

Makroskop

Kritische Analysen zu Politik und Wirtschaft.

Breit getretener Quark

Hartmut Reiners · Freitag den 7. Oktober 2016

Die demografische Entwicklung erfordert die kapitalgedeckte Vorsorge. Der Leistungskatalog der Krankenkassen muss auf das Notwendige reduziert werden. Dieses seit Jahren wiedergekäute Narrativ basiert auf spekulativen Annahmen, verdrehten Fakten und falschen Vorstellungen über gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge.

Der seit 1949 bestehende wissenschaftliche Beirat des BMWi äußert sich regelmäßig zu Fragen der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung. Seine Mitglieder gehören traditionell zum neoliberalen [Kartell der deutschen Ökonomieprofessoren](#), auf deren Trampelpfaden sich seine jüngst [veröffentlichten Empfehlungen](#) zur Nachhaltigkeit der sozialen Sicherung bewegen:

- Die demografische Entwicklung führe zu einer Überforderung der einkommensbezogenen Umlagefinanzierung. Das verfügbare Einkommen der Arbeitnehmer werde wegen steigender Sozialabgaben dramatisch sinken.
- Die Bestrebungen von Politikern, ein weiteres Absinken des Rentenniveaus zu verhindern, gebe Anlass zu großer Sorge. Stattdessen solle man eine kapitalgedeckte Säule der Alterssicherung ausbauen.
- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) solle ihre Leistungen auf das medizinisch Notwendige beschränken und von einem lohnbezogenen Beitragssystem auf einheitliche Kopfpauschalen mit einem aus dem Bundeshaushalt finanzierten Sozialausgleich umgestellt werden.

Dieser Quark wird seit Jahren auch andernorts von immer denselben Talkshowgästen, diversen Kommissionen oder dem Wirtschafts-Sachverständigenrat breitgetreten. Er beruht auf unseriösen Bevölkerungsprognosen, makroökonomischer Ignoranz und falschen Behauptungen.

Demografische Prognosen: Kaffeesatzleserei

Der Beirat fordert Prognosen zur Finanzierbarkeit der Sozialleistungen mit einer Perspektive für mindestens die nächsten 50 Jahre. Es sei fahrlässig, wenn sich die der jüngsten Rentenreform zugrundeliegende Analyse auf einen Zeithorizont bis zum Jahr 2030 beschränke. Man müsse sehr viel langfristiger denken und die demographische Entwicklung bis ins Jahr 2070, wenn nicht 2090 simulieren. Das ist, mit Verlaub,

Schwachsinn. Derartige langfristige Prognosen sind, wie der Statistiker Gerd Bosbach nachweist, moderne [Kaffeesatzleserei](#). Sie können die in der Zukunft liegenden gesellschaftliche Strukturbrüche und kulturelle Veränderungen gar nicht vorhersehen. Eine z. B. im Jahr 1950 aufgestellte Bevölkerungsprognose hätte unmöglich Entwicklungen wie die Verbreitung der Antibabypille, die Anwerbung von Millionen von Gastarbeitern, den Trend zum Single-Leben oder den Zuzug von 2,5 Mio. Spätaussiedlern vorhersagen können, ganz zu schweigen von den aktuellen Migrationsbewegungen. Bevölkerungsprognosen sind immer von den zugrunde gelegten Annahmen abhängig und entwickeln sich mit der Entfernung des Zieljahres zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.

Das gleiche Problem haben Aussagen zur Entwicklung des Altenquotienten, der das Verhältnis der Zahl der älteren Menschen zur Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter angibt. Wer zu welcher Gruppe gehört, ist eine Definitionsfrage bzw. abhängig vom Rentenzugangsalter und der durchschnittlichen Ausbildungsdauer. Je nach Bestimmung des Rentenalters ergeben sich sehr unterschiedliche Größenordnungen der Erwerbsbevölkerung. Auch ist der Zeitpunkt des durchschnittlichen Eintritts in das Erwerbsleben eine flexible, von wirtschaftlichen Entwicklungen sowie der Bildungs- und der Arbeitsmarktpolitik bestimmte Größe und damit kaum prognostizierbar.

