



Kapitaldeckung versus Umlageverfahren

Welche Auswirkungen hat die demografische Entwicklung auf die Gesundheitspolitik?

1

Im Jahr 2012 verzeichnete die Sozialversicherung einen kassenmäßigen Finanzierungsüberschuss – in Abgrenzung der Finanzstatistiken – von 15,8 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) am 12.04.2013 weiter mitteilt, lag der Finanzierungsüberschuss damit 1,9 Milliarden EUR über dem des Jahres 2011 (13,9 Milliarden EUR).

Die Sozialversicherung umfasst die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung, die Alterssicherung für Landwirte, die soziale Pflegeversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit. Im Jahr 2012 wiesen alle Bereiche der Sozialversicherung Finanzierungsüberschüsse auf, maßgeblich bedingt durch die positive Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Die Einnahmen der Sozialversicherung beliefen sich im Jahr 2012 insgesamt auf 536,5 Milliarden EUR. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 2 %. Die Ausgaben lagen mit 520,7 Milliarden EUR um 1,7 % über dem Niveau des Jahres 2011.

Aktuelle Stimmen

„Wie bereits in den vergangenen Jahren findet der Beschäftigungsaufbau im Projektionszeitraum vorrangig bei den sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen statt, und die Löhne steigen merklich. Damit werden die Sozialbeiträge ab dem kommenden Jahr kräftig zulegen, jahresdurchschnittlich um drei Prozent, und damit ebenfalls stärker als in den fünf Jahren zuvor¹.“

„Die Rente vom Staat schlägt Allianz & Co... Die staatliche Rente ist ihr größter Vermögensposten und die Rendite ist sogar höher als bei mancher Privatrente.²“

„Wie wirkt sich die demografische Entwicklung in den Industriestaaten auf die Börsen aus? Die US-Notenbank hat genau hingeschaut und festgestellt: Die jüngsten Verluste an den Aktienmärkten könnten erst der Anfang gewesen sein. Schuld ist die Generation der Babyboomer.... Auf dieser Basis malen die Forscher nun ein ziemlich düsteres Bild für die Zukunft. Ihre Gleichung lautet: Mehr Alte gleich niedrigeres Kursgewinnverhältnis (KGV) für Aktien. Konkret kommen sie zu der Prognose, dass das durchschnittliche KGV von 15 in 2010 auf nur noch 8,3 in 2025 sinken könnte. Bei gleichbleibenden Gewinnen würde das also fast eine Halbierung der Aktienkurse bedeuten. Selbst wenn die Unternehmen es schaffen sollten, ihre Gewinne zu verdoppeln, würden die Kurse lediglich stagnieren. So gesehen könnten die jüngsten Verluste erst der Anfang einer langen Abwärtsbewegung gewesen sein.³“

„Stiftung Warentest: Die staatlich geförderten Tarife für eine private Pflegeversicherung taugen nach Ansicht der Stiftung Warentest nur wenig. Die neuen Tarife reichten nicht, um die finanzielle Lücke im Pflegefall zu schließen, erklärten die Verbraucherexperten. Auch die Vertragsbedingungen seien in der Regel schlechter als bei den nicht geförderten Pflege-Tagegeldversicherungen.⁴“

¹ Wochenbericht des DIW Berlin, 16/2013

² Handelsblatt, 14.01.2013, „Nachgerechnet“

³ n-tv.de, 10.10.2011: 14 Jahre sinkende Aktienkurse - Droht der Crash der Demografie?

⁴ Die Welt, 16.04.2013



Einführung

Die Diskussion um die angeblich negativen Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die umlagefinanzierten Sozialversicherungen ebbt nicht ab. Abhilfe soll eine (Teil-) Kapitaldeckung der gesetzlichen Gesundheits-, Pflege- und Rentenversicherung schaffen. Aktuelles Beispiel ist die Einführung des so genannten „Pflege-Bahr“⁵ zum 1.1.2013, der die angeblich künftig nicht mehr finanzierbare gesetzliche Pflegeversicherung „unterstützen“ soll. Ist tatsächlich ein kapitalgedecktes Vorsorgesystem besser gerüstet, leistet es mehr und ist es besser gegen politische Ambitionen geschützt?

3

Ist es nicht einfach und praktisch, die Demografie zu bemühen, um mehr Geld für ein System zu fordern, das manchem Leistungserbringer über lange Jahre ein gutes Auskommen gesichert hat? Immerhin hat sich das Gesundheitswesen in den letzten Jahren zu einem 300 Milliarden Euro schweren Wirtschaftszweig entwickelt! Im Gesundheitswesen verdienen mehr Menschen ihr Geld als in der Automobilindustrie oder bei Banken.

Niemand kann tatsächlich vorhersagen, wie sich die Bevölkerungszahlen in Deutschland zukünftig entwickeln werden. Aufgrund der Finanzkrise profitiert Deutschland momentan sogar von einem Zuzug gut ausgebildeter Europäer, die in die umlagefinanzierten Sozialversicherungen einzahlen. Darüber hinaus wird ein Punkt kommen, an dem viele ältere Menschen verstorben sind und nicht mehr so viele nachkommen, da sich der Geburtenrückgang in Deutschland dann voll auswirken wird. In der ‚Zeit-Online‘ war schon 2007 ein interessantes Streitgespräch zu lesen⁶, in dem deutlich wurde, dass demografische Veränderungen langfristige Prozesse mit sich bringen, wohingegen schlechte Wachstumsraten beispielsweise kurzfristig mehr Auswirkungen haben. Allein zwischen 1991 und 2005 ist die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten um 13 Prozent zurück gegangen,

⁵ Offiziell: Verordnung zur Durchführung der Zulage für die private Pflegevorsorge

⁶ Zeit Online, 17.05.2007: „Ich wollte nur Ihre Illusion zerstören“, Streitgespräch zwischen Hans-Jürgen Krupp, ehemals Chef des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin und Präsident der Landeszentralbank von Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern und Professor Rüdiger von Rosen, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Aktieninstitutes.

die der voll erwerbsfähig Beschäftigten sogar um 18 Prozent. Der erwartete demografische Rückgang zwischen 2025 bis 2040 wird mit 12 Prozent angegeben, wird also geringer sein. Die Umlagefinanzierung der gesetzlichen Sozialversicherungen hat diese Zeit gut gemeistert. Darüber hinaus trifft diese Erwartung auch die kapitalgedeckten Systeme, die Rede ist in diesem Zusammenhang von einem *„Asset Meltdown“*, einem massiven Abschmelzen an den Kapitalmärkten, da die älter werdende Bevölkerung ihre Ersparnisse zur Finanzierung ihres Lebensabends auflösen wird. Dafür bedarf es Sparer, die diese Werte zu kaufen bereit bzw. überhaupt in der Lage sind. Diese werden jedoch aufgrund des Geburtenrückgangs auch weniger. Es kommt zwangsläufig zu einer Entwertung der angehäuften Alterungsrückstellungen beispielsweise im System der PKV kommen muss. Kommen heute noch 1,7 Sparer auf einen ‚Entsparer‘, so wird sich dieses Verhältnis bis 2040 angesichts der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1970 ausgleichen, wenn nicht sogar umkehren, folglich haben auch die Kapitalmärkte ein Demografieproblem. Befürworter der Kapitaldeckung verweisen in diesem Kontext auf die globalisierten Finanzmärkte, die das Problem angeblich abfedern. Dieses Argument zieht aber insofern schon nicht, da gerade in Indien und China (beide Länder werden gerne als potentielle Anlageländer genannt) der Altersquotient sich wesentlich schneller verschlechtert, da die Bevölkerung hier schneller altert. Darüber hinaus wird auch global immer mehr Anlagemöglichkeit für Kapital gesucht, es gibt mittlerweile eine „Überakkumulation an Kapital“: Allein China besitzt Währungsreserven in Höhe von 1,5 Billionen Dollar. Hinzu kommt eine offensichtliche Überbewertung von Aktien - nominal 8 Prozent wird immer wieder behauptet - die tatsächlich jedoch nur 4,32 Prozent bei US-amerikanischen Aktien brachten, deutsche sogar nur 1,91 Prozent im Zeitraum von 1921 bis 1996. Für alle untersuchten Aktienmärkte weltweit wurden nur 0,8 Prozent real ermittelt. Die Verstaatlichung von Banken war übrigens auch im Interesse der PKV, da einige private Krankenversicherer beispielsweise in der HypoRealEstate Geldanlagen hatten.

