

UNIVERSITÄT POTSDAM

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHE FAKULTÄT

FINANZWISSENSCHAFTLICHE DISKUSSIONSBEITRÄGE

Wieviel Staat braucht der Markt
und wieviel Staat braucht die Gerechtigkeit?

Transformation des polnischen Sozialversicherungssystems
im Lichte der deutschen Erfahrungen

von

Christoph Sowada



Diskussionsbeitrag Nr. 18
Potsdam 1997

Herausgeber: Hans-Georg Petersen

Universität Potsdam
August-Bebel-Straße 89
D-14482 Potsdam, Germany
Tel.: 0331/977-3394
Fax.: 0331/977-3392
e-mail: lsfiwi@rz.uni-potsdam.de

Wieviel Staat braucht der Markt
und wieviel Staat braucht die Gerechtigkeit?
Transformation des polnischen Sozialversicherungssystems
im Lichte der deutschen Erfahrungen

von

Christoph Sowada

Manuskript zweier Vorträge gehalten an der Universität Oppeln und
der Hochschule für Management und Marketing in Breslau
19.-22. Mai 1997

Mit den Finanzwissenschaftlichen Diskussionsbeiträgen werden Manuskripte von den Verfassern möglichen Interessenten in einer vorläufigen Fassung zugänglich gemacht. Für Inhalt und Verteilung ist der Autor verantwortlich. Es wird gebeten, sich mit Anregungen und Kritik direkt an den Verfasser zu wenden und etwaige Zitate aus seiner Arbeit mit ihm abzustimmen. Alle Rechte liegen bei dem Verfasser.

ISSN 0948 - 7549

1. Einführung

Die Transformation der polnischen Volkswirtschaft und Gesellschaft ist nach sieben Jahren weit fortgeschritten. Seit vier Jahren werden jährliche Wachstumsraten des BSP von deutlich über 5% erreicht. Die Inflation konnte von über 600% im Jahr 1990 auf etwa 17% im Jahr 1996 gedrückt werden. Politische Widerstände gegen die Privatisierung staatlicher Betriebe verhinderten nicht, daß der private Sektor mittlerweile sowohl in der Industrie als auch im Dienstleistungsbereich führend ist. Erstaunlich gut, zumindest äußerlich, sieht die allgemeine Finanzlage des Staates aus. Die Budgetdefizite der letzten Jahre lagen deutlich unter dem Maastricht-Konvergenzkriterium von 3% des BIP. Auch der Schuldenstand konnte reduziert werden¹.

Die Liste der wirtschaftlichen Erfolge ist lang; sie kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, daß es beim Systemwechsel auch Niederlagen und Probleme gegeben hat und immer noch gibt. Politische Instabilität und häufige Regierungswechsel bremsen oder verhinderten bisher wichtige Reformmaßnahmen. Davon besonders stark betroffen ist der Bereich der sozialen Sicherungssysteme. Obwohl Polen noch lange nicht den Entwicklungsgrad westlicher Wohlstandsnationen erreicht und der Sozialstaat bei weitem noch nicht so ausgeprägt ist, wie z.B. in Deutschland, muß auch dieses Land seine Sozialpolitik völlig umbauen, um sich den veränderten Bedingungen globalisierter Wirtschaftsbeziehungen, der neuen Wirtschaftsordnung und der eigenen volkswirtschaftlichen Möglichkeiten stellen zu können. Das bedeutet auch hier einen Umbau und einen Abbau staatlicher Vor- und Fürsorge und die Konzentration auf Kernaufgaben, die dem Staat in einer Marktwirtschaft zugeteilt werden.

Reformvorschläge gibt es in Polen genügend. In ihrer Mehrzahl beziehen sie sich jedoch lediglich auf partielle Reparaturen der aus der zentralen Planwirtschaft übernommenen Versorgungssysteme. Um die Wähler nicht abzuschrecken, versuchen die Politiker und die ihnen nahestehenden „wissenschaftlichen“ Institute ein System zu retten, das nicht nur längst abgewirtschaftet hat, sondern auch in das neue gesellschaftliche Umfeld nicht mehr paßt. Leider wird jeder umfassende und radikale Reformvorschlag im ständigen polnischen Wahlkampf von den unterschiedlichen Parteien und Gruppierungen von vornherein als zu teuer, zu ungerecht und ineffizient torpediert.

¹ Dies geschah allerdings v.a. dank des Schuldenerlasses durch die ausländischen Gläubiger.

Soll die Sozialpolitik ihre stabilisierende Funktion in Polen wieder erfüllen können, dann muß der Staat möglichst schnell umfassende Reformen einleiten. Das kann aber keinesfalls bedeuten, daß der Staat die Verantwortung für die soziale Absicherung seiner Bürger voll auf sich nehmen sollte und könnte. Der fast schon beschwörende Glaube an die Vorteilhaftigkeit staatlicher Lösungen in dem Bereich der Sozialpolitik gegenüber den marktwirtschaftlichen ist jedoch in vielen Reformprojekten enthalten. Das ist allerdings kein charakteristisches Merkmal für Polen allein, sondern gilt gleichermaßen für andere Transformationsländer. Aber auch die Haltung der Politiker und der Gesellschaft in den westeuropäischen Sozialstaaten, insbesondere in Deutschland, bestätigen, daß der „Sozialismus“ zumindest in bezug auf die Sozialpolitik in den Köpfen der Menschen auch hier noch lange nicht tot ist.²

Das alles veranlaßt zu fragen, wieviel an Staat und staatlicher Interventionen eine freiheitliche Wirtschaftsordnung im Bereich der Absicherung der Bürger gegen die Folgen von Standardrisiken ertragen kann. Diese Frage soll in Kapitel 2 unter allokativen und in Kapitel 3 unter gerechtigkeitsbezogenen Gesichtspunkten diskutiert werden. Dem schließen sich in Kapitel 4 einige Überlegungen zu den speziellen institutionellen Lösungen im Rahmen der Transformation der Sozialversicherung in Polen an, wobei auf die Erfahrungen der deutschen Sozialversicherung bezug genommen wird.

2. Wieviel Staat braucht der Markt?

2.1. Markt und Staatsversagen

Die Theorie der zentralen Planwirtschaft geht explizit von der Unfähigkeit des Marktes aus, die wichtigsten wirtschaftlichen und sozialen Probleme der Gesellschaft lösen zu können. Aber auch die ökonomische Theorie der Marktwirtschaft kennt das Phänomen des Marktversagens, das unter bestimmten Umständen staatliche Eingriffe in die wirtschaftlichen Prozesse rechtfertigen kann. Die Ursachen für ein Marktversagen lassen sich in drei Gruppen einteilen. Zum ersten kann die Allokationseffizienz des Marktes durch die Entstehung oder Erweiterung von Marktmacht auf den Güter- und/oder Faktormärkten negativ beeinträchtigt, zum zweiten kann ein Marktversagen durch das Auftreten von externen Effekten hervorgerufen werden. Externe Effekte erfassen alle Wirkungen positiver oder negativer Art, die von den ökonomischen Aktivitäten der Wirtschaftssubjekte (unbeabsichtigt) in die Kosten- und Nutzen-(Ertrags-)funktionen anderer Subjekte eingehen und nicht von den

² Sehr interessante Ausführungen in dieser Richtung finden sich bei Baader (1991) und Schlafke (1994).

„Verursachern“ getragen werden. Schließlich versagt der Markt in dem Bereich der sog. öffentlichen Güter. Ein öffentliches Gut ist charakterisiert durch hohe positive externe Effekte und Nichtrivalität in seinem Konsum. Des weiteren versagt bei ihm das Ausschlußprinzip, d.h. keiner, auch nicht derjenige, der für die Inanspruchnahme nichts zu zahlen bereit ist, kann von dem Konsum des öffentlichen Gutes ausgeschlossen werden, wenn es einmal bereitgestellt wird. Ein privatwirtschaftliches Angebot von öffentlichen Gütern im gesellschaftlich erwünschten Ausmaß kommt aus diesem Grund nicht zustande, ein Eingreifen des Staates ist notwendig.

Die Folge von Marktversagen ist die Verletzung der Marginalbedingungen und letztendlich die Verfehlung des top level Optimums. Marktversagen stellt die notwendige, nicht aber die hinreichende Bedingung für staatliche Tätigkeit dar. Es ist unrealistisch anzunehmen, daß der Staat in der Lage ist, jedes Marktversagen zu beseitigen. Oft kann es jedoch durch wenig restriktive Korrekturen beseitigt oder gemildert werden, ohne daß der Staat den Markt völlig ausschaltet. Durch staatliche Ordnungs- und Wettbewerbspolitik können die negativen Wirkungen der Marktmacht - mit Ausnahme der natürlichen Monopole - relativ einfach eingeschränkt oder behoben werden. Ein Einsatz von Internalisierungsinstrumenten ermöglicht eine Korrektur beim Auftreten von externen Effekten. Für die Bereitstellung öffentlicher Güter muß der Staat zwar die Verantwortung, aber nicht unbedingt die Produktion übernehmen.³

2.2. Markt- und Staatsversagen im Versicherungsbereich

Im folgenden sind besonders die Marktversagenskomponenten von Interesse, die auf den Versicherungsmärkten entstehen. Auf den Versicherungsmärkten ist das allokativen Optimum dann erreicht, „wenn jedes Risiko, das sich im risikothoretischen Sinne durch eine Poolung mit anderen Risiken vernichten läßt, zu >>aktuarisch fairen<< Prämie versichert werden kann“ (Hackmann, 1990, S. 62). Die Realität zeigt, daß bei weitem nicht alle Risiken, die die oben angesprochenen Eigenschaften besitzen, versichert werden. Vollkommene Versicherungsmärkte sind genauso selten anzutreffen, wie die theoretische first best Lösung des top level Optimums. Ein partielles Marktversagen, das bis zu einem Ausschluß bestimmter Risiken gehen kann, ist permanent existent. Diese Tatsachen können als Rechtfertigung für staatliche Interventionen gesehen werden.

2.2.1. Asymmetrische Informationen

Eine der wichtigsten Ursachen für das Versagen der Versicherungsmärkte ist auf das Auftreten von Informationsasymmetrien zurückzuführen. Die Versicherungsnehmer und -anbieter besitzen sowohl zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses als auch während der Vertragslaufzeit unterschiedliche Kenntnisse, die für die Einschätzung der Risikowahrscheinlichkeit und die Ermittlung von fairen Prämien relevant sind.

Moral hazard

Mit dem Versicherungsabschluß befreien sich die Versicherungsnehmer von den finanziellen Folgen des Schadenseintritts. Das kann Verhaltensänderungen nach sich ziehen, die Sorgfaltspflicht wird möglicherweise weniger ernst genommen, Maßnahmen zur Schadensabwehr werden unterlassen, die Beseitigung des Schadens erfolgt kostspieliger, oder der Schaden wird sogar absichtlich herbeiführt. Dieses Phänomen wird in der Literatur unter dem Begriff moral hazard untersucht.⁴

Das moral hazard Verhalten wäre allokativ unbedenklich, wenn es in einer ex ante oder ex post Differenzierung von Versicherungsprämien einbezogen werden könnte. Gerade das ist aber aufgrund der Informationsasymmetrien kaum möglich. Der Versicherer kann in den wenigsten Fällen feststellen, welcher Schadensfall Folge von moral hazard ist und welcher nicht. Da die Versicherungen die Existenz von moral hazard kennen, ihn aber im Einzelfall nicht identifizieren können, müssen sie generell einen Zuschlag auf faire Prämien erheben, um die Mehrlasten tragen zu können. Die generelle Prämienenerhöhung kann aber dazu führen, daß auch weniger risikoaverse Subjekte freiwillig die Versicherung verlassen, wenn sie sich die Zahlung überhöhter Prämien nicht mehr leisten können oder wollen. Die Nichtversicherung risikoaverser Subjekte ist ein Bestandteil des Marktversagens.

Aus der Existenz von moral hazard Verhalten auf die Notwendigkeit einer staatlichen Sozialversicherung zu schließen, ist aber nicht nur übertrieben, sondern auch gefährlich. Eine Monopolversicherung würde zwar eine Überversicherung erschweren, moral hazard kann sie aber auch nicht verhindern. Eine unerwünschte Überversicherung kann auch mittels eines

³ Die Anhänger der Chicago-Schule verneinen sogar die Verantwortung des Staates für die Bereitstellung öffentlicher Güter und setzen allein auf bilaterale Verhandlungslösungen der Marktteilnehmer.

