

SECHSTES KAPITEL

Soziale Sicherung: Wider die Halbherzigkeit

- I. Gesetzliche Rentenversicherung: Glaubwürdigkeit erhalten**
 - 1. Weiterhin Entspannung bei der Finanzlage in der Rentenversicherung
 - 2. Stärkere Erhöhung der Rentenanpassung durch Aussetzen der „Riester-Treppe“
 - 3. Vereinheitlichung der Rentenberechnung in Deutschland
 - 4. Risiken einer zunehmenden Altersarmut nicht verdrängen
- II. Gesundheitspolitik: Fehler beseitigen – weitere Schritte unerlässlich**
 - 1. Gesetzliche Krankenversicherung: Annähernd ausgeglichene Finanzsituation
 - 2. Handlungsbedarf im Gesundheitswesen
- III. Soziale Pflegeversicherung: Die Chance vertan**
- IV. Arbeitslosenversicherung: Nachhaltigkeit gewährleisten**
 - 1. Finanzielle Lage: Eine rote Null
 - 2. Ende der staatlichen Förderung von Altersteilzeit

Literatur

Das Wichtigste in Kürze

Trotz der auch in diesem Jahr anhaltenden Erholung am Arbeitsmarkt verschlechterte sich die **finanzielle Lage** der Sozialversicherung leicht. Nur in der Gesetzlichen Rentenversicherung konnte ein deutlicher Einnahmeüberschuss erzielt werden.

- In der Gesetzlichen Rentenversicherung entwickelte sich der finanzielle Status ungeachtet der außerplanmäßig stärkeren Rentenerhöhung zum 1. Juli 2008 weiter positiv.
- In der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde nach vier Jahren mit Überschüssen im Jahr 2008 nur ein in etwa ausgeglichenes Finanzergebnis erreicht. Auch im Jahr 2009 wird sich die Tendenz der kräftigen Ausgabensteigerungen der jüngsten Vergangenheit fortsetzen. Der ab dem 1. Januar 2009 geltende einheitliche Beitragssatz liegt mit 15,5 vH deutlich über dem durchschnittlichen Satz des laufenden Jahres.
- In der Sozialen Pflegeversicherung wurde nur durch die im Rahmen der Pflegereform 2008 durchgeführte Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes ein neuerliches Defizit vermieden. Das Problem der strukturellen Unterfinanzierung bleibt bestehen.
- In der Arbeitslosenversicherung konnte aufgrund der Senkung des Beitragssatzes von 4,2 vH auf 3,3 vH und der Einführung des Eingliederungsbeitrags – trotz der günstigen Arbeitsmarktentwicklung – ebenfalls nur noch ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis erreicht werden.

Im Bereich der **Gesetzlichen Rentenversicherung** sind von der Politik in den letzten Jahren alle wichtigen Maßnahmen umgesetzt worden. Dieses System wurde um den Preis spürbarer Leistungsrücknahmen nachhaltig stabilisiert. Im Interesse der Gewährleistung eines in der Erwerbsphase gewohnten Lebensstandards wird der Ausbau der kapitalgedeckten privaten und betrieblichen Ergänzungssysteme gefördert.

Als verfehlt ist der diskretionäre Eingriff des Gesetzgebers in die Rentenanpassungsformel anzusehen. Angesichts der guten finanziellen Lage erfordert diese Maßnahme zwar keine Beitragssatzerhöhung, aber künftig zu erwartende Beitragssatzsenkungen können erst später vorgenommen werden. Gravierender ist, dass durch derartige Maßnahmen das Vertrauen insbesondere der jüngeren Generationen in die Verlässlichkeit der Rentenpolitik beschädigt werden kann und von der nächsten Bundesregierung ein außerordentliches Maß an rentenpolitischer Standhaftigkeit verlangt wird.

Nahezu zwei Jahrzehnte nach der deutschen Vereinigung sollte eine Vereinheitlichung der Rentenfestsetzung und der Rentenanpassung angegangen werden. Denn die im Jahr 1992 eingeführten Übergangsregelungen für Ostdeutschland führen zu in der Öffentlichkeit immer weniger vermittelbaren Ergebnissen. So werden in den neuen Bundesländern für gleiche Rentenversicherungsbeiträge höhere Rentenzahlansprüche erworben als in Westdeutschland.

Altersarmut ist stets mit individuellen Härten verbunden, allerdings gemessen an der Zahl der Anspruchsberechtigten auf die Grundsicherung im Alter derzeit kein relevantes gesellschaftliches Problem. Da sich aber wachsende Risiken abzeichnen, ist die Politik gut beraten, rechtzeitig Antworten auf diese neue Herausforderung zu finden. Eine falsche Antwort wäre es, die in den letzten Jahren eingeleitete Politik in der Alterssicherung zurückzudrehen und die Reformen in der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie den Ausbau der kapitalgedeckten Ergänzungssysteme in Frage zu stellen.

In der **Gesetzlichen Krankenversicherung** wurde mit der Gesundheitsreform vom März 2007 der grundlegende finanzierungsseitige Reformbedarf nicht befriedigt. Jenseits einer Fortentwicklung des mit deutlichen Konstruktionsfehlern behafteten Gesundheitsfonds in Richtung des beschäftigungsfreundlichen und demografieresistenten Pauschalprämienkonzepts sind Reformen im Bereich der Krankenhausfinanzierung sowie auch bei den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssystemen in der ambulanten und stationären Versorgung angezeigt.

Auch in der **Sozialen Pflegeversicherung** wurden mit der Pflegereform 2008 die finanzierungsseitigen Probleme nicht gelöst. Das Zeitfenster für einen Umstieg zu einer kapitalgedeckten Bürgerversicherung ist faktisch geschlossen. Beim derzeitigen Finanzierungsprinzip bestehen im Interesse einer Verringerung der intergenerativen Umverteilung und einer Entkopplung der Pflegeausgaben von den Arbeitskosten nur noch die Möglichkeiten eines Beitragssatzsplittings in Kombination mit einer Ausweitung des Förderrahmens bei der privaten und betrieblichen Ergänzungsvorsorge durch einen „Pflege-Riester“.

In der **Arbeitslosenversicherung** sind, wenn man einen nachhaltigen, über den gesamten Konjunkturzyklus hinweg stabilen Beitragssatz anstrebt, der Festlegung des Beitragssatzes Grenzen gesetzt. Insbesondere angesichts der sich eintrübenden konjunkturellen Perspektiven und den daraus erwachsenden finanziellen Risiken sollte eine Senkung mit Vorsicht erfolgen, um nicht in einer wirtschaftlichen Schwächephase den Beitragssatz prozyklisch anheben oder die Leistungen kürzen zu müssen. Verfehlt ist die zum 1. Januar 2009 wirksam werdende Beitragssatzsenkung auf 2,8 vH, um Beitragssatzerhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung auszugleichen. Denn die Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung ist dem Affektationsprinzip verpflichtet, nach dem die Beiträge eines Versicherungszweigs nur für die Finanzierung der entsprechenden, mit dem Versicherungszweck konformen Leistungen zu verwenden sind.

I. Gesetzliche Rentenversicherung: Glaubwürdigkeit erhalten

612. Nachdem mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz (2001), mit dem Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz (2004) und mit dem Rentenversicherungs-Altersgrenzanpassungsgesetz (2007) alle wichtigen Maßnahmen zur finanzwirtschaftlichen Konsolidierung der Gesetzlichen Rentenversicherung umgesetzt und mit dem Altersvermögensgesetz (2001), dem Alterseinkünftegesetz (2004) und dem Gesetz zur Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge (2007) gute Voraussetzungen für einen flächendeckenden Ausbau der privaten und betrieblichen Altersvorsorge geschaffen wurden, sollte es nun darum gehen – nahezu zwei Jahrzehnte nach der deutschen Vereinigung – die nach wie vor in den alten und neuen Ländern unterschiedliche Art der Renten-

festsetzung und Rentenanpassung zu überwinden und zu einer Vereinheitlichung der Rentenberechnung überzugehen. Die den Regelungen des Renten-Überleitungsgesetzes (1991) zugrunde liegende zentrale Annahme einer zügigen Angleichung des Lohnniveaus in Ostdeutschland an das in den alten Ländern hat sich als unzutreffend erwiesen – nach einer deutlichen Verlangsamung schon seit Mitte der neunziger Jahre ist dieser Prozess seit dem Jahr 2005 zum Stillstand gekommen. Stattdessen ist eine zunehmende Heterogenität der regionalen Lohnniveaus insbesondere in Westdeutschland zu beobachten. Daher führen die Auswirkungen des rentenrechtlichen Status quo für einen wachsenden Teil der Versicherten zu nicht mehr einsehbaren oder vermittelbaren Effekten. Der letztmögliche Zeitpunkt einer Harmonisierung der unterschiedlichen Vorschriften dürfte das Jahr 2019 sein, in dem der Solidarpakt II ausläuft.

1. Weiterhin Entspannung bei der Finanzlage in der Rentenversicherung

613. Im Jahr 2008 ist es trotz einer sich zunehmend verschlechternden konjunkturellen Lage zu einer weiteren **Verbesserung der Rentenfinanzen** gekommen. Positiv wirkte einerseits ein weiterer, sich jedoch abschwächender Anstieg der Beschäftigung. Andererseits kam es im Zusammenhang mit den zahlreichen Tarifabschlüssen zu einem vergleichsweise kräftigen Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen. Die außerplanmäßige Erhöhung der Rentenanpassung um 0,64 Prozentpunkte auf insgesamt 1,1 vH ließ die Ausgaben stärker ansteigen. In der Summe wird für das Jahr 2008 ein Überschuss von rund 3,8 Mrd Euro erzielt; damit würde die Nachhaltigkeitsrücklage bis zum Jahresende auf 0,97 Monatsausgaben ansteigen. Auf der Basis der mittelfristigen gesamtwirtschaftlichen Einschätzung der Bundesregierung wird die Nachhaltigkeitsrücklage zum Jahresende 2011 bei unverändertem Beitragssatz den gesetzlichen Korridor (0,2 bis 1,5 Monatsausgaben) nach oben durchbrechen. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben muss dann eine Reduktion des Beitragssatzes von derzeit 19,9 vH um etwa 0,8 Prozentpunkte auf 19,1 vH vorgenommen werden.

Einnahmen: Deutlicher Anstieg trotz Konjunkturertrübung

614. Die **Gesamteinnahmen** der Allgemeinen Rentenversicherung beliefen sich im Jahr 2008 auf 237,3 Mrd Euro und sind somit im Vergleich zum Vorjahr um 2,6 vH höher ausgefallen. Den Hauptanteil an den Gesamteinnahmen mit rund 75 vH oder 179,1 Mrd Euro machten dabei die Einnahmen aus Beiträgen aus, die gegenüber dem Vorjahr um knapp 3,1 vH gestiegen sind. Die noch positive Entwicklung bei der Beschäftigung schlug sich dabei insbesondere bei den **Pflichtbeiträgen aus Arbeitseinkommen** nieder. Betrachtet man die Pflichtbeiträge aus dem Arbeitsentgelt ohne die Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte, so haben sich diese Einnahmen von 150,6 Mrd Euro im Jahr 2007 um knapp 4 vH auf 156,5 Mrd Euro erhöht.

Die **Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung**, bei denen die Arbeitgeber sowohl für ausschließlich geringfügig Beschäftigte als auch für die erste geringfügige Nebenbeschäftigung einen pauschalen Beitrag in Höhe von 15 vH des geringfügigen Entgelts an die Rentenversicherungsträger abführen, bewegten sich hingegen im Jahr 2008 mit rund 3 Mrd Euro auf dem Niveau des Vorjahrs. Effektiv verblieben der Allgemeinen Rentenversicherung jedoch nur gut 2,6 Mrd Euro, da – parallel zur Anhebung des Beitragssatzes von 12 vH auf 15 vH – der Bund gleichzeitig seinen Zuschuss an die Rentenversicherung um einen Betrag von etwa 340 Mio Euro pro Jahr gekürzt hat.

Mindereinnahmen gegenüber dem Vorjahr in Höhe von 0,7 Mrd Euro fielen im Jahr 2008 bei den von der Bundesagentur für Arbeit abgeführten Beiträgen für anspruchsberechtigte Arbeitslose an. Diese resultierten aus dem weiteren Rückgang der Arbeitslosigkeit. Die Einnahmen aus Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit und des Bundes betrugen insgesamt 5,1 Mrd Euro.

Geringe Mehreinnahmen in Höhe von 0,9 vH oder 0,5 Mrd Euro ergaben sich bei den gesamten **Bundeszuschüssen** gemäß § 213 SGB VI; etwa 24 vH oder 56,4 Mrd Euro der Gesamteinnahmen entfielen im Jahr 2008 auf diese staatlichen Mittel. Der allgemeine Bundeszuschuss zur Rentenversicherung gemäß § 213 Absatz 2 SGB VI belief sich – unter Berücksichtigung der Kürzung im Zusammenhang mit dem Anstieg der Beiträge für geringfügig Beschäftigte – auf 38,2 Mrd Euro und lag damit leicht über dem Niveau des Vorjahrs. Der zusätzliche Bundeszuschuss nach § 213 Absatz 3 SGB VI, der seit April 1998 zur Beitragssatzstabilisierung gezahlt wird und dem Volumen nach dem Aufkommen eines Umsatzsteuerpunkts entsprechen soll, wurde im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Mrd Euro auf 8,9 Mrd Euro erhöht. Zudem flossen der Rentenversicherung über einen zusätzlichen Bundeszuschuss gemäß § 213 Absatz 4 SGB VI weitere Finanzmittel aus der Ökosteuer in Form eines „Erhöhungsbetrags“ in Höhe von rund 9,3 Mrd Euro zu, der damit nur geringfügig über seinem Vorjahresniveau lag.

Ausgaben: Mehrausgaben durch außerplanmäßige Rentenerhöhung

615. Den Einnahmen der Allgemeinen Rentenversicherung standen im Jahr 2008 Gesamtausgaben in Höhe von 233,5 Mrd Euro gegenüber. Dies entspricht einem Anstieg um rund 1,4 vH gegenüber dem Jahr 2007. Auf die **Rentenausgaben** entfielen dabei 203,1 Mrd Euro oder 87 vH der Gesamtausgaben. Die Erhöhung der Rentenanpassung zum 1. Juli 2008 um 0,64 Prozentpunkte auf insgesamt 1,1 vH und die strukturellen Veränderungen im Rentenbestand sowie bei den durchschnittlichen Rentenzahlbeträgen ließen die Gesamtausgaben um 1,2 vH ansteigen.

Neben den Rentenausgaben bildeten die Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner den zweitgrößten Ausgabenposten. Im Jahr 2008 dürften Zahlungen an die Krankenkassen in Höhe von rund 14,0 Mrd Euro angefallen sein. Dies entsprach einem Anstieg um 0,4 Mrd Euro gegenüber dem Jahr 2007. Der Anteil an den Gesamtausgaben betrug damit knapp 6 vH.

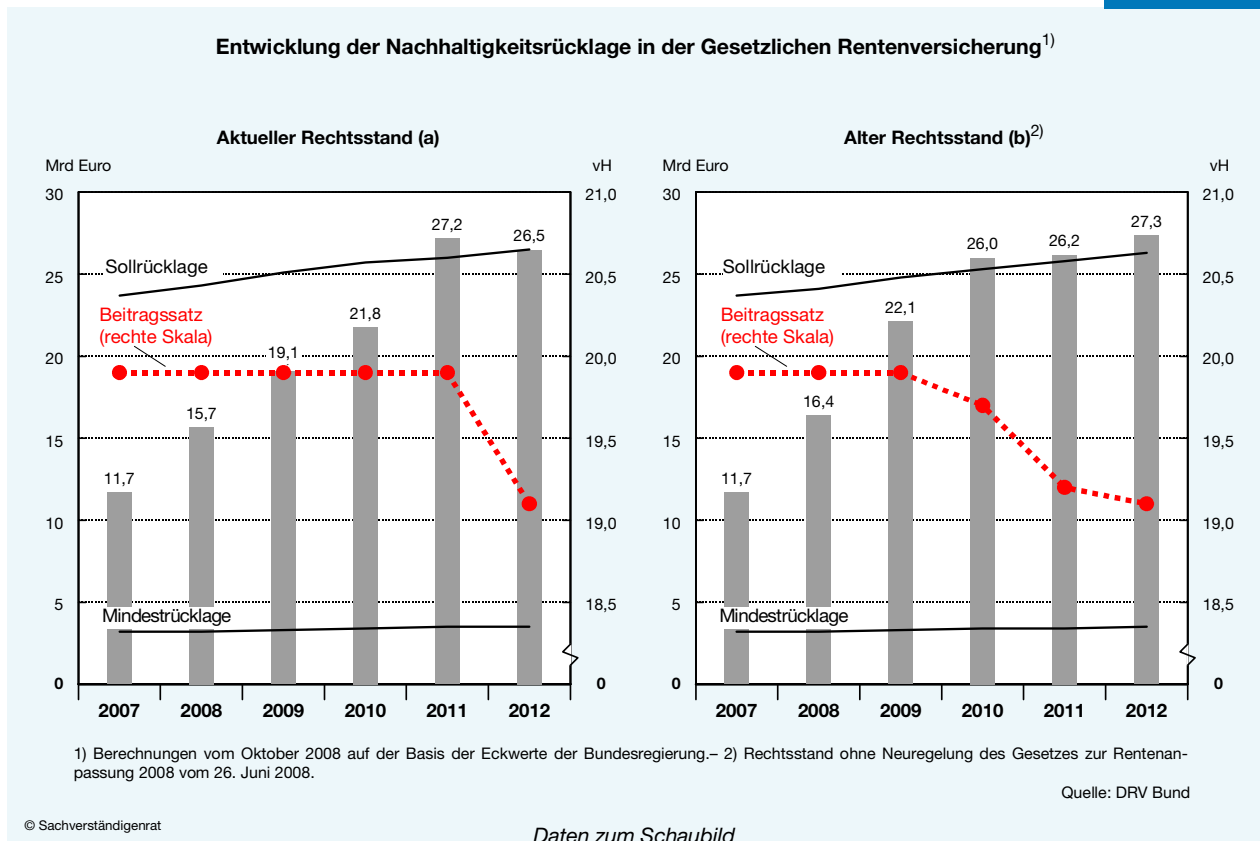
Entwicklung der Nachhaltigkeitsrücklage

616. Als Folge des haushaltmäßigen Überschusses wuchs im Jahr 2008 die Nachhaltigkeitsrücklage auf 15,7 Mrd Euro an und entspricht somit 0,97 Monatsausgaben (Schaubild 75 Teil a). Die seit dem Jahr 2004 gesetzlich vorgesehene Mindestrücklage in Höhe von 20 vH einer Monatsausgabe wurde damit ebenso wie im Vorjahr deutlich überschritten. Bisher wurde jedoch noch nicht die Obergrenze in Höhe von 150 vH einer Monatsausgabe erreicht.

Die zugrunde gelegten aktuellen Vorausberechnungen für die Jahre 2009 bis 2012 auf Basis der gesamtwirtschaftlichen Eckwerte der Bundesregierung und eines Beitragssatzes in Höhe von 19,9 vH zeigen jedoch eindeutig in diese Richtung. Entsprechend den Berechnungen des Schätzerkreises würde unter den Annahmen der Bundesregierung im Jahr 2011 der gesetzlich vorgegebene

Korridor der Nachhaltigkeitsrücklage nach oben durchbrochen. Nach den gesetzlichen Vorgaben wäre dann im Jahr 2012 der **Beitragssatz** auf 19,1 vH zu senken.

Schaubild 75



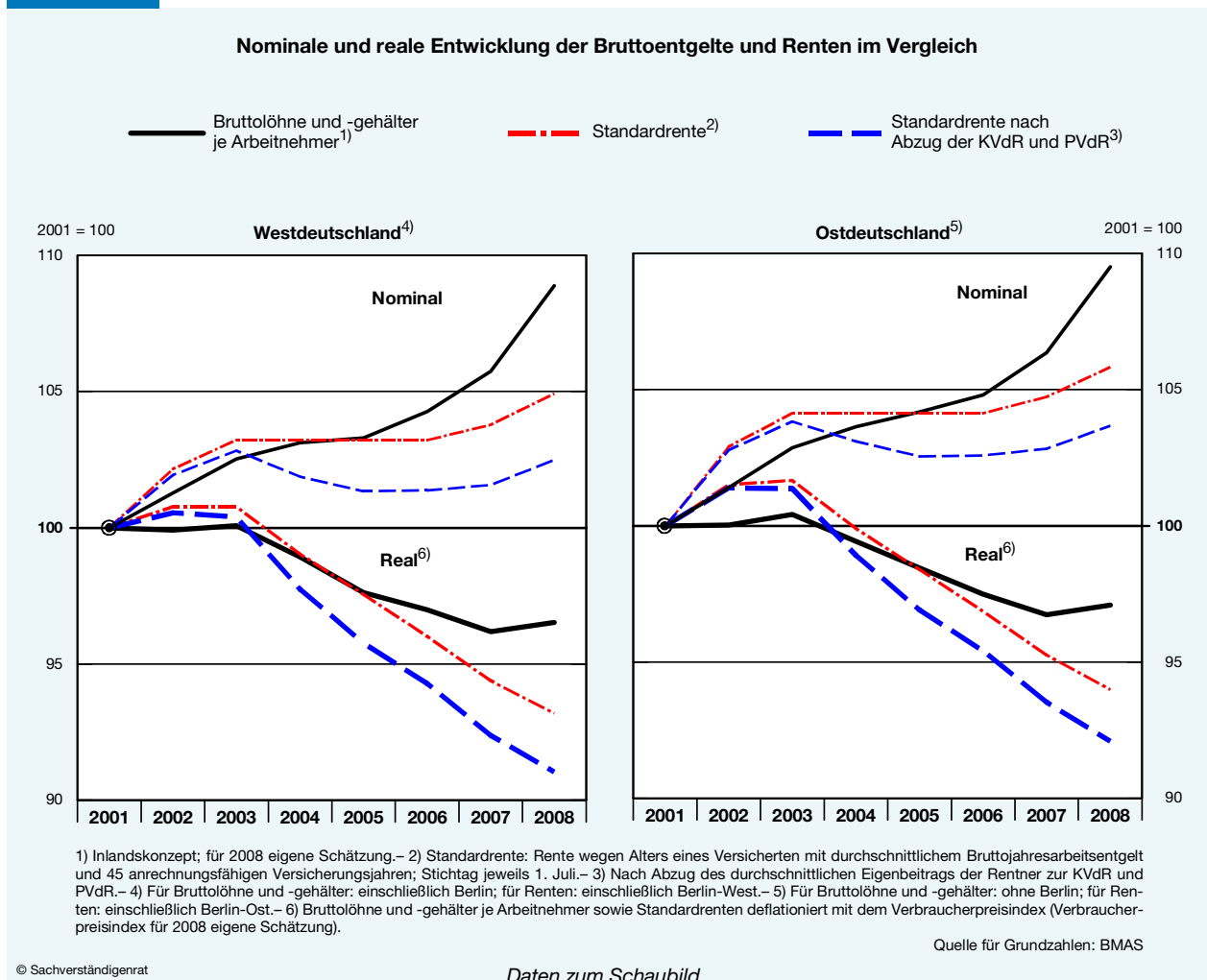
2. Stärkere Erhöhung der Rentenanpassung durch Aussetzen der „Riester-Treppe“

617. Anfang des Jahres 2008 wurde die Frage einer drohenden Altersarmut verstärkt diskutiert. Angesichts der geringen planmäßigen Rentenanpassung zum 1. Juli 2008 in Höhe von 0,46 vH hätte sich in einer Phase steigender Lebensmittel- und Energiepreise der Realeinkommensverlust der Rentner nicht nur fortgesetzt, sondern beschleunigt. Daher wuchs rasch die Bereitschaft der Politik, Forderungen, insbesondere vor wichtigen Wahlen, nachzugeben und den eingeschlagenen Konsolidierungskurs in der Rentenpolitik zumindest temporär zu verlassen. Durch das zweimalige Aussetzen der „Riester-Treppe“, als anpassungsdämpfender Faktor, werden in den Jahren 2008 und 2009 die Rentenanpassungen diskretionär erhöht. Erleichtert wurde diese Entscheidung dadurch, dass der Spielraum für **finanzielle Zugeständnisse** an die aktuelle Rentnergeneration aufgrund der sich weiterhin stabilisierenden Finanzlage der Gesetzlichen Rentenversicherung und der kurzfristig positiven Finanzperspektiven als ausreichend groß eingeschätzt wurde. Auch wenn angesichts der aktuellen Überschussposition und Rücklagensituation diese Maßnahme keine Beitragssatzerhöhungen erforderlich macht, werden dennoch die Beitragszahler durch diese außerplanmäßige Rentenerhöhung betroffen, da nach Lage der Dinge zu erwartende Beitragssatzsenkungen erst später vorgenommen werden können. Im günstigsten Fall, das heißt, wenn die Anpassungsdämpfungen tatsächlich nur verschoben werden, bleibt es bei einer temporären Belastung. Andernfalls droht ein dauerhaft höherer Beitragssatz. Entscheidender als die unmittelbaren finanz-

wirtschaftlichen Folgen erscheinen die politischen Folgewirkungen. Es ist leichtfertig, vor Wahlen Forderungen von Interessengruppen nachzugeben und finanzielle Zugeständnisse zu machen. Zum einen beschädigt dies das Vertrauen in die Rentenpolitik. Zum anderen wird von zukünftigen Regierungen eine höhere Standfestigkeit erwartet als man selbst aufzubringen in der Lage war.

618. Die Rentenreformen der letzten Jahre und hier insbesondere die Ergänzung der Rentenanpassungsformel um den Altersvorsorgeanteil (und den Nachhaltigkeitsfaktor) haben in der jüngeren Vergangenheit sowohl in Westdeutschland als auch in Ostdeutschland zu einer **Abkopplung der Renten** von der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer beigetragen (Schaubild 76). Dieses Zurückbleiben der Renten hinter den Löhnen war Bestandteil einer politischen Entscheidung mit dem primären Ziel, den Beitragssatzanstieg aufgrund der demografischen Veränderungen zu begrenzen. Infolge der vergleichsweise niedrigen Entgeltsteigerungen sind jedoch die Rentner seit dem Jahr 2003 wie auch die Personen im erwerbsfähigen Alter mit Realeinkommensverlusten konfrontiert.

Schaubild 76



Nach drei Jahren ohne nominale Rentenerhöhungen kam es zwar zum 1. Juli 2007 in den alten und neuen Bundesländern zu einer Rentenanpassung in Höhe von 0,54 vH. Allerdings führten darüber hinaus verschiedene Rechtsänderungen in anderen Bereichen der Sozialversicherung in den letzten

Jahren zu steigenden Belastungen der Rentner. So müssen die Rentner nicht nur seit dem 1. April 2004 den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung leisten, der zum 1. Juli 2008 um weitere 0,25 Prozentpunkte erhöht wurde. Zum 1. Juli 2005 kam ein ebenfalls allein von den Versicherten zu zahlender Sonderbeitrag von 0,9 Beitragssatzpunkten in der Gesetzlichen Krankenversicherung hinzu, der allerdings auch die Arbeitnehmer belastet. Zudem erhöhten vor allem im vergangenen Jahr viele Krankenkassen ihren Krankenversicherungsbeitrag.

619. Auch in diesem Jahr wäre es bei einer unveränderten Anwendung der Rentenanpassungsformel nur zu einem geringen Anstieg der Renten gekommen, die sogar etwas niedriger ausgefallen wäre als die vorangegangene Rentenerhöhung zum 1. Juli 2007 (Kasten 11). Denn nach der geltenden Rechtslage hätte sich auf der Grundlage der vom Statistischen Bundesamt und von der Deutschen Rentenversicherung Bund Mitte März 2008 ermittelten Daten zum 1. Juli 2008 in West- und Ostdeutschland eine **planmäßige Rentenanpassung in Höhe von 0,46 vH** ergeben. Ohne das Greifen der gesetzlichen Schutzklauseln wäre es in Ostdeutschland sogar zu einer Rentenkürzung um rund 0,4 vH gekommen.

Ursächlich für die erneute geringe Rentenanpassung war zunächst der schwächer als erwartete Zuwachs der rentenrechtlich relevanten Durchschnittsentgelte im Jahr 2007. In den alten Bundesländern sind zwar die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen im Vergleich zum Jahr 2006 um 1,57 vH gestiegen. Allerdings war die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Entgelte im Jahr 2006 geringer als die entsprechende Wachstumsrate der Bruttolöhne und -gehälter, sodass sich der für die Rentenanpassungsformel maßgebliche Entgeltfaktor auf den Wert von 1,014 verringerte, das heißt auf einen Anstieg der für die Rentenanpassung maßgeblichen Entgelte um 1,4 vH. In den neuen Bundesländern hingegen lagen zwar die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer um 1,54 vH über dem Wert des Jahres 2006. Der Anstieg der beitragspflichtigen Entgelte im Jahr 2006 lag jedoch deutlich unter dem Anstieg der entsprechenden Entgelte gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, sodass der für die Rentenanpassungsformel maßgebliche Entgeltfaktor im Vergleich zu dem der alten Bundesländer deutlich niedriger ausfiel. Der Zuwachs der für die Rentenanpassung maßgeblichen Entgelte betrug lediglich 0,54 vH.

Die Rentenanpassung fiel zudem geringer aus, weil zum 1. Januar 2007 der Beitragssatz von 19,5 vH auf 19,9 vH erhöht wurde. Allein dieser Effekt dämpfte über den Beitragssatzfaktor in der Rentenformel die Rentenanpassung in den alten und neuen Bundesländern um 0,51 Prozentpunkte. Außerdem stieg gemäß der bisherigen Gesetzeslage der Altersvorsorgeanteil von 2,0 vH auf 2,5 vH, mit dem die zusätzlichen privaten Vorsorgeaufwendungen abgebildet werden sollen. Insgesamt minderte somit der Beitragssatzfaktor die Rentenanpassung um 1,15 Prozentpunkte. Der Nachhaltigkeitsfaktor hingegen, der ebenso wie der Beitragssatzfaktor für die alten und neuen Bundesländer einheitlich ermittelt wird, wirkte mit 0,22 Prozentpunkten noch etwas stärker als im Vorjahr positiv auf die Rentenanpassung. Wie bereits im vergangenen Jahr führte die günstige Wirtschaftsentwicklung erneut zu einer rentenanpassungssteigernden Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors.