Kapitaldeckung: Entenhausen als Vorbild

Wie angesichts seiner Mitglieder zu erwarten, empfiehlt der Beirat die Stärkung der kapitalgedeckten Säulen der sozialen Sicherung. Damit werde „das Produktivkapital als Finanzierungsgrundlage der Alterssicherung mobilisiert und die Beitragslast der jüngeren Generation reduziert.“ (S. 23) Diese Behauptung ignoriert makroökonomisches Basiswissen und unterstellt der Kapitaldeckung eine Nachhaltigkeit, die sie nicht hat. Die demografischen Risiken der Renten- und Krankenversicherung lassen sich nicht durch einen Geldspeicher wie den von Dagobert Duck in Entenhausen beseitigen. Sie gelten sowohl für das Kapitaldeckungs- als auch für das Umlageverfahren. Beide bewirken Rechtsansprüche für eine Beteiligung an zukünftiger Wertschöpfung. Entscheidend ist immer die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft zu dem Zeitpunkt, an dem diese Ansprüche fällig werden. Das gilt gleichermaßen für das Umlage- wie für das Kapitaldeckungsverfahren. Der Unterschied zwischen diesen Systemen liegt in den jeweiligen Gewährleistungsträgern. Das ist bei der Umlage das Sozialbudget bzw. die nationale Wertschöpfung, bei der Kapitaldeckung die internationale Finanzwirtschaft.

Letztere belegt aktuell einmal mehr ihre systematische Instabilität. Die privaten Krankenversicherungen haben in der vergangenen Woche Beitragssatzanhebungen von durchschnittlich 11 Prozent angekündigt, weil die Erträge aus den Rückstellungen für die demografischen Risiken (2014: 206 Mrd. Euro) wegen der Null-Zins-Politik der EZB zur Deckung der höheren Behandlungskosten älterer Versicherter nicht mehr ausreichen ([hier](#)).

Natürlich, die EZB ist an allem schuld, weshalb nicht auch an den aus dem Ruder laufenden Ausgaben der PKV? Aber auch unabhängig von dieser globalen Krisenanfälligkeit hat die Kapitaldeckung ein demografisches Problem. Die

Versicherungswirtschaft braucht gemäß einer Faustregel eine Relation von Sparern zu Entsparern von mindestens 1,2 zu 1, um schwarze Zahlen schreiben zu können. Durch die Babyboomer-Generation der Jahrgänge 1955-1965 sinkt diese Relation in den nächsten 10 bis 15 Jahren auf 1 zu 1 und noch darunter. Der demografische Wandel ist also kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme.

Medizin in der Fortschrittsfalle?

Die demografischen Risiken werden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Auffassung des BMWi-Beirats noch durch die moderne Medizin verschärft, die zu erheblichen Kostensteigerungen führe. Er stützt sich dabei auf die Behauptung seines Mitglieds Friedrich Breyer, wonach wegen des medizinischen Fortschritts die realen pro-Kopf-Ausgaben der GKV-Mitglieder um jährlich ein Prozent steigen. Sein 1999 veröffentlichtes Diskussionspapier ([hier](#)) wird oft zitiert, um eine systematische Kostensteigerung durch den medizinischen Fortschritt zu suggerieren. Dabei genügt ein kurzer Blick in die Statistik, um diese Behauptung zu widerlegen. Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP liegt seit 25 Jahren konstant bei 6,6 Prozent, keine Spur also von einer ausufernden Kostenentwicklung.

Das müsste dem Beirat eigentlich ein komplettes Rätsel sein. Hat es etwa seit den 1990er Jahren für Kassenpatienten keinen medizinischen Fortschritt mehr gegeben? Das wird niemand ernsthaft behaupten können. Medizinische Innovationen sind zwar mit teilweise hohen Fallkosten verbunden, aber deshalb müssen nicht die gesamten GKV-Ausgaben aus dem Ruder laufen. Der medizinische Fortschritt hat erhebliche Rationalisierungseffekte. So werden zahlreiche Krankheiten heute medikamentös oder ambulant behandelt, die früher mit einem längeren und sehr viel kostspieligeren Krankenhausaufenthalt verbunden waren. Auch wurde die Verweildauer in den Krankenhäusern in den vergangenen 20 Jahren halbiert.

