

SECHSTES KAPITEL

Soziale Sicherung: Nur zaghafte Reformen

- I.** Gesetzliche Krankenversicherung: Einstieg in ein Pauschalbeitragssystem?
 - 1. Finanzielle Lage
 - 2. Reformkonzept der Bundesregierung
 - II.** Soziale Pflegeversicherung: Auf dem Weg ins Defizit
 - III.** Gesetzliche Rentenversicherung: Rentenpolitische Standfestigkeit erforderlich
 - 1. Nullrunde bei den Renten
 - 2. Die Rente mit 67 und die Lage Älterer am Arbeitsmarkt
 - IV.** Arbeitslosenversicherung: Mit Finanzierungsdefizit
- Literatur

Das Wichtigste in Kürze

Gesetzliche Krankenversicherung: Einstieg in ein Pauschalbeitragssystem?

Vor dem Hintergrund eines zu erwartenden beträchtlichen Defizits hat die Bundesregierung in diesem Jahr die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in Angriff genommen. Sie hat mit dem GKV-Finanzierungsgesetz einen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt, in dem – trotz zuvor gegenteiliger Ankündigungen – im Wesentlichen auf altbekannte, kurzfristig wirk-same Maßnahmen zurückgegriffen wird. Gleichzeitig sieht der Entwurf aber auch – wenngleich zunächst nur auf dem Papier – den Übergang zu einer in größerem Maße einkommensunabhängigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit integriertem Sozialausgleich vor. Es wird sich in den kommenden Jahren zeigen, ob dieser Schritt in der Realität vollzogen wird. Sollte dies der Fall sein, kann die von der Bundesregierung angestrebte Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge als Ausgangspunkt für die Einführung der vom Sachverständigenrat bevorzugten Bürgerpauschale mit steuerfinanziertem Sozialausgleich dienen, die mit der Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts verbunden wäre.

Soziale Pflegeversicherung: Auf dem Weg ins Defizit

Obwohl die Soziale Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2010 noch einen geringen Überschuss ausweisen dürfte, deuten ein bereits heute sehr dynamisches Ausgabenwachstum sowie mittelfristig infolge des demografischen Wandels und der Dynamisierung der Leistungsausgaben zu erwartende, weitere Ausgabensteigerungen eine Verschlechterung der finanziellen Situation und damit die Notwendigkeit für eine finanzierungsseitige Reform an. Bei dieser sollte es idealerweise darum gehen, einkommensunabhängige Beiträge mit integriertem, steuerfinanziertem Sozialausgleich zu etablieren. Alternativ könnten höhere Beitragssätze für Rentner die intergenerative Umverteilung, die zulasten jüngerer Kohorten geht, reduzieren.

Gesetzliche Rentenversicherung: Rentenpolitische Standfestigkeit erforderlich

Aufgrund der Anwendung der (erweiterten) Schutzklausel blieben die Bruttorenten im Jahr 2010 konstant, sodass sich der Ausgleichsbedarf noch einmal kräftig erhöhte. Zur Vermeidung einer erneuten finanziellen Schieflage der Gesetzlichen Rentenversicherung muss mit dem Abbau des Ausgleichsbedarfs ebenso wie mit dem Beginn der stufenweisen Erhöhung des Renteneintrittsalters wie geplant begonnen werden. Letztere trägt zudem zu einer Vergrößerung des infolge des demografischen Wandels von Alterung und Schrumpfung betroffenen Erwerbspersonenpotenzials bei, wirkt einem potenziellen Arbeitskräftemangel entgegen und entfaltet positive Wachstumskräfte.

Arbeitslosenversicherung: Mit Finanzierungsdefizit

Die Bundesagentur für Arbeit wird das Jahr 2010 voraussichtlich mit einem Finanzierungsdefizit von knapp 10 Mrd Euro beenden. Ursächlich hierfür ist zum einen die Finanz- und Wirtschaftskrise, die insbesondere die Ausgaben für krisenbedingte Leistungen wie das konjunkturelle Kurzarbeitergeld hat ansteigen lassen. Zum anderen ist der Beitragssatz zu niedrig, als dass strukturelle Defizite in der Arbeitslosenversicherung dauerhaft vermieden werden könnten. Es wäre somit notwendig, einen nachhaltigen Beitragssatz zu etablieren.

Soziale Sicherung: Nur zaghafte Reformen

402. Nachdem die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag eine weitreichende **Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung** angekündigt hatte, wurde letztlich aber doch wieder ein prognostiziertes beträchtliches Defizit zum alleinigen Motor der Reformanstrengungen. Nichtsdestoweniger stand im Bereich der Sozialversicherungen in diesem Jahr die Gesundheitspolitik im Mittelpunkt des Interesses. Inzwischen wurde ein entsprechender Gesetzentwurf vom Kabinett verabschiedet, in dem – trotz gegenteiliger Ankündigungen – im Wesentlichen auf altbekannte, kurzfristig wirksame Maßnahmen zurückgegriffen wird, in dem aber – wenigstens auf dem Papier – auch der Übergang zu einer in größerem Maße einkommensunabhängigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung angelegt ist.

Die finanzielle Lage der **Sozialen Pflegeversicherung** zeichnet sich dagegen in diesem Jahr noch durch einen Überschuss aus. Allerdings deuten ein bereits heute sehr dynamisches Ausgabenwachstum sowie mittelfristig infolge des demografischen Wandels und der Dynamisierung der Leistungsausgaben zu erwartende weitere Ausgabensteigerungen bereits auf eine Verschlechterung der finanziellen Situation hin, die über kurz oder lang eine finanzierungsseitige Reform unabdingbar machen wird.

Wenngleich die Abgabe der Rentengarantie im vergangenen Jahr ein schwerer Fehler war, ist die **Gesetzliche Rentenversicherung** im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen verhältnismäßig gut aufgestellt. Dies gilt jedenfalls so lange, wie in Zukunft rentenpolitische Standfestigkeit bewiesen und mit dem Abbau des Ausgleichsbedarfs sowie mit dem Beginn der stufenweisen Erhöhung des Renteneintrittsalters wie geplant begonnen wird.

Die **Arbeitslosenversicherung** wurde von den Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise schwer getroffen und wird am Ende des Jahres 2010 voraussichtlich einen negativen Finanzierungssaldo in Höhe von etwa 10 Mrd Euro aufweisen. Allerdings ist auch der derzeitige Beitragssatz von 2,8 vH nicht als nachhaltig anzusehen, sodass strukturelle Defizite der Arbeitslosenversicherung nicht dauerhaft vermieden werden können.

I. Gesetzliche Krankenversicherung: Einstieg in ein Pauschalbeitragssystem?

403. Wie in den Jahren zuvor, bleibt das Gesundheitssystem auch in diesem Jahr eine Reformbaustelle, auf der zwar kurzfristige Erfolge erzielt werden, die wichtigsten Probleme jedoch weitgehend unangetastet fortbestehen. Der Motor der aktuellen **Reformanstrengungen** ist erneut der kurzfristig zu erwartende Anstieg der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei unveränderter Rechtslage käme es im Jahr 2011 zu einem beträchtlichen Defizit. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung im September 2010 den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – **GKV-FinG**) vorgelegt, in dem – trotz zuvor gegenteiliger Ankündigungen – im Wesentlichen auf altbekannte, kurzfristig wirksame Maßnahmen wie das Einfrieren oder Begrenzen von Ausgaben, Zwangsrabatte bei Arzneimitteln und insbesondere Beitragssatzerhöhungen zurückgegriffen wird.

Obwohl diese Maßnahmen keine der notwendigen und auf Dauer angelegten Veränderungen mit sich bringen, ist in dem vorgelegten Konzept – zumindest auf dem Papier – der Übergang zu einer in größerem Maße einkommensunabhängigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit integriertem Sozialausgleich angelegt. Allerdings wird sich erst in den kommenden Jahren zeigen, ob dieser Schritt in der Realität vollzogen wird. Der Versuchung, diesen Übergang beim Auftreten künftiger Finanzierungsengpässe mittels einer weiteren Beitragserhöhung zu verzögern, sollte die Bundesregierung nicht nachgeben, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt das Ende der Legislaturperiode herannaht.

1. Finanzielle Lage

404. Die GKV insgesamt erzielte im ersten Halbjahr 2010 mit einem Überschuss in Höhe von knapp 0,3 Mrd Euro ein nahezu **ausgeglichenes Ergebnis**. Es setzt sich aus einem Überschuss im Gesundheitsfonds und einem solchen bei den Gesetzlichen Krankenkassen in gleicher Höhe zusammen. Der Überschuss des **Gesundheitsfonds** resultiert einerseits aus seinen Einnahmen in Höhe von 85,3 Mrd Euro, die sich aus Beitragseinnahmen von 77,5 Mrd Euro, einem anteiligen Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen von 5,9 Mrd Euro sowie einem anteiligen zusätzlichen Bundeszuschuss für konjunkturbedingte Mindereinnahmen von 1,9 Mrd Euro zusammensetzten. Ihnen stehen andererseits Zuweisungen an die Gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von knapp 85,2 Mrd Euro gegenüber.