620. Mit dem Argument, die Rentner über das nach geltender Rechtslage sich ergebende Maß hinaus an der verbesserten gesamtwirtschaftlichen Situation teilhaben zu lassen, sieht der Gesetzgeber mit dem im Sommer 2008 im Deutschen Bundestag verabschiedeten **Gesetz zur Rentenanpassung 2008** bei den Rentenerhöhungen der Jahre 2008 und 2009 Abweichungen von den bisherigen Berechnungsvorschriften vor. Die in den Jahren 2008 und 2009 bei der Rentenanpassung zu berücksichtigende jährliche Anhebung des Altersvorsorgeanteils gemäß § 255e SGB VI um 0,5 Prozentpunkte („Riester-Treppe“) wird bei der Rentenanpassung ausgesetzt und auf die Jah-

re 2012 und 2013 verschoben. Durch den diskretionären Eingriff des Gesetzgebers bei diesem Element der Rentenanpassungsformel, das einen Anstieg der Aufwendungen für die zusätzliche Vorsorge in gleichmäßigen diskretionär festgelegten Stufen unabhängig von der Lohnentwicklung berücksichtigt, ergab sich im Jahr 2008 eine um 0,64 Prozentpunkte höhere Rentenanpassung. Für das Jahr 2009 wird diese Rentenanpassung um 0,63 Prozentpunkte höher ausfallen. Da als Folge der positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung mit den vergleichsweise kräftigen Lohnerhöhungen der Nachhaltigkeitsfaktor im nächsten Jahr erneut leicht rentenerhöhend wirken dürfte, sollte es mit der Aussetzung der „Riester-Treppe“ im Jahr 2009 zu einer Rentenerhöhung kommen, die mit 2,75 vH über dem Lohnanstieg in diesem Jahr liegen dürfte.

Kasten 11

Bestimmungsfaktoren der Rentenanpassung

Die Entwicklung der Rentenzahlbeträge im Zeitverlauf wird durch die **Rentenanpassungsformel** bestimmt. Der jährlich neu festzusetzende aktuelle Rentenwert wird seit dem Jahr 2005 nach folgender Formel ermittelt:

$$AR_t = AR_{t-1} \cdot \underbrace{\frac{BE_{t-1}}{BE^*_{t-2}}}_{\text{Lohnkomponente}} \cdot \underbrace{\frac{100 \text{ vH} - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100 \text{ vH} - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}}}_{\text{Beitragskomponente}} \cdot \underbrace{\left[\left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \alpha + 1 \right]}_{\text{Nachhaltigkeitsfaktor}},$$

wobei

AR: Aktueller Rentenwert;

BE_{t-1}: Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR);

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

AVA: Altersvorsorgeanteil (in vH); fiktive Belastungsveränderungen im Zusammenhang mit der staatlich geförderten privaten Altersvorsorge. Dieser Altersvorsorgeanteil soll sich seit dem Jahr 2002 in Schritten von je 0,5 vH bis auf 4 vH im Jahr 2012 aufbauen („Riester-Treppe“).

RVB: Durchschnittlicher Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung (in vH);

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

α: Gewichtungsfaktor für den Nachhaltigkeitsfaktor: Dieser beträgt 0,25.

Ausgehend vom bisherigen aktuellen Rentenwert ist für die Anpassung der Renten zunächst entscheidend, wie sich die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer in den letzten drei Jahren entwickelt haben. Bei dieser **Lohnkomponente** ist allerdings zu beachten, dass sich die Anpassungsvorschrift nicht auf die Veränderungsrate der durchschnittlichen Bruttoentgelte (*BE*) zum Vorjahr bezieht. Aus statistischen Gründen wird eine Korrektur für das Durchschnittsentgelt des Vorjahres vorgeschrieben. Damit soll erreicht werden, dass sich die Anpassung stärker an den versicherungspflichtigen Entgelten (*VPE*), der eigentlichen Finanzierungsbasis der Rentenversicherung,

orientiert. Dazu werden die VGR-Bruttoentgelte des Vorvorjahrs mit dem Quotienten aus der Veränderungsrate der VGR-Bruttoentgelte und der Veränderungsrate der versicherungspflichtigen Entgelte – jeweils im Jahr $t-2$ – multipliziert. Sind die VGR-Entgelte schneller gestiegen als die versicherungspflichtigen Entgelte, so ist dieser Quotient größer als 1 und BE^* mithin größer als BE . In diesem Fall fällt die Rentenanpassung geringer aus als bei alleiniger Berücksichtigung der VGR-Entgelte. Formal lässt sich dieser Zusammenhang wie folgt darstellen:

$$BE^*_{t-2} = BE_{t-2} \cdot \frac{\frac{BE_{t-2}}{BE_{t-3}}}{\frac{VPE_{t-2}}{VPE_{t-3}}}$$

Bei der Rentenanpassung werden seit dem Jahr 2001 nicht nur Veränderungen der Bruttolöhne und -gehälter berücksichtigt, sondern auch die fiktiven Belastungsveränderungen, welche sich auf die Altersvorsorge beziehen. Dies sind neben Veränderungen des Beitragssatzes zur Rentenversicherung die Veränderungen bei den staatlich geförderten Aufwendungen der Beitragszahler für die zusätzliche Altersvorsorge (Riester-Rente). Änderungen bei den Beitragssätzen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialen Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung werden hingegen nicht mehr berücksichtigt. Die **Beitragskomponente** wird ermittelt, indem für das vergangene und vorvergangene Jahr jeweils der Beitragssatz für die Rentenversicherung (RVB) von der Differenz aus 100 vH und dem jeweiligen „Altersvorsorge-Beitragssatz“ (AVA) subtrahiert und dann der Wert für das vergangene Jahr durch den für das vorvergangene Jahr dividiert wird. Der „Altersvorsorge-Beitragssatz“ betrug 0,5 vH in den Jahren 2002 und 2003 und steigt in Schritten von 0,5 Prozentpunkten an („**Riester-Trepp**e“). Das endgültige Niveau von 4,0 vH wird durch das Gesetz zur Rentenanpassung 2008 nicht mehr im Jahr 2010, sondern im Jahr 2012 erreicht. Bei einem Anstieg der Belastung für die Altersvorsorge entfaltet die Beitragskomponente eine rentenanpassungsdämpfende Wirkung.

Mit dem im Jahr 2004 verkündeten Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der Gesetzlichen Rentenversicherung wurde der **Nachhaltigkeitsfaktor** in die Anpassungsformel eingefügt. Leitgedanke des Nachhaltigkeitsfaktors ist, die jeweilige Veränderung in der Relation von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern (RQ) bei der Rentenanpassung zu berücksichtigen. Der Nachhaltigkeitsfaktor spiegelt somit neben der demografischen Entwicklung die Arbeitsmarktsituation, die Einkommensentwicklung und das Rentenzugangverhalten wider. Aufgrund seiner Ausgestaltung kann er mit Blick auf die Rentenanpassung in einzelnen Jahren auch erhöhend wirken (JG 2003 Ziffer 346; JG 2007 Ziffern 259 ff.).

Insbesondere im Hinblick auf die mögliche kumulative anpassungsdämpfende Wirkung der Beitragskomponente und des Nachhaltigkeitsfaktors wurden mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der Gesetzlichen Rentenversicherung **Schutzklauseln** eingeführt (§§ 68a Abs. 1, 255a Abs. 4 und 255e Abs. 5 SGB VI). In den Fällen, in denen die sich aus der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer ergebende Lohnkomponente für sich genommen zwar zu einer Erhöhung des aktuellen Rentenwerts führen würde, die übrigen Komponenten der Anpassungsformel in der Summe ihrer Wirkung diese Erhöhung aber kompensieren und deshalb eine Absenkung des aktuellen Rentenwerts bewirken würden, stellen die

Schutzklauseln sicher, dass es nicht zu dieser Absenkung kommt. Sollte sich infolge der Entgeltentwicklung schon eine Verringerung des aktuellen Rentenwerts ergeben, so bewirken die Schutzklauseln, dass die übrigen Komponenten der Anpassungsformel nicht zu einer zusätzlichen Minderung führen. Führen die Beitragskomponente und der Nachhaltigkeitsfaktor in ihrer Summe jedoch zu einem Anstieg des aktuellen Rentenwerts, bleiben sie anwendbar und können die anpassungsmindernde Wirkung der negativen Entgeltentwicklung ausgleichen.

Im Jahr 2005 kamen bereits die im Jahr 2004 eingeführten Schutzklauseln zur Anwendung. Auch im Jahr 2006 blieb durch das Gesetz über die Weitergeltung der aktuellen Rentenwerte zum 1. Juli 2006 der aktuelle Rentenwert unverändert. Daher kam in beiden Jahren die angestrebte und für die längerfristige Finanzierbarkeit der Rentenversicherung notwendige, die Anpassung dämpfende Wirkung der Beitragskomponente und des Nachhaltigkeitsfaktors nicht zur Geltung. Im Jahr 2007 wurde daher ein Faktor eingeführt, mit dem ab dem Jahr 2011 ein sich aus unterbliebenen Absenkungen des Rentenniveaus ergebender Ausgleichsbedarf durch eine Halbierung des Anpassungssatzes (**Nachholfaktor**) abgeschmolzen wird (§§ 68a Absatz 3, 255a Absatz 4, 255g Absatz 2 und 255d SGB VI).

621. In West- und Ostdeutschland kam es somit zum 1. Juli dieses Jahres zu einer **Rentenanpassung in Höhe von 1,1 vH**. Für den Bereich der neuen Bundesländer hätte sich nach der Rentenanpassungsformel zwar nur eine Fortschreibung des bisherigen aktuellen Rentenwerts (Ost) um 0,25 vH ergeben. Auch nach der Neuregelung hätte damit der Anpassungswert in Ostdeutschland unter dem Wert für Westdeutschland gelegen. Aufgrund der Schutzklausel (Ost) wurde der aktuelle Rentenwert (Ost) dennoch in gleicher Weise wie der aktuelle Rentenwert für die alten Länder angepasst. Der bis zum 30. Juni 2008 maßgebliche aktuelle Rentenwert erhöhte sich in Westdeutschland von 26,27 Euro auf 26,56 Euro und in Ostdeutschland von 23,09 Euro auf 23,34 Euro. Die Standardrente stieg daher in Westdeutschland von 1 182,15 Euro auf 1 195,20 Euro und in Ostdeutschland von 1 039,05 Euro auf 1 050,30 Euro. Für die Rentner ergab sich im Ergebnis eine finanzielle Verbesserung, die aber einen weiteren Realeinkommensverlust nur verringern konnte.

622. Aufgrund der relativ günstigen Finanzlage der Gesetzlichen Rentenversicherung kann die außerplanmäßige Rentenerhöhung aus der Nachhaltigkeitsrücklage, also ohne eine Beitragssatzanhebung finanziert werden. Allerdings können die mit der Rentenreform des Jahres 2001 gesetzlich verankerten Beitragssatzobergrenzen von 20 vH bis zum Jahr 2020 und 22 vH bis zum Jahr 2030 nur dann eingehalten werden, wenn die ausgesetzten Anpassungsdämpfungen tatsächlich wie vorgesehen nachgeholt werden. Der diskretionäre Eingriff des Gesetzgebers würde dann lediglich eine **zeitliche Verschiebung der Entlastung der Beitragszahler** bedeuten, die letztlich in den kommenden Jahren über einen im Vergleich zum bisherigen Rechtsstand höheren Beitragssatz und über den an den Beitragssatz gekoppelten Bundeszuschuss zu finanzieren wäre. Nach Ergebnissen der aktuellen mittelfristigen Finanzschätzung vom Herbst 2008 wird es auf Basis der Annahmen des Schätzerkreises in den Jahren 2009 bis 2012 zu Haushaltsüberschüssen in der Allgemeinen Rentenversicherung kommen. Die Nachhaltigkeitsrücklage würde somit weiter ansteigen und zum Jahresende 2011 erstmals die gesetzliche Obergrenze in Höhe von 1,5 Monatsausgaben überschreiten. Der Beitragssatz müsste demnach im Jahr 2012 auf 19,1 vH gesenkt werden. Als Folge der Verschiebung der zwei Stufen der Riester-Treppe fällt der Beitragssatzrückgang jedoch gerin-

ger aus als noch nach der früheren Rechtslage ermittelt (Schaubild 75 Teil b). Denn unter Berücksichtigung der sich nach dem bisherigen Rechtsstand ergebenden planmäßigen Rentenanpassung in Höhe von 0,46 vH hätte der Beitragssatz schon im Jahr 2010 auf 19,7 vH und in den beiden Folgejahren auf 19,2 vH und 19,1 vH gesenkt werden können.

623. Nur wenn die ausgesetzten Rentendämpfungen, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, tatsächlich auch nachgeholt werden, ist kein dauerhafter Effekt in Form eines höheren Beitragssatzes zu erwarten. Dies ist allerdings mit hohen Risiken behaftet, da ab dem Jahr 2011 bereits die in den Jahren 2005 und 2006 unterbliebenen Rentenkürzungen durch eine Halbierung der Rentenanpassungssätze (Nachholfaktor) nachgeholt werden (JG 2006 Ziffern 321 ff.). Hinzu kommt, dass der demografische Alterungsprozess immer mehr durchwirkt und sich über den Nachhaltigkeitsfaktor anpassungsmindernd niederschlagen wird. Am Anfang des nächsten Jahrzehnts kommt es somit im Vergleich zum alten Rechtsstand zu einer **Kumulation von Dämpfungswirkungen** und daher zu besonders niedrigen jährlichen Rentenerhöhungen, die es politisch zu verkraften gilt. Nach den Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Basis der gesamtwirtschaftlichen Eckwerte der Bundesregierung vom Herbst 2008 würde es zwar in den Jahren 2009 und 2010 noch zu Rentenanpassungen in den alten Bundesländern von 2,75 vH und 1,80 vH sowie in den neuen Bundesländern von 2,75 vH und 2,00 vH kommen. Im Vergleich zum alten Rechtsstand wäre somit die Rentenanpassung im Jahr 2009 nochmals um 0,63 Prozentpunkte höher. Ausgehend von einem höheren Rentenwert fallen allerdings dann unter den Annahmen der Bundesregierung die Rentenanpassungen in den Jahren 2011 und 2012 deutlich niedriger aus. Sie belaufen sich nach diesen Vorausberechnungen in den alten Bundesländern auf 0,58 vH und 0,57 vH sowie in den neuen Bundesländern auf 0,61 vH und 0,65 vH. Im Vergleich zum alten Rechtsstand wären somit die Rentenanpassungen in den Jahren 2011 und 2012 in den alten Bundesländern um 0,11 und 0,81 Prozentpunkte sowie in den neuen Bundesländern um 0,14 und 0,95 Prozentpunkte niedriger. Sollten die Lohnsteigerungen und damit die Rentenerhöhungen schwächer als in den Vorausberechnungen erwartet ausfallen, dürfte ein Nachholen der „Riester-Stufen“ besonders schwierig werden.

3. Vereinheitlichung der Rentenberechnung in Deutschland

624. Der Einigungsvertrag aus dem Jahr 1990 und das darauf aufbauende Renten-Überleitungsgesetz des Jahres 1991 gingen von der Annahme einer zügigen Angleichung der Entlohnungsverhältnisse in den neuen Ländern an das westdeutsche Lohnniveau aus. Dieser damals plausiblen Annahme war eine eigenständige Art der Rentenfestsetzung und Rentenanpassung in den neuen Ländern geschuldet. Es sollte über den Prozess der Lohnangleichung zu einer Vereinheitlichung der Rentenansprüche kommen. Da sich der in den ersten Jahren nach der Vereinigung einsetzende Prozess einer Angleichung der in Ostdeutschland gezahlten Löhne in den letzten Jahren zunehmend verlangsamt hat, seit dem Jahr 2005 zum Stillstand gekommen zu sein scheint und einer zunehmenden Heterogenität der regionalen Entlohnungsstrukturen in beiden Gebietsständen gewichen ist, führt das in den neuen Ländern geltende Rentenrecht zu verteilungspolitisch kaum zu vermittelnden Effekten. Aus diesem Grund diskutiert der Sachverständigenrat verschiedene Möglichkeiten einer **bundesdeutschen Vereinheitlichung** der Rentenfestsetzung und Rentenanpassung.

625. Das System der Gesetzlichen Rentenversicherung basiert seit der Einführung der **Dynamischen Rente** im Jahr 1957 auf dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz, das weitgehend dem Prinzip der Beitragsäquivalenz entspricht. Nach dem Prinzip der Beitragsäquivalenz sollen gleich hohe und im gleichen Jahr geleistete Beiträge zu identischen Rentenanwartschaften führen. Die Rendite dieser Beiträge soll also für alle Versicherten gleich sein. Das Prinzip der Teilhabeäquivalenz besagt, dass bezogen auf die gesetzliche Rente die Einkommensposition eines Rentners im Gefüge aller Rentenbezieher seiner ehemaligen Position im Entgeltgefüge als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer entspricht. Gleich hohe und im gleichen Jahr bezogene Einkommen sollen also zu identischen Rentenanwartschaften führen. Da es in einem Jahr nur einen Beitragsatz für alle Rentenversicherten gibt, führt auch die Teilhabeäquivalenz zu identischen Renditen. Eine aktive interpersonelle Einkommensumverteilung ist insofern kein Ziel der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Auf der Grundlage des Renten-Überleitungsgesetzes vom 25. Juli 1991 wurden die Anwartschaften und Ansprüche der Versicherten in den neuen Bundesländern zum 1. Januar 1992 in das gleichermaßen beitragsbezogene wie lohdynamische System der Gesetzlichen Rentenversicherung überführt. Zum einen musste dabei sichergestellt werden, dass die nach dem Rentenrecht der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) erworbenen Ansprüche und Anwartschaften in angemessener Weise erhalten bleiben. Zum anderen war der unterschiedlichen Ausgangssituation bei den Einkommensverhältnissen Rechnung zu tragen. Im Zuge der Rentenüberleitung wurden daher im SGB VI **zahlreiche spezifische Übergangsregelungen** für die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer und Rentner in den neuen Bundesländern aufgenommen – freilich um den Preis einer Komplizierung des Rentenrechts. Der Gesetzgeber entsprach mit diesem Vorgehen der Bestimmung des Artikel 30 Absatz 5 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990, nach der die Überleitung des lohn- und beitragsbezogenen Rentenrechts der alten Bundesländer auf das Gebiet der neuen Bundesländer von der Zielstellung bestimmt sein sollte, eine Angleichung der Renten über die Angleichung der Löhne und Gehälter in den neuen Ländern an das Lohn- und Gehaltsniveau in den alten Bundesländern zu erreichen.

Übergangsregelungen bei der Rentenberechnung

626. Ziel der Rentenüberleitung war eine einheitliche Anwendung des Rentenrechts nach der **Regelungssystematik des SGB VI** für alle Rentenansprüche, die aus den bis zur Rentenüberleitung in Ostdeutschland zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten entstanden sind und ab dem 1. Januar 1992 entstehen. Im vereinten Deutschland sollte es längerfristig nicht zu einer unterschiedlichen Behandlung der in den neuen und den alten Bundesländern zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten kommen. Seit dem 1. Januar 1992 richtet sich daher auch in den neuen Bundesländern die Höhe der Rente nach der Höhe der während des Versicherungslebens mit Beiträgen belegten Arbeitsentgelte. Diesem Prinzip der Teilhabeäquivalenz folgend richtet sich – unter Berücksichtigung von Sonderregelungen – die Festsetzung der Renten für die Versicherten in den neuen Ländern nach der durch das Rentenreformgesetz 1992 vorgegebenen Berechnungsformel. Die individuelle Monatsrente bestimmt sich demzufolge – wie in den alten Ländern – aus dem Produkt der kumulierten Entgeltpunkte EP , dem Zugangsfaktor ZF , dem Rentenartfaktor RAF und dem aktuellen Rentenwert AR , über den die Renten mit der allgemeinen Entgeltentwicklung verknüpft werden. Die monatliche Rente eines Rentners i in Westdeutschland im Jahr t , $R_{i,t}^W$, der vor

m Jahren aus dem Berufsleben ausgeschieden ist und zuvor N Jahre Beiträge gezahlt hat, entspricht somit

$$\begin{aligned}
 R_{i,t}^W &= EP_i^W \times ZF \times RAF \times AR_t^W \\
 &= \sum_{j=m}^{N+m-1} EP_{i,t-j}^W \times ZF \times RAF \times AR_t^W \\
 &= \sum_{j=m}^{N+m-1} \frac{y_{i,t-j}^W}{\bar{y}_t^{-W}} \times ZF \times RAF \times AR_t^W .
 \end{aligned} \tag{1}$$

Hierbei bezeichnen $y_{i,t}^W$ die individuellen Verdienste im Jahr t und \bar{y}_t^{-W} den zugehörigen Durchschnittsverdienst aller Beitragszahler in den alten Ländern. Mit dieser Bestimmung der Entgeltpunkte wird dem der Gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde liegenden Prinzip der Teilhabeäquivalenz entsprochen, da auf diese Weise die relative Einkommensposition des Versicherten abgebildet wird. Eine schematische Übertragung der Formel auf die Rentenbezieher und die Versicherten aus dem Beitrittsgebiet kam jedoch nicht in Frage. Denn wären die in der DDR und kurz nach deren Auflösung erzielten Arbeitseinkommen, die um ein Vielfaches niedriger waren als die Einkommen der betreffenden Jahre in den alten Ländern, an den Durchschnittsentgelten in den alten Ländern gemessen worden, dann hätten sich sehr niedrige Renten ergeben. Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurden Sonderregeln sowohl bei der Ermittlung der Entgeltpunkte als auch beim aktuellen Rentenwert, die zu eigenen Größen $EP_{i,t}^O$ und AR_t^O führten, vorgesehen.

Übergangsregelungen bei der Ermittlung der Entgeltpunkte

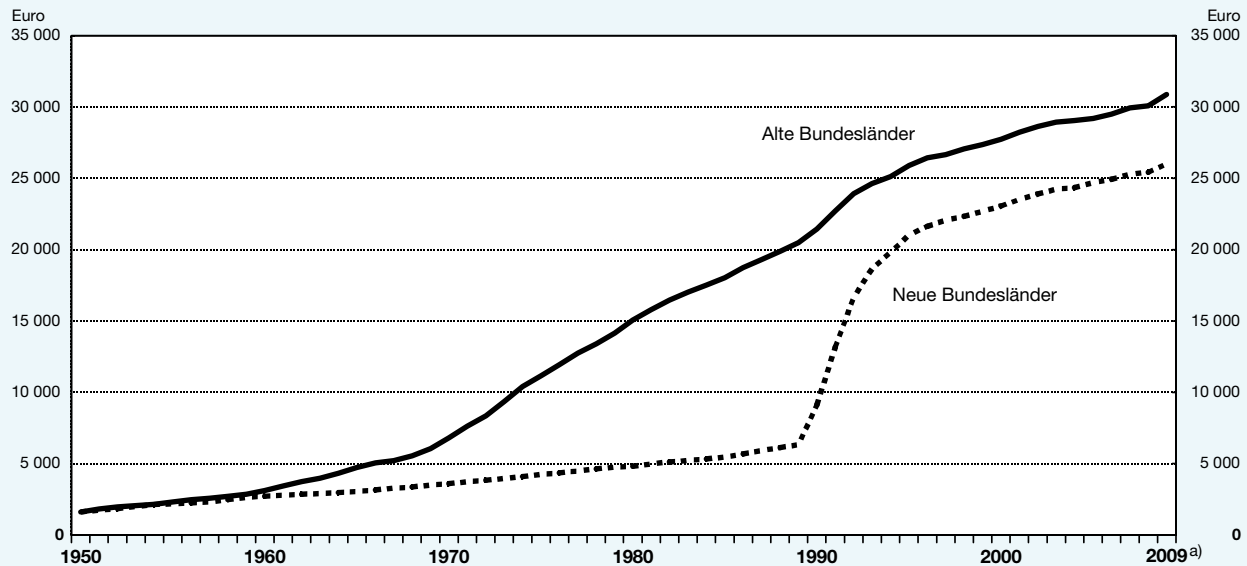
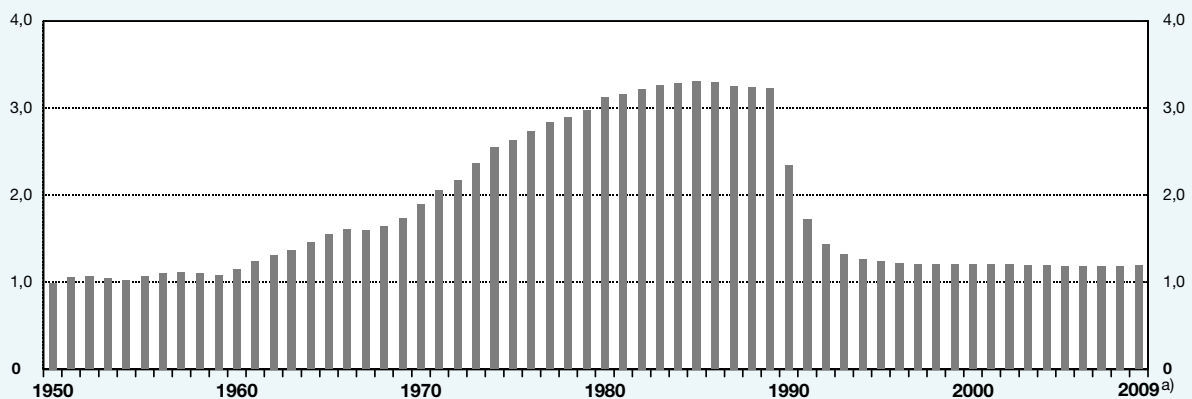
627. Wie in Westdeutschland werden die Entgeltpunkte für die im Gebiet der neuen Länder geleisteten Beiträge aus dem Verhältnis des individuell versicherten Arbeitsentgelts zum Durchschnittsentgelt aller Versicherten ermittelt. Im Vergleich zu den Regelungen für die alten Länder ist jedoch, um der unterschiedlichen Ausgangslage bei der Einkommenssituation im Beitrittsgebiet Rechnung zu tragen, eine abweichende Berechnungsmethode vorgesehen. So werden bis zum Erreichen einheitlicher Einkommensverhältnisse die im Gebiet der neuen Länder erzielten Bruttoarbeitsentgelte in das Einkommensgefüge der alten Länder eingeordnet. Zu diesem Zweck werden für die Ermittlung der Entgeltpunkte (Ost) die im Beitrittsgebiet erzielten Bruttoarbeitsentgelte mit einem gesetzlich festgelegten **Umrechnungswert** multipliziert und dann ins Verhältnis zum Durchschnittseinkommen aller Versicherten in den alten Bundesländern gesetzt (§ 256a SGB VI in Verbindung mit Anlage 10 SGB VI). Die Umrechnungswerte hf_t ergeben sich dabei aus dem Verhältnis der Durchschnittsverdienste aller Versicherten in den alten Ländern zu den Durchschnittsverdiensten aller Versicherten in den neuen Ländern in einem Kalenderjahr (Schaubild 77, Seite 368). Mithin gilt für die in der DDR und die in den neuen Ländern nach der Vereinigung erworbenen Entgeltpunkte

$$EP_{i,t}^O = \frac{y_{i,t}^O}{\bar{y}_t^O} \times hf_t = \frac{y_{i,t}^O}{\bar{y}_t^O} \times \frac{\bar{y}_t^{-W}}{\bar{y}_t^O} = \frac{y_{i,t}^O}{\bar{y}_t^O} . \tag{2}$$

Für diese Entgeltpunkte ist demnach die relative Einkommensposition in Ostdeutschland maßgeblich. So wird bei einem ostdeutschen Versicherten mit einem jährlichen Arbeitsentgelt von 25 437 Euro im Jahr 2008 – dies entspricht zum gegenwärtigen Zeitpunkt dem vorläufigen Durchschnittsentgelt in den neuen Ländern – für die Rentenberechnung ein Entgelt von 30 084 Euro – das vorläufige Durchschnittsentgelt in den alten Ländern – zugrunde gelegt. Ein ostdeutscher Arbeitnehmer, der das durchschnittliche Arbeitsentgelt (Ost) verbeitragt, erwirbt daher ebenso wie ein westdeutscher Versicherter mit einem verbeitragten durchschnittlichen Arbeitsentgelt (West) einen Entgeltpunkt, obwohl dessen Lohn Einkommen in dem beispielhaft betrachteten Jahr 2008 rund 18 vH oder 4 647 Euro über dem ostdeutschen Durchschnittsentgelt liegt. Mit dieser Umrechnung soll sichergestellt werden, dass bei einem Erreichen einheitlicher Einkommensverhältnisse auch die in der Zeit davor in den neuen Ländern erworbenen Rentenansprüche den Ansprüchen westdeutscher Versicherter mit der gleichen relativen Einkommensposition entsprechen.

Schaubild 77

Entwicklung der Durchschnittsentgelte in den alten und neuen Bundesländern

Nachrichtlich: Umrechnungswert¹⁾

1) Der Umrechnungswert ist das Verhältnis zwischen dem Durchschnittsentgelt je Arbeitnehmer in den alten und neuen Bundesländern.– a) Für die Jahre 2008 und 2009 vorläufige Werte.

Quelle: BMAS

Übergangsregelungen bei der Rentenanpassung

628. Bis zum Erreichen einheitlicher Einkommensverhältnisse gilt zudem eine Übergangsregelung bei der Bestimmung und Anpassung des aktuellen Rentenwerts. Der jeweilige Rentenanspruch $R_{i,t}^O$ ergibt sich aus den Entgeltpunkten (Ost), EP_i^O , und dem **aktuellen Rentenwert (Ost)**, AR_t^O , gemäß

$$\begin{aligned} R_{i,t}^O &= EP_i^O \times ZF \times RAF \times AR_t^O \\ &= \sum_{j=m}^{N+m-1} \left(\frac{y_{i,t-j}^O}{\bar{w}} hf_{t-j} \right) \times ZF \times RAF \times AR_t^O. \end{aligned} \quad (3)$$

Die Renten, die auf Entgeltpunkten (Ost) beruhen, werden nach Maßgabe der gesondert ermittelten Entwicklung der Löhne und Gehälter in den neuen Ländern angepasst. Seit dem 1. Juli 2008 beträgt der aktuelle Rentenwert (Ost) 23,34 Euro und ist damit im Zeitablauf auf rund 88 vH des Rentenwerts in den alten Ländern angestiegen (Tabelle 33, Seite 370).

