

FÜNFTES KAPITEL

Soziale Sicherung: Licht und Schatten

- I. Gesetzliche Krankenversicherung: Unzulängliche Vorhaben
- II. Gesetzliche Rentenversicherung: Reformfordernisse weitgehend erfüllt
- III. Soziale Pflegeversicherung: Warten auf die Reform
- IV. Arbeitslosenversicherung: Erfreuliche Überschüsse

Das Wichtigste in Kürze

Zur **finanziellen Lage der Sozialversicherungsbranche**:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung dürfte im Jahr 2006 nicht zuletzt wegen des erhöhten Bundeszuschusses einen Überschuss realisieren. Im Jahr 2007 dagegen wird es auch aufgrund der Umsatzsteuererhöhung und der geplanten Kürzung der Beteiligung des Bundes zu einer Finanzierungslücke und damit zu kräftigen Beitragssatzerhöhungen kommen.
- In der Gesetzlichen Rentenversicherung schlug sich vor allem der Sondereffekt des Vorziehens des Fälligkeitstermins für Beitragszahlungen positiv auf der Einnahmeseite nieder, was zu einer vorübergehenden Entspannung führte. Im Jahr 2007 wird es dagegen zu einer Beitragssatzerhöhung um 0,4 Prozentpunkte kommen.
- In der Arbeitslosenversicherung wirkte sich das Vorziehen des Zahlungstermins ebenfalls günstig auf die Einnahmen aus. Zudem führten Sparanstrengungen der Bundesagentur für Arbeit und eine geringere Anzahl von Leistungsempfängern zu niedrigeren Ausgaben, so dass ein Überschuss von nahezu 10 Mrd Euro zu erwarten ist.
- In der Sozialen Pflegeversicherung konnte das Vorziehen des Zahlungstermins ein erneutes kassenmäßiges Defizit verhindern. Das Problem der strukturellen Unterfinanzierung bleibt aber bestehen.

Die beschlossene **Gesundheitsreform** ist insgesamt misslungen. Zwar sind auf der Ausgabenseite Maßnahmen vorgesehen, die durchaus begrüßenswert sind, doch sind die geplanten Reformen auf der Finanzierungsseite abzulehnen. Zu kritisieren sind vor allem die folgenden Punkte:

- Die mit der Gesundheitsreform geplante und teilweise durch Politikmaßnahmen selbst verursachte Beitragssatzerhöhung läuft der im Koalitionsvertrag gemachten Zielsetzung zuwider, die Lohnzusatzkosten zu senken, und kostet Arbeitsplätze.
- Die gleichzeitige Abschaffung und Einführung eines Bundeszuschusses ist ein Ausdruck für den Zick-Zack-Kurs der Regierungskoalition.
- Die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds in Kombination mit dem Zusatzbeitrag führt zu wettbewerbsverzerrenden Effekten, die selbst im Vergleich zum Status quo eine Verschlechterung bringen würden. Denn die Höhe des Zusatzbeitrags hängt auch von der Einkommensstruktur und der Risikostruktur der Versicherten sowie vom Anteil der mitversicherten Familienangehörigen ab.
- Die Abhängigkeit des Zusatzbeitrags von der Einkommensstruktur ergibt sich aus der Anwendung der Überforderungsregel, die die Belastung mit Zusatzbeiträgen auf 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens eines Mitglieds begrenzt. Der Zusatzbeitrag ist umso höher, je mehr Versicherte einer Kasse unter die Überforderungsregel fallen. Letztlich führt dies dazu, dass

Kassen mit vielen Versicherten mit geringen Einkommen aus dem Markt ausscheiden müssen, unabhängig davon, ob sie effizient wirtschaften.

- Das Nebeneinander von einkommensabhängigen und pauschalen Zusatzbeiträgen sorgt für Intransparenz und behindert den Wettbewerb.
- Die im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds vereinbarte Konvergenzklausel ist unsinnig und sorgt nur für zusätzliche Verwaltungskosten.
- Der geplante Risikostrukturausgleich, der 50 bis 80 ausgabenträchtige Krankheiten berücksichtigen soll, bleibt hinter dem noch im GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003 angekündigten umfassenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zurück.

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die geplante schrittweise **Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre** bis zum Jahr 2029 zu begrüßen. Sie hilft, die Gesetzliche Rentenversicherung gegen die aus der Bevölkerungsalterung erwachsenden ausgabenseitigen Probleme abzusichern. Die Nachhaltigkeit in der Finanzierung dieses Systems wird dadurch erhöht, die Tragfähigkeitslücke des öffentlichen Gesamthaushalts deutlich reduziert und eine Beitragssatzsenkung im Vergleich zum Beitragspfad unter Status-quo-Bedingungen erreicht.

Begrüßenswert ist auch die angekündigte Einführung eines als modifizierte Schutzklausel bezeichneten Nachholfaktors, mit dem die durch die Schutzklausel vermiedenen rentendämpfenden Effekte nachgeholt werden sollen.

Als notwendige **Nachjustierung der Rentenanpassungsformel** sollte die Rentenerhöhung nicht mehr an der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, sondern an der Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte ansetzen.

Die **Hinterbliebenenrente** sollte stärker an der Bedürftigkeit der Hinterbliebenen orientiert werden, indem für Neufälle die Anrechnung anderer Einkommen weniger großzügig gestaltet wird und der Rentenartfaktor auf 0,5 für die große Witwen- und Witwerrente reduziert wird. Zudem kann das Mindestalter für den Bezug einer großen Witwen- und Witwerrente von 45 Jahren (zukünftig 47 Jahren) auf 55 Jahre erhöht werden.

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren stark zunehmenden Anzahl von unzureichend abgesicherten Selbständigen mit geringen Einkommen ist die Einführung einer **Versicherungspflicht** für nicht obligatorisch in den berufsständischen Versorgungswerken abgesicherte **Selbständige** angezeigt. So können bestehende individuelle Schutzbedürfnisse befriedigt und der Staat vor zukünftigen Transferzahlungen bewahrt werden. Mit Blick auf die Gleichbehandlung mit den heute schon versicherungspflichtigen Arbeitnehmern kann auch eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung begründet werden.

In Anbetracht des hohen diesjährigen Überschusses in der Arbeitslosenversicherung sollte eine Beitragssatzsenkung **über die geplanten 2 Prozentpunkte hinaus** in Erwägung gezogen werden.

275. Im Bereich der Sozialen Sicherung war das politische Handeln im Jahr 2006 durch die gegenläufigen Interessen der Regierungsparteien widerspiegelnde und damit teilweise widersprüchliche Maßnahmen gekennzeichnet. Beispielhaft lässt sich dies an dem im Koalitionsvertrag bekundeten Ziel der Senkung der Lohnnebenkosten illustrieren. Der durch Steuermittel und Einsparungen finanzierten Senkung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung im Jahr 2007 stehen Beitragssatzerhöhungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber. Diese Beitragssatzerhöhungen sind aber selbst wiederum zu einem Großteil das Ergebnis eigenen politischen Handelns, wie der Kürzung des Steuerzuschusses zur Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Halbierung der Beitragszahlungen für die Empfänger von Arbeitslosengeld II an die Gesetzliche Rentenversicherung. Dies zeugt von Konzeptlosigkeit und teilweise blindem Aktionismus; die Folge ist ein unberechenbarer Schlingerkurs. Widerstrebende Interessen der Koalitionsparteien zeigen sich in besonderer Weise in den meisten Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsreform. So haben die gegenläufigen Konzepte der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie zur Geburt einer Schimäre, dem Gesundheitsfonds, geführt. Die Idee des Gesundheitsfonds – aber noch viel mehr seine nunmehr geplante Ausgestaltung – ist das Ergebnis von Kompromissen, die keine Probleme lösen, aber geeignet sind, neue Probleme zu schaffen. Auch nach dieser jüngsten Gesundheitsreform wird der Reformbedarf im Krankenversicherungsbereich erhalten bleiben. Dabei könnten die Ziele der Abkopplung der Gesundheitsausgaben von den Löhnen, der Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts und der Stärkung des Wettbewerbs durch die vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Bürgerpauschale erreicht werden.

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung dagegen sind wichtige Reformschritte bereits getan oder auf den Weg gebracht. Mit der geplanten Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre und der Ankündigung, einen Nachholfaktor einzuführen, hat die Politik die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet, um die Gesetzliche Rentenversicherung gegen die ausgabenseitigen Probleme, die aus der Bevölkerungsalterung resultieren, abzusichern. Reformbedarf besteht noch im Bereich der Hinterbliebenenversorgung. Hier ist eine Anpassung der Leistungen an den vom Bundesverfassungsgericht bestätigten Charakter der Hinterbliebenenrente als Fürsorgeleistung angebracht. Die Pflegeversicherung war und ist reformbedürftig. Reformmaßnahmen wurden erneut verschoben, da hier die gegenläufigen Interessen der Regierungsparteien offenbar zur Erstarrung führten, die – ob des dringenden Handlungsbedarfs – äußerst misslich ist. Die Umfinanzierung über einen umsatzsteuerfinanzierten Bundeszuschuss im Bereich der Arbeitslosenversicherung und die ausgabenseitigen Einsparungen der Bundesagentur für Arbeit, die zusammen eine Beitragssatzsenkung von mindestens 2 Prozentpunkten im nächsten Jahr ermöglichen, sind dagegen zu begrüßen.

I. Gesetzliche Krankenversicherung: Unzulängliche Vorhaben

1. Die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung: Noch mit Überschuss

276. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich die Tendenz der kräftigen Ausgabensteigerungen bei schwacher Beitragsentwicklung auch in diesem Jahr fortgesetzt. So nahmen die Ausgaben im ersten Halbjahr um 3,4 vH zu, während die Beitragseinnahmen nur um 0,7 vH anstiegen. Da im Jahr 2006 aber der Bundeszuschuss von 2,5 Mrd Euro auf 4,2 Mrd Euro erhöht

wurde und die erste Tranche in Höhe von 2,1 Mrd Euro am 1. Mai fällig war, stiegen die gesamten Einnahmen in den ersten sechs Monaten um 1,8 vH. Insgesamt konnte somit die Gesetzliche Krankenversicherung im ersten Halbjahr mit einem Defizit von 50 Mio Euro eine nahezu ausgeglichene Bilanz vorweisen. Für das gesamte Jahr 2006 dürfte aufgrund der im zweiten Halbjahr fälligen Einmalzahlungen (zum Beispiel das Weihnachtsgeld) und der langsamer zunehmenden Ausgaben wie im Vorjahr ein Überschuss erzielt werden.

277. Die größten Ausgabensteigerungen im vergangenen Jahr und auch in den ersten sechs Monaten dieses Jahres waren im Arzneimittelbereich festzustellen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wurde zu Jahresbeginn mit dem **Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)** ein neues Arzneimittelsparpaket beschlossen, welches durch zahlreiche Maßnahmen in den hoch regulierten, durch Festpreise, Zwangsrabatte, Zwangsabschläge und Festbeträge gekennzeichneten Markt eingreift und im Jahr 2006 Einsparungen in Höhe von 1 Mrd Euro und im Jahr 2007 von 1,3 Mrd Euro generieren soll.

Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass Naturalrabatte der Arzneimittelhersteller an Apotheker verboten werden. Bisher wurden Apotheker dadurch begünstigt, dass sie von den Arzneimittelherstellern kostenlose Packungen (Naturalrabatte) erhielten, die die Apotheker nach der Abgabe an die Patienten den Krankenkassen in Rechnung stellten. Das Verbot von Naturalrabatten zieht Einsparungen für die Hersteller nach sich, die aber wieder durch eine zwangsweise Senkung der Herstellerabgabepreise um 10 vH für generikafähige Arzneimittel „abgeschöpft“ werden. Die reduzierten Preise führen dann zu entsprechend geringeren Kassenausgaben.

Zudem wurde ein Preismoratorium eingeführt, das bei Abrechnungen mit den Krankenkassen für zwei Jahre eine Erhöhung der Herstellerabgabepreise für alle Arzneimittel verbietet. Ferner wurden Änderungen im Festbetragssystem beschlossen, die für einige Arzneimittelgruppen zu einer Senkung der Festbeträge führen. Außerdem wird den Kassen die Möglichkeit eröffnet, ihren Versicherten die Zuzahlungen zu Arzneimitteln zu erlassen, wenn der Preis des verschriebenen Präparats mindestens 30 vH unter dem für das Arzneimittel geltenden Festbetrag liegt (Zuzahlungsbefreiungsgrenze). Insgesamt erwies sich diese Maßnahme als wirksam. Die Krankenkassen rechnen damit, dass die Patienten 220 Mio Euro und die Krankenkassen 120 Mio Euro jährlich einsparen können, wenn 30 vH der verschriebenen Arzneimittel aus diesen Festbetragsgruppen durch zuzahlungsbefreite Präparate ersetzt werden.

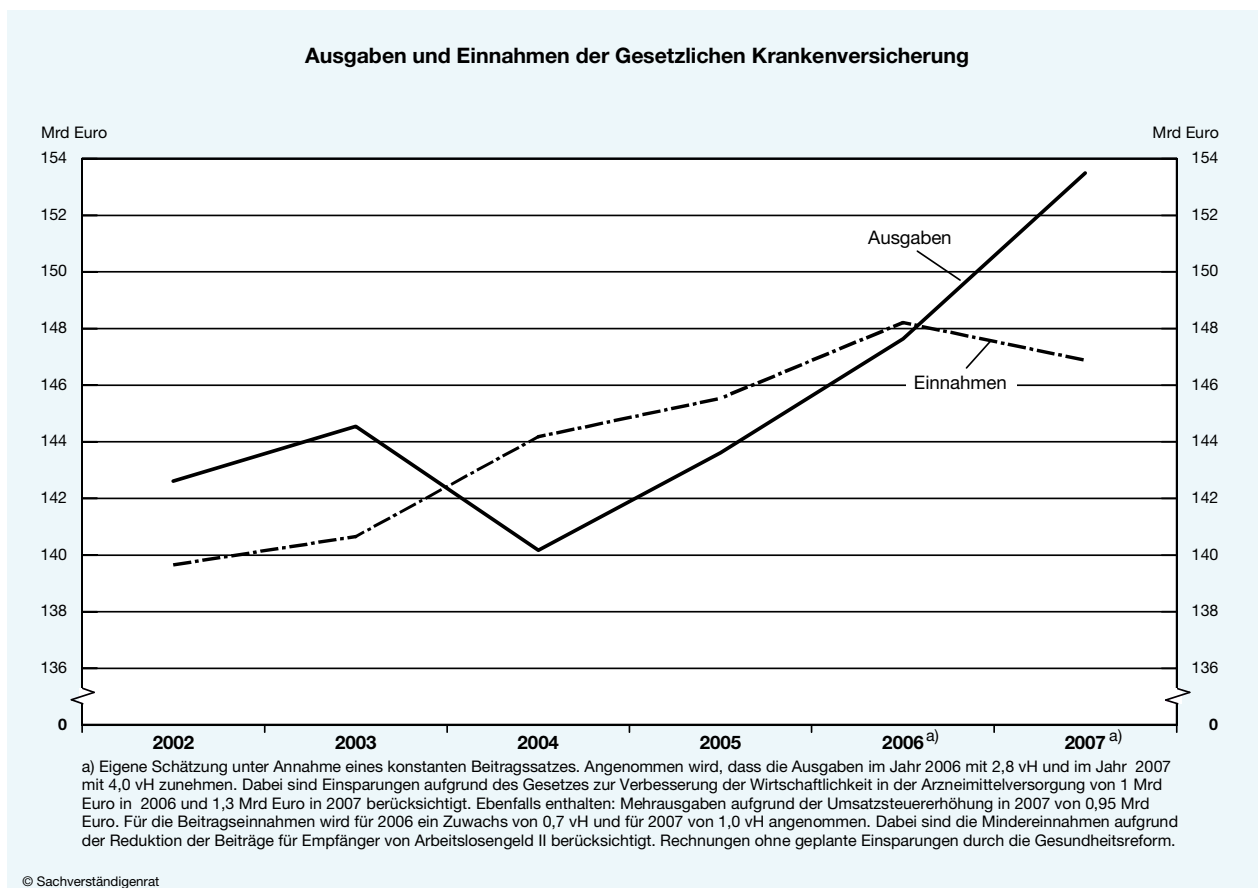
Die so genannte Bonus-Malus-Regelung sieht einen Regress gegenüber einem einzelnen Arzt vor, wenn er mit seinen Verschreibungen vorher festgelegte durchschnittliche Arzneimittelkosten um mehr als 10 vH überschreitet (Malus). Bleiben die Ausgaben für die von den Vertragsärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt verordneten Arzneimittel unter den festgelegten durchschnittlichen Therapiekosten, zahlen die Krankenkassen einen Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung, der auf die wirtschaftlich verordnenden Ärzte verteilt werden soll. Die kassenärztlichen Vereinigungen haben allerdings die Möglichkeit, diese Regel durch andere Vereinbarungen zu ersetzen, wenn diese den gleichen Einspareffekt zeitigen.

Insgesamt konnte die Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich bereits im Verlauf des Jahres 2006 gebremst werden. So stiegen die Arzneimittelausgaben im ersten Quartal im Vergleich zum Vorjahreszeitraum noch mit einer Rate von 10,2 vH, in der Halbjahresbilanz betrug der Zuwachs im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres nur noch 5,1 vH. Im Juli war im Vorjahresvergleich sogar ein Rückgang der Arzneimittelausgaben zu verzeichnen.

Zusätzlich zu den Regelungen im Arzneimittelbereich wurde im AVVG eine Begrenzung der Zuwächse der Verwaltungskosten der Krankenkassen und der Vergütungsvereinbarungen im Krankenhausbereich beschlossen: Die für die Zuwächse relevante Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen wird nicht mehr auf die Mitglieder, sondern auf die Versicherten bezogen. Denn im Zuge der Hartz IV-Reform wurden viele Mitglieder zu beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, mit der Folge, dass aus rein statistischen Gründen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied steigen. Im Krankenhausbereich waren zum Beispiel auf der Basis der alten Berechnungsweise Steigerungsraten in Westdeutschland von 0,83 vH und in Ostdeutschland von 1,41 vH vorgesehen, nun wurde für das Jahr 2006 gemäß der jeweiligen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten die Steigerungsrate der Krankenhausausgaben einheitlich auf 0,63 vH für Westdeutschland und Ostdeutschland festgelegt.

278. Während im Jahr 2006, nicht zuletzt aufgrund der Erhöhung des Bundeszuschusses, kein Beitragssatzerhöhungsdruck zu konstatieren war, zeichnet sich für das Jahr 2007 – ohne Berücksichtigung der Einsparmaßnahmen im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform – eine **Finanzierungslücke** von etwa 6,5 Mrd Euro ab (Schaubild 62). Diese Lücke resultiert zum einen aus einem ungebremsten Ausgabenwachstum bei weiterhin schwacher Entwicklung der Beitragseinnahmen

Schaubild 62



und zum anderen daraus, dass durch Politikmaßnahmen die finanzielle Situation der GKV verschlechtert wird. So wird im Jahr 2007 der Bundeszuschuss um 2,7 Mrd Euro gekürzt, während gleichzeitig durch die Umsatzsteuererhöhung für die Krankenkassen Mehrausgaben von rund 1 Mrd Euro entstehen. Zudem wurden ebenfalls zur Entlastung des Bundeshaushalts ab dem 1. Juli 2006 die Krankenversicherungsbeiträge für die Empfänger von Arbeitslosengeld II reduziert, indem die Bemessungsgrundlage für diese Beiträge vom 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung auf das 0,3450-fache gesenkt wurde (JG 2005 Ziffer 501). Dies verursacht Mindereinnahmen für die GKV von 90 Mio Euro im Jahr 2006 und 180 Mio Euro im Jahr 2007. Somit hat die Politik durch eigene Entscheidungen den Handlungsdruck in der GKV zumindest teilweise selbst erzeugt.

2. Gesundheitsreform 2006: Ein misslungener Kompromiss

279. Vor dem Hintergrund dieser in Teilen selbst verursachten Finanzierungsprobleme stieg der Druck, hinsichtlich einer umfassenden – das strukturelle Finanzierungsproblem (JG 2004 Ziffern 342 ff.) lösenden – Gesundheitsreform eine Einigung zu erzielen. Dabei ging es in der öffentlichen Diskussion vor allem darum, zwischen dem von der CDU vertretenen Konzept einer Gesundheitsprämie und der von der SPD bevorzugten Bürgerversicherung einen Kompromiss zu finden. Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung ein Konzept zu entwickeln, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“. Zudem soll der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt sowie ein Beitrag geleistet werden, die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 vH zu senken. Nach langen Verhandlungen zwischen den Koalitionsparteien wurde Anfang Juli mit den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 ein Kompromisspapier vorgelegt, das die Grundlinien dieser Reform aufzeigte. Diese Eckpunkte und der daraus entstandene Gesetzentwurf haben von vielen Seiten Kritik hervorgerufen, so dass weitere Verhandlungen der Koalitionsspitzen erforderlich waren, die aber letztlich die Eckpunkte im Ergebnis bestätigten, also auf nötige Nachbesserungen weitgehend verzichteten und Ratschläge von Experten zwar einholten, diese dann aber nicht berücksichtigten. Im Oktober wurde das aus den Eckpunkten entstandene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) im Kabinett verabschiedet.

Im Zentrum der Reformvorhaben auf der Finanzierungsseite steht der Gesundheitsfonds, durch den die unversöhnlichen Positionen der beiden Lager zusammengeführt werden sollen. Die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitsfonds ist allerdings höchst problematisch, weil diese zu massiven Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen führen kann. Ein Konzept, das den Vorteil der Bürgerversicherung, namentlich den einheitlichen Krankenversicherungsmarkt, und einen Vorteil der Gesundheitsprämie, namentlich die Abkopplung der Beiträge von den Löhnen, gleichzeitig realisiert, hat der Sachverständigenrat mit der Bürgerpauschale zur Diskussion gestellt. Wenn der Gesundheitsfonds schon eingerichtet wird, wovon bei seiner derzeitigen Konzeption abzuraten ist, kann und sollte er – richtig ausgestaltet – dazu genutzt werden, den Weg hin zu einer Bürgerpauschale zu eröffnen.

Äußerst misslich ist zudem, dass die Gesundheitsreform mit einer Beitragssatzerhöhung beginnt, die zu großen Teilen durch Maßnahmen der Bundesregierung selbst verursacht wurde. Auf der

Ausgabenseite werden richtige, teilweise bereits im GKV-Modernisierungsgesetz des Jahres 2003 angelegte Reformen angepackt. In der Gesamtschau muss die Gesundheitsreform 2006 jedoch als misslungen beurteilt werden.

Der Gesundheitsfonds: eine Missgeburt

Ausgestaltung des Gesundheitsfonds

280. Herzstück der Reform auf der Finanzierungsseite ist die Einrichtung eines Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009, der nach den ursprünglichen Plänen mit dem Beitragseinzug und der Verteilung der Finanzmittel auf die Krankenkassen betraut werden sollte. Die Einnahmen sollen nach Maßgabe der durchschnittlichen Kosten je Versicherten (Grundpauschale) an die Krankenkassen verteilt werden. Jede Versicherung erhält damit für jeden Versicherten eine einheitliche Pauschale. Durch dieses Vorgehen wird der bisher im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) vorgenommene Finanzkraftausgleich ersetzt. Zusätzlich sollen die einzelnen Krankenkassen risikoadjustierte Zu- und Abschläge erhalten, zu deren Ermittlung ein Risikostrukturausgleich vorgeschaltet werden muss. Zudem erhalten die Kassen Zuweisungen für sonstige Ausgaben wie Verwaltungsausgaben oder Ausgaben für Disease-Management-Programme.

Die Krankenversicherungsbeiträge sind weiterhin **lohnabhängig** und werden wie bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt. Der Arbeitnehmerbeitrag ergibt sich aus der Anwendung eines einheitlichen gesetzlich festgelegten Beitragssatzes auf das Lohneinkommen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze. Für den Arbeitgeber gilt ebenfalls ein einheitlicher gesetzlich fixierter Beitragssatz. Dabei soll die Verteilung der Beitragslast der heutigen Relation entsprechen, der Arbeitnehmerbeitragssatz also höher ausfallen als der Arbeitgeberbeitragssatz, da der Arbeitnehmerbeitrag den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 vH (JG 2004 Ziffer 337 und JG 2005 Ziffer 503) enthalten soll.

Reichen die vom Fonds zugewiesenen Mittel nicht aus, kann eine Krankenkasse nach eigenem Ermessen einen einkommensbezogenen prozentualen oder einen pauschalen **Zusatzbeitrag** erheben. Dieser Zuschlag darf für das einzelne Mitglied 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten (Überforderungsregelung). Allerdings wird eine Einkommensprüfung erst dann durchgeführt, wenn der Zusatzbeitrag höher als 8 Euro monatlich ist. Die Überforderungsklausel soll im Jahr 2011 auf der Grundlage eines vom Spitzenverband der Krankenkassen erstellten Berichts überprüft werden. Alle Mitglieder erhalten ein Sonderkündigungsrecht, wenn ihre Kasse einen Zusatzbeitrag einführt oder ihn anhebt, damit über einen schnellen Wechsel zu einer günstigeren Kasse der Zusatzbeitrag umgangen werden kann. Bei Sozialhilfebeziehern und Empfängern der Mindestsicherung im Alter übernimmt der zuständige Träger den Zusatzbeitrag. Bezieher von Arbeitslosengeld II müssen dagegen den Zusatzbeitrag grundsätzlich zahlen und können ihn nur durch Ausübung des Sonderkündigungsrechts vermeiden.

Aus den Fondsmitteln (Beitragseinnahmen und Steuermittel) sollen mindestens 95 vH der Gesundheitsausgaben gedeckt werden. Ausgabensteigerungen sollen zuerst über einen vereinbarten Zuschuss aus Steuermitteln und, wenn dieser nicht ausreicht, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen, also über eine Erhöhung der gesetzlich festgelegten Beitragssätze getragen wer-

den. Im Jahr der Einführung sollen allerdings 100 vH der Ausgaben durch Fondsmittel gedeckt werden, so dass es einen Zusatzbeitrag nur bei solchen Kassen gibt, die überdurchschnittliche Ausgaben haben. Kassen mit unterdurchschnittlichen Ausgaben können entsprechende Rückerstattungen an ihre Versicherten leisten.

281. Um gleiche Startbedingungen für die Kassen herzustellen, sieht das Eckpunktepapier zudem vor, dass die Kassen mit ausreichenden Finanzreserven in das neue System starten sollen. Entsprechend müssen sich die Kassen bis dahin entschuldet haben. In der Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden die **Kassenschulden** beträchtlich zurückgeführt (JG 2005 Ziffer 504), so dass am Ende des Jahres 2005 die Nettoschulden nur noch rund 0,4 Mrd Euro betragen. Allerdings standen den Kassen, die bereits Reserven in Höhe von insgesamt 3,6 Mrd Euro gebildet haben, andere Kassen gegenüber, bei denen die Schulden sich noch auf 4,0 Mrd Euro summierten. Nach Maßgabe des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2003 müssen die Kassen ohnehin bis Ende des Jahres 2007 entschuldet sein (§ 222 Absatz 5 SGB V). Vor allem auf Drängen der mit 2,7 Mrd Euro verschuldeten Allgemeinen Ortskrankenkassen wurde eine Fristverlängerung bis zum Ende des Jahres 2008 gewährt, sofern ein schlüssiges Konzept zur Schuldentilgung vorgelegt wird. Aus der Sicht des Sachverständigenrates darf es auf keinen Fall zu einer Kollektivierung dieser Schulden kommen. Vielmehr müssen die betreffenden Kassen durch Fusionen oder geeignete Wahl ihres Beitragssatzes die Schuldenfreiheit gewährleisten.

282. Ein Vorteil des Gesundheitsfonds hätten Einsparungen von **Verwaltungskosten** bei den Krankenkassen und insbesondere den Arbeitgebern sein können, da die gesamten Sozialversicherungsbeiträge nicht mehr an die etwa 250 verschiedenen Krankenkassen hätten überwiesen werden müssen, sondern nur noch an die jeweiligen Einzugsstellen des Fonds. Doch auch die zunächst geplante Ausgestaltung des Fonds hätte einer Einsparung von Verwaltungskosten eher entgegen gewirkt. Es wären nämlich neben den Einzugskosten für den Fonds noch Einzugskosten bei den Krankenkassen für die Zusatzbeiträge entstanden, weil für jedes Mitglied so genannte Selbstzahlerkonten hätten eingerichtet werden müssen. Zudem verursacht die Anwendung der Überförderungsregelung und der damit verbundenen Einkommensprüfung weiteren Aufwand bei den Kassen. Berechnungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ergaben, dass die laufenden Verwaltungskosten dann steigen würden und zusätzlich eine Anschubfinanzierung für den Fonds in Höhe von 0,8 Mrd Euro nötig wäre. Schließlich wurde den heftigen Protesten der Kassen nachgegeben und am 27. September 2006 beschlossen, den gesamten Beitragseinzug bei den Kassen zu belassen. Die Kassen leiten die Beiträge dann an den Gesundheitsfonds weiter (§ 252 Absatz 2 SGB V Entwurf), der die Gelder wiederum an die Kassen verteilt. Diese vor dem Hintergrund der Fonds-idee geradezu grotesk anmutende Vorgehensweise ist alles andere als dazu geeignet, Verwaltungskosten zu reduzieren. Damit wurden ein Zweck und zumindest ein potentieller Vorteil des Fonds zunichte gemacht. Arbeitgeber sollen aber ab dem Jahr 2011 immerhin die Möglichkeit haben, die Beiträge an kassenübergreifende Weiterleitungsstellen zu entrichten.

283. Aber auch die von den Koalitionsparteien erwarteten vermeintlichen Vorteile werden nicht realisiert. Mit dem Gesundheitsfonds wäre es – so die Intention der SPD – möglich gewesen, die Private Krankenversicherung (PKV) oder die PKV-Versicherten an der Finanzierung zu beteiligen. Zu einer solchen Beteiligung kommt es aber nicht. Für die CDU stand die Möglichkeit im Vorder-

grund, durch den Gesundheitsfonds wenigstens eine „kleine Pauschale“ einführen zu können. Auch dies wurde mit der Möglichkeit, den Zuschlag auch einkommensabhängig zu erheben, und durch die Höchstgrenze für die Zusatzbeiträge von 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens nur mangelhaft realisiert. Somit wurden durch den Kompromiss aus der Sicht beider Seiten die erwarteten Vorteile beseitigt, die Nachteile aber erhalten und vergrößert. So führt das beschlossene Fondsmodell – anders als ein Pauschalbeitragssystem – nicht zu einer Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, und zudem birgt es die Gefahr, den Wettbewerb zwischen den Kassen massiv zu verzerren.

Wettbewerbsschädliche Wirkung des Gesundheitsfonds

284. Der eigentliche Vorteil des Gesundheitsfonds wurde ursprünglich darin gesehen, dass so eine **Intensivierung des Wettbewerbs** zwischen den Krankenkassen stattfinden kann (Richter, 2005; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2005). Im derzeitigen System findet der Wettbewerb nahezu ausschließlich über den Beitragssatz statt. Problematisch ist aber, dass aufgrund der mangelnden Morbiditätserfassung des derzeitigen RSA der Beitragssatz immer noch unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten widerspiegelt. Zudem üben einkommensabhängige Beiträge kein echtes Preissignal aus, da der Preis der Versicherungsleistung nicht von der Höhe der Versicherungsleistung, sondern von der Höhe des Einkommens bestimmt wird. Entsprechend steigt der Preis des Gutes „Gesundheitsleistung“ mit dem Einkommen, was das Preissystem verzerrt (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi, 2006). Zudem gibt es bei lohneinkommensabhängigen Beiträgen gerade für die ansonsten besonders preisbewussten Geringverdiener nur einen geringen Anreiz, die Kasse zu wechseln, da für sie Beitragssatzdifferenzen, wenn man sie in Euro-Beträgen ausdrückt, nur eine geringe Ersparnis bedeuten.