4

„Projektionen sind keine Voraussagen, sondern lediglich Verlängerungen bzw. Hochrechnungen der gegenwärtigen Situation. Sie können durch unerwartbare Einzelereignisse vollkommen verändert werden.“ Prof. Ralf Ulrich, Universität Bielefeld

Sehr direkt hat daher *Hartmut Reiners* von einer „vulgärökonomischen Vorstellung“⁷ geschrieben, man könne die demografischen Risiken mit einem volkswirtschaftlichen Sparbuch absichern, von dem man bei Bedarf altersbedingte Gesundheitsausgaben abheben kann. Er zitiert Nicholas Barr von der London School of Economics: „Aus wirtschaftlicher Sicht ist der demografische Wandel kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme.“

Die Bundesregierung hat eigens eine *Demografiestrategie* aus der Taufe gehoben. Zum ersten Demografieipfel am 4. Oktober 2012 startete das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung im Auftrag der Bundesregierung das Demografieportal des Bundes und der Länder⁸.

Konrad Adenauer machte sich schon 1953 Sorgen um die Zukunft der Deutschen: „Dann sterben wir ja aus.“ Schon in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts sind solche Überlegungen diskutiert worden. Zwar waren die damals getroffenen Einschätzungen laut *Prof. Dr. Gerd Bosbach* richtig: Im

⁷ Hartmut Reiners, Kapitaldeckung in der Kranken- und Pflegeversicherung: Hausväterökonomie als Geschäftsmodell, aus: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 47, 2012

⁸ Informationen unter www.demografie-portal.de

vergangenen Jahrhundert stieg die Lebenserwartung um mehr als 30 Jahre. Der Jugendanteil reduzierte sich von 44 auf 21 Prozent. War 1900 noch fast jeder Zweite unter 20 Jahre alt, war es 2000 nur noch jeder Fünfte; der Anteil der über 65-Jährigen verdreifachte sich in der gleichen Zeit.⁹ Nur: Es gab keine demografische Katastrophe, wie wir alle wissen. Wie *Bosbach* weiter schreibt, war offensichtlich die demografische Entwicklung nicht der bestimmende Faktor des letzten Jahrhunderts. Wichtiger waren die enorme Entwicklung der Produktivität, die zunehmende Gesundheit der Älteren, die Wanderungen in einer mobilen Welt und die Zunahme der Bildung. Schwerer wirken daher Fehler bei der Ausbildung von Jugendlichen, denen Ausbildungsplätze nicht zur Verfügung stehen und denen Zukunftschancen damit genommen sind, volkswirtschaftlich fehlen sie als Fachkräfte.

Auch die Produktivitätssteigerung ist nicht zu unterschätzen, müsste sich aber in den Löhnen der Arbeitnehmer widerspiegeln, denn umlagefinanzierte Systeme verbeitragen diese. *Bosbach* schreibt hierzu, dass bei einer Produktivitätssteigerung von nur ein Prozent je Arbeitnehmer könnte jeder Beschäftigte im Jahr 2060 dreißig (!) Prozent an Rentenbeitrag zahlen und gleichzeitig noch sein verbleibendes Einkommen um über vierzig (!) Prozent steigern, nach Abzug von Preissteigerung. Seit der Wiedervereinigung, also in rund 20 Jahren, ist die wirtschaftliche Leistung Deutschlands nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um knapp 30 Prozent gestiegen, gleichzeitig ist die Anzahl der Arbeitsstunden um vier Prozent gesunken. In diese Zeit fallen eine nur mäßige Produktivitätssteigerung mit teilweise hoher Arbeitslosigkeit und einer Finanzkrise, die das Bruttosozialprodukt gedrückt hat. Dass diese Entwicklung nur zu geringen Teilen bei den Arbeitnehmern angekommen ist, hat nichts mit Demografie zu tun. Profitiert haben offensichtlich andere. Weiter beschreibt *Bosbach* Einzelheiten der Arbeitsweise von Statistikern, die es durchaus ermöglichen, Demografie zu dramatisieren. In einem Artikel „Demografische Entwicklung – kein Anlass zur Dramatik“¹⁰ verweist er darauf, dass die Berechnungen der Statistiker – auch des Statistischen Bundesamtes, für welches er von 1988 bis 1991 gearbeitet hat – auf Annahmen beruhen, die durchaus auch ganz anders gesehen werden können. Die Modellannahmen sind abhängig von der Anzahl der Geburten, vom Bevölkerungsstand, der Zu- oder Abnahme der Lebenserwartung und einem Saldo aus Zu- und Abwanderungen von Ausländern. *Bosbach* zitiert das Statistische Bundesamt: „Weil die Entwicklung der genannten Bestimmungsgrößen mit zunehmenden Abstand vom Basiszeitpunkt 31.12.2001 immer unsicherer wird, haben solche langfristigen Rechnungen Modellcharakter. Sie sind für den jeweiligen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten keine Prognosen, sondern setzen ...Annahmen um.“

Die Studie des Statistischen Bundesamtes zurückgerechnet würde bedeuten, dass 1950 die Entwicklung der Antibabypille voraussehbar war ebenso wie der Zuzug von Ausländern, dass die „Mauer“ fällt und der ganze ehemalige Ostblock zusammenbricht, dass 2001 ein massiver Terroranschlag die Welt erschüttert und ganz aktuell eine Finanzkrise ungeahnten Ausmaßes die gesamte (Finanz-)Welt bedroht... Keiner hatte das 1950 geahnt!

Angesichts der mangelnden Bereitschaft der Wirtschaft, ältere Arbeitnehmer einzustellen, muss davon ausgegangen werden, dass eine wachsende Lebenserwartung zu immer längeren Rentenzahlungen führen wird und sich dadurch natürlich auch ein umlagefinanziertes System per se verschlechtert. Schon heute ist klar, dass die Anhebung des Alters für die Regelaltersrente auf 67 Jahre faktisch eine Rentenkürzung darstellt, weil ein Großteil der Arbeitnehmer diese Grenze gar

⁹Prof. Dr. Gerd Bosbach, Gastbeitrag in Süddeutsche Zeitung „Warum wir positiv in die Zukunft blicken können“, 02.01.2012

¹⁰Nachzulesen unter http://www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/gbosbach_demogr.pdf, abgerufen am 11.04.2013

nicht erreicht. Dieser Umstand hat jedoch nichts mit Demografie zu tun sondern resultiert aus einer falschen Arbeitsmarktpolitik. Wie sich tatsächlich die Situation in den kommenden Jahren darstellen wird kann angesichts des jetzt schon in Deutschland bestehenden Fachkräftemangels keiner vorhersehen! Interessanterweise ist ausgerechnet das Jahr 2050 für die Studie gewählt worden. *Bosbach* schreibt weiter, dass bei Lauf der Studie bis 2060 die meisten der heute geburtenstarken Jahrgänge der 30- bis 40-Jährigen bereits verstorben wären, somit in der Statistik gar nicht mehr auftauchen. Auch das Jahr 2040 wäre aus „statistischer“ Sicht offensichtlich positiver gewesen. So wird mithilfe von Statistik Stimmung erzeugt!

Wie unterschiedlich Annahmen aussehen können, zeigt auch, dass das Statistische Bundesamt in regelmäßigen Abständen seine Voraussagen korrigiert; in der 7. Vorausberechnung für das Jahr 2030 errechnete man noch einen Bevölkerungsstand von 69,9 Millionen Einwohnern; nur zwei Jahre später in der 8. Vorausberechnung lag der Wert – je nach Variante – um 3,8 bis 11,2 Millionen höher. In der 10. Vorausberechnung hatte man sich bereits für 9 (!) Varianten entschieden, die zu einer Bandbreite der erwarteten Bevölkerung für das Jahr 2050 von 67,0 bis 81,3 Millionen Menschen führt. Daran erkennt man die Unsicherheiten von Prognosen!