629. Bei den **Anpassungsvorschriften der aktuellen Rentenwerte** wurden im Zeitablauf mehrere Änderungen vorgenommen. Bis zum 1. Juli 1999 war in den neuen wie in den alten Ländern die Entwicklung der Nettolöhne maßgebend. Im Rahmen der Rentenüberleitung wurde die Anpassungsformel für die neuen Länder dabei dahingehend ergänzt, dass der aktuelle Rentenwert (Ost) stets in dem Maß anzupassen ist, dass sich in den alten und neuen Ländern ein identisches Nettorentenniveau – Verhältnis der Rente aus 45 Versicherungsjahren mit Durchschnittsverdienst nach Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zum jeweiligen Nettolohn des Durchschnittsverdieners – ergab. Mit diesem bis zum 1. Januar 1996 von dem in den alten Ländern abweichenden Anpassungsverfahren sollte einer in den neuen Ländern erwarteten starken Lohndynamik Rechnung getragen und die Lohnerhöhungen schnellstmöglich an die Rentner weitergegeben werden.

630. Die mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz (2001) geänderte Rentenanpassungsformel entsprach ebenfalls der Intention, über ein höheres Lohnwachstum die Rentenwerte anzugleichen. Denn seit dem Jahr 2002 wurden nur Komponenten in der Anpassungsformel berücksichtigt, deren Höhe in den neuen und alten Ländern gleich war: zum einen die Veränderung des Beitragsatzes in der Rentenversicherung und zum anderen der Altersvorsorgeanteil (Kasten 11). Damit beeinflussten allein Unterschiede in der Entgeltentwicklung zwischen den alten und neuen Ländern den **Angleichungsprozess der beiden aktuellen Rentenwerte**.

In der bis Mitte des Jahres 1999 gültigen Rentenanpassungsvorschrift war dieser Zusammenhang weniger stark ausgeprägt. Denn in dieser Vorschrift wurden auch die sich in den neuen und alten Ländern unterschiedlich entwickelnden Belastungen der Arbeitseinkünfte mit Steuern und allen übrigen Sozialversicherungsabgaben berücksichtigt. Eine mit dem Aufholen der Einkommen in den neuen Ländern verbundene Annäherung der durchschnittlichen Einkommensteuerbelastung wirkte somit dämpfend auf die Rentenanpassung in den neuen Ländern. Mit der ab dem Jahr 2002 geltenden Anpassungsformel wurden nur noch die in den alten und neuen Ländern identischen Belastungsveränderungen der Arbeitnehmer bei den Aufwendungen für die Altersversorgung berücksichtigt (BMAS, 2008). Dies trifft auch auf den ab dem Jahr 2005 in die Rentenanpassungsformel eingefügten Nachhaltigkeitsfaktor zu.

Tabelle 33

Entwicklung des aktuellen Rentenwerts in den alten und neuen Bundesländern

Stichtag	Alte Bundesländer ¹⁾		Neue Bundesländer		Ost/West-Vergleich der Rentenwerte
	DM/Euro	vH ²⁾	DM/Euro	vH ²⁾	vH
1.1.1992	.	.	23,57	11,65	.
1.7.1992	42,63	2,87	26,57	12,73	62,3
1.1.1993	.	.	28,19	6,10	.
1.7.1993	44,49	4,36	32,17	14,12	72,3
1.1.1994	.	.	33,34	3,64	.
1.7.1994	46,00	3,39	34,49	3,45	75,0
1.1.1995	.	.	35,45	2,78	.
1.7.1995	46,23	0,50	36,33	2,48	78,6
1.1.1996	.	.	37,92	4,38	.
1.7.1996	46,67	0,95	38,38	1,21	82,2
1.7.1997	47,44	1,65	40,51	5,55	85,4
1.7.1998	47,65	0,44	40,87	0,89	85,8
1.7.1999	48,29	1,34	42,01	2,79	87,0
1.7.2000	48,58	0,60	42,26	0,60	87,0
1.7.2001	49,51	1,91	43,15	2,11	87,2
1.1.2002 ³⁾	25,31	.	22,06	.	87,2
1.7.2002	25,86	2,16	22,70	2,89	87,8
1.7.2003	26,13	1,04	22,97	1,19	87,9
1.7.2004	26,13	0,00	22,97	0,00	87,9
1.7.2005	26,13	0,00	22,97	0,00	87,9
1.7.2006	26,13	0,00	22,97	0,00	87,9
1.7.2007	26,27	0,54	23,09	0,54	87,9
1.7.2008	26,56	1,10	23,34	1,10	87,9

1) Werte vor 1992 siehe Tabelle 63*, Seite 554.– 2) Veränderung in vH gegenüber der letzten Erhöhung.– 3) Umstellung auf Euro, gerundete Werte.

Quelle: BMAS

Daten zur Tabelle

631. Mit dem Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz (2004) wurde eine **Schutzklausel (Ost)** eingeführt, die eine Verschlechterung im Verhältnis von aktuellem Rentenwert (Ost) und aktuellem Rentenwert ausschließen soll. Der aktuelle Rentenwert (Ost) ist nunmehr mindestens mit der für den aktuellen Rentenwert maßgeblichen Veränderungsrate anzupassen, auch wenn sich nach Anwendung der Rentenanpassungsformel für den aktuellen Rentenwert (Ost) eine geringere Veränderungsrate als für den aktuellen Rentenwert ergeben sollte. Ein einmal erreichter Angleichungsgrad des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert bleibt auf diese Weise erhalten mit der Folge, dass der aktuelle Rentenwert (Ost) vor einer Angleichung der Löhne den Wert des aktuellen Rentenwerts in Westdeutschland erreicht.

Stand der Rentenüberleitung

632. Fast zwei Jahrzehnte nach der deutschen Vereinigung zeigt sich, dass die zentrale Annahme der Bestimmungen zur Rentenüberleitung, nämlich so lange Übergangsregelungen für Ostdeutschland vorzusehen bis es zu einheitlichen Einkommensverhältnissen gekommen ist, sich als weniger

realistisch erweist als Anfang der neunziger Jahre vermutet wurde. Denn zu der unterstellten raschen Lohnangleichung ist es nur in den ersten Jahren nach der Vereinigung gekommen (Schaubild 77). Seit Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts hingegen entwickelt sich die **Entgeltangleichung sehr verhalten**. Seit dem Jahr 2005 ist der Angleichungsprozess völlig zum Erliegen gekommen und hat sich im Jahr 2007 sogar in das Gegenteil umgekehrt. Denn der Umrechnungswert – das Verhältnis von den Durchschnittsentgelten in den alten und neuen Ländern – musste von 1,1827 im Jahr 2006 auf 1,1841 im Jahr 2007 angehoben werden. Nach Lage der Dinge hat sich diese Entwicklung auch fortgesetzt. Denn der vorläufige Umrechnungswert für das Jahr 2009 wurde im Rahmen der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2009 im Herbst 2008 von der Bundesregierung auf 1,1868 hochgesetzt.

633. Der Lohnangleichungsprozess spiegelt sich auch in der Entwicklung des aktuellen Rentenwerts (Ost) wider (Tabelle 33). Die zwar an Dynamik nachlassende Lohnangleichung führte – mit Ausnahme des Jahres 2000 – in Ostdeutschland zu höheren Rentenanpassungen als in den alten Ländern. Seit dem Jahr 2004 entsprechen sich die jährlichen Rentenanpassungen in den beiden Gebietsständen auch als Folge der Schutzklausel (Ost).

Die **verfügbaren Eckrenten**, also die Renten bei 45 Versicherungsjahren mit dem jeweiligen Durchschnittsverdienst (45 Entgeltpunkte) abzüglich des Eigenanteils zur Krankenversicherung und – ab dem 1. April 2004 – des vollen Beitrags zur Pflegeversicherung, haben sich schneller an das Niveau der westdeutschen Eckrenten angeglichen als die Verdienste. So stieg das Verhältnis der Eckrente in den neuen Ländern zu derjenigen in den alten Ländern von 40,3 vH am 1. Juli 1990 bis zum 1. Juli 2004 auf 88,1 vH (Tabelle 34). In den vergangenen Jahren ist aber auch der Konvergenzprozess bei den aktuellen Rentenwerten zum Erliegen gekommen. Ohne die Schutzklausel (Ost) wäre in den letzten Jahren die Entwicklung des aktuellen Rentenwerts (Ost) hinter der des aktuellen Rentenwerts zurückgeblieben.

634. Bei den **verfügbaren Versichertenrenten** zeigt sich ein anderes Bild. Denn als Folge der durchweg längeren rentenversicherungsrelevanten Erwerbsbiografien der Rentner in den neuen Ländern liegen dort die Zahlbeträge der laufenden Renten seit dem Jahr 1995 über denen in Westdeutschland (Tabelle 34, Seite 372).

Der wichtigste Grund für die höheren durchschnittlichen Renten in den neuen Ländern ist in den durchgängigeren und längeren Versicherungsbiografien zu sehen. Zum Teil ist dies allerdings auch darauf zurückzuführen, dass in Westdeutschland mehr kurzzeitig Versicherte, die im Laufe ihres Berufslebens in eine nicht versicherungspflichtige Tätigkeit (als Selbstständige oder Beamte) gewechselt sind, den Durchschnittswert senken.

Die durchgängig längeren rentenrechtlich relevanten Erwerbsbiografien der Rentner in den neuen Ländern führen im Zusammenspiel mit der aktuellen Hochwertung der Bruttoarbeitsentgelte und den Vorschriften zur Ermittlung eines eigenen aktuellen Rentenwerts (Ost) derzeit noch dazu, dass die Differenz zwischen den durchschnittlich verfügbaren laufenden Renten zugunsten der in Ostdeutschland gezahlten Renten zunimmt. Zum 1. Juli 2007 lagen die durchschnittlich verfügbaren Versichertenrenten in den neuen Ländern rund 15,5 vH über denen in den alten Ländern. Dieser Anstieg der Ost-West-Relation dürfte in Zukunft jedoch zum Erliegen kommen, da im Rentenzu-

gang immer mehr Versicherte nicht mehr die langen geschlossenen Versicherungsbiografien aufweisen werden wie die gegenwärtige ostdeutsche Rentnergeneration.

Tabelle 34

Entwicklung der Eckrenten und der laufenden Versichertenrenten in den alten und neuen Bundesländern

Stichtag 1. Juli	Verfügbare Eckrenten ¹⁾			Verfügbare Versichertenrenten ²⁾		
	Alte	Neue	Ost/West- Vergleich (vH ³⁾)	Alte ⁴⁾	Neue ⁵⁾	Ost/West- Vergleich (vH ⁶⁾)
	Bundesländer (Euro / Monat)			Bundesländer (Euro / Monat)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1990	852,33	343,59	40,3	.	.	.
1991	895,25	454,54	50,8	.	.	.
1992	919,54	572,51	62,3	593,50	488,91	82,4
1993	955,05	693,91	72,7	617,19	570,68	92,5
1994	987,46	741,97	75,1	640,76	620,52	96,8
1995	988,15	778,21	78,8	638,37	658,00	103,1
1996	992,72	816,82	82,3	643,67	687,15	106,8
1997	1 009,10	859,36	85,2	656,58	717,98	109,4
1998	1 012,47	866,06	85,5	663,76	731,96	110,3
1999	1 026,62	890,22	86,7	675,72	750,78	111,1
2000	1 032,79	896,00	86,8	682,13	759,48	111,3
2001	1 051,99	915,86	87,1	695,27	776,77	111,7
2002	1 072,35	941,32	87,8	707,84	799,83	113,0
2003	1 081,79	950,97	87,9	713,03	810,83	113,7
2004	1 071,79	944,24	88,1	704,79	804,64	114,2
2005	1 066,06	939,20	88,1	698,77	801,20	114,7
2006	1 066,35	939,46	88,1	695,60	801,49	115,2
2007	1 068,52	941,77	88,1	694,47	802,14	115,5
2008	1 078,22	949,60	88,1

1) Rente wegen Alters eines Versicherten mit durchschnittlichem Bruttojahresarbeitsentgelt und 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren; nach Abzug des durchschnittlichen Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR (ab Januar 1995). – 2) Durchschnittliche Rente wegen Alters und wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. – 3) Verhältnis der verfügbaren Eckrente in den neuen zu der in den alten Bundesländern in vH. – 4) Für Pflichtversicherte nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR (ab 1995). Für freiwillig/privat Versicherte: Bruttorenten zuzüglich Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur KVdR; ab 1995 nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR. – 5) Rentenhöhen wie alte Bundesländer, gegebenenfalls einschließlich Auffüllbetrag. – 6) Verhältnis der verfügbaren Versichertenrenten in den neuen zu den in den alten Bundesländern in vH.

Quelle: BMAS

Daten zur Tabelle

635. Akzeptanzprobleme des Rentensystems erwachsen nicht aus den unterschiedlichen Rentenzahlungen als Folge unterschiedlicher Erwerbsbiografien, sondern eher aus einer **Ungleichbehandlung gleicher Beitragsleistungen** hinsichtlich der damit erworbenen Rentenansprüche – zumal dann, wenn diese Ungleichbehandlung nicht vorübergehender Natur ist: Ein versicherungspflichtiger Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen im Jahr 2007 von beispielsweise monatlich 2 500 Euro oder jährlich 30 000 Euro zahlt für das gesamte Jahr einen Rentenversicherungsbeitrag von 5 970 Euro. Daraus erwirbt ein solcher Arbeitnehmer in den alten Bundesländern nach derzeitigem Stand eine Rentenanwartschaft von monatlich 26,60 Euro beziehungsweise 319,20 Euro im

Jahr. Ein versicherungspflichtig Beschäftigter in den neuen Ländern hingegen erhält bei dem gleichen Arbeitsentgelt aus dem Zusammenspiel von Hochwertung und aktuellem Rentenwert (Ost) für den gleichen Rentenversicherungsbeitrag eine Rentenanwartschaft von monatlich 27,68 Euro beziehungsweise 332,16 Euro im Jahr. Der Rentenvorteil beträgt somit jährlich 12,96 Euro (Tabelle 35). Der Unterschied bei den auf der Basis gleich hoher Arbeitsentgelte durch gleich hohe Beiträge erworbenen Rentenanwartschaften ist weder mit dem Prinzip der Beitragsäquivalenz noch mit dem der Teilhabeäquivalenz vereinbar.

Tabelle 35

		Versicherter in den	
		alten Bundesländern	neuen Bundesländern
Bruttoarbeitsentgelt	Euro	30 000	30 000
RV-Beitragsatz	vH	19,9	
RV-Beitrag	Euro	5 970	
davon:			
Arbeitnehmeranteil	Euro	2 985	
Durchschnittsentgelt in 2007	Euro	29 951	25 295
Umrechnungswert in 2007		–	1,1841
Erworbene Entgeltpunkte in 2007		$30\,000 / 29\,951 = 1,0016$	$(30\,000 \times 1,1841) / 29\,951 = 1,1860$
Bei Rentenzugang ab 1. Juli 2008:			
Aktueller Rentenwert (1. Juli 2008)	Euro	26,56	23,34
Rentenanwartschaft, monatlich	Euro	$1,0016 \times 26,56 = 26,60$	$1,1860 \times 23,34 = 27,68$

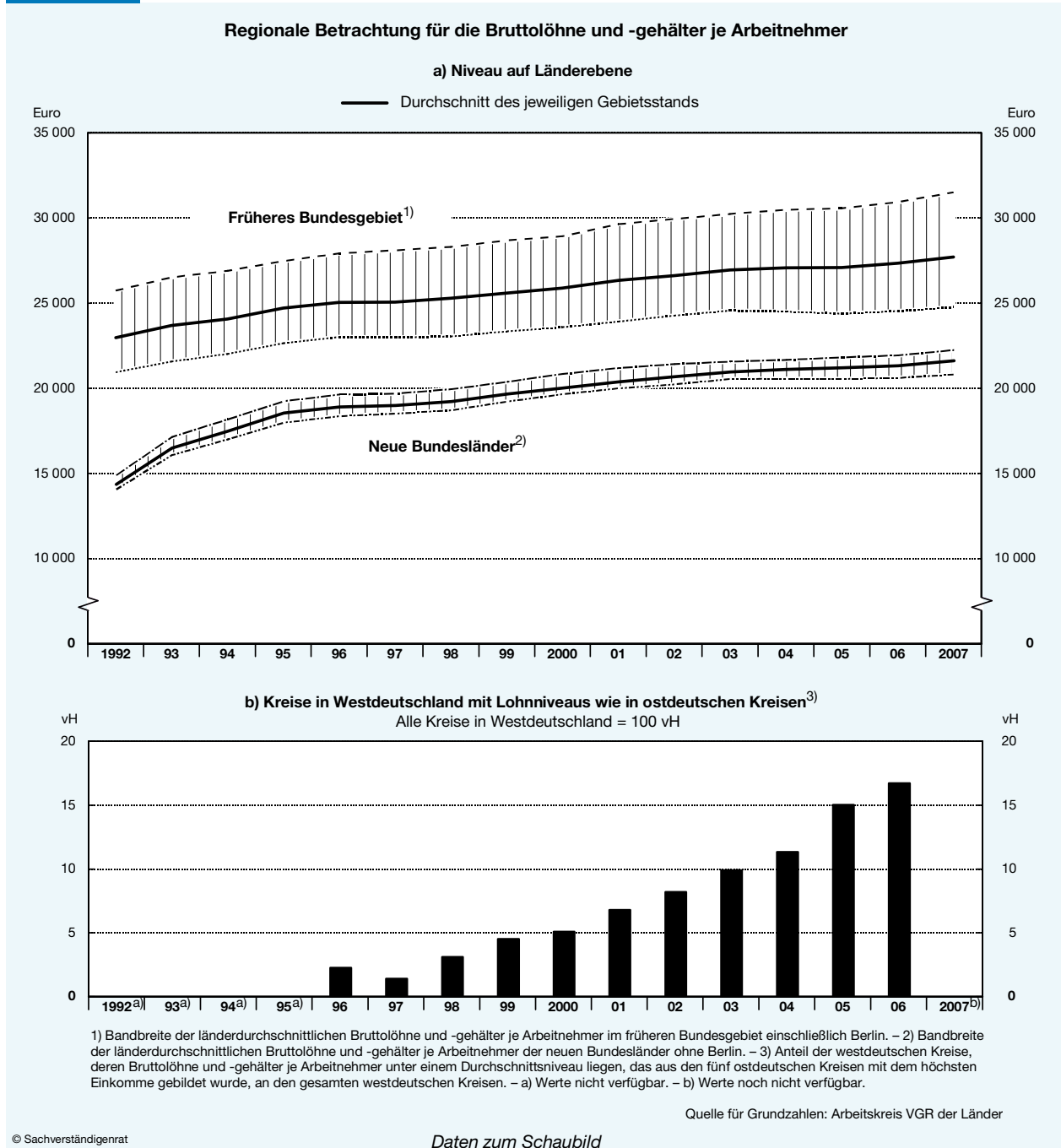
Daten zur Tabelle

Im Laufe der Jahre kann diese rentenrechtliche Sonderstellung relevante Ausmaße annehmen. So entstünde beispielsweise für eine Versicherungsbiografie von 18 Jahren – dies entspricht dem Zeitraum nach der Vereinigung von 1990 bis 2007 – eine Differenz bei der monatlichen Rentenanwartschaft in Höhe von 82 Euro, wenn die beiden Versicherten in Ost- und Westdeutschland in den betrachteten Jahren jeweils das westdeutsche Durchschnittsentgelt verdient und verbeitragt hätten. In diesem Fall beträgt zum 1. Januar 2008 die bislang erworbene monatliche Rentenanwartschaft bei einem westdeutschen Versicherten 473 Euro und bei einem ostdeutschen Versicherten 555 Euro (Deutscher Bundestag, 2008a, 2008b).

636. Heute, fast zwei Jahrzehnte nach der Vereinigung zeigt sich, dass es nur in den ersten Jahren zu einem spürbaren Aufholprozess der ostdeutschen Arbeitsentgelte kam. Der Prozess der Angleichung des ostdeutschen Durchschnittslohns an den westdeutschen Mittelwert ist jedoch sehr rasch zum Erliegen gekommen. Auch trifft die implizite Annahme einer in beiden Gebietsständen weitgehend **homogenen Verteilung der Arbeitsentgelte** nicht zu (Schaubild 78, Seite 374).

Seit der Rentenüberleitung im Jahr 1992 liegt zwar das jeweilige westdeutsche Bundesland mit dem niedrigsten Durchschnittswert bei den Bruttolöhnen und -gehältern je Arbeitnehmer noch vor dem ostdeutschen Bundesland mit dem höchsten Durchschnittswert. Allerdings hat sich der Ab-

Schaubild 78



stand im Zeitablauf erheblich verringert. So sind in den Jahren von 1992 bis 2007 die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer in Brandenburg, dem ostdeutschen Bundesland mit dem höchsten Durchschnittswert, von rund 71 vH auf knapp 90 vH des Durchschnittslohns in Schleswig-Holstein, dem westdeutschen Bundesland mit dem niedrigsten Durchschnittswert, gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist es aber innerhalb der alten Bundesländer zu einer Spreizung der Entgeltverteilung gekommen, ohne dass dies in der Rentenfestsetzung oder Anpassung in den alten Ländern berücksichtigt wird. So betrug in einem Vergleich der westdeutschen Flächenländer das Lohnniveau in Schleswig-Holstein im Jahr 1992 rund 86 vH und im Jahr 2007 etwa 83 vH des Lohnniveaus in Hessen. Auch zeigt sich anhand einer in diesem Zusammenhang noch nicht vorgenommenen regionalisierten Betrachtung, dass es immer mehr Landkreise in Ostdeutschland gibt, die

im Vergleich mit westdeutschen Kreisen ein ähnliches Niveau bei den durchschnittlichen Bruttolöhnen und -gehältern aufweisen. So ist zum Beispiel der Anteil der westdeutschen Kreise, deren Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer oberhalb eines durchschnittlichen Niveaus liegen, das aus den fünf lohneinkommensstärksten ostdeutschen Kreisen gebildet wurde, an den gesamten westdeutschen Kreisen von knapp 98 vH im Jahr 1996 auf rund 83 vH im Jahr 2006 gesunken.

Möglichkeiten für eine Vereinheitlichung der Rentenberechnung

637. Die zum Zeitpunkt der Vereinigung herrschende Vorstellung, über eine zügige Einkommensangleichung rasch zu einem einheitlichen Rentensystem übergehen zu können, hat sich als unzutreffend erwiesen. Eine baldige Angleichung der Rechengrößen in der Rentenversicherung auf dem Weg der Lohnkonvergenz ist aus heutiger Sicht nicht erkennbar. Sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern gibt es prosperierende und weniger prosperierende Regionen mit persistenten Unterschieden in den Einkommensstrukturen. Von daher scheint die strikte Unterscheidung der Rentenberechnung in Ost und West und damit die bewusste Inkaufnahme von dauerhaften rentenrechtlichen Ungleichbehandlungen zunehmend willkürlich. Das Rentenrecht kann und sollte nicht die Aufgabe haben, Einkommens- und tarifpolitische Entwicklungen zu korrigieren. Aus diesem Grund werden im Folgenden verschiedene Möglichkeiten für eine Vereinheitlichung der Rentenberechnung diskutiert. Diese sollte spätestens mit dem Auslaufen des Solidarpakts II im Jahr 2019 realisiert werden.

Angleichung der aktuellen Rentenwerte

638. Eine mögliche Option, wie sie im Rahmen einer kleinen Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE Anfang Oktober 2008 in die Diskussion gebracht wurde (Deutscher Bundestag, 2008c), besteht darin, in den neuen Ländern – unter Beibehaltung der im Rahmen der Rentenüberleitung vorgesehenen Umwertung der Entgelte bei den Versicherten – den aktuellen Rentenwert (Ost) auf das westdeutsche Niveau anzuheben.

Eine vollständige Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an das westdeutsche Niveau – beispielsweise im Jahr 2009 – wäre nach Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung Bund mit finanziellen Mehrbelastungen von etwa 6,4 Mrd Euro pro Jahr verbunden. Dies entspräche einer Erhöhung des Beitragssatzes um etwa 0,6 Beitragssatzpunkte. Damit würden die Beitragszahler mit gut 5 Mrd Euro und zudem die Steuerzahler über den automatisch angepassten allgemeinen Bundeszuschuss um gut 1 Mrd Euro belastet. Der finanzielle Mehraufwand könnte zwar durch eine stufenweise Angleichung der aktuellen Rentenwerte in den ersten Jahren abgeschwächt, in der Summe aber nicht verringert werden.

Alternativ könnte auch an eine Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an einen gesamtdeutschen aktuellen Rentenwert gedacht werden. Eine finanzielle Mehrbelastung könnte bei diesem Ansatz aber nur dann vermieden werden, wenn den deutlichen Rentenerhöhungen in Ostdeutschland wirkungsgleiche Rentenkürzungen in Westdeutschland gegenüber gestellt würden. Aus verfassungsrechtlichen Gründen wären allerdings mit finanziellen Mehrbelastungen einhergehende Bestandsschutzregelungen für die westdeutschen Renten erforderlich.

Eine ausschließliche **Anhebung des aktuellen Rentenwerts (Ost)** auf das westdeutsche Niveau würde die ostdeutschen Rentner über eine deutliche Rentenerhöhung – zum gegenwärtigen Zeit-

punkt um etwa 14 vH oder 3,22 Euro pro Entgeltpunkt – besser stellen, und bei den durchschnittlichen Rentenzahlbeträgen würde sich im Ost-West-Vergleich das Verhältnis zugunsten der ostdeutschen Rentenbezieher von 115 vH auf rund 130 vH verschieben. Auch die zukünftigen ostdeutschen Rentnerkohorten würden durch diese Form der Angleichung besser gestellt, wenn es bei der beschriebenen Umwertung der Entgelte bleibt (Ziffern 627 und 633), da die erworbenen Entgeltpunkte dann mit dem auf das westdeutsche Niveau erhöhten aktuellen Rentenwert bewertet würden.

Gegen diese Form der Umstellung kann zudem eingewandt werden, dass hierbei die zunehmende Heterogenität der regionalen Einkommensstrukturen in beiden Gebietsständen sowie die Persistenz regionaler Entgeltdifferenzen unberücksichtigt bleiben. Und in jedem Fall stellt sich vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgebots die Frage der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit einer Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) bei Beibehaltung der Hochwertung der in den neuen Ländern verbeitragten Lohneinkommen.

Umbasierung der rentenrechtlich relevanten Größen auf bundeseinheitliche Größen

639. Eine andere, bislang noch kaum diskutierte Option besteht darin, eine **besitzstandswahrende Umbasierung** der rentenrechtlichen Größen sowohl in den alten wie in den neuen Ländern zu einem bestimmten Stichtag t^* – spätestens zum Auslaufen des Solidarpakts II im Jahr 2019 – auf bundesweit einheitliche Größen durchzuführen. Eine solche das Rentenrecht vereinheitlichende Umbasierung zielt darauf ab, dass ab einem bestimmten Umstellungstag für die Bestandsrentner und die Zugangsrentner ein einheitlicher gesamtdeutscher aktueller Rentenwert gilt und dass für alle Zugangsrentner die Ermittlung der Entgeltpunkte nach einem einheitlichen Verfahren erfolgt.

640. Grundlage dieser Option ist die Bestimmung eines einheitlichen, gesamtdeutschen aktuellen Rentenwerts AR_t^G . Bei den Bestandsrentnern in den alten Ländern läge der gesamtdeutsche aktuelle Rentenwert geringfügig unter dem aktuellen Rentenwert nach geltendem Recht. Um den Zahlungsbetrag der Renten als Folge der Anwendung dieses gesamtdeutschen aktuellen Rentenwerts unverändert zu lassen, müssten die kumulierten Entgeltpunkte einmalig nach oben korrigiert werden. Ab dem Zeitpunkt der Umbasierung ergäbe sich – abweichend von Gleichung (1) in Ziffer 626 – dann die monatliche Rente eines Rentners i in Westdeutschland im Jahr t aus:

$$R_{i,t}^W = EP_i^W \times \frac{AR_{t^*}^W}{AR_{t^*}^G} \times ZF \times RAF \times AR_t^G. \quad (4)$$

Bei den Bestandsrentnern in den neuen Ländern läge der gesamtdeutsche aktuelle Rentenwert zum Umstellungsstichtag über dem nach geltendem Recht ermittelten aktuellen Rentenwert (Ost). Deshalb wäre auch hier – abweichend von Gleichung (3) in Ziffer 628 – zum Umstellungsstichtag, zur Gewährleistung der ursprünglichen monatlichen Rente, die Entgeltpunktsumme einmalig anzupassen:

$$R_{i,t}^O = EP_i^O \times \frac{AR_{t^*}^O}{AR_{t^*}^G} \times ZF \times RAF \times AR_t^G. \quad (5)$$

Nach der Umstellung würden sich die Renten im gesamten Bundesgebiet nach Maßgabe des gesamtdeutschen aktuellen Rentenwerts entwickeln.

641. Bei den versicherungspflichtig Beschäftigten – in den alten wie in den neuen Ländern – würde sich die Korrektur der bislang bereits erworbenen Entgeltpunkte analog gestalten. Die bis zum Umstellungstermin erworbenen Entgeltpunkte würden – wie bei den Bestandsrentnern – einmalig angepasst, damit die von den Versicherten aufgrund ihrer zurückgelegten Erwerbsbiografien bis zum Umstellungstag erworbenen Rentenansprüche ihren bisherigen Wert beibehalten. Ab der Umstellung würden die jährlichen Entgeltpunkte unabhängig vom Beschäftigungsort ermittelt: Das jährliche Arbeitsentgelt eines Versicherten wird zum gesamtdeutschen Durchschnittsentgelt aller Versicherten des Jahres ins Verhältnis gesetzt. Das gegenwärtige und in Gleichung (2) in Ziffer 627 beschriebene Verfahren zur Ermittlung der Entgeltpunkte (Ost) würde obsolet. Bei den Zugangsrentnern und allen versicherungspflichtig Beschäftigten würde sich die **Summe der persönlichen Entgeltpunkte** zusammensetzen aus den bis zum Umstellungstichtag erworbenen und einmalig korrigierten Entgeltpunkten zuzüglich der nach dieser Umstellung nach Maßgabe einheitlicher gesamtdeutscher Regeln erworbenen Entgeltpunkte. Die Beitragszahler in Ostdeutschland würden – unter sonst gleichen Bedingungen – pro Jahr zwar weniger Entgeltpunkte zugewiesen bekommen, weil das gesamtdeutsche Durchschnittsentgelt über dem ostdeutschen liegt. Dem stünde dann aber der höhere gesamtdeutsche aktuelle Rentenwert gegenüber.

642. Eine solche Umbasierung wäre **verfassungsrechtlich unbedenklich**. Sie würde weder gegen den Eigentumsschutz des Artikel 14 Absatz 1 Grundgesetz noch den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz verstoßen.