Der ursprünglichen Idee des Gesundheitsfonds zufolge sollte der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt werden, indem Nachteile des bisherigen Systems vermieden werden. So sollten die Beiträge zum Gesundheitsfonds zwar einkommensabhängig, die Beitragsaufschläge und Beitragsrückerstattungen aber einkommensunabhängig, also Pauschalen sein. Dadurch käme es zu geänderten Anreizen bezüglich des Wechselverhaltens der Versicherten. Der Anreiz für Geringverdiener, zu einer günstigen Kasse zu wechseln, würde vergrößert, weil pauschale Zusatzbeiträge oder Rückerstattungen bei Geringverdienern einen höheren Anteil an den Einkommen ausmachen als bei Personen mit hohem Einkommen. Anders ausgedrückt: Für Geringverdiener könnte im Fondsmodell der Einkommenseffekt von Differenzen in der Pauschale größer ausfallen als von Beitragssatzdifferenzen im heutigen System. Somit würden sie verstärkt die Kassen wechseln und damit den Wettbewerb zwischen den Kassen intensivieren. Wird der Zusatzbeitrag als Pauschale erhoben, geht zudem ein unverzerrtes Preissignal aus, und die Vergleichbarkeit der Kassenbeiträge ist eher gegeben, was ebenfalls den Wettbewerb stärkt.

Dadurch, dass die Kassen in dem vorgeschlagenen Konzept nun aber ein Wahlrecht zwischen einkommensabhängigen und pauschalen Zuschlägen haben, wird der eigentliche Sinn des Gesundheitsfonds, nämlich über die einkommensunabhängigen Pauschalen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu intensivieren, ad absurdum geführt. Ein Nebeneinander von einkommensunabhängigen und einkommensabhängigen Zu- und Abschlägen führt zu Intransparenz und einer Aushebelung der Preisfunktion der Zuschläge und Abschläge. Damit ist der eigentliche und einzig

wirkliche potentielle Vorteil des Gesundheitsfonds zunichte gemacht. Doch selbst wenn Zuschläge und Abschläge einkommensunabhängig wären, übte diese „Minipauschale“ keine vollständige Preisfunktion aus. Dem einzelnen Versicherten würde nicht klar, was die Gesundheitsversorgung kostet. Freilich kann man davon ausgehen, dass die Kassen einen gewissen Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten haben, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Dies könnte positiv auf die Wettbewerbsintensität wirken.

285. Wettbewerbsverzerrende Wirkungen aus der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds und des Zusatzbeitrags ergeben sich aber vor allem aus der Tatsache, dass für den Zusatzbeitrag **kein Einkommensstrukturausgleich, kein Risikostrukturausgleich und kein Familienstrukturausgleich** vorgesehen ist, und dies, obgleich der Beitragswettbewerb zukünftig nur noch in diesem Segment stattfinden soll. Die Höhe des Zusatzbeitrags hängt von der Versichertenstruktur einer Kasse ab. Dies verzerrt den Wettbewerb, denn die Beitragshöhe spiegelt nur dann unverzerrt die Leistungsfähigkeit der Kasse wider, wenn sie nicht durch Unterschiede in der Einkommensstruktur, der Risikostruktur der Versicherten und nicht vom Anteil der mitversicherten Familienangehörigen einer einzelnen Kasse mit bestimmt wird.

286. Das Problem eines mangelnden Einkommensstrukturausgleichs ergibt sich aus dem Zusammenspiel von einkommensabhängigen oder pauschalen Zuschlägen mit der vereinbarten **Überforderungsregelung**. Diese Regel, die die Belastung mit dem Zusatzbeitrag auf 1 vH der beitragspflichtigen Einkommen begrenzt, ist äußerst problematisch, weil sie adverse Anreizeffekte erzeugt und letztlich dazu führen kann, dass Kassen mit einem hohen Anteil Versicherter mit niedrigen Einkommen aus dem Markt ausscheiden, aber nicht, weil sie ineffizient wirtschaften, sondern weil ihre Versicherten in der Gesamtheit niedrige Einkommen haben. Das Grundproblem liegt dabei nicht in der Überforderungsregel selbst und dem damit verbundenen sozialen Ausgleich – ein solcher sozialer Ausgleich ist in einem einkommensabhängigen Finanzierungssystem systemimmanent und auch in einem Pauschalbeitragssystem immer erforderlich –, sondern vielmehr darin begründet, dass der soziale Ausgleich innerhalb der einzelnen Krankenkasse und nicht wie bei anderen Vorschlägen zu Pauschalbeitragsmodellen außerhalb, namentlich im Steuer- und Transfersystem, durchgeführt wird.

Die Überforderungsklausel führt zu einem sozialen Ausgleich innerhalb der Versicherung: Übersteigt der Zusatzbeitrag für einen Versicherten mit niedrigem Einkommen die Überforderungsgrenze, muss er den vollen Zusatzbeitrag nicht aufbringen. Der Fehlbetrag muss dann auf die anderen Versicherten umgelegt werden. Der Zusatzbeitrag, gleichgültig ob einkommensabhängig oder einkommensunabhängig, fällt für die anderen Versicherten entsprechend höher aus. Damit ist der Zusatzbeitrag umso höher, je mehr Versicherte innerhalb einer Krankenkasse von der Überforderungsregelung Gebrauch machen. Kassen, in denen viele Versicherte nur über niedrigere Einkommen verfügen, müssen einen höheren Zusatzbeitrag erheben, was Wettbewerbsnachteile mit sich bringt. Dieser höhere Zusatzbeitrag führt dazu, dass Versicherte die Kasse verlassen. Es dürften aber nur die Versicherten mit höherem Einkommen wechseln, die Versicherten mit niedrigem Einkommen werden tendenziell in der Kasse bleiben, da ihr Zusatzbeitrag immer nur maximal 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens ausmacht, sich also nicht verändert. Wechseln viele Versicherte mit hohem Einkommen, muss die Kasse den Zusatzbeitrag noch höher setzen, was

noch mehr Versicherte von der Überforderungsregel Gebrauch machen lässt und Versicherte mit hohem Einkommen weiter vertreibt. Es gibt also einen sich selbst verstärkenden Effekt. Letztlich kann es dazu kommen, dass die Kasse nur noch Versicherte hat, für die die Überforderungsregelung gilt. Sie kann dann ihren zusätzlichen Finanzbedarf nicht mehr decken und muss aus dem Markt ausscheiden.

Berechnungen des Bundesverbands der Allgemeinen Ortskrankenkassen haben ergeben, dass je nach Einkommensstruktur der Versicherten einer Kasse ein zunächst auf 10 Euro festgelegter Zusatzbeitrag – wegen der Überforderungsregelung und der Umverteilung der damit verbundenen Beitragsausfälle auf die anderen Mitglieder – in den verschiedenen Allgemeinen Ortskrankenkassen letztlich zwischen knapp 12 Euro und rund 42 Euro liegen würde. Dies zeigt, dass es sich bei der potentiellen Wettbewerbsverzerrung um relevante Dimensionen handelt.

Der zu zahlende Zusatzbeitrag spiegelt somit nicht den Preis für Sonderleistungen oder Serviceleistungen der Kasse wider, sondern bildet zu einem großen Teil die Einkommensstruktur der Mitglieder ab. Mithin ist es für die einzelne Kasse wichtig, dass die Gesamtheit ihrer Versicherten eine hohe Grundlohnsumme aufweist. Sie zieht also viele Versicherte mit hohem Einkommen vor und wird Versicherte mit niedrigen Einkommen möglichst abwehren. Es kommt zu einer adversen Risikoselektion. Oder anders ausgedrückt: Es entsteht ein Wettbewerb um Versicherte mit hohem Einkommen und kein Wettbewerb um eine effiziente Versorgung. Gerade um solche Selektionseffekte zu vermeiden, wurde seinerzeit der Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA eingeführt. Mit der Konstruktion des Gesundheitsfonds in Verbindung mit der Überforderungsklausel taucht dieses Problem wieder auf.

287. Die Einkommensprüfung soll – außer für Sozialhilfeempfänger und Empfänger einer Mindestsicherung im Alter – erst bei einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro einsetzen. Für geringere pauschale Zusatzbeiträge ist damit die 1 vH-Grenze faktisch aufgehoben. Der **Sockelbetrag von 8 Euro** hilft zwar, Verwaltungskosten zu sparen, das grundsätzliche Problem bleibt aber erhalten, und es kommen weitere Ungereimtheiten hinzu. Wird der Zusatzbeitrag einkommensabhängig erhoben, ändert die 8 Euro-Grenze überhaupt nichts daran, dass dieser Zusatzbeitragsatz von der Grundlohnsumme der Gesamtheit der Mitglieder abhängt. Wird der Zusatzbeitrag als Pauschale erhoben, ist das Einkommen der Versicherten nur bei einer Pauschale, die unterhalb von 8 Euro liegt, für die Höhe des Zusatzbeitrags nicht relevant. Ist der Zusatzbeitrag größer als 8 Euro, wird er wieder zu einem großen Teil durch die Einkommensstruktur der Kassenmitglieder bestimmt. Bei einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro findet eine Einkommensprüfung statt, und der Versicherte muss dann nur maximal 1 vH seines beitragspflichtigen Einkommens zahlen. Somit kann es – sofern keine Kasse mit Beitragsrückzahlungen vorhanden ist – in Abhängigkeit vom individuellen Einkommen für Mitglieder bis zu einem Einkommen von 800 Euro vorteilhaft sein, zu einer teureren Kasse mit einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro zu wechseln. Es könnte also zu perversen Wettbewerbseffekten kommen.

Hat zum Beispiel ein Versicherter ein beitragspflichtiges Einkommen von 600 Euro, so zahlt er bei Kasse A mit einem Zusatzbeitrag von 8 Euro diesen Betrag. Bei Kasse B, die einen Zusatzbeitrag von 15 Euro erhebt, findet eine Einkommensprüfung statt und der Versicherte muss nur 6 Euro zahlen. Gibt es keine Kasse, die einen Zusatzbeitrag von weniger als 6 Euro erhebt, wird dieser Versicherte zu einer Kasse mit einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro wechseln, zum Beispiel zu Kasse B.

288. Werden die Zuschläge einkommensabhängig erhoben, würde der soziale Ausgleich automatisch mit der Beitragserhebung erfolgen, weil die Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung des Fonds und der Überforderungsklausel die gleiche wäre. Dies spart Verwaltungskosten und macht einkommensabhängige Zusatzbeiträge für die Kassen attraktiv. Ein Finanzierungssystem mit einem fixierten Beitragssatz und einem kassenindividuellen lohnabhängigen Zusatzbeitragsatz repliziert aber im Prinzip das heutige System mit dem einzigen – wettbewerbsverzerrenden – Unterschied, dass im Gegensatz zum heutigen System für den Zusatzbeitrag kein Finanzkraftausgleich durchgeführt wird. An dieser Stelle wird klar, dass der Gesundheitsfonds im Vergleich zum derzeitigen System eine Verschlechterung bringt.

289. Dadurch, dass sich die Überforderungsgrenze auf die individuellen beitragspflichtigen Einkommen bezieht, kann zum Beispiel ein Mitglied mit einem geringen beitragspflichtigen Einkommen auf diesem Wege unterstützt werden, obwohl der Ehepartner ein hohes Einkommen hat. Dies widerspricht dem eigentlichen Sinn der Überforderungsgrenze.

290. Als weiterer Defekt kommt hinzu, dass der Zusatzbeitrag von der **Risikostruktur** der Versicherten einer Kasse abhängt, sobald der Fonds nicht mehr 100 vH der Leistungsausgaben abdeckt. In den Eckpunkten ist geplant, dass bis zu 5 vH der Ausgaben der gesamten GKV über Zusatzbeiträge finanziert werden. Für diese Ausgaben ist kein Risikostrukturausgleich vorgesehen. Entsprechend haben Kassen mit einem hohen Anteil gesunder Versicherter einen Wettbewerbsvorteil. Es entstehen Anreize zur Risikoselektion, und der eigentlich gewünschte Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung der Versicherten wird verzerrt.

291. Schließlich ergibt sich eine Abhängigkeit der Höhe des Zusatzbeitrags von der **Familienstruktur** deshalb, weil derzeit Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner eines GKV-Mitglieds beitragsfrei mitversichert sind. Somit wird der Zusatzbeitrag auch von dem Anteil dieser mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Versicherten determiniert. Kassen mit wenigen beitragsfrei Mitversicherten haben einen Wettbewerbsvorteil (Tabelle 24). Eine Kasse A mit dem gleichen Finanzierungsbedarf muss einen höheren Zusatzbeitrag erheben als eine Kasse B, sofern ihr Anteil an beitragszahlenden Mitgliedern geringer ist. Will man dieses potentiell wettbewerbsverzerrende Element beseitigen, muss auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden.

292. Insgesamt ist das einzig verbliebene Wettbewerbselement auf der Finanzierungsseite, namentlich der Zusatzbeitrag – unabhängig davon, ob einkommensabhängig oder als Pauschale erhoben – von der Struktur der Versicherten einer einzelnen Kasse abhängig. Dies führt zu einem verzerrten Wettbewerb um einkommensstarke, ledige, gesunde Versicherte und nicht wie gewünscht um eine effiziente Leistungserbringung. Letztlich könnte diese dysfunktionale Ausgestaltung dazu führen, dass eine Kasse ihre benötigten Finanzierungsmittel nicht erhält und aus dem Markt ausscheiden muss, aber nicht weil sie ineffizient wirtschaftet, sondern weil sie eine ungünstige Versichertenstruktur hat.

Tabelle 24

Abhängigkeit des Zusatzbeitrags von der Familienstruktur: Beispielrechnung

	Kasse A	Kasse B
	Mrd Euro	
Durch Zusatzbeiträge aufzubringendes Finanzvolumen	1	1
	Millionen Personen	
Versicherte	10	10
Mitglieder	5	7
Mitversicherte	5	3
	Euro	
Monatlicher Zusatzbeitrag		
pro Versicherten	8,33	8,33
pro Mitglied	16,67	11,90

Der Gesundheitsfonds in seiner bisher geplanten Ausgestaltung ist deshalb durchweg abzulehnen, da er den Kassenwettbewerb nicht nur nicht erhöht, sondern sogar verzerrt. Damit ergibt sich im Vergleich zum Status quo keine Verbesserung.

Beseitigung der Konstruktionsmängel des Gesundheitsfonds

293. In seiner bisherigen Ausgestaltung ist der Gesundheitsfonds kontraproduktiv und abzulehnen. Wird er dennoch im Jahr 2009 realisiert, sollten zumindest die in den Eckpunkten und im Beschluss der Parteivorsitzenden von CDU, CSU und SPD verankerten Fehlkonstruktionen beseitigt und damit Schadensbegrenzung betrieben werden. Dies betrifft zum einen das Nebeneinander von einkommensabhängigem und pauschalem Zusatzbeitrag. Damit der Zusatzbeitrag eine Preisfunktion und damit die Funktion als Wettbewerbselement ausüben kann, sind der Zusatzbeitrag und auch die Beitragsrückerstattungen ausschließlich als **Pauschale** zu zahlen. Zum anderen muss der Zusatzbeitrag so ausgestaltet sein, dass er nicht von den Strukturmerkmalen der Versicherten – Einkommen, Risiko und Anteil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen – abhängt.

Einkommensstruktureutraler Zusatzbeitrag: wettbewerbsneutrale Ausgestaltung der Überforderungsregel

294. Der Grund für die Wettbewerbsverzerrungen und die ineffizienten Ergebnisse des Wettbewerbs aufgrund der Überforderungsregel ist die Tatsache, dass der mit der Überforderungsregel verbundene soziale Ausgleich *innerhalb* einer Krankenkasse durchgeführt wird. Wenn es für die Krankenkassen unerheblich sein soll, wie viele Versicherte über der Überforderungsgrenze sind, muss der soziale Ausgleich außerhalb der Krankenkasse durchgeführt werden. Dazu bieten sich folgende Ausgestaltungsmöglichkeiten an:

- **Sozialer Ausgleich im Steuer- und Transfersystem:** Für einen sozialen Ausgleich außerhalb der Krankenversicherung im Steuer- und Transfersystem sind im Rahmen diverser Pauschalbeitragsmodelle schon Vorschläge unterbreitet worden. Dort erhalten die Versicherten eine Transferzahlung vom Fiskus, wenn der Pauschalbeitrag einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens

mens (Eigenanteilssatz) überschreitet. Unterschiede bestehen in der Höhe des Eigenanteilssatzes und bei der gewählten Einkommensdefinition. Ein solcher sozialer Ausgleich ist für den derzeit in der Diskussion befindlichen geringen Zusatzbeitrag zu aufwändig, kaum praktikabel und daher nicht anzustreben. Gleichwohl ist diese Lösung ordnungspolitisch und konzeptionell überlegen, da für den sozialen Ausgleich der Einkommensbegriff der Einkommensteuer zugrunde gelegt werden kann und damit das Steuersystem und das Sozialversicherungssystem die gleiche Interpretation von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verwenden würden.

- **Sozialer Ausgleich über den Gesundheitsfonds:** Der soziale Ausgleich kann aber auch innerhalb des Krankenversicherungssystems durchgeführt werden. Hier bietet es sich an, den Gesundheitsfonds mit dem sozialen Ausgleich zu betrauen. Dabei sind wiederum grundsätzlich zwei Varianten denkbar. Bei einer Variante I findet der **Ausgleich zwischen Kasse und Fonds** statt. Dabei zahlt der Fonds einer Kasse für jeden Versicherten, der von der Überforderungsregel Gebrauch macht, den Differenzbetrag zwischen dem vom Versicherten maximal geleisteten Eigenbeitrag und dem Zusatzbeitrag der Kasse.

Bei einer Variante II findet der **Ausgleich zwischen Versicherten und Fonds** statt. Dazu müsste aber der Fonds nicht nur mit dem Einzug der einkommensabhängigen Beiträge, sondern auch mit dem des Zusatzbeitrags betraut werden. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass der Fonds – bereits wegen der Erhebung der regulären Beiträge – Informationen über die Einkommensverhältnisse des Versicherten hat. Möglich ist aber auch, dass der Versicherte gegenüber dem Fonds seine Bedürftigkeit begründet. Der Fonds würde dann von dem Versicherten nur den zumutbaren Eigenbeitrag erheben, der als Prozentsatz des Einkommens (Eigenanteilssatz) festgeschrieben werden kann. Anschließend überweist der Fonds der Kasse den vollen Zusatzbeitrag. Die Differenz zwischen zumutbarem Eigenbeitrag des Mitglieds und dem Zusatzbeitrag würde also aus den Fondsmitteln aufgebracht.

295. Beide Ausgestaltungen – Variante I und Variante II – führen dazu, dass der soziale Ausgleich innerhalb des Fonds durchgeführt wird. Ob nur die GKV-Versicherten die mit dem sozialen Ausgleich verbundene Umverteilung leisten oder die Gesamtheit der Steuerzahler, hängt davon ab, wie die für den sozialen Ausgleich erforderlichen Mittel aufgebracht werden: durch Beiträge oder aber über einen Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln. Da es sich bei der Einkommensumverteilung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, ist es ordnungspolitisch geboten, die aus der Überforderungsklausel erwachsenden Zuschüsse für Geringverdiener über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss an den Fonds aufzubringen.

Ein Problem der Variante I besteht darin, dass die Kassen in der Regel nur ein geringes Interesse an einer sorgfältigen Überprüfung der Einkommensverhältnisse ihrer Versicherten haben, weil sie unabhängig von der tatsächlichen Einkommenssituation der Versicherten die Ausgleichszahlungen erhalten und die Höhe des Ausgleichsvolumens für das Gesamtsystem für die einzelne Kasse irrelevant ist. Zudem sehen Krankenkassen häufig die Beziehung zu ihren Mitgliedern durch eine Klärung der individuellen Einkommensverhältnisse belastet. Diese Probleme entstehen nicht, wenn der Fonds wie in Variante II für die Einkommensprüfung zuständig ist. Der Fonds hat ein größeres Interesse, bei der Einkommensprüfung sorgfältig vorzugehen, da er die fälligen Aus-

gleichszahlungen an die Kassen leisten muss. Variante II entspräche eher der dem Fondskonzept zugrunde liegenden Idee, dass die Kassen von Einkommensausgleichsaufgaben entlastet werden, um sich mehr auf den Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung zu konzentrieren. Mithin ist die Variante II – vorausgesetzt, dass das für sich genommen mit einer Reihe von Problemen behaftete Konzept des Gesundheitsfonds realisiert wird – gegenüber Variante I vorzuziehen. Mit dem Beschluss, den Beitragseinzug nun doch bei den Krankenkassen zu belassen, ist allerdings die überlegene Variante II obsolet.

296. Eine erste Schätzung des **Volumens der Einnahmeausfälle**, die sich bei Anwendung der 1 vH-Regel ergeben würden und die über zusätzliche (Beitrags- oder Steuer-)Mittel zu decken wären, liegt bei einem Zusatzbeitrag von 10 Euro monatlich je Mitglied – dies entspräche einem nicht durch den Fonds gedeckten Ausgabenvolumen von etwa 6 Mrd Euro – bei rund 1,4 Mrd Euro.

Bei der Betrachtung dieses Mittelbedarfs für den sozialen Ausgleich muss beachtet werden, dass diese Zahlungen auf jeden Fall anfallen. Unterschiede bestehen nur in dem **Personenkreis**, der die Zahlungen leistet: Bleibt es bei dem in den Eckpunkten vorgesehenen sozialen Ausgleich innerhalb der einzelnen Kasse, werden diese Beträge durch die Mitglieder dieser Kassen und nur dieser Kassen, also von einer kleinen Gruppe, durch einen höheren Zusatzbeitrag aufgebracht. Werden die Mittel über einen höheren allgemeinen Beitragssatz generiert, wird der soziale Ausgleich von allen Beitragszahlern der GKV getragen. Wird das erforderliche Finanzvolumen aus Steuermitteln finanziert, kommt der größtmögliche Zahlerkreis, nämlich alle Steuerzahler, für diesen sozialen Ausgleich auf.

297. Die **Höhe des Eigenanteilssatzes** und damit das Ausmaß des sozialen Ausgleichs ist eine politische Entscheidung. Die bislang diskutierte Grenze von 1 vH der beitragspflichtigen Einkommen ist das Ergebnis eines politischen Kompromisses und ist in ihrer Höhe analytisch weder zu begründen noch mit dem Finanzierungsanteil des Fonds abgestimmt. Je geringer der Anteil der Gesundheitsausgaben ist, der über den Fonds finanziert wird, desto höher ist der Zusatzbeitrag mit der Folge, dass auch der Eigenanteilssatz erhöht werden muss. Diese Erhöhung des Eigenanteilssatzes hat einen ähnlichen Charakter wie eine Beitragssatzerhöhung im heutigen System. Denn auch hier steigen bei einer Beitragssatzerhöhung die Belastungen für Geringverdiener. Passt man den Eigenanteilssatz nicht an, würden Geringverdiener von der Beitragssatzerhöhung ausgenommen, was negative Folgen für den Wettbewerb hätte. Auch muss bedacht werden, dass der Zusatzbeitragssatz wegen der Überforderungsgrenze nie höher als 1 vH sein kann. Auch bei einer Zusatzbeitragssatzpauschale kann in der Regel nicht mehr als 1 vH der gesamten beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten einer Kasse eingenommen werden. Kassen mit Versicherten mit niedrigen Einkommen müssen vom Markt ausscheiden, wenn man die Überforderungsgrenze nicht anhebt. Die Höhe der Überforderungsgrenze muss also mit dem allgemeinen Beitragssatz, mit der Höhe des Bundeszuschusses sowie mit dem Finanzierungsanteil des Fonds abgestimmt werden und wird deshalb regelmäßig Gegenstand politischer Diskussionen sein.

Risikostrukturneutraler Zusatzbeitrag

298. Da für den Zusatzbeitrag kein Risikostrukturausgleich vorgesehen ist, hängt die Höhe des Zusatzbeitrags von der Morbidität der Versicherten ab, sobald der Fonds weniger als 100 vH der Ausgaben abdeckt. Die Kassen haben einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben und vor allem junge und gesunde Versicherte zu attrahieren, zum Beispiel indem sie ihr Leistungsangebot auf diesen Personenkreis ausrichten. Eine effiziente und wirtschaftliche Leistungserstellung für die Kranken tritt dabei in den Hintergrund. Um dies zu vermeiden, muss auch der Zusatzbeitrag von Risikostruktureffekten bereinigt werden. Dies geschieht am besten dadurch, dass beim vorgeschalteten Risikostrukturausgleich 100 vH der Leistungsausgaben bei der Ermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge berücksichtigt werden. Soll der Gesundheitsfonds weniger als 100 vH der gesamten Leistungsausgaben decken, sollte nur die kasseneinheitliche Grundpauschale gesenkt werden, nicht aber die risikoadjustierten Zu- oder Abschläge.

Familienstrukturneutraler Zusatzbeitrag

299. Da Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner eines Mitglieds beitragsfrei mitversichert sind, hängt die Höhe des Zusatzbeitrags auch von dem Anteil dieser mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Versicherten ab. Will man dieses potentiell wettbewerbsverzerrende Element beseitigen, muss auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden. Die einfachste Lösung bestünde darin, dass alle Versicherten, also auch Kinder und Ehegatten den Zusatzbeitrag als Pauschalbeitrag leisten müssen. Für die Mitversicherten ohne eigenes Einkommen würde dann im Rahmen eines kassenübergreifenden sozialen Ausgleichs die Beitragszahlung übernommen. Wenn sich aber die beitragsfreie Mitversicherung auch auf den Zusatzbeitrag erstrecken soll, muss ein Familienstrukturausgleich vom Gesundheitsfonds durchgeführt werden. Letztlich müsste dieser darauf hinauslaufen, dass der Fonds von einem Mitglied nur den rechnerischen Zusatzbeitrag, der sich je Versicherten ergäbe, einzieht (im Beispiel aus Tabelle 24: 8,33 Euro) und den Differenzbetrag zum Zusatzbeitrag, der sich je Mitglied ergibt, an die jeweilige Kasse erstattet (im Beispiel aus Tabelle 24: $16,67 \text{ Euro} - 8,33 \text{ Euro} = 8,33 \text{ Euro}$ an die Kasse A und $3,57 \text{ Euro}$ an die Kasse B). Damit übernehme der Fonds faktisch für die Kinder und Ehegatten ohne eigenes Einkommen den Zusatzbeitrag, den diese bei einer Erhebung je Versicherten entrichten müssten. Für Kassen mit einem hohen Anteil beitragsfrei Mitversicherter fällt dann der Erstattungsbetrag höher aus (im Beispiel aus Tabelle 24 zahlte der Fonds an Kasse A pro Monat: $5 \text{ Millionen} \times 8,33 \text{ Euro} = 41,66 \text{ Mio Euro}$ und an die Kasse B: $3 \text{ Millionen} \times 8,33 \text{ Euro} = 25,00 \text{ Mio Euro}$).

300. Die hier aufgeführten Lösungsansätze zeigen, dass es eine einfache unbürokratische Lösung für die aus der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag herrührenden Probleme nicht gibt, eine Tatsache, die den Gesundheitsfonds insgesamt in Frage stellt.

Bürgerpauschale als überzeugende Fortentwicklung des Gesundheitsfonds

301. Der Gesundheitsfonds in seiner bisher beschlossenen Ausgestaltung sollte nicht realisiert werden, da dies zu einer Verschlechterung im Vergleich zum Status quo führen würde. Selbst mit der oben dargestellten wettbewerbskonformen Ausgestaltung des Zusatzbeitrags als Pauschale könnte nur eine geringe Verbesserung im Vergleich zum derzeitigen System erreicht werden. Der Gesundheitsfonds ist nur sinnvoll, wenn er weiterentwickelt und als erster Schritt zu einer Bürger-

pauschale angesehen wird. Denn die wichtigsten Ziele einer finanzierungsseitigen Reform der Krankenversicherung waren und sind:

- eine Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten und
- die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts.

Beide Ziele werden mit der geplanten Gesundheitsreform nicht erreicht. Der größte Teil der Beiträge für den Gesundheitsfonds wird noch immer (lohn-)einkommensabhängig erhoben. Damit gelingt die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten faktisch nicht. Zudem wird die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts beibehalten. Der Sachverständigenrat hat mit der **Bürgerpauschale** einen Vorschlag zur Diskussion gestellt, mit dem beide Ziele erreicht werden können. Die Idee der Bürgerpauschale besteht darin, eine beschäftigungsfreundlichere Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems zu erreichen, indem an den Durchschnittskosten der Mitglieder orientierte, einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben werden (JG 2004 Ziffern 510 ff. und JG 2005 Ziffern 561 ff.). Verbunden wird dies mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich. Die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts und damit eine Intensivierung des Wettbewerbs werden dadurch ermöglicht, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts in GKV und PKV aufgehoben wird. Alle Krankenversicherungen, sowohl die (bisher) gesetzlichen als auch die privaten, müssen dann die Bürgerpauschale als Vollversicherungstarif anbieten. Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nicht mehr. Zusatzversicherungen oder die Schaffung einer ergänzenden Kapitaldeckung zur Beitragsglättung sind weiterhin möglich. Dabei soll die private Krankenversicherung nicht abgeschafft, sondern das bisherige Geschäftsmodell aufgegeben werden.

302. Um eine **Abkopplung der Gesundheitsausgaben vom Lohn** zu erreichen, muss der Zusatzbeitrag erhöht werden, indem der vom Fonds über einkommensabhängige Beiträge finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben sinkt. In einem ersten Schritt könnte der Beitragssatz für die Arbeitnehmer auf null reduziert und stattdessen eine einkommensunabhängige Pauschale erhoben werden. Die Überforderungsgrenze muss um die Höhe des bisherigen Arbeitnehmerbeitragssatzes angehoben werden. Zudem ist wichtig, dass der Risikostrukturausgleich stets für 100 vH der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben durchgeführt wird und die Zu- und Abschläge entsprechend berechnet werden. Auch die Zuweisungen aus dem Fonds zum Einkommensstrukturausgleich und zum Familienstrukturausgleich müssen erhalten bleiben.

Das Konzept der Bürgerpauschale sieht eine Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und eine Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge als zusätzlichen Bruttolohnbestandteil vor. Die Steuermehreinnahmen aus der Versteuerung dieser höheren Einkommen sollten zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden. Deshalb sollte perspektivisch in einem zweiten Schritt auch der Arbeitgeberbeitrag nicht mehr an den Fonds überwiesen, sondern ausgezahlt werden. Die Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags als Bruttolohn dürfte aber mit praktischen Problemen verbunden sein. So müssten zum Beispiel die in den Tarifverträgen vereinbarten Bruttolöhne entsprechend erhöht werden. Deshalb ist in Erwägung zu ziehen, dass die Arbeitgeberbeiträge weiterhin in den Fonds eingezahlt werden, allerdings nicht mehr lohnabhän-

gig, sondern als bestimmter Prozentsatz des gesamten Pauschalbeitrags, ähnlich wie derzeit für die Versicherten der Privaten Krankenversicherung.

Die **Abwicklung des sozialen Ausgleichs** kann vom Fonds übernommen werden. Wenn der Fonds mit dem Einzug des Zusatzbeitrags betraut ist, leistet ein Versicherter mit geringem Einkommen nur den zumutbaren Eigenbeitrag. Der Fonds überweist den vollen Zusatzbeitrag an die Kasse. Wird der Zusatzbeitrag von der Kasse eingezogen, kann der Versicherte beim Fonds die Erstattung des über den zumutbaren Eigenanteil hinausgehenden Teils des Zusatzbeitrags beantragen.