405. Die **Gesetzlichen Krankenkassen** verzeichneten im ersten Halbjahr 2010 Einnahmen von knapp 87,4 Mrd Euro. Damit haben ihre Einnahmen gegenüber dem ersten Halbjahr 2009 um 2,7 vH zugenommen. Dieser Zunahme stand eine Erhöhung der Ausgaben um 4,1 vH gegenüber, die sich somit auf 87,3 Mrd Euro beliefen. Dabei haben sich die Leistungsausgaben gegenüber dem ersten Halbjahr 2009 um 3,9 vH auf 82,4 Mrd Euro erhöht. Der Anstieg der Ausgaben für Krankenhausbehandlung betrug 4,1 vH, der für ambulante ärztliche Behandlung 3,8 vH und der für Arzneimittel 4,2 vH, während die Ausgaben für Krankengeld sogar um 9,7 vH zugenommen haben. Zudem haben sich die Nettoverwaltungskosten, die zusammen mit den Leistungsausgaben und sonstigen Aufwendungen in Höhe von 0,5 Mrd Euro die Gesamtausgaben bilden, um 7,7 vH erhöht.

Für die beiden großen Blöcke der Leistungsausgaben „ambulante ärztliche Behandlung“ und „Krankenhausbehandlung“ lässt sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum eine Verlangsamung des Ausgabenwachstums verzeichnen. Diese fällt mit einem Rückgang des Ausgabenwachstums um gut 3 Prozentpunkte bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung besonders deutlich aus. Hierfür verantwortlich ist ein Sondereffekt, der von der Anhebung der ärztlichen Vergütung im vergangenen Jahr ausging. Ähnliches gilt für die Ausgaben für Krankenhausbehandlung: Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz war im Jahr 2009 ein einmaliger Anstieg der Ausgaben verbunden. Gleichwohl liegt der Zuwachs der gesamten Ausgaben weiterhin deutlich über dem der Einnahmen.

406. Für das gesamte Jahr 2010 geht der beim Bundesversicherungsamt angesiedelte Schätzerkreis der GKV im September 2010 davon aus, dass die Zuweisungen aus dem Gesund-

heitsfonds angesichts der Kassenausgaben zu einer **Unterdeckung** von etwa 2,1 Mrd Euro führen werden. Für das Jahr 2011 erwartet er hingegen bei Berücksichtigung der zahlreichen sich in der Gesetzgebung befindlichen Neuregelungen (Ziffern 409 ff., 420 f. sowie Haushaltsbegleitgesetz 2011) einen **Überschuss** von etwa 2,2 Mrd Euro. Dabei werden die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds 181,1 Mrd Euro und die Ausgaben der Krankenkassen 178,9 Mrd Euro betragen.

Zu Beginn dieses Jahres, als die genannten gesetzlichen Neuregelungen im Bereich der GKV noch nicht auf den Weg gebracht waren und die günstigere konjunkturelle Entwicklung noch nicht abzusehen war, stellte sich die Situation allerdings noch ganz anders dar: Für das Jahr 2010 wurde damals eine Unterdeckung der Kassenausgaben durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von rund 3,1 Mrd Euro erwartet, für das Jahr 2011 wurde sogar ein Defizit von bis zu 11 Mrd Euro vorhergesagt. Aus diesen Vorhersagen ergab sich kurzfristig ein **dringender Handlungsbedarf** in der GKV, der mittlerweile zu gesetzgeberischem Handeln geführt hat.

407. Allerdings stehen diese ohne die aktuelle Finanzreform prognostizierten beträchtlichen Defizite symptomatisch für ein immer wiederkehrendes **Finanzierungsproblem** in der GKV. Es hat aufgrund der weitgehenden Finanzierung der GKV über Beiträge aus Lohnneinkommen in der Vergangenheit immer wieder zu einem Anstieg der Lohnnebenkosten geführt, die mit negativen Effekten auf dem Arbeitsmarkt verbunden waren. Die Fortsetzung des **demografischen Wandels** und der anhaltende **medizinisch-technische Fortschritt** und vor allem die Beibehaltung von ernsthaften **Fehlanreizen im System** dürften dazu führen, dass in den kommenden Jahren ebenfalls mit einer Fortsetzung des Ausgabenanstiegs und somit mit Finanzierungsdefiziten zu rechnen sein wird, falls die Beiträge nicht schritthaltend erhöht werden.

Um Beitragserhöhungen möglichst zu vermeiden, muss es der Politik gelingen, bestehende Fehlanreize zu beseitigen. Diese existieren insbesondere für Versicherte, für die es bei der derzeitigen Ausgestaltung des Systems rational ist, eine exzessive Nachfrage nach Gesundheitsleistungen an den Tag zu legen (zum Beispiel JG 2000 Ziffer 473 oder JG 2002 Ziffern 484 ff.) Zudem ist es notwendig, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu stärken, um auf diese Weise die **Effizienz** des Gesundheitssystems zu steigern. Denn die stetig zunehmenden Gesundheitsausgaben sind zu einem großen Teil auf den fehlenden Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zurückzuführen. Darüber hinaus sollte eine weitgehende **Entkoppelung** der Beiträge zur GKV von den Arbeitskosten angestrebt werden, um die aus steigenden Gesundheitsausgaben resultierenden negativen Effekte auf dem Arbeitsmarkt zu begrenzen. Vollständig wird dies jedoch aufgrund des angestrebten Sozialausgleichs selbst bei Einführung von Pauschalprämien nicht gelingen, sodass es umso mehr auf die Förderung der Effizienz ankommen wird.

2. Reformkonzept der Bundesregierung

408. In ihrem Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung angekündigt, das bestehende **Ausgleichssystem** bei der Krankenversicherung in ein System zu überführen, das durch mehr Beitragsautonomie, regionale Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge charakterisiert ist, die sozial ausgeglichen werden. Obgleich die Vermeidung des für das Jahr 2011 prognostizierten beträchtlichen Defizits der GKV dabei im Vordergrund stand, hat die Bundesregierung diese Ziele in der angestrebten Finanzreform der GKV im Ansatz berücksichtigt. So schließt der **Regierungsentwurf** des GKV-FinG, der am 22. September 2010 vom Kabinett verabschiedet wurde, entsprechende Maßnahmen auf der Einnahmeseite und auf der Ausgabenseite ein.

Einnahmeseite: Einstieg in ein Pauschalbeitragssystem?

409. Vor dem Hintergrund des zu Beginn dieses Jahres für das Jahr 2011 vorhergesagten Defizits von bis zu 11 Mrd Euro soll nach dem Willen der Bundesregierung die Finanzierungsgrundlage der GKV über die **Erhöhung des Beitragssatzes** über die **Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge** gestärkt werden. Der Beitragssatz zur GKV wird zum 1. Januar 2011 mit 15,5 vH wieder auf den Wert angehoben, den er vor der Senkung im Rahmen des Konjunkturpakets II bereits erreicht hatte. Von diesem Beitragssatz werden 14,6 Prozentpunkte paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht; die verbleibenden 0,9 Prozentpunkte müssen die Arbeitnehmer aufbringen. Zusätzlich werden dem Gesundheitsfonds eine Beteiligung des Bundes für Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 13,3 Mrd Euro sowie ein zusätzlicher Bundeszuschuss von 2,0 Mrd Euro zufließen.

Des Weiteren sieht der Regierungsentwurf des GKV-FinG die **Festschreibung** des Beitragssatzes der **Arbeitgeber** in Höhe von 7,3 vH vor, wodurch der Anstieg der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten entkoppelt werden soll. Die Höhe des Beitragssatzes der **Arbeitnehmer** soll künftig ebenfalls festgehalten werden, da Ausgabenanstiege im Gesundheitswesen allein über **Zusatzbeiträge**, welche die Krankenkassen unabhängig voneinander von ihren Mitgliedern erheben können, finanziert werden sollen.

410. Die Zusatzbeiträge der Krankenkassen sollen **einkommensunabhängig** erhoben und **sozial ausgeglichen** werden. Der soziale Ausgleich soll über Steuermittel finanziert werden und verwaltungstechnisch über den Gesundheitsfonds erfolgen. Entscheidend für die Versicherten ist dabei grundsätzlich nur ihr sozialversicherungspflichtiges, nicht ihr zu versteuerndes Einkommen. Sie sollen immer dann einen sozialen Ausgleich erhalten, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag der GKV **zwei Prozent** ihres sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Der jeweilige Ausgleichsbetrag ist die Differenz aus dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dieser individuellen Überforderungsgrenze. Übersteigt der individuelle Zusatzbeitrag, dem der Versicherte aufgrund seiner Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse unterliegt, den durchschnittlichen Zusatzbeitrag, dann wird diese weitere Differenz nicht ausgeglichen.

Beim **durchschnittlichen Zusatzbeitrag** handelt es sich um denjenigen fiktiven Zusatzbeitrag, der im Durchschnitt aller Krankenkassen notwendig wäre, um in einem gegebenen Jahr das Defizit der GKV zu finanzieren. Er ergibt sich ex ante bei gegebenen Beitragssätzen und Beitragszahlern der GKV aus dem Vergleich der erwarteten Einnahmen und Ausgaben der GKV und soll jeweils zum Ende eines Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit auf Basis der Prognose des Schätzerkreises und in Abstimmung mit dem Bundesministerium der Finanzen für das Folgejahr **festgelegt** und bekannt gegeben werden. Diskrepanzen zwischen Erwartungen und tatsächlich eintretenden Einnahmen und Ausgaben sollen bei dem Vollzug des sozialen Ausgleichs dann keine weitere Berücksichtigung mehr finden.