643. Zum Umstellungszeitpunkt wäre diese Option – im Gegensatz zu einer Anhebung des aktuellen Rentenwerts (Ost) auf das Niveau des (westdeutschen) aktuellen Rentenwerts – sowohl für die Bezieher einer Bestandsrente wie auch hinsichtlich der bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Ansprüche der Beschäftigten **verteilungsneutral**. Denn bei der beschriebenen technischen Angleichung gäbe es zum Umstellungszeitpunkt keine Gewinner oder Verlierer – weder in personeller noch in regionaler Hinsicht.

Mit dieser Vorgehensweise würden die derzeitigen rentenrechtlichen Ungleichbehandlungen beseitigt. Damit wären allerdings Verteilungswirkungen im Vergleich zu einer Fortschreibung des rentenrechtlichen Status quo verbunden. Für die Bestandsrentner würden diese Wirkungen davon abhängen, wie sich der zukünftige gesamtdeutsche aktuelle Rentenwert im Vergleich zum (westdeutschen) aktuellen Rentenwert und dem aktuellen Rentenwert (Ost) entwickelt. Bei den versicherungspflichtigen Arbeitnehmern ist darüber hinaus entscheidend, wie sich die individuellen Entgelte – zur Ermittlung der Entgeltpunkte – ab der Umstellung im Verhältnis zum gesamtdeutschen Durchschnitt entwickeln.

644. Damit hängen die **Verteilungswirkungen** dieser rentenrechtlichen Harmonisierung über eine technische Angleichung entscheidend von der zukünftigen Lohndynamik in den neuen Ländern im Vergleich zu der in Westdeutschland ab.

Unter der Annahme, dass sich die Durchschnittsentgelte in den alten und neuen Ländern nicht weiter angleichen, würden sich unter Status-quo-Bedingungen die aktuellen Rentenwerte in beiden Gebietsständen mit der gleichen Zuwachsrage entwickeln. Dies bedeutet, dass auch der gesamtdeutsche aktuelle Rentenwert mit der gleichen Rate zunimmt. Unter dieser Entgeltannahme wäre die Umstellung für die Bestandsrentner verteilungspolitisch neutral. Für die versicherten Arbeitnehmer und damit die künftigen Zugangsrentner in den neuen Ländern wären als Ergebnis des Wegfalls der rentenrechtlich unsystematischen Höherwertung der Arbeitsentgelte negative Verteilungswirkungen die Folge. Dem stünden in der Summe entsprechend hohe, je Versicherten betrachtet allerdings deutlich geringere positive Verteilungseffekte in den alten Ländern gegenüber.

Wenn – entgegen der bisherigen Befunde – der Lohnangleichungsprozess wieder an Fahrt gewinnen würde, käme es im Vergleich zur Fortgeltung des rentenrechtlichen Status quo für die Bestandsrentner in den neuen Ländern zu geringeren Rentenanpassungen und in den alten Ländern zu geringfügig höheren. Die versicherten Beschäftigten und künftigen Zugangsrentner in den neuen Ländern hätten in diesem Fall ebenfalls mit negativen Verteilungswirkungen zu rechnen. Bis zur erreichten Lohnkonvergenz würden die Verteilungswirkungen von dem Zusammenspiel einer geringeren Zahl von Entgeltpunkten als Folge der Abschaffung der Höherwertung der Arbeitsentgelte einerseits und den Auswirkungen des höheren, aber im Vergleich zu Status-quo-Bedingungen weniger dynamisch ansteigenden gesamtdeutschen Rentenwerts andererseits abhängen.

645. Fast 20 Jahre nach der Vereinigung sollte eine rentenrechtliche Vereinheitlichung auf die politische Agenda gesetzt werden. Eine solche **Entscheidung** erfordert Mut, denn sie muss unter Unsicherheit hinsichtlich der einkommensmäßigen Entwicklungen getroffen werden. Zudem erfordert jede Entscheidung eine Abwägung zwischen der Bedeutung des ordnungspolitischen Prinzips der Teilhabeäquivalenz einerseits und den Verteilungswirkungen des Reformvorschlags im Vergleich zum Status quo andererseits. Schließlich und endlich ist jede rentenpolitische Entscheidung vor dem Hintergrund der langfristigen Beitragssatzziele zu bewerten.

4. Risiken einer zunehmenden Altersarmut nicht verdrängen

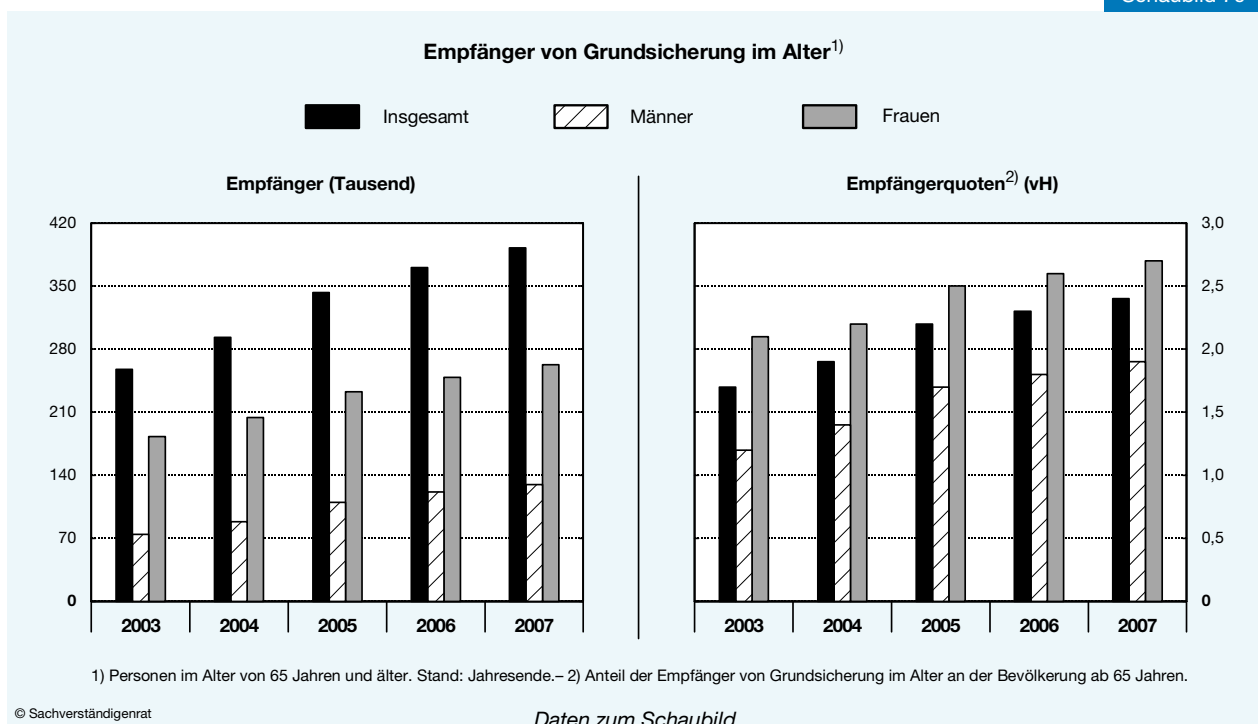
646. In Deutschland ist ein umfassendes System der Mindesteinkommenssicherung etabliert, mit dem für jeden in allen Lebensphasen existenzielle Armut sicher verhindert und ein – politisch, aber nicht wissenschaftlich definiertes – soziokulturelles Existenzminimum gewährleistet wird. Dieses System der Mindesteinkommenssicherung besteht aus der Sozialhilfe für Nichterwerbsfähige, dem Arbeitslosengeld II für Erwerbsfähige und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Leistungen, denen entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip in allen Fällen eine Bedürftigkeitsprüfung vorausgeht, bestehen aus monetären Regelsätzen – für einen Alleinstehenden derzeit 351 Euro im Monat – und dem Ersatz der Wohnkosten. Im Durchschnitt belaufen sich die Transfers im Alter auf rund 700 Euro pro Monat. Interpretiert man Altersarmut als Anspruch auf die Grundsicherung im Alter, dann stellt – entgegen einer nicht selten alarmistisch anmutenden Diskussion – gemessen an der Zahl der Anspruchsberechtigten **Altersarmut derzeit kein gesellschaftlich relevantes Problem** dar.

Seit dem Jahr 2003 gibt es für 65-Jährige und Ältere und für dauerhaft Erwerbsgeminderte in den Fällen, in denen die Einkünfte auf Haushaltsebene nicht dem soziokulturellen Existenzminimum

entsprechen, diese Form der Sozialhilfe. Am Jahresende 2007 nahmen etwas mehr als 392 000 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Anspruch. Dies sind etwas weniger als 2 vH der Bezieher einer gesetzlichen Rente beziehungsweise rund 2,4 vH der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren (Schaubild 79). Deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Leistungen der Grundsicherung zeigen sich zwischen Männern und Frauen. Unter den etwas mehr als 392 000 Transferempfängern waren knapp 263 000 Frauen. Da die Frauen in der Regel über ein geringes Haushaltseinkommen im Rentenalter – auch als Folge kurzer sozialversicherungspflichtiger Erwerbszeiten – verfügen, sind sie im Rentenalter häufiger auf diese Fürsorgeleistungen angewiesen als Männer.

Der Anstieg seit dem Jahr 2003 ist – zumindest zu einem Teil – zum einen darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren seit längerem stetig steigt, und zum anderen darin begründet, dass mit der Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ein bei der früheren Sozialhilferegelung bestehender Regress auf die Kinder faktisch abgeschafft wurde (JG 2007 Ziffer 283). Dem erklärten Ziel, eine zuvor bestehende „verschämte oder versteckte Armut“ aufzudecken, ist man offenbar nähergekommen (Haustein und Dorn, 2007; Weber, 2006).

Schaubild 79



647. Dieser nicht zuletzt im internationalen Vergleich wenig bedenkliche Befund ist allerdings kaum geeignet, sich mit dem Armutsaspekt im Sinne **steigender Risiken von Altersarmut**, verstanden als eine größer werdende Zahl von Anspruchsberechtigten auf die Grundsicherung im Alter, nicht auseinanderzusetzen. Im Einzelnen können vier Befunde identifiziert werden, aus denen in einer mittel- bis langfristigen Perspektive eine Zunahme der Ansprüche an die Grundsicherung erwachsen könnten:

- Eine gestiegene Zahl an Selbstständigen mit unterdurchschnittlichen Einkommen, die in keinem der etablierten obligatorischen Alterssicherungssysteme abgesichert sind.
- Das Aufspreizen der Entlohnungsstruktur am unteren Ende in Kombination mit den im Interesse einer langfristigen Finanzierbarkeit unvermeidlichen Leistungsrücknahmen bei den gesetzlichen Renten.
- Die Langzeitarbeitslosigkeit beziehungsweise die sehr geringen Rentenanwartschaften, die während eines Bezugs von Arbeitslosengeld II erworben werden.
- Der Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung. Bei den mit dem Versorgungsniveau der Altersrenten zurückgehenden Erwerbsminderungsrenten sind – zumindest bislang – kaum entsprechende Kompensationsmöglichkeiten durch Leistungen der zweiten und dritten Schicht der Alterssicherung verfügbar.

Während sich demografische Veränderungen – zumindest über einen Zeitraum von 30 Jahren – recht gut quantifizieren lassen, ist dies bei Hochrechnungen der zukünftigen Zahl der Anspruchsberechtigten auf die Grundsicherung im Alter nicht möglich, ohne ebenso weitreichende wie wenig fundierte Annahmen zur langfristigen Entwicklung am Arbeitsmarkt, beim Erwerbsverhalten, beim Ausnutzen der Splitting-Option im Rahmen der Hinterbliebenenversorgung oder beim Vorsorgeverhalten zu treffen. Dies bedeutet, dass sich viele Aspekte einer in Zukunft mutmaßlich zunehmenden Altersarmut derzeit noch einer validen quantitativen Analyse entziehen (Bieber und Stegmann, 2008). Nicht zuletzt aus diesem Grund werden im Folgenden die verschiedenen Risiken und politischen Optionen diskutiert, aber es wird kein Votum abgegeben, zumal es sich hierbei durchweg um verteilungspolitische Wertentscheidungen handelt, die nicht in den eigentlichen Kompetenzbereich von Ökonomen fallen.

648. Seit geraumer Zeit sind gravierende **Veränderungen in der Arbeitswelt** zu beobachten (Ziffern 714 ff.). Neben das traditionelle Normalarbeitsverhältnis, definiert als eine unbefristete, sozialversicherungspflichtige und abhängige Vollzeitbeschäftigung, treten vermehrt Erwerbsformen, die hinsichtlich der Arbeitszeit, der Beschäftigungsdauer, der sozialrechtlichen Absicherung und der Zugangsmöglichkeiten zur Sozialversicherung zum Teil deutlich davon abweichen. Die Zahl der Menschen, die keine durchgängigen, sondern diskontinuierliche Erwerbsverläufe aufweisen, hat zugenommen. Zeiten der versicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung wechseln sich bei immer mehr Menschen mit Teilzeitarbeit, Arbeitslosigkeit, Phasen der Selbstständigkeit oder Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Weiterbildung oder Kindererziehung ab. „Statuswechsel“ während der Erwerbsphase werden zudem nicht nur häufiger, sondern gestalten sich teilweise auch schwieriger. So verlaufen beispielsweise Übergänge aus dem Bildungssystem in die Berufstätigkeit oder der Wiedereinstieg nach einer Familienphase nicht immer reibungslos. Aufgrund dieser Entwicklungen, die sich im Umfang und Einkommensniveau der Erwerbsarbeit im mittleren Lebensabschnitt niederschlagen, kann es bei den Betroffenen vermehrt zu Defiziten beim Aufbau von Alterssicherungsansprüchen in den obligatorischen Sicherungssystemen wie der Gesetzlichen Rentenversicherung und in der individuellen Alterssicherung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung und der privaten Altersvorsorge kommen.

649. Im Hinblick auf die Möglichkeiten zum Aufbau einer existenzsichernden eigenen Alterssicherung ist jedoch nicht jede Erwerbsform jenseits des Normalarbeitsverhältnisses als problematisch anzusehen. Eine der Facetten des Wandels in der Arbeitswelt, die für Teile künftiger Rentergenerationen ein erhöhtes Armutsrisiko nach sich ziehen könnte, ist allerdings die seit den neunziger Jahren beobachtbare **Zunahme selbstständiger Beschäftigung**. Denn die gegenwärtige Ausgestaltung des Alterssicherungssystems basiert auf der Annahme, dass Selbstständige selbst für ihr Alter ausreichend vorsorgen können. Von diesem Vertrauen auf eine eigenverantwortliche Vorsorge der Selbstständigen gibt es allerdings Ausnahmen. So sind Handwerker, Künstler und Publizisten pflichtversichert; für einige andere Gruppen von Selbstständigen – Landwirte und Freiberufler, die in Berufskammern organisiert sind – bestehen eigenständige Pflichtsysteme. Insgesamt ist jedoch der überwiegende Teil der Selbstständigen nicht in einem obligatorischen Alterssicherungssystem abgesichert. Ob und inwieweit diese Selbstständigen freiwillig ausreichend für das Alter vorsorgen, ist weitgehend unbekannt. Untersuchungen weisen allerdings darauf hin, dass insbesondere die Selbstständigen ohne eigene Beschäftigte mehrheitlich unterdurchschnittliche Einkommen erzielen (Betzelt und Fachinger, 2004; JG 2006 Ziffer 355). Die private Vorsorge dürfte – aufgrund mangelnder Sparbereitschaft einerseits und unzureichender Sparfähigkeit andererseits – vor diesem Hintergrund schon heute bei vielen Selbstständigen nicht in dem Ausmaß betrieben werden, mit dem einer drohenden Armut im Alter und damit einem Rückgriff auf die Grundsicherung vorgebeugt werden könnte.

650. Eine erste Option gegen dieses aus der Veränderung der Erwerbstätigkeit resultierende Risiko der Altersarmut wäre eine **Modifikation bei der Riester-Rente**. Derzeit haben nur diejenigen Erwerbstätigen einen direkten Zugang zur staatlich geförderten Riester-Rente, die von den Leistungsrücknahmen bei der Gesetzlichen Rentenversicherung (und wirkungsgleichen Leistungseinschränkungen bei der Beamtenversorgung) betroffen sind. Ausgeschlossen sind deshalb neben den Altersrentnern und den in den berufsständischen Versorgungswerken Abgesicherten

- nicht rentenversicherungspflichtige Selbstständige,
- geringfügig versicherungsfrei Beschäftigte, die den Arbeitgeberbeitrag nicht durch eigene Beiträge aufstocken,

Eine Öffnung der geförderten Riester-Rente für alle nicht obligatorisch abgesicherten Selbstständigen wäre daher eine erwägenswerte Maßnahme. Da allerdings der Höchstbetrag dieser über Zulagen und Steuerfreistellung geförderten Form des Altersvorsorgesparens nach geltendem Recht bei 2 100 Euro pro Jahr festgeschrieben ist, kann aus der Riester-Rente allein kein ausreichendes Alterseinkommen resultieren.

651. Als eine weitergehende Antwort zur Begrenzung des Risikos zukünftiger Altersarmut bei diesen Erwerbstätigen bieten sich grundsätzlich **zwei Optionen** an, auf die der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2007/08 (Ziffer 287) hingewiesen hat: So könnte zum einen vom Gesetzgeber eine Pflicht zur privaten Altersvorsorge erlassen werden. Zum anderen könnte für Selbstständige, die nicht in einem der etablierten obligatorischen Alterssicherungssysteme abgesichert sind, eine Zwangsmemberschaft in der Gesetzlichen Rentenversicherung vorgesehen werden. Ein Wahlrecht hinsichtlich der Form der verpflichtenden Altersvorsorge – kapitalgedeckte Privat-

versicherung oder Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Rentenversicherung – sollte jedoch aufgrund der damit verbundenen Wahrscheinlichkeit einer Risikoentmischung verworfen werden. Die Entscheidung zwischen beiden Optionen ist aber letztendlich eine Werturteilsentscheidung, die allein von der Politik zu fällen ist. Denn ein Effizienzvergleich, der eine wissenschaftliche Empfehlung legitimieren könnte, liefert keine Überlegenheit einer privaten Versicherungspflicht in einem kapitalgedeckten System gegenüber einer Pflichtmitgliedschaft in der umlagefinanzierten Gesetzlichen Rentenversicherung (Breyer und Buchholz, 2007; Rürup, 2008).

652. Wie bei jedem Problem, so gibt es auch bei dem aus einem Aufspreizen der Entlohnungsstruktur als Folge einer Ausdehnung des Niedriglohnbereichs erwachsenden Armutsrisiko **Lösungen und Scheinlösungen**. Über einen gesetzlichen Mindestlohn dieses Risiko der Altersarmut in relevantem Maß begrenzen zu wollen, ist eine solche Scheinlösung. Zwar kann ein allgemeiner Mindestlohn eine Aufspreizung der Lohnstruktur der Beschäftigten begrenzen. Wenn dieser allgemeine Mindestlohn allerdings zu hoch festgesetzt und mit Arbeitsplatzverlusten verbunden ist, wird die Stauchung der Lohnstruktur erkaufte mit einer Aufspreizung der Einkommensverteilung (Brenke und Ziemendorff, 2008). Denn eine steigende Arbeitslosigkeit geht regelmäßig mit einer wachsenden Einkommensungleichheit und damit nicht mit sinkenden, sondern steigenden Risiken besonders niedriger Rentenansprüche einher. Verfehlt ist deshalb das Argument, der von vielen geforderte Mindestlohn in Höhe von 7,50 Euro pro Stunde könne wirksam Altersarmut verhindern. Abgesehen von den damit wahrscheinlich einhergehenden negativen Beschäftigungseffekten würde mit einem solchen Mindestlohn das Problem niedriger Rentenansprüche im Alter definitiv nicht beseitigt. Denn ein Vollzeitbeschäftigter in Westdeutschland (Ostdeutschland) – bei einer 40-Stunden-Woche mit einem Mindestlohn in Höhe von 7,50 Euro die Stunde – hätte aktuell erst nach fast 50 (48) Beitragsjahren einen Rentenanspruch in Höhe des monetären Äquivalents der Grundsicherung im Alter, das derzeit bei etwa 700 Euro im Monat liegt. Der Vorteil für ostdeutsche Versicherte resultiert dabei aus den Sonderregelungen bei der Rentenberechnung im Rahmen der Rentenüberleitung (Ziffern 624 ff).

653. Die Gesetzliche Rentenversicherung basiert auf dem **Prinzip der Teilhabeäquivalenz**, nach dem sich die Rentenansprüche an der Höhe des mit Beiträgen belegten Einkommens bemessen und nach dem die Rentenansprüche im Alter die relative Einkommenssituation während der Erwerbsphase widerspiegeln sollen. Die Einkommensumverteilung von hohem Einkommen zu niedrigem Einkommen ist mit dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz nicht vereinbar und wird deshalb als Aufgabe des staatlichen Steuer- und Transfersystems angesehen.

Mit der Orientierung des Rentenrechts an der Teilhabeäquivalenz wird einem wichtigen ordnungspolitischen Prinzip gefolgt. Allerdings stellen ordnungspolitische Prinzipien keine Ziele dar, sondern Instrumente im Interesse effizienter Lösungen. In einem auf Teilhabeäquivalenz basierenden Rentensystem sollen die Beiträge weniger den Charakter einer Steuer, sprich einer Zwangsabgabe ohne Anspruch auf eine Gegenleistung haben, sondern eher den Charakter eines Preises, da diese Beiträge mit klar definierten Ansprüchen auf eine Gegenleistung einhergehen. Aufgrund der staatlichen subsidiären Fürsorgeleistungen, namentlich die Grundsicherung im Alter, kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass die Rentenversicherungsbeiträge für Geringverdiener zu steuerähnlichen Verzerrungen führen. Der Umstand, dass ein westdeutscher (ostdeutscher) Versicherter

heute bereits rund 26,5 (30) Jahre das durchschnittliche Arbeitseinkommen – derzeit in den alten (neuen) Ländern rund 30 000 Euro (25 500 Euro) im Jahr – verbeitragen muss, um einen Rentenanspruch in Höhe des monetären Äquivalents der Grundsicherung zu erhalten, bringt es mit sich, dass für eine beachtliche Zahl von Beziehern niedriger Einkommen, Teilzeitbeschäftigten oder Personen mit unterbrochenen Erwerbsbiografien, wenn sie ohne nennenswerten Vermögensbesitz oder familiäre Absicherung sind, der Rentenversicherungsbeitrag seinen „Preischarakter“ verliert. Der Beitrag für das obligatorische Alterssicherungssystem mutiert in der Wahrnehmung dieser Versicherten immer mehr zu einer Zwangsabgabe ohne Anspruch auf Gegenleistung. Wenn die Renten von langjährig Versicherten erwartbar unter dem Grundsicherungsniveau liegen, erwachsen daraus Anreize, sich diesem System zu entziehen und Fehlanreize hinsichtlich der privaten Altersvorsorge. Mit diesem Problem ist jede bedürftigkeitsgeprüfte Fürsorgeleistung konfrontiert, bei deren Berechnung eigene Einkünfte – mehr oder weniger stark – angerechnet werden.

654. Eine Möglichkeit, diesen Fehlanreizen zu begegnen, könnte darin bestehen, langjährig Versicherten, namentlich den Vollzeitbeschäftigten, beispielsweise nach 35 oder 40 Beitragsjahren unabhängig von den verbeitragten Einkommen eine Rente zu garantieren, die knapp über dem Grundsicherungsniveau im Alter liegt. Diese Art der **Rentenaufstockung** ist zum Beispiel in Schweden, aber zudem in einer Reihe anderer Länder umgesetzt (OECD, 2007) und wird von der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen propagiert. Um den Konflikt mit dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz und mit den gesetzlich vorgegebenen Beitragssatzzielen von 20 vH bis zum Jahr 2020 und 22 vH bis zum Jahr 2030 zu entschärfen, wären – anders als bei der im Jahr 1992 abgeschafften Rente nach Mindesteinkommen – die damit verbundenen Aufstockungen aus Steuermitteln zu finanzieren, wenn man die Einkommensumverteilung als eine genuin gesamtgesellschaftliche Aufgabe ansieht.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine abschließende Bewertung dieses Ansatzes noch nicht möglich, da eine Reihe wichtiger Details bisher ungeklärt ist. Dazu zählen das Problem möglicher Mitnahmeeffekte durch Personen, denen neben dem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelt oder über daraus erwachsenden Renten noch andere Einkommensquellen zur Verfügung stehen, die Schwierigkeit der Bestimmung und Erfassung einer vollzeitigen Beschäftigung und nicht zuletzt die Frage nach den fiskalischen Konsequenzen. Grundsätzlich kann aber festgehalten werden, dass aufgrund der Mitnahmeeffekte Mehrausgaben im Vergleich zum geltenden Recht zu erwarten sind. Dem stehen potenzielle Mehreinnahmen infolge der verbesserten Anreizstruktur gegenüber. In den volkswirtschaftlichen Nettonutzen fließt darüber hinaus ein, dass durch die zusätzliche Beschäftigung das Produktionspotenzial ausgeweitet werden kann. Dies wird allerdings erkaufte durch eine höhere Steuerbelastung, die sich aus dem Verzicht auf die Bedürftigkeitsprüfung ergibt und für sich genommen mit negativen Arbeitsanreizen verbunden ist.

655. Eine weit weniger weitreichende und mit deutlich geringeren Problemen behaftete Möglichkeit, gleichermaßen die Legitimation unseres durch Zwangsbeiträge finanzierten Rentensystems wie das freiwillige Altersvorsorgesparen gerade für Geringverdiener zu erhalten, besteht in einer **Nachjustierung bei der Grundsicherung im Alter**. Um die Anreize sowohl zu einer auch gering entlohnten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit wie auch zum privaten oder betrieblichen Altersvorsorgesparen zu erhöhen, könnte bei der Ermittlung des Anspruchs auf Grundsicherung im

Alter ein allgemeiner Freibetrag oder eine prozentuale Freistellung für alle Alterseinkommen gewährt werden. Dies käme im Ergebnis einer Erhöhung dieser Form der Sozialhilfe für Ältere gleich. Das bei dem Bezug von Arbeitslosengeld II bei Menschen in der Erwerbsphase akzeptierte und als sinnvoll erachtete Prinzip, eigene Bemühungen zur Verringerung der Hilfsbedürftigkeit zu honorieren, würde dann nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur Anwendung kommen. Hier sind aber ebenfalls die erwarteten Vor- und Nachteile sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

656. Eine der wichtigsten legitimatorischen Voraussetzungen für das deutsche beitragsfinanzierte Alterssicherungssystem ist der Zugang zu sozialrechtlich gesicherter Erwerbsarbeit. Diese Bedingung war in Zeiten der „Vollbeschäftigung“ in Normalarbeitsverhältnissen gewissermaßen selbstverständlich erfüllt. Auch in den vergangenen Jahrzehnten mit steigender Arbeitslosigkeit wurde diese Legitimation zumindest noch abgeleitet über die Arbeitslosenversicherung erfüllt, da Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen Rentenanwartschaften generierten, die sich an dem vor der Arbeitslosigkeit erzielten Einkommen orientierten und keine übermäßigen Sicherungsdefizite entstehen ließen. Mit den Reformmaßnahmen seit Mitte der neunziger Jahre wurden diese Elemente des sozialen Ausgleichs schrittweise abgebaut.

Ein westdeutscher (ostdeutscher) Durchschnittsverdiener erwirbt im Jahr 2008 für ein verbeitragtes jährliches Arbeitsentgelt in Höhe von 30 084 Euro (25 437 Euro) einen monatlichen Rentenanspruch in Höhe von 26,56 Euro (23,34 Euro) für den damit erworbenen Entgeltpunkt. Die Bundesagentur für Arbeit entrichtet für die Zeiten des Bezugs des Arbeitslosengelds für die Empfänger Beiträge nach Maßgabe von 80 vH des dem Lohnersatzbezug zugrunde gelegten Entgelts. Daher würde ein Durchschnittsverdiener, wenn er in diesem Jahr arbeitslos und das Arbeitslosengeld beziehen würde, für diese Zeit einen monatlichen Rentenanspruch in Höhe von 21,25 Euro (18,67 Euro) erhalten. Zeiten des Bezugs des Arbeitslosengelds führen somit zu keinen markanten Verlusten in den Rentenanwartschaften, denn im Vergleich zur Beschäftigung wäre die Monatsrente dieses Versicherten bei einem einjährigen Bezug des Arbeitslosengelds nur um 5,31 Euro (4,67 Euro) niedriger. Im Gegensatz dazu ist Arbeitslosigkeit unter Bezug von Arbeitslosengeld II mit deutlichen Rentenverlusten verbunden. Im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld II zahlt der Bund seit dem Jahr 2007 nur Beiträge aufgrund einer monatlichen Bemessungsgrundlage von 205 Euro. Ein Jahr des Bezugs von Arbeitslosengeld II führt somit zu einem monatlichen Rentenanspruch von 2,17 Euro. Hinzu kommt, dass mit dieser Berechnungssystematik die monatlichen Rentenanwartschaften in Phasen sinken (Kasten 11), in denen das rentenrelevante Durchschnittsentgelt stärker ansteigt als der aktuelle Rentenwert. Der Zweck dieser aus Steuermitteln finanzierten Rentenversicherungsbeiträge liegt deshalb auch nicht darin, den Begünstigten einen relevanten Rentenanspruch aufzubauen, sondern ihnen einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente oder die Riester-Förderung zu eröffnen und zudem eine Unterbrechung rentenrechtlicher Zeiten zu verhindern.

657. In Zeiten, in denen Arbeitslosigkeit nicht mehr selten ist, entstehen deshalb **Lücken in der Alterssicherung**, die im Fall längerer Arbeitslosigkeit eine hinreichende Alterssicherung oberhalb des Grundsicherungsniveaus und damit des soziokulturellen Existenzminimums gefährden, da bei andauernder Arbeitslosigkeit zusätzliche private Altersvorsorge oft nicht realisiert werden dürfte. Berücksichtigt man zudem den Effekt der Arbeitslosigkeit auf die Wiedereinstellungs- und späte-

ren Verdienstchancen, verstärken sich die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit für den Aufbau der individuellen Alterssicherung (Wunder, 2005).

