individuelle Entscheidungen für niedrige Fertilitätsraten getroffen wurden, und auch über den „Preis“, der dafür gezahlt werden muss, dass unsere Lebenserwartung erfreulicherweise gestiegen ist. Dementsprechend sollte sich auch der Vorwurf der Unsicherheit vorrangig darauf richten, dass für die Zukunft bestimmte Annahmen hinsichtlich der Geburtenrate, der Lebenserwartung und der Wanderungen getroffen werden. Nachfolgend werden die Annahmen skizziert, die die amtliche Statistik im Kontext der aktuellen Prognose trifft (Statistisches Bundesamt 2009).

Zur Entwicklung der **Geburtenrate** wird von drei Annahmen ausgegangen: (i) Konstanz, (ii) leichter Anstieg, (iii) leichter Rückgang. „Konstanz“ bedeutet, dass die Geburtenrate statistisch betrachtet bei 1,4 Kindern je Frau verharren wird. Mit „leichter Anstieg“ wird ein Wachstum auf den Wert von 1,6 Kindern und mit „leichter Rückgang“ ein Rückgang auf den Wert von 1,2 Kindern unterstellt. Somit bewegt sich die Fertilitätsannahme in einem Korridor von $1,4 \pm 0,2$ Kindern. Diese Annahme ist weit entfernt von derjenigen, dass die Geburtenrate auf etwa 2,1 Kinder ansteigen und damit in einen Bereich kommen wird, der als bestandserhaltend bezeichnet werden kann.

Zur Entwicklung der **Lebenserwartung** trifft das Bundesamt zwei Annahmen: (i) weiterer Anstieg, allerdings gering; (ii) weiterer Anstieg, jedoch hoch. „Geringer Anstieg“ bedeutet, dass angenommen wird, die Lebenserwartung bei Geburt würde bis zum Jahr 2060 auf 85,0 (Männer) bzw. 89,2 Jahre (Frauen) zunehmen. Das entspricht einem Zuwachs von 7,8 bzw. 6,8 Jahren im Vergleich zur Lebenserwartung im Zeitraum 2006/2008. Von besonderer Relevanz für die Rentenversicherung ist die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren. Sie wird nach Angaben des Bundesamtes für Männer bei 22,3 und für Frauen bei 25,5 Jahren liegen; das sind rund 5 Jahre mehr als im Zeitraum 2006/2008. Ferner bedeutet „hoher Anstieg“, dass die Lebenserwartung bei Geburt für Männer 87,7 und für

Frauen 91,2 Jahre erreichen wird. Für Männer entspricht dies einem Zuwachs von 10,6 Jahren und für Frauen von 8,8 Jahren im Vergleich zu 2006/2008. Die Lebenserwartung von 65-jährigen Männern wird in diesem Fall 24,7 Jahre (+7,6 Jahre), die von Frauen 27,4 Jahre (+7,0 Jahre) betragen.

Hinsichtlich des **Migrationssaldos** wird vom Bundesamt angenommen, dass die Einwanderungen im Trend Jahr für Jahr größer sein werden als die Auswanderungen. Unterstellt werden zwei Größenordnungen: Nettozuwanderungen von (i) 100.000 Personen (W1 = Untergrenze) bzw. (ii) 200.000 Personen (W2 = Obergrenze). Bei der Annahme „Untergrenze“ wird die Gesamtzahl der per Saldo zugewanderten Personen zwischen 2009 und 2060 etwa 4,9 Mio. Personen, bei der Annahme „Obergrenze“ etwa 9,4 Mio. betragen. Zuwanderung wird zumeist bipolar diskutiert: Entweder man ist dafür oder dagegen. Differenzierende Sichtweisen sind, obwohl notwendig, Mangelware. Über viele Jahre hinweg wurden sowohl die hohen Zuwanderungen als auch die damit verbundenen Integrationsprobleme ignoriert. Ohne Zweifel sind die gesellschaftlichen Probleme der Integration vielschichtig; sie aber einfach auszublenden, ist keine gute Strategie.

Somit baut das Bundesamt seine Prognose zur Bevölkerungsentwicklung auf drei Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zwei Annahmen zur Lebenserwartung und zwei Annahmen zum Wanderungssaldo auf. Daraus resultieren zwölf Konstellationen. Unter anderem werden die Varianten unterschieden: (i) „mittlere“ Bevölkerung (Varianten 1-W1 und 1-W2), (ii) „relativ junge“ Bevölkerung (Variante 3-W2), (iii) „relativ alte“ Bevölkerung (Variante 6-W1). Kennzeichnend für die „mittlere“ Bevölkerung sind die Annahmen: konstante Geburtenrate und geringer Anstieg der Lebenserwartung. Wird dabei eine Nettozuwanderung von 100.000 Personen unterstellt, trägt diese Variante die Bezeichnung 1-W1; wird ein doppelt so hoher Zuwanderungssaldo angenommen, erhält sie die Bezeichnung 1-W2. Demgegenüber sind kennzeichnend für die Bezeichnung „relativ junge“ Bevölkerung (Variante 3-W2) die Annahmen: leicht steigende Geburtenrate; geringer Anstieg der Lebenserwartung; jährliche Nettozuwanderung von 200.000 Personen. Umgekehrt werden für die Bezeichnung „relativ alte“ Bevölkerung (Variante 6-W1) die Annahmen verwendet: leicht fallende Geburtenrate; hoher Anstieg der Lebenserwartung; jährliche Nettozuwanderung von 100.000 Personen.

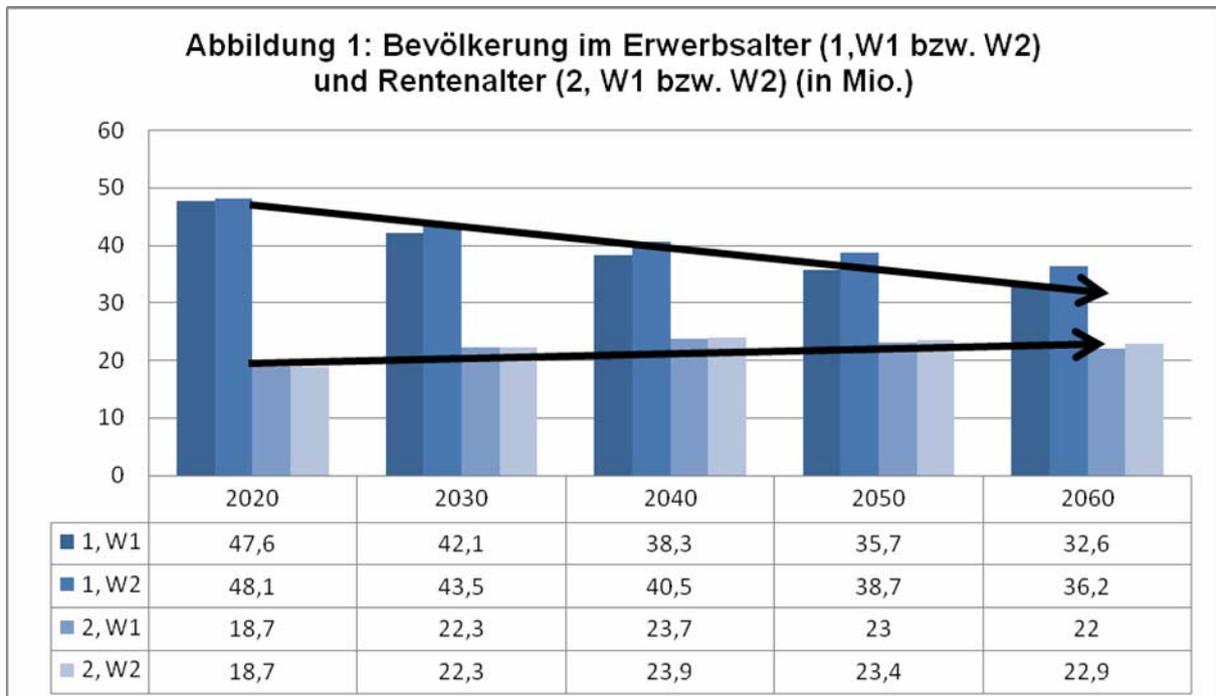
Die nachfolgenden Ausführungen erstrecken sich auf die Prognose für die „**mittlere Bevölkerung**“. Für diese Konstellation wird langfristig (2060) ein Rückgang des Niveaus der **Gesamtbevölkerung** von derzeit etwa 82 Mio. Einwohnern auf einen Wert zwischen ca. 65 bis 70 Mio. infolge des nicht durch Migration kompensierten Geburtendefizits erwartet. Stark zunehmen wird hingegen die Zahl der sogenannten Hochbetagten (80 Jahre und älter). Ihr Anteil wird in der Spitze (Jahr 2050) im Bereich von 14 bis 15 Prozent der Gesamtbevölkerung liegen. Langfristig wird der Bevölkerungsanteil der Hochbetagten (2060: 13 bis 14 Prozent) fast demjenigen der Kinder und Jugendlichen (2060: 15 bis 16 Prozent) entsprechen. Das ist zwar eine erschreckende Perspektive, aber nicht das Ergebnis erschreckender Annahmen.