411. Während der kassenindividuelle Zusatzbeitrag direkt per Überweisung oder Einzugsermächtigung des Mitglieds an die jeweilige Krankenkasse gezahlt wird, ist die verwaltungstechnische **Umsetzung des Sozialausgleichs** im Rahmen der weiterhin parallel bestehenden einkommensabhängigen Beitragssatzerhebung geplant. Der Arbeitnehmeranteil der einkommensabhängigen Beitragszahlung soll automatisch um den Sozialausgleich gekürzt werden. Dadurch erhöht sich das ausgezahlte Arbeitsentgelt um diesen Betrag und dem Gesundheitsfonds gehen Beitragseinnahmen verloren. Entsprechend der Festlegung, dass der Sozialausgleich aus Steuermitteln erfolgen soll, werden diese fehlenden Beitragseinnahmen dann vom Bund aus Steuermitteln ausgeglichen.

412. Dieses Vorgehen wird allerdings erst ab dem Jahr 2015 explizit umgesetzt. Für die Jahre 2011 bis 2014 ist geplant, den Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren, die im kommenden Jahr durch einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 2,0 Mrd Euro aufgestockt werden soll. Wenn zukünftig bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben die Bedeutung der Zusatzbeiträge und die des damit verbundenen sozialen Ausgleichs weiter zunehmen sollte, dann würden verstärkt bisher kaum an den Umverteilungsprozessen innerhalb der GKV beteiligte Personenkreise, wie privat Krankenversicherte, Beamte und Selbstständige, in diese einbezogen. **Perspektivisch** erweist sich das geplante GKV-FinG als eine Basis für künftige Kompromisse bei der Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung, da ohne grundsätzlichen Eingriff in das System Anpassungen der Beitragssätze oder der Zusatzprämien möglich sind.

413. Um die Abkoppelung der Beiträge zur GKV und somit der Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten zu erreichen und den Wettbewerb um eine effiziente Leistungserbringung zwischen den einzelnen Krankenkassen zu stärken, spricht sich der Sachverständigenrat nach wie vor für die Einführung einer **Bürgerpauschale** mit steuerfinanziertem Sozialausgleich zur Finanzierung der GKV sowie für einen **einheitlichen Krankenversicherungsmarkt** aus (JG 2009 Ziffern 310 ff.). Der Gesundheitsfonds hätte bereits in diese Richtung weisen können. Dieser zielführende Schritt wurde jedoch durch die einkommensabhängige Gestaltung der Zusatzbeiträge im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007 zunichte gemacht. Dies soll mit dem GKV-FinG behoben werden, wengleich der Sachverständigenrat aufgezeigt hat, dass die Zusatzbeiträge im Idealfall unabhängig von Einkommen, Gesundheitsrisiko und Familienstand der Versicherten zu erheben wären (Ziffern 416 f.).

414. Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge hin zu einkommensunabhängigen Pauschalen, die sozial ausgeglichen werden, ist grundsätzlich ein Schritt in diese **Richtung**. Die zentrale Voraussetzung dafür, dass künftig von den pauschalen Zusatzbeiträgen **echte Preissignale** ausgehen, die zu einer Erhöhung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen führen, ist, dass die Bereitschaft der Versicherten, ihre Krankenkasse zu wechseln, ausreichend hoch ist. Ob dies in der Tat der Fall ist, wird sich in der Umsetzungspraxis zeigen. Die Anreize werden jedenfalls richtig gesetzt, da die Orientierung des Sozialausgleichs am durchschnittlichen, nicht am individuellen Zusatzbeitrag erfolgt. Somit haben Versicherte, die den Sozialausgleich erhalten, ein Interesse daran, bei einer Krankenkasse versichert zu sein, die einen vergleichsweise geringen Zusatzbeitrag erhebt. Die bisherige Regelung, stattdessen eine individuelle Überforderungsgrenze festzulegen, hatte den Anreiz zum Wechsel zu Kassen mit niedrigen Zusatzbeiträgen konterkariert, der für die beabsichtigte Lenkungsfunction des Gesundheitsfonds hätte wesentlich sein sollen.

415. Allerdings wird durch die vorgesehene Beibehaltung der Trennung von gesetzlichem und privatem Krankenversicherungsmarkt ein wirklich funktionierender Kassenwettbewerb weiterhin verhindert. Ein **einheitlicher Versicherungsmarkt** wäre notwendig, um die bisherige wettbewerbsschädliche Risikoentmischung zu vermeiden, nach der Gesunde mit hohem Einkommen und ohne mitversicherte Familienangehörige in die Private Krankenversicherung wechseln und „schlechte“ Risiken in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben (JG 2009 Ziffer 311). Zudem setzen höhere Vergütungssätze in der Privaten Krankenversicherung sowie die dort fehlende Mengenbegrenzung vor allem im ambulanten Bereich finanzielle Anreize, Privatpatienten bei der Allokation medizinischer Leistungen zu bevorzugen. Dies kann zu einer ineffizienten Fehl- oder Überversorgung von Privatpatienten und einer Unterversorgung gesetzlich Versicherter führen (Augurzky et al., 2010).

Die Bundesregierung macht jedoch mit der ebenfalls im Regierungsentwurf des GKV-FinG angelegten Möglichkeit, zukünftig wieder nach **einmaligem Überschreiten** der jährlichen Versicherungspflichtgrenze statt erst nach einer dreijährigen Wartefrist in die Private Krankenversicherung wechseln zu können, deutlich, dass sie dem Vorschlag des Sachverständigenrates, einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt zu etablieren, nicht folgen will. Zudem nimmt sie mit dieser Regelung – trotz angespannter Finanzlage – einen Verlust von Beitragseinnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kauf.

416. Die bisherige Ausgestaltung der Zusatzbeiträge hat aufgrund des Einflusses der Einkommens-, der Risiko- und der Familienstruktur der Versicherten einer Krankenkasse auf die Höhe der Zusatzbeiträge den **anzustrebenden Wettbewerb** um eine effiziente Versorgung **behindert** und stattdessen eher zu einem Wettbewerb um einkommensstarke, gesunde, ledige Versicherte geführt (JG 2006 Ziffern 284 ff.). Mit der Einführung von als Pauschalen erhobenen Zusatzbeiträgen, die durch Steuermittel sozial ausgeglichen werden, wird der Einfluss der Einkommensstruktur der Versicherten auf die Höhe des Zusatzbeitrags eliminiert. Allerdings hängt ihre Höhe weiterhin vom Gesundheitsrisiko der Versicherten sowie der Familienstruktur ab. Damit wird der Zusatzbeitrag umso höher ausfallen, je höher das Krankheitsrisiko der Versicherten ist und je mehr beitragsfrei Versicherte die jeweilige Krankenkasse hat.

Eine im Hinblick auf die **Risikostruktur** neutrale Ausgestaltung der Zusatzbeiträge könnte realisiert werden, indem der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich nicht nur innerhalb des Gesundheitsfonds durchgeführt wird, sondern sämtliche Leistungsausgaben, also auch jene, die über die Zusatzbeiträge finanziert werden, bei diesem berücksichtigt werden (JG 2006 Ziffer 298). Die einfachste Lösung, um die kassenindividuellen, pauschalen Zusatzbeiträge von der **Familienstruktur** unabhängig auszugestalten und den Wettbewerb der Krankenkassen auf die effiziente Versorgung zu konzentrieren, bestünde darin, dass alle Versicherten, also auch die nicht erwerbstätigen Ehegatten und die Kinder, den Zusatzbeitrag leisten müssten. In diesem Fall würden die Beiträge für die Mitversicherten ohne eigenes Einkommen über den kassenübergreifenden Sozialausgleich aus Steuermitteln finanziert werden (JG 2006 Ziffer 299).

417. Vor dem Hintergrund der derzeitigen angespannten Lage der öffentlichen Haushalte kann das Erheben von Zusatzbeiträgen allein bei den beitragspflichtig Versicherten als kurzfristig hinnehmbar angesehen werden, da die für den Sozialausgleich benötigten Steuermittel dadurch niedriger ausfallen. Mittelfristig sollten die Zusatzbeiträge aber neutral im Hinblick auf die Familienstruktur ausgestaltet werden, zum einen, um den Wettbewerb der Kassen auf eine effiziente Versorgung zu fokussieren, und zum anderen, um das bestehende Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung in Richtung der vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen **Bürgerpauschale weiterentwickeln** zu können (JG 2008 Ziffern 675 ff.).

Hierzu müsste nach der Umsetzung der von der Familienstruktur unabhängigen Ausgestaltung der Zusatzbeiträge dazu übergegangen werden, nicht nur Ausgabenanstiege über Zusatzbeiträge zu finanzieren, sondern auch den einkommensabhängigen Beitrag in die Pauschale zu überführen, während gleichzeitig der versicherungsexterne steuerfinanzierte Sozialausgleich entsprechend auszubauen wäre. Schließlich müsste der Arbeitgeberanteil zur Gesetzlichen Krankenversicherung vollständig dem Bruttolohn zugeschlagen werden, sodass der gesamte Krankenversicherungsbeitrag einkommensunabhängig erhoben werden könnte.