⁴ Für eine ausführliche Analyse siehe z.B.: Hackmann (1990), S. 71 ff., Demmler (1992), S. 228 ff., Molitor (1987), S. 21 ff.

freiwilligen Informationsaustausches zwischen den Versicherungen über die Art und den Umfang der versicherten Risiken und die Inanspruchnahme von Leistungen erreicht werden. Weigert sich ein Versicherer, freiwillig diese Informationen den Mitwettbewerbern zur Verfügung zu stellen, so kann über eine Meldepflicht unter Androhung von Sanktionen nachgedacht werden (vgl. Pauly, 1974, S. 62). Diese staatlichen Eingriffe sind in jedem Fall marktkonformer als Versicherungsmonopole, die erst dann gerechtfertigt wären, wenn der Staat hinsichtlich der Informationsbeschaffung über das moral hazard Verhalten der Individuen durch Ausnutzung hoheitlicher Informationsquellen Vorteile gegenüber der Privatwirtschaft hätte (vgl. Hackmann, 1990, S. 73) und diese Informationen aus übergeordneten Gründen den privaten Versicherungsunternehmen nicht zur Verfügung stellen könnte. Im übrigen können die Versicherungsunternehmen selbst gegen das moral hazard Verhalten ihrer Kunden vorgehen, indem sie bestimmte Anreize durch das Angebot von Bonus-Malus-Systemen und eine progressive Prämientarifierung oder Selbstbeteiligungen festlegen.

Adverse Selektion

Die asymmetrische Informationsverteilung kann zu einer weiteren Störung bei der Marktallokation führen. Die Versicherungen können in aller Regel die individuellen Risikowahrscheinlichkeiten ihrer Kunden nicht exakt einschätzen. Statt sich strikt an die individuenbezogene Äquivalenz von Prämien und Leistungen zu halten, müssen sie die Versicherungsnehmer in Risikogruppen zusammenfassen, für die dann einheitliche Prämien kalkuliert werden. Der einheitliche risikogruppenbezogene Beitrag ist weitgehend unproblematisch, wenn die Gruppenmitglieder hinsichtlich der Risikowahrscheinlichkeiten nahezu oder vollständig homogen sind. Wenn aber die in einer Beitragsgruppe Versicherten mit stark divergierenden Risikowahrscheinlichkeiten gepoolt werden, führen Durchschnittsprämien dazu, daß die guten Risiken (Versicherten mit der geringeren Eintrittswahrscheinlichkeit des Schadensfalls) deutlich höhere Prämien zahlen, als dies bei der strikten Anwendung des versicherungsmathematischen Äquivalenzprinzips der Fall wäre. Davon profitieren die schlechten Risiken (Versicherten mit hoher Wahrscheinlichkeit von Schaden) und zahlen geringere Prämien. Reagieren die guten Risiken auf die für sie ungünstige Prämiengestaltung mit dem Auszug aus der Versicherung, verschlechtert sich die Risikostruktur der übrig gebliebenen Versicherungsnehmer. Neue höhere Durchschnittsprämien müssen kalkuliert werden, was eine neue Abwanderungswelle auslösen kann. Dieser Prozeß kann sich bis zu einem vollständigen Zusammenbruch der Versicherungsmärkte führen. Die Selektion von

guten und schlechten Risiken kann auch in die Gegenrichtung umschlagen. Alle Versicherungsnachfrager, von denen vermutet wird, daß sie zu den schlechten Risiken zählen, werden durch die Versicherungen abgelehnt und verbleiben trotz einer Risikoaversion ohne Versicherungsschutz.

Dieses Phänomen wird in der Literatur als adverse Selektion bezeichnet. Die Untersuchung der Folgen adverser Selektion für die Ausgestaltung von Verträgen und die Strukturierung der Märkte gehört inzwischen zu den Standardaufgaben der modernen Versicherungswissenschaft (siehe dazu z.B.: Amann, 1993, S. 80 ff., Lewis/Sappington, 1995, S. 330 ff., van de Ven/van Vliet, 1995, S. 151 ff., Rahi, 1996, S. 288 ff.). Sie macht deutlich, daß auch beim Vorliegen von adverser Selektion Gleichgewichtslösungen auf den Märkten möglich sind. Die Versicherungen können z.B. durch eine geschickte Prämien- und Vertragsdifferenzierung die Versicherten dazu veranlassen, die wahre Risikowahrscheinlichkeit und Risikoaversion offenzulegen. Zwar ist ein top level Optimum dadurch nicht zu erreichen. Dieses wäre nur bei einer Vollversicherung möglich, die aber keine Gleichgewichtslösung darstellt (vgl. Heinrich/Koop, 1996, S. 53 ff.). Solange aber private Versicherungen existieren, die die schlechten Risiken, zu welchen Konditionen auch immer, versichern, stellt die adverse Selektion kein allokatives Argument für eine staatliche Versicherung dar. Eine Prämien-differenzierung entsprechend individueller Risikowahrscheinlichkeiten ist allokativ unbedenklich und sogar erwünscht. Staatliche Eingriffe oder sogar eine staatliche Versicherung könnten erst dann in Frage kommen, wenn sich die privaten Unternehmen völlig weigern, schlechte Risiken zu versichern, bzw. wenn durch eine Prämiendifferenzierung schlechte Risiken nicht mehr in der Lage sind, sich zu versichern. Eine Versicherungspflicht, gekoppelt an einen Kontrahierungszwang, ergänzt durch ein System von Beitragshilfen für die Bezieher niedrigster Einkommen, können das Problem des freiwilligen oder erzwungenen Ausschlusses von Versicherungsleistungen lösen (siehe dazu Stiglitz, 1983, S. 107). Ob die Pflichtversicherung als staatliche Sozialversicherung oder als private Versicherung umgesetzt wird, spielt für die Lösung des Problems keine Rolle, es sei denn, man unterstellt, daß eine dieser Formen stärkere Tendenzen zur Entstehung der Monopolrenten aufweist als die andere (siehe Spence, 1978) und dadurch sekundäre Allokationsverzerrungen hervorruft. Eine staatliche Monopolversicherung dürfte hier die schlechtere Lösung sein.

Die Überlegungen zu der Informationsasymmetrie auf den Versicherungsmärkten machen deutlich, daß eine staatliche Monopolversicherung keine endgültige und zufriedenstellende Lösung für dieses Problem darstellt, da sie prinzipiell durch die gleichen Informationsdefizite

belastet ist. Dagegen können bestimmte Interventionen z.B. die Festsetzung von Rahmenbedingungen für den privaten Sektor, die Einführung einer Versicherungspflicht und des Kontrahierungszwangs allokativ abgeleitet werden. Allerdings reicht der Wunsch nach der Beseitigung von den Folgen der adversen Selektion nicht aus, um eine allgemeine Versicherungspflicht zu begründen. Denn ein allgemeiner Versicherungszwang auch für risikofreudige Subjekte kann als eine unzumutbare und zunächst nicht legitime Einschränkung individueller Freiheit bewertet werden und zu neuen Verzerrungen auf den Märkten führen. Eine Begründung für eine allgemeine Versicherungspflicht könnte mit Hilfe der Theorie der öffentlichen Güter herbeigeführt werden.

2.2.2. Individuelle Sicherheit und öffentliche Güter

Das Gut „individuelle Sicherheit“ weist zunächst alle Merkmale eines privaten Gutes auf. Die Ausschlußkosten gehen gegen Null, interne Effekte sind dominierend und eine ex ante Rivalität im Konsum ist gegeben. Es kann aber auch argumentiert werden, daß sich alle Menschen besser fühlen, wenn sie wissen, daß jedermann abgesichert ist (vgl. Hochman/Rodgers, 1969). Damit nimmt das Gut „individuelle Sicherheit“ den Charakter eines nicht rival nutzbaren Konsumgutes an, wobei die Nichtrivalität im Konsum sich auf das Gefühl der Zufriedenheit bezieht. Eine allgemeine Existenz solcher Nutzeninterdependenzen ist aber kaum nachweisbar. Man kann zwar davon ausgehen, daß jeder Nutzengewinne verspürt, wenn seine Familienangehörigen oder Bekannten einen ausreichenden Versicherungsschutz haben. Ob es aber auch für völlig fremde Personen immer zutrifft, ist fraglich.

Anders sieht die Argumentation aus, wenn die individuelle Sicherheit nicht als das eigentliche öffentliche Gut interpretiert wird, sondern als eine Vorleistung zur Produktion anderer öffentlicher Güter wie sozialer Friede und innere Sicherheit. Die Versorgung mit individueller Sicherheit kann durchaus ein Substitut für polizeiliche Maßnahmen oder staatliche Fürsorgesysteme darstellen. Durch eine Absicherung eines Mindestlebensstandardsniveaus könnte die Schärfe von Verteilungskämpfen in Krisenzeiten abgemildert und die Herstellung von innerem Frieden positiv stimuliert werden. Die Grundsicherung stellt in diesem Fall einen Schutz vor Revolution und Systemveränderung dar, oder wie v. Hayek es beschreibt einen „Schutz gegen Verzweiflungsakte der Bedürftigen“ (v. Hayek, 1991, S. 361) und bildet die Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer Marktproduktion (vgl. Petersen, 1989, S. 21). Wird das Gut „individuelle Sicherheit“ nicht in ausreichendem Maße auf Märkten angeboten und nachgefragt, kann daraus ein Argument für staatliche Eingriffe abgeleitet werden.

Jedoch auch mit diesem Argument kann eine staatliche Sozialversicherung nicht gerechtfertigt werden, wohl aber ein Versicherungszwang. Für die Einschränkung der Versicherungspflicht nur auf Personen, die ein besonders hohes Bedrohungspotential für den inneren Frieden darstellen,⁵ spricht die unbedingte Notwendigkeit der Zwangsminimierung in einem freiheitlichen Gesellschaftssystem. Es gibt bestimmte Gruppen, von denen man mit einiger Sicherheit behaupten kann, daß sie aufgrund der Vermögens- und Einkommensposition kaum eine Bedrohung für die Gesellschaft darstellen. Die meisten Menschen versichern sich ohnehin freiwillig. Eine Versicherungspflicht ist für sie zunächst nicht gerechtfertigt und kann u.U. zu nachhaltigen negativen Verhaltensanpassungen z.B. in bezug auf das Arbeitsangebot führen.

Für eine allgemeine Versicherungspflicht spricht dagegen ein Argument, das insbesondere im Gesundheitsbereich nicht unterschätzt werden sollte. Es besteht nämlich immer eine ex ante Unsicherheit bezüglich der Höhe und der temporalen Verteilung des Lebenseinkommens. Keiner kann mit hundertprozentiger Sicherheit voraussagen, ob diejenigen, die gegenwärtig reich sind, in der Zukunft nicht verarmen und womöglich aufgrund einer unterlassenen Eigenvorsorge der Allgemeinheit zur Last fallen. Eine allgemeine Versicherungspflicht würde diese Gefahr reduzieren oder sogar ganz ausschließen.

Gegen eine staatliche Zwangsversicherung sprechen besonders effizienzbezogene Bedenken hinsichtlich der Leistungsfähigkeit staatlicher Bürokratien. Ein privatwirtschaftliches System läßt den Versicherten, trotz einer Versicherungspflicht, Wahlfreiheiten bezüglich der Art und Weise der Sicherung. Die freie Wahl von Versicherungsunternehmen verstärkt nicht nur das Eigeninteresse der Versicherten nach kostengünstigen und effizienten Anbietern Ausschau zu halten, sondern ermöglicht auch eine bessere Durchsetzung individueller Präferenzen. Dadurch kann die persönliche Identifizierung der Versicherten mit der Versicherung gestärkt werden. Der Wettbewerb zwingt die Anbieter ihrerseits zu kostengünstigem Verhalten. Allerdings werden die Kontrollmöglichkeiten des Staates bezüglich der Erfüllung der Versicherungspflicht eingeschränkt. Das ist auch das einzige, wohl aber kaum überzeugende Argument für eine staatliche Monopolversicherung.

⁵ Zu diesen Gruppen gehören v.a. die Menschen, die wenig oder nichts zu verlieren haben und sich gleichzeitig gut organisieren lassen.