Die **Erwerbsbevölkerung** (hier: 20 bis unter 65 Jahre) wird sich in den kommenden 10 Jahren eher wenig ändern, dann aber deutlich zurückgehen, und zwar auf etwa 42 bis 44 Mio. (2030) bzw. 33 bis 36 Mio. (2060). Das ist ein dramatischer Rückgang. Fällt die Nettozuwanderung niedrig aus (Untergrenze), wird der Rückgang langfristig etwa 34 Prozent betragen, fällt sie hoch aus (Obergrenze), wird er bei 27 Prozent liegen. Ändern wird sich auch die Altersstruktur. Im Jahr 2008 befanden sich etwa 20 Prozent im jüngeren Erwerbssalter (20 bis unter 30 Jahre), 50 Prozent im mittleren Alter (30 bis unter 50 Jahre) und 30 Prozent im höheren Alter (50 bis unter 65 Jahre). Hingegen werden sich langfristig (Jahr 2060) etwa 19 Prozent im jüngeren, 45 Prozent im mittleren und 36 Prozent im höheren Erwerbssalter befinden.¹

Das Ergebnis ist niederschmetternd: Die Relation zwischen Erwerbs- und Rentnerbevölkerung wird sich gewaltig verschlechtern. Der Altenquotient 65 (das Verhältnis von Rentnerbevölkerung (65 Jahre und älter) zu Erwerbsbevölkerung (20 bis unter 65 Jahre)) wird bis 2060 von rund 34 Prozent (in 2008) auf 63 (Variante 1-W2) bzw. 67 Prozent (Variante 1-W1) steigen. Er wird sich folglich bei Fortsetzung der aktuellen Fertilitäts- und Mortalitätstrends fast verdoppeln. Diese gewaltige Zunahme resultiert aus zwei gegenläufigen Entwicklungen (Abbildung 1). Einerseits wird die Rentnerbevölkerung zwischen 2020 und 2060 um gut 3 bis 4 Mio. (von fast

¹ Zumeist wird angenommen, dass die Arbeitsproduktivität trotz Alterung der Erwerbsbevölkerung gesamtwirtschaftlich weitgehend konstant bleiben wird (Börsch-Supan 2009; SVR-Wirtschaft 2011). Eine mit dem Alterungsprozess einhergehende niedrigere Arbeitsproduktivität würde dabei das Wirtschaftswachstum merklich reduzieren.

19 auf etwa 22 bis 23 Mio.) steigen, andererseits wird die Erwerbsbevölkerung um etwa 12 bis 15 Mio. Personen (von etwa 48 auf 33 bis 36 Mio.) sinken.



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Damit einhergehend wird auch das politische Gewicht der Rentner zunehmen. Ansteigen wird der Altenquotient 65 bereits bis Ende der 30er Jahre um ca. 80 Prozent; der weitaus größte Teil des Anstiegs wird folglich in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten zu spüren sein, wenn die geburtenstarken Jahrgänge („Baby Boomer“) in den Ruhestand gehen. **Es drohen massive wirtschaftliche Ungleichgewichte zwischen den Generationen und heftige Generationenkonflikte** (Kotlikoff und Burns 2004). Eine illusionsfreie Analyse dieser Entwicklung ist erforderlich. Aussitzen ist keine Lösung, da es nicht darum geht, einen „Berg“ zu überwinden, vielmehr geht die Entwicklung in Richtung auf ein „Hochplateau“. Zudem würde der Altenquotient 65 selbst bei vergleichsweise optimistischen Annahmen langfristig auf einen Wert von 60 Prozent steigen („relativ junge“ Bevölkerung); bei vergleichsweise pessimistischen Annahmen würde er sogar einen Wert von 77 Prozent erreichen („relativ alte“ Bevölkerung).

3. Staatshaushalt

In der Vergangenheit ist die Staatsverschuldung weitgehend kontinuierlich gestiegen (Fuest und Thöne 2009). Die Schuldenstandsquote (in Prozent des Bruttoinlandsprodukts) hat von knapp 20 Prozent in 1970 auf aktuell mehr als 60 Prozent zugenommen; sie hat sich mithin mehr als verdreifacht und liegt oberhalb der 60-Prozent-Grenze des Vertrags von Maastricht. Zwar gibt es hinsichtlich der maximal tragfähigen Höhe keine Übereinstimmung. Jedoch würde ein dauerhafter Anstieg der Schuldenstandsquote zweifellos zu einem nicht tragfähigen Haushalt führen. Insoweit ist zumindest eine Stabilisierung erforderlich. Was spricht für eine Reduzierung? Zum einen hat die Wirtschaftskrise gezeigt, wie wichtig fiskalische Spielräume sind. Ferner hat die „Griechenlandkrise“ deutlich gemacht, dass eine hohe Schuldenstandsquote schnell zu einer Staatskrise führen kann. Eine Reduzierung würde daher nicht nur die **Handlungsfähigkeit** in zukünftigen Wirtschaftskrisen sichern helfen, sondern auch die Gefahr einer **Staatskrise** verringern.

Für den steigenden Trend der Staatsverschuldung sind letztlich politische Interessen verantwortlich. Der politische Wettbewerb war kein wirksames Korrektiv. Da die Verschuldung in der Vergangenheit auch nicht entscheidend durch das alte Haushaltsrecht begrenzt wurde, haben Bund und Länder in 2009 die Notbremse gezogen und sich auf ein neues Recht - bezeichnet als **Schuldenregel**, verankert im **Grundgesetz** - verständigt.² Die Schuldenregel bezieht sich auf die **strukturelle, nicht auf die konjunkturelle Verschuldung**. Sie hat zwei Adressaten: den Bund und die Bundesländer. Der Bund wird verpflichtet, sein Defizit bis zum Jahr 2016 zurückzuführen. Nach Ablauf dieses Übergangszeitraums muss er einen weitgehend ausgeglichenen Haushalt vorlegen. Im normalen Konjunkturverlauf kann er sich maximal bis zu einem Grenzwert von 0,35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts verschulden. Die Länder werden verpflichtet, ihre Defizite bis zum Jahr 2020 vollständig zurückzuführen. Die Anforderungen der Schuldenregel gehen in die richtige Richtung (Feld 2010). Gleichwohl hat sie Schwächen. Unter anderem bezieht sie sich allein auf die explizit ausgewiesene sichtbare, nicht aber auf die implizit bestehende unsichtbare Verschuldung, die ein Mehrfaches der sichtbaren beträgt.

² Genauer über die Schuldenregel informiert das Bundesministerium der Finanzen (o.J.).

Dass es notwendig ist, die fiskalischen Folgen der demographischen Entwicklung für den Staatshaushalt insgesamt abzuschätzen, wird zumeist zugestanden. Dass es auch möglich ist, zeigen zahlreiche Studien. **Mit den seit einigen Jahren veröffentlichten Tragfähigkeitsberichten verfolgt die Bundesregierung das Ziel, in Zukunft regelmäßig darüber zu berichten.** Bei deren Erstellung können drei Ebenen unterschieden werden: In einem ersten Schritt geht es um die Konzeption eines für die lange Frist geeigneten ökonomischen Modells. In dem Bericht der Bundesregierung wird dieses Modell „Basisszenario“ genannt; dabei wird zwischen einem „optimistischen“ und einem „pessimistischen“ Szenario unterschieden. Darauf aufbauend werden in einem zweiten Schritt die gesamtstaatlichen Ausgaben und Einnahmen sowie die Finanzierungssalden unter Status quo-Bedingungen (jedoch ohne Berücksichtigung der Schuldenregel) prognostiziert. Vorausgeschätzt wird vor allem ein deutlicher Anstieg der Ausgaben der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. In einem dritten Schritt werden die so ermittelten Ergebnisse in Tragfähigkeitsindikatoren umgerechnet. Dabei informiert der von der Bundesregierung präferierte Indikator S2 über die Höhe des Betrages, um den der Primärsaldo sofort und dauerhaft (Jahr für Jahr) aufgestockt werden müsste, damit der Haushalt langfristig tragfähig ist. Die so ermittelte **Tragfähigkeitslücke** liegt, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt, bei rund 3 Prozent (SVR-Wirtschaft 2011). Ausgedrückt in Geldbeträgen des Jahres 2010 bedeutet dies, dass der Primärsaldo um etwa 75 Mrd. € aufgestockt werden müsste. Jedoch ist eine sofortige und dauerhafte Aufstockung in dieser Größenordnung illusorisch; realistisch sind nur kleinere, zeitlich gestreckte Konsolidierungsschritte.

Häufig wird eingewandt, dass die Tragfähigkeitslücken direkt nur über die rechnerische Größenordnung des politischen Handlungsbedarfs und nicht über den einzuschlagenden Konsolidierungsweg informieren. Sie würden allein zeigen, wie groß der Handlungsbedarf insgesamt ist. Sie würden jedoch nicht zeigen, auf welche Weise die Tragfähigkeitslücken geschlossen werden sollten. Sie würden auch nicht zeigen, in welchen Politikbereichen gehandelt werden sollte. Dieser Einwand ist zwar zutreffend, aber nicht zielführend. Prinzipiell kann auf zweierlei Weise gehandelt werden: primär durch Ausgabenenkungen oder primär durch Einnahmenerhöhungen. Jedoch sind die Wirkungen von Konsolidierungsstrategien, die an der Einnahmen- bzw. Ausgabenseite ansetzen, nicht nur politisch, sondern

auch ökonomisch unterschiedlich. **Für Anpassungen auf der Ausgabenseite spricht die Empirie.** Sie zeigt, dass langfristig Konsolidierungen auf der Ausgaben- mit größerer Wahrscheinlichkeit als Konsolidierungen auf der Einnahmenseite zu einem tragfähigen Haushalt führen (Alesina und Ardagna 2009).

4. Arbeitsmarkt

Welche Konsequenzen hat die demographische Entwicklung für den Arbeitsmarkt? **Auf jeden Fall müssen die personellen Ressourcen besser als in der Vergangenheit genutzt werden.** Geht das Arbeitskräftepotential zurück, müssen sich die Maßnahmen darauf richten, diesen Rückgang durch eine höhere Nutzung des Potentials und durch eine höhere Arbeitsproduktivität der Erwerbstätigen zu kompensieren. Zentrale Fragen sind daher: Wie kann das Arbeitsangebot gesteigert werden? Wie kann verhindert werden, dass die Arbeitsnachfrage zurückgeht? Wie kann vermieden werden, dass der erwartete Rückgang der Arbeitslosigkeit blockiert wird?

Das Risiko, dass steigende Beitragssätze zur Sozialversicherung die Erwerbsbeteiligung behindern, sollte nicht in Kauf genommen werden. Gegen eine Limitierung des Beitragssatzanstiegs wird jedoch eingewandt, dass sie mit Blick auf den zu erwartenden Rückgang der Arbeitslosigkeit gar nicht erforderlich ist. In der Tat ist die demographische Entwicklung mit der Hoffnung verbunden, ein sinkendes Arbeitskräftepotential würde quasi automatisch zum Abbau von Arbeitslosigkeit führen. Arbeitslosigkeit ist allerdings eine Residualgröße. Sie ist ein Marktungleichgewicht, bei dem das Arbeitsangebot größer ist als die Arbeitsnachfrage. Folglich kann bei jedem - bei einem hohen ebenso wie bei einem niedrigen - Niveau des Arbeitsangebotes Arbeitslosigkeit entstehen; wie umfangreich sie ist, hängt vom Niveau der Arbeitsnachfrage ab. Geht die Arbeitsnachfrage in gleichem Umfang zurück wie das Arbeitsangebot, bleibt die Arbeitslosigkeit unverändert.