658. Eine Möglichkeit diesem Problem zu begegnen, besteht darin, dass bei der Rentenfestsetzung, also beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, die Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II bis zum Erreichen einer bestimmten Zahl von Entgeltpunkten höher – zum Beispiel mit einem halben Entgeltpunkt pro Jahr des Bezugs von Arbeitslosengeld II – bewertet werden. Die aus dieser Aufwertung resultierenden Rentenansprüche wären Ausdruck einer bewussten Einkommensumverteilung und folgerichtig aus Steuermitteln zu finanzieren. Ein **Problem dieser Option** ist allerdings, dass bei diesem Ansatz Empfänger von Arbeitslosengeld II besser gestellt werden könnten als Bezieher von Arbeitslosengeld. Allen Beziehern von Lohnersatz- und Transferleistungen eine Mindestentgeltpunktzahl zu garantieren, würde bedeuten, die fiskalischen Risiken beträchtlich zu vergrößern. Weiterhin sind intergenerative Umverteilungseffekte in Rechnung zu stellen, weil steuerfinanzierte Beitragszahlungen die heutigen Steuerzahler zugunsten künftiger belasten, umgekehrt aber die heutigen Beitragszahler zulasten künftiger entlasten würden. Schließlich könnte ein solches Vorgehen eine beschäftigungspolitische Resignation dokumentieren. Eine verfestigte, mit einem langfristigen Bezug von Arbeitslosengeld II verbundene Arbeitslosigkeit würde als politisch nicht gestaltbares Datum angesehen (JG 2007 Ziffer 285).

659. Neben den genannten Ursachen für Armutsrisiken im Alter gibt es noch einen weiteren Aspekt, der bislang in der Öffentlichkeit nur wenig wahrgenommen wurde: **Invalidität**. Durch die Reformen der letzten Jahre soll das Ziel einer im wahren Wortsinn Lebensstandardsicherung im Alter mittel- bis langfristig nur im Zusammenspiel mit der ergänzenden, eigenverantwortlichen Vorsorge im Rahmen der zweiten und dritten Schicht erreicht werden. Im Invaliditätsfall kann deshalb der zuvor erreichte Lebensstandard nur dann annähernd aufrechterhalten werden, wenn neben der gesetzlichen Rente wegen Erwerbsminderung zusätzliche Einkommen bezogen werden. Bislang bestehen jedoch kaum ausreichende Möglichkeiten, um das Erwerbsminderungsrisiko analog zur staatlich geförderten Absicherung des Langlebighkeitsrisikos abzusichern.

660. Durch die diversen Reformschritte der letzten Jahre ist es der Politik gelungen, einerseits die Gesetzliche Rentenversicherung – freilich um den Preis spürbarer Leistungsrücknahmen – langfristig zu konsolidieren und andererseits Akzeptanz und Verbreitung der privaten und betrieblichen Zusatzvorsorge durch eine generöse Förderung deutlich zu erhöhen. Durch diese **Doppelstrategie** wurde der beschäftigungsfeindliche Beitragssatzanstieg gedämpft und gleichzeitig die Benachteiligung der nachwachsenden Generationen in relevantem Maß beseitigt. Eine völlig falsche Strategie wäre es daher, in der Erwartung eines virulent werdenden interpersonellen Verteilungsproblems, sprich zunehmenden Risiken von Altersarmut, die erreichte ausgabenseitige Stabilisierung der Gesetzlichen Rentenversicherung und die Entschärfung des aus der Bevölkerungsalterung erwachsenden intergenerativen Verteilungsproblems durch ein Zurückdrehen der Rentenreformen zur Disposition zu stellen.

661. Genau wie die Gesetzliche Rentenversicherung in einer Zeit konsolidiert wurde, in der die demografischen Probleme bekannt, aber noch nicht sonderlich virulent waren, muss es in den nächsten Jahren darum gehen, ein **Bündel an zielgenauen Maßnahmen** zu implementieren, um

die Zahl der Anspruchsberechtigten auf die Grundsicherung im Alter möglichst gering zu halten. Das Fundament einer ursachenadäquaten Strategie im Sinne einer Kombination einiger der diskutierten Optionen zur Vermeidung von künftigen Risiken der Altersarmut sollte immer eine vorbeugende Politik sein. Durch eine beschäftigungsfördernde Arbeitsmarktpolitik, einen Ausbau der betrieblichen Gesundheitspolitik und nicht zuletzt durch eine – bereits bei der vorschulischen Erziehung beginnenden und bei einer Forcierung der Weiterbildungsanstrengungen endenden – Bildungspolitik sollten die Beschäftigungschancen auch und gerade für Personen aus bildungsfernen Schichten und damit von Erwerbslosigkeit besonders bedrohten Personen verbessert werden. Eine kluge Politik der Armutsvermeidung sollte sich nicht in verteilungspolitischen Korrekturen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erschöpfen, sondern auch versuchen, durch antizipative Maßnahmen das Entstehen von Altersarmut weniger wahrscheinlich zu machen.

II. Gesundheitspolitik: Fehler beseitigen – weitere Schritte unerlässlich

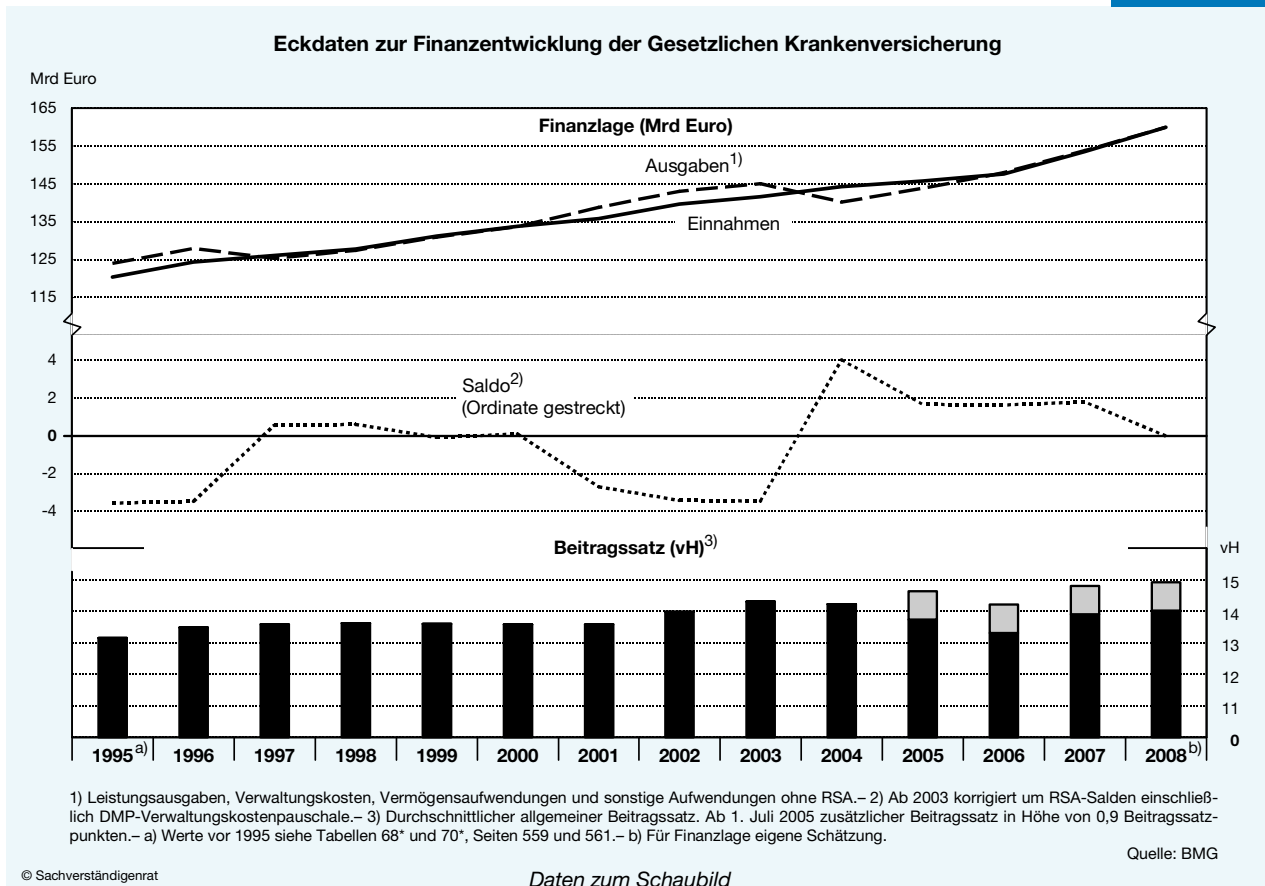
662. Am 1. Januar 2007 trat die Reform des Vertragsarztrechts in Kraft. Damit wurde die Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung konsequent fortgesetzt. Der zweite Reformschritt folgte dann am 1. April mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Eine Beurteilung dieser beiden im letzten Jahr beschlossenen Reformgesetze fällt zwiespältig aus: Die Reform des Vertragsarztrechts ist ein wichtiger Schritt zu einem modernen Gesundheitssystem. Und auch die – in der Weiterentwicklung der Gesundheitsreform 2003 – stehenden leistungs- beziehungsweise ausgabenseitigen Maßnahmen des GKV-WSG sind durchweg begrüßenswert. Misslungen ist dagegen die Reform der Finanzierungsseite durch den Gesundheitsfonds. Fasst man die Reform des Gesundheitswesens als einen letztlich nie endenden Prozess auf, sollte es in der nächsten Legislaturperiode als erstes darum gehen, die Konstruktionsfehler der zusammen mit dem Fonds am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Überforderungsklausel zu beseitigen. Als nächstes gilt es im Bereich der Krankenhausfinanzierung einen Umstieg zur Monistik einzuleiten, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der sektoralen Budgets zu überwinden und die Distribution von Arzneimitteln zu liberalisieren. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass die Politik die Kraft findet, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.

1. Gesetzliche Krankenversicherung: Annähernd ausgeglichene Finanzsituation

663. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich im Jahr 2008 die Tendenz der kräftigen Ausgabensteigerungen unvermindert fortgesetzt. Trotz der Konsolidierungsbemühungen über Beitragssatzerhöhungen und vor dem Hintergrund der guten, sich nun jedoch abschwächenden Beschäftigungsentwicklung ergab sich im ersten Halbjahr ein Defizit von rund 940 Mio Euro. Nach vier Jahren mit Überschüssen könnte dennoch bis zum Jahresende nicht zuletzt aufgrund der Beitragseffekte aus den Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld sowie den zahlreichen höheren Lohnabschlüssen, die zum Teil erst zur Jahresmitte wirksam wurden, noch ein annähernd **ausgeglichenes Finanzergebnis** erreicht werden (Schaubild 80).

Der weit überwiegende Teil der Krankenkassen hatte den politischen Vorgaben folgend bereits zum Jahresende 2007 wieder positive Finanzreserven aufgebaut. Daher sollte die Entschuldung der noch verbliebenen Krankenkassen bis zum Jahresende 2008, also vor Beginn der Einführung des Gesundheitsfonds, abgeschlossen sein.

Schaubild 80



Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben

664. Zu Mehreinnahmen kam es weniger durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um durchschnittlich 0,1 Prozentpunkte auf rund 14 vH (einschließlich Sonderbeitrag der Kassenmitglieder 14,9 vH), sondern vor allem durch den Anstieg der dem Beitragsaufkommen zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen infolge höherer Lohnabschlüsse und des Beschäftigungsaufbaus. So waren zum 1. Juli 2008 rund 600 000 mehr beitragszahlende Personen als erwerbstätige Pflicht- oder freiwillige Mitglieder mit sechswöchigem Entgeltfortzahlungsanspruch in der GKV registriert als zum 1. Juli 2007. Zur Jahresmitte betrug der **Zuwachs der Beitragseinnahmen** im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres 3,6 vH.

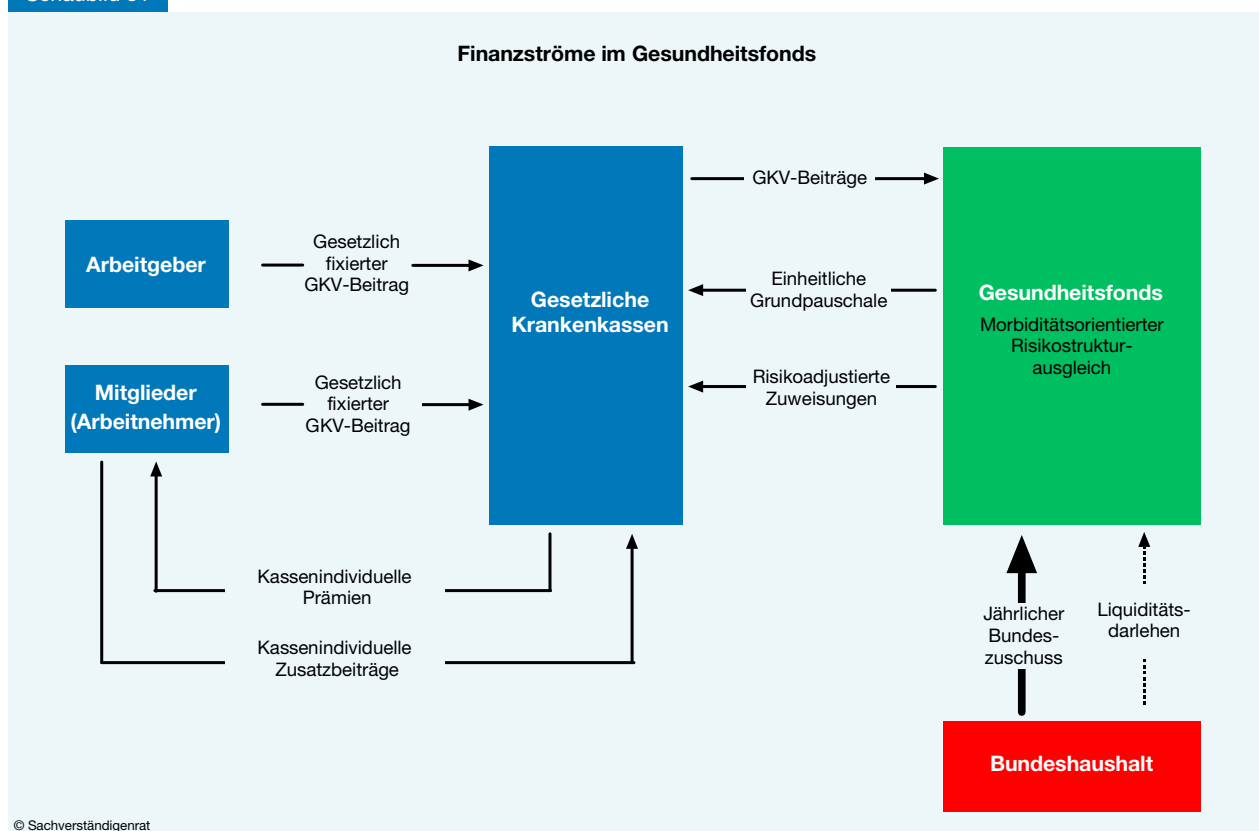
665. Bei den Arzneimitteln, einem der größten Ausgabenposten, setzte sich die bereits im Vorjahr zu beobachtende steigende Tendenz fort. Im ersten Halbjahr betrug der Zuwachs im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum 6,4 vH. Das zum 1. Mai 2006 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung hat seine dämpfende Wirkung spürbar verloren. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gab es zudem im ersten Halbjahr 2008 deutliche, wenngleich auch gemessen an der **Zuwachsrate der Leistungsausgaben** in Höhe von 5,2 vH unterdurchschnittliche Zuwächse bei der ärztlichen Versorgung in Höhe von 4,2 vH und bei der Krankenhausbehandlung als größtem Ausgabenposten in Höhe von 3,7 vH. Die Krankengeldausgaben, die in den letzten Jahren bei einem niedrigen Krankenstand rückläufig waren, nahmen wieder deutlich zu: Im ersten Halbjahr betrug die Veränderungsrate zum gleichen Vorjahreszeitraum 8,3 vH. Ein Teil dieser Steigerung dürfte auf dem deutlichen Beschäftigungs-

zuwachs beruhen und zudem darauf, dass die Krankengeldzahlungen an die gestiegene Lohnentwicklung gebunden sind.

Beitragssatzentwicklung und Start des Gesundheitsfonds

666. Mit dem GKV-WSG werden vielfältige Neuerungen im Sozialgesetzbuch vorgenommen. Kernstück der finanzierungsseitigen Reform ist der Gesundheitsfonds, in den ab dem 1. Januar 2009 die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder sowie steuerfinanzierte Bundeszuweisungen fließen sollen (Schaubild 81). Ähnlich wie auch schon in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) erfolgt die **Mittelaufbringung** in der GKV damit über einen politisch festgesetzten Beitragssatz und einen Bundeszuschuss. Ziel dieses Zuschusses ist, die Ausgaben der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bundeshaushalt zu übernehmen, was bei aufkommensneutraler Umstellung entsprechende Senkungen des Beitragssatzes und damit der Lohnzusatzkosten ermöglicht. Der Bundeszuschuss für diese Leistungen im gesamtgesellschaftlichen Interesse beträgt gemäß § 221 SGB V in den Jahren 2007 und 2008 jeweils 2,5 Mrd Euro und soll dann ab dem Jahr 2009 zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – jährlich um 1,5 Mrd Euro ansteigen, bis im Jahr 2016 die jährliche Gesamtsumme von 14 Mrd Euro erreicht wird. Über die Gegenfinanzierung dieser Mittel soll allerdings erst in der nächsten Legislaturperiode entschieden werden.

Schaubild 81



667. Ab dem 1. Januar 2009 gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen bundesweit der gleiche prozentuale Beitragssatz. Die Krankenversicherungsbeiträge werden wie bisher auf Grundlage des beitragspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Bei sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten sind die Beiträge somit weiterhin lohnabhängig und werden wie bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt. Mit Blick auf die zukünftige Verteilung der Zahllast wird der Arbeitnehmerbeitragssatz auch künftig um den gegenwärtigen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozentpunkten höher ausfallen als der Arbeitgeberanteil.

668. Die **Höhe des einheitlichen Beitragssatzes** wird gemäß §§ 241 und 243 SGB V künftig auf der Grundlage einer Auswertung von wirtschaftlichen Daten eines beim Bundesversicherungsamt angesiedelten Schätzerkreises durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt. Die durch Beitragszahlungen und Steuerzuschuss eingenommenen Mittel des Gesundheitsfonds sollen bei seiner Einführung zunächst im Aggregat alle Ausgaben – dazu zählen neben den Leistungsausgaben auch die Verwaltungskosten – der Krankenkassen decken. Der Beitragssatz soll immer dann angepasst werden, wenn diese Ausgaben nicht mehr zu mindestens 95 vH aus dem Gesundheitsfonds gedeckt sind. Allerdings muss in diesem Zusammenhang die Rolle der Steuerzuschüsse berücksichtigt werden.

669. Das Bundesversicherungsamt, das schon heute für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs unter den Krankenkassen verantwortlich ist, verwaltet als Sondervermögen die eingehenden Finanzmittel des Gesundheitsfonds und übernimmt die **Verteilung der Fondsmittel** an die einzelnen Krankenkassen. Diese erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben für jeden Versicherten eine einheitliche Grundpauschale sowie Zuschläge oder Abschläge, die nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko der Versicherten adjustiert sind. Damit soll ein möglichst zielgenauer Ausgleich dieser Risiken zwischen den Krankenkassen erreicht werden (Kasten 12, Seiten 390 ff.).

670. Übersteigen die zugewiesenen Mittel bei einer Krankenkasse die Ausgaben, so kann diese in ihrer Satzung bestimmen, dass **Prämien** an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Allerdings dürfen solche Auszahlungen erst dann vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 261 SGB V zur Bildung einer kassenindividuellen Rücklage zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit nachgekommen ist. Im Fall, dass die zugewiesenen Mittel aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf nicht decken, muss eine Krankenkasse von ihren Mitgliedern einen **Zusatzbeitrag** erheben. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers haben die Krankenkassen den Zusatzbeitrag so zu bemessen, dass die resultierenden Beitragseinnahmen zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr zu leistenden Ausgaben und die gesetzlich vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Diese Regelung wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass der Gesetzgeber mit § 242 Absatz 1 SGB V die Versicherten vor einer finanziellen Überforderung schützt. So ist der Zusatzbeitrag auf 1 vH der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds begrenzt. Allerdings ist vorgesehen, dass Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro ohne Prüfung der Einkommenssituation erhoben werden können, um den bürokratischen Aufwand zu begrenzen. Dieser zusätzliche Beitrag bis zur Höhe von acht Euro kann somit im Einzelfall auch mehr als 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Kommt eine Krankenkasse in die Lage, einen Zusatzbeitrag erstmalig erheben, einen bestehenden Zusatzbeitrag erhöhen oder eine Verringerung der Prämienzahlung vornehmen zu müssen, so muss sie ihre Versicherten auf das Sonderkündigungsrecht aufmerksam

machen. Die Versicherten dürfen dann innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung ihre Krankenkasse verlassen und sich bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichern. Bei Wahrnehmung des Sonderkündigungsrechts ist im Kündigungszeitraum der erhöhte Beitrag nicht zu leisten. Zudem spielt für mitversicherte Familienangehörige diese den Krankenkassen eingeräumte neue Form der Beitragssatzautonomie keine Rolle, denn für mitversicherte Personen dürfen weder Zusatzprämien erhoben noch Prämienzahlungen vorgenommen werden. Hinsichtlich der Erfahrung mit der Überforderungsregelung, den Zusatzbeiträgen und den Erstattungen ist zum 30. Juni 2011 ein Bericht vorzulegen.

Kasten 12

Der neue Risikostrukturausgleich

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird auch der gegenwärtige **Risikostrukturausgleich (RSA)** zwischen den Krankenkassen verändert. Die Funktion des RSA ist es, die infolge risikounabhängiger Krankenversicherungsbeiträge bestehenden Anreize der Krankenkassen zur Risiko-selektion zu minimieren, ohne dabei den effizienz erhöhenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu beeinträchtigen. Vereinfacht formuliert wird diese Funktion dadurch erfüllt, dass unterschiedlich hohe Ausgaben für Versicherte zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden, sich die Höhe dieses Ausgleichs jedoch nicht an den tatsächlichen Ausgaben orientiert, sondern jeweils an den Ausgaben, die Versicherte mit gleichen Merkmalen im Durchschnitt aller Krankenkassen verursachen. Während im bisherigen RSA diese Vergleichsmerkmale nur einen indirekten Morbiditätsbezug hatten (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung), werden im neuen morbiditätsorientierten RSA Diagnosen aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie Arzneimittelverordnungen als Gruppierungsmerkmale für – hinsichtlich der Kosten – vergleichbare Versicherte herangezogen.

Bis Ende des Jahres 2008 wird der RSA nachträglich durchgeführt, das heißt, die Krankenkassen erhalten zunächst ihre Beitragseinnahmen, die sich aus dem kassenindividuellen Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder ergeben. Anschließend werden der Beitragsbedarf und die Finanzkraft der Krankenkassen ermittelt. Dabei bleiben die tatsächlichen Ausgaben und der kassenindividuelle Beitragssatz unberücksichtigt. Der Beitragsbedarf wird ermittelt, indem den Versicherten der Krankenkasse differenziert nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und Art des Krankengeldanspruchs standardisierte (GKV-durchschnittliche) Leistungsausgaben zugerechnet werden. Unterschiede in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen werden dabei berücksichtigt. Die Finanzkraft entspricht den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder multipliziert mit einem fiktiven GKV-durchschnittlichen Beitragssatz („Ausgleichsbedarfssatz“). Der Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich dabei aus dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Kassen, deren so ermittelte Finanzkraft ihren (standardisierten) Beitragsbedarf übersteigt, zahlen den Differenzbetrag in den RSA ein („Zahlerkassen“). Kassen, deren Finanzkraft den Beitragsbedarf unterschreitet, haben hingegen einen Ausgleichsanspruch an den RSA in entsprechender Höhe („Empfängerkassen“).

Ab dem Jahr 2009 werden die Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Der neue morbiditätsorientierte RSA ist in dieses Zuteilungsverfahren integriert. Formal gibt es dann weder „Zahlerkassen“ noch „Empfängerkassen“. Der einheitliche Beitragssatz entspricht dem Ausgleichsbedarfssatz im bisherigen Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen (allerdings mit zusätzlicher Berücksichtigung durchschnittlicher Verwaltungskosten und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungsleistungen). Ein expliziter Finanzkraftausgleich wird damit überflüssig. Faktisch findet aber im Gegensatz zur bis Ende des Jahres 2008 geltenden Regelung ein einhundertprozentiger Finanzkraftausgleich statt.

Die Geldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden durch den nun direkt morbiditätsorientierten Beitragsbedarfsausgleich bestimmt. Die Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Grundpauschale sowie je nach ermittelter Morbidität alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge (Schaubild 81). Insgesamt werden durch die Zuweisungen die standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkasse abgedeckt – sofern mit dem bundeseinheitlichen Beitragssatz 100 vH der GKV-Ausgaben gedeckt werden. Ist dies nicht der Fall, werden die standardisierten Leistungsausgaben nicht mehr vollständig durch die Zuweisungen im Rahmen des morbiditätsorientierten RSA erstattet.

Für die Zu- und Abschläge hat sich der Gesetzgeber zwar grundsätzlich entschieden, neben den bereits bisher berücksichtigten Merkmalen Alter und Geschlecht direkte Morbiditätskriterien wie Diagnosen und Arzneimittelverordnungen einzubeziehen; allerdings wurde mit dem GKV-WSG ebenfalls beschlossen, die direkte Morbiditätsorientierung gleitend einzuführen und die Risikozuschläge zunächst nur für ein begrenztes Spektrum von 50 bis 80 Krankheiten zu ermitteln. Die letztlich getroffene Auswahl dieser Krankheiten stellt einen Kompromiss zwischen seltenen und sehr teuren Krankheiten mit einem insgesamt geringen Ausgabenvolumen in der GKV (aber einem hohen Ausgabenrisiko für einzelne Krankenkassen) einerseits und häufigen Krankheiten mit individuell nur wenig überdurchschnittlichen Kosten, aber einem hohen Ausgabenvolumen in der GKV andererseits dar.

Mit Blick auf **Anreize zur Risikoselektion** konnte der bisherige RSA nicht verhindern, dass Krankenkassen Wettbewerbsvorteile besaßen, wenn sie möglichst viele junge, gesunde und einkommensstarke Mitglieder hatten. Eine gute Gesundheit der Mitglieder zahlte sich aus, weil mit den indirekten Morbiditätsindikatoren nur ein geringer Teil der morbiditätsbedingten Varianz der Ausgaben zwischen den Versicherten erfasst wurde. Eine günstige Einkommensstruktur der Mitglieder war vorteilhaft, weil Verwaltungskosten und Satzungsleistungen im Finanzkraftausgleich (beziehungsweise für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes) unberücksichtigt blieben, sodass bei gleichen Ausgaben für diese Positionen Krankenkassen mit einkommensstarken Mitgliedern ihren Beitragssatz weniger stark anheben mussten. Die unzureichende Berücksichtigung der unterschiedlichen Gesundheitszustände der Versicherten und damit verbundener Versorgungsaufwendungen hatte bereits zu Erweiterungen des RSA ab dem Jahr 2002 geführt: Zum Ausgleich sehr teurer Versicherter wurde ein Risikopool eingerichtet, und für Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm teilnahmen, wurden erhöhte Beitragsbedarfszuweisungen angesetzt. Allerdings galten diese Maßnahmen nur als Zwischenlösung auf dem Weg zu einer direkten Morbiditätsorientierung.

Die direkten Morbiditätsmaße des neuen RSA werden dazu führen, dass ein deutlich größerer Teil der risikostrukturbedingten Ausgabenvarianz zwischen den Krankenkassen durch die Finanzmittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen wird als bisher. Allerdings könnte dieser Teil noch größer sein, wenn die gesamten verfügbaren Morbiditätsinformationen genutzt würden. Dies führt dazu, dass junge und gesunde Mitglieder nach wie vor eine bevorzugte Klientel der Krankenkassen darstellen werden, denn sämtliche Ausgaben, die keine der 80 im RSA berücksichtigten Krankheiten betreffen, werden lediglich nach Alter und Geschlecht differenziert zugerechnet. Für dieses Krankheitsspektrum bleibt es also unverändert bei den Fehlanreizen des bisherigen Systems. Darüber hinaus sind die Ausgabenunterschiede innerhalb einer krankheitsbezogenen Risikogruppe zum Teil sehr ausgeprägt. Damit ergeben sich neuartige Anreize zur Risikoselektion: Krankenkassen verbessern ihre Wettbewerbsposition ceteris paribus, wenn sie Versicherte mit mindestens einer der im RSA berücksichtigten Krankheiten haben, die im Vergleich zu allen Versicherten mit dieser Krankheit einen unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf („gesunde Kranke“) aufweisen.

Die Möglichkeiten, potenzielle Gewinne aus einer Risikoselektion in der GKV zu realisieren, sind jedoch grundsätzlich begrenzt. Aufgrund des Kontrahierungszwangs und dem Verbot individueller Gesundheitsprüfungen können die Krankenkassen nur indirekt die Risikostruktur ihrer Versicherten beeinflussen. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen im Bereich des Marketings, des Service und der Satzungsleistungen, die Selbstselektionsprozesse unter den Versicherten auslösen sollen („passive Risikoselektion“). Allerdings wurden mit dem GKV-WSG die Spielräume der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern erweitert. Damit vergrößern sich auch die Spielräume, bestimmte Versichertengruppen durch spezielle Leistungsangebote (Versorgungsmodelle) und die Einflussnahme auf Leistungsprozesse (Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung) gezielt anzusprechen.

Wie stark in der Summe die Anreize zur Risikoselektion mit dem neuen RSA im Vergleich zum bisherigen RSA reduziert werden können, lässt sich aus heutiger Sicht kaum zuverlässig beantworten. Neben der weitergehenden Berücksichtigung von morbiditätsbedingten Ausgabenunterschieden spricht für geringere Risikoselektionsanreize im neuen RSA auch, dass die Ausgleichszahlungen an die Krankenkassen prospektiv berechnet werden. Das birgt für eine Krankenkasse das Risiko, dass sie die „Ernte“ einer erfolgreichen Attrahierung guter Risiken unter Umständen nicht mehr einfährt, wenn Versicherte im nächsten Jahr die Kasse wechseln. Allerdings dürften Risikoselektionsanreize verstärkt werden, wenn – wie vorgesehen – die Ausgabendeckungsquote des Gesundheitsfonds unter 100 vH sinkt, denn für die nicht gedeckten Ausgaben ist weder ein Finanzkraft- noch ein Morbiditätsausgleich zwischen den Krankenkassen vorgesehen.