„Die Alterung der Gesellschaft wird nur geringe Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum der meisten Länder haben“, schreiben die *Harvard-Ökonomen Davis Bloom, Günther Fink und David Caning*¹¹. Für den Arbeitsmarkt wird der demografische Wandel positive Auswirkungen haben: Experten prognostizieren steigende Löhne, weil Betriebe um die knapperen Arbeitskräfte (auch Frauen, die wieder ins Berufsleben einfacher einsteigen können) konkurrieren werden. Weil gleichzeitig die Löhne steigen, erhöhten sich die Einnahmen der Kassen. Auch dass die Arbeitskräfte im Schnitt älter sein werden, ist offensichtlich nicht so dramatisch: Mit ihrer Erfahrung würden die Alten die größere Fehlerhäufigkeit kompensieren. Die sinkende Arbeitslosigkeit würde auch die Lage in der Arbeitslosenversicherung entspannen. Und auch die Pflegeversicherung sei nicht zwangsläufig ein Fass ohne Boden. Es kann durchaus sein, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten sinken. Der Zeitpunkt im Leben, ab dem Menschen Pflege benötigen, würde sich durch den Fortschritt der Medizin immer weiter nach hinten verschieben.

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach von der Katholischen Stiftungshochschule München meint angesichts der Debatten um die demografische Entwicklung und die Interessen der Privatwirtschaft, dass es einen bemerkenswerten Markt an Zahlen gäbe, wie viele Menschen in Zukunft pflegebedürftig seien und findet es seltsam, wenn bei gleicher Thematik immer unterschiedliche Zahlen ins Feld geführt werden. Er hält hoch gegriffene Zahlen für Lizenzen von Forderungen – insbesondere im gesundheitspolitischen Bereich. Ärzte zum Beispiel oder Personen, die in der Gesundheitswirtschaft tätig sind, leiten daraus ab: Es muss mehr Geld in die medizinische Versorgung fließen. Er verweist auf Ralf Ulrich, Direktor des Instituts für Bevölkerungs- und Gesundheitsforschung, der Zyklen im demografischen Wandel nachweist: Wir sterben immer wieder aus. Die derzeitige gesellschaftliche Diskussion kann als „alarmistische“ Phase verstanden werden, der bald konkrete Lösungsvorschläge folgen werden. Fakt ist: Ältere Menschen bleiben gesünder. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sinkt¹².

Daher hat gleich ein anderer Experte erste Vorschläge: *Prof. Bernd Raffelhüschen* vom Deutschen Institut für Altersvorsorge (DIA) - dessen Gesellschafter die Deutsche Bank und die Zurich

¹¹ Handelsblatt, 25.07.2011

¹² Süddeutsche Zeitung, 24.01.12

Versicherungsgruppe sind (!) - hat ein Modell zur Finanzierung der Pflege entwickelt: das sogenannte ‚Karenzzeit-Modell‘. Das Modell sieht vor, dass leichte Pflegefälle für ein, zwei oder drei Jahre keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegekasse erhalten, um so die „Explosion von Pflegebeiträgen“ zu verhindern. Die Kosten, die in dieser Zeit entstehen, sollen die Versicherten mit einer ‚privatwirtschaftlich organisierten, kapitalgedeckten Pflichtversicherung‘ bestreiten¹³. Einzelheiten dieser privaten Versicherung, wie auch der Sozialausgleich sind unklar.

Interessant ist, dass auch der IWF (Internationaler Währungsfonds) sich mit dem Problem der steigenden Lebenserwartung in den Industriestaaten auseinandersetzt. Sollte die Lebenserwartung bis 2050 nur um drei Jahre höher sein als gegenwärtig prognostiziert, drohen in den gesetzlichen und privaten Rentenkassen Lücken. Das ist das Ergebnis einer Berechnung des IWF. Die längere Lebenserwartung würde zusätzlich zur demografischen Entwicklungen zu Problemen führen. Der Staat sollte die Regeln für Versicherungen, Pensionskassen und die Anbieter von Betriebskassen verschärfen: Diese privaten Anbieter sollten laut dem Internationalen Währungsfonds ebenfalls mit den Risiken einer unterschätzten Lebenserwartung kalkulieren¹⁴.

Prof. Heinz Rothgang hingegen hält eine Kapitalreserve für wenig hilfreich¹⁵. Spätestens seit der Finanzkrise sei bekannt, welche Risiken damit verbunden sind. Er hält jedoch schon die der Kapitalreserve zugrunde liegende Idee für falsch. Dahinter stecke der Grundgedanke, dass wir künftige Belastungen in die Gegenwart vorziehen. Zwar sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen spätestens ab 2060. Gleichzeitig geht aber auch die Zahl der Beitragszahler zurück – der Beitragssatz verharrt daher auf hohem Niveau. Anders gesagt: Wir können in den nächsten 20 Jahren Kapital ansparen, das wir dann über 20 Jahre ausgeben. Spätestens 2050 geht es dann aber doch wieder die Luft aus. Die Pflegebeiträge der sozialen Pflegeversicherung werden in den nächsten Jahren zwar steigen, aber dies lässt sich schultern, so Rothgang. Das Bundesgesundheitsministerium hat Berechnungen vorgelegt, wonach der Beitragssatz von derzeit 1,95 Prozent (Kinderlose 2,2 Prozent) auf 2,8 Prozent im Jahr 2050 steigt. Dabei werden die Leistungen allerdings nur um die Inflationsrate angepasst. Da die Pflege sehr personalintensiv ist, reicht diese Anpassung nicht aus, um die Kaufkraft der Leistungen zu erhalten. Bei einer angemessenen Dynamisierung ergeben sich dann leicht höhere Beiträge.

¹³ Forum MLP, 15.12.2011, Focus-online, 02.05.2011

¹⁴ Die Welt, 12.04.2012

¹⁵ Münchner Merkur, 15.09.2011

Demografie und Gesundheitspolitik

Die jährlichen Steigerungen der Gesundheitsausgaben werden üblicherweise mit folgenden Faktoren in Zusammenhang gebracht:

- Altersentwicklung (also Demografie)
- Medizinischer Fortschritt
- Preisentwicklung
- Verändertes Inanspruchnahmeverhalten
- Veränderte Angebotsstrukturen
- Politische Entscheidungen, beispielsweise zum Leistungskatalog.

Nachdem bereits im Juli 2011 eine Studie des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage von Krankenhausstatistiken feststellte, dass der demografische Wandel nicht zu einer Kostenexplosion im Gesundheitssystem führt, kommt der jetzt vorgelegte „*Versorgungs-Report 2012*“¹⁶ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zu einer gleichlautenden Schlussfolgerung: die steigende Lebenserwartung wird die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV¹⁷) weit weniger belasten als vielfach angenommen – eine Kostenexplosion bleibt aus. 42 Wissenschaftler unterschiedlicher Fachrichtungen analysieren die ambulante und stationäre Versorgung, die Arzneimitteltherapie, Pflege, Prävention und Palliativmedizin unter dem Blickwinkel der alternden Gesellschaft zum Schwerpunktthema ‚Gesundheit im Alter‘. Der Report stützt sich auf Daten von 24 Millionen AOK-Versicherten.

Die Ausgaben der GKV steigen aufgrund des zunehmenden Anteils Älterer an der Bevölkerung bis 2050 um 19 Prozent. Das entspricht einem Ausgabenplus von 0,4 Prozent pro Jahr. Zum Vergleich: zwischen 2005 und 2009 sind die Ausgaben der GKV im Jahresmittel um 3,7 Prozent gestiegen. Die steigende Lebenserwartung zieht zwar durchaus höhere Ausgaben nach sich, aber bei weitem nicht im Ausmaß einer ‚Kostenexplosion‘. Dem liegt die Beobachtung zugrunde, dass die Behandlungskosten vor dem Tod eines Menschen besonders hoch sind - unabhängig davon, ob er mit 70, 80 oder 90 Jahren stirbt.