Der **einheitliche Krankenversicherungsmarkt** kann etabliert werden, wenn die lohneinkommensabhängigen Beiträge abgeschafft und durch Pauschalbeiträge ersetzt wurden, die sich an den durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied der einzelnen Kassen orientieren. Die Private Krankenversicherung muss dann dazu verpflichtet werden, mit allen Neuversicherten den Tarif der Bürgerpauschale abzuschließen. Es besteht Kontrahierungszwang, und es muss ein Risikostrukturausgleich eingerichtet werden. Zum Tarif der Bürgerpauschale kann ergänzend eine Beitragsstabilisierungsversicherung, in der Alterungsrückstellungen gebildet werden, abgeschlossen werden. Die Versicherungspflichtgrenze entfällt. Jedem Versicherten steht es frei, in die Private Krankenversicherung mit dem Bürgerpauschalentarif zu wechseln. Somit kann der Wettbewerb zwischen ehemals gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen in Gang kommen. Die Altverträge der PKV bleiben grundsätzlich unangetastet und laufen aus. Ein Wechsel zum Tarif der Bürgerpauschale mit möglicher Beitragsglättungsversicherung soll aber für jeden Altversicherten möglich sein (JG 2004 Ziffer 527).

Im Konzept der Bürgerpauschale ist eine **beitragsfreie Mitversicherung von Kindern** vorgesehen. Die dafür benötigten Mittel können zum einen vom Kreis der Versicherten – der im Fall einer Bürgerpauschale im Wesentlichen mit dem Kreis der Steuerzahler identisch ist – über einen höheren Pauschalbeitrag aufgebracht werden. Dies hätte allerdings zur Konsequenz, dass neben dem Risikostrukturausgleich auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden muss. Zum anderen könnte der Fonds den einzelnen Kassen eine Zuweisung in Höhe der Durchschnittsausgaben pro Kind zahlen. Die dafür benötigten Mittel müssten ordnungspolitisch korrekt aus den allgemeinen Steuereinnahmen finanziert werden.

Ergänzende Steuerfinanzierung im Rahmen der Gesundheitsreform 2006

303. Nachdem die Koalitionsparteien bereits im Koalitionsvertrag den Rückzug aus der teilweisen Steuerfinanzierung der Krankenversicherung angekündigt und dementsprechend eine Kürzung der Beteiligung des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen von 4,2 Mrd Euro im Jahr 2006 auf 1,5 Mrd Euro im Jahr 2007 beschlossen und für das Jahr 2008 eine gänzliche Streichung vorgesehen hatten, ist in den Eckpunkten der Gesundheitsreform ab dem Jahr 2008 ein erneuter Einstieg in die teilweise Steuerfinanzierung der GKV vorgesehen (Tabelle 25). Im Jahr 2008 sollen 1,5 Mrd Euro und 3,0 Mrd Euro im Jahr 2009 zur Verfügung gestellt werden. Danach soll der Zuschuss sukzessiv weiter erhöht werden. Eine Steuererhöhung zur Finanzierung dieser Beträge soll es in dieser Legislaturperiode aber nicht geben.

Tabelle 25

Bundesbeteiligung zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen			
Mrd Euro			
Jahr	Alte Regelung (GKV-Modernisierungsgesetz)	Neue Regelung 1 (Haushaltsbegleitgesetz 2006)	Neue Regelung 2 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) ¹⁾
2004	1,0	1,0	1,0
2005	2,5	2,5	2,5
2006	4,2	4,2	4,2
2007	4,2	1,5	1,5
2008	4,2	0,0	1,5
2009	4,2	0,0	3,0

1) Entwurf vom 24.10.2006.

Mit dieser Maßnahme wurde ein Gipfel der Widersprüchlichkeit und politischen Inkonsistenz erreicht: Zeitgleich werden ein Bundeszuschuss gestrichen und ein neuer eingeführt. Dieser macht im Jahr 2009 aber weniger aus als im Jahr 2006. Somit bedeutet diese Politik nichts anderes als „zwei Schritte zurück und einer nach vorn“. Das ist zwar kein Stillstand, aber das Gegenteil von Fortschritt. Dass man zudem in den Eckpunkten den Zuschuss im Jahr 2008 als einen „Einstieg in die teilweise Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben“ bezeichnete, mutet wie ein Schildbürgerstreich an, da man gerade die teilweise Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, zu denen auch die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gehören, abgeschafft hatte. Die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen war seinerzeit die Begründung für die Tabaksteuererhöhung, die aber auch nach der Reduktion des Bundeszuschusses in voller Höhe bestehen bleibt.

Der Bundeszuschuss sollte gemäß den Eckpunkten zur „teilweisen Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern)“ dienen. Da die Förderung von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen wird, ist die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern grundsätzlich zu begrüßen. Denn die beitragsfreie Mitversicherung stellt eine versicherungsfremde Umverteilung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung dar (JG 2005 Ziffer 531). Da auch die Kinder von Privatversicherten in gleichem Maße förderungswürdig wie die Kinder von gesetzlich Versicherten sind, wird man eine Zahlung auch für die privatversicherten Kinder nicht ablehnen können. Dies hätte allerdings zur Folge – wenn es bei der Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts bleibt –, dass dann die private Krankenversicherung attraktiver würde.

Diese Probleme bei einer Zweckbindung des Bundeszuschusses an die Kinderversicherung und die Widersprüchlichkeit, die sich aus der gleichzeitigen Abschaffung und Einführung eines Bundeszuschusses ergeben hätte, waren wohl Gründe dafür, den Zweck der Bundesbeteiligung im Gesetzestext des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes nicht zu verändern. Es wird also weiterhin eine „Bundesbeteiligung zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ gezahlt. Einen Zusammenhang mit der Kinderversicherung gibt es im Gesetzestext nicht.

Grundsätzlich zu bedenken ist, dass eine Steuerfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nur solange geboten ist, wie die Steuermittel zur Abdeckung von versicherungsfremden Leistungen dienen (JG 2005 Ziffern 513 ff.).

Beitragssatzerhöhungen

304. Die sich für das Jahr 2007 abzeichnende Finanzierungslücke von etwa 6,5 Mrd Euro soll im Wesentlichen durch Beitragssatzerhöhungen geschlossen werden. Diese Lücke ist zu einem großen Teil Folge von Maßnahmen, die die Bundesregierung selbst ergriffen hat: Die Umsatzsteuererhöhung belastet die Krankenkassen allein im Jahr 2007 mit etwa 950 Mio Euro, und der Bundeszuschuss zur Abdeckung von versicherungsfremden Leistungen soll um 2,7 Mrd Euro reduziert werden. Letztlich bedeutet dies nichts anderes als einen Beitrag der GKV-Mitglieder zur Sanierung des Bundeshaushalts über eine lohnsteuerähnliche Beitragssatzerhöhung. Berücksichtigt man den Einspareffekt der Gesundheitsreform auf der Ausgabenseite, der für das Jahr 2007 von der Bundesregierung mit 1,4 Mrd Euro beziffert wird, dürfte die benötigte Beitragssatzerhöhung 0,5 Prozentpunkte ausmachen. Zu beachten ist allerdings noch, dass die Kassenschulden, die grundsätzlich bis Ende des Jahres 2007 abgebaut sein müssen, möglicherweise durch Beitragssatzerhöhungen bedient werden. Damit könnte es insgesamt zu einem Anstieg des durchschnittlichen Beitragsatzes im Laufe des Jahres 2007 auf nahezu 15 vH kommen. Eine Reform, die eigentlich darauf abzielen sollte, die lohnabhängigen Beiträge zu senken, mit einer Erhöhung der Beitragssätze einzuleiten, ist äußerst misslich. Deshalb sollte zumindest die Kürzung des Bundeszuschusses zurückgenommen werden, um eine von der Politik erzeugte Beitragssatzerhöhung zu vermeiden.

Reform des Risikostrukturausgleichs

305. Von der bereits im GKV-Modernisierungsgesetz für den 1. Januar 2007 beschlossenen Einführung eines auf direkten Morbiditätskriterien beruhenden RSA (Morbi-RSA) wird teilweise abgerückt. Bisher wird im RSA die Risikostruktur über die indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit erfasst. Kritisiert wird dabei, dass so die unterschiedliche Morbidität der Versicherten zwischen den Kassen nicht ausgeglichen wird und deshalb Kassen mit vielen Kranken einen Wettbewerbsnachteil haben. Es ist nun geplant, für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 vH überschritten werden, Morbiditätszuschläge zu zahlen. Ob mit der Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Krankheiten eine bessere Abbildung der Risikostruktur der Kassen erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall dürfte diese Form des Ausgleichs die Morbidität unvollständiger erfassen als ein vorher in der Diskussion befindlicher umfassender Morbi-RSA, der die Morbiditätsorientierung des RSA aufgrund von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen gewährleisten sollte (IGES, Lauterbach und Wasem, 2004). Entsprechend kann es weiterhin zu Risikoselektionsanreizen kommen.

Konvergenzklausel

306. Völlig verfehlt ist die im Oktober beschlossene so genannte Konvergenzklausel, nach der in der Konvergenzphase regionale „Belastungssprünge“ aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und der damit verbundenen Veränderungen der Finanzströme vermieden werden sollen. Sie wurde von den Ländervertretern durchgesetzt, die Zusatzbelastungen für ihre Bundesländer befürchteten. Die finanziellen Belastungen für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen sollen sich in Stufen von höchstens 100 Mio Euro jährlich aufbauen. Wird der Schwellenwert überschritten, sind die Zuweisungen aus dem Fonds zu er-

höhen. Stellt das Bundesversicherungsamt in einem Ausgleichsjahr für kein Land eine Überschreitung des Schwellenwerts fest, endet die Konvergenzphase.

Der Sache nach ist die Argumentation der Bundesländer nicht nachvollziehbar. So kann man bestenfalls die Allgemeinen Ortskrankenkassen den einzelnen Bundesländern zuordnen. Diese Aufteilung ist aber durch die Möglichkeit von länderübergreifenden Kassenfusionen mehr als fragwürdig, wie zum Beispiel die Fusion der AOK-Rheinland mit der AOK-Hamburg zeigt. Im Übrigen sind alle Ersatzkassen bundesweite Kassen. Zudem ist es höchst widersprüchlich, einen Gesundheitsfonds und einen bundeseinheitlichen Beitragssatz für alle Kassen zu beschließen und gleichzeitig die damit verbundenen Umverteilungseffekte zu beklagen. Außerdem hat das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen, dass die regionale Umverteilung Ausdruck der bundesweiten Solidargemeinschaft der GKV ist und die Beitragsgelder nicht den Bundesländern zugeordnet werden dürfen. Im Ergebnis wird hier ein weiteres Element installiert, das den Wettbewerb verfälscht. Da, nur um diese Konvergenzklausel zu realisieren, für jedes Bundesland eine „Belastungsrechnung“ durchgeführt werden muss, sind zusätzliche, in hohem Maße unnötige Verwaltungskosten kaum zu vermeiden. So muss der bis zum Jahr 2008 gültige Risikostrukturausgleich in einer Parallelrechnung fiktiv für das Jahr 2009 durchgeführt werden, um einen Maßstab für die Belastungen der Kassen zu erhalten.

Reform des Honorierungssystems für niedergelassene Ärzte

307. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte soll das durch Budgets und floatende Punktwerte gekennzeichnete Honorarsystem (JG 2003 Ziffer 303) durch eine Gebührenordnung mit Pauschalvergütungen und wenigen Einzelleistungsvergütungen, kombiniert mit Abstaffelungsregelungen zur Mengensteuerung, ersetzt werden.

Geplant ist, eine **Gebührenordnung mit Euro-Beträgen** festzulegen. Auf Landesebene können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen Zu- und Abschläge von den bundeseinheitlichen Orientierungswerten aushandeln, um so regionalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Hat eine Arztpraxis die abrechenbare Leistungsmenge (Regelleistungsvolumen) überschritten, werden die Preise gestaffelt. Bei den hausärztlichen Leistungen können nach Alter und Geschlecht differenzierte Versichertenpauschalen gezahlt werden. Für als besonders förderungswürdig angesehene Leistungen (Hausbesuche) sind Einzelleistungsvergütungen möglich. Fachärztliche Leistungen werden, nach Arztgruppen differenziert, in Form von Grund- und Zusatzpauschalen vergütet. Zusätzlich ist die Vereinbarung von diagnosebezogenen Pauschalen je Facharztgruppe bei Diagnosen möglich, die einen erheblichen therapeutischen Aufwand und hohe Kosten verursachen. Einzelleistungsvergütungen sind generell nur noch in Ausnahmefällen möglich. Vorgesehen sind aber Zuschläge für besondere Qualität, die nach bundeseinheitlichen Kriterien festgelegt werden. Eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende Mengenausweitung soll außer durch die abgestaffelten Preise durch Überweisungsvorbehalte, Abrechnungsausschlüsse und Aufteilung der Pauschalen bei Überweisungen an einen anderen Arzt vermieden werden. Die bisherige Budgettierung wird abgeschafft und damit das Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen verlagert, da Mehrleistungen, die auf eine höhere Morbidität der Versicherten zurückzuführen sind, sich in Honorarsteigerungen niederschlagen. Die dafür benötigten Vergütungen sind deshalb nicht in dem auf Landesebene vorab vereinbarten Finanzvolumen (Gesamtvergütung) enthalten. Krankenkassen zahlen unabhängig von der Kassenart grundsätzlich den gleichen Preis für eine Leistung; kassenartenspezifische Vereinbarungen gibt es mithin nicht mehr. Mit dem neuen Honorierungssystem soll auch das Niederlassungsverhalten der Ärzte gesteuert werden, da Ärzte in unterversorgten Gebieten höhere und Ärzte in überversorgten Gebieten geringere Vergütungen erhalten sollen.

Insgesamt dürfte der Wechsel zu einer Euro-Gebührenordnung die Transparenz für die Patienten und Kassen sowie die Kalkulationssicherheit der Ärzte erhöhen. Ob auch der Anreiz zur Leistungsausweitung und Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen eingedämmt werden kann, hängt von der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung ab. Die Reform dürfte aber zumindest kurzfristig zu finanziellen Mehrbelastungen der Kassen führen. Da mit dem GKV-Modernisierungsgesetz schon eine (nicht praktikable) Honorarreform beschlossen wurde, stellt diese Maßnahme nicht mehr als eine Erledigung der Aufgaben dar, die ohnehin im Lastenheft der Bundesregierung standen, seinerzeit allerdings schon für das Jahr 2007 (JG 2003 Ziffer 303). Dieser Zeitplan kann nun nicht mehr eingehalten werden, denn es ist vorgesehen, dass die neuen Regelungen am 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Maßnahmen im Arzneimittelbereich

308. Im Arzneimittelbereich sieht die Gesundheitsreform vor, die Arzneimittelpreisverordnung von Festpreisen auf **Höchstpreise** umzustellen. Dies erweitert die Möglichkeiten, mit den Arzneimittelherstellern abweichende Preisvereinbarungen zu treffen. Dabei werden Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern geschlossen, an denen die Apotheker beteiligt werden können. Apotheken können auch direkt mit den Arzneimittelherstellern Rabatte vereinbaren, soweit die Krankenkasse diese Möglichkeit nicht nutzt. Die daraus resultierenden Preisvorteile sollen an die Krankenkassen abzüglich 15 vH des Rabattbetrags, höchstens jedoch abzüglich 15 Euro je Packung weitergegeben werden. Durch Rabattvereinbarungen und die bevorzugte Abgabe von Medikamenten, für die solche Rabatte ausgehandelt wurden, sollen mindestens 500 Mio Euro in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eingespart werden. Gelingt dies nicht, ist der fehlende Betrag durch einen höheren gesetzlich fixierten Rabatt, den die Apotheken den Kassen gewähren, aufzubringen.

Die Regelungen können dazu führen, dass Apotheker einen Anreiz haben, nicht das preisgünstigste Präparat abzugeben, sondern dasjenige, bei dem sie den größten Rabatt ausgehandelt haben, den sie wiederum teilweise für sich vereinnahmen können. Insgesamt besteht die Gefahr, dass es zu einem Wettbewerb nicht um Preise, sondern um Rabatte kommt, der nicht unbedingt zu Einsparungen bei den Kassen führen muss.

309. Ein Großteil der Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich wird dem so genannten Struktureffekt zugeschrieben, also Ausgabensteigerungen, die dadurch entstehen, dass verstärkt hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel verschrieben werden. Da unter diesen Präparaten auch solche sind, die keinen relevanten therapeutischen Zusatznutzen haben, sondern so genannte Scheininnovationen darstellen, ergeben sich Einsparpotentiale, die zumindest teilweise dadurch realisiert werden sollen, dass die Nutzenbewertung von Arzneimitteln zu einer **Kosten-Nutzen-Bewertung** ausgebaut werden soll. Bisher gibt es nur eine Nutzenbewertung, die auf Antrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird und die Grundlage dafür bilden kann, die Verordnung eines Arzneimittels einzuschränken oder auszuschließen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll keine Hürde für die Zulassung von Arzneimitteln sein, sondern lediglich die Grundlage für die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags bilden.

310. Bei der Verschreibung von sehr kostenintensiven Arzneimitteln muss der Arzt eine **Zweitmeinung** von fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten einholen. Damit soll ein optimaler Einsatz von Ressourcen erreicht und eine rationale Arzneimitteltherapie gefördert werden. Auch die Abgabe von einzelnen Tabletten durch die Apotheken (**Vereinzelung**) soll erleichtert werden.

Reformen der Organisationsstrukturen

311. Es ist zu begrüßen, dass **kassenartenübergreifende Fusionen** nunmehr zugelassen werden sollen, nachdem dies noch im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Modernisierungsgesetz verhindert worden war. Fusionierte Kassen können zukünftig ihren Verband frei wählen. Als Folge dieser Erleichterung von Kassenfusionen erwartet man eine Reduktion der Anzahl der etwa 250 Krankenkassen und damit einhergehende Einsparungen, weil Skaleneffekte realisiert werden und die Verwaltungskosten sinken könnten. Ob dies tatsächlich der Fall sein wird, bleibt abzuwarten. Die Kassenfusionen der Vergangenheit geben keine Anhaltspunkte, dass es in bedeutendem Ausmaß zu solchen Einsparungen gekommen ist. Freilich muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmenden Aufgaben, wie zum Beispiel dem Aushandeln von Einzelverträgen mit den Leistungserstellern, auch zusätzliche Kosten auf die Krankenkassen zukommen, die einen Rückgang der Verwaltungskosten verhindern können. Um solche Transaktionskosten zu verringern und um die Verhandlungsmacht der Kassen zu erhöhen, steht es den Kassen zukünftig frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden, zum Beispiel zum Aushandeln von Einzelverträgen mit den Leistungserstellern. Auch können sie sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen. Eine Überwachung durch das Bundeskartellamt soll eine marktbeherrschende Stellung einzelner Kassen verhindern.

312. Um die Entscheidungsstrukturen zu straffen, will die Bundesregierung einen **GKV-Spitzenverband** schaffen, der die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten soll. Auf Landesebene bleibt es bei der bisherigen Verbändestruktur. Der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ soll Kollektivverträge für „zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (zum Beispiel Rahmenvertrag für Vergütungen auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen)“ abschließen. Nicht zuständig ist der Spitzenverband dagegen für so genannte wettbewerbliche Aufgaben wie zum Beispiel Hausarzttarife, Integrationsverträge oder Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken. Hier haben die Kassen beziehungsweise Kassenzusammenschlüsse völlige Vertragsfreiheit. Mit der Gründung des Spitzenverbands für die Krankenkassen und seiner Kompetenz zum Abschluss von Kollektivverträgen könnte ein Schritt zu einer Einheitskasse getan sein.

Zu begrüßen ist, dass für die Krankenkassen die **Rechnungslegung nach dem Handelsgesetzbuch** eingeführt werden soll. Auf diese Weise wird die Transparenz des Systems erhöht.

Sonstige Maßnahmen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

313. Die Kassen werden verpflichtet, Hausarztmodelle anzubieten. Diese Verpflichtung war bereits im GKV-Modernisierungsgesetz enthalten. Allerdings wird die hausarztzentrierte Versorgung nun durch Einzelverträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern organisiert, und zudem werden gesetzliche Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung festgelegt. Weiterhin sollen fakultative Selbstbehalte auch für Pflichtversicherte eingeführt werden. Die Kostener-

stattung soll durch eine Entbürokratisierung attraktiver werden. Die Möglichkeit der Kostenerstattung wurde ebenfalls schon mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt, aber aufgrund der sperrigen Ausgestaltung kaum genutzt. Auch sollen in einem größeren Umfang vom Kollektivvertrag abweichende Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen zugelassen werden. Krankenhäuser müssen einen Sanierungsbeitrag von insgesamt 1 vH der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen erbringen. In Anbetracht der Mehrausgaben aufgrund der höheren Ärztegehälter infolge der jüngsten Tarifabschlüsse ist dies bedenklich. Nichtversicherte erhalten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Versicherung. Damit wird ein Versicherungsschutz für alle Bürger möglich. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung sollen den Krankenkassen erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, wie die Möglichkeit Ausschreibungen vorzunehmen. Bei den Fahrtkosten sollen dadurch Einsparungen erzielt werden, dass Abschläge in Höhe von 3 vH vorgenommen werden. Leistungskürzungen gibt es bei selbstverschuldeten Behandlungsnotwendigkeiten (zum Beispiel nach Schönheitsoperationen), Leistungsausweitungen im Bereich von Schutzimpfungen, geriatrischer Rehabilitation und Palliativversorgung. Außerdem werden Mütter-/Väter-Kind-Kuren in den Regelleistungskatalog aufgenommen.

314. Für die Leistungsausweitungen werden von der Bundesregierung für das Jahr 2007 rund 0,3 Mrd Euro veranschlagt und danach jährliche Kosten von 0,4 bis 0,5 Mrd Euro. Die Einsparungen sollen im Jahr 2007 insgesamt 1,7 Mrd Euro ausmachen und in den Folgejahren 2,1 Mrd Euro, wovon die Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise mit 1,0 Mrd Euro und der Abschlag auf Krankenhausrechnungen mit 0,35 Mrd Euro sowie die Ausschreibungen bei Hilfsmitteln mit 0,3 Mrd Euro die größten Posten darstellen. Insgesamt soll die Gesundheitsreform die GKV im Jahr 2007 mit 1,4 Mrd Euro und danach etwa mit 1,7 Mrd Euro entlasten.

Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung

315. Die letztlich beschlossenen Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleiben deutlich hinter dem zurück, was in den Eckpunkten ursprünglich vorgesehen war, wenngleich auch bei diesen Plänen, so sie denn umgesetzt worden wären, die ineffiziente Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts durch die Versicherungspflichtgrenze bestehen geblieben wäre (JG 2004 Ziffern 487 ff.). Zumindest war aber eine stärkere Intensivierung des Wettbewerbs in diesem Segment durch Schaffung einer generellen Portabilität von Alterungsrückstellungen vorgesehen. Dies wurde aber im Oktober wieder fallen gelassen. Denn die Portabilität wird zwar grundsätzlich für alle PKV-Tarife eingeführt, aber in ihrer Höhe durch den Basistarif bestimmt.

Dieser neu zu schaffende **PKV-Basistarif** soll den Leistungsumfang der GKV absichern. Bei diesem Tarif besteht Kontrahierungszwang der privaten Versicherungen, eine Risikoprüfung findet nicht statt. Somit werden auch keine Risikozuschläge erhoben. Die Prämien werden aber nach Alter und Geschlecht differenziert. Zudem werden Alterungsrückstellungen gebildet. Bei einem Versicherungswechsel innerhalb des PKV-Systems im Basis-Tarif werden grundsätzlich die standardisierten kalkulatorischen Alterungsrückstellungen an die aufnehmende Versicherung übertragen. Beim Versicherungswechsel wird von der aufnehmenden Versicherung der Tarif nach Maßgabe des ursprünglichen Eintrittsalters berechnet. Dies gilt allerdings nicht für die Bestandsversicherten. Für sie wird vielmehr für eine Übergangsfrist von fünf Jahren die Portabilität beschränkt. Denn für Bestandsversicherte im Alter über 40 Jahren, die vor Vollendung des 40. Le-

bensjahres in eine Versicherung eingetreten sind, wird beim Wechsel ein Mindesteintrittsalter von 40 Jahren unterstellt und entsprechend die zu übertragenden Alterungsrückstellungen gekürzt. Ist der Versicherte beim Wechsel jünger als 40 Jahre, gilt dieses Alter als Eintrittsalter, so dass jüngere Versicherte beim Versicherungswechsel faktisch keine Alterungsrückstellungen mitnehmen können. Zudem wird bei Tarifen, die im Leistungsumfang über den Basistarif hinausgehen und deshalb höhere Alterungsrückstellungen als im Basistarif erfordern, beim Versicherungswechsel die niedrigere Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgesetzt, was den Versicherungswechsel unattraktiver macht und den Wettbewerb weiterhin beschränkt.

Damit es zu keiner Risikoselektion kommt, wird für den Basistarif ein Risikoausgleich ähnlich wie in der privaten Pflegeversicherung etabliert. Zudem soll der Basistarif mit einer Selbstbeteiligung von wahlweise 300, 600, 900 oder 1 200 Euro im Jahr verbunden sein, die ein Gegenstück zu den Zuzahlungen im Bereich der GKV darstellen sollen. Die Honorierung der Ärzte für Versicherte im Basistarif soll der Honorierung der Leistungen für gesetzlich Versicherte entsprechen. Der Basistarif kann von allen Personen mit einem Monatseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3 937,50 Euro gewählt werden. Unklar bleibt, wer diesen Tarif tatsächlich wählen wird. Tendenziell dürften es diejenigen Personen sein, für die eine „reguläre“ private Krankenversicherung wegen der Risikozuschläge nicht attraktiv ist, deren GKV-Beiträge allerdings noch höher sind. Auch könnte es für PKV-Versicherte, die derzeit hohe Risikozuschläge zahlen, attraktiv sein, in den Basistarif zu wechseln. Insgesamt werden sich im Basistarif also eher schlechte Risiken sammeln, was sich entsprechend auf die Prämienhöhe auswirken wird. Die PKV dürfte kein großes Interesse haben, den Basistarif attraktiv zu gestalten. Mithin wird der einzige Bereich der Privaten Krankenversicherung, in dem ein Wettbewerb um den Versichertenbestand im Prinzip möglich wäre, eher ein Mauerblümchendasein fristen, womit die PKV die Ziele erreicht hat, ihr Marktsegment von einem wirklichen Bestandswettbewerb frei zu halten und die Möglichkeit zur Risikoselektion zu wahren.

Eine finanzielle Überbelastung der Versicherten im Basistarif soll dadurch vermieden werden, dass die Prämien für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten dürfen. Für Ehepaare darf der Gesamtbeitrag nicht mehr als 150 vH des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV betragen, womit in Anlehnung an die Regelungen in der privaten Pflegeversicherung eine Beitragsreduktion für Ehepaare etabliert wird. Würde durch die Bezahlung der Prämie bei einem Versicherten Hilfebedürftigkeit ausgelöst, wird die Prämie halbiert. Sollte die Hilfebedürftigkeit auch dann noch bestehen, wird auf die Träger des Arbeitslosengelds II und die Sozialhilfeträger verwiesen, die dann einen Beitrag zahlen, der nicht höher sein darf als der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II zu zahlende GKV-Beitrag. Die Kosten dieses sozialen Ausgleichs werden damit auf die PKV und die Gesamtheit der Steuerzahler aufgeteilt. Diese Regelung des sozialen Ausgleichs für den Basistarif ist wichtig, da auch im Bereich der PKV die **Rückkehrmöglichkeit für Nichtversicherte** realisiert werden soll. Denn allen Nichtversicherten, die ehemals in der PKV versichert waren, darf die Versicherung zum Basistarif nicht verweigert werden.

316. Der Wechsel von freiwillig Versicherten in die PKV wird erschwert, da ein Wechsel erst möglich ist, wenn der Versicherte in drei aufeinander folgenden Jahren ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze bezogen hat. Um zahlreiche Versicherungswechsel von der GKV in die PKV zu vermeiden, wurde rückwirkend der 4. Juli 2006, der Tag, an dem die Eckpunkte vorgestellt wurden, als Stichtag für die Dreijahresfrist gewählt. Die Regelung gilt nicht für Arbeitnehmer, die bei Inkrafttreten der Neuregelung freiwillig gesetzlich krankenversichert sind und zu diesem Zeitpunkt bereits in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten haben. Den privaten Krankenversicherungen wird mit Einführung der dreijährigen Wartezeit der Zustrom von Neukunden beschnitten. Versicherte mit hohen beitragspflichtigen Einkommen werden dagegen länger an die GKV gebunden. Die dreijährige Wartezeit führt zudem dazu, dass die Prämien in der PKV wegen des dann höheren Eintrittsalters der Neukunden ebenfalls höher sind und somit die Attraktivität eines Wechsels von der GKV zur PKV verringert wird.

Fazit

317. In der Summe ist die gefundene Kompromisslösung vor allem hinsichtlich der Finanzierungsseite enttäuschend und erreicht nicht (einmal) die Ziele, die im Koalitionsvertrag genannt werden. Es wird keine Senkung der Lohnzusatzkosten erreicht, im Gegenteil: Der Beitragssatz wird ansteigen. Eine Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten findet nicht statt. Der Wettbewerb zwischen den Kassen wird durch die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds verzerrt und eher abnehmen. Gesetzlich festgelegte einheitliche Beitragssätze und ein weitgehender Verlust der Finanzautonomie der Krankenkassen sind Schritte zu einer „Einheitskasse“, genauso wie die Gründung eines GKV-Spitzenverbands, der verbindliche Kollektivverträge abschließen kann. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung wurden nötige und mögliche Maßnahmen zur Intensivierung des Wettbewerbs unterlassen.

II. Gesetzliche Rentenversicherung: Reformfordernisse weitgehend erfüllt

318. Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) hat es in den letzten Jahren beachtliche Reformanstrengungen gegeben, die geeignet waren, die Rentenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Mit der geplanten Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und der Ankündigung, bei der Rentenanpassung einen Nachholfaktor zu berücksichtigen, wurden von der Bundesregierung weitere wichtige und richtige Reformen eingeleitet. Bei einer Gesamtschau der noch erforderlichen Reformmaßnahmen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung steht als eine notwendige Nachjustierung, die Umstellung der Lohngröße in der Rentenanpassungsformel auf die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, an. Zudem sollte eine Reform der Hinterbliebenenrente angestrebt werden mit dem Ziel, die Hinterbliebenenversorgung stärker an der Bedürftigkeit der Hinterbliebenen zu orientieren. Schließlich ist zu diskutieren, ob die Gesetzliche Rentenversicherung hin zu einer Erwerbstätigenversicherung weiterentwickelt werden soll. Denn vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl von kaum abgesicherten Selbständigen mit geringen Einkommen könnten zumindest eine Versicherungspflicht für diesen Personenkreis, aber auch eine Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung um diese Personen sinnvoll sein.

1. Die finanzielle Lage der Gesetzlichen Rentenversicherung: Vorübergehende Entlastung durch Sondereffekt

Einnahmen: Sondereffekt durch Vorziehen des Zahlungstermins

319. Die finanzielle Lage der Allgemeinen Rentenversicherung hat sich in diesem Jahr entspannt, da vor allem das Vorziehen des Zahlungstermins für Beitragszahlungen (JG 2005 Ziffer 492) die Einnahmen aus Pflichtbeiträgen in den ersten neun Monaten dieses Jahres um 9,6 vH oder 10,7 Mrd Euro zunehmen ließ. Die Unternehmen konnten die zusätzlichen Zahlungen aufgrund des Vorziehens des Fälligkeitstermins bis zum Juli strecken, so dass sich die Effekte nicht nur in den Beitragseinnahmen des Januars, sondern auch in den Folgemonaten niederschlugen. Insgesamt betrug die Mehreinnahmen aufgrund des Vorziehens des Fälligkeitstermins rund 10,5 Mrd Euro.

Rechnet man diesen Vorzieheffekt heraus, ergibt sich für das Jahr 2006 ein Anstieg der Einnahmen aus Pflichtbeiträgen um nicht mehr als 0,7 vH. Dies zeigt, dass sich in diesem Jahr die seit längerem bestehende Einnameschwäche nur leicht abgemildert hat und durch den Sondereffekt überdeckt wurde. Ohne diese einmaligen Einnahmen hätte die Gesetzliche Rentenversicherung auch in diesem Jahr ein Defizit realisiert; der Beitragssatz hätte also höher liegen müssen, weshalb schon aus diesem Grunde für das Jahr 2007 eine Beitragssatzerhöhung angezeigt ist.