2.2.3. Insolvenzgefahr und Verwaltungskosten

Die Insolvenzgefahr privater Unternehmen kann nicht als Argument für eine staatliche Monopolversicherung gewertet werden. Das Konkursrisiko von einzelnen privaten Versicherungen sollte nicht unterschätzt werden und ist mit Sicherheit höher als bei öffentlichen Anstalten, die den Staat als letztendlichen Garanten haben. Eine vorgeschriebene Rückversicherungspflicht, Regulierung von Anlagemöglichkeiten sowie eine effiziente Konkurskontrolle der privaten Versicherungen können aber auch ausreichende Sicherheit bieten.

Gelegentlich werden die „zu hohen“ Verwaltungs- und Vertriebskosten sowie der „unnötige“ Werbeaufwand der privaten Versicherungsunternehmen als allokativer Rechtfertigung für eine staatliche Sozialversicherung gebracht.⁶ Es ist allerdings zu befürchten, daß staatliche Versicherungsanstalten mit deutlich höheren Verwaltungskosten arbeiten als die privaten. Eine ganze Palette von Indizien spricht dafür (vgl. Heinrich/Koop, 1996, S. 64). Erstens haben die öffentlichen Unternehmen die Möglichkeit, ihre Verluste durch staatliche Subventionen auszugleichen, wodurch der Effizienzdruck abgeschwächt wird. Effizientes Angebot als Ziel wird aufgrund starker Politisierung von Entscheidungsprozessen in den öffentlichen Anstalten i.d.R. durch die polit-ökonomisch bestimmten Verteilungsziele verdrängt. Die Verwaltungsbürokratie in den Sozialversicherungen hat nur wenig Interesse an der Reduzierung der eigenen Kosten, denn dies bedeutet auch den Entzug der eigenen Existenzgrundlage. Die Verwaltungskosten können im weiteren relativ einfach verschleiert werden, besonders in einem System, in dem die Qualität und der Umfang von Leistungen an den Inputs gemessen werden. Die Manager öffentlicher Anstalten müssen kaum Konkurrenz und Entlassung befürchten. Ihr Interesse an einer effizienten, also auch kostensparender Verwaltung wird dadurch weiter reduziert.

2.3. Der Markt braucht den Staat nur beschränkt

Das Marktversagen - unabhängig davon, ob es auf öffentliche Güter, externe Effekte oder Marktmacht zurückzuführen ist - impliziert die Notwendigkeit staatlicher Korrekturmaßnahmen, wenn dadurch eine Verbesserung der allokativen Resultate i.S. von Pareto zu erzielen ist. Ein kurzer Blick auf die bisherige Diskussion macht deutlich, daß eine solche

⁶ Siehe dazu Hackmann (1990), S. 68 f. Die hohen Vertragsabschlußkosten amerikanischer Krankenversicherungen könnten diese These bestätigen. Dazu siehe Diamond (1994), S. 62, Aaron/Bosworth (1994), S. 258 f.

Verbesserung durch die Einführung eines Versicherungs- und Kontrahierungszwangs sowie die Setzung von Rahmenbedingungen möglich ist. Eine Legitimierung staatlicher Sozialversicherung konnte dagegen nicht abgeleitet werden, wenn man die Priorität marktwirtschaftlicher Lösungen in der freiheitlichen Gesellschaftsordnung als oberste Vorgabe hinnimmt. Im nächsten Schritt sollen distributive Argumente für ein staatliches Engagement und Interventionen in dem Bereich der Absicherung gegen die Folgen von Standardrisiken kurz erläutert werden.

3. Wieviel Staat braucht die Gerechtigkeit?

Die distributiven Argumente für das staatliche Engagement im Sicherungsbereich basieren auf der Ablehnung der möglicherweise auch effizienten Marktlösungen. Die Marktergebnisse werden als ungerecht empfunden, woran sich eine Forderung nach ihrer Korrektur knüpft. Die distributive Rechtfertigung staatlicher Eingriffe steht und fällt mit dem zugrunde gelegten Gerechtigkeitsbegriff. Die Gerechtigkeitsvorgaben und -vorstellungen sind immer normativer Natur. Das wird allerdings durch die Befürworter konkreter „gerechter“ Lösungen oft verschwiegen. Sie versuchen, ihre Vorschläge immer als die einzig richtigen und quasi als durch „uneingeschränktes Naturrecht“ bestimmt darzustellen.

3.1. Gerechtigkeit

Unabhängig von Land und Sprache gehört „Gerechtigkeit“ oder „soziale Gerechtigkeit“ zu den Standardbegriffen der Sozialpolitik und den Standardanforderungen an die Organisation des menschlichen Zusammenlebens. Die Gerechtigkeit ist keinesfalls eine Erfindung der modernen Wohlstandsstaaten. Das Gerechtigkeitsproblem wurde schon von Aristoteles in Buch V der Nikomachischen Ethik betrachtet in dem er die Begriffe der Tausch- und Verteilungsgerechtigkeit entwickelt. Bei Thomas v. Aquin findet man das Begriff „bonum commune“, das übersetzt „Gemeinwohl“ bedeutet. Das Gemeinwohl ist nur dann zu erreichen, wenn Friede herrscht. Der Friede ist seinerseits eine direkte Folge der Gerechtigkeit.

Der Wunsch nach Gerechtigkeit, wie auch immer sie definiert wird, entsteht in einer Gesellschaft erst dann, wenn eine Ungleichheit wahrgenommen und als inakzeptabel empfunden wird. Gerecht ist, wenn Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt wird. Schon diese erste Präzisierung der Gerechtigkeit, die eine Unterscheidung in die horizontale und die vertikale Dimension beschreibt, macht deutlich, daß es nicht möglich ist, von der „Gerech-

tigkeit“ zu sprechen, ohne zu sagen, welche Gerechtigkeit gemeint ist. Die Idee der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit erscheint im ersten Augenblick als sehr einsichtig und einfach. Ihre praktische Umsetzung in einem gesellschaftlichen System ist allerdings sehr problematisch.

In der ökonomischen Literatur tauchen zwei weitere Begriffe auf: die Leistungs- und die Bedarfsgerechtigkeit. Die Lösung des Gerechtigkeits(Gleichheits-)problems in einer Gesellschaft hängt jedoch nicht nur davon ab, ob die Leistung oder der Bedarf als Bewertungsgrundlage gewählt werden, sondern auch von der Grundeinstellung der Menschen in bezug auf den Güterkonsum und das interpersonelle Zusammenleben. Soll die Umverteilung als direkte Folge der Gerechtigkeitsforderung betrachtet werden, dann ist bei der Dominanz von Neid als Merkmal des menschlichen Handelns in einer Gesellschaft mit größerem Umverteilungsdruck seitens der weniger Erfolgreichen und mit stärkeren Abwehrreaktionen seitens der Reichen zu rechnen. Überwiegen dagegen als Grundeinstellungen Zufriedenheit und Liebe, dann ist eine stärkere freiwillige Umverteilung zugunsten der ärmeren Gesellschaftsmitglieder wahrscheinlich (vgl. Petersen, 1993, S. 50).

3.1.1. Bedarfsgerechtigkeit als Grundlage staatlicher Sozialpolitik

Im real existierenden Sozialismus wurde die Parole vom „gleichen Magen“ beschworen. Jeder Bürger sollte einen möglichst gleichen Anteil an Konsumgütern und Dienstleistungen erhalten, eine möglichst gleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen wurde als wünschenswert bezeichnet. Daran knüpft sich nicht nur die Forderung nach einem vollständigen Egalitarismus bei der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse, sondern auch die implizite Annahme der Identität aller Bedürfnisse. Die Menschen sind jedoch weder von Natur aus identisch noch leben sie in einem identischen Umfeld. Divergieren die menschlichen Bedürfnisse, so ist eine egalitäre Verteilung von Gütern und Dienstleistungen nicht nur aus allokativen, sondern auch aus distributiven Gründen nicht hinnehmbar.

Die Konzepte der Grundsicherung und des Existenzminimums gehen von der Annahme aus, daß lediglich die Grundbedürfnisse identisch sind. Man könnte auch sagen, das Grundbedürfnis aller Menschen ist das Überleben in der Gesellschaft. Aus diesem Grundbedürfnis heraus können die Sekundärbedürfnisse (Nahrung, Wohnung, Bekleidung) abgeleitet werden, deren Befriedigung das Überleben ermöglicht. Die Gewährung eines physischen Existenz-

minimums wurde sogar zu einem Menschenrecht erhoben.⁷ Mehrere wohlhabende Länder der Erde lehnen die Gewährleistung eines physischen Existenzminimums als unzureichend ab und versuchen, jedem Bürger ein sog. soziokulturelles Minimum zu garantieren.

Ein bedarfsgerechtes System ist dann realisiert, wenn es allen Bürgern die Befriedigung der Grundbedürfnisse ermöglicht. Aber auch diese Interpretation der Bedarfsgerechtigkeit ist nicht unproblematisch, weil in der Realität keine Identität der Grundbedürfnisse gegeben ist. Menschen unterscheiden sich in ihrer physiologischen Konstruktion, ihrem Kalorienbedarf, ihren Kleidungsanforderungen und ihrem Wohnungsbedarf. Die Menschen leben in unterschiedlichen gesellschaftlichen Umfeldern und das nicht nur bezogen auf die klimatischen Verhältnisse, sondern auch in Hinblick auf die herrschenden Formen des gemeinschaftlichen Lebens, die eine hervorragende Rolle bei der Festlegung des soziokulturellen Minimums spielen.

Weil die Identität der Grundbedürfnisse nicht gegeben ist, behilft man sich in der praktischen Sozialpolitik mit einer Standardisierung. Es wird einfach angenommen, daß die aus dem primären Überlebensbedürfnis abgeleiteten Grundbedürfnisse in standardisierter Form identisch sind. Nur unter dieser Bedingung ist ein interpersoneller Bedarfs- und Bedürfnisvergleich überhaupt durchsetzbar. Mit der von Marx geforderten Bedarfsgerechtigkeit „jedem nach seinen Bedürfnissen“ (Marx, 1962, S. 21) hat das allerdings wenig zu tun. Seine Vorstellung scheitert in der Realität an der menschlichen Natur, der Unvergleichbarkeit menschlicher Bedürfnisse sowie der extremen Anspruchsmentalität, die sich in Systemen entwickelt, die sich der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen nach dem Bedarfsgerechtigkeitsprinzip verschrieben haben.

Das wichtigste verteilungspolitische Argument für staatliche Eingriffe im Versicherungsbereich wird aus dem gesellschaftlichen Wunsch abgeleitet, jedem Bürger einen Mindeststandard an Versicherungsschutz zu bieten. Dieser Wunsch ist jetzt nicht allokativ (z.B. Schutz vor Revolution), sondern durch die normativen Gerechtigkeitsvorstellungen begründet. In diesem Sinne ergibt sich eine Notwendigkeit staatlicher Interventionen auch dann, wenn die Resultate des Marktprozesses zwar allokativ effizient sind, aber nicht jedem eine Grundsicherung garantieren.

⁷ Siehe Art. 9 und Art. 11 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Abgedruckt in Kühnhardt (1991), S. 330 ff.

Eine Grundsicherung kann direkt durch staatliche Transfers oder Versorgung mit entsprechenden Leistungen beim Eintritt von Risikofällen erreicht werden. Sie kann aber auch durch die Übernahme von Versicherungskosten für die Bezieher niedrigerer Einkommen (unterhalb des Existenzminimums) seitens der Steuergemeinschaft erfolgen. Auch für diejenigen Bürger, die mit ihrem Einkommen (Vermögen) zwar oberhalb des Existenzminimums liegen, das verfügbare Einkommen aber nicht ausreicht, um eine Eigenvorsorge zu betreiben, d.h., nach Zahlung der notwendigen Versicherungsbeiträge wird die Existenzminimumgrenze unterschritten, sollten staatliche Hilfen in Aussicht gestellt werden.

Mit dem Argument der Armut kann die Notwendigkeit einer staatlichen Sozialversicherung nicht bewiesen werden. Es begründet lediglich die Forderung nach einer „Armenhilfe“, und die kann grundsätzlich durch Fürsorgesysteme erfolgen. In bezug auf die Absicherung von Standardrisiken bietet sich eine volle oder partielle Übernahme der Beiträge durch die Steuergemeinschaft und die Beibehaltung der Versicherungslösung an.