Die Kritik, der neue RSA konterkariere Präventionsanreize auf Seiten der Krankenkassen, ist jedoch zu pauschal. Sobald Interesse an „gesunden Kranken“ besteht, gibt es zwar Anreize, den Gesundheitszustand der betroffenen Versicherten nur insoweit zu verbessern, dass diese eine im RSA berücksichtigte Diagnose (gerade noch) behalten. Das heißt, dass Anreize zur Primärprävention konterkariert werden. Anreize zur Sekundärprävention (Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands durch diese Krankheit) werden hingegen im neuen RSA gestärkt. Schließlich ist im Hinblick auf die Wirksamkeit dieser Anreize zu bedenken, dass Krankenkassen keinen un-

mittelbaren Einfluss auf die Diagnosestellung von Ärzten haben. Auch sind die bisherigen Systeme der Vergütung ärztlicher Leistungen zu komplex, als dass ein bestimmtes Diagnoseverhalten unmittelbar honoriert würde (dies gilt zumindest in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte).

671. Im Herbst des Jahres 2008 lag der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV bei 14,92 vH (Schaubild 80). Dabei belief sich der durchschnittliche paritätisch finanzierte Beitragssatz auf 14,02 vH und der allein von den Mitgliedern zu tragende Sonderbeitrag auf 0,9 vH. Für das Jahr 2009 hingegen wurde von der Bundesregierung nach Auswertung der Ergebnisse des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises der bundeseinheitliche Beitragssatz im Rahmen der **GKV-Beitragssatzverordnung** auf 15,5 vH festgelegt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der GKV liegt somit ab dem 1. Januar 2009 bei 14,6 vH. Hinzu kommen wie bisher 0,9 Beitragssatzpunkte, die von den Mitgliedern auch zukünftig alleine zu tragen sind.

672. Der **Anstieg des Beitragssatzes** geht dabei – entgegen der öffentlichen Wahrnehmung – nur zu einem geringen Teil auf den Gesundheitsfonds zurück. Vor allem der zu erwartende Anstieg bei den Arzneimittelausgaben, höhere ärztliche Honorare in Höhe von etwa 2,7 Mrd Euro und die zusätzlichen Mittel für Krankenhäuser von insgesamt rund 3 Mrd Euro – Versäumnisse der Länder bei der Krankenhausfinanzierung sollen nachgeholt werden – lassen den Beitragssatz ansteigen. Der bundeseinheitliche Beitragssatz wurde gemäß den gesetzlichen Vorgaben so bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen im Jahr 2009 zusammen mit dem Bundeszuschuss, der von 2,5 Mrd Euro auf 4 Mrd Euro angehoben wird, in der Summe um über 10 Mrd Euro höher sind als im Jahr 2008 und nach Lage der Dinge ausreichen, um die voraussichtlichen Ausgaben der GKV im Jahr 2009 vollständig zu decken. Auch in der mittleren Frist sollte der einheitliche Beitragssatz selbst bei einer weniger dynamischen Entwicklung der Beitragseinnahmen zunächst auf seinem beschlossenen Niveau verharren.

2. Handlungsbedarf im Gesundheitswesen

673. Im Jahr 2007 wurden im deutschen Gesundheitswesen weitreichende Reformen durchgeführt. Die **Beurteilung der Reformgesetze** fällt jedoch zwiespältig aus (JG 2006 Ziffern 279 ff. und JG 2007 Ziffern 289 f.). Mit der am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Reform des Vertragsarztrechts wurde die in der Gesundheitsreform des Jahres 2003 eingeleitete und gebotene Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung konsequent fortgesetzt. Auch die – in der Weiterentwicklung der Gesundheitsreform des Jahres 2003 stehenden – ausgabenseitigen Maßnahmen des am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-WSG sind durchaus begrüßenswert.

674. Der grundlegende Reformbedarf im Gesundheitswesen wurde mit dem GKV-WSG jedoch nicht beseitigt. Zum einen besteht weiterer Handlungsbedarf auf der Ausgabenseite, etwa bei der Krankenhausfinanzierung und bei den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungsgrundsätzen in der ambulanten und stationären Versorgung. Zum anderen kann eine **Reformagenda im Gesundheitswesen** für die nächste Legislaturperiode finanzierungsseitige Reformmaßnahmen nicht ausparen. Denn der Versuch einer Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens ist mit dem GKV-WSG misslungen. Die beiden aus ökonomischer Sicht zentralen Ziele einer dringend gebo-

tenen Reform der Finanzierungsseite, die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten sowie die unter versicherungsökonomischen Aspekten notwendige Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts, wurden – ebenso wie in der Sozialen Pflegeversicherung – verfehlt. Darüber hinaus werden mit Einführung des Gesundheitsfonds durch die vorgesehene Überforderungsregelung die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen verschärft.

Über den Gesundheitsfonds zur Bürgerpauschale

675. In seiner beschlossenen Ausgestaltung ist der Gesundheitsfonds nicht zielführend. Daher muss es in einem **ersten Nachbesserungsschritt** darum gehen, die Dysfunktionalität der Überforderungsregelung zu beseitigen. Der Sachverständigenrat hat bereits konkrete Maßnahmen aufgezeigt, wie die in der gegenwärtigen Ausgestaltung angelegte Fehlkonstruktion beseitigt und damit Schadensbegrenzung betrieben werden kann (JG 2006 Ziffern 293 ff.): Damit der Zusatzbeitrag eine Preisfunktion und somit die Funktion als Wettbewerbselement ausüben kann, darf er ausschließlich als Pauschale erhoben werden; entsprechendes gilt für Beitragsrückerstattungen. Darüber hinaus muss aber der Zusatzbeitrag so ausgestaltet sein, dass er nicht von den Strukturmerkmalen der Versicherten – Einkommen, Gesundheitsrisiko und Anteil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen – abhängt.

676. Allerdings würde allein mit der wettbewerbskonformen Ausgestaltung des Zusatzbeitrags keine wesentliche Verbesserung im Vergleich zum derzeitigen System erreicht. Denn die beiden wichtigsten Ziele einer finanzierungsseitigen Reform der Krankenversicherung, die Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten sowie die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts, blieben weiterhin ungelöst. Aus diesem Grund sollte in einem **zweiten, wirklichen Reformschritt** der Gesundheitsfonds – wie bereits im Jahresgutachten 2006/07 aufgezeigt – als Ausgangspunkt genutzt werden, um in der nächsten Legislaturperiode das Finanzierungssystem auf die vom Sachverständigenrat vorgestellte Bürgerpauschale umzustellen. Anders als bei den Regelungen des GKV-WSG werden in der Bürgerpauschale die **sinnvollen Elemente** der beiden Modellansätze der Koalitionsparteien, die von der SPD favorisierte „Bürgerversicherung“ und die „solidarische Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien, kombiniert: Die bestehende Segmentierung des Versicherungsmarkts wird ebenso wie die Lohnabhängigkeit der Krankenversicherungsbeiträge abgeschafft. Zudem wird durch die finanzierungsseitige Neuregelung anders als beim GKV-WSG der verzerrte Kassenwettbewerb beseitigt und nicht noch weiter verschärft. Die Bürgerpauschale weist im Einzelnen folgende Merkmale auf:

- Die gesamte Wohnbevölkerung ist im neuen Krankenversicherungssystem versicherungspflichtig. Der Ausschluss oder die Befreiung bestimmter Bevölkerungsgruppen aufgrund berufsspezifischer und einkommensspezifischer Kriterien wird aufgehoben und somit die versicherungsökonomisch nicht begründbare Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts aufgegeben. Übergangsregelungen gewährleisten den Vertrauensschutz für bestehende Verträge der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung.
- Die allgemeine Pflicht zur Versicherung beschränkt sich auf eine Basisversicherung, die die medizinisch notwendigen Leistungen abdeckt, zum Beispiel nach dem Vorbild des gegenwärtigen

gen Leistungskatalogs der GKV. Allerdings wird das Krankengeld aus dem Leistungskatalog der Basisversicherung herausgelöst. Dazu ist für Erwerbsfähige eine gesonderte obligatorische Pflichtversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen vorgesehen.

- Das Finanzierungssystem ist nach dem Umlageverfahren organisiert. Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten entfällt. Bei Kindern bleibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung. Die Beiträge für die Basisversicherung werden als einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben. Die Höhe der Beiträge ist für jede Kasse unterschiedlich; sie bemessen sich nach den durchschnittlichen Gesundheitskosten je Versicherten der jeweiligen Kasse. Eine Beitragsdifferenzierung innerhalb der Kasse nach individuellen Krankheitsrisiken, Alter und Geschlecht findet nicht statt.
- Die Basisversicherung kann sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen als auch von den privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Für alle Krankenversicherungen, die diese Basisversicherung anbieten, herrscht Kontrahierungszwang. Ein umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen auf diesem Markt für die Basisabsicherung tätigen Versicherungen gewährleistet den unverzerrten Wettbewerb zwischen den Anbietern. Eine restriktive Beschränkung des Versicherungsverwechslens seitens des Versicherten sollte vermieden werden. Neben einer bestimmten Verweildauer gilt ein Sonderkündigungsrecht der Versicherten bei Anpassungen der Pauschalbeiträge.
- Alle Krankenversicherungen können über die vom Gesetzgeber festgelegte Basisversicherung hinaus zusätzliche Leistungen anbieten. Diese über die Basisversorgung hinausgehenden Leistungen zahlen die Versicherten im Rahmen von Zusatzversicherungen mit risikoadjustierten Prämien.
- Erwogen werden kann ein ergänzendes, externes Kapitaldeckungssystem zur individuellen Beitragsglättung.
- Für Personen oder Haushalte mit einem geringen Einkommen ist ein versicherungsexterner steuerfinanzierter sozialer Ausgleich vorgesehen. Er wird gewährt, wenn die Krankenversicherungspauschale für die Basisversicherung und – bei Personen im erwerbsfähigen Alter – der Beitrag für die Krankengeldversicherung einen bestimmten Prozentsatz (Eigenanteilssatz) des gesamten Haushaltseinkommens überschreitet.
- Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung und Verbeitragung einbezogen. Auch die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttorente um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die jeweiligen Krankenkassen abführen.

Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt

677. Auch nach der Gesundheitsreform des Jahres 2007 wird die Versicherungspflicht in der GKV am beruflichen Status und an der Höhe des Einkommens festgemacht. Das GKV-WSG kombiniert im Vergleich zum bisherigen Recht lediglich die Pflicht zur Versicherung für alle mit

der Beibehaltung der getrennten Versichertenkreise. Zudem erfolgt eine Verfestigung der Versichertenkreise durch eine längerfristige Zuordnung. Denn die Versicherungspflicht für Arbeiter und Angestellte in der GKV entfällt erst dann, wenn ihr Einkommen drei Jahre in Folge die Pflichtversicherungsgrenze überschritten hat.

Die Kriterien, die über eine Pflichtmitgliedschaft entscheiden, stehen somit in keinem Zusammenhang mit den abgesicherten Gesundheitsrisiken. Die Wahlmöglichkeit zwischen den beiden Versicherungssystemen GKV und Private Krankenversicherung (PKV) bleibt auch künftig auf eine durch die Erwerbsform und die Einkommenshöhe abgegrenzte Minderheit der Bevölkerung beschränkt. Während sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer weiterhin grundsätzlich in der GKV versicherungspflichtig sind, besteht für Selbstständige und Beamte kein derartiger Zwang. Mit dem GKV-WSG wurde eine allgemeine Pflicht zur Versicherung eingeführt. Wie bei dem Modell der Bürgerpauschale soll somit im Prinzip sichergestellt werden, dass alle heute Nichtversicherten einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Allerdings erwächst auch künftig aus den mit der Pflichtversicherungsgrenze verbundenen Wahl- und Wechselmöglichkeiten die Gefahr einer wettbewerbsschädlichen Risikoentmischung in dem Sinne, dass „gute“ Risiken – Personen mit geringen eigenen Gesundheitsausgaben, hohem Einkommen und oftmals ohne mitzuversichernde Familienangehörige – in die PKV wechseln, die mit risikoadjustierten Prämien kalkuliert, und „schlechte“ Risiken in der GKV mit ihren risikounabhängigen Beiträgen und der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartner und Kindern bleiben. Gerade die ökonomisch Leistungsfähigen können sich somit dem Solidarausgleich der GKV entziehen.

678. Um dies zu vermeiden und eine Grundlage für einen funktionierenden Kassenwettbewerb zu schaffen, sieht das Modell der Bürgerpauschale die Abschaffung dieser zwar historisch gewachsenen, jedoch angesichts der damit einhergehenden allokativen und distributiven Verwerfungen wenig sinnvollen und versicherungsökonomisch **nicht begründbaren Trennung der Versichertenkreise** vor: Nicht überzeugend ist insbesondere die Rechtfertigung einer Pflichtversicherungsgrenze mit dem Subsidiaritätsprinzip, wonach ab einer bestimmten Einkommenshöhe nicht mehr von einer sozialen Schutzbedürftigkeit auszugehen ist und man vielmehr erwarten kann, dass man jenseits einer bestimmten Einkommenshöhe eigenverantwortlich für seinen Versicherungsschutz sorgen kann. Mit Sicherheit dürfte ein großer Prozentsatz der in der GKV Versicherten kaum in diesem Sinne schutzbedürftig sein. Eine Wahlmöglichkeit nach Maßgabe der Erwerbsform, sich in einer privaten oder gesetzlichen Versicherung zu versichern, lässt sich mit diesem Argument einer Schutzbedürftigkeit nicht begründen. Darüber hinaus scheint sich seit der Etablierung privater Versicherungen die Funktion der Pflichtversicherungsgrenze darauf reduziert zu haben, den privaten Versicherungen ein Marktsegment zu sichern und somit Verkrustungen bei historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen nicht aufbrechen zu müssen.

Wachstums- und beschäftigungsfreundliche Beitragsgestaltung

679. Im Zuge der Gesundheitsreform 2007 wurde bei der Art der Beitragsbemessung – ähnlich wie bei der Abgrenzung des Versichertenkreises – auf eine grundlegende Reform verzichtet. Im GKV-WSG wird vielmehr an der bisherigen Beitragsbasis und damit an einem einkommensbezogenen Finanzierungssystem festgehalten. Es erfolgt keine Ausweitung der Beitragsbasis – weder auf andere Einkunftsarten noch durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Es wurde

lediglich ein zaghafter und nach Lage der Dinge eher symbolischer Einstieg in ein Pauschalssystem beschlossen, in dem der Krankenversicherungsbeitrag in der GKV einen unabhängig vom individuellen Einkommen bemessenen Geldbetrag ausmachen kann.

680. Angesichts der prinzipiellen Beibehaltung eines einkommensorientierten Finanzierungssystems und der Geringfügigkeit von als Pauschalen eventuell erhobenen Zusatzbeiträgen bleiben die **Vorzüge von Pauschalbeitragssystemen** wie im Modell der Bürgerpauschale mit seinen einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen weitestgehend unerschlossen. Aus beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht ist ein Pauschalbeitragssystem grundsätzlich dem gegenwärtigen einkommensorientierten System vorzuziehen, da einkommensabhängige Beiträge – deren Höhe unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen ist – weitgehend wie eine mit negativen Effekten auf Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage einhergehende proportionale Einkommensteuer oder Lohnsummensteuer wirken (JG 2004 Ziffer 495). Pauschalbeiträge im Umlageverfahren führen hingegen für sich genommen zu einer Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Sie beseitigen vom Prinzip her den krankenversicherungsbedingten Abgabenteil, das heißt die Differenz zwischen Produzenten- und Konsumentenlohn. Freilich wird diese Entkopplung nach Maßgabe des unverzichtbaren steuerfinanzierten Sozialausgleichs für die Bezieher niedriger Einkommen zurückgenommen.

681. Der Einheitsbeitrag dürfte, wie ihn die Bürgerpauschale vorsieht, nicht gegen **verfassungsrechtliche Grundsätze** verstoßen (JG 2004 Ziffer 530). Die Pauschalprämie wird von jeder Versicherung individuell nach ihrem Finanzbedarf kalkuliert, dann aber für die gesamte Versichertengemeinschaft dieser Versicherung einheitlich erhoben. Gleiche Beiträge sind in Form von Mindestbeiträgen und Festbeiträgen in der Sozialversicherung bisher schon anerkannt worden. Darüber hinaus ist mit Blick auf die Versichertengemeinschaft einer Kasse der Risikoausgleich ein allgemeines versicherungstypisches Prinzip.

682. Auch nach der Gesundheitsreform 2007 werden durch die einkommensorientierte Beitragsfinanzierung und durch das doch komplexe Regelwerk der kassenindividuellen Zusatzbeitragshebung und der Gewährung von Rückerstattungen die Gesundheitskosten für den Einzelnen in der GKV nach wie vor nicht transparent gemacht. Schon jetzt sind besonders für die sonst regelmäßig kostenbewussten Niedrigeinkommensbezieher die tatsächlichen Kosten des Gesundheitssystems am wenigsten transparent. Zukünftig kann diese mangelnde Transparenz ebenfalls einer nachfrageinduzierten Ausgabenausweitung im Gesundheitswesen Vorschub leisten. Im Modell der Bürgerpauschale hingegen werden durch die einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträge die Gesundheitskosten bei der einheitlichen Basisversorgung für den Einzelnen transparenter. Dies führt nicht nur zu einem **kostenbewussteren Verhalten der Versicherten**, sondern auch zu einem stärkeren Wettbewerb unter den Krankenkassen und den Leistungserbringern.

683. Das Modell der Bürgerpauschale hat zudem den Vorteil, dass durch die vom Einkommen der Versicherten unabhängige Beitragsbemessung eine Abhängigkeit der Kasseneinnahmen von der konjunkturellen Entwicklung und Beschäftigungssituation weitgehend beseitigt würde. Das in der Vergangenheit beobachtete Problem der **Wachstumsschwäche der Beitragsbasis** würde im Modell der Bürgerpauschale nicht auftreten. Konjunkturelle Entwicklungen würden sich stabilisie-

rungspolitisch korrekt nur im aus dem Bundeshaushalt finanzierten sozialen Ausgleich niederschlagen. Allerdings bietet ein Pauschalbeitragssystem keine ausreichende Vorkehrung gegen künftige Beitragserhöhungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung. Wie bei dem geltenden und künftigen überwiegend einkommensorientierten Finanzierungssystem sind Erhöhungen der Krankenversicherungsbeiträge daher vorprogrammiert. Aus diesem Grund könnte bei der Basisversicherung, wie im Jahresgutachten 2004/05 als Option ausführlich analysiert, eine das Umlageverfahren ergänzende Kapitaldeckung – die obligatorische Bildung eines externen individuellen Kapitalstocks – eingeführt werden.

684. Im Modell der Bürgerpauschale wird die Einkommensumverteilung, die derzeit wenig transparent und wenig zielgenau ist, aus dem Krankenversicherungssystem eliminiert. Es findet eine **Separierung von Versicherungszielen und Umverteilungszielen** statt. Im Rahmen eines versicherungsexternen sozialen Ausgleichs wird eine finanzielle Überlastung Einzelner verhindert. Diese personelle Einkommensumverteilung wird dabei in das bestehende Steuer-Transfer-System übertragen. Im Vergleich zum geltenden und zukünftigen Recht kann auf diese Weise die Einkommensumverteilung transparenter und zielgenauer durchgeführt werden. Denn im Steuer-Transfer-System kann sowohl dem Leistungsfähigkeitsprinzip als auch dem Solidarprinzip besser entsprochen werden als in einem Krankenversicherungssystem, das nur auf Lohn- und Renteneinkommen fußt, eine Beitragsbemessungsgrenze enthält und – wie mit der Gesundheitsreform 2007 beabsichtigt – nur einen sukzessiven und bei weitem nicht ausreichenden Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen vorsieht. Eine zielgenauere und transparentere extern organisierte Umverteilung mag dabei für einige Versicherte Mehrbelastungen zur Folge haben, allerdings dürften darunter Personen sein, die im gegenwärtigen System in nicht zu rechtfertigender Weise von den intransparenten Umverteilungsmechanismen innerhalb des Krankenversicherungssystems profitieren. Bei der Analyse von Verteilungswirkungen sollte dies nicht unerwähnt bleiben.

Umsetzung

685. Der vorgeschlagene Systemwechsel auf der Finanzierungsseite der Krankenversicherung würde zweifellos zu den grundlegendsten und weitreichendsten sozialpolitischen Reformen der letzten Jahrzehnte zählen. Allerdings wäre ein solcher **Paradigmenwechsel in der Finanzierung** des Gesundheitswesens mit einer Reihe gravierender juristischer und praktischer Schwierigkeiten verbunden. Diese sind ernst zu nehmen, sollten aber nicht von vornherein als unüberwindbar angesehen werden (JG 2004 Ziffer 526). Zu bedenken ist dabei, dass auf diese Schwierigkeiten vor allem von denjenigen Gruppen und Institutionen hingewiesen wird, die Nachteile für sich im neuen System erkennen, zum Beispiel weil sie einem stärkeren Wettbewerb ausgesetzt werden, sich auf neue Marktbedingungen einstellen und auf tradierte Geschäftsmodelle verzichten müssen.

Im Hinblick auf einige Regelungen des GKV-WSG haben 30 private Krankenkassen eine Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingereicht. Diese Verfassungsklage richtet sich namentlich gegen den neuen Basistarif. Die privaten Krankenversicherer sind dazu verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten. Dieser Tarif muss sich am Leistungsumfang der GKV orientieren. Es gelten Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung. Für diesen Tarif dürfen die Versicherer nur Prämien erheben, die den Höchstbetrag in der GKV nicht überschreiten. Ferner ist vorgesehen, dass für den Fall, dass durch die Zahlung des Beitrags ein Versicherter hilfsbedürftig wird, der Beitrag zu halbieren ist. Belastungsunter-

schiede der Versicherungsunternehmen infolge des Verzichts auf Risikozuschläge sowie infolge der Begrenzung der Beitragshöhe werden im Rahmen eines unternehmensübergreifenden Risikoausgleichs kompensiert. Hierbei wird unterschieden, dass Aufwendungen infolge von Vorerkrankungen auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig verteilt werden, aber Mehraufwendungen infolge der Beitragsbegrenzung gleichmäßig auf alle Versicherungsunternehmen der PKV, das heißt auf alle PKV-Vollversicherten, zu verteilen sind. Zudem richtet sich die Klage unter anderem gegen die Regelung, dass Personen mit einem hohen Einkommen erst nach einer dreijährigen Wartefrist von der GKV in die PKV wechseln können. Die privaten Versicherer fürchten, dass durch die Beschränkung der Neuzugänge ihre Tragfähigkeit gefährdet ist.

Unstrittig ist, dass die Einführung eines Basistarifs einen erheblichen regulatorischen Eingriff in das Geschäftsmodell und den Markt der privaten Krankenversicherer darstellt und die Verpflichtung der PKV-Vollversicherten zur Finanzierung der Beitragsausfälle zugunsten Hilfsbedürftiger im Basistarif Versicherter zumindest ordnungspolitisch bedenklich ist. Für das anstehende Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dürfte es allerdings weniger darauf ankommen, ob die monierten Bestimmungen potenziell mit spürbaren Belastungen für das PKV-System verbunden sind, sondern mehr darauf, ob diese Belastungen eine relevante, das heißt die PKV substanziell belastende Größenordnung erreichen.

686. Wenn die mit der Aufhebung der Segmentierung verbundenen verfassungsrechtlichen Schranken sich als unüberwindbar herausstellen und die vorgeschlagenen Bestandsschutzregeln für die PKV nicht ausreichen sollten, wäre eine Gesundheitsprämie im Umlagesystem unter Beibehaltung der Pflichtversicherungsgrenze, sozusagen eine „**kleine Bürgerpauschale**“, ein dem geltenden und künftigen Finanzierungssystem immer noch deutlich überlegenes Konzept, das auf jeden Fall in der nächsten Legislaturperiode realisiert werden könnte. Die allokativen und distributiven Wirkungen sind dem vom Sachverständigenrat favorisierten Modell der Bürgerpauschale ähnlich. Der Nachteil besteht jedoch darin, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts und die Risikoselektion an der Grenze zwischen beiden Segmenten erhalten bleiben.

Ausgabenseitiger Reformbedarf

Monistische Krankenhausfinanzierung

687. Seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) am 29. Juni 1972 gilt für die Krankenhäuser das Prinzip der „**dualen Finanzierung**“: Die Finanzierung der Ausgaben für Investitionen und Großgeräte obliegt auf der Basis der jeweiligen Krankenhausbedarfsplanungen den Bundesländern, während die Betriebsausgaben über die Pflegesätze von Patienten beziehungsweise deren Krankenversicherungen zu finanzieren sind. Dieses Prinzip wird seit längerem auch vom Sachverständigenrat kritisiert. Denn die fehlende Möglichkeit der Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln, beeinträchtigt deren betriebswirtschaftliche Rentabilität. Zudem sind die Krankenhausbedarfsplanungen der Länder, auf denen die Investitionsfinanzierung basiert, durch eine substanzielle landes- und kommunalpolitische Einflussnahme mit negativen Folgen auf die Entwicklung des Krankenhaussektors gekennzeichnet. Hinzu kommen zeitliche Verzögerungen infolge der externen Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen und nicht zuletzt der Umstand, dass sachfremde Aspekte maßgeblich über die Zuteilung der Fördermittel mitentscheiden. Außerdem ist die duale Finanzierung der Krankenhäuser in Frage zu stellen, da sie zur stark kritikbehafteten Sektoralisierung im deutschen Gesundheitswesen beiträgt. Während im ambulanten Bereich Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die Leistungserbringer ihre Investitionsaufwendungen vollständig aus ihrer Vergütung durch

die Krankenversicherungen finanzieren, sind hierfür im Krankenhausbereich jeweils die Bundesländer zuständig. Die unterschiedliche Investitionsfinanzierung im ambulanten und stationären Bereich bedingt zudem eine Verzerrung der relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die steuerfinanzierte Förderung von Investitionen der Krankenhäuser konterkariert somit den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Optimierung der Angebotsstrukturen im Rahmen der Bemühungen um eine integrierte Versorgung.

Nicht zuletzt aus diesen Gründen war im Gesetzentwurf der damaligen Bundesregierung zur „GKV-Gesundheitsreform 2000“ – um die Inkonsequenz von Finanzierungsverantwortung und Planungszuständigkeit zu überwinden – vorgesehen, die duale Finanzierung durch eine bei den Krankenkassen liegende monistische Finanzierungsverantwortung zu ersetzen. Dieser Vorstoß scheiterte damals am Widerstand des Bundesrates (JG 2000 Ziffer 474).

688. Das heute noch von vielen Bundesländern hoch gehaltene Prinzip der Krankenhausfinanzierung wird allerdings durch das **Finanzierungsverhalten der Länder** selbst durch eine seit Mitte der neunziger Jahre sowohl relative wie absolute – nahezu kontinuierlich – sinkende Investitionsförderung in Frage gestellt.

Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 sank die Förderung nach dem KHG von insgesamt etwa 3,6 Mrd Euro auf nur noch knapp 2,7 Mrd Euro (Schaubild 82 Teil a) – und dies, während in der gleichen Zeit der Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben, mithin der Krankenhausesektor nicht geschrumpft ist.

Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2006 ist im gesamten Bundesgebiet der Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben (Schaubild 83, Seite 402). Bei der isolierten Betrachtung der alten und neuen Länder zeigt sich hingegen ein etwas anderes Bild. Infolge der deutlich geringeren Wirtschaftskraft und aufgrund der nach der Vereinigung erfolgten Anschubfinanzierungen für Krankenhäuser sind in den neuen Bundesländern die Anteilswerte durchweg höher als in den alten Bundesländern. Zudem zeigt sich, dass der Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser am Bruttoinlandsprodukt in den ersten Jahren nach der Vereinigung zwar gesunken, jedoch ab dem Jahr 1994 wieder leicht gestiegen ist. In den alten Ländern hingegen hat sich im gleichen Zeitraum diese Relation kaum verändert.

Bei einer weitgehenden Konstanz der Krankenhausaussgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt ist die Quote der KHG-Investitionen, also der im Rahmen der dualen Finanzierung zur Verfügung gestellten Fördermittel, seit dem Jahr 1991 deutlich gesunken (Schaubild 82 Teil b). In den alten Bundesländern hat sich der Mittelzufluss für Investitionen in Höhe von 0,19 vH des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 1991 auf 0,10 vH im Jahr 2007 nahezu halbiert. Dieser Befund gilt ebenso für die Analyse des gesamten Bundesgebiets und unter Berücksichtigung der erwähnten Sondereinflüsse in den neuen Bundesländern. Für Deutschland insgesamt verringerte sich im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 die Quote der Investitionsmittel nach dem KHG von gut 0,24 vH des Bruttoinlandsprodukts auf 0,11 vH.

Schaubild 82

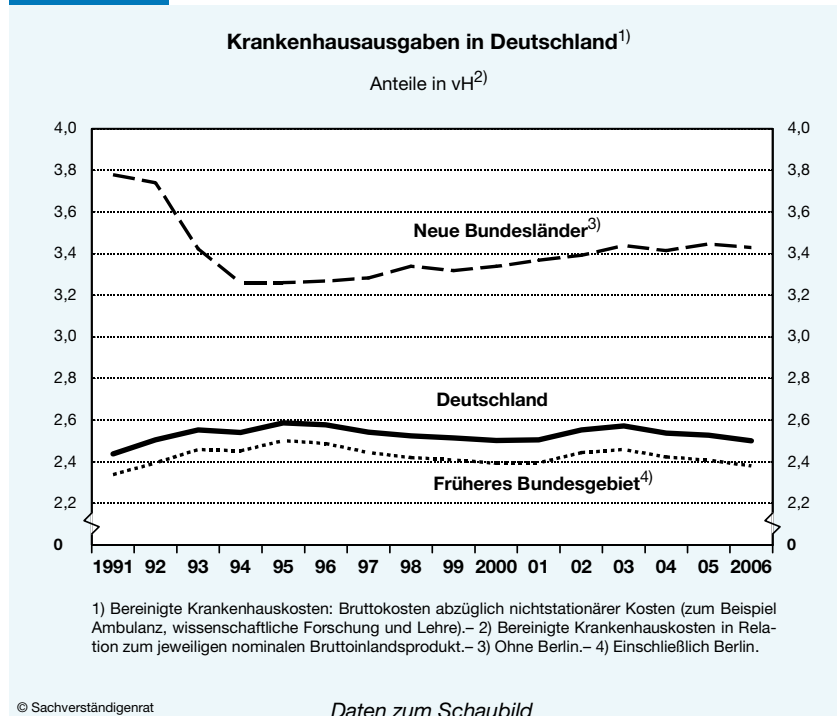


Dieser kontinuierlich sinkende Anteil der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung der Kliniken impliziert eine faktisch zunehmend monistische Krankenhausfinanzierung („schleichende Monistik“). Dringende Investitionsvorhaben müssen verstärkt auch aus den Leistungsvergütungen finanziert werden. Die Krankenkassen sehen hierin eine ordnungspolitisch verfehlte Subventionierung von Länderhaushalten aus Beitragsmitteln.