Insofern ist auch ein weiterer Rückgang der Arbeitslosigkeit nicht zwangsläufig zu erwarten. Warum ist gleichwohl Optimismus angebracht? Mit der Agenda 2010 hat sich die Regierung Schröder für zahlreiche Reformen am Arbeitsmarkt entschieden,

die diesen flexibler gemacht haben, und sie hat durch verschiedene Regelungen das Matching deutlich verbessert (Fitzenberger 2009). Insoweit ist die Kehrtwende der Tarifpolitik auch nicht das Ergebnis „tarifpolitischer Vernunft“, sondern der angestoßenen Reformen. Wird die beschäftigungsfreundliche Tarifpolitik fortgesetzt, werden ferner auf Seiten des Gesetzgebers die Reformen am Arbeitsmarkt nicht zurückgenommen und steigert auch der Gesetzgeber die Beschäftigungskosten nicht (das ist das Ziel der 40-Prozent-Regel), könnte jedoch infolge der demographischen Entwicklung ein weiterer Rückgang der Erwerbslosigkeit erwartet werden (SVR-Wirtschaft 2011).

Mit gemischten Gefühlen wird die Forderung nach höheren Produktivitätssteigerungen betrachtet. Die Bedenken resultieren aus der Vorstellung, dass zwischen „niedriger Arbeitslosigkeit“ und „hoher Produktivitätssteigerung“ ein systematischer Zielkonflikt bestehen würde. Dieser Einwand ist jedoch voreilig, worauf bereits der Strukturwandel von der Agrar- zur Industriegesellschaft hinweist. Über viele Jahre hinweg betrachtet waren die Steigerungsraten der Produktivität in der Landwirtschaft sehr hoch. Das hat zu dem langfristig deutlichen Beschäftigungsrückgang im Agrarbereich beigetragen. Gleichwohl ist es nicht zu dauerhaft hoher gesamtwirtschaftlicher Arbeitslosigkeit gekommen. Vielmehr hat der Strukturwandel neue Arbeitsplätze geschaffen: in neuen Branchen bei der Produktion neuer Güter. Neue Branchen und neue Produkte entstehen allerdings dann nicht, wenn nicht genügend qualifizierte Personen zur Verfügung stehen, wenn die Produkte in einer Region hergestellt werden, in die die Arbeitnehmer nicht wechseln wollen und wenn neue Produkte nicht auf dem Markt zugelassen werden. Deshalb ist die Sozialpolitik auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gut beraten, wenn sie sich den Themen Fachkräftemangel (berufliche und regionale Mobilität) sowie neue Produkte (innovationsoffene Gesellschaft) zuwendet. Diese Themen hat die Regierung Merkel zu Recht gezielt aufgegriffen.

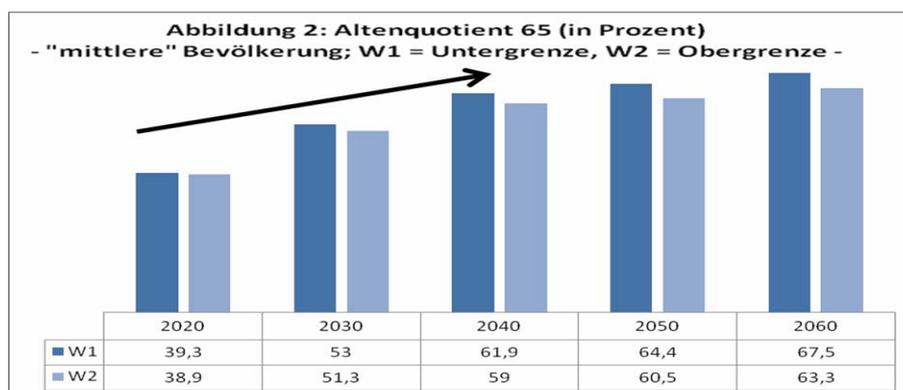
Die 40-Prozent-Regel fordert, dass die Summe der paritätisch finanzierten Beiträge zur Sozialversicherung den Betrag von 40 Prozent nicht dauerhaft überschreiten sollte.³ Die Absicht der 40-Prozent-Regel ist nicht, das Niveau der

³ Bei der paritätischen Finanzierung zahlen die Arbeitgeber den Arbeitnehmern den gesamten Lohn nur zu einem Teil als Barlohn aus, zum Teil wird er direkt an die Sozialversicherung gezahlt. Dieser Teil ist kein „Geschenk“ des Arbeitgebers, sondern Lohn (Soziallohn). Daher sind auch

Beitragssätze zu senken, sondern einem strukturbedingten Anstieg vorzubeugen. Zwar besteht auch über das Niveau, ab dem die Summe der Beitragssätze zu einem Rückgang der Beschäftigung führt, kein Einvernehmen. Verfehlt ist jedoch die Vorstellung, durch einen Anstieg der Beitragssätze - mithin durch einen Anstieg der Beschäftigungskosten - könne Arbeitslosigkeit dauerhaft abgebaut werden. Ebenso ist nicht das Ziel der 40-Prozent-Regel, die konjunkturelle Bedeutung der Sozialversicherungen - ihre Stabilisierungswirkung - in Frage zu stellen. Auch in dieser Hinsicht stimmen die 40-Prozent- und die Schuldenregel überein; beide richten sich nicht auf die Konjunkturwirkungen, sondern auf die Strukturänderungen.

5. Rentenversicherung

Die Entwicklung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) hängt langfristig von zwei strukturellen Faktoren ab: vom Rentner-Quotienten (der wiederum dem Produkt aus dem Alten- und dem Rentenbezieher/Beitragszahler-Quotienten entspricht) und vom Renten/Lohn-Quotienten (Roppel 2011). Für den Altenquotienten 65 prognostiziert das Statistische Bundesamt, dass er sich langfristig fast verdoppeln wird; dabei wird er in den kommenden drei Jahrzehnten um etwa 20 Prozentpunkte - das ist ein gigantischer Anstieg - zunehmen (Abbildung 2).



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Der Renten/Lohn-Quotient (auch als Ersatzrate bezeichnet) beschreibt das Sicherungsniveau. Große Teile der sozialpolitischen Diskussion konzentrieren sich

Arbeitgeberbeiträge Bestandteil der Lohnkosten; sie nehmen deshalb auch Einfluss auf die Arbeitsnachfrage.

auf diese Relation. Hingegen richtet sich die **40-Prozent-Regel** nicht direkt auf die Frage, wie die Wirtschaftsleistung der Erwerbstätigen auf die Rentner aufgeteilt werden sollte, sondern darauf, wie die wirtschaftlichen Grundlagen des Rentenbezugs gesichert werden sollten; sie **berücksichtigt** somit, **dass auch die Renteneinkommen erwirtschaftet werden müssen** („nur finanzierbare Renten sind sichere Renten“).

Vor dem Hintergrund der absehbar starken Verschlechterung der Relation zwischen Erwerbs- und Rentenbevölkerung traf die Regierung Schröder die richtige **Entscheidung des Wechsels von einem Defined Benefit-System** (mit vorgegebenem Sicherungsniveau) **zu einem Defined Contribution-System** (mit vorgegebenem Beitragssatzniveau, flankiert durch ein Mindestsicherungsniveau knapp oberhalb der Grenze zur Grundsicherung im Alter). Faktisch bedeutet dies, dass sich die Rentenversicherung in Richtung auf eine Basissicherung entwickeln wird. Dabei werden die ergänzenden kapitalgedeckten Systeme (Riester-Renten und Betriebsrenten) finanziell gefördert (kein Obligatorium). Die Riester-Rente wird gefördert durch Zulagen bzw. Steuerentlastungen. Durch Zulagen werden insbesondere die Bezieher niedriger Einkommen und Familien mit Kindern begünstigt.⁴

Infolge des im Rentenrecht fixierten Beitragssatzes - dieser soll bis 2020 nicht über 20 und bis 2030 nicht über 22 Prozent steigen⁵ - mussten Leistungen gekürzt werden. Die Höhe der Monatsrente kann auf zweierlei Weise reduziert werden: durch eine Absenkung der persönlichen Entgeltpunkte und durch eine Dämpfung des aktuellen Rentenwertes. Während die Entgeltpunkte über die Anwartschaften informieren, wandelt der Rentenwert diese in einen Geldbetrag um. Langfristig wird der Rentenwert auf dreierlei Weise fortgeschrieben: Die Rentenanpassung ist abhängig von der Brutto Lohnentwicklung, von der Entwicklung des Rentner-Quotienten und der des GRV-Beitragssatzes. Die Ausrichtung an der Lohnentwicklung dient dem Ziel, die Rentenbezieher am Wohlstandswachstum zu beteiligen. **Die Anpassung orientiert sich jedoch auch an der**

⁴ Verschiedene Untersuchungen deuten darauf hin, dass geringverdienende Bürger noch nicht in dem angestrebten Umfang von der Riester-Förderung Gebrauch machen (SVR-Wirtschaft 2011).

⁵ Insofern wird auch davon gesprochen, dass die Regierung Schröder die 40-Prozent-Regel nur für den Zeitraum bis 2020 vereinbart und für den Zeitraum danach eine 42-Prozent-Regel vorgesehen hat.

Einkommensentstehung; zu diesem Zweck wird die Fortschreibung des Rentenwertes durch den „Nachhaltigkeitsfaktor“ gedämpft. Das Gewicht, mit dem er auf die Anpassung einwirkt ($\alpha = 0,25$), soll sicherstellen, dass der Beitragssatz unterhalb der fixierten Werte bleibt.⁶

Unter Druck geraten ist die Rentenanpassung in jüngster Zeit infolge des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zu den so genannten Hartz IV-Kinderregelsätzen. Zwar hat das Verfassungsgericht unmittelbar nur den Anpassungsverbund zwischen der Renten- und der Regelsatzanpassung („steigen die Renten um x Prozent, steigen auch die Regelsätze um x Prozent“) als verfassungswidrig eingestuft. In der Folge davon könnten jedoch die Regelsätze stärker ansteigen als die Rentenanpassung. Das hat bereits zu der Forderung geführt, die Rentenanpassung in den Jahren, in denen die Regelsatzanpassung größer ausfällt, mindestens in Höhe der Regelsatzanpassung vorzunehmen. Mit dieser „Schutzklausel“ wird nichts anderes gefordert als eine Änderung der Rentenanpassung.