418. Zunächst ist allerdings hervorzuheben, dass die von der Bundesregierung geplante Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie darauf abzielt, das zu Beginn des Jahres 2010 für das Jahr 2011 erwartete Defizit von bis zu 11 Mrd Euro durch den geplanten **Beitragssatzanstieg** um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 vH zum 1. Januar 2011 zu verhindern. Durch diese Anpassung sollen jährliche Mehreinnahmen von rund 6,3 Mrd Euro zustande kommen. Zusammen mit einem weiteren Bundeszuschuss von 2,0 Mrd Euro und den geplanten Ausgabenkürzungen (Ziffern 420 f.), die sich nach dem Regierungsentwurf des GKV-FinG im Jahr 2011 auf 3,5 Mrd Euro belaufen sollen, kann aller Voraussicht nach im Jahr 2011 auf den Einstieg in die flächendeckende Finanzierung der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen durch einkommensunabhängige Beiträge, die sozial ausgeglichen werden, verzichtet werden. Kurzfristig bewirkt die Bundesregierung also das genaue Gegenteil von ihren längerfristigen Reformplänen. Anstatt die mit der geplanten Reform angestrebten Ziele, insbesondere die **Abkoppelung** der Gesundheitskosten von den **Arbeitskosten**, sofort umzusetzen, steigen durch die Erhöhung des Beitragssatzes die Arbeitskosten noch einmal.

419. Ob das im Regierungsentwurf des GKV-FinG intendierte Ziel, zukünftig Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen über **einkommensunabhängige Zusatzbeiträge** zu finanzieren, in den Folgejahren erreicht wird, bleibt abzuwarten. Bisher ist die Realisierung dieses Ziels jedenfalls so vorsichtig angelegt, dass unter günstigen Umständen die Erhebung flächendeckender Zusatzbeiträge bis in das Jahr 2013 vermieden werden kann. Und im Hinblick auf negative Erfahrungen, die in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen gemacht wurden, wäre es durchaus denkbar, dass die Bundesregierung dann eine Regelung finden wird, die auch in dem Jahr der Bundestagswahl flächendeckende Zusatzbeiträge vermeidet. In diesem Fall wäre zwar mit der geplanten Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung der Einstieg in eine einkommensunabhängige Finanzierung der GKV realisiert worden – allerdings **nur auf dem Papier**.

Stabilisierung der Ausgabenseite – Mehr Schatten als Licht

420. Der vom Kabinett am 22. September 2010 verabschiedete Entwurf des GKV-FinG sieht auf der Ausgabenseite vor, dass sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen dazu beitragen sollen, die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in den kommenden beiden Jahren zu stabilisieren. Neben bereits beschlossenen kurzfristig wirksamen Maßnahmen im Arzneimittelbereich, die den größten Beitrag zu den geplanten Einsparungen leisten werden, sind auf der Ausgabenseite folgende **Maßnahmen** vorgesehen:

- Die Preise für **akutstationäre Krankenhausleistungen** und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 nur in Höhe der halben anstatt der vollen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter wachsen.
- Geht das für das laufende Jahr vereinbarte Erlösbudget von Krankenhäusern über das Volumen des jeweils vorangegangenen Jahres hinaus (sogenannte **Mehrleistungen**), wird für das Jahr 2011 ein Effizienzabschlag von 30 vH festgesetzt. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe dieses Abschlags durch die Vertragsparteien vor Ort zu verhandeln.
- Durch verschiedene Regelungen soll der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der **vertragsärztlichen Versorgung** in den kommenden beiden Jahren begrenzt werden. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Außerdem werden medizinisch nicht begründbare Ausgaben der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen begrenzt.
- Auch das Vergütungsniveau der **hausarztzentrierten Versorgung** wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig waren.
- Die **Verwaltungskosten** der Krankenkassen dürfen in den kommenden beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht steigen.
- Bei den **Zahnärzten** dürfen sich die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz in den Jahren 2011 und 2012 höchstens um die

Hälfte der für das jeweilige Jahr festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

421. Zudem wurden im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKVÄndG) **kurzfristige Einsparungen im Arzneimittelbereich** beschlossen. Sie sollen erzielt werden, indem für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 der Herstellerabschlag auf Arzneimittel ohne Festbetrag um 10 Prozentpunkte auf 16 vH erhöht wird. Gleichzeitig wurde ein Preisstopp für die entsprechenden Medikamente festgelegt, um zu vermeiden, dass die Hersteller den höheren Zwangsrabatt durch Preiserhöhungen ausgleichen können. Allerdings war eine Ausnahmeregelung für diejenigen Hersteller vorgesehen, die ab dem 1. August 2010 ihre Preise senken: Um Preissenkungen zu belohnen, war deren Verrechnung mit dem erhöhten Zwangsrabatt vorgesehen. Damit gab der Gesetzgeber den Arzneimittelherstellern unnötigerweise die von diesen zumindest teilweise genutzte Möglichkeit, durch zeitlich geschickt gelegte Preiserhöhungen, auf die ab dem 1. August 2010 Preissenkungen folgten, die Erhöhung des Herstellerrabatts zu umgehen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass diese Ausnahmeregelung zum 1. Januar 2011 entsprechend präzisiert wird.

422. Die im Regierungsentwurf des GKV-FinG auf der Ausgabenseite vorgesehenen Maßnahmen sind insgesamt dazu geeignet, kurzfristig zu einem Abbau des am Jahresanfang prognostizierten beträchtlichen Defizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen. Auffällig ist allerdings, dass die vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen offenbar nicht gleichmäßig auf alle Leistungserbringer verteilt wurden. Vor allem handelt es sich bei den vorgesehenen Maßnahmen lediglich um punktuelle Eingriffe, die nicht zu der **dringend benötigten** und auf Dauer angelegten **Begrenzung** zukünftiger Ausgabensteigerungen in der GKV beitragen. Insbesondere wäre es von Bedeutung, offensichtlich bestehende Effizienzreserven zu heben (Richter, 2010; Afonso und Aubyn, 2005).

Hierzu wäre es unter anderem notwendig, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu erhöhen. Dieser könnte verstärkt werden, indem die Möglichkeiten der Krankenkassen, selektiv mit einzelnen Leistungserbringern über Preise, Mengen und Qualität zu verhandeln, ausgeweitet werden. Insbesondere dürfte der Krankenhausbereich nicht mehr von selektivvertraglichen Regelungen ausgenommen werden. Konsequenz dieses Vorgehens dürfte auf der einen Seite sein, dass aufgrund des zu erwartenden höheren Spezialisierungsgrads der Krankenhäuser Eingriffe wirkungsvoller und weniger belastend für die Patienten werden. Auf der anderen Seite werden die Versicherten bei der Krankenhauswahl eingeschränkt und es dürfte sich vermutlich die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus erhöhen. Um für diesen Fall unnötige Härten zu vermeiden, wären maximale Entfernungsvorgaben angezeigt. Zudem muss sichergestellt werden, dass für medizinische Notfälle eine wohnortnahe Versorgung vorhanden ist und dass jede Krankenkasse zumindest einen einheitlichen, gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog kontrahiert und eine Mindestqualität gewährleistet.

Darüber hinaus ist eine bessere Verzahnung der stationären und der ambulanten Versorgung anzustreben, für die bislang eine künstliche Grenzziehung besteht. Leistungserbringer sollten

unter Berücksichtigung von Qualitätsstandards entscheiden dürfen, welche Leistung sie stationär und welche ambulant anbieten wollen. Ähnlich vielversprechend wäre das Bestreben, durch Schaffung betrieblicher Strukturen für eine bessere Arbeitsteilung in der ambulanten Medizin zu sorgen. Beispielsweise können medizinische Versorgungszentren oder Ärztehäuser Kompetenzen bündeln und diese arbeitsteilig einsetzen. Dabei muss aus Sicht der medizinischen Qualitätssicherung die Geschäftsführung keinesfalls zwingend von einem Arzt übernommen werden. Des Weiteren könnte über Möglichkeiten nachgedacht werden, das ungebremste Nachfrageverhalten der Versicherten nach Gesundheitsleistungen besser zu steuern. Obwohl das Heben von Effizienzreserven Kern jeder Reform der GKV sein sollte, hat die Bundesregierung bisher lediglich entsprechende Maßnahmen auf dem Arzneimittelmarkt beschlossen.

423. Das **Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)** ist am 29. Juni 2010 vom Kabinett verabschiedet worden und zielt vor allem auf eine Begrenzung der Kosten für Arzneimittel ohne Festbeträge, die die Arzneimittelkosten in die Höhe treiben. Bei diesen handelt es sich üblicherweise um neue, patentgeschützte Medikamente, die zwar nur gut ein Viertel der Arzneimittelverordnungen, aber mehr als die Hälfte des Arzneimittelumsatzes ausmachen (Bundesministerium für Gesundheit, 2010a).