Danach braucht Deutschland keine andere Medizin für ältere Menschen, aber eine deutlich bessere geriatrische Qualifizierung der Gesundheitsberufe. Als Ausgangspunkt ist den Analysen eine Darstellung der demografischen Entwicklung in Deutschland bis 2060 vorangestellt. Danach verändert sich der Altersquotient in den nächsten fünfzig Jahren dramatisch. Derzeit kommen im Bundesschnitt 34 über 65-Jährige auf 100 erwerbsfähige Männer und Frauen im Alter zwischen 20 bis 65 Jahren. Bis 2060 wird sich das dahingehend verändern, dass der positivste Altersquotient ein Verhältnis von 63 zu 100 haben wird. Die Verfasser des Reports empfehlen, dass sich Ärzte und weitere Gesundheitsberufe mehr Wissen über die Besonderheiten geriatrischer Patienten aneignen müssen: Rund vier Millionen Patienten über 65 erhielten mindestens ein problematisches Medikament, bei dem die Nachteile den Nutzen überstiegen. 5,5 Millionen seien Risiken durch gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente ausgesetzt. Die Arzneimitteltherapie für Ältere muss dringend verbessert werden, u.a. durch Beachtung evidenzbasierter Therapieempfehlungen,

¹⁶ http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_06921.html

¹⁷ Im Folgenden immer als GKV bezeichnet

hausärztlicher Therapiezykel und eine auf ältere Menschen zugeschnittene pharmazeutische Therapieberatung für Ärzte.

Der Versorgungs-Report 2012 zeigt zudem gelungene Beispiele für eine auf die Belange Älterer zugeschnittene Prävention. Dazu zählen Sturzprophylaxe-Projekte in Pflegeheimen. Sie können 20 Prozent aller Hüftfrakturen bei Heimbewohnern verhindern.

Dr. Bernard Braur¹⁸ von der Universität Bremen erläutert auf dem *3. Apollon-Symposium der Gesundheitswirtschaft*. Deutschland hat den größten Teil der demografischen Entwicklung bereits hinter sich. Die Lebenserwartung stieg im 20. Jahrhundert um mehr als 30 Jahre, der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung sank von 44 auf 20 Prozent, der Anteil der über 65-Jährigen wuchs von knapp fünf auf über 16 Prozent, also auf mehr als das Dreifache! Die für die Zukunft erwarteten Veränderungen sind dagegen gering: Sechs Jahre Alterung bis 2050 und ein Jugendanteil von 16 Prozent. Die Geburtskohorten bis 1933 zeigen eine deutliche Verbesserung der Gesundheit und eine Verringerung des Anteils der gesundheitlich eingeschränkten Lebensjahre. Für Schweden, die USA und Japan ist für die letzten Jahrzehnte eine durchschnittlich mindestens 10 Jahre umfassende Verschiebung des Alterungsprozesses empirisch bestätigt. Daher sind je nach Annahme der Entwicklungen sowohl der Krankenhausfälle als auch der Pflegebedürftigen ganz unterschiedliche Ergebnisse möglich; für 2030 ergibt sich eine Spannbreite von 1 Million Krankenhausfälle; 2050 eine Spannbreite von 740.000 Pflegebedürftigen. Er folgert, dass es bis 2030 keine demografisch bedingte Kostenexplosion der Krankenhauskosten geben wird: Die Behandlungskosten werden nach einer Prognose des statistischen Bundesamtes zwischen 2008 und 2030 je nach der Annahme über die künftige Morbiditätsentwicklung älterer Menschen um durchschnittlich 0,2 Prozent beziehungsweise 0,6 Prozent je Jahr steigen.

Eine aktuelle Analyse der Krankenhausdiagnosestatistik des *Statistischen Bundesamtes* für die drei heute und künftig relevanten Diagnosehauptgruppen bösartige Neubildungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie neun Diagnosegruppen zeigt ebenfalls, dass die demografischen Auswirkungen sehr differenziert betrachtet werden müssen¹⁹. *Enno Nowossadeck*, Epidemiologe am Robert-Koch-Institut berücksichtigt und untersucht dabei nicht nur den alterungsbedingten Anstieg der Krankenhausfallzahlen, sondern auch die Veränderung des Risikos wegen bestimmter Erkrankungen überhaupt im Krankenhaus behandelt werden zu müssen, also die Chance der Abnahme von Krankenhausfällen wegen sinkenden Risiken. Er kommt zu folgendem Ergebnis:

- Die demografische Alterung hat im Zeitraum von 2000 bis 2009 zu einem Anstieg der Fallzahlen in der stationären Versorgung von 6 Prozent geführt.
- Die Wirkung der Alterung auf die Behandlungszahlen wird je nach Diagnosegruppe vom sich verändernden Risiko, mit einer bestimmten Diagnose in einem Krankenhaus behandelt zu werden, verstärkt, abgemildert respektive kompensiert. Für die Diagnosen Herzinsuffizienz sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens beispielsweise addieren sich Effekte der Alterung und der Risikosteigerung zu einer jeweiligen Steigerung der Behandlungszahlen von 40 Prozent und mehr.

¹⁸ http://www.apollon-hochschule.de/fileadmin/user_upload/Mediathek/Symposium3/PraesentationenBevoelkerungsalterung_und_Gesundheitswirtschaft_-_Vom_Kostentreiber_zum_Wachstumsmotor.pdf

¹⁹ Deutsches Ärzteblatt, 02.03.2012

- Die Risikoverringerung bei Lungenkrebs und Prostatakarzinom reichen nicht aus, um die Effekte der Alterung zu kompensieren. Dies führt zu einem leichten Anstieg der Behandlungsfälle.
- Bei ischämischen Herzerkrankungen, zerebrovaskulären Krankheiten (z.B. Schlaganfall), Darmkrebs und Brustkrebs sinkt das Risiko so stark, dass die Alterungseffekte deutlich überkompensiert werden und die im Krankenhaus zu erwartenden Fallzahlen um bis zu 41 Prozent zurück gehen.

Darüber hinaus ist gerade Prävention ein wichtiges Thema im Kontext einer alternden Gesellschaft. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist nur schwer messbar, weil sie sich daran orientiert, Krankheiten zu vermeiden oder zu verzögern. Ihr Erfolg ist ein Nicht-Ereignis: nicht unter Raucherhusten zu leiden, nicht dick zu werden, nicht zu erkranken...

Aber steigen die Gesundheitskosten tatsächlich mit zunehmendem Alter? Manuela Nöthen führt in einem Fachbericht²⁰ auf, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten bei den Sterbefällen in Krankenhäusern bei älteren Menschen unter denen junger Menschen liegen. Gleichzeitig sind Krankenhausbehandlungen am Lebensende – gleich in welchem Alter – durchweg mit höheren Kosten verbunden als solche bei Patientinnen und Patienten, die das Krankenhaus wieder verlassen. Einhellig kommen Experten zu dem Schluss, dass ein Großteil der lebenslangen Kosten mit der zeitlichen Nähe zum Tod ansteigen. Einzelne Vertreter der Sterbekostenthese gehen sogar davon aus, dass die Restlebenszeit die Kostenverteilung bestimme und zwar unabhängig vom chronologischen Lebensalter. Sie verweist auch auf den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2005, der zu dem Schluss kommt, dass die in diesem Zusammenhang durchgeführten Studien genügend Grund liefern, um Zitat „unsere Denkgewohnheiten vom unaufhaltsamen Anstieg der Krankheitskosten zu revidieren“. Es wird klar, dass die demografische Entwicklung nur ein Faktor unter vielen ist, der die Kosten im Gesundheitswesen beeinflusst. Gleich welcher These gefolgt wird, eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist weder in naher noch in weiterer Zukunft zu erwarten, auch nicht im umlagefinanzierten Verfahren. Eine Analyse der BARMER GEK²¹ zu den konkreten finanziellen Auswirkungen der demografischen Entwicklung anhand versichertenbezogener, pseudonymisierter Daten kommt zum gleichen Schluss. Hier wird der demografische Wandel mit einer kostensteigernden Wirkung von jährlich unter einem Prozent bewertet. Der Höhepunkt wird für die Jahre bis 2013 erwartet und soll sich danach wieder abschwächen.