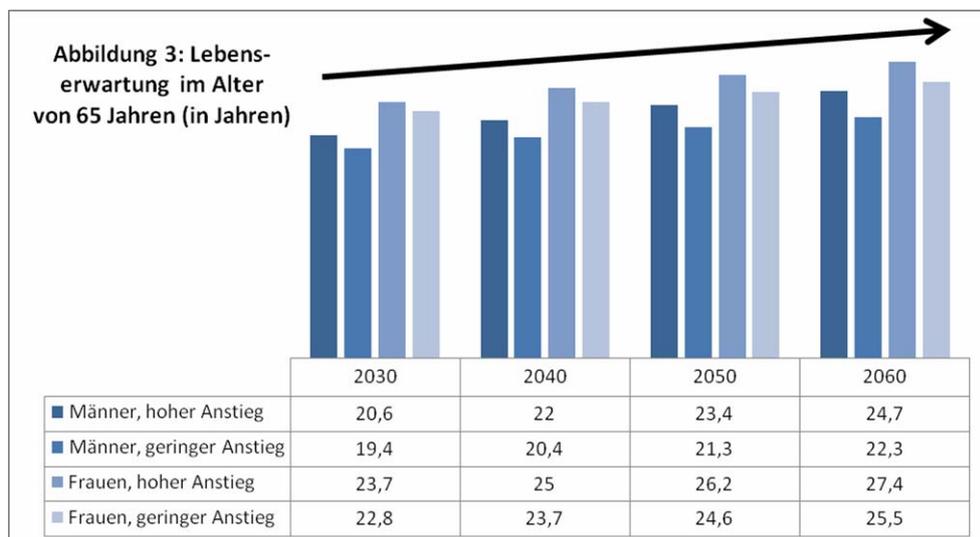
Jedoch hat die Rentenanpassung Schwächen mit Blick auf die Kindererziehung, da sie nicht näher auf die Ursachen abstellt, die zum Anstieg des Rentnerquotienten führen. Die kollektive Geburtenrate resultiert aus individuellen Entscheidungen über wenige ebenso wie aus individuellen Entscheidungen über viele Kinder. Von der gedämpften Anpassung sind jedoch beide Gruppen in gleicher Weise betroffen: diejenigen, die wenige bzw. keine, und diejenigen, die viele Kinder aufgezogen haben.

Das individuelle Rentenvolumen entspricht dem Produkt aus Höhe und Dauer des Rentenbezugs; bezogen auf die Monatsrente entspricht es dem Produkt aus Höhe und Zahl der Monatsrenten. Über die Rentenhöhe wird regelgebunden, über die Bezugsdauer jedoch diskretionär entschieden. Steigt das Rentenvolumen infolge der Bezugsdauer, die wiederum abhängig ist von der Lebenserwartung, muss der Beitragssatz, der zur Finanzierung des Rentenvolumens notwendig ist, angehoben

⁶ Häufig werden „Nachhaltigkeitsfaktor“ und „Nachholfaktor“ verwechselt. Letzterer ist das Ergebnis diverser Schutzklauseln. Zwar hat deren Wirksamwerden die Wirkung eines perspektivisch höheren Beitragssatzes. Gleichwohl sind, um das Beitragsziel zu erreichen, keine zusätzlichen Leistungskürzungen erforderlich - jedoch nur dann, wenn die perspektivisch beitrags erhöhende Wirkung der Schutzklauseln im Zeitablauf durch reduzierte Rentenanpassungen wieder ausgeglichen wird.

werden. Ist der Beitragssatz jedoch fixiert, muss die Bezugsdauer bei ansonsten unveränderten Bedingungen reduziert werden. Diesem Ziel - ein Rentenvolumen entstehen zu lassen, das mit dem angestrebten Beitragssatz finanziert werden kann - dient die „Rente mit 67“.

Die von der Regierung Merkel verabschiedete Regelung sieht vor, ab dem Jahr 2012 das gesetzliche Renteneintrittsalter bis zum Jahr 2029 schrittweise auf 67 Jahre anzuheben. Dies erfolgt in den ersten 12 Jahren um einen Monat, anschließend um zwei Monate pro Geburtsjahrgang. In 2029 wird die Regelaltersgrenze von 67 Jahren erreicht sein. Ein vorzeitiger Rentenbeginn ist mit Abschlägen verbunden, deren Höhe nach der angehobenen Grenze (67 Jahre) berechnet wird. Allerdings wird sich nach Einschätzung des Bundesamtes der Anstieg der Lebenserwartung über das Jahr 2030 hinaus fortsetzen (Abbildung 3). Es prognostiziert für das Jahr 2030 für 65jährige Männer eine fernere Lebenserwartung von 19,4 bis 20,6 Jahren und für 65jährige Frauen von 22,8 bis 23,7 Jahren sowie für das Jahr 2060 für 65jährige Männer von 22,3 bis 24,7 Jahren und für 65jährige Frauen von 25,5 Jahren bis 27,4 Jahren. Dies entspricht einem Anstieg von 2,9 bis 4,1 Jahren für Männer bzw. 2,7 bis 3,7 Jahren für Frauen.



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Vor diesem Hintergrund wird vom Sachverständigenrat vorgeschlagen, die regelgebundene Renten-Anpassung zu ergänzen um eine regelgebundene Altersgrenzen-Anpassung – mit dem Ziel, die relative Bezugsdauer zu stabilisieren

und dabei die gewonnenen Lebensjahre zwischen der Verlängerung des Erwerbslebens und des Ruhestands etwa im Verhältnis von 2:1 aufzuteilen (SVR-Wirtschaft 2011). In diesem Fall würde im Jahr 2045 das gesetzliche Rentenzugangsalter bei ca. 68 Jahren und im Jahr 2060 bei ca. 69 Jahren liegen.

Nicht überzeugend ist der Einwand, eine Anhebung der Altersgrenze sei erst dann möglich, wenn sich die Erwerbsbeteiligung der Älteren bereits erhöht habe. Er ist deshalb nicht überzeugend, weil mit der „Rente mit 67“ die institutionellen und finanziellen Voraussetzungen für eine höhere Erwerbsbeteiligung der Älteren gerade geschaffen werden sollen. Das Anliegen ist nicht, einer höheren Erwerbsbeteiligung der Älteren die „Rente mit 67“ nachzuschieben. Sicherlich ist zwischen verschiedenen Branchen und Berufen zu unterscheiden; die Beanspruchung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten divergiert zum Teil erheblich. Diese Differenzierung bietet allerdings das bestehende Rentenrecht mit den Erwerbsminderungsrenten. Wenn dieses als unzureichend für den berühmt gewordenen Dachdecker betrachtet wird, dann sollte sich die Forderung auf das Erwerbsminderungsrecht richten, nicht aber auf die „Rente mit 67“. Ein Verzicht darauf würde im Übrigen andere Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung erfordern.

Ein oft übersehenes Ergebnis ist auch, dass die „Rente mit 67“ das Sicherungsniveau stabilisieren hilft. Die Erwartung ist erstens, dass infolge der Anhebung der Altersgrenze der Rentnerquotient sinken wird (verringert werden soll die Zahl der Rentner, vergrößert die der Beitragszahler). Dann reduziert sich auch dessen dämpfende Wirkung auf die Rentenanpassung. Zweitens ist die „Rente mit 67“ mit der Absicht verbunden, den Beitragssatzanstieg zu verringern. Da dieser ebenfalls anpassungsdämpfend wirkt (geregelt im „Beitragsfaktor“), führt die „Rente mit 67“ auch auf diesem Wege zu einer Stabilisierung.

Hingegen ist die Einschätzung, dass ein Umstieg auf eine kapitalgedeckte Finanzierung der Alterssicherung zwangsläufig die Kapitalbildung in der Gesamtwirtschaft erhöhen würde, nicht überzeugend. Im Mittelpunkt der Erwartung, dass das Kapitaldeckungsverfahren zu einer größeren Kapitalbildung führt, steht der Vermögensverdrängungseffekt. Ohne gesetzliche Alterssicherung, so

die gängige Argumentation, wäre der einzelne Bürger gezwungen, privat für seine Alterssicherung mittels Sparen Vorsorge zu treffen. Hingegen könne der Einzelne mit gesetzlicher Alterssicherung seine private Ersparnis im Umfang der gesetzlichen Rentenversicherungsbeiträge reduzieren. Welche Konsequenzen dies für die gesamtwirtschaftliche Ersparnisbildung habe, hänge daher entscheidend vom Finanzierungsverfahren der Rentenversicherung ab. In einem staatlichen Kapitaldeckungsverfahren würden die Versicherungsbeiträge am Kapitalmarkt angelegt, hier bliebe die gesamtwirtschaftliche Ersparnis unverändert. Im Umlageverfahren würden die Beiträge der Versicherten jedoch periodengleich an die Rentenbezieher weitergeleitet, ein Kapitalstock würde nicht aufgebaut. Daher werde im Umlageverfahren das Sparen für Alterszwecke in Höhe der staatlichen Rentenversicherungsbeiträge dauerhaft verdrängt.

Jedoch vermittelt die Bezugnahme auf den Vermögensverdrängungseffekt nur ein partielles, unzureichendes Bild der Wirkungen kapitalgedeckter Alterssicherung. Ausgeblendet wird dabei, dass dem Sparen der Erwerbstätigen ein Entsparen der Rentenbezieher gegenübersteht. Folglich ist der Blick auf die Sparquote der Kohorte nicht ausreichend, entscheidend ist die Sparquote der Versicherung. Sie entspricht der Differenz zwischen der (positiven) Sparquote der Beitragszahler und der (negativen) Sparquote der Rentenbezieher, und diese Differenz ist keineswegs zwingend positiv (Schmitt-Rink 1987). Zutreffend an der Verdrängungsargumentation ist hingegen, dass es ohne Sparen keine Alterssicherung gibt, weder in einem umlagefinanzierten, noch in einem kapitalgedeckten System. In jedem Fall muss in der Erwerbsphase Konsumverzicht geleistet, muss folglich für die Altersphase gespart werden.