Problematisch in diesem Zusammenhang ist zum einen, dass einigen dieser Arzneimittel wohl kein adäquater Zusatznutzen gegenübersteht, der die im Vergleich zu Festbeträgen hohen Herstellerpreise rechtfertigen würde. Zum anderen erscheinen die Herstellerpreise selbst für Arzneimittel mit Zusatznutzen vielfach unangemessen hoch (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b). Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, soll durch das AMNOG die bisherige Praxis, dass die Hersteller unabhängig vom Nachweis eines therapeutischen Zusatznutzens ab Marktzulassung für die Dauer des Patentschutzes den Arzneimittelpreis frei festlegen können, durch ein neues Verfahren ersetzt werden. **Nutzenbewertungen** und **Preisverhandlungen** sollen bei diesem eine zentrale Rolle spielen.

424. Dieses neue Verfahren sieht vor, dass zukünftig der Arzneimittelhersteller dafür verantwortlich ist, den zusätzlichen Nutzen eines neuen Medikaments nachzuweisen. Dazu muss er bereits zur Markteinführung oder zur Zulassung neuer Anwendungsgebiete ein entsprechendes Dossier vorlegen. Ob der behauptete **Zusatznutzen** letztlich anerkannt wird, bestimmt nach der Fassung des AMNOG vom 29. Juni 2010 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der innerhalb von drei Monaten nach der Marktzulassung eine Nutzenbewertung durchführt oder vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erstellen lässt. Zu dieser können Hersteller, Verbände und Fachkreise dann in den darauffolgenden drei Monaten Stellung nehmen, bevor der G-BA abschließend entscheidet. Allerdings gibt es derzeit Bemühungen, das AMNOG dahingehend zu ändern, dass nicht der G-BA, sondern das Bundesministerium für Gesundheit zukünftig entscheiden wird, ob der behauptete Zusatznutzen eines Arzneimittels letztlich anerkannt wird. In diesem Zusammenhang fällt jedoch der Bewertung durch eine unabhängige Einrichtung eine sehr wichtige Rolle zu, sodass dieser Schritt zu überdenken ist.

Kann **kein zusätzlicher Nutzen** festgestellt werden, wird das neue Arzneimittel direkt in das Festbetragsystem überführt. Folglich werden die Krankenkassen für dieses Arzneimittel nur noch den für vergleichbare Medikamente festgelegten **Höchstbetrag** zahlen. Ist dagegen ein **Zusatznutzen feststellbar**, gilt das Medikament als echte Innovation und die Krankenkassen werden für die Dauer eines Jahres ab Markteinführung den vom Hersteller verlangten Preis zahlen. Allerdings müssen Krankenkassen und Hersteller dieses Jahr nutzen, um einen **Rabatt auszuhandeln**, der nach Ablauf dieses Jahres den Herstellerpreis reduziert. Können die beiden Parteien innerhalb dieser Frist keine Einigung erzielen, wird innerhalb von drei Monaten von einer zentralen Schiedsstelle ein Rabatt bestimmt, der rückwirkend gilt. Als Entscheidungsbasis dieser Schiedsstelle können etwa internationale Vergleichspreise dienen.

425. Wenngleich enttäuschend ist, dass die Regierungskoalition bei der Neuordnung des Arzneimittelmarkts nicht auch auf mehr Wettbewerb bei der Distribution von Arzneimitteln durch eine Aufhebung des **Fremd- und Mehrbesitzverbots** von Apotheken setzt, ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung mit ihrem Entwurf überhaupt eine Dauerbaustelle des Gesundheitswesens angegangen ist. Ebenso ist grundsätzlich zu befürworten, dass die langfristige Neuordnung des Arzneimittelmarkts durch eine Fokussierung auf Nutzenbewertungen und insbesondere Verhandlungslösungen geprägt ist.

Problematisch an dem angestrebten Verfahren ist, dem Hersteller das Erbringen des Nutzenachweises zu übertragen und einen derart engen Zeitrahmen für die Entscheidung über einen Zusatznutzen zu setzen. Denn es ist fraglich, ob in dieser Zeit die für eine Bewertung notwendigen wissenschaftlichen Erkenntnisse in ausreichendem Maße vorliegen können. Des Weiteren wäre es notwendig, nicht nur eine Nutzen-, sondern eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchzuführen. Denn diese dürfte wichtige Erkenntnisse für die angemessene Bestimmung des Preises, den die Krankenkassen für ein Arzneimittel erstatten sollten, liefern. Mit der Festlegung dieses Erstattungspreises wäre dann ebenfalls klar, welchen Rabatt auf den ursprünglichen Herstellerpreis die Krankenkassen aushandeln müssten.

II. Soziale Pflegeversicherung: Auf dem Weg ins Defizit

426. Die Soziale Pflegeversicherung erzielte im ersten Halbjahr 2010 ein nahezu **ausgeglichenes Ergebnis**: Die Einnahmen von 10,6 Mrd Euro überstiegen die Ausgaben lediglich um knapp 40 Mio Euro. Damit hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahreszeitraum die finanzielle Lage verschlechtert, denn im ersten Halbjahr 2009 wies die Soziale Pflegeversicherung noch einen Überschuss von 0,4 Mrd Euro aus.

Mit einem Anstieg von knapp 7 vH ist ein **sehr starkes Ausgabenwachstum**, dem lediglich ein Zuwachs bei den Einnahmen von etwa 2 vH gegenübersteht, für die vergleichsweise negative finanzielle Entwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung verantwortlich. Dabei ist die Zunahme der Ausgaben zu einem Teil auf die zum 1. Januar 2010 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vorgesehene **Anhebung der Leistungen** in der häuslichen und in der teilstationären Pflege zurückzuführen (JG 2007 Ziffern 293 ff.). Der größere Teil des Ausgabenanstiegs resultiert allerdings aus der **verstärkten Inanspruchnahme** des im Rah-

men des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erweiterten Leistungskatalogs der Sozialen Pflegeversicherung (Deutsche Bundesbank, 2010).

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (**Pflege-Weiterentwicklungsgesetz**) zielte unter anderem auf eine Ausweitung der Definition der Pflegebedürftigkeit sowie auf eine kostendämpfende Umstrukturierung auf Seiten der Leistungserbringer ab und ist am 1. Juli 2008 in Kraft getreten. Dem Ansatz „ambulant vor stationär“ folgend sollte die kostengünstigere ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen ausgebaut werden, indem die entsprechenden Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung schrittweise in den Jahren 2008, 2010 und 2012 angehoben werden. Außerdem wurden im Rahmen dieses Gesetzes Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch keinen erheblichen Pflegebedarf nachweisen können, aber dennoch zusätzliche Betreuung benötigen (insbesondere Demenzkranke), in den Kreis der Leistungsberechtigten einbezogen. Schließlich wurde die Dynamisierung der Leistungen zunächst nach Maßgabe einer unterstellten durchschnittlichen Inflationsrate von jährlich 1,5 vH beschlossen. Dies soll gewährleisten, dass der reale Wert der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung erhalten bleibt.

427. Die **liquiden Mittel** der Sozialen Pflegeversicherung betragen zur Jahresmitte 2010 gut 4,8 Mrd Euro oder 2,7 durchschnittliche Monatsausgaben. Bis zum Ende des Jahres 2010 dürfte sich die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung infolge hoher Beitragseinnahmen im vierten Quartal aufgrund der saisonüblichen Sonderzahlungen **günstig** entwickeln, sodass die Einnahmen die Ausgaben übersteigen sollten. Allerdings wird dieser Überschuss unter dem des Vorjahres von knapp 1 Mrd Euro liegen.

Mit Beitragssätzen von 2,2 vH für Kinderlose und 1,95 vH für Versicherte mit Kindern dürften mittelfristig keine Einnahmen generiert werden, die ausreichen, um die in absehbarer Zeit steigenden Ausgaben zu decken (Deutsche Bundesbank, 2010). Folglich steuert die Soziale Pflegeversicherung in der **mittleren Sicht** auf **Defizite** zu. Für diesen absehbaren Ausgabenanstieg sind die infolge des demografischen Wandels steigende Anzahl von Leistungsempfängern und die Dynamisierung der Leistungssätze im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes verantwortlich. Des Weiteren gilt der Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI als zu eng gefasst (Bundesministerium für Gesundheit, 2009), weshalb der Koalitionsvertrag vorsieht, eine neue, differenzierte Definition von Pflegebedürftigkeit anzustreben. Da zu erwarten ist, dass eine solche Neudefinition wiederum mit einer Leistungsausweitung einhergehen wird, dürfte von dieser ebenfalls ein zusätzlicher Kostendruck ausgehen.

428. Insbesondere wenn die Bundesregierung die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs angeht, wird sie nicht umhin kommen, die Finanzierungsseite in ihre Reform mit einzubeziehen (JG 2009 Ziffer 317). Im Koalitionsvertrag wurde bereits vereinbart, dass zur Sicherstellung einer verlässlichen Teilabsicherung der Pflegekosten die bestehende, umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung durch eine Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss, ergänzt werden soll. Allerdings hat die Bundesregierung bisher keinen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt.