Die Versicherungslösung verspricht gegenüber der Versorgungslösung deutlich effizienter zu sein, da die Sozialhilfe und die direkte Versorgung mit Leistungen sehr schnell zur Veränderung des menschlichen Verhaltens führen. Jede Garantie der Grundversorgung hat alloka-tive Verzerrungen zur Folge, wobei ihre Stärke v.a. vom Umfang der Grundversorgung und ihrer institutionellen Ausgestaltung abhängt.⁸ Insbesondere reduziert ein staatlich getragenes Fürsorgesystem die Anreize zur Eigenvorsorge. Verändert werden aber auch die Leistungs-anreize, wenn ein Individuum aus eigenen Kräften nur ein Einkommen unterhalb des defi-nierten Existenzminimums erbringen kann und die eigenen Einkommen voll auf die erhaltene Sozialhilfe angerechnet werden. Negative Leistungsanreize entstehen im weiteren auch bei denjenigen, die durch Steuern und Beiträge die Finanzierungslast des Existenzminimums tragen müssen.

3.1.2. Die Leistungsgerechtigkeit als Grundlage staatlicher Sozialpolitik

Eine andere Auffassung der Gerechtigkeit spiegelt sich in der Konzeption der Leistungs-gerechtigkeit wider. Ein leistungsgerechtes System wird dann realisiert, wenn die Zuteilung von Gütern und Diensten gemäß der für die Gesellschaft erbrachten individuellen Leistungen erfolgt. In jeder Gesellschaft leben aber Individuen, die mehr an gesellschaftlicher Leistung

⁸ Ein Beispiel dafür liefert Hackmann (1990), S. 98 ff.

erbringen können und solche, die bei der Erfüllung ihrer Aufgaben weniger erfolgreich sind. Die Ursachen für die Leistungsunterschiede sind verschiedener Natur. Zum einen sind die Fähigkeiten, Leistungen erbringen zu können, ungleichmäßig verteilt. Denn es gibt Menschen in der Gesellschaft, die z.B. aufgrund geistiger oder körperlicher Behinderung viel mehr Mühe aufbringen müssen, um den gleichen Output zu erreichen, als diejenigen, die völlig gesund sind. Die Einkommens- und Vermögensverteilung als perfektes Spiegelbild der Leistungserbringung (absolute Leistungsgerechtigkeit) (vgl. Heinrich/Koop, 1996, S. 6) funktioniert aus diesem Grund sogar in einer idealen Marktwirtschaft nicht. Zum anderen sind die persönlichen Präferenzen der Menschen hinsichtlich der Leistungserbringung, der Arbeitszeit, der Freizeit, des Konsums und des Sparens sehr unterschiedlich.

Werden die persönlichen Umstände, unter denen die Leistungserbringung stattfindet, mitberücksichtigt, um den ethischen Vorbehalten gegen eine absolute Leistungsgerechtigkeit im sozialen Bereich Paroli zu bieten, dann spricht man von einer relativen oder subjektiven Leistungsgerechtigkeit (vgl. Heinrich/Koop, 1996, S. 6). Erst wenn eine Chancengleichheit beim Erwerb der für die Leistungserbringung notwendigen Fähigkeiten herrscht, kann die Einkommens- und Vermögensungleichverteilung tatsächlich als Resultat der unterschiedlichen Mühe bei der Leistungserbringung bewertet werden. Letztendlich beinhaltet das Konzept der relativen Leistungsgerechtigkeit und der Chancengleichheit die Forderung nach einer egalitären Einkommensverteilung (vgl. Gäfgen, 1989, S. 13). Eine vollständige Chancengleichheit herrscht nämlich nur, wenn alle Subjekte im Ausgangspunkt gleichgestellt sind und alle Umstände, die für die Leistungserbringung von Bedeutung sind, selbst beeinflussen können. Beides ist in der Realität nicht gegeben.

3.2. Solidarität und Einkommensumverteilung in der Sozialversicherung

Die Problematik der „sozialen Gerechtigkeit“ beschränkt sich aber nicht auf die Tatsache, daß bestimmte Personen ihren Lebensunterhalt bzw. eine Eigenvorsorge aus eigener Kraft nicht leisten können, oder wegen Chancenungleichheit bei der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen zu kurz kommen. Ein weiterer Sachverhalt, der ein Gefühl der Ungerechtigkeit oft auszulösen vermag, bezieht sich auf die Risikoäquivalenz der Beiträge in einer sozialen Versicherung. Eine höhere Belastung derjenigen, die größere Risiken darstellen, z.B. der öfter krank werdenden Menschen, die bei versicherungsmathematischer Kalkulation von Prämien und Beiträgen notwendig ist, wird mit dem Solidaritätsgebot zwischen den stärkeren und den schwächeren Mitgliedern der Gesellschaft abgelehnt. Dabei wird aber selten deutlich gemacht, daß bei alternativen Abgrenzungen der Solidarpflicht und der Solidargemeinschaft

sowie der Definition der Kriterien für „stark“ und „schwach“ sich völlig andere Implikationen für die Systemgestaltung ergeben können.

Die Notwendigkeit der Solidarität zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft wird nicht bezweifelt. Auch die Notwendigkeit einer Einkommensumverteilung, wenn bestimmte Menschen aus eigenem Einkommen ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können, soll nicht zur Debatte stehen. Das alles rechtfertigt aber noch nicht eine falsche und inkonsistente Zuordnung von Aufgaben und Instrumenten im sozialen Bereich. Eine Besinnung auf das einfache Tinbergensche Prinzip der Wirtschaftspolitik ist von Nöten.⁹ Bevor den Versicherungen bestimmte Aufgaben übertragen werden, muß sorgfältig geprüft werden, ob sie diesen Auftrag ohne Abstriche bei der primären Aufgabe, nämlich der Absicherung gegen die Folgen von Standardrisiken, überhaupt erfüllen können und ob nicht andere Institutionen dafür geeigneter sind. So ist die Hilfe für Familien gemäß der herrschenden Grundvorstellungen in der Gesellschaft wichtig, sie ist aber keine Versicherungsaufgabe, sondern die des Familienlastenausgleichs. Die Sozialhilfe soll den Beziehern der niedrigsten Einkommen helfen; dies ist keine Aufgabe einer Renten- oder einer Krankenversicherung. Es ist letztendlich die Aufgabe von Steuern und Sozialtransfers und nicht die der Sozialversicherungssysteme, Einkommensunterschiede, die sich aus der Teilung Deutschlands ergeben haben, im gewünschten Maße zu nivellieren.

Für die Umsetzung des Solidaritätsprinzips in einer Versicherungsgemeinschaft ist deshalb von entscheidender Bedeutung, daß in bezug auf die Absicherung von Standardrisiken die Stärke oder die Schwäche nicht immer oder sogar sehr selten mit der Einkommenshöhe oder dem Familienstand verbunden ist. Dagegen kann die Übertragung von Fremdaufgaben schnell zu extrem perversen Umverteilungswirkungen in der Versicherung führen. Aus diesem Grund kann nicht deutlich und oft genug appelliert werden: Die Versicherung soll die Versicherungsnehmer vor den Risikofolgen schützen. Sie darf nicht zu einem undefinierbaren, alles umfassenden und kaum noch beherrschbaren Umverteilungstopf und Verschiebebahnhof des Staates verkommen. Und es sollte nicht nur appelliert werden, sondern entsprechende institutionelle Vorkehrungen müssen getroffen werden.

⁹ Tinbergen fordert, daß bei der Verfolgung von n verschiedenen Zielen zumindest n Instrumente einzusetzen sind.

3.3. „Soziale Gerechtigkeit“- ein tauglicher Begriff?

Die kurzen Überlegungen zu dem Begriff der Gerechtigkeit machen eines deutlich: Es ist verwirrend und wenig hilfreich, von „der Gerechtigkeit“ zu sprechen, ohne sie zu präzisieren. Man kann die Aversion von v. Hayek gegen den allgemeinen Begriff der „sozialen Gerechtigkeit“ nachvollziehen, und das auch, wenn man nicht immer dem streng liberalen Gedankengut dieses Ökonomen folgt. V. Hayek stellt einfach fest: soziale Gerechtigkeit ist „... ein quasi-religiöser Aberglaube von der Art, daß wir ihn respektvoll in Frieden lassen sollten, solange er lediglich seinen Anhänger glücklich macht, den wir aber bekämpfen müssen, wenn er zum Vorwand wird, gegen andere Menschen Zwang anzuwenden.“ (v. Hayek, 1981, S. 98). Gerade die Unbestimmtheit des Begriffs „soziale Gerechtigkeit“ macht ihn so gefährlich und offen für einen Mißbrauch durch verschiedene Interessengruppen. So bleibt nur v. Hayek zuzustimmen, wenn er behauptet, daß sozial i.S. der sozialen Normen schon lange kein Produkt der Gesellschaft oder eines gesellschaftlichen Prozesses ist, sondern eine Vorstellung, die der Gesellschaft aufgezwungen wird (vgl. v. Hayek, 1981, S. 112).

Damit bleibt auch die Antwort auf die Frage „Wieviel Staat braucht die Gerechtigkeit?“ rhetorisch, bis der Begriff der Gerechtigkeit präzisiert wird. Für die Konstrukteure konkreter Versicherungssysteme hat dies wichtige Implikationen. Da ein System nur als gerecht oder ungerecht in Hinblick auf ein konkretes Gerechtigkeitskriterium bezeichnet werden kann und dieses in Raum und Zeit sowie von Mensch zu Mensch unterschiedlich und veränderbar ist, erscheint der Wunsch nach einer für alle und für immer gerechte Lösung illusorisch. Das ist die wichtigste Lehre, die für die polnische Transformation aus den deutschen Erfahrungen gezogen werden muß. Das deutsche System bildet nämlich das beste Beispiel dafür, wie die partikularistischen, paternalistischen oder auch nur meritorisch motivierten Forderungen nach Berücksichtigung individueller Gerechtigkeitsvorstellungen der einzelnen Wähler, Wählergruppen und verschiedenen Lobbies, die ursprünglich als Versicherung gedachte gesetzliche Lösung zu einem Spielplatz für Verteilungskämpfe und fragwürdige Sozialpolitik machten und das System letztendlich in eine existenzbedrohende Krise stürzten.

4. Deutsche Erfahrungen mit der gesetzlichen Sozialversicherung und die polnischen Reformprojekte.

Die Fundamente der deutschen Sozialversicherung legte die kaiserliche Botschaft von Wilhelm I. vom 17. November 1881. Seit dieser Zeit wurden fünf Säulen der Sozialversiche-

rung aufgebaut: Kranken-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- und neuerdings die gesetzliche Pflegeversicherung. Es sind aber nicht nur immer neue Risiken in die gesetzliche Versicherung einbezogen worden, sondern der ursprüngliche Versicherungscharakter der Sozialversicherung wurde durch den Versuch, allen möglichen divergierenden Gerechtigkeitsvorstellungen in der Gesellschaft Rechnung zu tragen, aufgeweicht und in großen Teilen aufgehoben. Die wohl die bedrohlichste Entwicklung war und ist jedoch, daß die Eigenverantwortung jedes einzelnen Menschen für die eigene Zukunft, die sich auf das Subsidiaritätsprinzip der Sozialpolitik stützt, durch eine falsch verstandene Solidarität untergraben und letztendlich aufgehoben wird. Im Rahmen dieses Aufsatzes ist es nicht möglich, jede einzelne institutionelle Lösung der deutschen Sozialversicherung unter diesen Gesichtspunkten zu diskutieren. Es sollen aber einige Beispiele aufgegriffen werden, deren Auswahl nicht willkürlich ist, sondern sich an den gegenwärtig diskutierten polnischen Reformprojekten orientiert.

4.1. Gesetzliche Krankenversicherung

Eine gesetzliche Krankenversicherung existiert in Polen zur Zeit noch nicht. Das wird oft als ein Hauptgrund für die beispiellose Vernachlässigung des Gesundheitssektors und den katastrophalen Zustand des staatlichen Gesundheitswesens angesehen, der wiederholt zur Belastungen der staatlichen Glaubwürdigkeit, Unruhen und Streiks führte. Dieser Zustand hat aber paradoxerweise einen Vorteil: Der Gesundheitssektor belastete bisher die Volkswirtschaft eher mäßig. Im folgendem sollen einige Vorschläge aus den wichtigsten Reformprojekten kurz analysiert werden.