Zudem wird die Einnahmeseite der Gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2007 durch im Koalitionsvertrag beschlossene Maßnahmen zur Konsolidierung des Bundeshaushalts belastet. Denn ab dem 1. Januar 2007 werden durch das Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze die **Beitragszahlungen zur GRV für Empfänger von Arbeitslosengeld II** reduziert. Danach beträgt ab dem 1. Januar 2007 die Beitragsgrundlage für die Bemessung der GRV-Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II nicht mehr 400 Euro, sondern nur noch 205 Euro. Der Beitrag reduziert sich damit monatlich von rund 78 Euro auf rund 40 Euro im Monat. Die bisher bestehende Regelung, dass die Beitragszahlung für Personen, die Arbeitslosengeld II ergänzend zum Arbeitslosengeld beziehen, anteilig reduziert wird, entfällt. Insgesamt sollen mit dieser Maßnahme, die den Charakter einer Verschiebepolitik hat, pro Jahr rund 2 Mrd Euro an Beitragszahlungen für den Bund eingespart werden. Die Gesetzliche Rentenversicherung wird dagegen kurzfristig in entsprechender Höhe belastet, was rund 0,23 Beitragssatzpunkten entspricht. Auch die zu erwartende Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung der Rentner belastet die Rentenversicherung, da sie für die Rentner einen dem Arbeitgeberanteil entsprechenden Beitrag an die Gesetzliche Krankenversicherung zahlen muss. Erhöht sich der Beitragssatz – wie von der Regierung angekündigt – um 0,5 Prozentpunkte, bedeutet dies Mehrausgaben der Rentenversicherung von rund 490 Mio Euro. Steigt der Beitragssatz zur Krankenversicherung der Rentner stärker, könnte es zu entsprechend höheren Mehrausgaben kommen. Damit ist auch in diesem Sozialversicherungszweig ein Teil der für das Jahr 2007 geplanten Beitragssatzerhöhung auf 19,9 vH durch Maßnahmen der Regierung selbst verursacht.

320. Durch die **Anhebung des Beitragssatzes für geringfügig entlohnte Beschäftigte** zur Gesetzlichen Rentenversicherung von 12 vH auf 15 vH erzielt die Gesetzliche Rentenversicherung zwar Mehreinnahmen, diese sollen aber in Form eines reduzierten Bundeszuschusses an den Bund „zurückgegeben werden“. Gleiches gilt für die Mehreinnahmen aufgrund der Begrenzung der Sozialversicherungsfreiheit von Zuschlägen für Sonn-, Feiertags- und Nachtarbeit auf einen Stunden-

lohn bis zu 25 Euro. Der allgemeine Bundeszuschuss wird daher um die geschätzten Mehreinnahmen durch die Beitragssatzerhöhung pauschal um 170 Mio Euro im Jahr 2006 und im Jahr 2007 um 340 Mio Euro vermindert. Im jeweiligen Folgejahr werden die pauschalierten Beträge mit den tatsächlichen zusätzlichen Einnahmen verrechnet. Dieser komplizierte Umweg über die Gesetzliche Rentenversicherung wurde offenbar deshalb gewählt, weil die Mehreinnahmen aus der einfacheren und transparenteren Anhebung des pauschalen Lohnsteuersatzes auf Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung nicht nur dem Bund, sondern zum Teil auch den Ländern und Gemeinden zugestanden hätten.

Ausgaben: Nullrunden und Mehrausgaben durch Schutzklausel

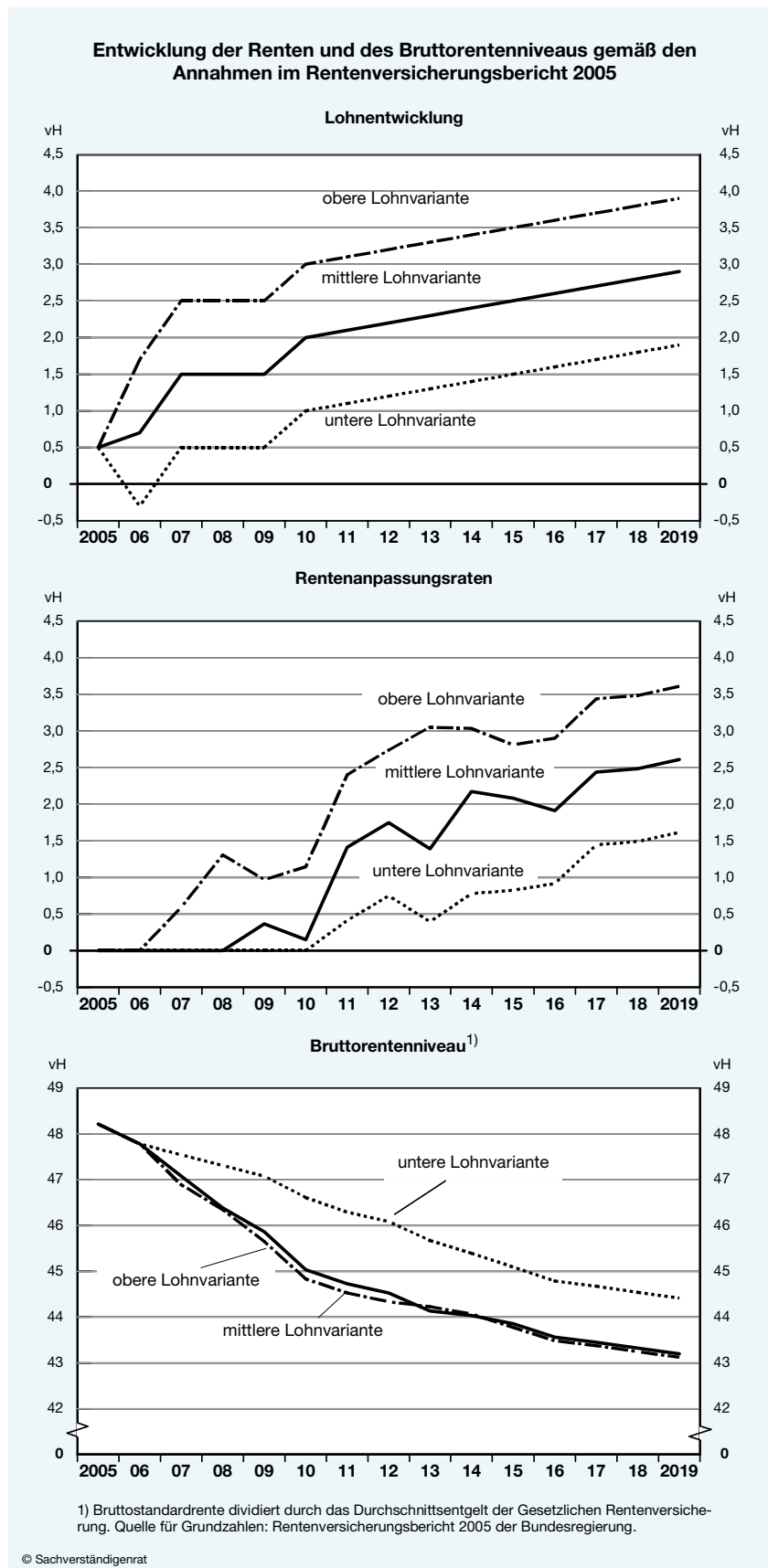
321. Die gesamten Ausgaben der Allgemeinen Rentenversicherung gingen vor allem aufgrund einer Reduktion der Verwaltungskosten leicht zurück, während die **Rentenausgaben** um 0,3 vH stiegen. Dieser Anstieg war im Wesentlichen auf Netto-Rentenzugänge zurückzuführen. Denn die Renten für die Bestandsrentner wurden im dritten Jahr hintereinander nicht erhöht. Da am Anfang des Jahres sogar eine Rentenkürzung aufgrund der schwachen Entwicklung der Löhne und aufgrund der dämpfenden Effekte, die die Arbeitsgelegenheiten auf die in den VGR ermittelten Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer bewirken (JG 2005 Ziffer 489), nicht auszuschließen gewesen war, wurde zunächst klargestellt, dass Arbeitsgelegenheiten bei der Ermittlung der für die Rentenanpassung relevanten Lohngröße keine Rolle spielen sollen. Zudem wurde am 8. Februar das **Gesetz über die Weitergeltung der aktuellen Rentenwerte ab 1. Juli 2006** im Kabinett beschlossen. Dieses Gesetz trat am 1. Juli in Kraft und sollte nominale Rentenkürzungen verhindern. Nach der bisherigen Gesetzeslage waren nominale Rentenkürzungen dann möglich, wenn die für die Rentenanpassung maßgebliche Größe der Zuwachsrate der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der Entwicklung der beitragspflichtigen Bruttoentgelte im vorvergangenen Jahr gesunken war (JG 2005 Ziffer 488). Da dies zum Zeitpunkt der Gesetzesverabschiedung für das Jahr 2005 nicht auszuschließen war und somit eine Rentenkürzung im Jahr 2006 drohte, wurde mit diesem Gesetz festgelegt, dass der aktuelle Rentenwert des Jahres 2005 auch nach dem 1. Juli 2006 gelten sollte. Tatsächlich war die für die Rentenanpassung maßgebliche Lohngröße im vergangenen Jahr in Westdeutschland leicht um 0,20 vH gestiegen und in Ostdeutschland um 0,41 vH gesunken. Da aber die Rentenanpassung gemäß § 255a Absatz 2 SGB VI in Ostdeutschland mindestens der Rentenanpassung in Westdeutschland entsprechen muss, wäre damit dieses Gesetz zur Verhinderung nominaler Rentenkürzungen nicht erforderlich gewesen. Allerdings wurde im Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Renten bis zum Jahr 2009 nicht gekürzt werden sollen, so dass diese Regelung – sofern sie verlängert würde – in späteren Jahren greifen könnte. Ist dies der Fall, kommt es zu einem Anstieg des Rentenniveaus und damit zu einem weiteren Beitragssatzerhöhungsdruck. Das Gesetz steht diametral dem entgegen, was man mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz erreichen wollte, namentlich das Rentenniveau zu senken, um die Beitragssatzentwicklung zu dämpfen.

322. In der öffentlichen Diskussion stand die Frage im Vordergrund, wie lange die Rentner noch mit **Nullrunden** zu rechnen hätten. In dem von der Bundesregierung im März dieses Jahres vorgelegten Rentenversicherungsbericht wurde klargestellt, dass es unter den im Bericht getroffenen (mittleren) Annahmen zu keiner nominalen Rentenerhöhung bis zum Jahr 2008 kommen wird (Schaubild 63, Seite 240). Danach sind je nach Annahmen über die Lohnentwicklung und die Ent-

wicklung am Arbeitsmarkt Rentensteigerungen möglich, die aber hinter den Lohnsteigerungen zurückbleiben, zum einen weil die in der Rentenanpassungsformel integrierte „Riester-Treppe“ und der Nachhaltigkeitsfaktor den Rentenanstieg bremsen (JG 2004 Ziffern 314 f.) und zum anderen da ab dem Jahr 2012 ein Abschlag berechnet wird, um die aufgrund der Schutzklausel in der Vergangenheit unterbliebene Rentenniveausenkung nachzuholen (JG 2005 Ziffer 488). Gemäß dieser Schutzklausel dürfen die Riester-Treppe und der Nachhaltigkeitsfaktor nicht zu Rentensenkungen führen. Im Falle der unteren Lohnvariante käme es erst im Jahr 2011 wieder zu einer Rentensteigerung. Bis zum Jahr 2010 greift die Schutzklausel mit der Folge, dass die dämpfenden Wirkungen der Riester-Treppe und des Nachhaltigkeitsfaktors abgeschnitten werden, um eine nominale Rentensenkung aufgrund dieser Bremsfaktoren zu verhindern. Entsprechend wird das Rentenniveau nicht in dem Ausmaß gesenkt, wie es in der mittleren und oberen Lohnvariante möglich wäre, bei denen die die Rentenanpassung dämpfenden Wirkungen der Riester-Treppe und des Nachhaltigkeitsfaktors voll zur Geltung kommen könnten (JG 2005 Ziffer 488). Die tatsächliche Lohnentwicklung im Jahr 2006 bestätigt in etwa die Annahme im Rentenversicherungsbericht, so dass es im Jahr 2007 wahrscheinlich zu keiner oder nur zu einer sehr geringen Rentenerhöhung kommen dürfte.

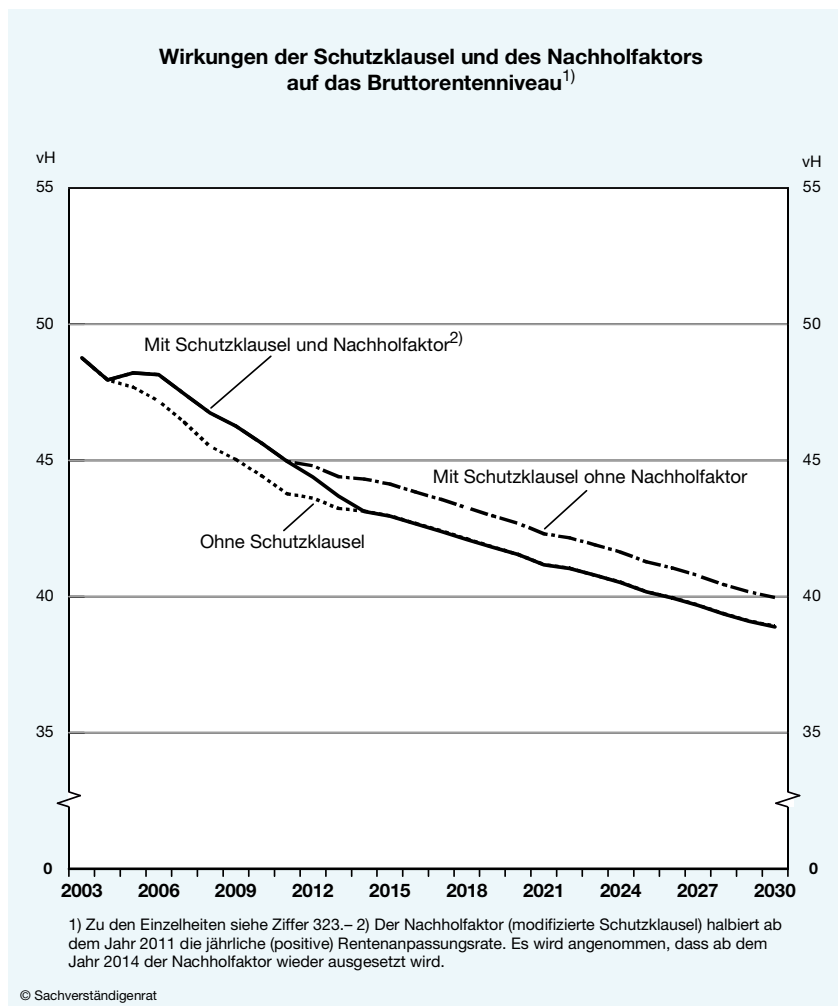
323. Durch die Wirkung der **Schutzklausel** wurde in Westdeutschland im Jahr 2005 eine Rentenkürzung um 1,1 vH und im Jahr 2006 um 0,91 vH verhindert. In der Summe fanden damit Rentensenkungen um 2 vH und eine Reduktion des Bruttorentenniveaus um einen Prozentpunkt nicht statt. Für die Renten in Ostdeutschland beträgt der kumulierte Effekt aus den Jahren 2005 und 2006 sogar über 2,5 vH der Rentenausgaben. Die Wirkung der Schutzklausel verursacht sich kumulierende Mehrausgaben in Höhe von derzeit rund 4 Mrd Euro jährlich. Legt man die mittlere Variante der Lohnentwicklung aus dem Rentenversicherungsbericht zugrunde, wird auch in den Jahren 2007 und 2008 die Schutzklausel greifen. Dies führt dazu, dass die Renten in Westdeutschland dann um insgesamt 2,7 vH höher ausfallen als ohne Schutzklausel. Die jährlichen Ausgabebelastungen im Vergleich zur Situation ohne Schutzklausel nehmen dann auf über 5 Mrd Euro oder rund 0,6 Beitragssatzpunkte zu. Die finanziellen Auswirkungen der Schutzklausel sind also heute schon beträchtlich und werden weiter anwachsen. Deshalb ist ein Nachholen der unterbliebenen Rentenmindersteigerungen beziehungsweise der unterbliebenen Rentenniveausenkungen – auch wenn man wider Erwarten die Schutzklausel abschaffen sollte – angezeigt. Im Koalitionsvertrag wurde deshalb die Einführung eines solchen Nachholfaktors vereinbart. Im Oktober wurde von der „Koalitionsgruppe zur Umsetzung der Maßnahmen in der Alterssicherung“ beschlossen, einen als „modifizierte Schutzklausel“ bezeichneten Nachholfaktor ab dem Jahr 2011 einzuführen und so auszugestalten, dass dieser die jährliche (positive) Rentenanpassungsrate gerade halbiert. Legt man eine mittlere Lohnentwicklung zugrunde, würde der Nachholfaktor mit den Rentenanpassungen der Jahre 2011 bis 2013 die durch die Schutzklausel unterbliebenen Rentenmindersteigerungen nachgeholt haben. Die Lücke zwischen dem mit dem Beitragssatzziel konformen Pfad des Rentenniveaus ohne Anwendung der Schutzklausel und dem Rentenniveau, das ohne Nachholfaktor gegolten hätte, wäre geschlossen (Schaubild 64, Seite 241). Der diskretionär festgesetzte Nachholfaktor müsste dann im Jahr 2014 entsprechend diskretionär ausgesetzt werden, solange bis die Schutzklausel erneut greift. Vorteilhafter wäre es – wenn man nicht die Streichung der Schutzklausel in Erwägung ziehen will – den Nachholfaktor in die Rentenanpassungsformel zu integrieren.

Schaubild 63



ren. Er würde dann gleichsam automatisch und rascher die Wirkungen der Schutzklausel in der richtigen Höhe kompensieren (Bomsdorf, 2005; Gasche, 2005).

Schaubild 64



2. Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre

324. Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, das **gesetzliche Renteneintrittsalter** spätestens bis zum Jahr 2035 auf 67 Jahre anzuheben. In einem ersten Kabinettsbeschluss vom 1. Februar 2006 wurde dann festgelegt, dass die neue gesetzliche Regelaltersgrenze von 67 Jahren schon im Jahr 2029, also ab dem Geburtsjahrgang 1964, erreicht werden soll. Ab dem Jahr 2012 wird das gesetzliche Renteneintrittsalter in 12 Jahren jeweils um einen Monat erhöht, danach 6 Jahre lang jeweils in Zweimonatsschritten. Einen Rentenbeginn ohne Abschläge schon mit 65 Jahren soll es dagegen für langjährig Versicherte mit mindestens 45 Beitragsjahren geben. Das entsprechende Gesetz soll spätestens im Jahr 2007 beschlossen werden.

325. Die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist der letzte noch ausstehende wichtige Schritt zur nachhaltigen Stabilisierung und Sicherung des Rentenversicherungssystems. Deshalb sind die Pläne der Bundesregierung ausdrücklich zu begrüßen. Hinsichtlich der **Einsparungen**, die aus einer Anhebung des Renteneintrittsalters resultieren, muss zwischen kurzfristigen und mittelfristigen Entlastungseffekten unterschieden werden. Wird die Erwerbszeit bis zur neuen Regelaltersgrenze ausgeweitet, kommt es kurzfristig zu Mehreinnahmen der Rentenversicherung, weil in der verlängerten Erwerbszeit zusätzlich Beiträge geleistet werden; gleichzeitig entstehen im Vergleich zum Status quo Minderausgaben, da die Renten für diese Personen nicht gezahlt werden

müssen. Mittelfristig werden durch die längere Erwerbsphase höhere Rentenansprüche erworben, so dass die späteren monatlichen Rentenzahlungen über die gesamte Rentenbezugszeit höher ausfallen. Die Rentenbezugszeit ist allerdings im Vergleich zum Status quo verkürzt, was wiederum entlastend wirkt. Die Einsparungen der Rentenversicherung über den gesamten Zeitraum entsprechen quantitativ letztlich den nicht gezahlten Rentenzuschlägen in Höhe von 6 vH pro Jahr, die im Status quo bei einer Ausweitung der Erwerbsphase über das gesetzliche Renteneintrittsalter von 65 Jahren angefallen wären, nun aber erst für die Erwerbszeit über das 67. Lebensjahr hinaus gewährt werden (Rürup, 2006). Weitet ein Versicherter die Erwerbszeit nicht aus und nimmt Abschläge in Kauf, kommt es kurzfristig zu keinen zusätzlichen Beitragseinnahmen, allerdings fällt der Rentenzahlbetrag im Vergleich zum Status quo über die unveränderte Rentenbezugszeit hinweg geringer aus, was Einsparungen generiert. Wenn die Abschläge und Zuschläge aus der Sicht der Rentenversicherung versicherungsmathematisch korrekt sind, müsste der Einspareffekt unabhängig davon, ob sich der Versicherte für eine Ausweitung der Erwerbszeit oder für eine Rente mit Abschlägen entscheidet, gleich sein. Die Nettoentlastungen sind allerdings zeitlich anders verteilt. Während im Fall der Ausweitung der Erwerbsphase die Entlastungen durch höhere Beiträge und nicht gezahlte Renten kurzfristig in voller Höhe eintreten und dann aber über die gesamte Rentenlaufzeit Mehrausgaben im Vergleich zum Status quo auftreten, werden im Fall des Rentenbezugs mit Abschlägen die Entlastungen in geringeren Beträgen gleichmäßig auf die Rentenlaufzeit verteilt.

Für die Höhe der Einsparungen durch die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist noch ein weiterer Effekt relevant, der auf den Nachhaltigkeitsfaktor in der Rentenanpassungsformel zurückzuführen ist (Babel und Bomsdorf, 2006). Denn die Erhöhung des Renteneintrittsalters senkt tendenziell den Rentnerquotienten, also das Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern, und kann dazu führen, dass die Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors geringer ausfällt und damit das Rentenniveau im Vergleich zum Status quo steigt. Da der in der Rentenanpassungsformel verwendete Rentnerquotient allerdings nicht die demographisch bedingte Anzahl der Rentner im Verhältnis zu den Beitragszahlern berücksichtigt, sondern den Quotienten aus Äquivalenzrentnern zu Äquivalenzbeitragszahlern, wird das Ausmaß des Rückkopplungseffekts reduziert, so dass die die Rentenentwicklung dämpfende Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht so stark abgeschwächt werden dürfte (Kasten 16).

Insgesamt wird der Einspareffekt von der Deutschen Rentenversicherung Bund unter Berücksichtigung des Rückkopplungseffekts aus der Veränderung des Rentnerquotienten auf 0,6 bis 0,7 Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2030 quantifiziert.

Kasten 16

Determinanten des Einspareffekts einer Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters

Die Einspareffekte und Rückkopplungseffekte, die durch eine Anhebung der Regelaltersgrenze vermittelt werden, können anhand der Budgetgleichung der Rentenversicherung illustriert werden. Vereinfachend wird eine umlagefinanzierte Rentenversicherung betrachtet, deren Einnahmen sich aus den Beitragseinnahmen und einem Zuschuss aus Steuermitteln Z zusammensetzen. Die Beitragseinnahmen ergeben sich als Produkt aus dem Beitragssatz b und den versicherungspflichtigen

Entgelten Y . Die Ausgaben errechnen sich aus der Durchschnittsrente r multipliziert mit der Anzahl der Rentner R , weshalb für die einperiodige Budgetgleichung der Rentenversicherung gilt:

$$b \cdot Y + Z = r \cdot R. \quad (1)$$

Die versicherungspflichtigen Entgelte Y ergeben sich durch Multiplikation des durchschnittlichen Lohneinkommens y mit der Anzahl der Beitragszahler B . Damit kann man den Beitragssatz in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Rentenniveau r/y und dem Rentnerquotienten R/B darstellen:

$$b = \frac{r}{y} \cdot \frac{R}{B} - \frac{Z}{y \cdot B}. \quad (2)$$

Als Reaktionen der Versicherten auf eine Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters seien die beiden folgenden Extremfälle betrachtet:

Fall 1: Ausweitung der Erwerbsphase und späterer abschlagsfreier Renteneintritt.

Fall 2: Der Zeitpunkt des Renteneintritts bleibt unverändert, die Rente wird aber mit Abschlägen versehen.

Im **Fall 1** wird im Vergleich zum Status quo die Anzahl der Rentner reduziert und die Anzahl der Beitragszahler erhöht, dies wirkt sich beitragsatzsenkend aus. Der Rentenzahlbetrag steigt wegen der längeren Beitragszeit, was sich in einer Erhöhung von r niederschlägt und dem entlastenden Effekt entgegenwirkt.

Im **Fall 2** bleibt R/B im Vergleich zum Status quo konstant, der entlastende Effekt wird nur über das Rentenniveau vermittelt, da aufgrund der Abschläge der Rentenzahlbetrag und damit im Vergleich zum Status quo das durchschnittliche Rentenniveau r/y sinkt. Deutlich wird dies, wenn man berücksichtigt, dass sich der durchschnittliche Rentenzahlbetrag ergibt als:

$$r = \overline{EP} \cdot AR \cdot \overline{AF} \cdot 12, \quad (3)$$

wobei \overline{EP} die durchschnittliche Entgeltpunktzahl aller Rentner bezeichnet. Der Faktor \overline{AF} berücksichtigt mögliche durchschnittliche Rentenabschläge aufgrund eines vorzeitigen Renteneintritts. Der aktuelle Rentenwert AR ist der monatliche Rentenzahlbetrag, der sich ergibt, wenn man ein Jahr Beiträge nach Maßgabe des Durchschnittsentgelts gezahlt hat und damit einen Entgelt-punkt erworben hat. Im Fall 2 sinkt \overline{AF} tendenziell und damit auch die durchschnittliche Rente r .

In beiden Fällen ergibt sich ein Entlastungseffekt durch die Anhebung des Renteneintrittsalters. Diesem grundsätzlichen Entlastungseffekt wirken allerdings **Rückkopplungseffekte** entgegen, die über die Rentenanpassungsformel entstehen. Mit der Rentenanpassungsformel wird in jedem Jahr der aktuelle Rentenwert verändert. Er berechnet sich im Jahr t wie folgt:

$$AR_t = AR_{t-1} \cdot \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \cdot \frac{100vH - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100vH - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}} \cdot \left[\left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \alpha + 1 \right] \text{ mit}$$

AR: Aktueller Rentenwert;

BE_{t-1}: Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen;

BE_{t-2}: Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr, unter Berücksichtigung der Veränderung der beitragspflichtigen Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer ohne Beamte, einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld (die Definition weicht damit von *BE_{t-1}* ab);

AVA: Altersvorsorgeanteil in vH. Dieser betrug 0,5 vH in den Jahren 2002 und 2003 und steigt in Schritten von 0,5 Prozentpunkten auf 4,0 vH im Jahr 2010 („Riester-Treppe“);

RVB: Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

RQ Rentnerquotient = Äquivalenzrentner/Äquivalenzbeitragszahler (JG 2003 Ziffer 346);

α : Gewichtungssparameter für die Veränderung des Rentnerquotienten; er beträgt 0,25.

Ein erster Rückkopplungseffekt ergibt sich, weil im Vergleich zum Status quo ein aufgrund der Anhebung des Renteneintrittsalters generierter geringerer Beitragssatz für eine höhere Rentenanpassung sorgt, was zu Mehrausgaben führt. Der zweite Rückkopplungseffekt wird über den Nachhaltigkeitsfaktor $((1 - RQ_{t-1}/RQ_{t-2})\alpha + 1)$ vermittelt, da die Reduktion des Rentnerquotienten, ausgelöst durch die Erhöhung der Regelaltersgrenze, zu einer tendenziellen Rentenerhöhung führt, was den gesamten Entlastungseffekt der Maßnahme dämpft.

Für das **Ausmaß** dieses Rückkopplungseffekts, das die erzeugte Veränderung des Rentnerquotienten auf den aktuellen Rentenwert und letztlich auf das Rentenniveau hat, ist aber die Definition des Rentnerquotienten in der Rentenanpassungsformel von entscheidender Bedeutung. Er ist nämlich nicht der Quotient aus der Anzahl der Rentner und der Anzahl der Beitragszahler, sondern das Verhältnis von Äquivalenzrentnern zu Äquivalenzbeitragszahlern, wobei sich die Anzahl der Äquivalenzrentner berechnet, indem man das Gesamtrentenvolumen durch den Zahlbetrag einer Regelaltersrente mit 45 Entgeltpunkten (Standardrente) dividiert. Die Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler ergibt sich als Quotient der Summe der beitragspflichtigen Entgelte zum Durchschnittsentgelt. Somit gilt für den in der Rentenanpassungsformel relevanten Rentnerquotienten *RQ* unter Berücksichtigung der Gleichungen (1) bis (3):

$$RQ = \frac{\frac{rR}{Y}}{y} = \frac{r}{AR \cdot 45 \cdot 12} \cdot \frac{R}{B} = \frac{\overline{EP} \cdot \overline{AF}}{45} \cdot \frac{R}{B} \quad (4)$$

Es zeigt sich, dass auch für Fall 2, in dem sich der Rentnerquotient *R/B* nicht verändert, ein Rückkopplungseffekt stattfindet, da der durchschnittliche Abschlagsfaktor \overline{AF} reduziert wird und damit *RQ* sinkt. Im Fall 1 wirkt die Erhöhung der durchschnittlichen Entgeltpunktzahl \overline{EP} der Reduktion von *R/B* entgegen. Insgesamt kann man festhalten, dass zur Quantifizierung des Rück-

kopplungseffekts durch den Nachhaltigkeitsfaktor die Betrachtung nur der Entwicklung der Größe R/B nicht ausreicht, sondern zusätzlich die Entwicklung der durchschnittlichen Entgeltpunkte und der durchschnittlichen Abschläge in Betracht gezogen werden muss. Der Rückkopplungseffekt dürfte dann deutlich kleiner ausfallen, und der Einspareffekt durch die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters wird über den Nachhaltigkeitsfaktor nicht so stark gedämpft, wie die Entwicklung von R/B dies indiziert.

Ein weiterer Rückkopplungseffekt ergibt sich über den Bundeszuschuss, da dessen Entwicklung unter anderem von der Entwicklung des Beitragssatzes abhängt. Eine Beitragssatzsenkung im Vergleich zum Status quo aufgrund der Anhebung der Regelaltersgrenze hat entsprechend einen geringeren Bundeszuschuss zur Folge.