Der Gesundheitssektor beispielsweise ist auch ein Wirtschafts- und Jobmotor. Die Gesundheitswirtschaft schuf 2008 allein über 10 Prozent der Gesamtbruttowertschöpfung, beschäftigte 13,89 Prozent aller Erwerbstätigen und verzeichnete 17,88 Prozent aller Konsumausgaben²².

²⁰ Manuela Nöthen, Statistisches Bundesamt 2011: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?

²¹ Uwe Repschläger, BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012 (Seite 26-45): Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland

²² So Professor Klaus-Dirk Henke, TU Berlin, anlässlich des 3. Apollon Symposiums 2011 in Bremen

Demografie und Pflege

Eher legt sich ein Hund einen Wurstvorrat an als eine demokratische Regierung eine Budgetreserve, wusste bereits der 1950 verstorbene österreichische Nationalökonom Alois Schumpeter. Dieses Bonmot mag die aktuelle Bundesregierung bewogen haben, eine private staatlich geförderte kapitalgedeckte Pflegeversicherung einzuführen. Ohne eine solche ‚Reserve‘ droht angeblich die Verdreifachung des Pflegebeitrags allein wegen der demografischen Entwicklung. Ist die Privatwirtschaft tatsächlich besser aufgestellt als die gesetzliche Sozialversicherung?

Angeblich wird die Zahl der Pflegefälle in den nächsten Dekaden deutlich steigen. Schon jetzt deckt die Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten ab. Um für diesen Fall vorzubeugen, will die Regierung nun dazu ermutigen, eine zusätzliche Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungskonzern abzuschließen und zwar mit einem staatlichen Anreiz: Die Prämien für die Pflege-Police können von der Steuer abgesetzt werden. Wem nützt diese Police? Arme werden von einer Förderung nicht profitieren, weil sie keine Steuern zahlen. Wer verheiratet ist und zwei Kinder hat, muss im Monat mehr als 1700 Euro brutto verdienen, um überhaupt in die Nähe der Förderung zu gelangen. Neben den Armen werden es auch die Kranken sein, die nicht von der geförderten Zusatzversicherung profitieren. Menschen, bei denen ein Schlaganfall diagnostiziert wurde oder die an Diabetes oder Multipler Sklerose leiden, werden keinen Versicherungsschutz erhalten. Es würde die Risiko-Kalkulation eines jeden Versicherungskonzerns sprengen, diese potentiellen Pflegefälle zu versichern. Es sei denn, die Prämien für die Policen kosten so viel, dass sie niemand mehr bezahlen will.²³

Allerdings sind die aktuellen Entwicklungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung alles andere als beängstigend: Die gesetzliche Pflegeversicherung hat vergangenes Jahr mit einem Überschuss von 100 Millionen Euro laut Bundesgesundheitsministerium abgeschlossen. Dort zeigt man zuversichtlich, dass der dieses Jahr um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent angehobene Beitragssatz in den nächsten Jahren bis Ende 2017 stabil bleibt. Unter dem Strich habe die Pflegeversicherung letztes Jahr 23,04 Milliarden Euro eingenommen und 22,95 Milliarden Euro ausgegeben. Die Rücklagen der Versicherung seien auf 5,5 Milliarden Euro gestiegen, was fast zur Finanzierung von drei Monatsausgaben reiche. Die Reserven sind damit doppelt so hoch, wie vom Gesetzgeber mit 2,9 Milliarden Euro oder 1,5 Monatsausgaben vorgeschrieben.

Hingegen haben die neuen, von privaten Versicherungen eingeführten Pflegetagegeld-Tarife schlecht abgeschnitten: Die staatlich geförderten Tarife für eine private Pflegeversicherung taugen nach Ansicht der Stiftung Warentest nur wenig. Die neuen Tarife reichten nicht, um die finanzielle Lücke im Pflegefall zu schließen, erklärten die Verbraucherexperten. Auch die Vertragsbedingungen seien in der Regel schlechter als bei den nicht geförderten Pflege-Tagegeldversicherungen²⁴.

Die Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit oder das Risiko, pflegebedürftig zu werden sind zwischen 2000 und 2008 sogar signifikant um rund 8 Prozent bei Männern und rund 25 Prozent bei Frauen zurückgegangen²⁵. Für die Annahme, dass weite und gar zunehmende Teile des Rentenalters in Pflegebedürftigkeit verbracht würden, gibt es bisher keine empirische Evidenz: Von

²³ Süddeutsche Zeitung, 21.03.2012

²⁴ Die Welt, 16.04.2013

²⁵ Siehe 18

der für 60-jährige Männer geltenden Restlebenserwartung von 20,73 Jahren werden 19,84 Jahre oder 94 Prozent frei von Pflegebedürftigkeit verbracht. Die 60-jährigen Frauen verbringen ihre längere Restlebenserwartung von 24,62 Jahren zu 89,5 Prozent frei von Pflegebedürftigkeit. Dabei ist auch in 40 Jahren die Belastung durch Alterungseffekte nicht so hoch wie in einigen Nachbarländern bereits heute: 2008 benötigte Schweden für seine öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege laut OECD 3,6 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts. In Deutschland lag dieser Anteil im selben Jahr bei 0,9 Prozent. 2050 soll dieser Anteil in Deutschland 2,3 Prozent betragen und liegt somit immer noch unter dem Betrag, der in Schweden oder den Niederlanden bereits 2008 tatsächlich aufgewendet wurde.

Exkurs: Kosten in der Pflege

Im Pflegefall müssen Menschen in Deutschland durchschnittlich 31.000 Euro privat aufbringen. Zu diesem Ergebnis kommt der Barmer GEK Pflegereport 2012. Dabei gibt es aber enorme Unterschiede. Während Männer zu ihren Pflegekosten durchschnittlich 21.000 Euro aus eigener Tasche beisteuern müssen, ist der Eigenanteil bei Frauen mit rund 45.000 Euro mehr als das doppelt so hoch. Die Studie legt demnach erstmals offen, welche Kosten in der gesetzlichen Pflegeversicherung, bei der Sozialhilfe und privat für die Pflege anfallen.

Insgesamt fallen für Frauen bei Pflegebedürftigkeit Kosten von durchschnittlich fast 84.000 Euro und für Männer 42.000 Euro an. Die soziale Pflegeversicherung übernimmt für einen Pflegeversicherten im Schnitt Leistungen in Höhe von rund 33.000 Euro, wobei die Anteile mit bis zu 262.000 Euro beträchtlich schwanken. Derart hohe Beiträge sind aber nicht die Regel. Rund 28 Prozent der Pflegebedürftigen beanspruchen laut Studie von den Pflegekassen weniger als 5000 Euro, weitere 20 Prozent zwischen 5000 und 15.000 Euro.

Ähnliche Spannen gibt es auch bei den privaten Anteilen, die die Pflegebedürftigen berappen müssen. Sie steigen bei stationärer Pflege im Extremfall auf bis zu 305.000 Euro, im Durchschnitt liegt der Eigenanteil aber bei 31.000 Euro. Frauen müssen vor allem wegen ihrer längeren Heimpflege privat deutlich mehr Geld beisteuern als Männer. Bei finanzieller Bedürftigkeit wird ein Teil der Kosten von der Sozialhilfe getragen.