4.1.1. Versicherungspflichtgrenze und einkommensabhängige Beiträge

Sowohl das Regierungsprojekt als auch der Vorschlag der Gewerkschaft „Solidarnosc“ zur Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung sprechen sich für eine Pflichtkrankenversicherung aus. Allerdings sollen die Bezieher der höchsten Einkommen, von denen erwartet wird, daß sie eine ausreichende Eigenvorsorge betreiben können, von der Versicherungspflicht befreit werden. Gleichzeitig wird aus „Gerechtigkeitsgründen“ die Einkommensabhängigkeit der Beiträge gefordert, wobei in Polen eine deutlich breitere Bemessungsgrundlage für die Beiträge durch das zu versteuernde Gesamteinkommen vorgeschlagen wird, als dies in Deutschland der Fall ist. In Deutschland werden praktisch nur Löhne und Gehälter der abhängig Beschäftigten sowie eingeschränkt die Renten in die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge einbezogen.

Die Kombination von einkommensabhängigen Beiträgen und Versicherungspflichtgrenze lassen vermuten, daß die Autoren der Krankenversicherungen sich nicht entscheiden konnten, welche Ausrichtung die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt erhalten soll. Eine unkritische Orientierung an das deutsche System läßt sich vermuten. Ein nach dem Einkommen diskriminierender Zwang muß in einer freiheitlichen und demokratischen Gesellschaft generell ein ungutes Gefühl erwecken. Soll die Krankenversicherung jedem Bürger eine angemessene Absicherung für den Krankheitsfall gewährleisten, so ist zu fragen, warum auf die allgemeine Versicherungspflicht verzichtet wird. Es ist nicht sicher, daß diejenigen, von denen man erwartet, daß sie Eigenvorsorge betreiben können, dies auch tatsächlich tun, sich nicht wie Trittbrettfahrer verhalten und im Fall einer nachträglichen Verarmung nicht der Gesellschaft zur Last fallen. Diese Gefahr wird realistisch, wenn die Gesundheitsgüter tatsächlich sich als Zukunftsgüter erweisen. Die Argumentation dafür ist relativ einfach und plausibel. Über Gesundheit macht man sich keine Gedanken, solange sich keine Krankheit ankündigt oder ihr Risiko verborgen bleibt. Die Zukunftsgüter werden mindergeschätzt und zu wenig nachgefragt,¹⁰ mit der Folge, daß eine private freiwillige Vorsorge suboptimal bleibt.

Eine Einkommensabhängigkeit der Beiträge zur Krankenversicherung widerspricht dem Versicherungsprinzip. Das wäre nur dann nicht der Fall, wenn das Erkrankungsrisiko von der Einkommenshöhe, genauer gesagt, von dem zu versteuernden Einkommen oder zumindest die Leistungsanspruchnahme von der Einkommenshöhe signifikant abhängig wäre. Beides ist aber in der Realität nicht gegeben. Zwar wird den Gesundheitsgütern nachgesagt, daß sie zu den superioren Gütern gehören, d.h. die Einkommenselastizität ihrer Nachfrage größer als eins ist. Eindeutige empirische Beweise konnten jedoch bisher aber nicht erbracht werden.¹¹ Es ist zwar unbestritten, daß mit steigendem Wohlstand die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sich ständig verändert und besonders die höherwertigen Güter, die über die Grundversorgung hinausgehen und mit einem gewissen Konform oder mit mehr Sicherheit bei den Anwendungen verbunden sind, mit steigendem Einkommen mehr nachgefragt werden. Es ist allerdings falsch, alle Gesundheitsgüter mehrheitlich oder sie sogar alle als superior zu bezeichnen. Und auch wenn das der Fall wäre, dürfte die Einkommens-

¹⁰ Das Gesetz von Minderschätzung zukünftiger Güter geht zurück auf Böhm-Bawerk (1921), S. 332 ff.

¹¹ Die hier oft in Verbindung vorgebrachten makroökonomischen Daten reichen als Beweis zur Feststellung einer Superiorität von Gesundheitsleistungen nicht aus. Das unterstreichen auch Wille und Ulrich, die darauf verweisen, daß die Superioritätseigenschaft von Gütern und Dienstleistungen nur durch mikroökonomische Untersuchungen zu beweisen ist. Vgl. Wille/Ulrich (1991), S. 35.

abhängigkeitstärke der Leistungsanspruchnahme immer noch nicht ausreichen, um einkommensabhängige Beiträge zu legitimieren.¹² Empirisch nachweisbar ist andererseits, daß das Erkrankungsrisiko mit steigendem Einkommen eher sinkt. So gesehen müßten auch die Beiträge sinken und nicht wachsen.

Für die Einkommensabhängigkeit der Beiträge könnten gerechtigkeitsbezogene Argumente sprechen, wenn man die Bezieher höherer Einkommen stärker an den Gesundheitskosten beteiligen möchte als die ärmeren Bevölkerungsschichten. Die Suche nach einer entsprechenden Umsetzung dieser Forderung in dem deutschen System oder in den polnischen Reformprojekten erweisen sich allerdings als Irrweg. Denn sollte eine ex ante interpersonelle Umverteilung des Einkommens als Aufgabe der Krankenversicherung aufgenommen werden, wodurch aber der Verlust des Versicherungscharakters in Kauf genommen wird, dann ist die Befreiung der reichsten Bürger aus dieser Solidarverpflichtung unerklärlich. Es scheint so zu sein, als ob der deutsche und der polnische Gesetzgeber nur eine Umverteilung unter den niedrigeren Einkommensgruppen erreichen wollten.

4.1.2. Beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern

Eine kontroverse Konstruktion in der deutschen GKV, die auch in den polnischen Projekten wiederzufinden ist, bildet die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. In Verbindung mit der Einschränkung der Beitragsbemessungsgrundlage und der freiwilligen Versicherung kann sie zu einer regressiven Umverteilungen führen, wie das folgende Beispiel zeigt.

¹² Übrigens, wenn eine generelle Superiorität von Gesundheitsleistungen tatsächlich gegeben sein sollte, d.h. die Präferenzen der Bevölkerung für Gesundheitsleistungen mit steigendem Einkommen überproportional wüchsen, dann dürfte die bürokratisch angeordnete Begrenzung des Gesundheitsausgabenwachstums gegen den Willen der Bürger verstoßen und somit einhellig abgelehnt werden.

Verteilungswirkungen der Gesetzliche Krankenversicherung: ein Rechenbeispiel

Familie A	Brutto- arbeits- einkommen	GKV- Beitrag (15%)	Familie B	Brutto- arbeits- einkommen	GKV- Beitrag (15%)
Vater	DM 4.000	DM 600	Vater	DM 12.000	DM 930
Mutter	DM 3.000	DM 450	Mutter	(Hausfrau)	--
Sohn	DM 1.000	DM 150	Sohn	(Schüler)	--
insgesamt	DM 8.000	DM 1200		DM 12.000	DM 930

Bei der Berechnung wurde die derzeit in Westdeutschland geltende Beitragsbemessungsgrenze mit monatlichem Bruttoeinkommen von 6150 DM und ein Beitragssatz zur GKV von 15% angenommen. Das Beispiel verweist auf die Umverteilung von Familien mit niedrigeren Einkommen zu den Familien mit höheren Einkommen. Die Familien mit mehreren versicherungspflichtigen Verdienern sind im Vergleich zu ebenso großen Familien mit einer gutverdienenden Person erheblich benachteiligt (vgl. Kronberger Kreis, 1987, S. 23, Herder-Dorneich, 1994, S. 285 f.). Zwar ist dieses Beispiel auf die deutsche Versicherung zugeschnitten, man kann aber eine ähnliche Berechnung unter Berücksichtigung der polnischen Reformvorschläge anstellen. Die Behauptungen, zumeist seitens der Gewerkschaften, daß die einkommensabhängigen Beiträge und Familienmitversicherung immer besonders gerecht sind, beruhen auf einem Wunsdenken.

4.1.3. Vollversicherung und Nulltarife

Nicht zuletzt bieten die polnischen Vorschläge zur Reform der Gesundheitsversorgung kaum ausreichende Anreize für die Nachfrager und Anbieter von Gesundheitsleistungen, mit den knappen Ressourcen sparsam umzugehen. Auch in dieser Hinsicht bildet das deutsche System ein hervorragendes Beispiel für eine vollständige Ignoranz ökonomischer Gesetze. Die Leistungskataloge der deutschen GKV wurden in den 60er und 70er Jahren um völlig versicherungsfremde Aufgaben (z.B. Sterbegeld oder beitragsfreie Versicherung beim Erziehungsurlaub) erweitert. Das Leistungsangebot innerhalb einer gesetzlichen Kasse ist für alle Mitglieder einheitlich. Auch die Leistungskataloge verschiedener Kassen unterscheiden sich kaum, da sie zum großen Teil gesetzlich festgeschrieben sind. Die Versicherungsnehmer können nicht zwischen verschiedenen Leistungs- und Beitragspaketen wählen. Wer weniger in Anspruch nimmt oder nehmen will, kann seine Beiträge trotzdem nicht senken.

Es kann davon ausgegangen werden, daß viele Versicherte in der GKV über ihre Präferenzen hinausversichert sind. Sie würden geringere Versicherungsleistungen bei geringeren Beiträgen bevorzugen. Eine aufgezwungene Überversicherung führt zu allokativen Verzerrungen und verstärktem Konsum. Bei umfassendem Versicherungsschutz erhöht sich u.U. auch die Sorglosigkeit beim Umgang mit der eigenen Gesundheit. Die Versicherten beginnen mehr oder weniger bewußt, die Eintrittswahrscheinlichkeit der Erkrankungen zu beeinflussen und entwickeln das moral hazard Verhalten. Manche Versicherte lassen sich einfach gern krankschreiben, auch bei nicht ernsthaften oder gar nicht vorhandenen Erkrankungen (vgl. Kronberger Kreis, 1988, S. 18). Verstärkt wird die Überkonsumption durch die herrschenden Nulltarife. Abgesehen von Zeit- und Wegekosten sowie den rudimentären Zuzahlungen sind die Gesundheitsgüter praktisch „kostenlos“ für die Konsumenten. Bestimmte Illusionen und mangelhafte Informationen bezüglich der Wirksamkeit medizinischer Therapien führen dazu, daß die Patienten von ihren Ärzten möglichst aufwendige und medikamentöse Behandlung erwarten. Eine intensive Ausnutzung von Gesundheitsleistungen gibt den Patienten das Gefühl, daß sie ihre eingezahlten Steuern oder Zwangsbeiträge wieder hereinholen können (vgl. Schneider, 1990, S. 172). Unter diesen Umständen ist ein sparsames Umgehen mit Gesundheitsressourcen kaum zu erwarten. Im Gegenteil, es existieren starke Anreize für die Entwicklung einer Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen. Die Überbeanspruchung von Versicherungsleistungen entspricht nämlich durchaus der individuellen Rationalität. Für das System selbst kann sie aber existenzbedrohend sein.