Es mag sein, dass Mackenroth auf diesen - nicht banalen - Sachverhalt, dass dem Kapitaldeckungsverfahren nicht zwangsläufig eine gesamtwirtschaftlich ersparnissteigernde Wirkung zugeschrieben werden kann, aufmerksam machen wollte. Hingegen wird das „Mackenroth-Theorem“ banalisiert, wenn darauf abgestellt wird, dass zu einem gegebenen Zeitpunkt stets eine Güterumlage von den Erwerbstätigen hin zu den Nicht-Erwerbstätigen stattfindet - und daraus der Schluss gezogen wird, dass sich das Umlage- und das Kapitaldeckungsverfahren in makroökonomischer Hinsicht nicht unterscheiden würden. Zweifellos müssen die

Erwerbstätigen auf diejenigen Güter verzichten, die von den Nicht-Erwerbstätigen in Anspruch genommen werden. Der Konsum von Gütern durch die Nicht-Erwerbstätigen bedeutet stets, dass die Erwerbstätigen Konsumverzicht leisten müssen. Der Versuch der Rentenbezieher, ihre im Kapitaldeckungsverfahren in der Vergangenheit angesammelten Ersparnisse im Alter aufzulösen und gegen Konsumgüter zu tauschen, setzt daher zwangsläufig voraus, dass die Erwerbstätigen in genau diesem Umfang Konsumverzicht leisten müssen. Würden sich die heutigen Erwerbstätigen diesem Tausch entziehen, wäre der Konsumverzicht der Rentenbezieher in der Vergangenheit vergeblich gewesen. Eine Alterssicherung würde daraus nicht folgen. Gesamtwirtschaftlich betrachtet muss daher immer eine Güterumlage stattfinden.

Die spezielle Feststellung, dass dem Kapitaldeckungsverfahren nicht zwangsläufig eine höhere Netto-Sparquote zugeschrieben werden kann, bedeutet jedoch **keine generelle Kritik am Kapitaldeckungsverfahren**. Zunehmend wird erkannt, dass jedes Verfahren relative Vor- und Nachteile hat. Zunehmend wird daher für ein **Mischsystem** plädiert. Insoweit hat auch die Forderung nach einem kompletten Umstieg an Gewicht verloren, hingegen die nach partieller Kapitaldeckung (Ergänzung des Umlageverfahrens) an Gewicht gewonnen. Auch sollte nicht vergessen werden, dass es um den Umstieg und nicht darum geht, ein Alterssicherungssystem neu zu etablieren. Werden jedoch die Umstiegskosten einbezogen, sind die gängigen idealtypischen Renditevergleiche zu modifizieren.

6. Krankenversicherung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spielen drei Besonderheiten eine wichtige Rolle: die angebotsinduzierte Nachfrage, die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zum Nulltarif und die lohnabhängige Finanzierung der Krankenkassen.

Im Regelfall entscheidet der Arzt über Umfang, Struktur und Qualität (einschließlich Art) der medizinischen Leistungen. Zumeist kennt der Patient nur die Symptome, die ihn veranlassen haben, den Arzt aufzusuchen. Und der Arzt stellt die Diagnose und benennt die Therapie. In diesem Fall werden die Nutzen-Kosten-Abwägungen vom

Arzt und nicht vom Patienten getroffen. Der Arzt ist hier Anbieter und Nachfrager zugleich; die Angebots- fällt mit der Nachfragekurve zusammen. Dass Ärzte typischerweise daran interessiert sind, die Nachfrage nach ihren Leistungen auszuweiten (wie die Anbieter anderer Leistungen auch), ist dabei nicht ungewöhnlich. Entscheidend ist, dass sie - und zwar in deutlich stärkerem Maße als andere Anbieter - dazu auch in der Lage sind. Diese Situation der Anbieter- statt Nachfragersouveränität kann jedoch erwünscht sein, und zwar dann, wenn die meritorische Nachfrageäußerung der Ärzte für die Patienten selbst als erwünscht beurteilt wird („allein der Arzt ist der richtige Nachfrager, er allein weiß, was für den Patienten gut ist“). Zum Problem wird sie dadurch, dass die Patienten die medizinischen Leistungen unmittelbar ohne Zahlung eines Geldpreises in Anspruch nehmen und die direkte Bezahlung durch eine „dritte Partei“ - die Krankenversicherungen - erfolgt. In diesem Fall sind die Patienten selbst an einem möglichst umfassenden und qualitativ hochwertigen, nicht aber an einem begrenzten und möglichst kostengünstigen Leistungsangebot interessiert.

Zusätzlich gewinnt die Nulltarif-Regelung dadurch an Bedeutung, dass lohnabhängige Beiträge das Interesse der Versicherten an Einsparungen reduzieren. Das kann an einem einfachen Beispiel gezeigt werden (Richter 2007). Angenommen sei, dass im Durchschnitt die Einnahmen einer GKV-Kasse je Mitglied monatlich 250 € betragen und dass diese Kasse ihren Mitgliedern einen Tarif mit einer Ersparnis von 10 Prozent anbieten könnte. Ein Mitglied, das die Hälfte des Durchschnittslohns bezieht, zahlt allerdings nicht den zuvor genannten Durchschnittsbetrag, sondern den individuellen Betrag von 125 €. Folglich würde dieses Mitglied auch nicht 25, sondern 12,50 € sparen. Wird zudem berücksichtigt, dass die mögliche Ersparnis dem Arbeitgeber zur Hälfte zufließt, halbiert sich die potentielle Ersparnis von 12,50 auf 6,25 €. **Im Ergebnis sind bei der lohnabhängigen Finanzierung die absoluten Einkommenswirkungen von Unterschieden in den Beitragssätzen am geringsten bei den Beziehern niedriger Einkommen, mithin bei denjenigen, die am ehesten preisbewusst handeln.** Wenn jedoch infolge der lohnabhängigen Beiträge das Interesse zahlreicher Versicherter (Nachfrager) an Spartarifen nicht groß ist, ist auch das Interesse der Versicherungen (Anbieter) nicht groß, derartige Tarife zu offerieren.

Hingegen werden unter normalen Marktbedingungen Nutzen und Kosten systematisch richtig berücksichtigt. In diesem Fall trägt der Nachfrager mit der Zahlung des Güterpreises auch die gesamten (Stück-)Kosten, die bei der Produktion des betreffenden Gutes entstehen. Da er zugleich in Höhe des Preises, den er für das betreffende Gut zahlt, auf den Erwerb anderer Güter verzichten muss, entscheidet er selbst darüber, ob eine Ausweitung seiner Nachfrage für die Gesellschaft per Saldo eine Nutzensteigerung zur Folge hat oder nicht⁷. Dadurch wird die Nachfrage der Individuen auf den gesellschaftlich optimalen Produktionsumfang begrenzt. Folglich ist weder der Einwand überzeugend, dass auch die Konsumenten auf normalen Gütermärkten daran interessiert sind, möglichst viele Güter nachzufragen. Zentral ist, dass dieses Interesse dadurch begrenzt wird, dass die Nachfrager in Höhe des Güterpreises die Kosten tragen müssen, die bei der Produktion des betreffenden Gutes entstehen. Überzeugend ist auch nicht der Einwand, dass die Versicherten insgesamt im Umfang ihrer Prämienzahlungen alle Kosten tragen, die bei der Nachfrage nach medizinischen Leistungen entstehen. Hier ist entscheidend, dass diese Kosten nicht bei der Inanspruchnahme - und damit auch nicht im Umfang der Inanspruchnahme - getragen werden. Die Folge ist, dass der einzelne Patient auch dann noch eine Ausweitung seiner Nachfrage nach medizinischen Leistungen für erwünscht hält, wenn die hiermit verbundenen Nutzensgewinne geringer sind als die Nutzenzuwächse, die der Wirtschaft insgesamt - nicht jedoch dem einzelnen Patienten bei der Inanspruchnahme der Leistungen - entstehen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die Versicherten insgesamt an kostendämpfenden Maßnahmen und den damit verbundenen niedrigeren Beitragssätzen interessiert sind.

Diese Ausgangslage prägt die Gesundheitsreform der Regierung Merkel. Deren Zielsetzung ist die **Stärkung des Versicherungswettbewerbs**. Er ist zwar keine neue Erfindung, ihn gibt es seit rund 15 Jahren.⁸ Da er jedoch bei lohnabhängigen Beiträgen nicht funktional ist, überführen das GKV-Wettbewerbsstärkungs- (GKV-WSG) und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) den Versicherungswettbewerb

⁷ Diese Situation trifft im privaten Sektor einer Volkswirtschaft zu; auch der „Zweite Gesundheitsmarkt“ (Henke u.a. 2011) ist dadurch gekennzeichnet.

⁸ Die Grundlage für Versicherungswettbewerb wurde mit dem Kassenwahlrecht gelegt. Vor dem Jahr 1996 waren die Wechselmöglichkeiten zwischen GKV-Kassen nur auf wenige Personen begrenzt, im Regelfall wurden die Versicherten den Kassen gesetzlich zugewiesen (Zuweisungssystem). Seit 1996 müssen sich die Kassen jedoch im Wettbewerb um Mitglieder behaupten (Wahlsystem).

mittels lohnabhängiger kassenspezifischer Beitragssätze in den Versicherungswettbewerb mittels lohnunabhängiger kassenspezifischer Zusatzbeiträge bzw. Erstattungen. Ein schärferer Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte erhöht den Druck, Umfang, Struktur und Qualität der medizinischen Leistungen verstärkt an den Interessen der Versicherten auszurichten. Zugleich produziert er Kostensenkungsanreize. Und er stärkt das Interesse der Versicherten an kostensenkendem medizinischen Fortschritt.