689. Damit bestehende Überkapazitäten abgebaut werden, gleichzeitig aber Investitionen dort, wo sie unter gesamtwirtschaftlichen Versorgungsaspekten effizient sind, ausreichend finanziert werden können, sollten die Investitionsmittel möglichst leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden. Das Konzept der monistischen Finanzierung, die Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“, sieht deshalb vor, dass die Krankenhäuser Betriebsausgaben und Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung ihrer erbrachten Behandlungsleistungen durch die Krankenversicherungen finanzieren.

Im Hinblick auf die Mittelaufbringung bedeutet Monistik, dass die Krankenversicherungen (stellvertretend für die Patienten als Nutzer von Krankenhausleistungen) sowohl für die Betriebs- als auch für die Investitionsaufwendungen der Kliniken Zahlungen tätigen und zwar entsprechend den in Anspruch genommenen Leistungen. Die dazu erforderliche bessere Finanzausstattung der Krankenkassen kann durch Steuerzuschüsse (beispielsweise in den Gesundheitsfonds) bereitgestellt werden, die bislang dem Zweck einer Förderung von Krankenhausinvestitionen dienen. In diesem Fall aber darf, um das Prinzip der Monistik nicht auszuhöhlen, zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser keine direkte Bindung bestehen. Die Höhe dieses Steuerzuschusses könnte mit Umstellung auf die Monistik einmalig im Hinblick auf einen Förderbedarf bestimmt werden – eventuell versehen mit einer Dynamisierungsregel. Diese sollte allerdings von den tatsächlichen Krankenhausinvestitionen abgekoppelt sein (keine Nachschusspflicht).

Schaubild 83



690. Technisch umgesetzt werden kann das Prinzip der monistischen Finanzierung durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG). Damit würde für die Investitionsmittelverteilung dasselbe Ausmaß an Wettbewerbsorientierung gelten, wie dies bereits für die Leistungsvergütungen der Krankenhäuser der Fall ist. Je nach Aus-

gestaltung der Aufschläge würden sich unterschiedliche Allokationswirkungen ergeben. Wird zum Beispiel auf alle DRG einheitlich ein gleicher absoluter Geldbetrag aufgeschlagen, richtet sich die Höhe der Investitionsmittel allein nach der Fallzahl. Wird der Investitionsaufschlag hingegen als gleicher prozentualer Aufschlag auf die diagnosebezogene Fallpauschale bemessen, sind die Investitionsmittel sowohl von der Fallzahl als auch von der Fallschwere abhängig. Da der Zusammenhang zwischen der Höhe der diagnosebezogenen Fallpauschalen und dem jeweiligen diagnosebezogenen Investitionsbedarf nicht durchweg linear ist, empfiehlt sich ein differenziertes System von Investitionsaufschlägen. Daher sollten die Investitionszuschläge so differenziert werden, dass diese die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter (zum Beispiel medizintechnische Großgeräte) zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegeln. Die Bestimmung adäquater Investitionszuschläge könnte beispielsweise auf der Basis einer aufwandsbezogenen Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommen werden.

Sollen mit der monistischen Krankenhausfinanzierung die Preisverzerrungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwunden werden, müssten perspektivisch auch entsprechende Investitionszuschläge für diagnosebezogene Fallpauschalen zur Vergütung ambulanter Leistungen bestimmt werden (oder es müsste auf sämtliche Steuermittel in der Gegenfinanzierung verzichtet werden).

Die Kopplung der Investitionszuschläge an die DRG-Pauschalen bedeutet, dass die Investitionsmittel im Rahmen der GKV (ab dem Jahr 2009) über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden. Eine explizite Investitionsförderung durch die Krankenversicherungen wird ausgeschlossen, weil es damit faktisch bei einer Dualität der Krankenhausfinanzierung bliebe und die Investitionsentscheidungen weiterhin Gegenstand bürokratisierter Verhandlungsprozesse wären.

Eine konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen würde dazu führen, dass kein „Investitionsstau“ mehr in dem Sinn entstehen kann, dass die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen hinterherhinken. Investitionsbudgets könnten nicht mehr explizit gedeckelt werden, sondern nur noch mittelbar infolge von Einschränkungen in der Vergütung von stationären Behandlungsleistungen. Umgekehrt wären Steigerungen der Investitionsmittel genauso wie die Leistungsvergütungen abhängig von der Finanzausstattung der Krankenversicherungen.

691. Insbesondere von Seiten der Kliniken wird häufig gefordert, dass eine Umstellung der Investitionsförderung den bestehenden „Investitionsstau“, zumindest aber die bundeslandspezifische Förderhistorie berücksichtigen müsse. Gegen eine solche „Vergangenheitsbewältigung“ sprechen mehrere Gründe:

In einem System der monistischen Krankenhausfinanzierung entscheiden prinzipiell die von einem Krankenhaus erbrachten und vergüteten Behandlungsleistungen über die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt also entscheidend vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass zwischen Leistungsstruktur und Wirtschaftlichkeit auf der einen und der

Höhe der KHG-Investitionsförderung des jeweiligen Bundeslandes auf der anderen Seite kein deterministischer Zusammenhang besteht. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass identische Investitionsförderbeträge aufgrund regionaler Kosten- und Preisdifferenzen unterschiedlich hohe Investitionen ermöglichen.

Unterschiedliche Ausgangsbedingungen zwischen den jeweiligen Krankenhäusern der Bundesländer lassen sich nur im Hinblick auf die KHG-Investitionsförderung eindeutig bestimmen. Dementsprechend beziehen sich sämtliche Schätzungen eines „Investitionsstaus“ lediglich auf die KHG-Investitionsförderung. Für eine Bestimmung des tatsächlichen Investitionsbedarfs der einzelnen Krankenhäuser fehlen aber erstens objektive Kriterien und zweitens setzt eine solche Analyse eine wesentlich umfangreichere und differenzierte Datengrundlage voraus. Erforderlich wären zum Beispiel Daten zum Modernitätsgrad der Krankenhausausrüstung und zum Bauzustand sowie zur Angemessenheit der Krankenhausausrüstung im Hinblick auf den landesspezifischen Behandlungsbedarf (Morbidität). Für einen Vergleich der Krankenhäuser auf einer solchen Datengrundlage bilden jedoch die Bundesländer kein sachgerechtes Abgrenzungskriterium. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität innerhalb einiger Länder müsste die Bedarfsseite kleinräumiger beziehungsweise sogar auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses bestimmt werden.

Eine Orientierung von Finanzierungs- und Vergütungsmaßstäben an Bundesländergrenzen ist in der Sozialversicherung generell fragwürdig. Bei Krankenhausleistungen zeigt sich an der Notfallversorgung, an hoch spezialisierten Behandlungen oder an der Umlandversorgung durch Stadtstaaten, dass bundeslandbezogene Organisationsprinzipien mit konzeptionellen Schwierigkeiten verbunden sind. Die Möglichkeit der Versicherten zur Nutzung stationärer Einrichtungen ist nicht an regionale Grenzen gebunden. Bundesländer, die die (potenziellen) Vorteile einer gemeinschaftlichen Finanzierung – sei es im Rahmen der Sozialversicherungen oder durch die Verwendung von Steuermitteln – nutzen, haben immer auch regionale Umverteilungen untereinander zu akzeptieren. Würde dieses für die Sozialversicherung konstitutive Prinzip nicht akzeptiert, müssten auch die Renten- und Arbeitslosenversicherung regionalisiert werden.

Die Investitionsmittel sollten deshalb also grundsätzlich leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Aufgrund der Ungewissheit über den „tatsächlichen“ Investitionsbedarf in den einzelnen Krankenhäusern und der offensichtlich großen Heterogenität gerade innerhalb der Bundesländer ist das Ergebnis einer solchen Umstellung a priori nicht vorhersehbar. Aussagen darüber, ob ein Bundesland hierdurch insgesamt verliert oder gewinnt, lassen sich nach Lage der Dinge wissenschaftlich nicht fundieren.

692. Vom **Wettbewerb der Krankenhäuser** um die leistungsbezogenen Investitionsmittel ist zu erwarten, dass er zum Abbau von Überkapazitäten beiträgt beziehungsweise diesen beschleunigt. Darüber hinaus würde eine stärkere Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern nicht mehr durch eine separate steuerfinanzierte Investitionsförderung gehemmt. Diese Wettbewerbswirkungen sind grundsätzlich positiv zu werten. Allerdings könnten sie in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, insoweit zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und einer strukturpolitisch gewollten wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits Zielkonflikte entstehen. Um eine flächendeckende Not-

fallversorgung zu gewährleisten, sollte aber ebenso wie im Interesse zeitkritischer Behandlungsanlässe die Möglichkeit bestehen, einen Teil der Steuermittel, zum Beispiel 10 vH über einen Infrastrukturfonds, für die Investitionsförderung in strukturschwachen Gebieten nicht in Form von DRG-Zuschlägen auszuzahlen, sondern zur gezielten Förderung einer elementaren Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen.

Versorgungsformneutrale Vergütung von Gesundheitsleistungen

693. Neben einem Umstieg von der „schleichenden Monistik“ hin zu einer „echten Monistik“ sollte auch eine Überwindung der die Effizienz des Gesundheitssystems mindernden Sektoralisierung und damit der **sektoralen Budgets** stehen. Vor allem die Vergütungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und der stationären Versorgung andererseits unterscheiden sich deutlich nach Art und Höhe. Die Konsequenz dieser Unterschiede in den sektoralen Vergütungssystemen ist, dass es derzeit zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen keinen „Wettbewerb mit gleich langen Spießen“ gibt. Getrennte Budgets führen dazu, dass die Honorierung einer sektorübergreifenden Leistung nicht folgt und daher kein Sektor ein Interesse haben kann, zusätzliche Leistungen zu übernehmen. Folgt aber das Geld den Leistungen, wird kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen an einen anderen Sektor abzugeben. Eine Konsequenz sektoraler Budgets ist daher bestenfalls eine sektoroptimale Leistungsabgabe, nicht aber die – wünschenswerte – systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse. Notwendig ist daher ein sektorübergreifendes, versorgungsformneutrales Vergütungssystem.

694. Da die gegenwärtige Evidenzlage unzureichend ist, um eine bestimmte Versorgungsform – zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung – als anzustrebendes Modell zu präferieren oder das Ende etablierter Versorgungsformen – wie zum Beispiel der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte – zu propagieren, ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungssysteme geboten. Denn nur dann kann sich im Wettbewerb der verschiedenen Versorgungsformen die je nach Behandlungsbedarf und je nach Region beste Versorgungsform herausbilden. **Leitlinie einer Harmonisierung** der bestehenden unterschiedlichen sektoralen Versorgungssysteme sollte sein, dass sich die Höhe der Honorierung am Morbiditätsgrad des jeweiligen Behandlungsfalles orientiert. Eine qualitätsgesicherte Meniskusoperation wäre daher gleich zu honorieren, unabhängig davon, ob diese Operation in einer ambulanten Praxis, einem medizinischen Versorgungszentrum oder einem Krankenhaus durchgeführt wird. Nur wenn vom Prinzip her gleiche Honorare für gleiche Leistungen gezahlt werden, kann eine versicherungsökonomisch und sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion der Anbieter medizinischer Leistungen vermieden werden. Im Krankenhausbereich ist der Morbiditätsbezug der Honorierung mit dem DRG-System eingeführt worden, und durch das GKV-WSG sind ab dem Jahr 2011 arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen auch für die fachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte vorgesehen.

Da die regionalen Bedingungen nach Art des Behandlungsbedarfs unterschiedlich sind, ist nach einer Harmonisierung der Vergütungssysteme und damit einer Überwindung der sektoralen Budgets zu erwarten, dass sich regional differenzierte Versorgungsstrukturen herausbilden werden, in denen die traditionelle Einzelpraxis ebenso einen Platz haben wird wie medizinische Versorgungszentren, Portalkliniken oder Allgemeinkrankenhäuser und hochspezialisierte Kliniken.

Wettbewerbsorientiertere Distribution von Arzneimitteln

695. Derzeit sind die von selbstständigen Apothekern geführten Präsenzapotheken der dominante Absatzkanal für Arzneimittel in Deutschland. Diese Vorrangstellung geht letztlich auf das „Edikt von Salerno“ aus dem Jahr 1241 zurück, in dem nicht nur eine strikte Trennung der Berufe Arzt und Apotheker vorgeschrieben wurde, sondern auch festgelegt wurde, dass Ärzte keine Apotheke, sprich keinen Handel mit Arzneimitteln, betreiben dürfen und dass Arzneimittel gesetzlich festgeschriebene Preise haben sollen.

Trotz der Zulassung von Versandapotheken seit dem Jahr 2004 und der Aufhebung der Preisbindung der zweiten Hand für nicht verschreibungspflichtige Medikamente seit dem Jahr 2004 fehlt es diesem Segment des Gesundheitssystems an Wettbewerb. Bereits in seinem Jahresgutachten 2002/03 hat sich der Sachverständigenrat deutlich dafür ausgesprochen, die derzeitige weitgehende Exklusivität des Apothekenvertriebs im Interesse einer höheren **Wettbewerbsintensität** in der Distribution von Medikamenten abzubauen (JG 2002 Ziffer 502). Nach wie vor gewährleistet das Fremd- und Mehrbesitzverbot eine weitgehende Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapotheke. Das Fremdbesitzverbot bedingt, dass Apotheken nur von selbstständigen Apothekern, nicht aber von Kapitalgesellschaften betrieben werden dürfen. In Kombination mit dem Mehrbesitzverbot, demzufolge ein Apotheker nicht mehr als vier Apotheken, eine Hauptapotheke und drei regional beieinander liegende Filialapotheken, betreiben darf, bedeutet dies ein Verbot von den Wettbewerb stimulierenden Apothekenketten.

696. Davon, dass die deutsche Politik das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken aus eigenem Antrieb in Frage stellen wird, ist nach Lage der Dinge nicht auszugehen. Daher kann man nur hoffen, dass dies alsbald über – auch für Deutschland verbindliche – Urteile des EuGH geschehen wird. Der Sachverständigenrat würde es deshalb begrüßen, wenn über das europäische Wettbewerbsrecht die Möglichkeit eröffnet würde, dass sich der gesamtwirtschaftliche Mix der Distributionsformen für Medikamente in einem fairen Wettbewerb der Vertriebskanäle, bei dem sich natürlich auch Kettenapotheken an der Not- und Feiertagsbereitschaft zu beteiligen hätten, herausbilden kann. Die Politik wäre besser beraten, den in der Sache richtigen Prozess der **Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs** aktiv zu steuern, als sich vom EuGH in eine Liberalisierung der Distributionskanäle treiben zu lassen.

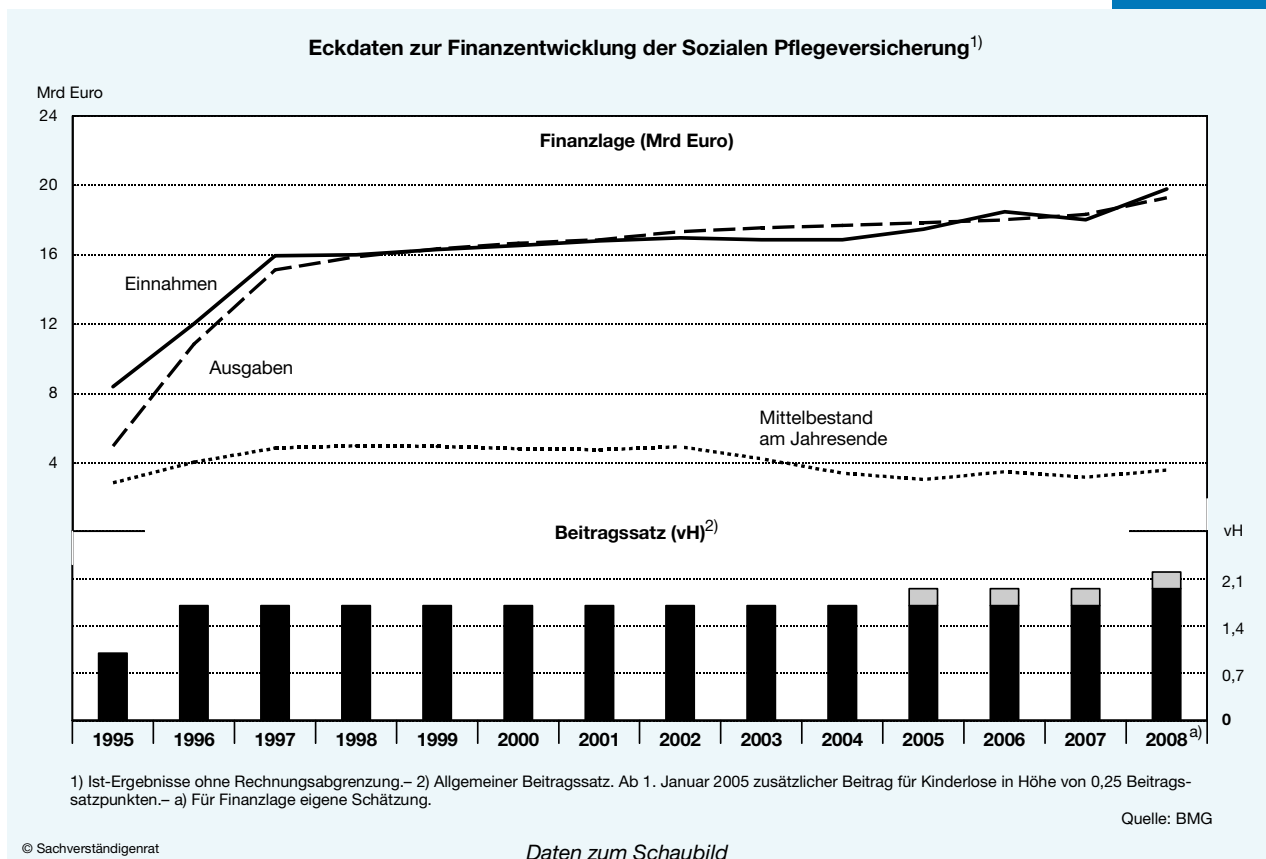
III. Soziale Pflegeversicherung: Die Chance vertan

697. Die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) hat sich im Jahr 2008 gegenüber dem Vorjahr, in dem ein Defizit in Höhe von etwa 0,3 Mrd Euro entstand, verbessert. Die Tendenz der Ausgabensteigerungen hat sich in diesem Jahr unvermindert fortgesetzt. Trotz der guten, sich nun jedoch im Jahresverlauf allmählich abschwächenden Beschäftigungsentwicklung ergab sich zur Jahresmitte ein Defizit von rund 370 Mio Euro. Durch die Beitragseffekte aus der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2008 infolge der Pflegereform 2008 und den Einmalzahlungen, wie Weihnachtsgeld, und den zahlreichen Tarifabschlüssen mit erhöhten Steigerungsraten, die zum Teil erst ab Jahresmitte wirksam wurden, ist dennoch bis zum Jahresende ein **Überschuss der Einnahmen** in Höhe von etwas mehr als 0,4 Mrd Euro erzielt worden. Die Reserven der Sozialen Pflegeversicherung, als Mittelbestand am Ende des Abrechnungszeitraums, sind somit auf knapp 3,6 Mrd Euro angestiegen (Schaubild 84).

698. Im ersten Halbjahr beliefen sich die **Gesamteinnahmen** auf rund 9 Mrd Euro; im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahrs war dies ein Anstieg von 2,8 vH. Infolge der positiven Beschäftigungsentwicklung waren die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen um 4,2 vH höher; zu Rückgängen kam es bei den geleisteten Beiträgen der Bundesagentur für Arbeit für die Bezieher eines Arbeitslosengelds in Höhe von 18 vH und bei denen des Bundes für die Bezieher von Arbeitslosengeld II in Höhe von knapp 3,7 vH.

Die **Gesamtausgaben** stiegen im ersten Halbjahr 2008 auf 9,4 Mrd Euro und lagen damit 2,9 vH über dem Niveau des vergleichbaren Vorjahreszeitraums. Bei den Leistungsausgaben erhöhten sich die Ausgaben für Pflegesachleistungen überproportional um 4,6 vH auf 1,28 Mrd Euro. Als größter Ausgabenposten bei den Leistungen schlugen hingegen die Ausgaben für die vollstationäre Pflege mit 4,48 Mrd Euro zu Buche, die mit 2,2 vH gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahres gemessen an den Gesamtausgaben unterproportional zunahmen.

Schaubild 84



699. Am 1. Juli 2008 ist das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) in Kraft getreten. Im Fokus des Gesetzes stehen leistungsseitige Maßnahmen, die grundsätzlich zu begrüßen sind (JG 2007 Ziffern 293 ff.): So ist eine Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, eine sukzessive Erhöhung des Pflegegelds und der Leistungspauschalen für die ambulante Pflege bis zum Jahr 2012 sowie eine an der Inflationsentwicklung orientierte Leistungsdynamisierung für sämtliche Pflegepauschalen ab dem Jahr 2015, die alle drei Jahre erfolgen soll, vorgesehen. Trotz der mit diesen Leistungsverbesserungen verbundenen Ausgabensteigerungen wurde jedoch auf eine die

nachhaltige Absicherung gewährleistende Reform der Finanzierungsseite verzichtet. Es wurde Mitte des Jahres 2008 lediglich der allgemeine Beitragssatz von 1,7 vH um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 vH erhöht.

700. Für sich genommen führt die Pflegereform 2008 anfänglich zu Überschüssen, da die zusätzlichen Einnahmen aufgrund der Beitragssatzsteigerung im Jahr 2008 höher ausgefallen sind als die zusätzlichen Ausgaben. Doch auch die Berechnungen der Bundesregierung gehen davon aus, dass die Beitragssatzerhöhung in Höhe von 0,25 Prozentpunkten nur bis zum Jahr 2014 die Ausgaben der beschlossenen Leistungsverbesserungen abdeckt. Da jedoch zu diesen Mehrausgaben auch diejenigen Ausgabensteigerungen hinzugerechnet werden müssen, die aufgrund der Bevölkerungsalterung und dem damit verbundenen Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen zu erwarten sind, werden zukünftige Beitragssatzerhöhungen unvermeidlich sein. Der Sachverständigenrat hat sich daher in seinem letzten Jahresgutachten intensiv mit der Beitragssatzentwicklung auseinandergesetzt (JG 2007 Ziffern 300 ff.). Angesichts eines zu erwartenden Beitragssatzes im Jahr 2050 von über 3 vH erwächst die **Notwendigkeit eines Umbaus der Finanzierungsseite** nicht in erster Linie aus einem besonders starken Aufspreizen des beschäftigungsfeindlichen Abgabenkeils als Folge des Zusammenwirkens von lohnabhängiger Beitragsbemessung und Bevölkerungsalterung, sondern mehr aus der zunehmenden, die nachwachsenden Generationen belastenden intergenerativen Umverteilung und einer Risikoentmischung zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung als Folge einer Segmentierung der Märkte der Kranken- und Pflegeversicherung durch die ökonomisch nicht zu begründende Versicherungspflichtgrenze.

701. Als gangbare **Reformoptionen**, die im Interesse eines einheitlichen Versicherungsmarkts die effizienzfeindliche Versicherungspflichtgrenze überwinden, die in der Zukunft steigenden Pflegekosten von den Arbeitskosten abkoppeln und die intergenerative Umverteilung zulasten der Jüngeren beseitigen oder zumindest deutlich reduzieren, schlägt der Sachverständigenrat die umlagefinanzierte Bürgerpauschale mit einem integrierten steuerfinanzierten Sozialausgleich und das Kohortenmodell mit einem Übergang zu einem kapitalgedeckten System vor (JG 2004 Ziffern 510 ff.). Da die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung institutionell eng verbunden sind, hängt ein konzeptioneller Umbau des Finanzierungssystems der Pflegeversicherung jedoch davon ab, dass eine gleichgerichtete Reform der Finanzierungsseite der Krankenversicherung gelingt. Mit Blick auf die Umsetzung der beiden vom Sachverständigenrat zur Diskussion gestellten Reformalternativen hat die Politik mit der jüngsten Gesundheits- und Pflegereform vorerst dokumentiert, dass sie gegenwärtig weder den Mut hat noch die Kraft findet, um einkommensunabhängige Beiträge – deren Vorteilhaftigkeit unter Effizienzgesichtspunkten kaum zu bestreiten sind – sowohl in der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch Sozialen Pflegeversicherung, einzuführen oder auch unabhängig von der Art der Beitragsbemessung die versicherungsökonomisch nicht zu begründende Versicherungspflichtgrenze aufzugeben. Mit den beschlossenen Reformen wurde nach Lage der Dinge sogar die sich noch bietende Chance ausgelassen, den Fehler des Jahres 1995 – die Einführung eines über lohn- und rentenabhängige Beiträge finanzierten Umlagesystems – zu korrigieren. Das Zeitfenster für einen Umstieg zum Kapitaldeckungsverfahren ist faktisch geschlossen. Denn mit zunehmender Reife des Umlagesystems in der Sozialen Pflegeversicherung und den dort erworbenen Ansprüchen steigen die Kosten eines Systemswechsels markant an.

Selbst wenn man bereits im Jahr 2005 einen Systemwechsel vorgenommen hätte, wären damals schon fiskalische Belastungen in der Größenordnung von 10,5 Mrd Euro pro Jahr angefallen (JG 2004 Ziffer 548).

702. Wird an der einkommensabhängigen Beitragsbemessung im Rahmen des Umlageverfahrens festgehalten, bleibt als einzige Möglichkeit, den von der Politik bereits seit dem 1. April 2004 eingeschlagenen Weg eines **Beitragssplittings** weiterzuentwickeln (JG 2007 Ziffer 312). Indem bei den unabwendbaren Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes der Beitragssatz für die Rentner stärker angehoben wird als der der Arbeitnehmer, würden die in der Bevölkerungsalterung angelegten Steigerungen der Pflegeausgaben weniger auf die Arbeitskosten durchwirken und die intergenerative Umverteilung würde zulasten jüngerer Kohorten reduziert. Um jedoch die damit einhergehende Zusatzbelastung der künftigen Rentner zu kompensieren und die Akzeptanz dieses Reformvorschlages nicht zuletzt vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion um eine mögliche Zunahme von Altersarmut zu erhöhen, sollte unbedingt als flankierende Maßnahme eine Ausweitung des Förderrahmens bei der privaten und betrieblichen Ergänzungsvorsorge vorgenommen werden. In seinem Jahresgutachten 2007/08 hat sich der Sachverständigenrat mit der Ausgestaltung eines „Pflege-Riesters“ befasst (Ziffer 312) und auf die zusätzlichen fiskalischen Kosten einer solchen Maßnahme hingewiesen, die sich nach Berechnungen des Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) für den Zeitraum der Jahre 2020 bis 2030 bei der unterstellten hohen Partizipationsrate von 50 vH der potenziellen Anspruchsberechtigten auf bis zu 1,3 Mrd Euro jährlich belaufen dürften (Sommer, 2007).

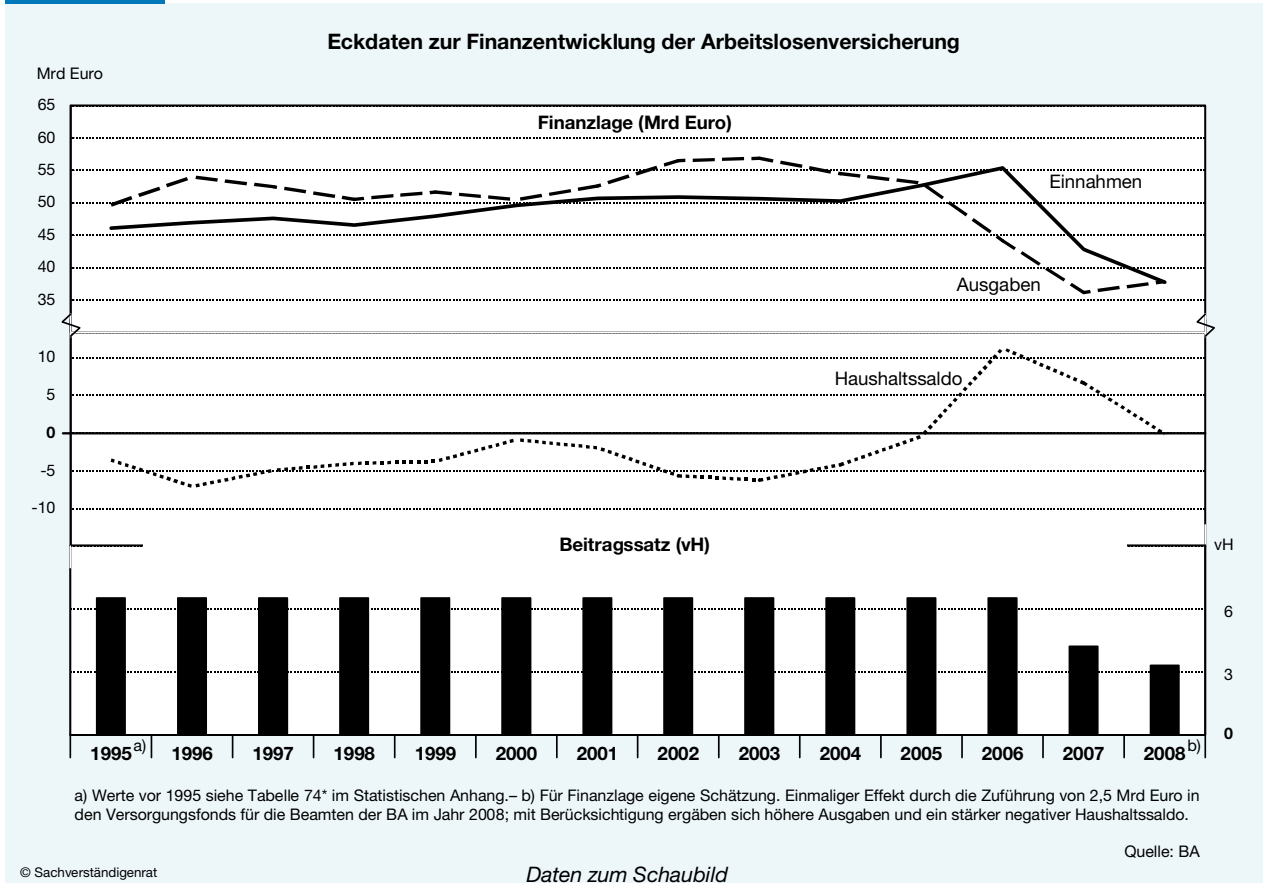
IV. Arbeitslosenversicherung: Nachhaltigkeit gewährleisten

703. Die Erholung auf dem Arbeitsmarkt in den letzten Jahren konnte die Einnahmeausfälle infolge der Beitragssatzsenkung sowie die Mehrausgaben aufgrund des Ersatzes des Aussteuerungsbetrags durch den höheren Eingliederungsbeitrag weitgehend kompensieren. Dass am Jahresende dennoch ein Defizit vorliegt, ist weniger auf das „operative Geschäft“ zurückzuführen, sondern vielmehr auf einen Sondereffekt, der Einrichtung eines Versorgungsfonds für die Beamten der Bundesagentur für Arbeit. Der weiterhin hohe Rücklagenbestand veranlasste Parteien und Verbände zu einer Diskussion um eine erneute Senkung des Beitragssatzes, auch um Beitragssatzerhöhungen in der GKV und SPV zu kompensieren.