4.1.4. Angebotsinduzierte Nachfrage

Eine der wichtigsten und umstrittensten Thesen der Gesundheitsökonomie ist die von der angebotsinduzierten Nachfrage.¹³ Ihr wird das Saysche Theorem zugrundegelegt, das in einer sehr abgekürzten Form folgendes besagt: Jedes Angebot schafft sich seine eigene Nachfrage. Die Ärzte als Leistungsanbieter befinden sich in einer einzigartigen Situation; sie fragen materiell ihr eigenes Angebot nach (vgl. Wille/Ulrich, 1991, S. 23). Der Patient - der tatsächliche Konsument - entscheidet i.d.R. lediglich nur über den Erstkontakt mit einem Arzt. Aufgrund des fehlenden Fachwissens kann er die Zielwirksamkeit der angeordneten Therapien bestenfalls errahnen, in den seltensten Fällen aber bewerten. Das Phänomen der angebots-

¹³ Ein Überblick über die Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen liefert Reinhardt (1985). Im Bereich der Gesundheitsleistungen taucht der Begriff der angebotsinduzierten Nachfrage zuerst bei Evans (1974) auf.

induzierten Nachfrage stellt sich in diesem Kontext als typisches Principal-Agent-Problem. Der Patient als Principal kann den Arzt als Agenten nicht oder nur unzureichend kontrollieren. Seine Gesundheit ist ihm jedoch sehr wichtig. Deshalb fordert er vom Arzt eine möglichst genaue Untersuchung und Behandlung, über deren Art und Umfang jedoch nur der Arzt entscheidet. Dieser Umstand erleichtert den Ärzten die Verfolgung eigener Einkommensinteressen und das oft auch gegen die Belange der Patienten und der Versicherungen (vgl. Meyer, 1993, S. 24 und 146 f.; Zweifel, 1994, S. 17 ff.).¹⁴

Die vorliegenden empirischen Untersuchungen zu der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitsbereich¹⁵ bestätigen allerdings eigentlich nur eins: in den Versorgungs- oder Vollversicherungssystemen ist eine Angebotsinduzierung der Nachfrage wahrscheinlich. Dagegen ist bisher nicht bewiesen, daß es sich hier um ein konstituierendes und eigenständiges Merkmal von Gesundheitsleistungen per se handelt. Gegen die These von angebotsinduzierter Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sprechen u.a. einige Erfahrungen mit Selbstbeteiligungsmodellen, in denen eine negative Preiselastizität der Nachfrage ermittelt wurde (siehe dazu Meyer, 1993, S. 24).

4.1.5. Politiker und die Explosion der Gesundheitsausgaben

Die Hoffnung, daß Politiker ein besonders großes Interesse an der Einschränkung der Gesundheitsausgaben entwickeln, kann sich als Trugschluß erweisen. Mit der Entwicklung der NPÖ löste sich die traditionelle Ökonomie von der wenig realistischen Annahme, daß Politiker stets ausschließlich im Interesse der Bürger agieren. Dagegen wird die überzeugende These gestellt, daß sowohl Politiker als auch Bürokraten eigene Interessen verfolgen. Für Politiker gilt als Ziel die Maximierung von Wählerstimmen und die Wiederwahl.

Das Gesundheitswesen ist seit Jahrzehnten in Deutschland ein beliebtes Feld für die Suche nach Wählerstimmen. Die Konsumenten von Gesundheitsleistungen, die gleichzeitig Wähler sind, lassen sich i.d.R. schnell überzeugen, daß ein zusätzliches Krankenhaus, noch mehr zugelassene Ärzte oder noch mehr an gesetzlichen Leistungen für die „bessere“ Versorgung

¹⁴ Die erste Generation von Gesundheitsökonomien ging noch von der Annahme aus, die Ärzte sind die vollkommenen Sachwalter der Gesundheit ihrer Patienten. „A realistic analysis must consider such fundamental aspects of the health care sector as the dominant roles of nonprofit institutions and of persons whose “economic“ behavior ist substantially influenced by professional ethics and technical interests, the widespread use of health insurance, the provisions of free care by government and philanthropic organizations, and overwhelming uncertainty that patients confront.“ Feldstein (1970), S. 121.

¹⁵ Einen Überblick über die empirischen Untersuchungen zu dieser These liefert Wille/Ulrich (1991), S. 29 ff.

„notwendig“ sind (vgl. Schneider, 1990, S. 176). Da die Kosten für solche Wahlgeschenke zunächst auf die Gesamtheit der Beitrags- und/oder Steuerzahler verteilt werden, bleibt die direkte Belastung der begünstigten Wähler unterproportional im Verhältnis zu ihrem potentiellen Nutzenzugang. Eine breite Streuung der Kosten ermöglicht es, die Politik der Wahlgeschenke über längere Zeit fortzusetzen. Erst nachdem die Gesundheitsausgaben um das mehrfache gestiegen sind, waren die deutschen Politiker bereit, über eine Einschränkung der „Wohltaten“ nachzudenken. Wie aber die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit erst spät erreicht wurden, so sinken die Lasten bei einer entgegengesetzten Politik auch nur sehr langsam, besonders wenn die Sparmaßnahmen nur einen partiellen Charakter haben. Die Belastungen für die direkt Betroffenen sind dagegen sehr hoch, ja sogar existenzgefährdend. Negativ betroffen sind nicht nur die Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch bestimmte Wählergruppen selbst, sei es durch die Einschränkung von Leistungen oder durch den Abbau von Arbeitsplätzen. Das Interesse des Einzelnen am Sparen ist deshalb kaum vorhanden.

4.1.6. Krankenversicherungen und die Explosion der Gesundheitsausgaben

Es ist auch gefährlich, bei der Allokation knapper Ressourcen im Gesundheitssektor ausschließlich auf die Verhandlungskompetenz der Krankenkassen zu setzen. Würde die Krankenversicherung tatsächlich auch genügend Durchsetzungskraft gegenüber ihren Verhandlungspartnern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, bei der Festlegung von Honoraren entwickeln können, so bleibt immer noch die Frage offen, ob sie das zugunsten der Versicherten auch nutzen möchte. Schließlich sollen die polnischen Bürger nach dem Willen der Regierung einer bestimmten Versicherung zugewiesen werden (Kassenzwang). Gegen Beitragserhöhungen können sie sich nicht wehren. Warum sollte sich eine Versicherung, die eine volle Monopolmacht erhält, effizient verhalten? Die Antwort auf diese Frage bleiben die Befürworter und Autoren der Reformprojekte schuldig.

Die deutschen Erfahrungen mit der GKV lehren, daß gesetzliche Krankenkassen kaum Interesse bekunden, den übermäßigen Kostenanstieg zu bremsen. Die Versicherungsbürokratie ist zunächst ähnlich wie die Ärzteschaft an der Umsatzmaximierung interessiert. Zusätzliche Beitragseinnahmen sind entweder durch den Gewinn neuer Versicherter oder durch eine Beitragserhöhung zu realisieren. In einer quasimonopolistischen Versicherungsstruktur, in der ein großer Teil der Versicherten keine Wahlfreiheit bezüglich der Versicherung hat oder ein Interesse an einem Versicherungswechsel nicht vorhanden ist, können

neue Kunden nur schwer gewonnen werden. Dagegen eröffnete die Versicherungspflicht die Möglichkeit zu fast schrankenloser Erhöhung der Beiträge.

4.1.7. Neue Reformbestrebungen in Deutschland

Obwohl alle diese Probleme in Deutschland längst erkannt wurden, fehlte bisher der politische Wille, sie an ihren Wurzeln zu packen. Jahrzehnte lang versuchten die unterschiedlichen Regierungen, durch Symptomtherapien die monetäre Ausgaben- und Beitragssatzexplosion im Gesundheitswesen zu stoppen.¹⁶ Das gelang im besten Fall nur sehr kurzfristig. Auch die neuesten Reformen von Gesundheitsminister Seehofer setzen wieder nur an den Symptomen an. Positiv zu bewerten ist in jedem Fall die Aufhebung des Kassenzwangs für die Versicherten. Es macht allerdings nachdenklich, daß sich danach die Beitragssätze der diversen gesetzlichen Kassen nach oben schnell angleichen, so daß ein Versicherungswechsel kaum noch lohnend erscheint. Eine Unterbindung dieser Praxis durch eine zwingende Bindung der Beitragssatzerhöhungen an höhere Zuzahlungen der Patienten kann leicht durch eine Absprache zwischen den Kassen übergangen werden. Beitragsrückerstattungen und höhere freiwillige Selbstbeteiligungen bei einer Beitragsdifferenzierung oder sogar eine individualisierte Vertragsabstimmung zwischen den Versicherten und den Versicherungen werden nur sehr zaghaft in Erwägung gezogen. An der Monopolstellung der ärztlichen Vereinigungen bei den Verhandlungen über die Preisgestaltung im Gesundheitssektor wird gar nicht gerüttelt. Jede Interessengruppe kämpft verzweifelt, bisher i.d.R. mit Erfolg, um eigene Besitzstände, so daß auch diese „Jahrhundertreform“ langsam zu einer „Flickschusterei“ verfällt. Es ist zu befürchten, daß Polen nach der Umsetzung der Reformvorschläge den gleichen Problemen gegenüber steht, mit denen die deutsche Gesellschaft kaum noch fertig wird.

4.2. Gesetzliche Rentenversicherung

4.2.1. Die Lage der Rentenversicherung in Polen

Polen leistet sich eines der teuersten und ineffizientesten Rentensysteme in Europa. Trotz eines exorbitanten Rentenbeitragssatzes von über 40% der Bruttolöhne muß der Staat immer größere Subventionen in den Rententopf umleiten. Eine daraus resultierende akute Gefähr-

dung der Stabilität der Staatsfinanzen wird immer häufiger zugegeben (vgl. Niechcial, 1996, S. 1 f.).

Die Eckrente aus der Sozialversicherung¹⁷ beträgt zur Zeit in Polen ca. 76% des Durchschnittslohnes in der Volkswirtschaft. Das ist in Europa fast eine Spitzenposition und kann sich nur noch mit Frankreich messen. Das Rentenniveau erhöhte sich in Polen in der Transformationsphase um ca. 17 Prozentpunkte. Diese Entwicklung ist einmalig in den Ländern der Region. Sie findet ihr Spiegelbild in dem Anstieg der Rentenausgaben auf 15 % des BIP. Zum Vergleich erreichte der Anteil der Rentenausgaben an BIP in der Europäischen Union im Jahr 1992 8,7 %. Dabei befindet sich die polnische Rentenversicherung in einer Falle. Das Rentenniveau gilt im Verhältnis zu den durchschnittlichen Löhnen als zu hoch und im Verhältnis zum Sozialminimum als zu niedrig. Die Rentenleistungen werden zu großzügig berechnet und zu früh in Anspruch genommen. Nicht befriedigend gelöst ist bis heute auch die Form der Rentenanpassung. Der Streit zwischen den Befürwortern einer preis- und einer einkommensbezogenen Indexierung bricht immer wieder aus und ist von großer Brisanz. Bei unterschiedlichen Konstellationen von hohen Inflationsraten und hohen Wachstumsraten der Nominaleinkommen ergeben sich für die Rentner je nach gewähltem Anpassungsmodus sehr unterschiedliche Erhöhungen ihrer Bezüge.¹⁸

Die polnische Rentenversicherung ist stark sozial ausgerichtet. Das beweisen die folgenden Zahlen. Rentner, die weniger als die Hälfte des Durchschnittslohnes verdienten, bekommen schon nach 15 Arbeitsjahren eine Rente in Höhe von 78% der letzten Entlohnung. Diejenigen, die das 1,5-fache des Durchschnittslohnes verdienten, müssen 45 Arbeitsjahre aufweisen, um ein ähnliches Niveau der Rente zu erreichen. Diejenigen, die mehr als das 2,5-fache des Durchschnittslohnes verdienten, können solch ein Versorgungsniveau überhaupt nicht erreichen (vgl. Niechcial, 1996, S. 2).

¹⁶ Von einer realen Ausgabenexplosion kann dagegen keine Rede sein. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP blieb in Deutschland sogar sehr stabil. So ist auch der generelle Begriff Ausgabenexplosion für die Beschreibung der Situation in Deutschland eher unangemessen. Womit wir hier zu tun haben, ist eher eine reale Implosion der Beitragsbemessungsgrundlage.

¹⁷ Bezogen nach 40 Versicherungsjahren und einer für die Volkswirtschaft durchschnittlichen Entgeltung während des Arbeitslebens.

¹⁸ Zu den Einzelheiten siehe Sowada (1996), S. 8 ff.

4.2.2. Polnische Regierungsvorschläge zur Reform der Rentenversicherung

Die polnischen Reformvorschläge zur Rentenversicherung unterscheiden sich in den wesentlichen Teilen von dem gegenwärtig in Deutschland praktizierten System. Im Frühjahr 1995 stellte die polnische Regierung das erste „Projekt zur Reform der Sozialversicherung“ vor. Der Name täuscht, da sich diese Vorlage fast ausschließlich mit der Rentenversicherung beschäftigte. Die Regierung schlug eine Aufteilung der Altersvorsorge in drei Teile vor: eine Staatsrente, eine Pflichtversicherung und freiwillige Zusatzversicherungen. Diese Dreiteilung ist auch bei den neueren Reformvorschlägen beibehalten worden. Viele wichtige Komponenten der damals diskutierten Reformen wurden allerdings inzwischen stark verändert, wodurch das Gesamtkonzept eine ganz andere Ausrichtung erhielt.