Erforderlich ist deshalb die instrumentelle Neuordnung des Wettbewerbs durch den Gesundheitsfonds und der Ausbau der Vertragsfreiheiten für die Versicherungen. Beides gehört zusammen. Der Versicherte muss das Interesse haben, Wahltarife nachzufragen. Und die Versicherung muss die Möglichkeit haben, Wahltarife anzubieten. Zwar wird der Gesundheitsfonds nach wie vor lohnbezogen finanziert, die Kassen konkurrieren jedoch mittels Zusatzbeiträgen bzw. Erstattungen um Versicherte und damit einhergehend um unterschiedliche Versorgungsmodelle. Steht dabei der Preisforderung kein den Versicherteninteressen adäquates Angebot gegenüber, wird die Versicherung ihr Angebot überprüfen müssen - oder sie wird vom Markt verdrängt werden (die Wechselbereitschaft der Nachfrager ist konstitutiv für jeden Wettbewerbsprozess). Daher ist auch zu erwarten, dass der Wettbewerb die Versicherungen verstärkt veranlassen wird, zwischen medizinisch Notwendigem und medizinisch nicht Notwendigem und zwischen teuren und weniger teuren Leistungserbringern zu unterscheiden.

Jedoch stößt die Bereitschaft, Wettbewerb und Wahlfreiheit im GKV-System zu stärken, in weiten Teilen von Politik und Gesellschaft auf Unverständnis und Widerstand. Ein Problem ist, dass Wettbewerbsprozesse moralischen Vorbehalten unterliegen. Eingewandt wird auch, dass eine Stärkung des Versicherungswettbewerbs zur „Unterfinanzierung“ führt. Bei dieser Kritik wird ausgeblendet, dass zur Produktion von Leistungen stets Ressourcen notwendig sind, die verschieden eingesetzt werden können. Dementsprechend gibt es immer Ressourcenkonflikte, nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch zwischen der Produktion von Gesundheitsgütern und sonstigen Gütern. Daher basiert auch die Forderung nach einem Gesundheitssystem, das zu einer Nachfrage nach

Gesundheitsgütern führt, die noch irgendeinen zusätzlichen positiven Nutzen versprechen, auf einer sehr engen Sichtweise.

Mit der Forderung nach Versicherungswettbewerb wird auch nicht die ethische Norm in Frage gestellt, dass letztlich kein Bürger von der Inanspruchnahme zentraler medizinischer Leistungen aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit (keine Rationierung durch individuelle Einkommen) ausgeschlossen werden sollte. Zwar verhindert bereits diese Norm reinen marktwirtschaftlichen Wettbewerb. Das bedeutet aber lediglich, dass Rücksicht zu nehmen ist auf Besonderheiten des Gutes „Gesundheit“ (Knappe und Neubauer 2008). Jedenfalls kann keine Rede davon sein, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen prinzipiell nicht möglich ist. Vielerorts ist schnell vergessen worden, dass der Zusammenbruch planwirtschaftlicher Systeme kein bedauerlicher Betriebsunfall, sondern das systematische Ergebnis fehlenden Wettbewerbs war; mit der desolaten Folge, dass der Mangel - auch im Gesundheitssystem - nur verwaltet, nicht aber durch Innovationen überwunden wurde. Daher sollte eher eine plan- als eine marktwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens Sorge bereiten und Ängste auslösen.

Hingegen ist das Konzept der sogenannten Bürgerversicherung kritisch zu beurteilen. Es hat drei Bestandteile: (i) Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze (angestrebt wird die Pflichtmitgliedschaft aller Bürger in der GKV⁹); (ii) Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (angestrebt wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf die der GRV); (iii) Ausweitung der Beitragsgrundlage um weitere Einkommensarten (angestrebt wird die Ausweitung um Miet- und Kapitaleinkommen). Die Kritik an der Versicherungspflichtgrenze ist berechtigt, diese ist rational nicht begründbar. Jedoch ist eine Gesetzesänderung nicht zwingend erforderlich, da die Versicherungspflichtgrenze kontinuierlich - als Folge des GKV-WSG - an Bedeutung verlieren wird. Nicht überzeugend ist hingegen die Forderung nach einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Dies würde zu keinen äquivalenten Anspruchserhöhungen führen; mit der Folge, dass der Beitrag zur Krankenversicherung (und Pflegeversicherung) noch mehr als in der Vergangenheit den Charakter einer proportionalen Lohnsteuer erhielt. Ebenso wenig überzeugend ist die zum Zweck der Leistungsgerechtigkeit vorgesehene

⁹ Im engeren Sinne zählt zur Bürgerversicherung nur das Abschaffen der Versicherungspflichtgrenze.

Ausweitung der Beitragsbemessung um weitere Einkommensarten. Auch diese Ausweitung würde die GKV näher an das System der Einkommensteuer heranführen; mit dem allerdings bedeutsamen Unterschied, dass in der GKV das Ziel der Leistungsgerechtigkeit durch einen proportionalen Tarif (der Beitragssatz ist eine „flat rate“) und im System der Einkommensteuer durch einen progressiven Tarif erreicht werden soll. **Insgesamt schwächt das Konzept der Bürgerversicherung das Versicherungsprinzip und den Versicherungswettbewerb** (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004). Die demographische Entwicklung erfordert jedoch das Gegenteil. Die Ressourcen im Gesundheitswesen müssen effizienter genutzt werden. Dieses wird nur durch Wettbewerb erreicht. Insofern ist die Bürgerversicherung auch nicht ursachenorientiert. Sie würde nichts daran ändern, dass lohnabhängige Beiträge die Nutzen/Kosten-Überlegungen der Versicherten bei der Nachfrage nach Spartarifen systematisch verzerren.

Die Entscheidung für Versicherungswettbewerb mittels Zusatzbeiträgen bzw. Erstattungen (also durch absolute Geldbeträge und nicht relative Beitragssätze) hat jedoch nicht nur weitreichende Konsequenzen für die Finanzierung, sondern auch für den stets erforderlichen **Sozialausgleich**. Die Zielsetzung der mit dem GKV-WSG geschaffenen Überforderungsklausel war die des Sozialausgleichs, allerdings mit wettbewerbshemmender Wirkung. Auf das Finanzierungsinstrument des Zusatzbeitrages konnten die Kassen in diesem Fall nur eingeschränkt zurückgreifen. Bis zu einem Betrag in Höhe von 8 € brauchten sie die Einkommensverhältnisse ihrer Mitglieder nicht zu prüfen; oberhalb dieses Betrages mussten sie diese jedoch prüfen. Nicht möglich war es, einen Zusatzbeitrag oberhalb von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder zu fordern. Faktisch wirkte diese Regelung wie ein Höchstpreis (Höchstbeitrag). Und nur bis zu diesem Höchstpreis - der zudem kassenindividuell unterschiedlich hoch war - hätte sich der Wettbewerb mittels Zusatzbeitrag entwickeln können. Dieser Mangel wurde durch das GKV-FinG behoben. Die Überforderung wird nun anhand der beitragspflichtigen Arbeits- und Renteneinkommen im Verhältnis zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag gemessen. Dadurch, dass die Überforderung nicht mehr direkt am Zusatzbeitrag (sondern an der Beitragspflicht) gemessen wird, entfällt der Sozialausgleich jedoch nicht. Zwar kann der Zusatzbeitrag zukünftig unbegrenzt steigen, dies führt aber bei Überschreiten der

Belastungsgrenze (2 Prozent-Grenze) zu Erstattungen. Damit bleibt das Preissignal des kassenindividuellen Zusatzbeitrages auch bei Anspruch auf den Sozialausgleich erhalten. Zudem führt der Zusatzbeitrag zu einer Steigerung der Nachhaltigkeit der Finanzierung, da die Krankenkassen unabhängig davon, ob ein Arbeitseinkommen oder ein (niedrigeres) Renteneinkommen vorliegt, einen pauschalen Geldbetrag erhalten. Dadurch wird die GKV-Finanzierung unabhängiger vom demographischen Wandel. Gleichwohl weist auch der neue Sozialausgleich Schwächen auf, die aber nicht der Intention des Versicherungswettbewerbs widersprechen (Augurzky 2010).

Zu beanstanden ist allerdings, dass im GKV-WSG der stationäre Sektor weitgehend ausgeklammert wurde. Auf breiter Front wurde von den Bundesländern insbesondere die **Überwindung der dualen durch die monistische Krankenhausfinanzierung** abgelehnt. Es ist jedoch zu erwarten, dass sich diese Haltung ändern wird - nicht zuletzt deshalb, weil ab 2020 die Schuldenregel für die Länder direkt greifen wird.

Notwendig ist auch eine über den Versicherungswettbewerb hinausgehende **Steuerung des medizinischen (medizinisch-technischen) Fortschritts**. Es wird neue Medikamente geben, die bisher nicht therapierbare Krankheiten behandelbar machen. Es wird auch neue Verfahren geben, die bisher nicht diagnostizierbare Krankheiten erkennbar machen. Der Leistungskatalog der Krankenversicherung wird sich daher ausweiten, wenn es nicht an anderer Stelle zu Einschränkungen kommt. Wie werden sich die Kosten des Leistungskataloges entwickeln? Der mit weitem Abstand größte Teil des Kataloges sind Sachleistungen. Werden deren Preise stark zunehmen, wird der Ausgabendruck groß sein. Ein hohes Ausgabenwachstum wäre jedoch für den Staatshaushalt problematisch. Die Intention der Gesundheitspolitik ist, weitere Ausgabensteigerungen über den Zusatzbeitrag zu finanzieren, mittels des Sozialausgleichs aber zu verhindern, dass steigende Zusatzbeiträge zu individuell unzumutbaren Belastungen führen. Das würde allerdings einhergehen mit einer höheren Belastung des Staatshaushalts. Zugleich begrenzt aber die Schuldenregel ein stärkeres staatliches Engagement. Nicht zuletzt deshalb stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten einer über den Versicherungswettbewerb hinausgehenden gesetzlichen Steuerung des medizinischen Fortschritts. **Jedenfalls ist medizinischer Fortschritt kein reiner Kostenfaktor.**

Reformbedarf besteht auch im System der Privaten Krankenversicherung (PKV). Dort kommt es aufgrund der Kapitaldeckung zu Wettbewerbsbehinderungen, da die sogenannten Altversicherten ihr angespartes Kapital beim Versicherungswechsel an das Versichertenkollektiv verlieren. Diese **fehlende Übertragungsmöglichkeit von Alterungsrückstellungen beim Wechsel von einer privaten in eine andere private Kasse** führt dazu, dass sich der Wettbewerb faktisch nur auf relativ junge Versicherungsnehmer (sogenannte Neuversicherte) beschränkt. Es wäre deshalb konsequent, den Wettbewerb zwischen privaten Kassen dadurch zu intensivieren, dass Alterungsrückstellungen generell (und nicht nur partiell) individualisiert und portabel gemacht werden. Möglich ist dies (Roppel 2007, Eekhoff 2008).