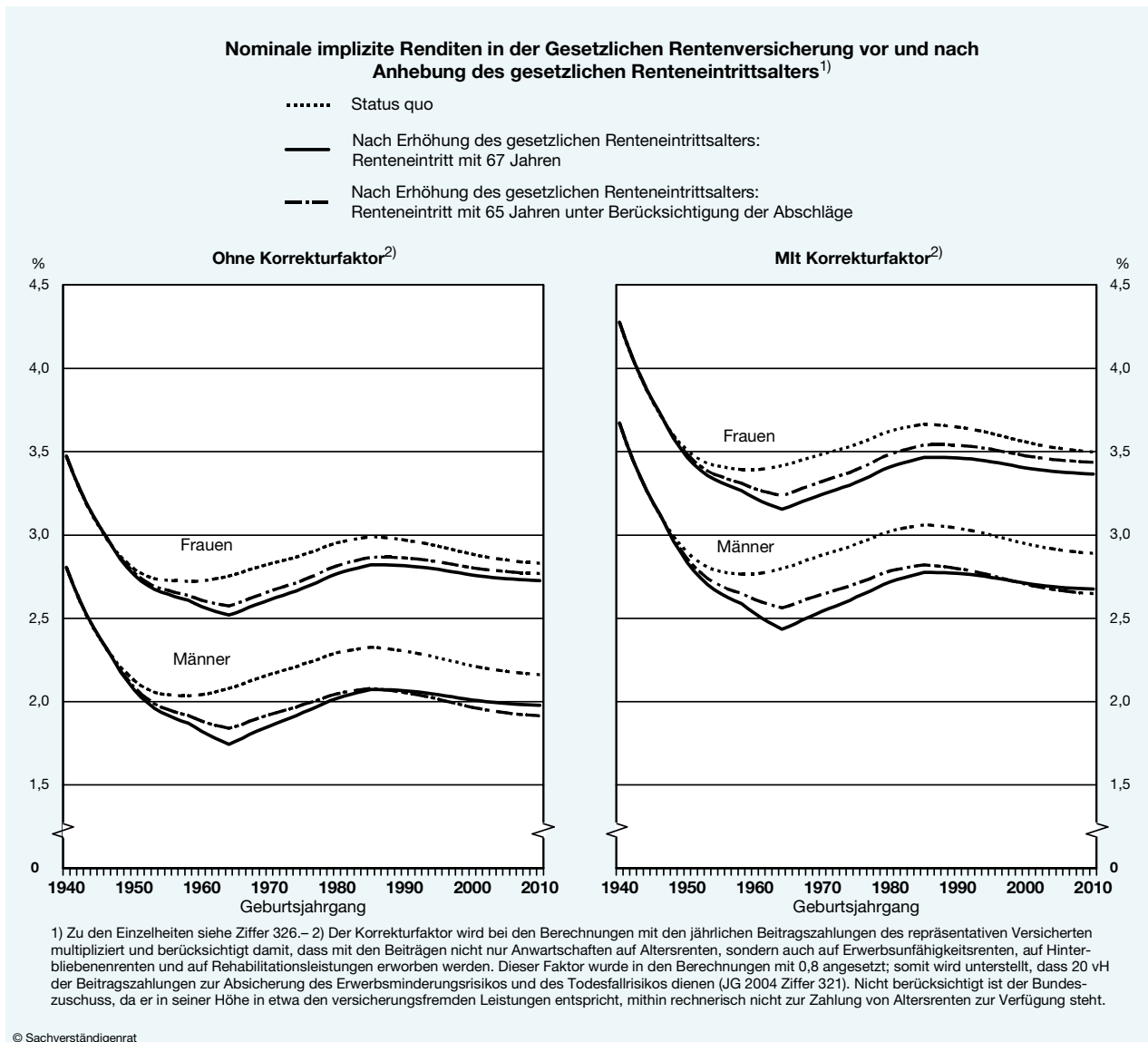
326. Durch die geplante Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters wird die **implizite Rendite** (JG 2003 Kasten 9) der Gesetzlichen Rentenversicherung im Falle einer Ausweitung der Erwerbszeit von vier – teilweise gegenläufigen – Effekten beeinflusst:

- Die Rentenbezugsdauer wird verkürzt und die Beitragszeit erhöht, was für sich genommen negativ auf die Rendite wirkt.
- Durch die längere Beitragszeit werden mehr Entgeltpunkte erworben. Dadurch steigt der Rentenzahlbetrag, was für sich genommen die Rendite erhöht.
- Die Maßnahme bewirkt eine Senkung der Beitragssätze im Vergleich zum Status quo, was tendenziell den Barwert der Beitragszahlungen reduziert und damit die Rendite erhöht.
- Die Reduktion der Beitragssätze hat zudem aufgrund der Systematik der Rentenanpassungsformel zur Folge, dass die Rentenanpassungen höher ausfallen und somit der Barwert der Rentenzahlungen im Vergleich zum Status quo steigt. Dies erhöht für sich genommen die Rendite ebenfalls.

Diese vier Effekte sind für die Versicherten der einzelnen Jahrgänge unterschiedlich stark ausgeprägt. Besonders für die mittleren Jahrgänge der heute 30- bis 45-Jährigen kommt es zu Renditeverlusten. Der Jahrgang 1964 muss die größten Renditeeinbußen von 0,34 Prozentpunkten bei den Männern und 0,24 Prozentpunkten bei den Frauen hinnehmen, weil dieser Jahrgang gänzlich von der längeren Beitragszeit und von der verkürzten Bezugsdauer betroffen ist, aber nur relativ wenig an den Effekten des geringeren Beitragssatzes partizipiert (Schaubild 65, Seite 246). Bei den jüngeren Alterskohorten dagegen kommt der Beitragssatzsenkungseffekt voll zum Tragen und kann den Effekt der längeren Beitragszeit und des kürzeren Rentenbezugs teilweise kompensieren (JG 2003 Ziffer 339).

Geht der Versicherte weiterhin im Alter von 65 Jahren in Rente und bezieht aber infolge der Abschläge eine niedrigere Rente, hat die Renditekurve einen ähnlichen Verlauf wie im Falle einer Ausweitung der Erwerbszeit. Dies deutet darauf hin, dass nach der Anhebung des gesetzlichen

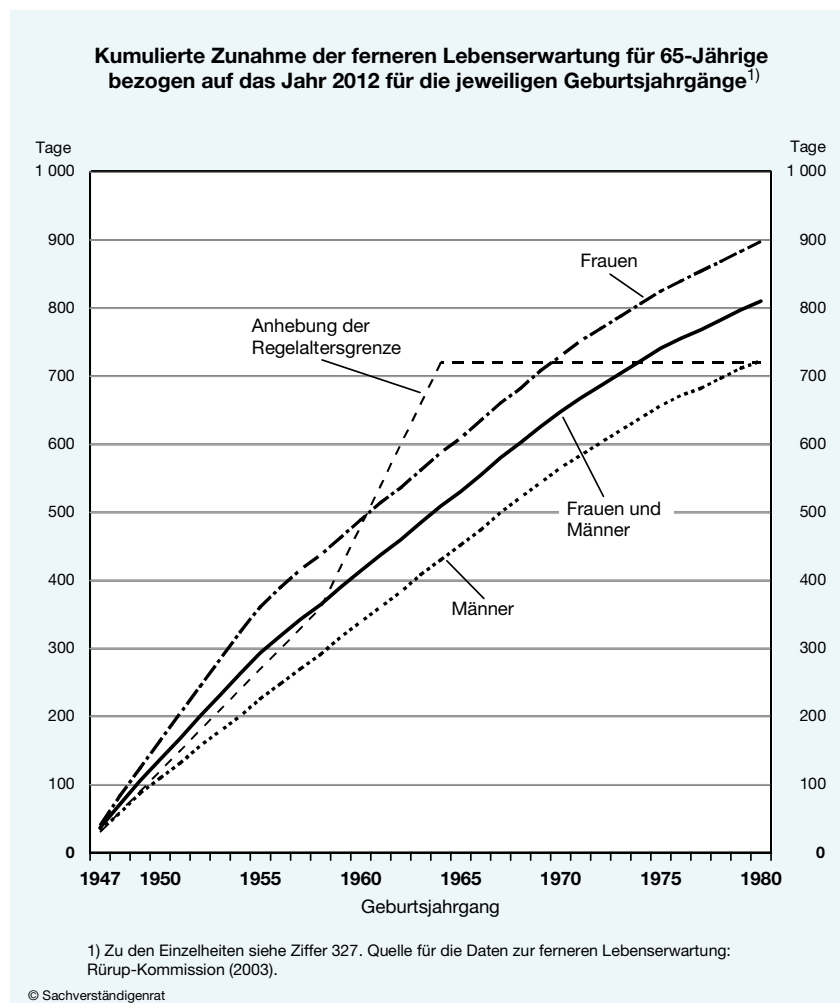
Schaubild 65



Renteneintrittsalters die Abschläge in Höhe von 3,6 vH pro Jahr vorzeitigen Renteneintritts für den Versicherten als faktisch anreizneutral anzusehen sind, dass heißt, bezüglich der erzielbaren Rendite sind beide Fälle weitgehend äquivalent. Der leichte Anstieg der Renditen für die von der Anhebung der Regelaltersgrenze nicht betroffenen Jahrgänge 1940 bis 1946 ist auf die im Vergleich zum Status quo höheren Rentenanpassungen aufgrund der Beitragssatzsenkung zurückzuführen. Die Rückwirkungen, die sich aufgrund eines geänderten Rentnerquotienten ergeben, sind nicht berücksichtigt. Qualitativ käme es aber zu einem stärkeren Anstieg der Renditen für die Jahrgänge 1940 bis 1946 und zu einem geringeren Rückgang für die später geborenen Kohorten. Für die Ergebnisse ist von großer Bedeutung, wie hoch der durch die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters erzeugte Beitragssatzeffekt ausfällt. In den Berechnungen wurde angenommen, dass sich bis zum Jahr 2030 eine Beitragssatzsenkung gegenüber dem Status quo gemäß den Angaben der Rentenversicherung Bund in Höhe von 0,6 Prozentpunkten und bis zum Jahr 2050 von 1,0 Prozentpunkten aufbaut.

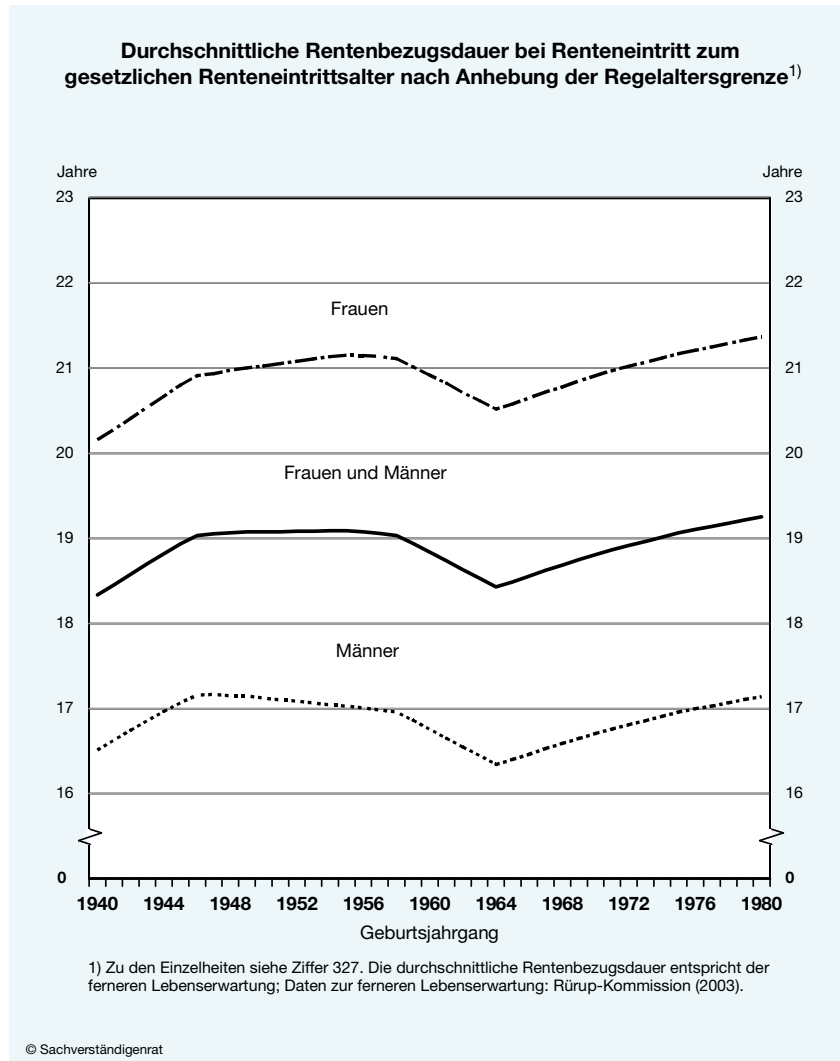
327. Eine Möglichkeit, die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters zu begründen, besteht darin, dass mit der Verlängerung der Erwerbszeit die Auswirkungen der zunehmenden Lebenserwartung kompensiert werden sollen. Zur Beantwortung der Frage, ob die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters um zwei Jahre ausreichend ist, muss deshalb für diejenigen Jahrgänge, für die die Anhebung der Regelaltersgrenze gilt, die Erhöhung des Renteneintrittsalters mit der **Zunahme der ferneren Lebenserwartung** verglichen werden. Wird die Regelaltersgrenze gerade in dem Ausmaß erhöht, wie die Lebenserwartung steigt, werden alle Jahrgänge derart gleich behandelt, dass alle die gleiche durchschnittlich erwartete Rentenbezugsdauer haben. Für die Rentenversicherung ist dann die weitere Zunahme der Lebenserwartung in diesem Sinne neutral. Die fernere Lebenserwartung eines 65-Jährigen für die Geburtsjahrgänge von 1947 bis 1964 steigt durchschnittlich mit jedem Geburtsjahrgang um rund 26 Tage. Daran gemessen fällt die gleitende Zunahme des gesetzlichen Renteneintrittsalters für diese 18 Jahrgänge um 2 Jahre, also um 40,6 Tage pro Geburtsjahrgang, im Durchschnitt zu hoch aus. Da das Renteneintrittsalter für die Jahrgänge 1947 bis 1958 um 30 Tage pro Kohorte, für die Jahrgänge 1959 bis 1964 aber um 60 Tage je Jahrgang steigt, ergibt sich eine ungleiche Verteilung der Betroffenheit zwischen den Jahrgängen. So stimmt die kumulierte Zunahme der Lebenserwartung der Jahrgänge 1947 bis 1958 noch in etwa mit der für sie geltenden Zunahme der Erwerbszeit überein (Schaubild 66). Für die Jahrgänge 1959 bis 1974 ist im Durchschnitt die Anhebung der Regelaltersgrenze größer als die

Schaubild 66



Zunahme der Lebenserwartung. Ab dem Jahrgang 1975 ist es umgekehrt. Dies schlägt sich auch in der durchschnittlich zu erwartenden Rentenbezugsdauer nieder (Schaubild 67): Sie bleibt für die Jahrgänge 1947 bis 1958 etwa konstant bei 19 Jahren, sinkt dann bis auf 18,4 Jahre für den Jahrgang 1964 und steigt dann wieder an. Erst der Jahrgang 1974 hat wieder eine Rentenbezugsdauer von 19 Jahren.

Schaubild 67



Führt man die Betrachtung getrennt nach Männern und Frauen durch, ist für die Frauen die Anhebung des Renteneintrittsalters gemessen an der Zunahme der Lebenserwartung für die Jahrgänge 1947 bis 1960 zu gering, für die Jahrgänge 1961 bis 1969 zu hoch und für die jüngeren Kohorten wiederum zu gering. Bei den Männern fällt die Anhebung der Regelaltersgrenze im Vergleich zur Zunahme der Lebenserwartung bis zum Jahrgang 1980 durchgängig zu hoch aus. Wenn eine konstante Rentenbezugsdauer der Maßstab ist, dürfte man zudem im Jahr 2030 mit der Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters nicht aufhören; man müsste vielmehr nach Maßgabe der Zunahme der Lebenserwartung das gesetzliche Renteneintrittsalter weiter erhöhen. Dies wäre aber im Prinzip ein Übergang zu einer Art „Notional-Defined-Contribution-System“, wie es zum Beispiel in Schweden praktiziert wird (Clemens, 2006). In einem solchen System werden die auf einem

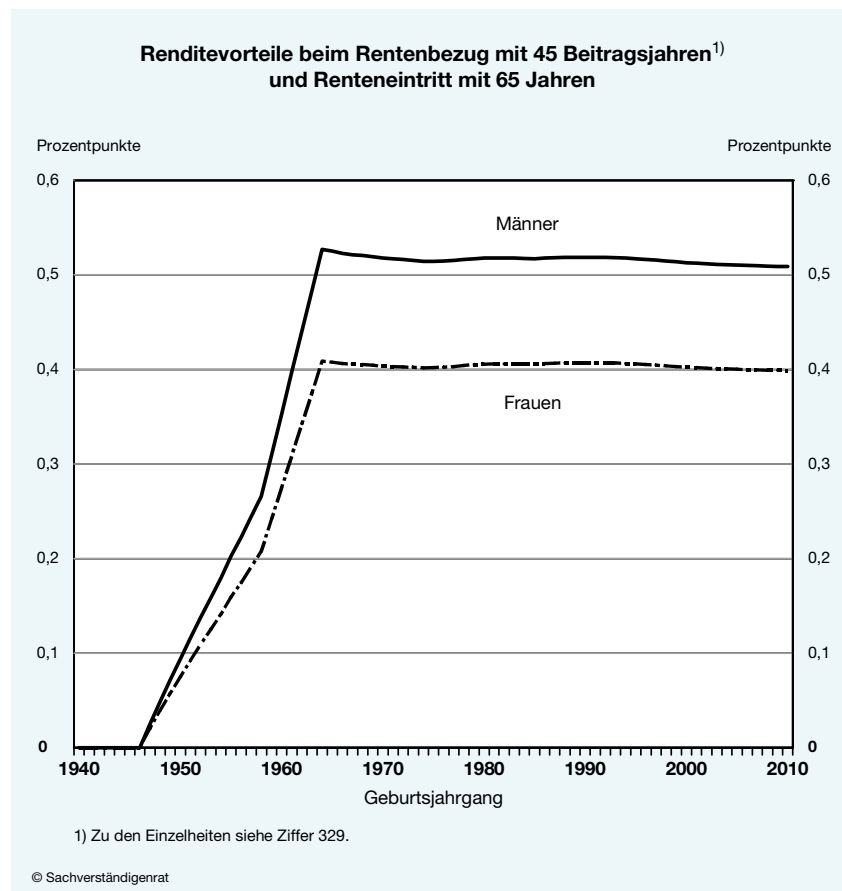
fiktiven Konto akkumulierten Beiträge auf die zu erwartende Restlebenserwartung versicherungsmathematisch verteilt.

328. Das Argument für die Anhebung der Regelaltersgrenze, die steigende Lebenserwartung der betroffenen Jahrgänge auszugleichen, blendet allerdings die älteren Geburtsjahrgänge – also die Geburtsjahrgänge vor 1947 – aus, für die ein solcher Ausgleich nicht stattgefunden hat. Für diese Jahrgänge wurde der Anstieg der Lebenserwartung und damit der Rentenbezugsdauer akzeptiert, ohne das Renteneintrittsalter zu erhöhen. Insgesamt ergibt sich eine intergenerative Umverteilung von den mittleren Jahrgängen, für die das Renteneintrittsalter erhöht wird, zu den älteren Jahrgängen, deren längere Rentenbezugsdauer durch die höheren Beiträge der mittleren Generation finanziert wird. Zudem findet eine Umverteilung von der mittleren Generation an die Jungen statt, da durch die Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters die Jungen im Vergleich zum Status quo in den Genuss einer Beitragsentlastung kommen. Insofern gibt es – wie auch die Betrachtung der impliziten Renditen zeigt (Schaubild 65) – eine Art „**Sandwichgeneration**“, die von der Maßnahme besonders betroffen ist. Die Begünstigung der Bestandsrentner durch die zunehmende Lebenserwartung lässt sich nur noch über die Rentenhöhe ausgleichen, weshalb geringere Rentenanpassungen oder gar Rentenkürzungen eine Rechtfertigung finden könnten. Insofern wäre – unter der Voraussetzung der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit – ein Verzicht auf die Schutzklausel, deren Beitragssatzsenkungspotential eine ähnliche Größenordnung aufweist, mit einer gleichzeitigen Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters konsistent gewesen. Stattdessen werden die höheren Beitragssätze aufgrund der Schutzklausel nunmehr ebenfalls von der „Sandwichgeneration“, den um das Jahr 1965 Geborenen, mitgetragen.

329. Zu kritisieren ist die Möglichkeit, mit mindestens **45 Beitragsjahren** schon im Alter von 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen zu können. Denn durch diese Maßnahme wird das der Rentenversicherung zugrunde liegende Prinzip der Teilhabeäquivalenz verletzt und eine neue versicherungsfremde Leistung geschaffen. Zwei Versicherte mit gleicher Entgeltpunktzahl, also im Vergleich zum Durchschnittseinkommen gleichen Lebenseinkommen, erhalten dann, je nachdem, in wie viel Versicherungsjahren diese Entgeltpunkte erzielt wurden, unterschiedlich hohe Renten. Ein Versicherter, der im Alter von 65 Jahren in Rente geht und in 45 Jahren einen Rentenanspruch von 2 000 Euro monatlich erworben hat, erhält so über die gesamte Rentenbezugsdauer betrachtet – ohne Berücksichtigung eines Diskontfaktors – eine um 48 000 Euro höhere Rentenzahlung als ein Versicherter, der in 44 Beitragsjahren die gleiche Entgeltpunktzahl erworben hat, aber mit 67 Jahren in Rente geht. Diese Ungleichbehandlung zeigt sich auch an den impliziten Renditen: Die implizite Rendite eines Rentners mit 45 Versicherungsjahren ist bei gleicher Entgeltpunktzahl für die Männer um 0,5 Prozentpunkte und für die Frauen um 0,4 Prozentpunkte höher als die implizite Rendite eines Versicherten, der erst im Alter von 67 Jahren in Rente geht (Schaubild 68, Seite 250). Neben dieser Ungleichbehandlung führt diese Regelung auch dazu, dass der durch die Anhebung der Regelaltersgrenze erzielbare Einspareffekt um etwa 0,2 Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2030 geschmälert wird. Denn unter den Rentenzugängen zum Beispiel des Jahres 2004 weisen 20 vH mindestens 45 Beitragsjahre auf (Clemens, 2006). Die Koalitionsarbeitsgruppe zur Rentenversicherung hat zudem beschlossen, dass bis zu 10 Jahre Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung eingerechnet werden. So sehr dies aus der Sicht der Frauen mit typischerweise unterbrochenen Erwerbsbiographien nachzuvollziehen ist, so sehr muss man sich bewusst sein, dass mit

dieser Regelung ein neues versicherungsfremdes Umverteilungselement in die Gesetzliche Rentenversicherung eingeführt wurde.

Schaubild 68



330. Bei der Umsetzung des Grundsatzbeschlusses der Bundesregierung, die Regelaltersgrenze auf 67 Jahre anzuheben, hat sich die Koalitionsarbeitsgruppe zur Rentenversicherung in ihrer Vereinbarung vom 23. Oktober 2006 von wenigen Ausnahmefällen abgesehen für eine **parallele Anhebung aller Altersgrenzen** in der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Zeitpunkte für den frühestmöglichen Rentenbezug ausgesprochen. Bei Erwerbsminderungsrenten bleibt es bis zum Jahr 2023 bei einem Renteneintrittsalter von 63 Jahren, wenn die Versicherten 35 Versicherungsjahre aufweisen. Ab dem Jahr 2024 sind 40 Versicherungsjahre erforderlich, um ohne Abschläge mit 63 Jahren eine Erwerbsminderungsrente beziehen zu können (Tabelle 26). Eine relevante zusätzliche Verringerung der Einsparwirkungen der „Rente mit 67“ ist mit diesen Ausnahmen nicht verbunden. Diese Beschlüsse der Koalitionsarbeitsgruppe sind daher – abgesehen von der unsystematischen Regelung, mit 45 Versicherungsjahren auf Dauer mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen zu können – zu begrüßen.

331. Gegen eine Erhöhung des Renteneintrittsalters wird regelmäßig eingewandt, dass dies entweder verkappten Rentenkürzungen gleichkomme, da die erforderliche Zahl von **Arbeitsplätzen für ältere Arbeitnehmer** nicht angeboten werde und damit eine Verlängerung der Erwerbsphase nicht möglich sei, oder aber die Arbeitslosigkeit unter den Jüngeren deutlich ansteigen werde. Be-

Tabelle 26

Altersgrenzen in der Gesetzlichen Rentenversicherung			
Rentenarten	Geltendes Recht		Zukünftiges Recht¹⁾
		Altersgrenze	Altersgrenze
1. Regelaltersrente	-	65	67
2. Altersrente für (besonders) langjährige Versicherte			
a) mit 45 Pflichtbeitragsjahren	abschlagsfrei	65	65
b) mit 35 Pflichtbeitragsjahren	mit Abschlag	63	63
	abschlagsfrei	65	67
3. Altersrente für schwerbehinderte Menschen mit 35 Versicherungsjahren	frühestmöglich	60	62
	abschlagsfrei	63	65
4. Altersrente für Frauen (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag	60	60
	abschlagsfrei	65	65
5. Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag	63	63
	abschlagsfrei	65	65
6. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	mit Abschlag	60	62
	abschlagsfrei	63	65
a) bis 2023: mit 35 Pflichtbeitragsjahren	abschlagsfrei	63	63
b) ab 2024: mit 40 Pflichtbeitragsjahren	abschlagsfrei	63	63
7. Große Witwen- und Witwerrente	-	45	47

1) Vereinbarung der Koalitionsarbeitsgruppe zur Rentenversicherung vom 23. Oktober 2006.

gründet werden diese Befürchtungen mit dem Argument, dass in dem Zeitraum, in dem die Regelaltersgrenze angehoben werden soll, aus demographischen Gründen die Zahl der insbesondere davon betroffenen Arbeitnehmer im Alter von 60 bis 65 Jahren stark ansteigen werde. Um zu verhindern, dass die Erhöhung des Renteneintrittsalters zu einer Zunahme der verdeckten Arbeitslosigkeit unter den Älteren oder einen Anstieg der offenen Arbeitslosigkeit unter den Jüngeren führt, so die Argumentation, müssten – je nach Reaktion der Betroffenen – zwischen gut 1 Mio und bis zu über 3 Mio Arbeitsplätze zusätzlich entstehen (Fuchs, 2006). Dies sei nicht zu erwarten, da die Nachfrage nach Arbeit ein durch die Anhebung des Renteneintrittsalters erhöhtes „Arbeitsangebot“ nicht absorbieren werde.

Ein Blick auf die trotz einer spürbaren Erholung in den letzten Jahren immer noch vergleichsweise niedrige Beschäftigungsquote der älteren Arbeitnehmer in Deutschland scheint diese Befürchtung zu rechtfertigen. Allerdings gibt es zahlreiche Staaten, in denen die Partizipationsquoten deutlich höhere Werte aufweisen (Tabelle 27). In diesen Ländern ist die Arbeitswelt sicher nicht humaner als in Deutschland und der Rationalisierungsdruck nicht geringer. Die hinter den Befürchtungen stehende explizite Annahme, eine Erhöhung der Beschäftigungsquoten der älteren Arbeitnehmer müsste – als Folge einer beschränkten Nachfrage nach Arbeitskräften – mit höheren Arbeitslosenquoten unter den Jüngeren erkaufte werden, ist zudem falsch. Eher trifft das Gegenteil zu, denn in den Staaten, in denen die Erwerbsquoten der älteren Beschäftigten hoch sind, sind in aller Regel auch die Beschäftigungsquoten der Jüngeren hoch und damit die gesamte Arbeitslosigkeit gering. Zudem zeigen empirische Untersuchungen, dass Länder mit einer hohen Erwerbsquote keine

höhere Arbeitslosigkeit haben (Boeri et al., 2000) und dass Frühverrentung keine geringere Jugendarbeitslosigkeit induziert (Boldrin et al., 1999).

Tabelle 27

Beschäftigungsquoten und Arbeitslosenquoten in ausgewählten Ländern im Jahr 2005

vH

Land	Beschäftigungsquoten ¹⁾			Arbeitslosenquoten ²⁾		
	55 bis 64 Jahre	unter 25 Jahre	Insgesamt	55 bis 64 Jahre	unter 25 Jahre	Insgesamt
Deutschland	45,4	42,0	65,4	12,8	15,0	9,5
Dänemark	59,5	62,3	75,9	5,2	8,6	4,8
Irland	51,6	48,7	67,6	2,8	8,6	4,3
Niederlande	46,1	65,2	73,2	4,1	8,2	4,7
Japan	63,9	.	69,3	.	8,7	4,4
Norwegen	65,5	53,4	74,8	1,5	11,6	4,6
Schweden	69,4	38,7	72,5	4,4	22,6	7,8
Vereinigtes Königreich	56,9	54,0	71,7	2,7	12,9	4,7
Vereinigte Staaten	60,8	.	71,5	.	11,3	5,1

1) Anzahl der erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in vH der Gesamtbevölkerung derselben Altersklasse. - 2) Von der EU standardisierte Arbeitslosenquote gemäß Richtlinien der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO-Konzept). Arbeitslose in vH der zivilen Erwerbspersonen.

Quelle: EU

Die Länder mit hohen Erwerbsquoten älterer Beschäftigter haben nicht wie Deutschland versucht, über eine teure und letztlich wirkungslose Frühverrentungspolitik ihre Arbeitsmarktprobleme durch eine künstliche Verknappung des Arbeitsangebots zu lösen. Wenn Arbeitgeber durch massive ökonomische Anreize begünstigt werden, darf es nicht überraschen, dass die Unternehmen auf diese Anreize mit einer altersselektiven und jugendzentrierten Personalpolitik sowie einer Konzentration der Weiterbildungsmaßnahmen auf die unter 40-Jährigen reagieren. Die niedrigen Erwerbsquoten der älteren Arbeitnehmer und deren geringe Partizipationsquoten an Weiterbildungsmaßnahmen sind vor allem das Ergebnis einer falschen Politik.

332. Die Befürchtung fehlender Beschäftigungsperspektiven für das mit einer Anhebung der Regelaltersgrenze einhergehende Arbeitsangebot verkennt, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften – auch nach älteren –, anders als das demographisch bedingte Erwerbspotential, keine exogene Größe ist, sondern ebenso Ausfluss der gesamtwirtschaftlichen Entwicklungsdynamik wie der politischen Rahmenbedingungen. Wer dies nicht akzeptiert und implizit eine gegebene Anzahl an Arbeitsplätzen unterstellt, müsste dann auch Bedenken gegen höhere Erwerbsquoten der Frauen oder eine Verkürzung der Ausbildungszeiten haben, die ebenfalls das Arbeitsangebot erhöhen.

333. Eine Erhöhung des Renteneintrittsalters ist unverzichtbar, um die langfristige Tragfähigkeit der Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung zu gewährleisten, und die damit angestrebte Verlängerung der Erwerbsphase ist zudem eine notwendige Maßnahme, um die aus der Bevölkerungsalterung resultierenden negativen Konsequenzen für die langfristigen Wachstumschancen der deutschen Wirtschaft, das Wachstumspotential abzumildern (Börsch-Supan, 2006;

Rürup, 2006). Aber ganz unabhängig von diesen demographiebedingten Herausforderungen ist es in einer zunehmend wissensbasierten Volkswirtschaft ein Gebot nicht nur des Respekts vor den Fähigkeiten und Leistungen älterer Arbeitnehmer, sondern auch der ökonomischen Vernunft, ihre Erfahrung und Kenntnisse stärker und länger als bisher zu nutzen.

Derzeit sind immer noch viele Unternehmen bestrebt, nach Möglichkeit jüngere Arbeitskräfte einzustellen und ältere Arbeitnehmer zu entlassen. Angesichts eines sich bereits jetzt bemerkbar machenden Fachkräftemangels spricht aber vieles dafür, dass es mit dem Auslaufen der Frühverrentungsmöglichkeiten und dem schrittweise Anheben des Renteneintrittsalters auch zu einem Wandel in der betrieblichen Personalpolitik kommen wird. Wenn vorzeitige Entlassungen älterer Beschäftigter nicht mehr begünstigt werden, dann ist zu erwarten, dass die Unternehmen – nicht zuletzt angesichts der demographisch bedingt rückläufigen Zahl junger Fachkräfte – ein größeres Interesse an der Erhaltung der Gesundheit wie an der Leistungsfähigkeit ihrer älteren Beschäftigten entwickeln werden (Promberger und Wübbecke, 2006; OECD, 2005).