Kapitaldeckung als Lösung für die GKV? - Beispiel Private Krankenversicherung

Rund neun Millionen Deutsche sind heute privat krankenversichert. Der Verband der Privaten Krankenversicherungen (kurz: PKV) teilte kürzlich mit, dass lediglich 13 Prozent aller Versicherten in der PKV Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze sind. Sowohl die Vorläufer der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherungen waren Vollversicherungen, die sich als Selbsthilfeeinrichtungen des Handwerks, Handels oder Bergbaus, später auch zwangsweise für Industriearbeiter gebildet hatten. Hinzu kamen später auch Hilfskassen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich die PKV wieder neu aufgestellt. Unter Heranziehung der katholischen Soziallehre, insbesondere dem Subsidiaritätsprinzip wurde der eigenverantwortliche Bürger gefordert, der für sich selber sorgen könne. Auf die Gesundheitsversorgung übertragen waren ‚Besserverdienende‘ und Selbständige damit nicht schutzwürdig in der GKV, da sie nicht auf den Schutz einer Solidargemeinschaft angewiesen seien. Fast 48 Prozent aller heute Privatversicherten sind Beamte, die oft weniger verdienen als der durchschnittliche Kassenpatient, deren Schutzbedürftigkeit durch die Beihilfe quasi staatlich bestätigt ist... Momentan verkündet die PKV, dass ihre Mitgliederzahl wachse. Dies ist aber insbesondere darauf zurück zu führen, dass die Bundesländer gerade viele Mitarbeiter in den Beamtenstand heben. Auch ein Großteil der Selbständigen ist in der PKV versichert, obwohl offensichtlich ist, dass nicht alle erfolgreich, also nicht schutzbedürftig sind.

Die durch die Währungsreform kurz nach dem Krieg eingetretenen Verluste bei den versicherungstechnischen Rückstellungen wurden stark gemindert, indem die privaten Krankenversicherungen Ausgleichsforderungen gegen den Staat zugesprochen bekamen. Damit konnte die PKV ihre Verträge dauerhaft erfüllen²⁶. Hier zeigt sich, dass die PKV schon zu Beginn ihres Geschäftsmodells auf staatliche Unterstützung in Krisenzeiten angewiesen war.

Die für die PKV günstige Entwicklung wird von ihr nicht weiter verwunderlich als „von demografischen Verhältnissen unabhängig“²⁷ propagiert, sie erhebe ihre Beiträge ja nach versicherungsmathematischen Grundlagen. Für sie ist klar, dass an den Kostensteigerungen im privaten Krankenversicherungsbereich insbesondere die Ärzte-Budgetierung der GKV schuld ist; die Ärzte hätten versucht, hier zu kompensieren.

Weit näher dürfte allerdings die Tatsache liegen, dass die Mathematiker nicht immer richtig gerechnet haben, so dass Einstiegstarife junger Versicherter in der PKV zu gering waren. Der Gesetzgeber hat daher die PKV gezwungen, Alterungsrückstellungen einzuführen. Auch wenn Befürworter des PKV-Systems diesen Schritt als „krass“²⁸ bezeichneten, zeigen die aktuellen Entwicklungen die Richtigkeit dieser Regelung. Falsch errechnet wurden in der Vergangenheit die Kosten des medizinischen Fortschritts, der Anstieg der Lebenserwartung und der Rückgang der Zinsrenditen....

Erst seit 2009 müssen die privaten Krankenversicherer Alterungsrückstellungen, die sie zur Deckung der steigenden Behandlungskosten ihrer Versicherten im Alter bilden, individuell statt kollektiv kalkulieren: Jeder Neuversicherte hat das Recht, beim Wechsel des Versicherungsunternehmens einen Teil der Rückstellungen, die bis dahin gebildet wurden, mit zu nehmen.

²⁶ Bauer/Moser: Private Krankenversicherung, 2002

²⁷ Fußnote 24, S. 39

²⁸ Fußnote 24, S.44

Mit der Einführung einer generellen Krankenversicherungspflicht können die Versicherungen säumigen Beitragszahlern nicht mehr kündigen und müssen bestimmte Versicherte wieder aufnehmen; dafür gibt es jetzt einen Basistarif, der nicht höher sein darf als der Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Leistungskatalog abdecken muss. Dadurch sind offensichtlich Aussenstände in Höhe einer halben Milliarde Euro²⁹ entstanden. Hier ist noch keine Lösung gefunden, wohl aber bei der Neuordnung des Arzneimittelmarktes, mittels derer nun auch die PKV von Rabatten profitiert. Die Verpflichtung, Menschen, die bereits schwer erkrankt sind, im Basistarif zu versichern, wurde von der PKV als „eklatanter Verstoß gegen das Prinzip, keine brennenden Häuser zu versichern³⁰“ bezeichnet. Mal angesehen von der brutalen Wortwahl wird deutlich, wie gut die GKV funktioniert! Die GKV versichert seit Jahrzehnten auch schwer und chronisch Erkrankte und ist daran nicht zu Grunde gegangen!

Bereits 1964 wurde die Doppelstruktur von GKV und PKV diskutiert und die damalige Bundesregierung setzte eine Sozialenquete-Kommission ein, die das duale System kritisierte und sich für eine einheitliche Krankenversicherung aussprach³¹.

Lange existierte für die PKV kaum das Problem der medizinischen Versorgung älterer Menschen. Bis zur Jahrtausendwende konnten Privatversicherte in jungen Jahren erst die günstigeren PKV-Tarife wählen und dann im Alter ins gesetzliche System wechseln. Diese Möglichkeit wurde erst im Jahr 2000 abgeschafft.

Das hat auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung Auswirkungen: Sie konnte zu Beginn des neuen Jahres ihre Beiträge senken. Zum Start der beiden Systeme war zudem die Struktur der Versicherten sehr unterschiedlich. So gibt es im privaten System deutlich weniger alte Menschen als im gesetzlichen. Das hat einen einfachen Grund und einen großen Vorteil. Bis zum Jahr 2000 durften viele PKV-Versicherte zurück in die GKV wechseln und aus Furcht vor steigenden Beiträgen in der Rentenzeit machten viele davon auch Gebrauch. Pflegebedürftig werden die meisten aber erst, wenn sie 75 Jahre und älter sind. Die jüngere Versichertenstruktur führt bis heute dazu, dass die Zahl der Empfänger von Pflegeleistungen im Verhältnis zu der Zahl der Beitragszahler bei der privaten Pflegeversicherung deutlich besser ausfällt als bei der gesetzlichen Pflegeversicherung. Insgesamt liegt diese Zahl bei den gesetzlichen Kassen etwa 2,45-mal so hoch wie bei der privaten Konkurrenz.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen seitdem für eine immer kleiner werdende Gruppe von älteren Vollversicherten teure Stäbe vorhalten, von Mathematikern für die Preisanpassungen bis hin zu Experten für die Prüfung von Arzt- und Krankenhausabrechnungen. Selbst eine private Versicherung wie die Munich Re diskutiert Ausstiegsmodelle³². Eines davon: Wenn die Bürgerversicherung kommt, müssten die Kunden aus der Vollversicherung in gesetzliche Krankenkassen wechseln dürfen, was heute kaum möglich ist. Dann müsse man sich eine Kasse als Partner suchen und Vollversicherte dorthin leiten – um sie in der Zusatzversicherung zu halten. Als Anreiz könne man jedem Kunden, der geht, die Alterungsrückstellung ganz oder teilweise bar auszahlen. Das können leicht 10.000 Euro sein.