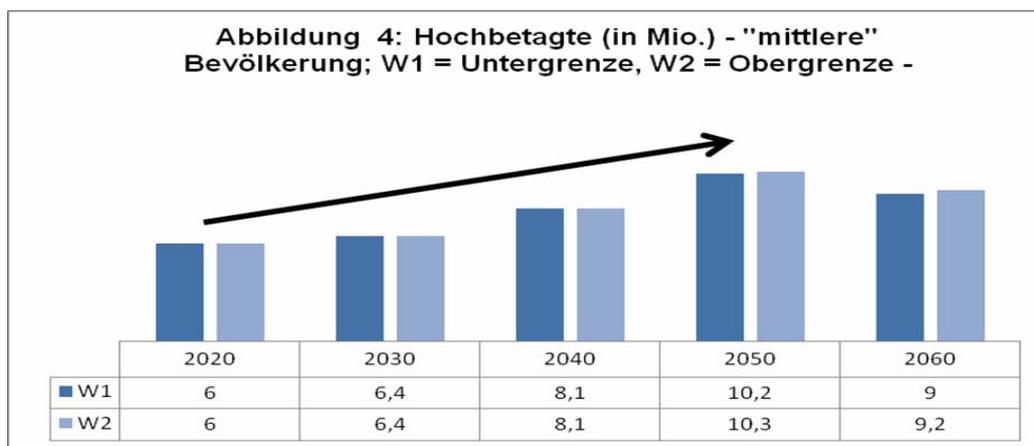
Die langfristige Perspektive dürfte in einer Anlehnung an das „holländische Modell“ zu sehen sein. In einem **einheitlichen Versicherungssystem** gäbe es kein Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Vollversicherungen, sondern nur noch eine gesetzliche Pflichtversicherung zur Absicherung der Basisversorgung und darüber hinaus Kassen, die Zusatzversicherungen anbieten würden.

7. Pflegeversicherung

Bei Einführung der Sozialen (Gesetzlichen) Pflegeversicherung (SPV) Mitte der 90er Jahre wurden zwei Grundsatzentscheidungen getroffen: Die Finanzierung sollte zwar im Umlageverfahren erfolgen, aber einnahmenorientiert und ohne Verletzung des 40-Prozent-Ziels. Als Einnahme sollte der Pflegeversicherung der Wert eines Arbeitstages zur Verfügung stehen; daraus resultierte die Umwandlung eines Feiertages in einen Arbeitstag. Dass der wirtschaftliche Wert eines Arbeitstages nur ausreichen würde, um einem begrenzten Personenkreis (Folge: Konzentration des Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf somatische Pflegebedürftigkeit) begrenzte Leistungen (Folge: Teilkostendeckung) zur Verfügung zu stellen, war bekannt.

Die seinerzeitige Entscheidung wurde stets kritisiert, auch wegen der aus demographischen Gründen absehbar stark steigenden Zahl von Pflegefällen. Bekannt war, dass die Pflegeversicherung auf der Einnahmenseite in gleicher Weise demographieabhängig ist wie die Krankenversicherung (nahezu identische Finanzierungsbasis; einheitlicher Beitragssatz), auf der Ausgabenseite hingegen sehr

viel demographieabhängiger ist. Im Großen und Ganzen sind bis zum Lebensalter 60 die Prävalenzraten konstant niedrig, zwischen 60 und 70 steigen sie vergleichsweise moderat, zwischen 70 und 80 deutlich sichtbar und ab dem Alter 80 exponentiell an. Daher ist auch die Demographieprognose für die Pflegeversicherung von erheblicher Bedeutung. Im Jahr 2008 lebten etwa 4 Mio. Hochbetagte (80 Jahre und älter) in Deutschland. Ihre Zahl wird, so das Statistische Bundesamt, bis 2030 auf gut 6 Mio. (+50 Prozent) und bis 2050 auf gut 10 Mio. (+250 Prozent) steigen, sich also mehr als verdoppeln (Abbildung 4).



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Infolge der Demographieabhängigkeit wird die Kluft zwischen Einnahmen und Ausgaben groß werden. Entweder müssen die Einnahmen vergrößert und/oder die Ausgaben gesenkt werden. Besteht das Ziel in der Aufrechterhaltung des Status quo, soll mithin der bestehende Leistungskatalog in vollem Umfang aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden, ist zu erwarten, dass der reine Demographieeffekt den aktuellen Beitragssatz (1,95 Prozent) langfristig mehr als verdoppeln wird. **Mithin wird er bei Weitem nicht ausreichen, um allen zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau anbieten zu können.**

Soll ein Beitragssatzanstieg verhindert werden und ist auch ein Bundeszuschuss nicht zu erwarten, verbleiben zwei Optionen: Leistungskürzungen und Intensivierung des Versicherungswettbewerbs. Wie soll dann mit den ggfls. ausgegliederten Leistungen verfahren werden? Vor dieser Frage stand auch die Regierung Schröder bei der Reform der Rentenversicherung. Der von Häcker, Hackmann und

Raffelhüschen (2011) zur Diskussion gestellte Vorschlag der Karenzzeit sieht für deren Dauer eine private Versicherungspflicht, mithin ein Obligatorium vor. Insoweit orientiert sich dieser Vorschlag am aktuellen Koalitionsvertrag.¹⁰

Das Konzept der Karenzzeit ist im Übrigen für die Pflegeversicherung keineswegs neu. Während Beiträge zur Pflegeversicherung bereits ab Januar 1995 verlangt wurden, wurden Leistungen für die ambulante Pflege erst ab April 1995 und für die stationäre Pflege erst ab Juli 1996 gewährt. Durch diese Karenzzeit wurde in der Pflegeversicherung in den ersten beiden Jahren Kapital (die sogenannte Demographiereserve) in der Größenordnung von etwa 4,5 Mrd. € akkumuliert.

Jedoch sollten die Pauschalprämien nur von denjenigen Bürgern finanziert werden, die dazu wirtschaftlich in der Lage sind. Umsetzbar wäre dieser Sozialausgleich in der Pflegeversicherung in gleicher Weise wie in der Krankenversicherung; insofern sollte auch die erforderliche Bedürftigkeitsprüfung derjenigen entsprechen, die für die Zusatzbeiträge beschlossen wurde.

Das längerfristige Ziel sollte das der Integration von Pflege- und Krankenversicherung sein. Obwohl beide Zweige vergleichbare Risiken versichern und die Pflegeversicherung auch organisatorisch „unter dem Dach“ der Krankenversicherung angesiedelt ist, sind sie hinsichtlich des Versicherungswettbewerbs unterschiedlich organisiert: die GKV ist wettbewerblich ausgerichtet, nicht jedoch die SPV. Zukunftsorientiert ist dies nicht. Bei einer Integration würden die Leistungen der Pflege- zum Bestandteil des Leistungskataloges der Krankenversicherung werden, die Kassen würden die Beiträge risikoadjustiert erhalten, und die Finanzierung der Pflegeversicherung würde auch über den Zusatzbeitrag erfolgen.

8. Rehabilitation

Auf die infolge der demographischen Entwicklung zunehmende Zahl der Personen im Rentenalter, die Bedarf an Renten haben, wurde bereits reagiert. Konsequenterweise stellt sich die Frage, wie reagiert werden soll, wenn die Zahl der Personen mit

¹⁰ Dort wurde die Ergänzung des bestehenden Umlageverfahrens durch eine „verpflichtend,

Rehabilitationsbedarf zunehmen wird. Zudem benötigt die „Rente mit 67“ der Flankierung durch die Rehabilitation. Denkbare Optionen wären, den Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation auf Leistungen der Anschlussheilbehandlung zu konzentrieren und die Vergütung der Rehabilitationskliniken derjenigen der Krankenhäuser anzupassen.

Eine Fokussierung der medizinischen Rehabilitation auf Leistungen der Anschlussheilbehandlung (AHB) würde der in der Rentenversicherung getroffenen Grundsatzentscheidung entsprechen. Leitvorstellung für die Bestimmung der gesetzlich zu versichernden Risiken sollte sein, dass es sich um medizinisch notwendige Leistungen handelt. Dieses Kriterium wird von AHB-Leistungen erfüllt.¹¹

Die Anpassung des Vergütungsverfahrens der Rehabilitationskliniken an das der Krankenhäuser würde dem Ziel der Effizienz dienen. Im Krankenhaussektor wurde die Vergütung von einem verweildauerabhängigen Pflegesatz- auf ein verweildauerunabhängiges Fallpauschalensystem umgestellt. In der Rehabilitation dominiert allerdings weiterhin die Vergütung nach Pflegesätzen. Dort ist die Gesundheitspolitik nicht den anreizorientierten Weg, sondern den der gesetzlichen Vorgaben gegangen; dort wurde die Verweildauer auf grundsätzlich drei Wochen begrenzt.

Bei jeder Entscheidung für ein bestimmtes Vergütungssystem stellen sich zwei zentrale Aufgaben: Erstens ist das „Mengen-“ und zweitens das „Preisgerüst“ festzulegen. Die Zahl der Pflagetage ist die Grundlage der Vergütung nach Pflegesätzen. Da diese Vergütung verweildauerabhängig ist, liegt die Vermutung nahe, dass eine Klinik ein eigenständiges (anbieterinduziertes) Interesse an einer Verlängerung der Verweildauer hat. Aus diesem Grund wurde in Krankenhäusern der Wechsel der Vergütung von der Zahl der Pflagetage hin zur Vergütung nach der Zahl der Behandlungsfälle vollzogen. Hier wird die in einem Krankenhaus erbrachte

individualisiert und generationengerecht“ ausgestaltete Kapitaldeckung vereinbart.