3. Notwendige Nachjustierung: Beitragspflichtige Einkommen als relevante Größe in der Rentenanpassungsformel

334. Der Einfluss der zunehmenden Anzahl an Arbeitsgelegenheiten (Ein-Euro-Jobs) auf die in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) ermittelte Größe der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer hat erneut gezeigt, dass das Heranziehen dieser Größe zur Bemessung der Rentensteigerungen mit Problemen behaftet sein kann. Die Bruttoentgelte der Arbeitnehmer aus den VGR enthalten sowohl die Einkommen der Beamten, die gar nicht in der GRV versicherungspflichtig sind, als auch Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze sowie Bruttoeinkommen, die zur Entgeltumwandlung verwendet werden, aber ebenso nicht beitragspflichtig sind. Mit der Zunahme der Arbeitsgelegenheiten, die in der VGR auch zu den Beschäftigungsverhältnissen gezählt werden, vergrößert sich die Diskrepanz zwischen der VGR-Größe und den eigentlich für die Beitragsgrundlage der Rentenversicherung relevanten versicherungspflichtigen Entgelten weiter. Versicherungspflichtige Entgelte sind alle Entgelte im Lohnabzugsverfahren, aus denen Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung geleistet werden müssen. Beamteneinkommen und Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Mehraufwandsentschädigungen der Arbeitsgelegenheiten werden nicht berücksichtigt. Entwickeln sich die beiden Einkommensgrößen unterschiedlich, wird der finanzwirtschaftliche Status der Rentenversicherung beeinflusst, da die eine Größe die Beitragseinnahmen und die andere Größe die Rentenanpassung determiniert. Steigen die in den VGR ermittelten Bruttoentgelte je beschäftigten Arbeitnehmer kräftiger als die versicherungspflichtigen Entgelte pro Kopf, erhöhen sich die Renten stärker, als es von der Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte und damit der Beitragsbasis gerechtfertigt gewesen wäre. Ist die Zuwachsrate der versicherungspflichtigen Entgelte höher als die der Bruttolöhne gemäß VGR, kommt es zu einem gegenläufigen Effekt. Um diese Wirkungen zu vermeiden und die Einnahmeorientierung der GRV zu erhöhen, sollte man in der Rentenanpassungsformel nicht mehr wie bisher die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer gemäß VGR, sondern die Entwicklung der **versicherungspflichtigen Entgelte pro Versicherten** berücksichtigen. Konsequenterweise muss dann auch für die Fortschreibung des allgemeinen Bundeszuschusses nicht mehr die Entwicklung der VGR-Größe, sondern die der versicherungspflichtigen Entgelte zugrunde gelegt werden.

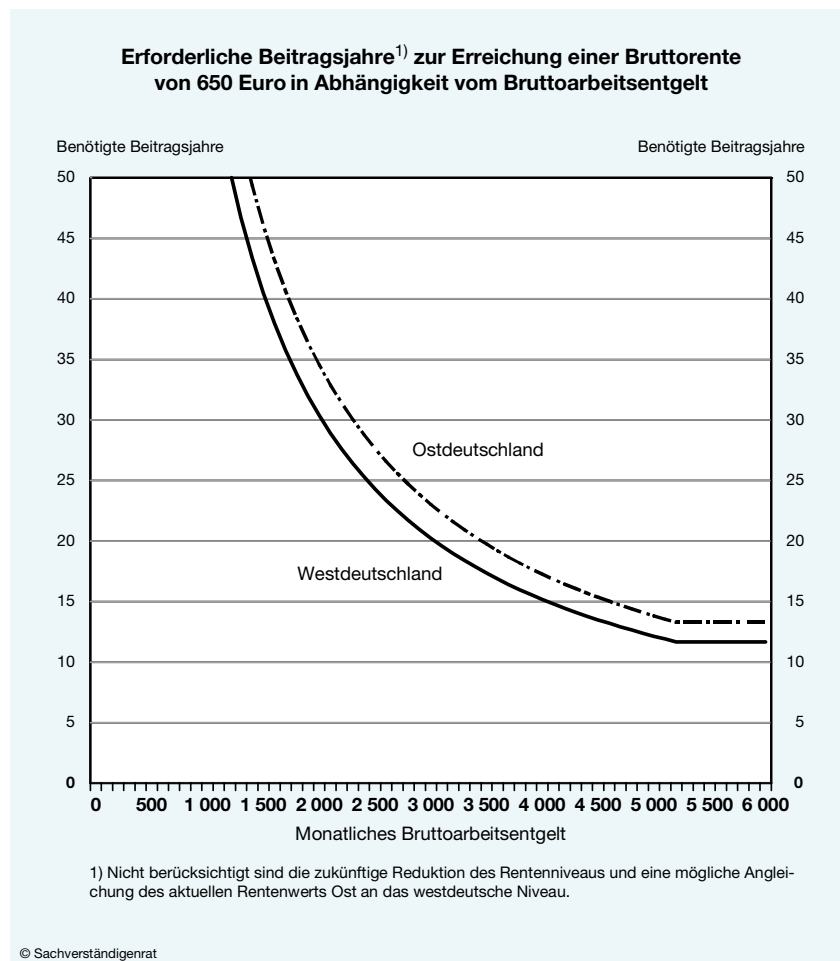
Mit der Umstellung auf die versicherungspflichtigen Entgelte orientiert sich die Rentenanpassung stärker an der tatsächlichen Entwicklung der Einnahmen (einnahmeorientierte Ausgabenpolitik) und ist von Sondereffekten und Besonderheiten der VGR-Systematik unabhängig. Da aus statistischen Gründen die Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte aus dem Vorjahr am 1. Juli noch nicht zur Verfügung steht, ist es erforderlich, die Rentenanpassung um ein halbes Jahr auf den ersten Januar zu verschieben und dann entsprechend die Entwicklung aus dem vorvergangenen Jahr zugrunde zu legen (Rürup-Kommission, 2003). Eine solche Verschiebung des Rentenanpassungstermins sollte zweckmäßiger in einem der Jahre erfolgen, in denen es zu keiner Rentenanpassung kommt, also recht bald. Damit können die Belastungen der Rentner durch die Verschiebung gering gehalten werden.

4. Reform der Hinterbliebenenversorgung

335. Trotz der sehr weitreichenden Reformen dürfte die mittel- und langfristige Situation der Gesetzlichen Rentenversicherung angespannt bleiben. Will man an dem Ziel festhalten, den Faktor Arbeit nur moderat mit Beitragssatzsteigerungen zu belasten, muss über weitere Einsparmöglichkeiten auf der Ausgabenseite, die nicht mit einer Senkung des allgemeinen Leistungsniveaus verbunden sind, nachgedacht werden, zumal bei der Umsetzung der Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters die damit verbundenen potentiellen Einsparwirkungen durch Ausnahmeregelungen reduziert wurden. Bei einer über das in den Rentenreformen der Jahre 2001 (Einführung der „Riester-Treppe“) und 2004 (Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors) vorgesehene Maß hinausgehenden Absenkung des Rentenniveaus würde die Legitimation der auf Teilhabeäquivalenz beruhenden Gesetzlichen Rentenversicherung verloren gehen. Denn schon heute muss man über 25 Jahre lang Beiträge nach Maßgabe des Durchschnittseinkommens von rund 2 400 Euro monatlich gezahlt haben, um eine Rente auf dem Niveau des Arbeitslosengelds II oder der Grundsicherung im Alter zu erhalten (Schaubild 69). Oder anders ausgedrückt: Man muss derzeit rund 1 400 Euro monatliches Bruttoeinkommen – dies entspricht etwa 56 vH des Durchschnittseinkommens – im Zeitraum von 45 Jahren verbeitragen, um eine Rente in Höhe des Arbeitslosengelds II zu erhalten. Somit hat die Beitragszahlung für viele Niedrigeinkommensbezieher, Teilzeitbeschäftigte oder Personen mit unterbrochenen Erwerbsbiographien schon heute eher den Charakter einer Steuer. Zudem dürften – wie vom Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes angemerkt – weiteren Renten niveausenkungen verfassungsrechtliche Schranken entgegenstehen, wenn dadurch die Gefahr besteht, die implizite Rendite des Systems auf null zu reduzieren.

Deshalb sollte man – wenn es darum geht, weitere Einsparungspotentiale zu erschließen – Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung auf den Prüfstand stellen, die nicht primär der Alterssicherung dienen beziehungsweise keine beitrags erworbenen Leistungen darstellen. Als wichtigste Position bietet sich die Hinterbliebenenversorgung an. Denn die Ausgestaltung der Hinterbliebenenversorgung als Versicherungsleistung ist spätestens seit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1997, das der Hinterbliebenenrente einen Fürsorgecharakter zugesprochen hat, in Zweifel zu ziehen. Die abgeleitete Hinterbliebenenversorgung stellt derzeit vielmehr eine versicherungsfremde Leistung dar, deren Finanzierung über Beiträge nicht adäquat ist (JG 2005 Ziffer 553). Entsprechend sollte die Hinterbliebenenversorgung als Versicherungsleistung überprüft werden.

Schaubild 69



Derzeitige Regelungen im Bereich der Hinterbliebenenversorgung

336. Renten wegen Todes (Hinterbliebenenrenten) werden an Witwen, Witwer und Waisen gezahlt. Sie folgen dem Prinzip des Unterhaltersatzes und sollen den Unterhalt, zu dem der verstorbene Versicherte gegenüber seinen Hinterbliebenen verpflichtet war, sicherstellen. Unterschieden wird zwischen (Tabelle 28, Seite 257):

- **Kleine Witwen-/Witwerrente:** Sie wird für 24 Kalendermonate nach dem Tod des Versicherten gezahlt, wenn die Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen wurde und beide Ehegatten nach dem 1. Januar 1962 geboren sind. Ansonsten wird sie bis zur Vollendung des 45. Lebensjahrs des Hinterbliebenen gewährt. Danach kann eine große Witwen-/Witwerrente beantragt werden. Die Rentenhöhe beträgt 25 vH der Rente wegen voller Erwerbsminderung, die der Verstorbene erhalten hätte. Der so genannte Rentenartfaktor ist also 0,25. In den ersten drei Monaten, im so genannten Sterbevierteljahr, beträgt der Rentenartfaktor 1,0.
- **Große Witwen-/Witwerrente:** Diese wird gezahlt, wenn der Hinterbliebene das 45. Lebensjahr vollendet hat, ein Kind erzieht oder vermindert erwerbsfähig ist. Sie beläuft sich im Sterbevierteljahr auf 100 vH und danach auf 60 vH oder – wenn die Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen wurde und beide Ehegatten nach dem 1. Januar 1962 geboren sind – auf

55 vH der Rente wegen voller Erwerbsminderung des Verstorbenen. Der Rentenartfaktor beträgt also nach dem Sterbevierteljahr 0,6 beziehungsweise 0,55.

Ein Zuschlag zur Hinterbliebenenrente wird für Kindererziehungszeiten gewährt. Er beträgt für die ersten 36 Monate der Kindererziehung 0,1010 Entgeltpunkte je Kalendermonat. Für alle weiteren Kinderberücksichtigungszeiten werden 0,0505 Entgeltpunkte pro Monat zugrunde gelegt. Damit beträgt der monatliche Zuschlag alleine für die ersten 36 Kalendermonate derzeit in Westdeutschland 52,25 Euro bei der großen und 23,75 Euro bei der kleinen Witwen-/Witwerrente.

- **Vollwaisenrente:** Diese wird dann gewährt, wenn beide unterhaltspflichtigen Elternteile verstorben sind. Anspruch besteht uneingeschränkt bis zum 18. Lebensjahr. Darüber hinaus kann sich der Anspruch zum Beispiel wegen einer Schul- oder Berufsausbildung bis zum vollendeten 27. Lebensjahr verlängern. Der Rentenartfaktor ist 0,2.
- **Halbwaisenrente:** Ansprüche darauf entstehen, wenn ein Elternteil verstorben ist. Der Rentenartfaktor beträgt 0,1.
- **Rentensplitting:** Ehepaare haben die Möglichkeit, die in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche hälftig aufzuteilen. Dabei tritt diese Aufteilung regelmäßig bereits zu Lebzeiten beider Ehegatten ein, nämlich dann, wenn eine Altersrente auch für den zweiten Ehegatten gewährt wird. Beim Tod eines Ehepartners bleiben die zugewiesenen Anwartschaften des Hinterbliebenen erhalten. Es handelt sich um eigene Rentenansprüche des Hinterbliebenen und um keine abgeleiteten Ansprüche. Eine Einkommensanrechnung gibt es daher nicht. Stirbt der Ehepartner zuerst, an den durch das Splitting Rentenansprüche übertragen wurden, kann der überlebende Partner das Splitting rückgängig machen, wenn der begünstigte Ehegatte noch nicht mehr als zwei Jahresbeträge einer Vollrente wegen Alters aus den übertragenen Rechten erhalten hat. Für die Ehepaare besteht ein Wahlrecht zwischen Rentensplitting und abgeleiteter Hinterbliebenenrente. Allerdings können sich nur solche Ehepaare für ein Splitting entscheiden, deren Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen wurde oder wenn beide Ehegatten am 1. Januar 2002 das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Zudem besteht der Anspruch auf Durchführung eines Rentensplittings nur dann, wenn bei beiden Ehegatten 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.
- **Erziehungsrente:** Diese wird verwitweten Ehegatten gezahlt, für die ein Rentensplitting durchgeführt wurde oder geschiedenen Ehegatten, für die im Rahmen des Versorgungsausgleichs Rentenansprüche übertragen wurden, wenn sie ein Kind erziehen, nicht wieder geheiratet haben und bis zum Tod des Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Streng genommen handelt es sich um keine Hinterbliebenenrente, sondern um eine Rente aus eigener Versicherung.

337. Bei der Gewährung der abgeleiteten Hinterbliebenenrenten ist das Einkommen des Rentenanspruchsberechtigten zu berücksichtigen. Dabei werden alle über einen **Anrechnungsfreibetrag**

Tabelle 28

Hinterbliebenenversorgung im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung

	Leistungsanspruch	Rentenartfaktor	Anrechnungs-freibetrag ¹⁾	Anrechnung anderer Einkommen
Abgeleitete Hinterbliebenenrenten				
Kleine Witwen-/Witwerrenten	Bis zum 45. Lebensjahr, auf 24 Monate befristet	0,25	26,4-fache des AR	zu 40 vH
Große Witwen-/Witwerrenten	Ab dem 45. Lebensjahr oder Erziehung eines minderjährigen waisenrentenberechtigten Kindes oder selbst erwerbsgemindert	0,6 oder 0,55	26,4-fache des AR	zu 40 vH
Halbwaisenrenten	Bis höchstens zum 27. Lebensjahr	0,1	17,6-fache des AR	zu 40 vH
Vollwaisenrenten	Bis höchstens zum 27. Lebensjahr	0,2	17,6-fache des AR	zu 40 vH
Erziehungsrenten	Leistungen für hinterbliebene Ehegatten oder geschiedene Ehegatten, die ein Kind erziehen und Rentenanwartschaften aus Rentensplitting oder durch einen Versorgungsausgleich erworben haben	-	26,4-fache des AR	zu 40 vH
Rentensplitting	In der Ehezeit erworbene Anwartschaften werden hälftig geteilt	-	-	keine Anrechnung

1) AR: aktueller Rentenwert, derzeit 26,13 Euro in Westdeutschland und 22,97 Euro in Ostdeutschland.

hinaus gehenden Einkommen auf die Rente zu 40 vH angerechnet. Anrechnungsfrei ist bei Witwenrenten, Witwerrenten oder Erziehungsrenten das 26,4-fache des aktuellen Rentenwerts (derzeit monatlich 690 Euro in Westdeutschland und 606 Euro in Ostdeutschland) und bei Waisenrenten das 17,6-fache des aktuellen Rentenwerts. Das anrechnungsfreie Einkommen erhöht sich um das 5,6-fache des aktuellen Rentenwerts für jedes Kind des Berechtigten (derzeit 146 Euro in Westdeutschland und 129 Euro in Ostdeutschland), das einen Anspruch auf Halbwaisenrente hat oder nur deshalb nicht hat, weil es nicht ein Kind des Verstorbenen ist.

Als Einkommen wird dabei ein rechnerisches Nettoeinkommen zugrunde gelegt, das sich aus dem Bruttoeinkommen abzüglich 40 vH ergibt. Beispielsweise errechnet sich für eine Witwe mit einem Kind in Westdeutschland bei einem Bruttoeinkommen von 1 600 Euro ein rechnerisches Nettoeinkommen von 960 Euro. Davon sind 836 Euro anrechnungsfrei. Der Rest wird zu 40 vH angerechnet, so dass dieser Witwe 49,54 Euro von der Witwenrente abgezogen werden. Die Anrechnungsregelungen sind mithin recht großzügig ausgestaltet.

Da sich die Anrechnungsfreibeträge auf den aktuellen Rentenwert beziehen, sind sie in gleichem Ausmaß wie die Renten dynamisiert. Angerechnet werden seit der Rentenreform 2001 grundsätzlich alle anderen Einkommen, auch Vermögenseinkommen. Diese Einkommensanrechnung begründet den Fürsorgecharakter der Hinterbliebenenrenten, da mit der Einkommensanrechnung letztlich nichts anderes als ein Bedürftigkeitskriterium eingeführt wird.

338. Es gibt derzeit rund 5 Mio Witwen- und Witwerrenten sowie rund 400 000 Waisenrenten. Die Ausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für Hinterbliebenenrenten beliefen sich im

Jahr 2005 auf etwa 35 Mrd Euro. Das sind rund 17 vH der gesamten Rentenausgaben. Für Witwen- und Witwerrenten wurden über 34 Mrd Euro aufgewendet, für Waisenrenten rund 800 Mio Euro. Die Ausgaben für Personen im Alter unter 65 Jahren betragen rund 6 Mrd Euro.

Hinterbliebenenrente als Fürsorgeleistung

339. Die Einordnung der Hinterbliebenenrente als Versicherungsleistung ist nicht nur deshalb problematisch, weil man bezweifeln kann, dass der Unterhaltersatz für Hinterbliebene eine Aufgabe der Gesetzlichen Rentenversicherung sein soll, sondern auch aufgrund eines Urteils des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfGE 97, 271). Nach dessen Ansicht ist die Hinterbliebenenrente eine vorwiegend fürsorgerisch motivierte Leistung, da sie ohne eigene Beitragsleistung des Rentenempfängers und ohne erhöhte Beitragsleistung des Versicherten gewährt wird. Diese höchstrichterliche Entscheidung unterstreicht den Charakter der Hinterbliebenenversorgung als eine Art bedarfsgeprüfte Transferzahlung, die somit nicht mehr als Versicherungsleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung eingeordnet werden kann. Der Fürsorgecharakter der Hinterbliebenenrente zeigt sich daran, dass grundsätzlich alle über einen Freibetrag hinausgehenden Einkünfte bei der Bemessung der Hinterbliebenenrente angerechnet werden. Folglich wäre sie aus Steuermitteln und nicht aus Rentenversicherungsbeiträgen zu finanzieren.

340. Fasst man die Hinterbliebenenrente in diesem Sinne als Fürsorgeleistung auf, die bei Bedürftigkeit des Hinterbliebenen gewährt wird, müsste nach einer langen Übergangsfrist die Hinterbliebenenversorgung aus dem Spektrum der über Beiträge finanzierten Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung herausgelöst und dem allgemeinen Fiskus anheim gestellt werden. Denkbar wäre ein Hinterbliebenenleistungsgesetz, das Hinterbliebenen befristet (zum Beispiel 3 Monate) Leistungen ohne Bedürftigkeitsprüfung und mittel- und langfristig nur mit Bedürftigkeitsprüfung gewährt.

341. Problematisch – und damit nach Lage der Dinge nicht umsetzbar – kann die Ausgestaltung der Hinterbliebenenversorgung als Fürsorgeleistung deshalb werden, weil dann ein verwitweter Ehepartner schlechter gestellt werden könnte als ein geschiedener Ehegatte. Denn bei Ehescheidungen ab Juli 1977 besteht Anspruch auf einen Versorgungsausgleich. Dieser wird so vorgenommen, dass die jeweils von den beiden Ehepartnern erworbenen Versorgungsanwartschaften einander gegenübergestellt werden und der Ehegatte mit der höheren Anwartschaft die Hälfte des Unterschiedsbetrags an den geschiedenen Ehegatten abgeben muss. Die dem Geschiedenen dadurch zufallenden Entgeltpunkte stellen eigene Rentenanswartschaften dar. Beim Tod des ehemaligen Ehepartners kommt es deshalb zu keiner Bedürftigkeitsprüfung.

Hinterbliebenenrente als Versicherungsleistung

Rentensplitting

342. Die mit dem Versicherungsprinzip vereinbare Ausgestaltung der Hinterbliebenenversorgung ist das **Rentensplitting** (JG 2005 Ziffer 553). Das Splitting beruht auf dem Grundgedanken der Ehe als Bedarfsgemeinschaft und der daraus erwachsenden Versorgungs- und Unterhaltungspflicht. Entsprechend werden die in einer Ehe erworbenen Anwartschaften hälftig aufgeteilt (JG 2001 Ziffer 253). Die übertragenen Ansprüche begründen für den Empfänger eine eigene Rente. Eine Ein-

kommensanrechnung gibt es konsequenterweise nicht. Beim Rentensplitting werden Renten nur aus durch Beiträge erworbenen Rentenanwartschaften gezahlt. Damit ist das (obligatorische) Rentensplitting die adäquate Ausgestaltung für die Hinterbliebenenversorgung der Ehegatten als Versicherungsleistung.

343. Einem Ersatz der abgeleiteten Witwen- und Witwerrenten durch ein obligatorisches Splitting der während der gemeinsamen Ehe erworbenen Anwartschaften stehen allerdings einige Hindernisse im Weg. Ein verfassungsrechtliches Argument, das gegen das Rentensplitting vorgebracht wird, besagt, dass es zu einer Diskriminierung der Ehe kommen kann. Stirbt nämlich derjenige Ehegatte, der Rentenanwartschaften von seinem Partner erhalten hat, dann ist der hinterbliebene Partner schlechter gestellt, als wenn er alleinstehend gewesen wäre. Dieses Problem könnte nur durch eine generelle – noch über die derzeitigen Regelungen hinausgehende – Möglichkeit der Rückgängigmachung des Rentensplittings vermieden werden.

Problematisch ist ein obligatorisches Splitting auch dann, wenn sich der Erwerbstätigenstatus der Ehepartner unterscheidet, wenn zum Beispiel ein Ehepartner Beamter ist. Da bei Pensionsansprüchen der Beamten, die auf dem Alimentationsprinzip, das heißt dem Anspruch auf eine lebenslange amtsangemessene Versorgung basieren, die Möglichkeit des Splittings nicht besteht, würden die rentenversicherungspflichtigen Ehepartner von Beamten anders behandelt. Ein hinterbliebener Beamter könnte sich so zusätzlich zu seiner Beamtenversorgung noch die halbe Rentenanwartschaft seiner Ehefrau sichern (Ruland, 2002). Um die Begünstigung von Personen die überwiegend Einkommen aus anderen Alterssicherungssystemen erzielen, zu vermeiden, wurde die derzeitige Splitting-Regelung an die Voraussetzung von 25 Jahren an rentenrechtlichen Zeiten geknüpft. Diese sicherlich sinnvolle Bedingung wird man aufgeben müssen, wenn man das Splitting als einzige Hinterbliebenenabsicherung etablieren wollte.

Ferner käme es bei einem permanenten Splitting, also der Aufteilung der Rentenanwartschaften zu Lebzeiten und sofort nach ihrem Entstehen, zu einem „Altersunterschied-Problem“ (Ruland, 1994). Dieses Problem besteht darin, dass sich ein (zu) geringes Versorgungsniveau ergeben kann, wenn der Altersunterschied zwischen den Ehegatten groß ist und der ältere Ehepartner deshalb eine reduzierte Altersrente bezieht, weil er seine Rentenanwartschaften nach Maßgabe der Splittingregelung abgegeben hat, sein Ehegatte aber noch keine Altersrente bezieht. Auch hier wird der ältere Ehegatte schlechter gestellt, als wenn er alleinstehend wäre. Zudem würde ein permanentes obligatorisches Splitting massiv in die Eigentumsrechte der Ehegatten eingreifen. Denn ein Zugewinnausgleich wird sonst nur bei Scheidung oder Tod durchgeführt und nicht schon während der Ehe. Eingedenk dieser Probleme wird man das Splitting außer beim Tode des einen Ehepartners frühestens beim Renteneintritt des jüngeren Partners anwenden können und es zudem als Wahlmöglichkeit ausgestalten müssen. Dann ist man aber nicht mehr sehr weit von der derzeit bestehenden Regelung entfernt.

Würde man aber die derzeitige Splittingregelung obligatorisch als Substitut zur abgeleiteten Hinterbliebenenrente einführen, ergibt sich ein weiteres Problem. Denn das Rentensplitting folgt der Idee des Zugewinnausgleichs, wonach nur die in der Ehezeit erworbenen Ansprüche geteilt werden. Die abgeleitete Hinterbliebenenrente folgt dagegen der Idee des Erbrechts, in dem nicht da-

nach unterschieden wird, wann das Vermögen des Erblassers erworben wurde. Jenseits der Tatsache, dass bei einem obligatorischen Splitting einige Hinterbliebene schlechter gestellt würden als bei der abgeleiteten Hinterbliebenenrente, könnten sich auch hier rechtliche Hürden ergeben. Eine Lösung wäre, das Splitting für alle Ansprüche, also auch für die vor der Ehe erworbenen Ansprüche durchzuführen. Dann wäre man allerdings nahe an der Ausgestaltung der abgeleiteten Hinterbliebenenrente mit dem Unterschied, dass eine Einkommensanrechnung nicht möglich wäre, was höhere Ausgaben verursachen könnte.

Insgesamt führen die hier skizzierten rechtlichen und praktischen Umsetzungsprobleme (Näheres siehe Ruland, 1994; Ruland, 2002) dazu, dass ein generelles obligatorisches Rentensplitting, wenngleich die systematisch überlegene Lösung, kaum umgesetzt werden kann.

Evolution des derzeitigen Systems

344. Aus Gründen der Praktikabilität und aufgrund der rechtlichen Probleme sollte man, obwohl die abgeleitete Hinterbliebenenrente, die über das Splitting hinausgeht, eine versicherungsfremde Leistung darstellt (JG 2005 Ziffer 553), das derzeitige System weiterentwickeln. So könnte man dem vom Bundesverfassungsgericht zugeschriebenen Fürsorgecharakter der Hinterbliebenenrente Rechnung tragen und den **Anrechnungsfreibetrag** für andere Einkommen zumindest einfrieren, wenn nicht sogar kürzen. Zudem ist erforderlich, die anderen Einkommen nicht nur zu 40 vH sondern zu 100 vH anzurechnen.

345. Weiterhin wäre denkbar, den **Rentenartfaktor**, der mit der Rentenreform 2001 von 0,6 mit langen Übergangsfristen auf 0,55 vH reduziert wurde, für alle Zugangsrenten weiter auf zum Beispiel 0,5 abzusenken. Diese Maßnahme könnte Einsparungen von 0,5 Mrd Euro im Jahr 2010, 1,9 Mrd Euro im Jahr 2020 und rund 2,7 Mrd Euro im Jahr 2030 generieren. Durch eine Senkung des Rentenartfaktors werden allerdings auch die Renten von Hinterbliebenen mit geringen Einkommen niedriger ausfallen, also auch derjenigen, die eigentlich bedürftig sind. Daher ist die striktere Einkommensanrechnung einer weiteren allgemeinen Kürzung des Rentenartfaktors vorzuziehen.

346. Im Übrigen bietet es sich an, das **Mindestalter**, ab dem der Bezug einer großen Hinterbliebenenrente möglich ist, von 45 Jahren (zukünftig 47 Jahren) auf 55 Jahre zu erhöhen. Diese Maßnahme ist vertretbar, da man davon ausgehen kann, dass es vor dem Hintergrund des veränderten Erwerbsverhaltens von Frauen und eines geänderten Familienbilds bis zum Alter von 55 Jahren den Hinterbliebenen noch möglich sein sollte, eigenverantwortlich den Lebensunterhalt zu bestreiten. Eine Anhebung des Mindestalters bei den abgeleiteten Witwenrenten um zehn Jahre könnte Einsparungen von rund 0,6 Mrd Euro generieren.

5. Fortentwicklung der Gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung?

347. Die in der Vergangenheit beobachtete Veränderung der Erwerbstätigenstruktur – tendenzielle Abnahme der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei gleichzeitiger Zunahme der Anzahl der Selbständigen – und die steigende Anzahl derjenigen Selbständigen, die nicht

im deutschen gegliederten Alterssicherungssystem abgesichert werden, haben zu Überlegungen geführt, die Gesetzliche Rentenversicherung von einer nahezu reinen Arbeitnehmersicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung umzuwandeln. In einer Erwerbstätigenversicherung sind alle Personen, die Einkommen aus Erwerbstätigkeit beziehen, versicherungspflichtig; nicht versicherungspflichtig sind Kapitaleinkommensbezieher, da Renten Einkommensersatzfunktion im Alter haben, der Bezug von Kapitaleinkommen aber unabhängig vom Lebensalter ist.

Eine Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Verbesserung der finanziellen Lage der Rentenversicherung ist grundsätzlich kritisch zu sehen (JG 2001 Ziffern 254 ff.), da die zusätzlichen Versicherten zunächst zwar erst einmal Beiträge zahlen und damit eine kurzfristige Entlastung erzeugen, später aber Renten beziehen, was Mehrausgaben verursacht. In einer langfristigen Betrachtung ergibt sich damit tendenziell keine finanzielle Entlastung der Rentenversicherung. Allerdings können der Schutz bestimmter Personengruppen vor Altersarmut und damit korrespondierend der Schutz des Staates vor zukünftigen Sozialleistungsansprüchen beziehungsweise Ansprüchen auf Mindestsicherung im Alter dieser Personen Argumente liefern, eine Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung oder zumindest eine Versicherungspflicht für diejenigen Personen vorzusehen, die bisher in keinem obligatorischen System abgesichert sind. Dies trifft auf einen großen und größer werdenden Teil der „neuen Selbständigen“ zu.

Versichertenkreis der Gesetzlichen Rentenversicherung

348. Grundsätzlich ist die Gesetzliche Rentenversicherung eine Versicherung für Arbeiter und Angestellte. Allerdings gibt es Ausnahmeregelungen für bestimmte **Gruppen von Selbständigen**, wie unter anderem: Hauslehrer und Erzieher sowie Pflegepersonen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen; Hebammen und Entbindungspfleger; Seelotsen; Künstler und Publizisten mit nicht mehr als einem Angestellten; Gewerbetreibende, die in die Handwerksrolle eingetragen sind; arbeitnehmerähnliche Selbständige („Scheinselbständige“), also Selbständige, die keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen und auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Arbeitgeber tätig sind, sowie bestimmte Existenzgründer (zum Beispiel Ich-AGs).

Die **Versicherungspflicht** setzt ein regelmäßiges Einkommen von mindestens 400 Euro monatlich voraus. Ausnahmeregelungen gibt es für Künstler und Publizisten sowie für Ich-AGs. Selbständig tätige Handwerker können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn für sie mindestens 18 Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet wurden. Arbeitnehmerähnliche Selbständige können sich für den Zeitraum der ersten drei Jahre ihrer Selbständigkeit von der Versicherungspflicht befreien lassen. Insgesamt sind neben den rund 25 Millionen Beschäftigten und 4,4 Millionen Leistungsempfängern rund 238 000 Selbständige in der Gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert.

Für versicherungspflichtige Selbständige ist die **Beitragsbemessungsgrundlage** entweder die jährlich neu festgesetzte Bezugsgröße von derzeit 2 450 Euro in Westdeutschland beziehungsweise 2 065 Euro in Ostdeutschland oder das auf der Grundlage des Einkommensteuerbescheids ermittelte tatsächliche Einkommen. Die monatliche Mindestbemessungsgrundlage beträgt aber 400 Eu-

ro. Spezielle Regelungen gibt es für Künstler und Publizisten, Hebammen, Bezirksschornsteinfeger oder Seelotsen. Die Beiträge werden in vollem Umfang vom Selbständigen selbst gezahlt. Eine Ausnahme bilden die Künstler und Publizisten, bei denen die Beiträge zur Hälfte von der vom Bund bezuschussten sowie von Auftraggebern und Veranstaltern ausgestatteten Künstlersozialkasse abgeführt werden.