429. Bei einer finanzierungsseitigen Reform der Sozialen Pflegeversicherung sind vor allem die zunehmende und die nachwachsenden Generationen belastende intergenerative Umverteilung sowie die wettbewerbsschädliche Risikoentmischung zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung in den Blick zu nehmen. Um diesen beiden Aspekten Rechnung zu tragen, hat der Sachverständigenrat das Konzept der umlagefinanzierten **Bürgerpauschale** mit integriertem steuerfinanzierten **Sozialausgleich** vorgeschlagen (JG 2004 Ziffern 510 ff.). Allerdings ist die Realisierung dieses Reformvorschlages aufgrund der institutionell engen Verbundenheit von Kranken- und Pflegeversicherung nur dann sinnvoll, wenn eine gleichgerichtete Reform der Finanzierungsseite der Krankenversicherung gelingt. Im Hinblick auf die mit dem GKV-FinG angestrebten Veränderungen auf der Finanzierungsseite der Gesetzlichen Krankenversicherung könnte sich mittelfristig möglicherweise eine Gelegenheit ergeben, die die Umsetzung dieses Reformvorschlages realistischer als in der Vergangenheit erscheinen lässt.

Sollte dies nicht der Fall sein und sollte an der einkommensabhängigen Beitragsbemessung in der Sozialen Pflegeversicherung festgehalten werden, dann wäre aus Sicht des Sachverständigenrates eine **Weiterentwicklung des Beitragssplittings** angezeigt. Ein höherer Beitragssatz für Rentner würde die intergenerative Umverteilung, die zulasten jüngerer Kohorten geht, reduzieren. Flankierende Maßnahmen wie die Einführung einer staatlich geförderten privaten Pflegeversicherung sollten diese Weiterentwicklung des Beitragssplittings begleiten (JG 2008 Ziffer 702). Zudem sollte auf der Ausgabenseite der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gestärkt werden, um das Ziel einer verbesserten Kosteneffizienz bei hoher Leistungsqualität und Transparenz zu erreichen.

III. Gesetzliche Rentenversicherung: Rentenpolitische Standfestigkeit erforderlich

430. Die Große Koalition hatte im Jahr 2009 mit der Erklärung der Rentengarantie die bereits existierende Schutzklausel bei der Rentenanpassung noch einmal erweitert, sodass zukünftig negative Rentenanpassungen selbst infolge eines Rückgangs der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer ausgeschlossen sind. Im Jahr 2010 kam die (erweiterte) Schutzklausel zur Anwendung und hat dazu geführt, dass die aktuellen Rentenwerte West und Ost und damit die Bruttorenten unverändert bleiben. Dadurch hat sich der Ausgleichsbedarf noch einmal kräftig erhöht und ist auf einen regelrechten **Nachholberg** angewachsen. Nur wenn es nicht zu weiteren diskretionären Eingriffen in die Rentengesetzgebung kommt und der Nachholberg wie geplant ab dem Jahr 2011 abgebaut wird, kann vermieden werden, dass die Gesetzliche Rentenversicherung wieder in eine finanzielle Schieflage gerät. Dies erfordert ebenso rentenpolitische Standfestigkeit wie die ab dem Jahr 2012 vorgesehene und in diesem Jahr wieder in die Diskussion geratene **stufenweise Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre**. Sie ist ebenfalls zur Sicherung der finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Rentenversicherung notwendig. Außerdem vergrößert sie das in Folge des demografischen Wandels von Alterung und Schrumpfung betroffene Erwerbspersonenpotenzial. Dies wirkt einem potenziellen Arbeitskräftemangel entgegen und entfaltet positive Wachstumseffekte.

1. Nullrunde bei den Renten

431. Für die Allgemeine Rentenversicherung, welche den größten Teil der Gesetzlichen Rentenversicherung abbildet, ergab sich für die ersten drei Quartale 2010 ein **negativer Finanzierungssaldo** von 2,7 Mrd Euro. Dementsprechend reduzierte sich die Nachhaltigkeitsrücklage auf 13,4 Mrd Euro oder 0,79 Monatsausgaben. Die Gesamteinnahmen der Allgemeinen Rentenversicherung beliefen sich auf 181,5 Mrd Euro. Von diesen entfielen 74,1 vH auf Einnahmen aus Beiträgen und 24,4 vH auf Bundeszuschüsse. Die Pflichtbeiträge aus Arbeitseinkommen, die knapp 90 vH der Einnahmen aus Beiträgen ausmachen, betragen 118,7 Mrd Euro in den ersten drei Quartalen 2010 und sind gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum um 2 vH gestiegen. Ebenso haben sich die Bundeszuschüsse um gut 3 vH erhöht.

Den Gesamteinnahmen der Allgemeinen Rentenversicherung standen bis Ende September 2010 Gesamtausgaben von 184,2 Mrd Euro gegenüber. Von diesen entfielen knapp 86 vH oder 158,3 Mrd Euro auf die Rentenausgaben, die sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum um gut 2 vH erhöht haben.

432. Infolge des deutlichen Konjunkturinbruchs in Deutschland im Jahr 2009 sind die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer gesunken. Dies wirkte sich auf die jährliche Rentenanpassung aus. Sie wird durch die Lohnkomponente, die Beitragskomponente und den Nachhaltigkeitsfaktor bestimmt (JG 2008 Kasten 11). In den alten Bundesländern war im Jahr 2009 die für die Rentenanpassung relevante Lohnentwicklung negativ (-0,96 vH); in den neuen Bundesländern war sie mit 0,61 vH geringfügig positiv. Zudem wirkten sich sowohl die Beitragskomponente mit -0,64 vH als auch der Nachhaltigkeitsfaktor mit -0,51 vH anpassungsdämpfend aus. Rein rechnerisch hätte sich daraus insgesamt eine Senkung der Bruttorenten für die alten Bundesländer um 2,1 vH und für die neuen Bundesländer um 0,54 vH ergeben. Allerdings verhindert die Schutzklausel (§ 68a SGB VI), die im vergangenen Jahr ohne Umschweife zu einer **Rentengarantie** erweitert wurde (erweiterte Schutzklausel), ein Absinken der Bruttorenten. Somit bleiben die aktuellen Rentenwerte West und Ost und damit die Bruttorenten im Jahr 2010 konstant, wobei lediglich in den alten Bundesländern die erweiterte Schutzklausel zur Anwendung kam.

433. Mit der bereits im letzten Jahresgutachten kritisierten Abgabe der Rentengarantie (JG 2009 Ziffern 303 ff.) hat die Bundesregierung einen weiteren Tatbestand geschaffen, der den **Ausgleichsbedarf erhöht**. Denn gemäß § 68a SGB VI müssen die durch die Schutzklausel unterbliebenen Minderungen der aktuellen Rentenwerte ab dem Jahr 2011 nachgeholt werden, indem künftige positive Rentenanpassungen solange halbiert werden, bis der Ausgleichsbedarf abgebaut ist. In den alten Bundesländern ist der Ausgleichsbedarf in diesem Jahr um 2,1 Prozentpunkte auf derzeit rund 3,8 vH des Rentenvolumens gestiegen; dabei gehen 1,0 Prozentpunkte der Erhöhung des Ausgleichsbedarfs auf die Erweiterung der Schutzklausel zurück. In den neuen Ländern liegt der Ausgleichsbedarf derzeit bei 1,8 vH des Rentenvolumens und hat sich gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozentpunkte erhöht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010).

Es hat sich also infolge der Wirkung der Schutzklausel und ihrer Erweiterung sowie des Aussetzens des Riesterfaktors in den vergangenen Jahren ein wahrer **Nachholberg** angesammelt (Gasche, 2009), der erst in Jahren abgetragen sein wird. Berechnungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zufolge wäre der Ausgleichsbedarf bei konsequenter Umsetzung in den alten Bundesländern mit der Rentenanpassung zum 1. Juli 2017 und in den neuen Bundesländern mit der Rentenanpassung zum 1. Juli 2014 vollständig abgebaut. Dies setzt allerdings voraus, dass die Politik **rentenpolitische Standfestigkeit** beweist und von weiteren diskretionären Eingriffen in die Rentengesetzgebung absieht. Ansonsten wäre die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung erneut gefährdet.

434. Neben diesen in der Vergangenheit vorgenommenen diskretionären Eingriffen, die insbesondere in Form ansonsten möglicher, aber unterbliebener Beitragssatzsenkungen Mehrbelastungen der Beitragszahler zur Folge haben, enthält das im Jahr 2010 zusammengestellte **Sparpaket der Bundesregierung** zwei zusätzlich die Gesetzliche Rentenversicherung betreffende Maßnahmen, die die **Beitragszahler belasten** werden: die vollständige Streichung des Rentenversicherungsbeitrags für Empfänger von Arbeitslosengeld II und den Wegfall der Erstattungen des Bundes an die Rentenversicherung für die Aufstockung der Ostrenten. Beide Maßnahmen zusammen werden die Gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 2011 mit 2,1 Mrd Euro belasten und bis zum Jahr 2014 in etwa auf diesem Niveau verbleiben. Im Zeitverlauf stehen den Belastungen durch die Streichung der Rentenversicherungsbeiträge für Arbeitslosengeld II-Empfänger zwar Entlastungen gegenüber, da keine neuen Rentenansprüche generiert werden; mittelfristig resultiert aus beiden Maßnahmen aber ein Anstieg des Beitragssatzes im Vergleich zu einer Situation, in der diese Zahlungen des Bundes bestehen geblieben wären, bevor sich in späteren Jahren wieder eine Angleichung der Beitragssätze ergibt (Gasche, 2010).