²⁹ Handelsblatt, 26.10.2012: „Zu Tode reformiert“

³⁰ Arno Surminski, Zeitschrift für Versicherungswesen, 18/2010, S. 619

³¹ So zitiert von Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg: „Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?“ Referat auf dem 69. Deutschen Juristentags, September 2012

³² Financial Times Deutschland, 01.12.2011

Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn wirbt daher in seiner Partei dafür, eine neue Versicherung für alle zu konzipieren. „Das derzeitige Nebeneinander von zwei Systemen ist nur noch historisch zu begründen und hat kaum noch Akzeptanz“, sagt er. „Die private Krankenversicherung wird sich verändern müssen.“³³

Tatsächlich muss die PKV sich der Prognose stellen, dass sich die Beiträge eines heute 30-Jährigen bis zum Rentenalter verdreifachen³⁴. Bereits in den Jahren vor der Finanzkrise, als Renditen von mehr als 5,7 Prozent zumindest theoretisch möglich schienen, konnte die PKV keine derartigen Ergebnisse erzielen. In der Folge mussten die Beitragssätze Jahr für Jahr angepasst werden – und dies nicht zu knapp. In den letzten acht Jahren vor der Finanzkrise (2000 bis 2010) stiegen die Beitragssätze der PKV nach einer Berechnung der BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) um durchschnittlich 5,35 Prozent (In der GKV lag das Plus im gleichen Zeitraum bei maximal 4,2 Prozent, in einigen Jahren gingen hier die Beiträge sogar zurück oder blieben konstant.). Um diese Zahl einordnen zu können, lohnt sich eine Hochrechnung. Wenn ein 40jähriger heute pro Monat 500 Euro Beitrag einbezahlt, müsste er bei einer Beitragssteigerung von 5,35 Prozent p.a. im Renteneintrittsalter von 67 Jahren stolze 2.148 Euro Beitrag pro Monat zahlen – selbst inflationsbereinigt kommt man noch auf 1.256 Euro pro Monat. Nur die allerwenigsten Rentner können sich solche Beitragssätze leisten³⁵. Ein sinkender Rechnungszins führt zu erheblich höheren Beiträgen – nicht nur für die Bestandskunden, sondern auch für Neueinsteiger. Das „Damoklesschwert der Inflation“ sieht daher sogar die PKV, die sich nicht mehr sicher ist, ob das angehäuften Kapital sicher ist³⁶!

Die steigenden Prämien sind den deutlich höheren Leistungsausgaben geschuldet. So kam die PKV 2011 im Schnitt für jeden Versicherten auf Ausgaben in Höhe von 3289 Euro. Bei Kassenpatienten waren es nur 2423 Euro. Dabei ist nicht sichergestellt, dass die Versorgung privat Krankenversicherter per se besser ist: Es gibt aber auch Leistungsausschlüsse – je nach Vertragsgestaltung. Z.B. bei der Reha nach Operationen, bei Heilmitteln, künstlicher Ernährung oder der Übernahme von Psychotherapie .

Mehr als 88.000 Nichtzahler, billige ‚Einstiegsstarife‘ und ein niedriges Zinsniveau stellen große Probleme für die PKV dar. Häufig bleibt nur die Erhöhung der Versicherungsprämie als ultima ratio. Vielen Versicherten bleibt dann nur der Tarifwechsel, der allerdings nur beim eigenen Anbieter möglich ist. Die Versicherer selbst geben ein teures Gesundheitswesen als Grund für die Prämiensteigerungen an: höhere Lebenserwartung, stetiger Fortschritt von Behandlungsmethoden, neue Medikamente, höhere Pflegesätze in den Krankenhäusern.

Darüber hinaus hat die PKV höhere Verwaltungskosten als die GKV, zu denen nicht nur die Ausgaben für den eigenen Verwaltungsapparat gehören, sondern auch die Provisionen für Vertreter und Agenturen, die für die Vermittlung von Versicherungsverträgen Prämien erhalten. Die privaten Krankenkassen gaben in 2010 für die Verwaltung und den Vertrieb je Versicherten mit 458,10 Euro pro Jahr fast dreimal so viel aus wie die gesetzlichen Krankenkassen, die auf 155,01 Euro kommen³⁷.

³³ Die Zeit, 02.02.2012

³⁴ Flensburger Tagblatt, 25.02.2013: „Einmal privat – immer privat“

³⁵ <http://www.nachdenkenseiten.de>, 15.11.2012, abgerufen 30.04.2013

³⁶ Siehe 31, S. 621

³⁷ Siehe 9, S. 47

Mehr als die Hälfte der Tarife in der PKV wird im kommenden Jahr laut den Versicherungsanalysten von Morgen & Morgen „angepasst“³⁸. Für die allermeisten Kunden bedeutet das, dass sie mehr für ihre Krankenversicherung zahlen müssen. Bei Frauentarifen machen die Erhöhungen kommendes Jahr im Schnitt 3,6 Prozent aus, bei Männertarifen 5,1 Prozent. Damit liegt die Steigerung unterhalb des Durchschnitts der letzten Jahre - jedoch sind bei den Werten für 2012 bisher nur die bereits von den Gesellschaften veröffentlichten Beitragsanpassungen berücksichtigt.

Viele Tarife der PKV bieten nur einen unzureichenden Krankheitsschutz. Das zeigt eine Studie von *Thomas Drabinski* und der Frankfurter Beratungsfirma *PremiumCircle*³⁹. Die rund zehn Millionen Privatversicherten seien mit „teils existentiellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall“ konfrontiert: Mehr als 80 Prozent der Tarifsysteme der PKV leisten weniger als die gesetzliche Krankenversicherung. Dabei gehe es um Angebote, die in der gesetzlichen Krankenversicherung fest verankert seien, wie etwa die häusliche Krankenpflege oder sogenannte Hilfsmitteldeklarationen ohne Einschränkungen. Viele Versicherungen übernehmen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel. Die Experten haben 85 Tarifbestandteile ausgewählt, die sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. In die Liste zusätzlich mit aufgenommen haben sie auch Angebote wie privatärztliche Versorgung oder Brillen und Kontaktlinsen, die gesetzlich Versicherte nicht erstattet bekommen. Die Studienautoren haben 32 PKV-Unternehmen untersucht mit 208 Tarifsystemen in insgesamt 1567 Kombinationen. Das Ergebnis: Kein Produkt konnte alle 85 Kriterien erfüllen. Besonders problematisch finden die Studienautoren, dass viele Versicherungen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel übernehmen. Daraus folgt auch die Schwierigkeit, sich als junger Mensch für den besten Tarif zu entscheiden, der dann auch im Alter noch den „richtigen“ Leistungsumfang hat.

16

Schon 2010 beauftragte das Bundeswirtschaftsministerium das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), die Wettbewerbsfähigkeit der privaten Krankenversicherung in einer Studie⁴⁰ zu untersuchen. Ergebnis: Die private Krankenversicherung (PKV) ist kein Geschäftsmodell, das Ältere und Kranke effizient absichert. Die Gutachter äußerten Zweifel, „dass die PKV ihren Ansprüchen gerecht wird, einen besseren Schutz gegen Beitragssteigerungen zu bieten“ als die GKV es tut. Zwischen 1997 und 2008 seien die Ausgaben je PKV-Versichertem um 49 Prozent, die der GKV-Versicherten nur um 31 Prozent gestiegen. Achilles-Ferse der PKV sind die steigenden Arzthonorare. Weiterer Kritikpunkt von IGES: Wettbewerb findet hauptsächlich um junge gesunde Mitglieder statt, die mit preiswerten Tarifen geworben werden. Das führe zu überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen bei älteren Versicherten.