Wandel in der Erwerbstätigenstruktur und Auswirkungen auf die Finanzen der Rentenversicherung

349. Die weitgehende Ausrichtung der Gesetzlichen Rentenversicherung auf die sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer macht sie anfällig für Änderungen in der Erwerbstätigenstruktur. Tatsächlich hat sich diese in den vergangenen Jahren stark verändert. Es gab eine Entwicklung weg von der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung hin zur geringfügigen Beschäftigung und zur Selbständigkeit. Der Anteil der Selbständigen an allen Erwerbstätigen nahm im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2005 von 8,1 vH auf 11,2 vH zu, während der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um rund 8 Prozentpunkte auf 71,8 vH abnahm. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten mit nur einer Erwerbstätigkeit stieg von 3,1 vH im Jahr 1991 auf 9,0 vH im Jahr 2005.

350. Grundsätzlich sind die finanziellen Effekte der Änderung der Erwerbstätigenstruktur mit denen einer Änderung der Erwerbsquote vergleichbar. Sinkt die Erwerbsbeteiligung, kommt es zunächst zu Verlusten bei den Beitragseinnahmen, später aber zu geringeren Rentenzahlungen, so dass es in der langen Frist keine (bedeutenden) Beitragssatzeffekte geben dürfte. Dieses Ergebnis ist allerdings nur dann richtig, wenn eine einmalige Änderung der Erwerbstätigenstruktur beziehungsweise der Erwerbsquote vorliegt. Handelt es sich dagegen um einen anhaltenden Prozess, dann sind die Auswirkungen auf die finanzielle Situation dauerhaft. Dann wäre die Änderung der Erwerbstätigenstruktur mit den Effekten der Alterung vergleichbar und würde noch zu diesen Effekten als ein in die gleiche Richtung wirkendes Problem hinzutreten (Rische, 2006). Denn letztlich tragen beide Phänomene zu einer dauernden Erhöhung des Rentnerquotienten bei, mit den entsprechenden Wirkungen auf den Beitragssatz (Gleichung (2) in Kasten 16, Seite 242). Im Unterschied zur Bevölkerungsalterung ist eine solche Änderung der Erwerbstätigenstruktur mit Politikmaßnahmen aber eher zu beeinflussen, zum Beispiel durch eine bessere Abstimmung der Förderung der unterschiedlichen Formen der Erwerbstätigkeit.

Finanzielle Konsequenzen einer Ausweitung des Versichertenkreises

351. Macht man eine bisher nicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung abgesicherte Personengruppe bis zu einer bestimmten Altersgrenze von zum Beispiel 50 Jahren in der Gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, ergeben sich kurz- und mittelfristig Beitragssatzsenkungen, da die Beitragszahlungen sofort anfallen, die Leistungen indes erst allmählich eintreten, Altersrenten im betrachteten Beispiel frühestens nach 13 Jahren. Hat man also nur eine kurzfristige Perspektive und will für eine bestimmte Zeit Beitragssatzsenkungen erzeugen, ist die Ausweitung des Versichertenkreises grundsätzlich Ziel führend. Im Zeitverlauf gelangen allerdings immer mehr der neu einbezogenen Versicherten ins Rentenalter, was Mehrausgaben verursacht und Beitragssatzsteigerungen hervorruft (Kasten 17, Seite 270).

Die langfristigen Wirkungen einer Ausweitung des Versichertenkreises auf den Beitragssatz sind nicht so eindeutig wie die kurz- und mittelfristigen Effekte. Letztlich kommt es darauf an, ob der zusätzliche Personenkreis insbesondere hinsichtlich Altersstruktur, Einkommen, Kinderzahl, Lebenserwartung, Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung die gleichen Eigenschaften aufweist wie der bereits einbezogene Personenkreis. Haben die neuen Versicherten zum Beispiel bei sonst gleichen Merkmalen im Durchschnitt eine längere Lebenserwartung, ergibt sich im Vergleich zum Beitragssatzpfad im Status quo langfristig ein höherer Beitragssatz. Da man aber die Unterschiede in den Eigenschaften des neuen Versichertenkreises nicht genau kennt, sind Aussagen über die langfristigen Wirkungen schwierig. Dazu müssen letztlich Annahmen getroffen werden, die sehr stark das Ergebnis beeinflussen. Nimmt man zum Beispiel sehr vereinfachend an, dass der neue Versichertenkreis die gleichen Eigenschaften aufweist wie der bereits einbezogene Personenkreis, wird man davon ausgehen können, dass es keine **langfristigen Beitragssatzeffekte** gibt. Beitragssatzänderungen können nur im Übergang zum neuen Gleichgewichtspfad auftreten.

Diese Beitragssatzeffekte im Übergang könnten wegen der Ausgestaltung der Gesetzlichen Rentenversicherung aber auch dazu führen, dass der Beitragssatz langfristig ein anderer ist als im Status-quo-Szenario. Dies ist deshalb der Fall, weil Beitragssatzsenkungen nicht nur die Beitragseinnahmen der Rentenversicherung, sondern auch die Dynamik des Bundeszuschusses sowie über die Rentenanpassung auch die Ausgaben beeinflussen, und dies nicht nur kurzfristig, also dann, wenn es zu den Beitragssatzsenkungen kommt, sondern auch langfristig. So führt eine Beitragssatzsenkung zu einer höheren Rentenanpassung für alle Rentner, auf die zukünftige Rentenanpassungen wiederum „aufsetzen“. Insofern können die finanziellen Auswirkungen einer Ausweitung des Versichertenkreises letztlich nur in Simulationsmodellen halbwegs verlässlich quantifiziert werden. Ohne eine solche empirische Basis sollte weder eine Ablehnung der Ausweitung des Versichertenkreises noch ihre Befürwortung mit den langfristigen finanziellen Effekten begründet werden.

Gründe für die Einführung einer Versicherungspflicht und die Ausweitung des Versichertenkreises

352. In Anbetracht der Veränderungen in der Erwerbstätigenstruktur werden in jüngster Zeit Forderungen laut, den Versichertenkreis der Gesetzlichen Rentenversicherung um die Selbständigen oder auch die Beamten zu erweitern. Im Vordergrund steht dabei meist das Argument, dass durch die Zunahme der Zahl der Selbständigen bei gleichzeitigem Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung die Rentenversicherung langfristig und nachhaltig zusätzlich zu den ohnehin gegebenen demographisch bedingten Problemen belastet werde. Die logische Konsequenz zur Vermeidung dieser Belastungen sei die Einbeziehung der Selbständigen, die nicht in dem obligatorischen System der berufsständischen Versorgungswerke abgesichert sind, und der Beamten in die Gesetzliche Rentenversicherung. Unstrittig ist, dass eine Ausweitung des Versichertenkreises die Gesetzliche Rentenversicherung kurz- und mittelfristig entlasten würde. Aber selbst wenn es zu einer nachhaltigen **Entlastung der Rentenversicherung** durch Ausweitung des Versichertenkreises kommen sollte – was angezweifelt werden muss –, vermag diese Begründung für die Einbeziehung weiterer Personenkreise in eine Zwangsversicherung nicht zu überzeugen. Denn gerade weil der Grund für die finanziellen Probleme, namentlich die Änderung der Erwerbstätigenstruktur, auch durch andere geeignete Politikmaßnahmen beeinflussbar ist, stellt die Ausweitung des Versichertenkreises und damit eine Immunisierung gegenüber einer Änderung der Erwerbstätigenstruktur nur die Ultima Ratio dar.

Gleichwohl spricht eine Reihe von anderen Gründen für eine Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung. So kann man argumentieren, dass es im Sinne der **Gleichbehandlung** richtig ist, zum Beispiel auch Beamte und Selbständige in die Rentenversicherung einzubeziehen, da nicht nur Arbeiter und Angestellte die in der Rentenversicherung enthaltene implizite Steuer tragen sollten, sondern im Prinzip alle Steuerzahler. Derzeit liegt der implizite Steuersatz, gemessen als Barwert der Beitragszahlungen abzüglich des Barwerts der Rentenansprüche bezogen auf den Barwert des beitragspflichtigen Einkommens, für Frauen zwischen 1,8 vH für den Jahrgang 1940 und 7,6 vH für den Jahrgang 2010 sowie für Männer zwischen 4,7 vH und 10,2 vH (Schaubild 73, Seite 273). Durch die Verteilung dieser Steuerlast auf einen größeren Kreis kann die implizite Steuerlast (für bestimmte Kohorten) der bisherigen Versicherten gesenkt werden (Schaubild 74, Seite 274). Die neu dazu gekommenen Versicherten müssen dagegen einen positiven impliziten Steuersatz leisten. Es käme also zu einer interpersonellen Umverteilung der Steuerlast von den bisherigen Beitragszahlern zu den neu einbezogenen Personen. Zu berücksichtigen ist, dass der Preis dieser Gleichbehandlung darin besteht, ein Umlagesystem mit einer hohen impliziten Besteuerung auszuweiten und weitere Personen an den Kosten dieses Systems zu beteiligen.

Von der intragenerativen Umverteilung zu unterscheiden sind **intergenerative Verteilungseffekte**. Denn die kurz- und mittelfristige Beitragssatzreduktion bei der Einbeziehung neuer Beitragszahler sorgt auch für eine Entlastung all derjenigen Alterskohorten, die in der Phase der niedrigen Beitragssätze Beitragszahler sind (Kifmann, 2001). Führt die Ausweitung des Versichertenkreises zu einem langfristig höheren Beitragssatz als im Status quo, etwa weil die neu dazu gekommenen Personen eine längere Lebenserwartung haben, so werden zukünftige Generationen, die die dann höheren Beitragssätze tragen müssen, belastet. Somit kann es in der Zukunft gerade durch die Einbeziehung dieser Personen zu einer größeren impliziten Steuerlast für zukünftige Generationen kommen, und eine größere intragenerative Gleichbehandlung würde mit einer geringeren intergenerativen Gleichbehandlung erkaufte (JG 2001 Ziffer 256; Jess, 2004).

Der Gleichbehandlungsaspekt betrifft nicht nur die möglichen Lasten, die aus der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Rentenversicherung erwachsen, sondern auch die Leistungen. Denn die zusätzlich einbezogenen Personen werden auch von den Umverteilungselementen begünstigt, wie zum Beispiel durch die rentenerhöhende Berücksichtigung von Kindern oder von Rehabilitationsleistungen.

353. Die Einbeziehung weiterer Erwerbstätigen Gruppen in die Rentenversicherung kann neben dem distributiven Argument aber auch noch mit einem allokativen Argument gerechtfertigt werden. Denn eine Ungleichbehandlung zwischen Arbeitnehmern und zum Beispiel Selbständigen kann zu **Verzerrungen** in der Wahl des Erwerbstätigenstatus führen und damit letztlich die Faktorallokation beeinflussen. So gibt es zahlreiche Tätigkeiten, die von einer Person im Angestelltenverhältnis oder von einer selbständig tätigen Person ausgeübt werden können, zum Beispiel im Handwerk. Die Sozialversicherungspflicht des Angestellten und die Sozialversicherungsfreiheit des Selbständigen führen zu Verzerrungen, da es sowohl für den Auftraggeber und kurzfristig auch für den Erwerbstätigen günstiger ist, den Erwerbstätigenstatus der Selbständigkeit zu wählen. Eine Einbeziehung der nicht bereits in einem anderen obligatorischen System abgesicherten Selbständigen in die Gesetzliche Rentenversicherung würde damit zu einer größeren Neutralität hinsichtlich

der Wahl des Erwerbstätigenstatus beitragen. Dies ist letztlich auch eine Begründung dafür, die sogenannte Scheinselbständigkeit zu unterbinden beziehungsweise Scheinselbständige in die Rentenversicherungspflicht einzubeziehen.

Eine von der Wahl der Erwerbsform zu trennende Frage betrifft die Partizipationsentscheidung, das heißt die Entscheidung, überhaupt einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Diese kann durch eine Versicherungspflicht generell negativ beeinflusst werden.

354. Ein entscheidender Grund zumindest für eine Versicherungspflicht liegt darin, unbefriedigte **Schutzbedürfnisse** von bisher nicht abgesicherten Personen abzudecken. Diese Personengruppe soll vor Altersarmut geschützt und ihr ein Alterseinkommen gesichert werden. Gleichzeitig hat der Staat ein rein fiskalisch motiviertes Interesse daran, dass diese Personen im Alter ein ausreichendes Einkommen beziehen, damit sie keine Ansprüche an das staatliche Transfersystem geltend machen können. Der Schutz vor Altersarmut und der Schutz des Staates vor Sozialhilfeansprüchen beziehungsweise Ansprüchen auf Mindestsicherung im Alter stellen somit zwei Seiten derselben Medaille dar. Gegen das Argument der Schutzbedürftigkeit wird oft eingewandt, dass zum Beispiel Selbständige deshalb nicht sozialversicherungspflichtig sind, weil sie über einen Zugewinn an materiellen Handlungsmöglichkeiten und einen hohen Grad an Eigenverantwortung verfügen, die auch im Bereich der Altersvorsorge ein eigenverantwortliches Handeln zumutbar erscheinen lassen (Rische, 1999). Allerdings findet man bei den freien Berufen, für die diese Eigenschaften auch gelten sollten, zunächst freiwillig gegründete und später obligatorisch gemachte Systeme der Alterssicherung, die auf bestehende Schutzbedürfnisse auch bei diesen Erwerbstätigen schließen lassen.

Damit stellt sich die Frage, ob es eine relevante Personengruppe gibt, die im deutschen gegliederten Alterssicherungssystem noch nicht hinreichend abgesichert ist und deshalb unbefriedigte Schutzbedürfnisse vorliegen, die einen staatlichen Eingriff rechtfertigen könnten. Da Beamte über die Beamtenversorgung und Freiberufler über die berufsständischen Versorgungswerke abgesichert sind, könnte letztlich nur die Gruppe der Selbständigen eine relevante Anzahl nicht abgesicherter Personen aufweisen. Diese Erwerbstätigengruppe ist seit dem Jahr 1991 um über 34 vH gewachsen und umfasst derzeit rund 4,08 Millionen Personen. Dabei hat sich auch die Struktur dieser sehr heterogenen Gruppe im Zeitverlauf verändert. So wurde der Anstieg der Anzahl der Selbständigen vor allem durch die starke Zunahme der Anzahl der Selbständigen ohne Beschäftigte (Soloselbständige) getrieben – ihre Zahl nahm von 1,38 Millionen im Jahr 1991 auf 2,29 Millionen im Jahr 2005 zu –, so dass sich der Anteil dieses Personenkreises an der Gesamtzahl der Selbständigen von 46 vH im Jahr 1991 auf 56 vH im Jahr 2005 vergrößerte. Seit dem Jahr 2001 hat diese Gruppe ausschließlich zum Anstieg der Selbständigenquote beigetragen. Denn die Selbständigenquote für die Selbständigen mit Beschäftigten ist seit 10 Jahren mit rund 5 vH in etwa konstant (Schaubild 70, Seite 266).

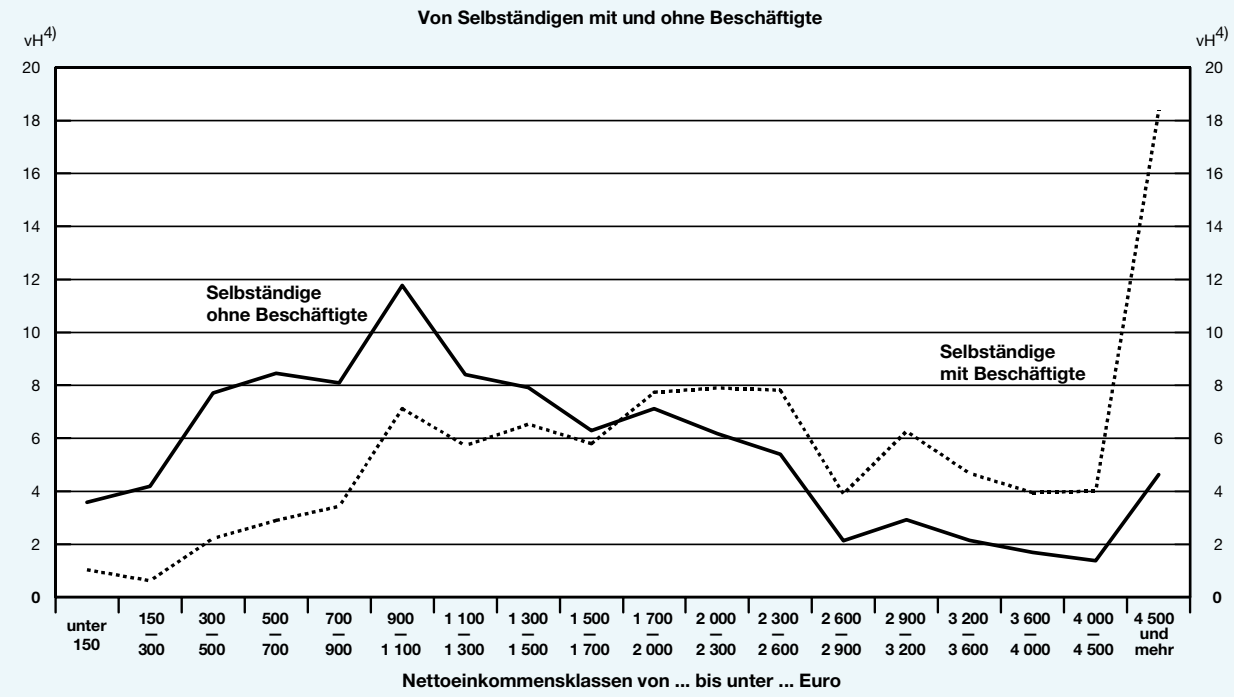
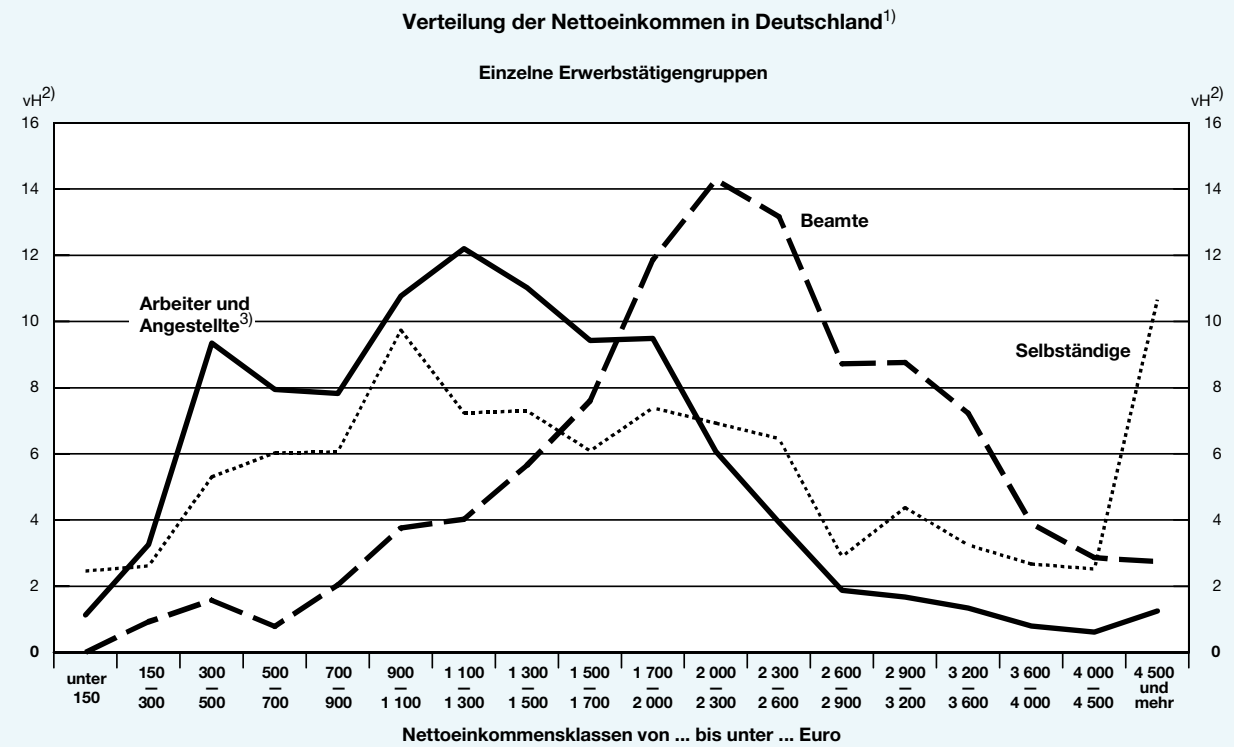
Schaubild 70



355. Es ist davon auszugehen, dass die Einkommens- und Vermögenssituation vieler Selbständiger heute nicht besser ist als diejenige von abhängig Beschäftigten. Bei einem großen Teil der Selbständigen dürfte die Sparfähigkeit zu gering sein, um Vorsorge für Risiken wie Krankheit, Erwerbsunfähigkeit oder Alter treffen zu können. So haben rund 32 vH aller Selbständigen ein monatliches Nettoeinkommen unter 1 100 Euro. Für die Gruppe der Arbeiter und Angestellten beträgt dieser Anteil 40 vH und für die Beamten 9 vH. Hinsichtlich der Einkommensverteilung ist diese Gruppe sehr heterogen, da es zahlreiche Selbständige mit sehr hohen Einkommen und gleichzeitig viele Selbständige mit niedrigen Einkommen gibt. Die Gruppe der Selbständigen ohne Beschäftigte weist tendenziell geringere Einkommen auf als die Selbständigen mit Beschäftigten (Schaubild 71). Mithin ist für die Soloselbständigen das Risiko größer, im Alter unzureichend abgesichert zu sein. Betrachtet man nur diese Selbständigen, dann weisen 37 vH ein Nettoeinkommen unter 1 100 Euro auf. Die Einkommenssituation im unteren Bereich entspricht damit in etwa der Situation der Arbeiter und Angestellten.

Im Zeitverlauf hat nicht nur die Anzahl der Selbständigen mit niedrigem Einkommen zugenommen – im Jahr 2005 hatten rund 1,1 Millionen Selbständige ein Nettoeinkommen von weniger als 1 100 Euro monatlich – sondern auch ihr Anteil an der Gesamtzahl der Selbständigen. So nahm der Anteil der Selbständigen mit einem Nettoeinkommen unter 1 100 Euro selbst bei nominaler Betrachtung von 24 vH im Jahr 1995 auf 32 vH im Jahr 2005 zu. Für die Gruppe der Selbständigen ohne Beschäftigte fand ebenfalls ein Anstieg um 3 Prozentpunkte auf 37 vH statt. Es hat also eine Verschiebung in der Einkommensverteilung gegeben.

Schaubild 71



1) Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2005; ohne mithelfende Familienangehörige, selbständige Landwirte sowie Erwerbstätige ohne Einkommen und ohne Angaben zum Einkommen.- 2) Anteil der Personen in einer Einkommensklasse an der Gesamtzahl der Personen in der Erwerbstätigengruppe.- 3) Einschließlich Auszubildende in anerkannten kaufmännischen, technischen und gewerblichen Ausbildungsberufen.- 4) Anteil der Personen in einer Einkommensklasse an der Gesamtzahl der Selbständigen ohne mithelfende Familienangehörige, selbständige Landwirte, Erwerbstätige ohne Einkommen und ohne Angaben zum Einkommen.

Ingesamt mehrten sich die Indizien dafür, dass für einen wachsenden Teil der Selbständigen Schutzbedürfnisse vorhanden sind beziehungsweise für den Staat die Gefahr besteht, dass ein Teil dieser Gruppe im Alter Anspruch auf Transferzahlungen haben könnte, soweit sie nicht in einem obligatorischen Alterssicherungssystem abgesichert sind. Die Anzahl der nicht obligatorisch abgesicherten Selbständigen wird auf 2 bis 3 Millionen Personen quantifiziert (Fachinger et al., 2004; Rische, 2006).

Versicherungspflicht oder Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung?

356. Es gibt also gute Gründe, davon auszugehen, dass für eine große und größer werdende Gruppe der Selbständigen ohne obligatorische Absicherung unbefriedigte Schutzbedürfnisse vorliegen. Doch reicht der Schutz vor Altersarmut und Schutz vor zukünftigen Transferverpflichtungen des Staates nicht als Begründung aus, um eine Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung zu rechtfertigen. Vielmehr ist nur eine allgemeine Versicherungspflicht für den schutzbedürftigen Personenkreis begründbar, nicht aber die weitergehende Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Denkbar wäre etwa, dass die betreffenden Personen einen Rentenversicherungsvertrag abschließen müssen, der ihnen ein existenzsicherndes Einkommen im Alter gewährt. Der Staat wäre dann von zukünftigen Transferansprüchen befreit, und der Altersarmut dieses Personenkreises wäre vorgebeugt.

357. Nur eine Versicherungspflicht würde aber im Vergleich zur Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung die oben angesprochene **Gleichbehandlung** nicht gewährleisten. Diese Selbständigen würden nicht an der impliziten Besteuerung in der Gesetzlichen Rentenversicherung beteiligt. Sie hätten vielmehr einen Vorteil, da sie eine kapitalgedeckte Rentenversicherung mit einer höheren Rendite als in der Gesetzlichen Rentenversicherung abschließen könnten. Allerdings können auch die Beiträge für eine private Rentenversicherung, die ein Alterseinkommen in Höhe des Existenzminimums sichern soll, aus Sicht der Beitragszahler einen Steuercharakter haben, nämlich dann, wenn im Alter keine oder nur geringe andere Einkünfte zu erwarten sind und sie dann einen Anspruch auf eine von der Allgemeinheit finanzierte Mindestsicherung im Alter hätten. Insofern kann eine bloße Versicherungspflicht ebenfalls mit einer – wenn auch anderen – impliziten Steuerbelastung verbunden sein.

Will man nur die derzeit nicht obligatorisch abgesicherten Selbständigen in die Gesetzliche Rentenversicherung einbeziehen, ist generell unklar, auf welche Personengruppe die gewünschte Gleichbehandlung bezogen wird. Bei einer Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung ergibt sich gleichzeitig eine Ungleichbehandlung gegenüber denjenigen Selbständigen, die in berufsständischen Versorgungswerken abgesichert sind, oder gegenüber Beamten. Letztlich ist eine Gleichbehandlung aller Bürger nur dann gegeben, wenn alle in die Gesetzliche Rentenversicherung einbezogen würden.

Mit Blick auf die **intergenerative Gleichbehandlung** dürfte eine Einbeziehung von Selbständigen mit geringen Einkommen in die Gesetzliche Rentenversicherung nicht zu einer Belastung der zukünftigen Generationen führen, da davon auszugehen ist, dass – sofern das Einkommen eine wichtige Determinante der Lebenserwartung ist – diese Personen keine höhere Lebenserwartung haben als der bisherige Versichertenkreis. Allerdings ergibt sich ein Unterschied zu der Einführung einer

bloßen Versicherungspflicht. Denn im letztgenannten Fall werden eher die zukünftigen Generationen entlastet, die nun nicht mehr über Steuermittel zur Zahlung der Transfers an die bedürftigen ehemals selbständig tätigen Personen herangezogen werden, während bei der Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung eher die heutigen Beitragszahlergenerationen entlastet und die zukünftigen Generationen bestenfalls nicht belastet werden.

Hinsichtlich der **Faktorallokation** würde die Versicherungspflicht für alle Selbständigen im Vergleich zum Status quo zwar die Verzerrungen zugunsten einer selbständigen Tätigkeit verringern, nicht aber beseitigen. Selbständige hätten bei einer Versicherungspflicht in einem kapitalgedeckten System den Vorteil, dass sie die gleiche Altersrente im Durchschnitt mit einem geringeren Beitrag erreichen könnten. Anders ausgedrückt: Die in den Beiträgen enthaltene implizite Steuer ist tendenziell geringer.

Eine Versicherungspflicht verbunden mit einem Wahlrecht hinsichtlich der Altersvorsorgeform – Privatvorsorge oder Gesetzliche Rentenversicherung – könnte zu einer **Risikoentmischung** führen, wenn solche Personen, die besonders von den Umverteilungselementen innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung profitieren beziehungsweise von risikodifferenzierten Beiträgen in einer Privatversicherung stärker belastet würden, in relevantem Ausmaß in die Gesetzliche Rentenversicherung eintreten würden. Wenn man eine allgemeine Versicherungspflicht für die Selbständigen vorsieht, muss deshalb die Option, als Selbständige freiwillig in die Gesetzliche Rentenversicherung zu gehen, versperrt werden. Allerdings muss bei einem erneuten Wechsel des Erwerbstätigenstatus die Rückkehr in die Gesetzliche Rentenversicherung gewährleistet werden. Ansonsten bestünden erst recht Möglichkeiten zur Risikoentmischung.

Eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung erhöht die **Flexibilität** beim Wechsel zwischen den Erwerbsformen, und Versicherungslücken werden vermieden. Ferner könnte eine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung dann gerechtfertigt werden, wenn der Selbständige nur geringe Einkommen hat. Denn in der Gesetzlichen Rentenversicherung können die Beiträge einkommensabhängig gestaltet werden. Bei privaten Vorsorgeprodukten ist dies schwieriger zu realisieren. Schließlich sind in der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht nur das Langlebigkeitsrisiko abgesichert, sondern auch andere Risiken, die zur Altersarmut führen können, namentlich Erwerbsminderung, gesundheitliche Rehabilitation und Hinterbliebenenabsicherung.

358. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass für die Selbständigen mit geringen Einkommen Schutzbedürftigkeit besteht und deshalb eine Versicherungspflicht für Selbständige, die noch nicht in einem obligatorischen Alterssicherungssystem abgesichert sind, angebracht ist. Ob über diese Versicherungspflicht hinaus eine Einbeziehung in die Gesetzliche Rentenversicherung angezeigt ist, hängt vor allem davon ab, ob man dem Ziel einer Gleichbehandlung dieser Personengruppe mit den derzeitigen Versicherten in der Gesetzlichen Rentenversicherung und einer Entlastung der heutigen Beitragszahlergenerationen eine große Bedeutung beimisst. Hierbei handelt es sich mithin um die Entscheidung über ein Verteilungsproblem und damit um eine Wertentscheidung, die nur von der Politik zu fällen ist, die aber bald getroffen werden sollte.