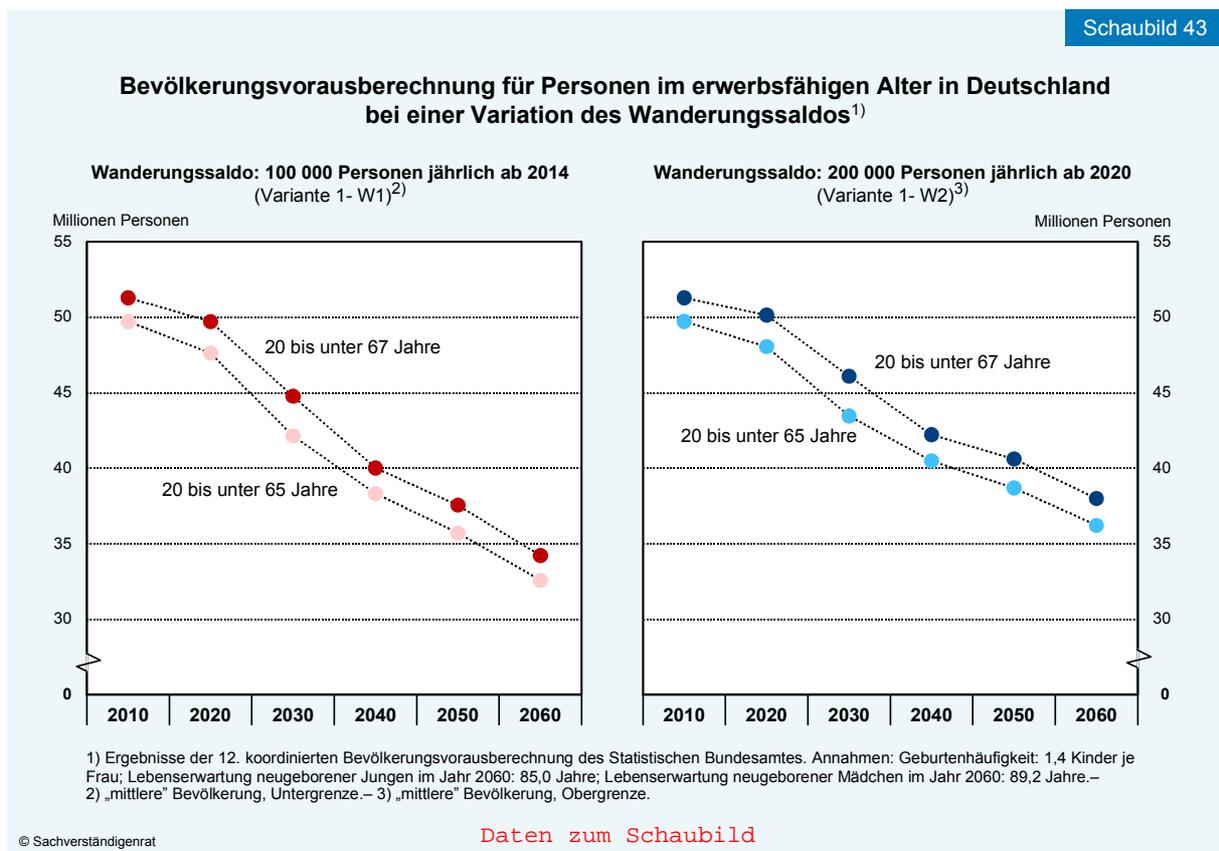
435. Derzeit basiert die monatliche Zahlung von Beiträgen für Arbeitslosengeld II-Empfänger an die Gesetzliche Rentenversicherung auf einer Bemessungsgrundlage von 205 Euro. Daraus resultiert nach einem Jahr Arbeitslosengeld II-Bezug in Westdeutschland lediglich ein monatlicher Rentenbezug von derzeit 2,17 Euro, sodass die Sinnhaftigkeit dieser Zahlungen durchaus in Frage gestellt werden kann. Dennoch ist anzumerken, dass der Bundeshaushalt auf Kosten der Beitragszahler der Gesetzlichen Rentenversicherung entlastet wird. Bei der Streichung der Beiträge für Arbeitslosengeld II-Empfänger handelt es sich, wie auch bei dem Wegfall der Erstattungen des Bundes für die Ostrentenaufstockung, die beide als versicherungsfremde Leistungen anzusehen und somit vom Bund zu finanzieren sind, um reine „**Verschiebeparkplätze**“.

2. Die Rente mit 67 und die Lage Älterer am Arbeitsmarkt

436. Mit dem im Frühjahr 2007 verabschiedeten RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz wurde die **Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre** beschlossen. Es sieht vor, dass beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 ab dem Jahr 2012 die Regelaltersgrenze zunächst schrittweise um einen Monat pro Geburtsjahrgang angehoben wird. Ab dem Jahr 2024 und beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1959 steigt die Regelaltersgrenze dann um jeweils zwei Monate pro Geburtsjahrgang, sodass im Jahr 2029 die Regelaltersgrenze von 67 Jahren er-

reicht wird. Damit geht im Jahr 2031 der erste Geburtsjahrgang, nämlich der des Jahres 1964, mit 67 Jahren in den Ruhestand.

437. Aufgrund anhaltend niedriger Geburtenzahlen und der steigenden Lebenserwartung entwickelt sich das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern in der Gesetzlichen Rentenversicherung rückläufig, was ihre finanzielle Stabilität gefährdet und – ohne entsprechende Reformen – vor allem die jüngeren Generationen durch höhere Beitragszahlungen belastet und einen Anstieg der Arbeitskosten bewirkt. Durch die Anhebung der Regelaltersgrenzen wird sich dieses Verhältnis verbessern, was **positive Effekte** auf die **finanzielle Situation** der Gesetzlichen Rentenversicherung hat.



Des Weiteren geht mit dem demografischen Wandel insbesondere eine Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter einher, sodass das Erwerbspersonenpotenzial tendenziell sinkt. Damit reduziert sich unter den derzeit gegebenen Bedingungen das Arbeitsangebot und qualifikatorische Ersatzbedarfe können nicht in vollem Umfang befriedigt werden, sodass es – zumindest in einigen Branchen – zu einem Arbeitskräftemangel kommen kann. Gleichzeitig beeinflusst der Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials die gesamtwirtschaftliche Produktion. Diesen negativen Folgen des demografischen Wandels kann durch eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, durch einen Anstieg der Arbeitsproduktivität sowie durch die Verlängerung der Erwerbsphase entgegengewirkt werden, da diese Maßnahmen das Erwerbspersonenpotenzial vergrößern. Die Verlängerung der Erwerbsphase kann nunmehr sowohl durch eine Verkürzung der Schul- und Ausbildungszeit als auch durch eine Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters erreicht werden. Folglich hat die Anhe-

bung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre nicht nur positive Effekte auf die finanzielle Lage der Gesetzlichen Rentenversicherung, sondern erhöht auch das Erwerbspersonenpotenzial (Schaubild 43). Somit wirkt sie einem potenziellen **Arbeitskräftemangel entgegen** und kann **positive Wachstumswirkungen** entfalten.

438. Damit diese Effekte in vollem Umfang wirksam werden, ist es allerdings von Bedeutung, dass die stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters wie geplant im Jahr 2012 beginnt. Denn nur dann ist sichergestellt, dass die größten Probleme entschärft werden können, die sich für die Gesetzliche Rentenversicherung ergeben, wenn die Generation der Babyboomer in den Jahren ab 2015 bis etwa 2030 in den Ruhestand eintritt. Schließlich kann nur in diesem Zeitfenster erreicht werden, dass auch die Babyboomer-Generation einen Beitrag zur Lösung dieser Problematik leistet.

Somit führt an dem in diesem Jahr wieder in die Diskussion geratenen **Einstieg in die Rente mit 67** im Jahr 2012 kein Weg vorbei. Es ist erforderlich, dass die Bundesregierung hier ebenfalls Standfestigkeit beweist. Hilfreich wäre es, einige Irrtümer auszuräumen, die im Zusammenhang mit der „Rente mit 67 Jahren“ entstanden sind und die ihre Akzeptanz in der Bevölkerung beeinträchtigen.