Die ökonomischen Probleme der GKV liegen nicht im medizinischen Fortschritt, sondern in einer medizinisch nicht indizierten Häufung und Ausweitung von Leistungen. Hier einige Beispiele:

- Wir haben im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine Überversorgung mit teuren Diagnosegeräten (CT, MRT). Dieser Gerätepark kann sich nur mit einer hohen Auslastung amortisieren und führt so zu medizinisch nicht indizierten Steigerungen der Leistungsmengen.
- Die Zahl der Rücken-Operationen hat sich bei AOK-Patienten von 2005 bis 2010 von 97.715 auf 212.985 erhöht.
- Bei den Bypass-Operationen sind wir laut OECD-Daten mit 116 Eingriffen je 100.000 Einwohner mit Abstand internationaler Spitzenreiter (OECD-Durchschnitt: 47). Bei Interventionen mit Herzkathetern (PTCA) liegt diese Quote bei 624 (OECD: 177), ohne dass sich dies in einer Verringerung der weiteren Lebenserwartung oder einem generell besseren Gesundheitszustand bei den Patienten niederschlägt.

Der Beirat leugnet diese Ressourcenverschwendung nicht, bietet aber zu seiner Bekämpfung ein nachweislich ungeeignetes Rezept an. Man müsse Effizienzsteigerungen in den Mittelpunkt stellen, „welche über einen funktionierenden Wettbewerb der Anbieter von Gesundheitsleistungen und Versicherungen gefördert

werden müsse.“ (S. 35) Der nur von den Versicherten zu zahlende Zusatzbeitrag[1] sei ein Weg in die richtige Richtung.

Das Dumme ist nur, dass erfahrungsgemäß vor allem junge und relativ gesunde Versicherte die Kasse wechseln, die nur die Beitragshöhe, nicht aber die Versorgungsqualität interessiert. Der Kassenwettbewerb leistet keinen wirklichen Beitrag zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Der Gesundheits-Sachverständigenrat hat diesen Sachverhalt ausführlich dargestellt ([hier](#)). Die Versorgungsstrukturen lassen sich nicht mit mehr Wettbewerb im GKV-System verbessern, sondern nur mit einer verbesserten Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Einrichtungen und gezielten Förderungen neuer Versorgungsformen insbesondere für chronische Kranke (siehe mein [Beitrag in Makroskop](#) vom 29. Juli 2016). Zu diesem zentralen Thema der gesundheitspolitischen Reformdiskussion verliert der BMWi-Beirat kein einziges Wort.

Fazit

Der BMWi-Beirat dreht die Gebetsmühle des Neoliberalismus. Seine Empfehlungen sind in ihrer Vorhersehbarkeit langweilig. Er sieht zudem den Sozialstaat nur als Kostenfaktor und Belastung für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Dabei kostet er keine Arbeitsplätze, sondern schafft welche. Im zu 75 Prozent öffentlich finanzierten Gesundheitswesen wuchs zwischen 2000 und 2014 die Zahl der Arbeitsplätze von 4,2 auf 5,2 Millionen. Krankenhäuser und Sozialstationen sind in vielen ländlichen Gegenden die wichtigsten Arbeitgeber. Der Ausbau der Kinderbetreuung ist eine arbeitsmarktpolitische Notwendigkeit und kein verzichtbarer Luxus. Aber das alles passt nicht in das Weltbild des BMWi-Beirats, wird daher auch von ihm nicht thematisiert nach dem Motto: „Wir lassen uns unsere schönen Modelle doch nicht durch Fakten kaputt machen.“ Das ist keine seriöse Politikberatung, sondern Ideologieproduktion.

[1] In der GKV gilt ein gesetzlich festgelegter allgemeiner Beitragssatz von 14,6 Prozent, der paritätisch von Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen wird. Die damit erzielten Einnahmen gehen in den Gesundheitsfonds, aus dem die einzelnen Kassen pro versicherte Person einen nach Alter, geschlecht und Krankheitsrisiko gewichteten Betrag erhalten. Kommen sie mit diesen Zuweisungen nicht aus, müssen sie einen nur von den Versicherten zuzahlenden Zusatzbeitrag erheben. Er liegt gegenwärtig bei durchschnittlich 1,1 Prozent bei einer Bandbreite von 0,3 bis 1,7 Prozent.