Ihre Analyse „hat mehrere Ansatzpunkte aufgezeigt, die begründete Zweifel aufkommen lassen, dass die PKV ihren Ansprüchen gerecht werden kann, einen ‚besseren‘ Schutz gegen Beitragssteigerungen zu bieten. Es ist somit fraglich, ob die etablierten Strategien der PKV zur Bewältigung der zukünftigen versicherungstechnischen Risiken, insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel, ausreichen.“ Das PKV-Konzept der alterskonstanten Prämien „greift ... zu kurz“, und „trotz Altersrückstellungen können daher auch sprunghafte Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen werden.“ Dies sei vor allem deshalb ein wirtschaftspolitisches Problem, weil „sich kein Wettbewerb

³⁸ Welt am Sonntag, 04.12.2011

³⁹ Spiegel Online, abgerufen 18.02.2013

⁴⁰ Ärzte Zeitung, 11.02.2010, Zusammenfassung zu der Studie „Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung“ abrufbar unter <http://www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/iges-bmwi-pkv-summary.pdf> (ein Dokument recherchiert über WikiLeaks Document Release)

um bessere Ansätze entwickelt.“ Es „fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt.“ Indem PKV-Unternehmen die „Spielräume, mit ihrer Tarifangebotspolitik Versichertengruppen mit ... systematisch unterschiedlicher Risikostruktur wirksam voneinander zu trennen“ nutzen, gelingt es ihnen „den Wettbewerb um Versicherte ganz auf Neukunden zu konzentrieren“. Dies führt dazu, dass sie „die Ineffizienzen im Versicherungsangebot noch verstärken.“

Die „Politik der Risikoseparierung“ führt zwar zu „neuen Tarifen mit relativ niedrigen Prämien“ und den damit gewonnenen Mengen junger, gesunder Versicherter, aber auch zu „überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen in der Folgezeit“ und älteren Tarifen „auf einem überdurchschnittlichen Prämienniveau“... „Auch auf den Leistungsmärkten der PKV sind Wettbewerbsmängel feststellbar“. Vor allem der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung ist „durch relativ hohe Ausgaben gekennzeichnet.“ Die PKV-Ausgaben für ambulante Einrichtungen erhöhten sich von 1995 auf 2007 um etwa 89 Prozent, die der GKV dagegen um 35,5 Prozent, waren also wesentlich geringer. Die Ausgaben für Zahnarztpraxen stiegen in der PKV im selben Zeitraum um rund 56 Prozent, die der GKV um 3,1 Prozent. Inwiefern dies ... für die privat versicherten Patienten mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden ist, ist bislang kaum empirisch untersucht worden (mit Ausnahme der Unterschiede bei Wartezeiten).

Die Techniker Krankenkasse hat jüngst Modellrechnungen eines Systemübergangs unabhängig von der Einführung einer Bürgerversicherung in Auftrag gegeben⁴¹. Untersucht wurden Vergütungssysteme für Ärzte in einem einheitlichen Versicherungsmarkt. Ergebnis: Wenn alle PKV-Versicherten sofort in ein neues Versicherungssystem einbezogen würden, könnte es zu einem Honorarverlust der Ärzte von 4 Milliarden Euro im Umstellungsjahr mit steigender Tendenz kommen. Es gibt aber auch Übergangsmodelle für Neuversicherte oder Wechseloptionen. In diesen Fällen sind die Honorarverluste geringer.

Fazit: Die medizinische Versorgung einer integrierten privaten und gesetzlichen Krankenversicherung könne sich „mehr am Bedarf und weniger am Versichertenstatus der Patienten orientieren; derzeit leistet die PKV eher einen Beitrag zu Über- und Fehlversorgung.“

⁴¹ Prof. Dr. Wasem (u.a.) Universität Duisburg-Essen, vorgelegt vom Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, März 2013: „Finanzielle Wirkungen eines einheitlichen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Vergütung“

Bewertung

Die demografische Entwicklung spielt nur eine untergeordnete Rolle hinsichtlich der Beitragsentwicklung in den gesetzlichen Sozialversicherungen, die erfolgreich seit vielen Jahren im Umlageverfahren arbeiten.

Die kapitalgedeckte private Krankenversicherung kann sich nicht als Alternative darstellen.

Und auch die jüngste kapitalgedeckte Versicherung, der „Pflege-Bahr“, wird damit beworben, dass es staatliche Zuschüsse gibt. Ohne Staat würden nämlich viele gar nicht in diese Versicherung aufgenommen!

„Fanatiker der sozialen Gerechtigkeit⁴²“ werden jene genannt, die sich für eine Einbeziehung privat Krankenversicherter in das System der gesetzlichen Krankenversicherung stark machen. Es würde verkannt, dass die PKV das gesamte Gesundheitssystem subventioniert. Abgesehen von diesem Argument, das sich auch die GKV in Richtung der PKV zu eigen macht, verkennt die PKV, dass ihre Versicherten hinsichtlich Arbeitslosigkeit und selbstverantwortlichem Arbeiten eine privilegierte Stellung einnehmen: Es ist mittlerweile hinreichend bekannt, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Armut, Arbeitslosigkeit und der Gesundheit der Menschen gibt. Von diesen Faktoren sind privat Krankenversicherte weit seltener betroffen als gesetzlich Versicherte. Das bedeutet auch, dass die Einbeziehung privat Krankenversicherter in die GKV dauerhaft zu einer Stabilisierung ihrer finanziellen Grundlagen dienen würde!

Die Frage müsste also vielmehr lauten: Wie müsste ein gut funktionierendes Gesundheitssystem aussehen? Ein Beispiel: Mindestens 40 Prozent aller in den vergangenen zehn Jahren neu auf den Markt erschienen Medikamente weisen laut Arzneiverordnungsreport keinen Zusatznutzen gegenüber sich bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten auf. Nicht zuletzt steigen dadurch kontinuierlich die (Medikamenten-)Ausgaben in der GKV, die schon die Ausgaben für ärztliche Leistungen übertroffen haben. Übrigens: Ärzte berechnen in Deutschland im Schnitt 50 Prozent höhere Rechnungen für PKV Versicherte als für Kassenpatienten⁴³. Was würde für die GKV-Versicherten günstiger bei der Umstellung des Systems?

Auch das Argument, dass die PKV altersbezogene Rückstellungen in ihre Kalkulation einfließen lässt und die GKV nicht, ist offensichtlich nicht zielführend. Die Kapitalmärkte geben gar nicht (mehr) die Renditen her, um Alterungsrückstellungen (man stelle sich vor, die Versicherten der GKV kämen noch hinzu – schon 2001 bezifferte die PKV hierzu eine Billion DM⁴⁴) dauerhaft sicher und über der Inflation liegend anzulegen. In der *Zeitschrift für Versicherungswesen* wird daher auch beklagt, wie schwierig es für die Kapitalmanager der PKV ist, ihre Altersrückstellungen gut anzulegen: „Die Neuanlage ist heute nur mit Renditeabschlägen möglich. So bröckelt der riesige Kapitalturm über die Jahre dahin. Die jahrzehntelang gefeierte Kapitaldeckung könnte bei der Pflegezusatzversicherung zum Imageschaden für die Versicherungsunternehmen werden. Wenn die Zinserträge unter das versprochene Maß schrumpfen, wenn beim Neuabschluss noch Kosten zu bedienen sind – vom Inflationsrisiko ganz zu schweigen -, könnte es für die Versicherten ein Nullsummenspiel werden.“⁴⁵

⁴² Siehe 31, S. 620

⁴³ Focus, 30.03.2013

⁴⁴ Peter Greisler, Reden zur Reformperiode der privaten Krankenversicherung, PKV-Dokumentation 26/2002, S. 233

⁴⁵ Zeitschrift für Versicherungswesen 15/2012, S. 460

Ausgerechnet eine Versicherung wie sie die PKV nun einmal ist, kritisiert eine staatliche Bezuschussung der GKV für versicherungsfremde Leistungen. Zu den versicherungsfremden Ausgaben gehören beispielsweise bestimmte Leistungen bei Schwanger- und Mutterschaft, Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung, kinderabhängige Leistungen oder Belastungsregelungen bei Zahnersatz und Zuzahlungen. Die Ausgaben für solche Ausgaben werden auf fast 4 Mrd. Euro in 2012 geschätzt⁴⁶. Wenn Vertreter der PKV damit beweisen wollen, wie schlecht die GKV aufgestellt sei, dass sie trotz Hochkonjunktur und Rekordbeschäftigung auf staatliche Zuschüsse angewiesen sei⁴⁷, verkennen sie die Funktion einer Sozialversicherung, die in Erfüllung des grundgesetzlichen Auftrags zur Sicherung des Sozialstaatsprinzips eingerichtet wurde.

⁴⁶ Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung, Raffelhüschen/Moog/Vatter, 2011, S. 39

⁴⁷ Roland Weber, Zeitschrift für Versicherungswesen 15/2012 „Private Krankenversicherung unter Beschuss“