4.2.2.1. Die deutsche GRV als Referenzsystem

Es scheint so zu sein, daß die polnischen Politiker wenigstens teilweise die Schwächen des deutschen umlagefinanzierten Rentensystems anders als im Falle der Krankenversicherung erkannt haben. Die Hauptschwäche der deutschen Rentenversicherung ist ihre Anfälligkeit auf die demographischen Veränderungen, die sich v.a. in der Verlängerung der Lebensdauer und der deutlichen Reduzierung der Geburtenraten niederschlagen. Ein solcher demographischer Wandel macht auch vor Polen keinen Halt. Eine Rentenversicherung, die auf dem Umlageverfahren basiert, kommt bei einer alternden Bevölkerung schnell ins Wanken. In diesem System muß der arbeitende Teil der Bevölkerung die Renten für die Ruheständler finanzieren. Altert die Gesellschaft zunehmend, dann müssen immer mehr Rentner von immer weniger Beschäftigten unterhalten werden. Die Erhöhung der Beitragssätze zu der deutschen GRV von 14% im Jahr 1967 auf 20,3% im Jahr 1996 kann im wesentlichen Teil durch diese Entwicklung erklärt werden. Wenn ein bestimmtes Rentenniveau erhalten oder sogar erhöht werden soll, dann ist bei schrumpfender und alternder Bevölkerung im Umlageverfahren eine ständige Erhöhung der Beitragssätze kaum zu vermeiden. Ein Weg über die Erhöhung von Subventionen dürfte in Zeiten leerer Staatskassen nicht als Alternative in Frage kommen. Die Erhöhung der Beitragssätze belastet aber den Arbeitsmarkt, wenn die erhöhten Sozialabgaben die Lohnkosten steigen lassen. Wenn die Zahl der Arbeitslosen steigt und die der Beschäftigten sinkt, müssen noch weniger Arbeitende nicht nur die Renten, sondern auch die erhöhten Arbeitslosengelder und -hilfen finanzieren. Eine Spirale von Beitragserhöhungen, steigender Lohnkosten und steigender Arbeitslosigkeit kann dann nur schwerlich gestoppt werden.

Ein Ausweg könnte die Reduzierung des Rentenniveaus darstellen; diese wurde bisher aber immer erfolgreich abgewehrt und es ist auch heute nicht sicher, ob die jüngsten Vorschläge aus dem deutschen Arbeitsministerium in diese Richtung durchgesetzt werden können. Es wird aber nicht ohne Grund bezweifelt, ob durch die Senkung des Rentenniveaus allein das Umlagesystem in der GRV gerettet werden kann. Eine Systemänderung, z.B. in Richtung einer Grundversorgung gekoppelt mit freiwilliger Höherversicherung auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens, scheint in Deutschland jedoch weiterhin politisch nicht durchsetzbar zu sein, wohl auch aus dem Grund, daß bisher wenig überzeugende Lösungen für die Umstellung der Systeme, insbesondere für die Finanzierung der Renten in der Übergangsphase, vorgestellt werden konnten.

4.2.3. Die Staatsrente

Die einheitliche Volks- oder Staatsrente soll nach der letzten Vorstellung des polnischen Finanzministeriums zunächst 35% des Durchschnittslohnes betragen und allmählich auf 20% gesenkt werden. Sie wurde als Ersatz für die bisherige soziale Komponente der Rente, die Anrechnung beitragsfreier Zeiten sowie die Hilfe zum Lebensunterhalt für ältere Menschen, gedacht. Das Recht auf die Staatsrente sollen allerdings nur diejenigen Bürger bekommen, die mindestens 15 Jahre Beiträge zur Rentenversicherung leisteten. Das Projekt des Arbeitsministeriums ist diesbezüglich noch restriktiver. Die Staatsrente soll hier zwar auch als Witwen-, Waisen- oder Invalidenrente fungieren, ihre Höhe soll jedoch sich teilweise an den geleisteten Beiträgen orientieren.

Beide Versionen unterscheiden sich grundsätzlich von dem 1995 vorgestellten Programm. Erstens wird jetzt auf eine allgemeine Staatsrente für alle Bürger ab dem 65sten Lebensjahr verzichtet. Zweitens soll die Staatsrente nicht mehr, wie ursprünglich gedacht, aus allgemeinen Steuermitteln, sondern aus Beiträgen finanziert werden. Die Regierungskommissionen haben offensichtlich dem starken Druck verschiedener Gruppierungen gegen die steuerfinanzierte Staatsrente nachgegeben. Hauptangriffspunkt der Kritiker war die unterstellte fehlende Äquivalenz zwischen den Beitragszahlungen und der Staatsrente. Diese Kritik war allerdings unberechtigt. Durch die Verlagerung der politisch und sozial begründeten Grundsicherung in das Steuer-Transfer-System würde die sich an die Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen orientierende Rentenversicherung erst tatsächlich ihren Namen verdienen. Die Projektkritiker hatten sicher Recht, wenn sie sagten, daß eine solche Staatsrente nichts mit einer Versicherung zu tun hat. Dies ist in sich jedoch

keine Kritik an dem Projekt, da durch die Steuerfinanzierung die Staatsrente aus dem Versicherungszweig ausgeschlossen wäre. Die Steuerlösung hätte Klarheit ins System gebracht und die Illusionen bezüglich der Umverteilungshöhe in einer Gesellschaft reduziert.

Ernst zu nehmen sind die Befürchtungen hinsichtlich der negativen Anreize für eine Beschäftigung im offiziellen Sektor der Volkswirtschaft, die mit einer garantierten Grundversorgung verbunden sind. Das ist v.a. ein Problem des Verhältnisses der Höhe der Staatsrente einerseits und den Renten aus der Versicherung sowie den Löhnen andererseits. 35% des Durchschnittslohnes als garantiertes Bürgergeld für alle älteren Menschen wäre relativ viel angesichts der Tatsache, daß heute viele Rentner trotz Beitragsleistung nur niedrige Mindestrenten beziehen. Es kann nicht übersehen werden, daß eine positive Arbeitsmoral in Polen und in vielen osteuropäischen Ländern nicht so stark ausgeprägt ist. Die Gefahr einer zusätzlichen Abwanderung in die Schattenwirtschaft soll jedoch nicht überschätzt werden. Erstens vermeiden schon heute viele Beschäftigte Steuern und Beiträge, indem sie den offiziellen Sektor verlassen. Zweitens besteht auch heute eine Umverteilungskomponente in der Rentenversicherung, die die Anreize für eine offizielle Beschäftigung schmälert. Sie wird mit den neuesten Regierungsvorschlägen sogar gestärkt. Und schließlich haben die Menschen, die keine Rente beziehen, gegenwärtig gute Chancen, nach einer Bedürftigkeitsprüfung Hilfe zum Lebensunterhalt zu bekommen. Eine Bedürftigkeitsprüfung ist aber noch keine Garantie dafür, daß tatsächlich nur die Bedürftigen die Sozialhilfe in Anspruch nehmen (vgl. Sowada, 1996, S. 13 f.).

Auf der anderen Seite würde eine Staatsrente in der geplanten Höhe das Ziel, eine Grundversicherung, d.h. ein Sozialminimum für ihre Bezieher zu garantieren, verfehlen, da dieses zur Zeit bei etwa 50% des durchschnittlichen Lohnes in der polnischen Volkswirtschaft liegt. Wenn die Staatsrente das Sozialminimum gewähren würde und gleichzeitig die Löhne und Sozialversicherungsrenten nicht viel höher liegen, wäre mit sehr starken negativen Beschäftigungsanreizen zu rechnen. Hier wird ein echtes Dilemma der polnischen Rentenreform sichtbar; die Staatsrente soll ein Minimum für die älteren Menschen gewährleisten und darf gleichzeitig die Arbeitsanreize nicht negativ beeinflussen. Aus diesem Grund muß das staatlich garantierte Sicherungsniveau auf das physische Existenzminimum reduziert werden. Viel mehr kann sich Polen zur Zeit ohnehin nicht leisten.

4.2.4. Die Rentenversicherung

Das Problem negativer Arbeitsanreize in einem Land, in dem Rentenleistungen und Durchschnittslöhne im Vergleich zum Existenz- oder Sozialminimum insgesamt gering sind, kann durch eine Minimierung der Staatsrente nicht allein gelöst werden. Wichtige positive Anreize für die Beschäftigung im offiziellen Sektor können von einer effizienten, auf dem Äquivalenzprinzip basierenden Rentenversicherung ausgehen. Nicht unbegründet weckt die Ausgestaltung der zweiten Säule der Rentenversicherung, der sog. Ergänzungspflichtrente, besonders viele Emotionen. Das Projekt des Finanzministeriums spricht sich für ein duales System aus: ein Kapitaldeckungsverfahren für die erst in das Arbeitsleben hineinwachsenden Generationen und die Beibehaltung des Umlageverfahrens für die gegenwärtig Beschäftigten, mit der Option, in das Kapitaldeckungsverfahren wechseln zu können. Die Rentenfonds sollen nach dem Willen des Finanzministeriums weitgehende Autonomie erhalten. Die Beitragsbemessungsgrundlage sollen die Löhne bilden, es wurde allerdings eine Beitragsbemessungsgrenze bei 250% des Durchschnittslohnes festgelegt. Für die umlagefinanzierte Pflichtzusatzrente schlägt das Finanzministerium die folgende Formel vor:

$$R = W * T * 0,011$$

mit

R = Rentenhöhe,

W = Durchschnittlicher Lohn aus der gesamten Beitragszeit,

T = Anzahl der Beitragsjahre.

Die Höhe der Rente aus dem Kapitaldeckungsverfahren soll sich dagegen an der Ertragskraft der einzelnen Rentenfonds orientieren. Die Wahl der Rentenfonds soll einzig und allein den Versicherungsnehmern überlassen werden.

Um die Pflichtversicherung zu finanzieren, soll der derzeit geltende und nur von den Arbeitgebern gezahlte Beitragssatz in einen Arbeitgeberbeitragssatz von 30% und Arbeitnehmerbeitragssatz von 15% gesplittet werden. Das Ziel ist es, den gesamten Beitragssatz auf 20% zu senken. Die Seriosität und Realisierung dieses Zieles soll hier nicht zur Debatte stehen.

Auch das Arbeitsministerium spricht sich für das Kapitaldeckungsverfahren allerdings mit verstaatlichen oder „quasistaatlichen“ Rentenfonds und einem Kassenzwang für die Arbeitnehmer aus.

4.3.5. Generelle Bemerkungen

Ohne auf weitere Einzelheiten dieses Projektes anzugehen, drängen sich einige generelle Bemerkungen auf. Würde der Staat eine (gemessen am Existenzniveau) ausreichende Volksrente für jeden älteren Bürger garantieren, dann gäbe es überhaupt keinen Grund für eine weitere Pflichtversicherung. Da dies aber nicht der Fall ist und die vorgesehene Staatsrente das Existenzminimum nicht decken kann, ist eine eventuelle Zusatzversicherung auf Pflichtbasis zulässig. Sie kann aber in einem freiheitlichen System nicht über die ausreichende Grundversicherung gegen den Willen der Versicherten hinausgehen. Dem Staat muß die Versicherungsträgerschaft entzogen werden, um eine diskretionäre Einflußnahme der Politiker, die sich in Deutschland so verhängnisvoll ausgebreitet hatte, zu minimieren.

Von der noch im Jahr 1994 angekündigten Gründung privater Rentenversicherungsfonds, sei es auf der Grundlage von Betriebsrenten oder privaten Versicherungen, ist in der Regierungsvorlage nur wenig geblieben. Die Projektautoren verwiesen darauf, daß die Beschäftigten mit einer Entlohnung oberhalb von 250% des Durchschnittslohnes für diesen überschüssigen Betrag von der Pflichtversicherung freigestellt werden. Die bisher auch von den höchsten Löhnen und Gehältern abgezogenen Beiträge sollen zur Hälfte den Arbeitgebern und Arbeitnehmern zufließen. Dadurch werden sowohl die Arbeitskosten reduziert als auch das Bruttoeinkommen der Beschäftigten erhöht. Diese Freiräume scheinen jedoch für individuelle freiwillige Zusatzversicherungen viel zu gering zu sein, um eine vernünftige Grundlage für die Entwicklung privater Rentenfonds zu bilden. Damit ist auch die Intensivierung der angesichts des Modernisierungsbedarfs in der polnischen Volkswirtschaft unerläßlichen internen Kapitalbildung gefährdet.