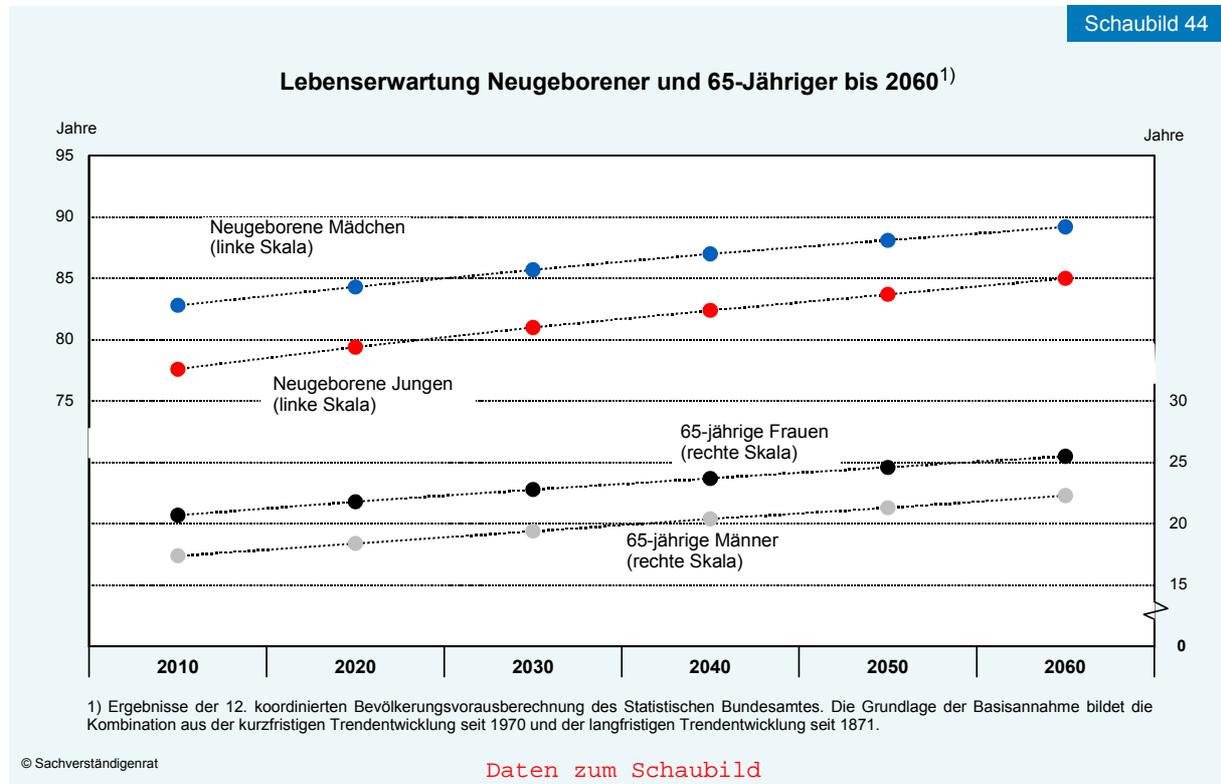
Zu diesen Irrtümern gehört insbesondere aus der aktuellen Situation auf dem Arbeitsmarkt zu folgern, dass

- ältere Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt nicht nachgefragt werden und es ihnen deshalb gar nicht möglich wäre, ab dem Jahr 2029 bis zu ihrem 67. Lebensjahr zu arbeiten, und dass
- Angehörige bestimmter Berufsgruppen aufgrund einer besonders hohen physischen und psychischen Belastung nicht in der Lage wären, bis zum Erreichen der ab dem Jahr 2029 gültigen Regelaltersgrenze von 67 Jahren einem Beruf nachzugehen.

439. Bei der Betrachtung der **Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer** darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Anhebung der Regelaltersgrenzen stufenweise erfolgt und erst im Jahr 2031 der erste Geburtsjahrgang tatsächlich mit 67 Jahren in den Ruhestand geht. Folglich ist nicht die heutige Situation Älterer auf dem Arbeitsmarkt entscheidend, sondern die zukünftige, die aufgrund der demografischen Entwicklung als vergleichsweise günstig eingeschätzt werden kann.

440. Beim zweiten Argument, dass Angehörige bestimmter Berufsgruppen aufgrund einer besonders hohen physischen und psychischen Belastung nicht in der Lage wären, bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze bei dann 67 Jahren ihrem Beruf nachzugehen, ist zu bedenken, dass sich der **durchschnittliche Gesundheitszustand** der Bevölkerung durch die weitere Abnahme körperlich anstrengender Tätigkeiten und gesundheitsbewusstes Verhalten zukünftig weiter **verbessern** dürfte. Hinzu kommt, dass mit einem weiteren Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung zu rechnen ist (Schaubild 44). Zumindest ein Teil dieser

gewonnenen Jahre dürfte ebenfalls bei guter Gesundheit verbracht werden. Folglich ist es unangemessen, das oben genannte Argument, dass Angehörige bestimmter Berufsgruppen nicht bis zum Erreichen einer Regelaltersgrenze von 67 Jahren arbeiten können, mit dem Gesundheitszustand heute 67-Jähriger zu untermauern.



Gleichwohl mag es Arbeitnehmer oder sogar ganze Berufsgruppen geben, für die es – zumindest in ihrem ursprünglich erlernten Beruf – schwierig sein wird, bis zum Erreichen ihres 67. Lebensjahres erwerbstätig zu sein. Für diese müssen **Alternativen** angeboten werden, die aber vor allem Anpassungsprozesse bei den Arbeitnehmern und Unternehmen erfordern. So müssen einerseits die Arbeitnehmer zu lebenslangem Lernen bereit sein. Andererseits müssen Unternehmen auf die veränderten Gegebenheiten beispielsweise mit einer Neuorganisation ihrer Betriebsabläufe reagieren. Zudem können überbetriebliche Regelungen seitens der Unternehmen, verbunden mit einem geänderten Tätigkeitsprofil der Arbeitnehmer, etabliert werden. Außerdem ist über eine Weiterentwicklung der Erwerbsminderungsrenten nachzudenken.

IV. Arbeitslosenversicherung: Mit Finanzierungsdefizit

441. Die Bundesagentur für Arbeit wies am Ende des dritten Quartals 2010 ein **Finanzierungsdefizit** von 2,3 Mrd Euro aus: Einnahmen von 28,8 Mrd Euro standen Ausgaben von 31,1 Mrd Euro gegenüber. Der Fehlbetrag konnte aus der Rücklage gedeckt werden, die am Ende des Jahres 2009 knapp 3 Mrd Euro betragen hatte. Für das Gesamtjahr 2010 ist mit einem Finanzierungsdefizit von knapp 10 Mrd Euro zu rechnen. Somit wird die Bundesagentur am Ende dieses Jahres einen **Bundeszuschuss** gemäß § 434 t SGB III von knapp 7 Mrd Euro in Anspruch nehmen müssen.

Dass am Ende des dritten Quartals noch kein höheres Finanzierungsdefizit ausgewiesen werden musste, ist darauf zurückzuführen, dass die Bundesagentur für Arbeit von der Möglichkeit Gebrauch machen durfte, die sich in diesem Jahr auf etwa 8 Mrd Euro belaufende Beteiligung des Bundes an den Kosten der Arbeitsförderung früher als vorgesehen zu vereinnahmen. Gemäß § 363 Abs. 1 SGB III wäre sie erst am Jahresende in einer Summe fällig. Außerdem wurden der Bundesagentur die bisherigen drei Raten des Eingliederungsbeitrags gemäß § 46 Abs. 4 SGB II bis zum Jahresende gestundet, sodass zunächst Ausgaben in Höhe von 3,9 Mrd Euro nicht angefallen sind.

442. Ursächlich für das Finanzierungsdefizit der Bundesagentur ist zum einen die **Finanz- und Wirtschaftskrise**, in deren Folge die Ausgaben für krisenbedingte und krisenbedingt erweiterte Leistungen angestiegen sind. So wurden beispielsweise die Zugangsbedingungen für das konjunkturelle Kurzarbeitergeld und die Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen an Arbeitgeber bei Kurzarbeit für längere Zeit deutlich erleichtert. Dies hat trotz inzwischen rückläufiger Kurzarbeiterzahlen in den ersten drei Quartalen des Jahres 2010 zu Ausgaben von etwa 2,7 Mrd Euro geführt, während sich die Ausgaben für diese Leistungen im gleichen Zeitraum des Jahres 2008 nur auf knapp 0,1 Mrd Euro belaufen hatten.

Zum anderen muss festgestellt werden, dass der **Beitragssatz** mit 2,8 vH **zu niedrig** gewählt ist, als dass ein strukturelles Defizit in der Arbeitslosenversicherung dauerhaft vermieden werden könnte. Dabei dürfte die im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes auf 3,0 vH zum 1. Januar 2011 für einen nachhaltigen Beitragssatz eher als zu niedrig angesehen werden (JG 2009 Ziffern 321 f. und JG 2007 Ziffern 317 ff.).

Literatur

- Afonso, A. und M. S. Aubyn (2005) *Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries*, Journal of Applied Economics, 8, 227 - 246.
- Augurzky, B., S. Felder, S. Krolop, C. M. Schmidt und J. Wasem (2010) *Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm*, RWI Positionen, 38.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2010) *Übersicht über das Sozialrecht 2010/2011*, 7. Auflage, Nürnberg: BW Bildung und Wissen.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009) *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, Berlin.
- (2010a) *Neue, teure Arzneimittel belasten die GKV - Verordnungs- und Umsatzanteile bei Arzneimitteln*, http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Bilder/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittel/amnog-infografik-2,property=poster.jpg (Stand vom 1.11.2010).

--- (2010b) *Hintergrund zum AMNOG: Die Spreu vom Weizen trennen*, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/A/Glossar-Arzneimittel/amnog-basistext.html (Stand vom 1.11.2010).

Deutsche Bundesbank (2010) *Monatsbericht*, 62. Jahrgang, 9.

Gasche, M. (2009) *Der Nachholberg in der Gesetzlichen Rentenversicherung*, *Wirtschaftsdienst*, 89 (9), 610 - 615.

--- (2010) *Rentenanpassung 2010 - Wem nützt die Rentengarantie?*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Universität Mannheim.

Richter, W. F. (2010) *Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur*, IZA Standpunkte, 29.