¹¹ Da AHB-Maßnahmen grundsätzlich eine krankenhausernahe Rehabilitation erfordern, würde allerdings eine Fokussierung der medizinischen Rehabilitation auf diese Maßnahmen nicht nur bei den Trägern der Sozialversicherung, sondern auch in den sogenannten Kurorten und damit in verschiedenen Bundesländern auf erheblichen Widerstand stoßen.

Leistung nach einem Festpreis pro Behandlungsfall vergütet, insoweit ist diese Vergütung verweildauerunabhängig.

Jedoch können die Leistungen nicht allein durch die bloße Angabe der Zahl der Behandlungsfälle beschrieben werden. Der Indikator Behandlungsfälle muss konkretisiert werden, insbesondere nach dem Schweregrad der Therapie. Wird aus dieser notwendigen Differenzierung aber der Schluss gezogen, dass jeder Patient mit seinen individuellen Besonderheiten eine eigene „Leistungsart“ darstellt, könnten im Ergebnis die Leistungen von Kliniken nicht miteinander verglichen werden. Folglich muss ein Kompromiss zwischen dem "völligen Verzicht" auf Differenzierung und einer "unendlich großen" Differenzierung der Patientenschaft gefunden werden. Diese Aufgabe steht im Mittelpunkt von Patienten-Klassifikationssystemen, deren Ziel es ist, Fallgruppen zu bilden, die einerseits administrativ zu bewältigen und andererseits medizinisch und ökonomisch homogen sind. Da dieser Zielkonflikt unterschiedlich gehandhabt wird, werden in der Praxis auch unterschiedliche Patienten-Klassifikationssysteme als Mengengerüst genutzt. Die gebräuchlichsten sind das ICD-System (International Classification of Diseases), das PMC-System (Patient Management Categories) und das DRG-System (Diagnosis Related Groups).

Der Einwand, dass die Übertragung des im Krankenhaussektor praktizierten DRG-Systems auf den Rehabilitationsbereich nicht möglich ist, ist dabei nicht überzeugend. Zutreffend ist zwar, dass die Bildung der Fallgruppen im Krankenhaus diagnoseorientiert erfolgt, dass jedoch bei Rehabilitationsmaßnahmen die Therapie im Mittelpunkt steht. **Das besagt aber lediglich, dass die Fallgruppenbildung für Rehabilitationsleistungen therapieorientiert erfolgen sollte.** Dabei kann dem unterschiedlichen Schweregrad der therapeutischen Maßnahmen Rechnung getragen werden, und zwar in prinzipiell gleicher Weise wie bei der Vergütung der DRG-Fallgruppen. Hierzu hat Neubauer (2010) einen Vorschlag unterbreitet.

9. Soziale Marktwirtschaft

Wettbewerb hat zwei Seiten. Zwar führt er im Regelfall zu Wohlstand, jedoch ebenso zu Strukturwandel, der einhergeht mit den Sorgen zahlreicher Arbeitnehmer vor

Einkommens- und Beschäftigungsverlusten. Diese Sorgen werden ernst genommen in der Sozialen Marktwirtschaft, da dort beide Facetten ihren Stellenwert haben: Wettbewerb als Wohlstandsquelle und Sozialpolitik als Risikoschutz. **Sozialpolitik kann verhindern, dass das Risiko des Scheiterns eine Angst vor dem Risiko wettbewerblicher Prozesse induziert.** Sie erinnert damit an die Funktion einer Bremse: Diese dient nicht allein dem Ziel, die Geschwindigkeit zu verringern, sondern auch dem Ziel, höhere Geschwindigkeiten zu ermöglichen. Insoweit ist Sozialpolitik auch eine Art der Versicherung gegen die Risiken des notwendigen Strukturwandels (Sinn 1986).

Daher ist auch zu begrüßen, dass die Regierung Merkel den Kontakt nicht nur mit den nationalen Gewerkschaften, sondern auch der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Welthandelsorganisation (WTO) gesucht hat, um für die Soziale Marktwirtschaft zu werben. Im Fokus der ILO stehen isoliert die wirtschaftlichen Risiken, im Fokus der WTO isoliert die wirtschaftlichen Chancen des Wettbewerbs und der Globalisierung. Das ist zwar dem jeweiligen Auftrag geschuldet und insofern auch nicht zu beanstanden. Eine verantwortungsbewusste Politik muss diese isolierte Betrachtungsweise jedoch überwinden.

Dass Sozialpolitik in der Sozialen Marktwirtschaft ein konstitutiver Produktionsfaktor und keineswegs nur ein lästiger Kostenfaktor ist, hat auch die jüngste Wirtschaftskrise deutlich in Erinnerung gerufen. Damit ist nicht allein die in den letzten Jahren eher in Vergessenheit geratene konjunkturpolitische Bedeutung der Sozialleistungssysteme (Stabilisierungswirkung) gemeint, sondern ebenso, dass diese wesentlich dazu beigetragen haben, zunehmendem Protektionismus entgegenzuwirken.

10. Fazit

Obwohl bereits Vorsorge für den absehbaren demographischen Wandel getroffen wurde, werden noch viele harte Entscheidungen zu treffen sein. Mit der Agenda 2010 und dem Wechsel von einem Defined Benefit- auf ein Defined Contribution-System hat die Regierung Schröder den ersten; mit der Schuldenregel, der „Rente mit 67“ und der Schaffung eines funktionalen Versicherungswettbewerbs hat die Regierung

Merkel den zweiten großen richtigen Schritt getan. Das Erreichte sollte nicht in Frage gestellt werden. Angesichts der bereits bestehenden Staatsverschuldung ist die Forderung nach weiter steigenden Bundeszuschüssen für die Sozialversicherung nicht angemessen. Kontraproduktiv wären auch kontinuierlich steigende Beitragssätze zur Sozialversicherung. Vielmehr sollte der Schuldenregel die 40-Prozent-Regel flankierend an die Seite gestellt werden. In der Krankenversicherung müssen die Interessen der Versicherten durch wirksamen Versicherungswettbewerb gestärkt werden. Hingegen würde das Konzept der Bürgerversicherung das Versicherungsprinzip und den Versicherungswettbewerb schwächen. In der Pflegeversicherung wird der aktuelle Beitragssatz bei Weitem nicht ausreichen, um die bestehenden Leistungsansprüche zu finanzieren. Anzustreben ist die Integration der Pflege- in die Krankenversicherung.

Literaturhinweise

Alesina, A. und S. Ardagna (2009), Large Changes in Fiscal Policy: Taxes versus Spending, mimeo

Augurzky, B. (2010), Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, rwi-Positionen

Börsch-Supan, A. (2009), Gesamtwirtschaftliche Folgen des demographischen Wandels, in: Schulze, G. G. (Hrsg.), Reformen für Deutschland, Stuttgart, 229-245

Breyer, F. und A. Haufler (2000), Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, International Tax and Public Finance, 445-461

Breyer, F. und V. Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220, 1–17

Bundesministerium der Finanzen (o.J.), Kompendium zur Verschuldungsregel des Bundes gemäß Artikel 115 Grundgesetz, www.bundesfinanzministerium.de

Eekhoff, J., V. Brünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel (2008), Bürgerprivatversicherung, Tübingen

Feld, L. P. (2010), Sinnhaftigkeit und Effektivität der deutschen Schuldenbremse, Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 226-245

Fitzenberger, B. (2009), Nach der Reform ist vor der Reform?, in: Schulze, G. G. (Hrsg.), Reformen für Deutschland, Stuttgart, 21-48

Fuest, C. und M. Thöne (2009), Staatsverschuldung in Deutschland: Wende oder Anstieg ohne Ende?, in: Schulze, G. G. (Hrsg.), Reformen für Deutschland, Stuttgart, 149-171

Häcker, J., T. Hackmann und B. Raffelhüschen (2011), Soziale Pflegeversicherung heute und morgen, Köln

Henke, K.-D. und W. F. Richter (2009): Zur Zukunft des Gesundheitsfonds, Wirtschaftsdienst, 1–6

Henke, K.-D., S. Troppens, G. Braeseke, B. Dreher und M. Merda (2011), Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, Baden-Baden

Igel, C. (2008), Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung, Frankfurt/Main

Knappe, E. und G. Neubauer (2008), Wettbewerb im Gesundheitswesen, München

Kotlikoff, L.J. und S. Burns (2004), The Coming Generational Storm, Cambridge (Mass.)

Neubauer, G. (2010), Steigenden Behandlungsbedarf in der Rehabilitation über Schweregradgruppen abbilden und vergüten, München

Reimers, L. (2009), Medizinisch-technischer Fortschritt, Baden-Baden

Richter, W.F. (2007), Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform, in: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs und J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 - Gesundheitsfonds, St. Augustin, 71–95

Roppel, C. und T. Schmalzhaf (2007), Herstellung von Wettbewerb durch Übertragung der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 155-169

Roppel, C. (2009), Reduzierung von Risikoselektionsanreizen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden

Roppel, U. (2011), Anmerkungen zur Zukunft der Sozialpolitik, DIW-Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Berlin, 143-157

Rürup, B. (2006), Rentenreform: Weiterentwicklung statt Systemwechsel, in: K. F. Zimmermann (Hrsg.), Deutschland – was nun?, München, 75-101

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-Wirtschaft) (2011), Herausforderungen des demografischen Wandels, Wiesbaden

Schmitt-Rink, G. (1987), Alterssicherungssystem und Wachstumsgleichgewicht, in: B. Felderer (Hrsg.), Kapitaldeckungsverfahren versus Umlageverfahren, Schriften des Vereins für Socialpolitik, 55-66

Sinn, H.-W. (1986), Risiko als Produktionsfaktor, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 557-571

Statistisches Bundesamt (2009), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Wiesbaden

Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen: aktualisierte Modellrechnungen (2010), Monatsbericht des BMF, Oktober, 34–40

Wille, E. (2006), Reformvorschläge zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick, in: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Das Gesundheitswesen im Umbruch, Berlin, 1-12

Werding, M. und A. Kaltschütz (2005), Modellrechnungen zur langfristigen Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung, München

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004), Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Berlin