Die meisten Probleme mit dem Übergang vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren sind mit finanziellen und organisatorischen Problemen in der Übergangszeit verbunden. Es ist unumstritten, daß die bisher erworbenen Rentenansprüche rechtmäßig und zu erfüllen sind. Die gegenwärtig schon in Anspruch genommenen Renten müssen weiter gezahlt werden. Die Renten derjenigen, die nicht mehr soviel Kapital auf ihrem Versicherungskonto ansammeln können, welches ihnen eine Altersversorgung entsprechend der Gesamtbeiträge zur Rentenversicherung (inklusive der bisher geleisteten Beiträge im Umlageverfahren) sichern würde, müssen gezahlt werden. Letztendlich sollen auch Rentenfonds auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens aufgebaut werden.

Die Systemveränderung in der Rentenversicherung muß als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe aufgefaßt werden. Eine Steuermittfinanzierung ist legitim, durch sie können die unvermeidbaren Lasten gleichmäßiger verteilt werden. Eine höhere Belastung der Beschäftigten kann zwar nicht ausgeschlossen werden, sie bleibt jedoch bei einer Steuermittfinanzierung geringer als bei einer Beitragsfinanzierung, was besonders in Hinblick auf die Beschäftigungsanreize in der offiziellen Wirtschaft wichtig ist. Ein Anstieg der Steuersätze ist nur zu tolerieren, wenn gleichzeitig eine Entlastung bei den Beitragssätzen erfolgt. Würde die gesamte Entlastung durch den Wegfall von Pflichtbeiträgen in die Erhöhung der Steuern umgesetzt, so würde der Spielraum für die private Altersvorsorge vernichtet oder zumindest entscheidend reduziert. Bei den Verlagerungen zwischen Steuern und Beiträgen muß deshalb äußerst vorsichtig vorgegangen werden. Es lohnt sich auch, nach ergänzenden Finanzierungsquellen zu suchen. Diese sollen jedoch nicht überbewertet werden. Die Belastungen für die Übergangszeit können auch durch eine Erhöhung des Rentenalters reduziert werden. So sehen die polnischen Reformvorschläge die Anhebung des Rentenalters für Frauen auf 65 Jahre vor. Grundsätzlich soll jede Frühverrentung mit versicherungsmathematisch äquivalenten Abschlägen bei der Rente verbunden werden. Im Kapitaldeckungsverfahren ist das automatisch der Fall.

5. Schlußwort

In den theoretischen Überlegungen (Kapitel 2 und 3) konnte die Notwendigkeit staatlicher Sozialversicherung nicht nachgewiesen werden. Dagegen kann sowohl aus allokativer Sicht (Frage nach dem Marktversagen), als auch aus der gerechtigkeitsorientierter Sicht (Frage nach der Marktablehnung) eine Pflicht zur Grundsicherung und eine Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber den ärmeren Bevölkerungsschichten, ihnen eine Grundsicherung zu ermöglichen, abgeleitet werden.

Die Lektüre der überwiegend von Regierungsstellen stammenden Projekte zur Reform der Sozialversicherung in Polen macht deutlich, daß die Politiker nicht willens sind, sich aus der dominierenden Rolle des Staats bei der Versorgung und Absicherung seiner Bürger zu befreien. In ihren Vorschlägen orientieren sie sich besonders im Bereich der Krankenversicherung am deutschen System, ignorieren dabei jedoch ihre wesentliche Mängel. Auch der zunächst sehr fortschrittliche und ökonomisch fundierte Vorschlag zur Reform der Rentenversicherung wurde inzwischen auf ein Niveau einer partiellen Reparatur des alten Systems reduziert.

Im polnischen politischen Kampf verzettelten sich die Politiker zunehmend mit der Folge, daß bisher kaum Reformen in Angriff genommen wurden. Die Reformpläne sind kaum ausgereift und erfüllen nicht nur die Ökonomen mit großer Skepsis. Polen verpaßt möglicherweise eine einzigartige Chance, zukunftsfähige Systeme zu implementieren. Dabei könnte es von Lateinamerika lernen oder auf die neuseeländischen Erfahrungen zurückgreifen.¹⁹

¹⁹ Siehe dazu Petersen (1997); Larrain (1993).

Literatur

- Aaron, H.J. und B.P. Bosworth (1994): Economic Issues in Reform of Health Care Financing. In: Brookings Papers: Microeconomics, S. 249-299.
- Amann, B. (1993): Die Sozialisierung individueller Risiken: eine Public-Choice Analyse staatlicher Sozialversicherungssysteme. Idstein.
- Baader, R. (1991): Kreide für den Wolf. Die tödliche Illusion vom besiegten Sozialismus: Böblingen.
- Böhm-Bawerk, E. v. (1921): Kapital und Kapitalzins. Band 1, Jena.
- Demmler, H. (1992): Grundlagen der Mikroökonomie: München/Wien.
- Diamond, P.A. (1994): Two Improvements on the Clinton Framework. In: Journal of Economic Perspectives, Vol. 8, No 3, S. 61-66.
- Evans, R.G. (1974): Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. In: Perlman, M. (Hrsg.): The Economics of Health and Medical Care. New York, S. 163-173.
- Feldstein, M.S. (1970): The Rising Price of Physicians' Services. In: The Review of Economics and Statistics, Vol. 52, No 2, S. 121-133.
- Gäfgen, G. (1989): Gesundheit, Gerechtigkeit und Gleichheit: Distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung. In: Gäfgen, G. und P. Oberender (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen. Baden-Baden, S. 11-46.
- Hackmann, J. (1990): Freiheit und Sicherheit in Systemen der sozialen Sicherung. Zu einer Theorie sozialer Sicherungssysteme. In: Schmidt, K. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung I. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Band 194/I. Berlin, S. 41-144.
- Hayek, F.A. v. (1981): Recht, Gesetzgebung und Freiheit. Band 2: Die Illusion der sozialen Gerechtigkeit. Landsberg am Lech.
- Hayek, F.A. v. (1991): Die Verfassung der Freiheit. 3. Aufl. Tübingen.
- Heinrich, R.P., Koop, M.J. u.a. (1996): Sozialpolitik im Transformationsprozeß Mittel- und Osteuropas. Tübingen.
- Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Baden-Baden.
- Hochman, H.M. und J.D. Rodgers (1969): Pareto Optimal Redistribution. In The American Economic Review, Vol. 59, S. 542-557.
- Kronberger Kreis (1987): Mehr Markt im Gesundheitswesen. Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e.V. Bad Homburg.
- Kronberger Kreis (1988): Das soziale Netz reißt. Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e.V. Bad Homburg.

- Kühnhardt, L. (1991): Die Universalität der Menschenrechte. Bonn.
- Larrain, L. (1993): Social Security. In: Larroulet, C. (Hrsg.): The Chilean Experience: Private Solutions to Public Problems. Santiago de Chile, S. 13-51.
- Lewis, T.R. und D.E. Sappington (1995): Insurance, Adverse Selection and Cream-Skimming. In: Journal of Economic Theory, Vol. 65, S. 327-358.
- Marx, K. (1962): Kritik des Gothaer Programms. In: Karl Marx, Friedrich Engels Werke, Band 19, Berlin, S. 11-32.
- Meyer, D. (1993): Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen. Tübingen.
- Molitor, B. (1987): Soziale Sicherung. München.
- Niechcial, M. (1996): Budzet trzeszczy, reform nie widac. In: Zycie Gospodarcze Raporty o Gospodarce, Nr. 8, 22.11.1996. Warszawa, S. I - IX.
- Pauly, M.V. (1974): Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 88, S. 44-62.
- Petersen, H.-G. (1989): Sozialökonomik. Stuttgart u.a.O.
- Petersen, H.-G. (1993): Ökonomik, Ethik und Demokratie. Baden-Baden.
- Petersen, H.-G. (1997): Das Neuseeland-Experiment: Ist das die zukünftige Entwicklung des deutschen Sozialstaats? Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge Nr. 14, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Potsdam.
- Rahi, R. (1996): Adverse Selection and Security Design. In: Review of Economic Studies, Vol. 63, S. 287-300.
- Reinhardt, U.E. (1985): The Theory of Physician-Induced Demand. Reflections After a Decade. In: Journal of Health Economics, No. 4, S. 187-193.
- Schlaffke, W. (1994): Vom Nutzen des Egoismus. Köln.
- Schneider, F. (1990): Der Einfluß von Interessengruppen auf gesundheitspolitische Entscheidungen: Einige theoretische Überlegungen mit Hilfe der ökonomischen Theorie der Politik. In: Oberender, P. (Hrsg.): Umbruch und Neuorientierung im Gesundheitswesen. Bayreuth, S. 169-181.
- Sowada, C. (1996): Sozialpolitik im Transformationsprozeß am Beispiel Polens. Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge Nr. 7, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Potsdam.
- Spence, M. (1978): Produkt Differentiation and Performance in Insurance Markets. In: Journal of Public Economics, Vol: 10, No. 3, S. 427-447.
- Stiglitz, J.E. (1983 b): On the Theory of Social Insurance. In: Geneva Papers on Risk and Insurance, Vol. 8, S. 105-110.

- Van den Ven, W.P und R.C. van Vliet (1995): Consumer information surplus and adverse selection in competitive health insurance markets: An empirical study. In: Journal of Health Economics, Vol. 14, S. 149-169.
- Wille, E. und V. Ulrich (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Band 194/II. Berlin, S. 9-116.
- Zweifel, P. (1994): Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen. Welche sind im Vorteil bei welchen Herausforderungen? In: Oberender, P. (Hrsg.): Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Baden-Baden, S. 9-43.

Bisher erschienene Beiträge:

Nr. 1	7/95	H.-G. Petersen	Economic Aspects of Agricultural Areas Management and Land/Water Ecotones Conservation
Nr. 2	7/95	H.-G. Petersen	Pros and Cons of a Negative Income Tax
Nr. 3	7/95	C. Sowada	Haushaltspolitische Konsequenzen steigender Staatsverschuldung in Polen
Nr. 4	8/95	C. Bork	Die Elektrizitätswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland - Das Tarifpreisgenehmigungsverfahren und seine Auswirkungen auf eine potentielle Netzübernahme nach Ablauf von Konzessionsverträgen
Nr. 5	10/95	H.-G. Petersen	Transformation Process After Five Years: Behavioral Adaptation and Institutional Change - The Polish Case
Nr. 6	11/95	C. Bork K. Müller H.-G. Petersen Wirths	Wider den Sachzeitwert - Untersuchung zur Frage des angemessenen Übernahmepreises von Elektrizitätsversorgungsnetzen
Nr. 7	1/96	C. Sowada	Sozialpolitik im Transformationsprozess am Beispiel Polens
Nr. 8	4/96	K. Müller T. Nagel H.-G. Petersen	Ökosteuerreform und Senkung der direkten Abgaben: Zu einer Neugestaltung des deutschen Steuer- und Transfersystems
Nr. 9	6/96	H.-P. Weikard	The Rawlsian Principles of Justice Reconsidered
Nr. 10	9/96	H.-G. Petersen	Effizienz, Gerechtigkeit und der Standort Deutschland
Nr. 11	10/96	H.-P. Weikard	Sustainable Freedom of Choice - A New Concept
Nr. 12	2/97	C. Bork K. Müller	Aufkommens- und Verteilungswirkungen einer Reform der Rentenbesteuerung mit einem Kommentar von H.-P. Weikard zu Rentenbesteuerung und Korrespondenzprinzip
Nr. 13	2/97	C. Bork	Ein einfaches mikroökonomisches Gruppensimulationsmodell zur Einkommensbesteuerung
Nr. 14	3/97	H.-G. Petersen	Das Neuseeland Experiment: Ist das die zukünftige Entwicklung des deutschen Sozialstaats?
Nr. 15	4/97	H.-P. Weikard	Contractarian Approaches to Intergenerational Justice
Nr. 16	8/97	H.-G. Petersen C. Bork	Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Steuerreformgesetzes (StRG) 1999 der Fraktionen CDU/CSU und F.D.P.
Nr. 17	10/97	H.-P. Weikard	Property Rights and Resource Allocation in an Overlapping Generations Modell