Kasten 17

Ausweitung des Versichertenkreises in der Gesetzlichen Rentenversicherung: Beitragsatzeffekte und Änderung der impliziten Steuer

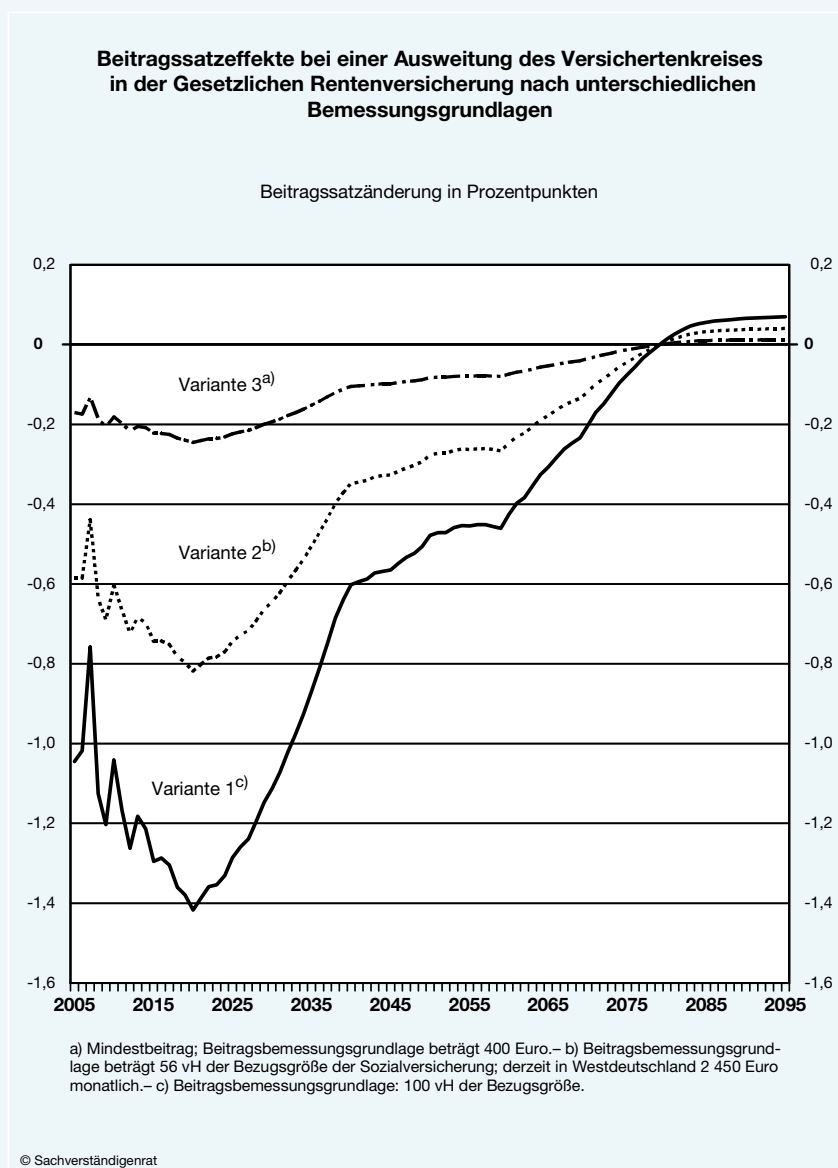
Die Verschiebung der Erwerbstätigenstruktur hin zu einem größeren Anteil von Selbständigen, von denen viele nur über vergleichsweise geringe Einkommen verfügen und die tendenziell nicht für ihr Alter vorsorgen, hat zu Forderungen geführt, die bisher nicht über berufsständische Versorgungswerke abgesicherten Selbständigen in die Gesetzliche Rentenversicherung einzubeziehen. Um die möglichen Effekte der Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung zu erläutern, wird angenommen, dass die derzeit rund 2,29 Millionen Selbständigen, die – abgesehen von mithelfenden Familienangehörigen – keine anderen Personen beschäftigen (Soloselbständige), in der Gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig werden. Dieser Personenkreis wurde deshalb beispielhaft gewählt, da man davon ausgehen kann, dass hier unbefriedigte Schutzbedürfnisse am ehesten gegeben sein sollten. Nicht berücksichtigt ist, dass ein Teil dieser Personen möglicherweise schon in der Gesetzlichen Rentenversicherung oder in berufsständischen Versorgungswerken pflichtversichert ist. Allerdings bleiben die Selbständigen mit Beschäftigten in den Beispielrechnungen gänzlich unberücksichtigt, so dass der Umfang des einbezogenen Personenkreises eher am unteren Rand der Schätzungen der Zahl der nicht obligatorisch abgesicherten Selbständigen liegt.

Angenommen wird, dass diese Soloselbständigen bis zum Alter von 50 Jahren in der Gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig werden. Die zum Zeitpunkt der Einführung der Versicherungspflicht älteren Personen werden aus Vertrauensschutzgründen und aufgrund der Tatsache, dass sie in der kurzen Beitragszeit nur geringe Anwartschaften erwerben würden, nicht einbezogen. Für die Berechnungen wird ein Fortschreibungsmodell zugrunde gelegt, in dem die berücksichtigten Personen „altern“ und neue hinzukommen, so dass im Steady State die Zahl der einbezogenen erwerbstätigen Selbständigen dauerhaft 2,29 Millionen Personen beträgt. Hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrundlage werden drei Alternativen betrachtet. In der Variante 1 zahlen die einbezogenen Selbständigen Beiträge gemäß der monatlichen Bezugsgröße von derzeit 2 450 Euro. Damit orientiert sich Variante 1 an der Regelung für derzeit versicherungspflichtige Selbständige, für die die Bezugsgröße oder das tatsächliche Einkommen die Bemessungsgrundlage darstellt. Zudem entspricht die Bezugsgröße in etwa dem Durchschnittseinkommen. Wenn man davon ausgeht, dass die einbezogenen Soloselbständigen eine ähnliche Einkommenssituation wie die bisher sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer haben, ist dies eine plausible Annahme, soweit die Einkommensersatzfunktion der Rente im Vordergrund steht. Da man die Versicherungspflicht allerdings auch nur für die Existenzsicherung im Alter vorsehen kann, wird in Variante 2 angenommen, dass die Beitragsbemessungsgrundlage 56 vH der Bezugsgröße ausmacht. Derzeit muss man 45 Jahre lang 56 vH des Durchschnittseinkommens verbeitragt haben, um eine Rente auf dem Leistungsniveau des Arbeitslosengelds II zu erhalten. Schließlich werden in einer Variante 3 noch die Effekte betrachtet, die bei der Zahlung eines Mindestbeitrags auftreten würden. Dieser ergibt sich bei einer Beitragsgrundlage von derzeit 400 Euro. Damit kann mit den drei Varianten das ganze Spektrum des Ausmaßes der Effekte einer Ausweitung des Versichertenkreises um die gewählte Personengruppe dargestellt werden. Außerdem wird angenommen, dass die einbezogenen Personen im Alter von 65 Jahren in Rente gehen und eine Rente gemäß den angesammelten Ent-

gelpunkten erhalten. Für die Restlebenserwartung, also die Rentenbezugsdauer, werden einheitlich 19 Jahre unterstellt, was in etwa der erwarteten Rentenbezugsdauer eines 65-Jährigen entspricht.

Da die einbezogenen Personen zunächst Beiträge leisten, aber in den ersten 15 Jahren noch keine Renten fällig sind, kommt es zunächst zu Beitragssatzsenkungen (Schaubild 72). Diese nehmen im Zeitverlauf tendenziell zu, weil in der Startphase die Anzahl der neu einbezogenen Personen in jedem Jahr steigt. Die „Zacken“ im Verlauf des Beitragssatzpfads ergeben sich daraus, dass Beitragssatzsenkungen in einem Jahr im nächsten Jahr wegen der Rentenanpassungsformel zu höheren Rentenanpassungen führen. So hat in der Variante 1, in der die Bezugsgröße die Beitragsgrundlage ist, die Beitragssatzsenkung von über einem Prozentpunkt im ersten Jahr im nächsten Jahr höhere Rentenausgaben von 2,7 Mrd Euro zur Folge, was in etwa 0,3 Beitragssatzpunkten entspricht. Der größte **Beitragssatzeffekt** ergibt sich nach 15 Jahren in Höhe von 1,4 Prozentpunk-

Schaubild 72



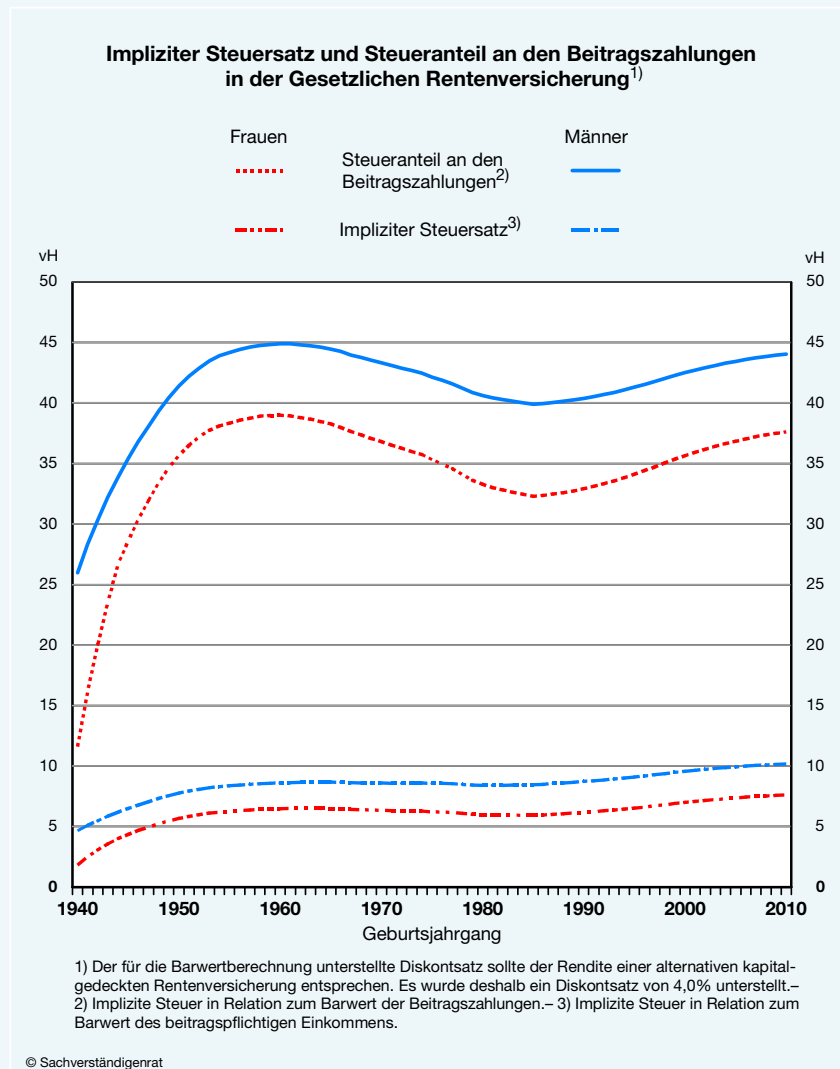
ten, dem letzten Jahr, bevor die ersten der neu einbezogenen Personen das Rentenalter erreichen. Ab dann werden Rentenzahlungen fällig, die den Beitragssatzeffekt dämpfen. Im Jahr 2080 ist dieser auf null gesunken. In der Variante 1 ergibt sich im neuen Steady State eine Beitragssatzsteigerung im Vergleich zum Status quo von rund 0,1 Prozentpunkten. Dieser geringfügige Anstieg über das Status-quo-Niveau hinaus ist letztlich damit zu begründen, dass gemäß den hier unterstellten Annahmen im Rahmen des Fortschreibungsmodells der einbezogene Personenkreis für sich genommen im Steady State einen etwas höheren Rentnerquotienten aufweist als der in der Gesetzliche Rentenversicherung derzeit einbezogene Personenkreis. In dem Maße, in dem sich der Rentnerquotient der Selbständigen dem der abhängig Beschäftigten annähert, würde diese über das Status-quo-Niveau hinausgehende Entwicklung des Beitragssatzes schwinden.

Die **implizite Steuer** kann genauso wie die implizite Rendite als Maß für die intergenerativen Verteilungswirkungen von Politikmaßnahmen wie die Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung verwendet werden. Die implizite Steuer ist dabei die Differenz zwischen dem Barwert der Beitragszahlungen eines Individuums und dem Barwert der erhaltenen Rentenzahlungen, wobei als Diskontierungssatz die Rendite einer alternativen kapitalgedeckten Rentenversicherung zugrunde gelegt wird. Der implizite Steuersatz errechnet sich, indem man diese Differenz entweder auf den Barwert der Beitragszahlungen oder auf den Barwert des Einkommens bezieht. Eng verwandt mit diesem Konzept ist das Konzept der impliziten Rendite, definiert als derjenige Diskontierungssatz der die Barwerte der Beitragszahlungen und der Renten zum Ausgleich bringt. Letztlich wird die Höhe des impliziten Steuersatzes von der Differenz zwischen dem für die Berechnung der impliziten Steuer exogen vorgegebenen Diskontierungssatz und der impliziten Rendite bestimmt (Sinn, 2000). Entsprechend kommt bei der Berechnung des impliziten Steuersatzes der Wahl dieses Diskontierungssatzes eine besondere Bedeutung zu. Zur Berechnung der impliziten Steuer muss mit dem Zinssatz für eine alternative private Rentenversicherung abgezinst werden und nicht mit dem Kapitalmarktzins. Bei den Berechnungen wurde deshalb ein Diskontierungssatz von nominal 4 % verwendet.

Intergenerative Gleichbehandlung kann definiert werden als eine Situation, in der die impliziten Steuersätze für betrachtete Geburtsjahrgänge gleich sind. Dabei muss – soweit dynamische Effizienz gegeben ist – in einem Umlagesystem eine intergenerative Ungleichbehandlung immer vorliegen, da es stets eine Einführungsgeneration gibt, die Leistungen erhält, aber keine oder nur geringe Beiträge in das System gezahlt hat und in diesem Sinne ein so genanntes Einführungsgeschenk bekommt. Der implizite Steuersatz der Einführungsjahrgänge ist negativ, derjenige der später geborenen Jahrgänge dagegen positiv. Man kann zeigen, dass der Barwert der impliziten Steuer aller nachfolgenden Generationen gerade dem Einführungsgeschenk entspricht (zum Beispiel Sinn, 2000). Dieses Einführungsgeschenk wird also von allen zukünftigen Generationen finanziert. Allerdings ist die damit verbundene Steuerlast nicht auf die folgenden Geburtsjahrgänge gleich verteilt, so dass nicht für alle Jahrgänge der gleiche implizite Steuersatz gilt. Es ist also auch in diesem engeren Sinne keine intergenerative Gleichbehandlung gegeben, sondern die Verteilung der Steuerlast der nachfolgenden Generationen hängt unter anderem von der demographischen Entwicklung ab. Derzeit nimmt die implizite Steuerbelastung mit den Geburtsjahrgängen tendenziell zu. Der implizite Steuersatz bezogen auf das Einkommen liegt zum Beispiel für Männer zwischen 4,7 vH für den Jahrgang 1940 und 10,2 vH für den Jahrgang 2010. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, ist ihre implizite Steuerbelastung entsprechend geringer, für die betrachteten Jahrgänge beträgt sie zwischen 1,8 vH und 7,6 vH. Der Anteil der impliziten Steuer am Barwert der Beiträge liegt bei den Männern zum Beispiel für den Beitragszahlerjahrgang 1960 bei

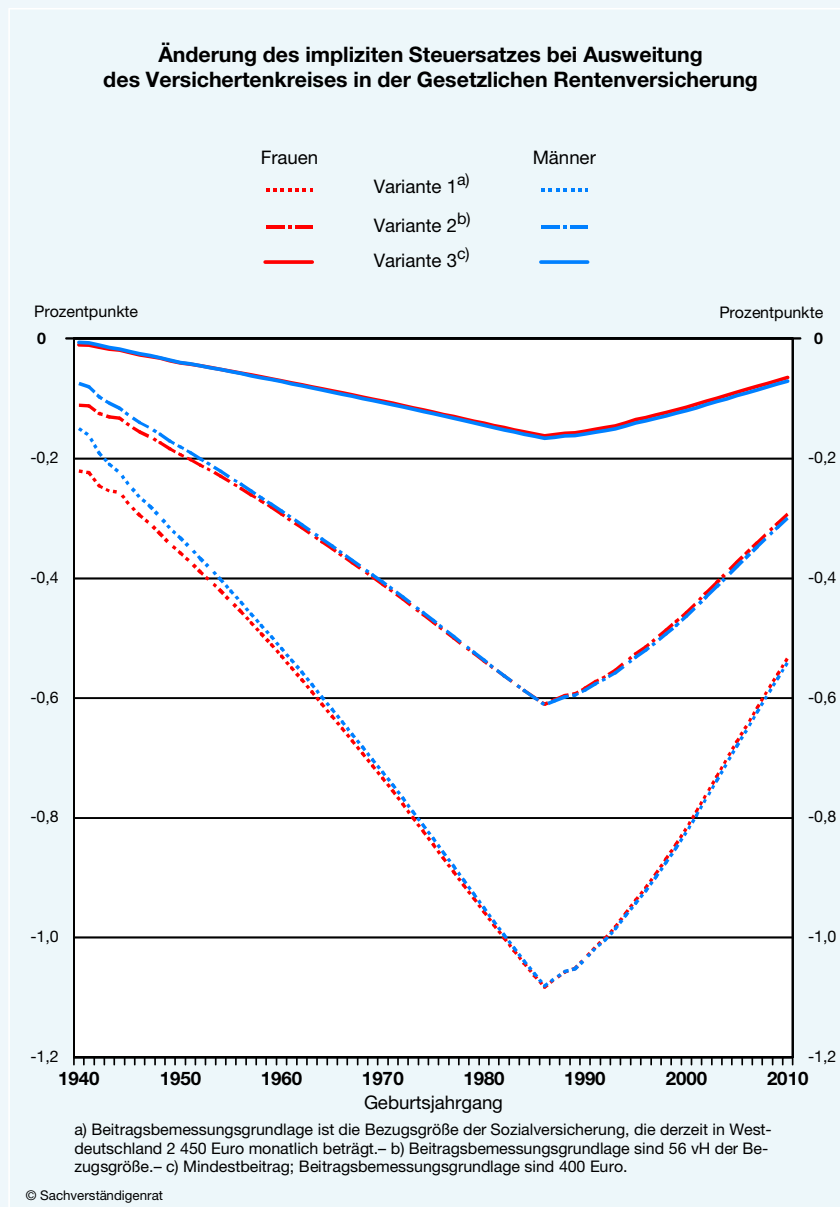
rund 45 vH. Fast die Hälfte der Beitragszahlungen während des Erwerbslebens dieser Kohorte hat damit Steuercharakter (Schaubild 73).

Schaubild 73



Die Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung führt über einen recht langen Zeitraum zu Beitragsatzsenkungen gegenüber dem Status-quo-Pfad. Alle diejenigen Geburtsjahrgänge, die Beitragszahler in dieser Phase niedrigerer Beitragssätze sind, werden also entlastet. Sie müssen nun für die gleiche Leistung geringere Beiträge zahlen. Ihre implizite Steuerbelastung wird entsprechend reduziert (Schaubild 74, Seite 274). Diese Entlastung kann beträchtlich sein. So sinkt im oben dargestellten Szenario in der Variante 1 mit der Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage zum Beispiel für den Geburtsjahrgang 1986, ein Jahrgang, der über sein gesamtes Erwerbsleben im Vergleich zum Status quo einem geringeren Beitragssatz unterliegt, der implizite Steuersatz um 1,08 Prozentpunkte. Der Steueranteil an den Beiträgen sinkt für Männer dieses Jahrgangs von 40,0 vH auf 36,7 vH.

Schaubild 74



Mithin werden alle heute lebenden Beitragszahlergenerationen entlastet, freilich auf Kosten der einbezogenen Selbständigen, die nun die implizite Steuerlast in der Gesetzlichen Rentenversicherung tragen müssen. Es kommt also zu einer interpersonellen Umverteilung der impliziten Steuerlast. Die Entlastung der Beitragszahler nimmt im Zeitverlauf ab, weil die Beitragssatzsenkung im Vergleich zum Status quo sukzessive geringer wird. Hat der einbezogene Versichertenkreis identische Eigenschaften wie die derzeitigen Mitglieder des Systems, zum Beispiel hinsichtlich der durchschnittlichen Lebenserwartung, des Rentnerquotienten oder der Erwerbsunfähigkeitswahrscheinlichkeit, dann erreicht das System wieder den ursprünglichen Beitragssatzpfad. Bei unterschiedlichen Eigenschaften sind sowohl niedrigere als auch höhere Beitragssätze möglich. Unter den im Beispiel gemachten Annahmen kommt es ab dem Jahr 2080 im Vergleich zum Status quo zu geringfügigen Beitragssatzsteigerungen. Damit wird im Beispielszenario die implizite Steuerbelastung für zukünftige Generationen durch die heutige Ausweitung des Versichertenkreises leicht zunehmen. Diese zusätzliche Belastung käme erstmalig voll zum Tragen für diejenigen Versicher-

ten, die in den sechziger Jahren dieses Jahrhunderts geboren werden. Denn sie sind die ersten Jahrgänge, die über ihre ganze Erwerbszeit im Vergleich zum Status quo höheren Beitragsätzen unterliegen.

Die Ausweitung des Versichertenkreises hat also immer eine Entlastung der heutigen Beitragszahlergenerationen zur Folge, kann aber auch – abhängig vor allem von der durchschnittlichen Lebenserwartung der einbezogenen Personen im Vergleich zum derzeitigen Mitgliederbestand – zu einer Belastung zukünftiger Generationen führen. Damit ist klar, dass bei der Entscheidung über die Ausweitung des Versichertenkreises Werturteile gefällt werden müssen, zum einen hinsichtlich der Frage, wie hoch man die Entlastung der heutigen Beitragszahler und der gerade geborenen zukünftigen Beitragszahler im Vergleich zur möglichen Belastung der noch nicht geborenen zukünftigen Beitragszahler gewichtet, zum anderen mit Blick darauf, ob man die Beitragszahler in der Gesetzlichen Rentenversicherung auf Kosten der neu einbezogenen Personen entlasten will. Legt man eine dynamische Sichtweise zugrunde, kommt es auch darauf an, welche Wachstums- und Beschäftigungseffekte man der Beitragssatzsenkung über einen recht langen Zeitraum beimisst, und wie sich dies dann auf die Wohlfahrt der in der Zukunft möglicherweise stärker belasteten Generationen auswirkt.

III. Soziale Pflegeversicherung: Warten auf die Reform

359. Die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung entspannte sich im Jahr 2006 ebenfalls durch das Vorziehen des Beitragszahlungstermins. Die Mehreinnahmen aus diesem Vorzieheffekt beliefen sich auf über 800 Mio Euro. Zur Jahresmitte betrug der Überschuss der Sozialen Pflegeversicherung 357 Mio Euro und dürfte für das gesamte Jahr 2006 eine ähnliche Größenordnung aufweisen. Ohne diesen einmaligen Vorzieheffekt hätte sich erneut ein Defizit von etwa 0,5 Mrd Euro ergeben. Der Beitragssatz in Höhe von grundsätzlich 1,7 vH kann nur noch bis zum Jahr 2008 konstant gehalten werden. Der Reformbedarf in der Sozialen Pflegeversicherung ist also nach wie vor dringlich. Leider hat die Bundesregierung diese dringend erforderliche Reform abermals verschoben. Im Koalitionsvertrag wird die Absicht bekundet, die Pflegeversicherung grundlegend zu reformieren. Auf der Ausgabenseite ist eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen in Höhe der Inflationsrate, eine Angleichung der Leistungspauschalen für häusliche und ambulante Pflege sowie eine Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vorgesehen. Zudem sollen ein Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung eine ergänzende Kapitaldeckung eingeführt werden. Das vom Sachverständigenrat vorgeschlagene **Kohortenmodell** (JG 2004 Ziffern 546 ff. und JG 2005 Ziffern 570 f.), das einen gleitenden Übergang zu einem vollständig kapitalgedeckten System vorsieht, ist eine gangbare Reformalternative, genauso wie das zur Diskussion gestellte Bürgerpauschalenmodell mit ergänzender Kapitaldeckung.

IV. Arbeitslosenversicherung: Erfreuliche Überschüsse

360. Die finanzielle Lage der Arbeitslosenversicherung verbesserte sich im Jahr 2006 deutlich. Dies war auf der Einnahmeseite hauptsächlich auf den Sondereffekt des Vorziehens des Fälligkeitstermins der Beiträge zurückzuführen. Die Entwicklung auf der Ausgabenseite war durch Einsparungen bei der aktiven Arbeitsmarktpolitik und aufgrund der verbesserten Arbeitsmarktsitua-

tion durch geringere Ausgaben für Arbeitslosengeld geprägt. Bis zum Jahresende konnte die Bundesagentur für Arbeit einen Überschuss von nahezu 10 Mrd Euro erzielen.

361. Der wichtigste Grund für die positive Entwicklung der **Beitragseinnahmen** besteht in dem Vorziehen des Fälligkeitstermins für Beitragszahlungen. Dadurch ergaben sich bis Juli Mehreinnahmen in Höhe von 3,4 Mrd Euro. Einnahmensteigernd wirkte sich auch die Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus. Ihre Anzahl stieg im Vergleich zum Vorjahr um 90 000 Personen.

362. Auf der **Ausgabenseite** schlug sich die positive konjunkturelle Entwicklung in einer geringeren Anzahl an Beziehern von Arbeitslosengeld nieder. So rechnete die Bundesagentur für Arbeit bei der Aufstellung des Haushalts 2006 noch mit 1,71 Millionen Empfängern von Arbeitslosengeld, Ende des Jahres ging sie aber nur noch von jahresdurchschnittlich weniger als 1,50 Millionen Empfängern aus. Da ein Empfänger von Arbeitslosengeld einen Leistungsanspruch von durchschnittlich 770 Euro pro Monat hat, bedeutet eine um 100 000 Personen geringere Anzahl von Arbeitslosengeld-Empfängern Einsparungen von über 1 Mrd Euro im Jahr, einschließlich ersparter Sozialversicherungsbeiträge. Auch der Aussteuerungsbetrag gemäß § 46 Absatz 4 SGB II, den die Bundesagentur für Arbeit an den Bund für jeden Arbeitslosen zahlen muss, der bis drei Monate nach Erlöschen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nicht vermittelt werden konnte, fiel aufgrund der geringeren Zahl an Arbeitslosengeld-Empfängern und einer verbesserten Vermittlung mit rund 3,5 Mrd Euro um über 1 Mrd Euro geringer aus als im Vorjahr und lag damit deutlich unter dem Haushaltsansatz von 5,3 Mrd Euro.

363. Einsparungen wurden aber vor allem im Bereich der **aktiven Arbeitsmarktpolitik** erzielt. Die dort eingesetzten Instrumente wie zum Beispiel Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Strukturanpassungsmaßnahmen und Beschäftigung schaffende Infrastrukturmaßnahmen wurden weiter zurückgefahren oder liefen aus. Bereits im ersten Halbjahr 2006 waren die Ausgaben hierfür um 80 vH geringer als im Vorjahr. Statt der genannten Instrumente setzte man zum Beispiel auf die Hinzuverdienstmöglichkeiten durch Arbeitsgelegenheiten (Ein-Euro-Jobs) im Rahmen des Arbeitslosengelds II. Diese Kosten werden aber vom Bund getragen, so dass teilweise eine Verschiebung der Ausgaben zu Lasten des Bundes und zu Gunsten der Bundesagentur für Arbeit stattgefunden hat.

Auch die Einsparungen bei Eignungsfeststellungs- und Trainingsmaßnahmen sowie bei Mobilitätshilfen für Langzeitarbeitslose sind zumindest zum Teil auf die Einführung des Arbeitslosengelds II zurückzuführen. Zudem konnten im Bereich der Förderung der beruflichen Weiterbildung beträchtliche Einsparungen erzielt werden. Auch bei der Förderung Selbständiger waren die Ausgaben für Überbrückungsgeld und Ich-AG im Jahr 2006 geringer als ein Jahr zuvor. Ein Grund hierfür dürfte die mit dem Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitslose beschlossene Zusammenführung beider Instrumente zum so genannten Gründungszuschuss sein, der ab 1. August 2006 an Stelle der bisherigen Maßnahmen an Existenzgründer ausbezahlt wurde (Ziffer 497).

364. Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, im Jahr 2007 den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung um 2 Prozentpunkte von gegenwärtig 6,5 vH auf 4,5 vH zu senken, was mit Beitragsausfällen von rund 14,8 Mrd Euro verbunden sein wird. Dabei sollte ein Prozentpunkt durch Einsparungen der Bundesagentur für Arbeit erwirtschaftet und ein Prozentpunkt durch die Mehreinnahmen aus der Umsatzsteuererhöhung finanziert werden. Gemäß dem Haushaltsentwurf für das Jahr 2007 erhält die Bundesagentur für Arbeit einen Bundeszuschuss aus dem zusätzlichen Umsatzsteueraufkommen in Höhe von 6,5 Mrd Euro, so dass weniger als ein Prozentpunkt der Beitragssatzsenkung durch den Bundeszuschuss aufgebracht wird. Erst ab dem Jahr 2008 sollen der Arbeitslosenversicherung 7,5 Mrd Euro aus dem Bundeshaushalt zufließen. Demzufolge muss die Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2007 Mindereinnahmen in Höhe von 8,3 Mrd Euro ausgleichen.

In diesem Jahr hat der Überschuss der Arbeitslosenversicherung eine ähnliche Größenordnung. Allerdings muss bedacht werden, dass dieser Überschuss zu über einem Drittel auf den Einmal-effekt des vorgezogenen Fälligkeitstermins der Sozialversicherungsbeiträge zurückzuführen ist. Eine Beitragssatzsenkung über die beschlossenen 2 Prozentpunkte hinaus wäre vor dem Hintergrund des diesjährigen Überschusses dennoch möglich. Die weitergehende Absenkung sollte allerdings nur auf ein dauerhaft tragfähiges Niveau erfolgen. So dürfte bis zum Jahr 2010 ein Beitragssatz von jedenfalls 4,25 vH realisierbar sein. Es sollte aber vermieden werden, dass die Überschüsse direkt oder indirekt – etwa über eine Erhöhung des Aussteuerungsbetrags – in den Bundeshaushalt fließen. Es kann nicht die Aufgabe der Arbeitslosenversicherung und damit der Beitragszahler sein, aus Beitragsüberschüssen den Bundeshaushalt zu konsolidieren (Ziffer 494).

Literatur

- Babel, B. und E. Bomsdorf (2006) *Ist die Erhöhung des gesetzlichen Rentenzugangsalters nur eine Rentenkürzung*, Wirtschaftsdienst, 7, 479 - 484.
- Boeri, T., R. Layard, und S. Nickell (2000) *Welfare-to-work and the Fight against Long-term Unemployment*, Report to the Prime Minister Blair and D'Alema, 21 February 2000.
- Börsch-Supan, A. (2006) *Chancen und Herausforderungen der Demografie für den Wirtschaftsstandort Deutschland*, Beitrag für den Bundesverband deutscher Banken, 12. März 2006.
- Boldrin, M., J. J. Dolado, J. F. Jimeno und F. Peracchi (1999) *The Future of Pensions in Europe*, Economic Policy 29, 289 - 320.
- Bomsdorf, E. (2005) *Ein Vorschlag zur Sicherung der Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors in der Rentenversicherung*, Deutsche Rentenversicherung, 12, 665 - 674.
- Clemens, J. (2006) *Anmerkungen zur geplanten Anhebung des gesetzlichen Rentenalters*, Wirtschaftsdienst, 3, 163 - 167.
- Fachinger, U., A. Oelschläger und W. Schmähl (2004) *Alterssicherung von Selbständigen – Bestandsaufnahme und Reformoptionen*, Münster.
- Fuchs, J. (2006) *Rente mit 67 – Neue Herausforderungen für die Beschäftigungspolitik*, IAB-Kurzbericht Nr. 16 / 12.10.2006.

- Gasche, M. (2005), *Neue Rentenanpassungsformel: „Schutzklausel“ erfordert „Nachholfaktor“*, Wirtschaftsdienst, 7, 471 - 476.
- IGES, K. Lauterbach und J. Wasem (2004) *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich*, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Endbericht.
- Jess, H. (2004) *Selbständige in die gesetzliche Rentenversicherung? Wohlfahrtseffekte einer Ausweitung der Versicherungspflicht*, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 224, 292 - 316.
- Kifmann, M. (2001) *Langfristige Folgen einer Einbeziehung der Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung*, Konjunkturpolitik, 47, 51 - 73.
- Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) (2003) *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*, Berlin.
- OECD (2005) *Alterung und Beschäftigung: Deutschland*, Paris.
- Promberger, M. und C. Wübbecke (2006) *Pro und Contra Rente mit 67*, IAB Kurzbericht Nr. 8/2006.
- Rische, H. (1999) *Perspektiven der Rentenreform*, Soziale Sicherheit, 12, 382 - 389.
- Rische, H. (2006) *Weiterentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung – Ansätze zur Begründung und zur konkreten Ausgestaltung –*, memo.
- Richter, W. (2005) *Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag*, Wirtschaftsdienst, 11, 693 - 697.
- Rürup, B. (2006) *Die Bedeutung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Gesetzliche Rentenversicherung*, Deutsche Rentenversicherung, 4-5, 239 - 247.
- Ruland, F. (1994) *Anmerkungen zum Konzept der Projektarbeitsgruppe „Eigenständige Alterssicherung der Frauen“ der SPD-Bundestagsfraktion*, Deutsche Rentenversicherung, 10, 670 - 681.
- Ruland, F. (2002) *Das Rentensplitting zwischen Ehegatten*, in: Boecken, W. et al. (Hrsg), Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, 575 - 593.
- Sinn, H.W. (2000) *Why a Funded Pension System is Useful and Why it is not Useful*, in: International Tax and Public Finance, 7, 389-410.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2005) *Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell*, Stellungnahme vom 08.10.2005.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2006) *Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Stellungnahme.