1. Finanzielle Lage: Eine rote Null

704. Die Beitragseinnahmen fielen im Jahr 2008 mit rund 26 Mrd Euro im Vergleich zum Vorjahr um knapp 6 Mrd Euro niedriger aus. Der fortdauernde Beschäftigungsaufbau konnte jedoch den Einnahmerückgang infolge der Senkung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung zum 1. Januar 2008 von 4,2 vH auf 3,3 vH teilweise kompensieren (Schaubild 85, Seite 410). Im Vergleich zum Vorjahr war der Bundeszuschuss aus dem Umsatzsteueraufkommen mit 7,6 Mrd Euro um mehr als 1,1 Mrd Euro höher (§ 363 SGB III). Die sonstigen Einnahmen sind – hauptsächlich infolge der Steigerung der (Zins-)Erträge aus der Rücklage auf über 600 Mio Euro – gestiegen. Gegenüber dem Vorjahr fielen die Ausgaben mit rund 40 Mrd Euro um fast 4 Mrd Euro höher aus.

Schaubild 85



Dies ist aber im Wesentlichen auf einen **Sondereffekt** zurückzuführen, der außerhalb des operativen Geschäfts einzuordnen ist. Im Jahr 2008 kam es zu einer einmaligen Zuführung von 2,5 Mrd Euro in einen **neu eingerichteten Versorgungsfonds**, der zu Zwecken der Finanzierung der Alterssicherungssysteme der Beamten der Bundesagentur eingerichtet wurde (gemäß § 366a SGB III). Für Leistungen zum Ersatz des Arbeitsentgelts wurde trotz des Eingliederungsbeitrags im ersten Halbjahr mit 10,7 Mrd Euro über eine halbe Milliarde Euro weniger als im Vorjahreszeitraum ausgegeben. Angesichts der zu Beginn dieses Jahres noch erfreulichen wirtschaftlichen Entwicklung fielen sowohl die Anzahl an Beziehern von Arbeitslosengeld als auch der durchschnittliche Leistungsbezug geringer aus als erwartet. Zudem waren die Auswirkungen der Verlängerung der Bezugsdauer für ältere Versicherte in den ersten drei Quartalen des Jahres 2008 noch nicht zu spüren. Künftig wird sich zeigen, in welcher Höhe diese Verlängerung zusätzliche Kosten verursacht. Zu Mehrausgaben im ersten Halbjahr kam es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum vor allem im Bereich der Verwaltung und der aktiven Arbeitsmarktförderung. Diese hielten sich allerdings – im Wesentlichen angesichts der guten konjunkturellen Lage – mit rund 170 Mio Euro in recht engen Grenzen.

Im operativen Geschäft wurde im Jahr 2008 ein in etwa ausgeglichenes Ergebnis erzielt. Das Gesamtdefizit beinhaltet jedoch zusätzlich die Zuführung in Höhe von 2,5 Mrd Euro in den Versorgungsfonds der Bundesagentur. Selbst bei einer Fokussierung auf das operative Geschäft ergibt sich aufgrund des hohen Überschusses im Jahr 2007 eine deutliche Verschlechterung des Saldos um knapp 7 Mrd Euro im Vergleich zum Vorjahr. Die Rücklage blieb demnach weitgehend kon-

stant und belief sich zum Jahresende auf gut 15 Mrd Euro. Wenngleich für den Haushalt der Bundesagentur – zum Beispiel im Gegensatz zur Gesetzlichen Rentenversicherung – eine explizite Reserve nicht vorgeschrieben ist, hält die Bundesagentur dennoch eine Liquiditätsreserve vor, unter anderem weil künftig keine Bundeszuschüsse mehr geleistet werden, sondern nur noch Liquiditätsdarlehen. Für diesen „Liquiditätspuffer“ ist eine Höhe von 9 Mrd Euro vorgesehen.

705. Im Jahr 2009 werden sich ausgabenseitig verstärkt die Auswirkungen der Verlängerung der Bezugsdauer des Arbeitslosengelds niederschlagen. Es ist damit zu rechnen, dass die für das Jahr 2008 im Haushaltsplan veranschlagten Mehrausgaben in Höhe von 750 Mio Euro nur die Untergrenze der künftig anfallenden Ausgaben darstellen – diese könnten sich durchaus auf über 1 Mrd Euro belaufen. Der Sachverständigenrat lehnt diese Regelung wegen der damit verbundenen Fehlanreize ab, die einer Erhöhung der Beschäftigungsquote entgegenstehen (JG 2007 Ziffer 323).

Einnahmeseitig wird die Zuführung des Bundes aus dem Umsatzsteueraufkommen, die bis einschließlich des Jahres 2009 betragsmäßig noch in § 363 SGB III festgeschrieben ist, mit rund 7,8 Mrd Euro um etwa 200 Mio Euro höher ausfallen. Allerdings wird diese künftig erst zum Jahresende überwiesen, sodass die Einnahmen unterjährig geringer ausfallen als geplant. Am 15. Oktober 2008 hat das Bundeskabinett zudem eine **Senkung des Beitragssatzes** zur Arbeitslosenversicherung auf 3,0 vH beschlossen. Gleichzeitig wurde aber per Rechtsverordnung festgelegt, dass der Beitragssatz für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 befristet 2,8 vH beträgt. Hierdurch ist im Jahr 2009 mit Mindereinnahmen in Höhe von etwa 4 Mrd Euro zu rechnen.

706. Die Arbeitslosenversicherung ist der Sozialversicherungszweig, dessen Haushaltslage – und zwar sowohl über die Einnahme- als auch die Ausgabenentwicklung – am stärksten von der Konjunktur beeinflusst wird. Als **automatischer Stabilisator** wirkt sie gerade aufgrund der Abhängigkeit von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Während im Aufschwung die Möglichkeit besteht, eine Rücklage aufzubauen, kann es im Abschwung zur Bildung eines Defizits kommen. Da langfristig weder ein positiver noch ein negativer Saldo zu begründen sind, liegt es nahe, über den Konjunkturzyklus einen Rücklagenbestand in der Nähe von Null anzustreben. Wird der Beitragssatz so bemessen, dass der Haushalt strukturell ausgeglichen ist, spricht man von einem nachhaltigen Beitragssatz. Zu vermeiden sind Beitragssatzsenkungen im Aufschwung und Beitragssatzerhöhungen im Abschwung, da die prozyklische Wirkung dieser Maßnahmen der Intention automatischer Stabilisatoren entgegenwirkt (Ziffern 413 ff.).

707. Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung stellen eigenständige Systeme dar. Zudem gilt hier anders als im Steuersystem ein **Affektationsprinzip**, sodass die Beiträge eines Versicherungszweigs nur für die Finanzierung der entsprechenden mit dem jeweiligen Versicherungszweck konformen Leistungen zu verwenden sind. Daher hat sich der Sachverständigenrat bereits kritisch zu der Begründung der letzten Beitragssatzsenkung mit der gestiegenen Belastung durch die Soziale Pflegeversicherung geäußert (JG 2007 Ziffern 316 ff.).

Die Haushalte der Bundesagentur für Arbeit und des Bundes sind miteinander verflochten, und das Leistungsspektrum der Bundesagentur beinhaltet einige als versicherungsfremd einzustufende

Leistungen, die – wie der Sachverständigenrat auch wiederholt gefordert hat (JG 2007 Ziffern 320 ff.) – aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Ein Beispiel für eine sachlich nicht gerechtfertigte Belastung des Haushalts der Bundesagentur stellt der neu eingeführte, den alten Aussteuerungsbetrag ersetzende Eingliederungsbeitrag dar. Diese Beteiligung der Bundesagentur an den Kosten für Verwaltung und Eingliederung der Empfänger von Arbeitslosengeld II in Höhe von etwa 5 Mrd Euro im Jahr 2008 ist sachlich falsch sowie ineffizient und daher abzulehnen. Im September 2008 wurde eine Beschwerde gegen diesen „Missbrauch von Beitragseinnahmen“ beim Bundesverfassungsgericht angestrengt. Eine weitere Verflechtung der Haushalte von Bund und Bundesagentur stellt der Bundeszuschuss in Höhe eines Prozentpunkts des Umsatzsteueraufkommens dar. Da dieser der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen dienen soll, wird damit das **Versicherungsprinzip** in der Arbeitslosenversicherung gestärkt und der Steuercharakter der Arbeitslosenversicherung verringert (JG 2005 Ziffern 513 ff.).

708. Die Argumente der Befürworter eines niedrigen Beitragssatzes sind vor dem Hintergrund der zuvor genannten Aspekte abzulehnen:

- Eine Beitragssatzsenkung wird als eine Art Konjunkturprogramm gefordert, welches mit Blick auf die Lohnnebenkosten das Wirtschaftswachstum stützen solle, zumal die Anhebung des durchschnittlichen Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung die Abgabenbelastung und Arbeitskosten erhöhe. Da Beiträge zur Sozialversicherung zweckgebunden verwendet werden sollten, ist mit Blick auf den Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung eine Kompensation von Beitragssatzänderungen zwischen Sozialversicherungszweigen abzulehnen.
- Die günstige Entwicklung der Haushaltslage der Bundesagentur, die zu einer Bildung hoher Rücklagen in den letzten Jahren geführt hat, verleitet dazu, den Blick vor einem wirtschaftlichen Abschwung und der damit zwangsläufig einhergehenden Verringerung der Beitragseinnahmen sowie der Ausweitung der Ausgaben zu verstellen. Wird jedoch ein nachhaltiger Beitragssatz erhoben, dürfen weder temporär hohe Rücklagen, noch zeitlich befristete größere Defizite Anlass zu Beitragssatzanpassungen sein. Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch, dass große Rücklagen die Gefahr in sich bergen, neue Begehrlichkeiten zu wecken – sprich das Leistungsspektrum zu erweitern.

Die Bundesagentur erachtet einen Beitragssatz von etwa 3,0 vH für nachhaltig. Insbesondere die sich abzeichnende Verringerung der Sockelarbeitslosigkeit führt zu einer dauerhaften Entlastung, allerdings wurden auch strukturell belastende Änderungen beschlossen, beispielsweise die Verlängerung der Bezugsdauer für das Arbeitslosengeld für ältere Versicherte, deren Ausgabewirkungen in ihrer vollen Höhe erst noch zu Tage treten werden. Eine langfristige Senkung des Beitragssatzes unter dieses Niveau wird – nicht nur im Fall einer stärkeren konjunkturellen Abkühlung – die Rücklage über Gebühr beanspruchen. Es besteht dann die Gefahr, dass die Beitragssätze im Abschwung prozyklisch erhöht werden und/oder die Leistungen reduziert werden müssten.

709. Angesichts der konjunkturellen Eintrübung bestehen für die Entwicklung des Haushalts der Bundesagentur die folgenden Risiken: Die Beitragseinnahmen entwickeln sich schwächer, wenn die Dynamik des Beschäftigungsaufbaus nachlässt und/oder die Steigerung der Lohn- und Ge-

haltssumme geringer ausfällt. Bei einem durchschnittlichen monatlichen Pro-Kopf-Aufwand in Höhe von knapp 1 300 Euro bewirkte ein Anstieg der Bezüher von Arbeitslosengeld um 50 000 Personen zusätzliche Kosten in Höhe von rund 750 Mio Euro, was in etwa 0,1 Beitragssatzpunkten entspricht. Anzumerken ist allerdings, dass der Arbeitsmarkt ein nachlaufender Indikator der konjunkturellen Entwicklung ist mit der Folge, dass selbst bei einem Abschwung die Haushaltslage der Bundesagentur im Jahr 2009 noch weitgehend stabil bleiben dürfte.

710. Neben der Senkung des Beitragssatzes ergeben sich einige haushaltswirksame Leistungsausweitungen beispielsweise im Bildungsbereich oder in Form der Verlängerung der Bezugsdauer für ältere Versicherte. Eine weitere Belastung des Haushalts der Bundesagentur resultiert aus dem gestiegenen Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Demgegenüber kommt das Auslaufen der **Förderung betrieblicher Regelungen zur Altersteilzeit** durch die Bundesagentur einer Leistungskürzung gleich. Mit einem derzeitigen Fördervolumen in Höhe von 1,4 Mrd Euro stellt diese versicherungsfremde Leistung einen bedeutenden Ausgabenposten dar. Wie vorgesehen endet die Förderung nun zum 1. Januar 2010, sodass das Volumen dieser Maßnahme mit der Zeit abschmelzen wird, da immer weniger Altfälle betroffen sein werden.

2. Ende der staatlichen Förderung von Altersteilzeit

711. Der Sachverständigenrat begrüßt das planmäßige Auslaufen der Förderung der Altersteilzeit durch die Bundesagentur zum 1. Januar 2010 (§ 16 AltTZG). Es bleibt dabei, dass für künftige Eintritte in die Altersteilzeit eine Förderung durch die Bundesagentur entfällt, welche zurzeit in einer Übernahme der Aufstockungsbeträge im Fall einer Neueinstellung eines Arbeitslosen oder Auszubildenden besteht. Mit dem **Altersteilzeitgesetz** wurden mehrere Ziele verfolgt: Zum einen sollte älteren Beschäftigten ein gleitender Übergang in den Ruhestand ermöglicht und somit die Zunahme der Frühverrentung begrenzt werden. Dies sollte zu einer Entlastung der Sozialversicherungen (vor allem der Renten- und Arbeitslosenversicherung) führen. Zum anderen handelt es sich bei dem Gesetz um ein Instrument der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik, als durch die Förderung durch die Bundesagentur bei Neueinstellungen in Verbindung mit Altersteilzeitregelungen die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze angeregt wird (Deutscher Bundestag, 1996). Der Sachverständigenrat klassifiziert diese Fördermaßnahme als versicherungsfremde Leistung (JG 2005 Tabelle 37).

712. Ob die Förderung der Altersteilzeit tatsächlich die intendierten Beschäftigungseffekte gebracht hat, ist zweifelhaft. **Empirische Untersuchungen** deuten jedoch darauf hin, dass das Ausmaß an Neueinstellungen eher gering ausfällt. Aufgrund der dominanten Umsetzung der Altersteilzeit in Form des Blockmodells wird auch das Ziel eines gleitenden Renteneintritts verfehlt. Das Beispiel der Metall- und Elektroindustrie zeigt, dass in fast 99 vH der Betriebe das Blockmodell favorisiert wird (Hofmann, 2008). Zudem verfügen vor allem größere Betriebe über Altersteilzeitmodelle: Während in großen Unternehmen (ab 200 Mitarbeitern) in mehr als 90 vH der Betriebe Altersteilzeit möglich ist, trifft dies nur in 15 vH der kleinen Unternehmen (bis 50 Mitarbeiter) zu; generell bestehen Altersteilzeitmodelle in 50 vH der Betriebe, in denen 87 vH der Beschäftigten arbeiten. Die Wiederbesetzung der Stellen ist hingegen in den kleineren Betrieben, teils aus finanziellen Gründen – ohne die Förderung durch die Bundesagentur wären Altersteilzeitmodelle überhaupt nicht finanzierbar – häufiger anzutreffen. In den betrachteten Unter-

nehmen der Metall- und Elektroindustrie liegt die Wiederbesetzungsquote bei rund 60 vH, im Bundesdurchschnitt beträgt die Quote jedoch nur rund ein Drittel.

Andere Untersuchungen setzen auf der individuellen Ebene an und versuchen einen Zusammenhang zwischen bestimmten sozioökonomischen Merkmalen und der Inanspruchnahme aufzuzeigen. So zeigt sich, dass diejenigen, die aus der Altersteilzeit in Rente gehen – gemessen an den Entgeltpunkten – überdurchschnittlich gut abgesichert sind: Unter den in der Studie betrachteten Männern stellen sie die Gruppe mit den höchsten durchschnittlich erworbenen Entgeltpunkten dar und weisen zudem die geringste Quote an Versicherten mit extrem schlechter Absicherung (weniger als 30 Entgeltpunkte) auf. Auffällig ist des Weiteren ein verhältnismäßig früher Rentenzugang (Radl und di Fiesole, 2006).

713. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Anhebung der Regelaltersgrenze für die Arbeitnehmer, deren Leistungsfähigkeit im Alter beeinträchtigt ist, ein ernstes Problem darstellt, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, ihren bislang ausgeübten Beruf voll auszuüben. Selbst wenn es dem Arbeitnehmer gelingt, eine andere, weniger belastende Tätigkeit aufzunehmen, kann dies mit erheblichen Einkommenseinbußen einhergehen, die erst mit dem Renteneintritt wieder aufgefangen werden. Eine Lösung dieses Problems fällt jedoch nicht in den Zuständigkeitsbereich der Bundesagentur, insbesondere dann, wenn die eingesetzten Instrumente wie im Fall der Altersteilzeit im Ergebnis nicht die Ausübung weniger belastender Tätigkeiten, sondern das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben fördern. Hier sind die Tarifvertragsparteien gefordert. Die Tarifvereinbarungen der Metallindustrie im September 2008 haben gezeigt, dass Modelle eines flexiblen Übergangs in den Ruhestand – beispielsweise in Form der betrieblichen Vereinbarungen zur Altersteilzeit – auch ohne eine staatliche Förderung bestehen bleiben können. Gleichwohl ist für diese Regelungen zur Altersteilzeit, aber auch für andere Formen des Vorruhestands zu beachten, dass, selbst wenn sie für den finanziellen Status der Rentenversicherung neutral ausgestaltet sind, sie doch mit Beitragsausfällen bei den übrigen Sozialversicherungen einhergehen und zu einem Rückgang des Arbeitsangebots führen. Dass ein Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials mit Wachstumseinbußen, das heißt einer **Verringerung des Potenzialwachstums** einhergehen kann, zeigt nicht zuletzt eine umfangreiche Spezialanalyse des Sachverständigenrates (JG 2007 Ziffern 693 ff.).

Ein solche Lösung steht – ähnlich wie Lebensarbeitszeitkonten – aber nicht allen Arbeitnehmern offen, und sie bietet auch keinen Ausweg für die Fälle, in denen der Arbeitnehmer zwar nicht mehr in seinem angestammten Beruf, wohl aber in einer anderen Branche tätig sein könnte und vor allem eine Absicherung des damit verbundenen Einkommensverlusts bis zum vollen Rentenbezug benötigt. Für solche Konstellationen sind Lösungen im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung besser geeignet, die ein gleitendes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch ein Nebeneinander von Erwerbseinkommen und aufstockendem Transfereinkommen ermöglichen. Die darauf angelegte **Teilrente** ist zwar in ihrer gegenwärtigen Ausprägung kompliziert und restriktiv ausgestaltet (Kasten 13). Insbesondere mit Blick auf die Hinzuverdienstgrenzen sollte hinterfragt werden, ob diese angesichts der Tatsache, dass bei einem vorzeitigem Rentenbezug versicherungsmat-

thematische Abschläge in Kauf zu nehmen sind, in der gegenwärtigen Form noch angemessen sind. Die Teilrente bietet aber einen guten Ansatzpunkt für die Entwicklung eines Instruments, mit dem den Herausforderungen, die aus einer längeren Lebensarbeitszeit entstehen, besser begegnet werden kann.

Kasten 13

Teilrente – eine wenig bekannte Alternative zur Altersteilzeit

Die Gesetzliche Rentenversicherung kennt eine Reihe von Regelungen zum flexiblen Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. So können einerseits die Altersrenten bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen bereits vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze bezogen werden – allerdings unter Inkaufnahme versicherungsmathematischer Abschläge – oder andererseits der Rentenbeginn über die Regelaltersgrenze verschoben werden mit dann entsprechenden Rentenzuschlägen. Die Rentenabschläge können jedoch auch dadurch vermieden werden, dass entsprechende zusätzliche Beiträge entrichtet werden. Eine vorgezogene Altersrente kann schließlich auch als eine Teilrente mit gleichzeitigem Hinzuverdienst bezogen werden, wenn – wie bei der Altersteilzeit – ein gleitender Übergang von der Erwerbs- in die Rentenphase angestrebt wird. Im Gegensatz zur Altersteilzeit wurde die Teilrente bislang jedoch kaum genutzt (Tabelle 36, Seite 416). Gegenwärtig werden nur etwa 4 000 Renten der Gesetzlichen Rentenversicherung als Teilrente ausbezahlt.

Zur weiteren Flexibilisierung der Altersgrenzen wurde mit dem Rentenreformgesetz 1992 für Versicherte, die Anspruch auf eine Rente wegen Alters haben, eine Wahlmöglichkeit eröffnet (§ 42 Absatz 2 SGB VI), entweder die ihnen zustehende Vollrente zu beantragen oder nur eine Teilrente in Höhe von einem Drittel, der Hälfte oder von zwei Dritteln der individuell erreichten Vollrente zu beanspruchen. Durch diese Möglichkeit soll der gleitende Übergang von der Vollerwerbstätigkeit in den Ruhestand gefördert werden, indem Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug einer vorzeitigen Altersrente erfüllen, ihre Erwerbstätigkeit im Rahmen bestimmter Hinzuverdienstgrenzen bei gleichzeitigem Bezug eines Teils ihrer Altersrente reduzieren können.

Auch für eine vorzeitig als Teilrente in Anspruch genommene Altersrente sind Rentenabschläge in Kauf zu nehmen. Allerdings beziehen sich die Abschläge nur auf jenen Teil der Rente, der tatsächlich in Anspruch genommen wird. Der andere Teil der Rente, der erst ab der Regelaltersgrenze bezogen wird, ist abschlagsfrei. Wird während des Teilrentenbezugs eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, werden dadurch weitere Rentenanwartschaften erworben. Damit erhöht sich der bei Überschreiten der Regelaltersgrenze abschlagsfrei in Anspruch genommene Teil der Rente. Darüber hinaus kann der Versicherte nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben und durch die Kombination von Teilrente und Teilzeiteinkommen Zuschläge auf den Teil der Vollrente erwerben, den er nicht vorzeitig in Anspruch genommen hat. Bezieher einer Teilrente, die langsam in den Ruhestand gleiten wollen, können somit Rentenmindereinnahmen, die sie durch einen vorzeitigen Bezug einer Teilrente bewirken, ganz oder teilweise wieder ausgleichen.

Tabelle 36

Teilrenten für Frauen und Männer in Deutschland

Jahr ¹⁾	Teilrente insgesamt (Euro)		Davon					
			1/3		1/2		2/3	
	Frauen	Männer	der erreichten individuellen Vollrente (vH)					
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2000	3 429	1 874	27,6	21,9	42,6	34,8	29,7	43,3
2001	3 212	1 737	27,6	22,6	41,8	33,9	30,6	43,5
2002	2 862	1 714	27,2	20,7	42,0	34,3	30,8	45,0
2003	2 577	1 627	27,6	20,2	40,4	33,1	32,1	46,8
2004	2 353	1 727	26,8	20,4	40,5	32,5	32,7	47,1
2005	2 164	1 781	26,5	20,2	39,2	32,0	34,3	47,8
2006	2 099	1 938	25,0	18,6	37,8	30,4	37,2	51,0
2007	2 038	1 931	25,8	17,3	36,1	30,5	38,2	52,2

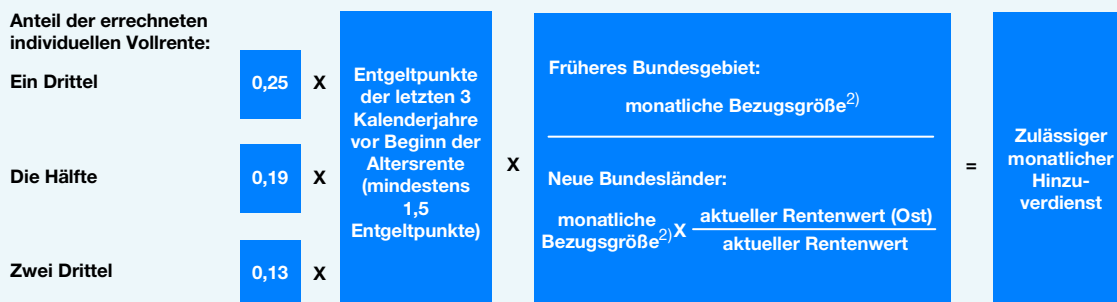
1) Stand jeweils am Jahresende.

Quelle: DRV Bund

Daten zur Tabelle

Hinzuverdienstgrenzen gelten nur, wenn eine Rente wegen Alters vor Erreichen der Regelaltersgrenze in Anspruch genommen wird. Die Höhe des zulässigen monatlichen Hinzuverdienstes bei Inanspruchnahme einer Teilrente vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze hängt gemäß § 34 Absatz 3 SGB VI ab von der Höhe des gewählten Anteils an der individuellen Vollrente und von der Höhe des jeweiligen Arbeitsentgelts vor Rentenbeginn. Damit soll sichergestellt werden, dass durch die Summe aus Teilrente und Hinzuverdienst kein höheres Gesamteinkommen bezogen wird als vor Teilrentenbezug. Um dieses Ziel zu erreichen, hat der Gesetzgeber ein komplexes und wenig transparentes Verfahren zur Ermittlung der individuellen Hinzuverdienstgrenzen vorgesehen (Schaubild 86).

Schaubild 86

Hinzuverdienstgrenzen bei Teilrentenbezug¹⁾

1) Gemäß §§ 34 und 42 SGB VI.– 2) 2 485 Euro im Jahr 2008.

© Sachverständigenrat

Aufgrund der Rentenüberleitung wird die Hinzuverdienstgrenze bei Bezug einer Teilrente für die Versicherten in den alten und den neuen Ländern unterschiedlich ermittelt. Unabhängig vom Gebietsstand werden als Basis für die Hinzuverdienstbegrenzung die Summe der in den letzten drei Kalenderjahren vor Beginn der Altersrente erworbenen individuellen Entgeltpunkte, mindestens

jedoch 1,5 Entgeltpunkte, sowie die – je nach Umfang der Teilrente – gesetzlich festgelegten Hinzuverdienstfaktoren herangezogen. Diese sich aus der Multiplikation beider Größen ergebenden Faktoren werden dann für die Versicherten in den alten Ländern mit der an die Lohnentwicklung gekoppelten monatlichen Bezugsgröße – im Jahr 2008 beträgt diese 2 485 Euro – vervielfältigt. In den neuen Ländern hingegen werden die Faktoren mit der für die alten Länder festgesetzten monatlichen Bezugsgröße multipliziert und dieser Betrag dann mit dem jeweiligen Verhältnis aus aktuellem Rentenwert (Ost) zum aktuellen Rentenwert vervielfältigt.

Ein zweimaliges Überschreiten der monatlichen Hinzuverdienstgrenze innerhalb eines Jahres um jeweils einen Betrag bis zur Höhe der Hinzuverdienstgrenze beispielsweise durch Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld ist zulässig. Werden die Grenzen nicht eingehalten, so kann nur eine niedrigere Teilrente bezogen werden. Der Teilrentenanspruch entfällt erst dann vollständig, wenn die höchste Hinzuverdienstgrenze, die bei einer Teilrente in Höhe vom einem Drittel der Vollrente liegt, überschritten wird.

Literatur

- Betzelt, S. und U. Fachinger (2004) *Selbständige – arm im Alter? Für eine Absicherung Selbständiger in der GRV*, Wirtschaftsdienst 2004/6, 379 – 386.
- Bieber, U. und M. Stegmann (2008) *Hintergründe und Fakten zum Thema Altersarmut*, Deutsche Rentenversicherung, 3/2008, 291 – 312.
- Brenke, K. und J. Ziemendorff (2008) *Hilfebedürftig trotz Arbeit?: Kein Massenphänomen in Deutschland*, DIW-Wochenbericht (4), 75. Jg., 33 – 40.
- Breyer, F. und W. Buchholz (2007) *Ökonomie des Sozialstaats*, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) *Übersicht über das Sozialrecht*, Nürnberg.
- Deutscher Bundestag (1996) *Entwurf eines Gesetzes zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand*, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundestags-Drucksache 13/4336 vom 15.04.1996.
- Deutscher Bundestag (2008a) *Stand und Bewertung der Rentenüberleitung 18 Jahre nach der Wiedervereinigung*, Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinrich Kolb u. a. und der Fraktion der FDP, Bundestags-Drucksache 16/8105 vom 13.02.2008.
- Deutscher Bundestag (2008b) *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinrich Kolb u. a. und der Fraktion der FDP*, Bundestags-Drucksache 16/8633 vom 19.03.2008.
- Deutscher Bundestag (2008c) *Zu Forderungen nach einer Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert sowie nach einem einheitlichen Rentenrecht*, Kleine Anfrage der Abgeordneten Volker Schneider u. a. und der Fraktion DIE LINKE, Bundestags-Drucksache 16/10547 vom 10.10.2008.
- Haustein, T. und M. Dorn (2007) *Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2006*, Wirtschaft und Statistik 12/2007, 1245 – 1260.
- Hofmann, J. (2008) *Altersteilzeit und Altersversorgung in der Metall- und Elektroindustrie*, ifo-Schnelldienst, 61/3, 15 – 20.

- OECD (2007) *Pensions at a Glance*. Paris.
- Radl, J. und S. D. di Fiesole (2006) *Pfade in den Ruhestand und die Heterogenität des Renteneintrittsalters*, Deutsche Rentenversicherung 9-10/2006, 641 – 660.
- Rürup, B. (2008) *Staat und Regulierung in Deutschland aus volkswirtschaftlicher Perspektive*, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Alterssicherung im Mehr-Säulen-System: Akteure, Risiken, Regulierung*, DRV-Schriften Band 80, Berlin, 86 – 93.
- Sommer, M. (2007) *Fiskalische Auswirkungen einer Erweiterung des Förderrahmens von Riesterrenten*, MEA Discussion Paper 122.
- Weber, T. (2006) *Ergebnisse der Statistiken über die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2004*, Wirtschaft und Statistik 2/2006, 160 – 165.
- Wunder, C. (2005) *Arbeitslosigkeit und Alterssicherung – Der Einfluss früherer Arbeitslosigkeit auf die Höhe der gesetzlichen Altersrente*, mimeo.