

SIEBTES KAPITEL

Soziale Sicherung: Weiterhin Reformbedarf trotz guter Finanzlage

- I.** Gesetzliche Krankenversicherung: Reformnotwendigkeiten trotz Überschüssen
 - 1. Aktuelle finanzielle Lage
 - 2. Wachstums- und Beschäftigungseffekte einer Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge
 - 3. Ausgabenseitige Reformen
- II.** Soziale Pflegeversicherung: Trotz Pflegereform keine finanzielle Nachhaltigkeit erreicht
- III.** Gesetzliche Rentenversicherung: Prävention von Altersarmut sollte Vorrang haben
 - 1. Aktuelle finanzielle Lage
 - 2. Reformvorhaben „Rentenpaket“
- IV.** Arbeitslosenversicherung: Beginn des Aufbaus einer Rücklage

Literatur

Das Wichtigste in Kürze

Gesetzliche Krankenversicherung: Reformnotwendigkeiten trotz Überschüssen

Obwohl die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2012 nach wie vor erfreulich ist, muss in den kommenden Jahren mit einem spürbaren Ausgabenanstieg gerechnet werden, der durch einen entsprechenden Einnahmeanstieg finanziert werden muss. Eine Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge hin zu einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag sollte die Finanzierung der GKV sicherstellen. Dies wäre ein Schritt in Richtung der nach wie vor vom Sachverständigenrat präferierten Bürgerpauschale, dürfte sich positiv auf Wachstum und Beschäftigung auswirken und zudem den Wettbewerb unter den Krankenkassen erhöhen. Damit der intensiviertere Kassenwettbewerb möglichst starke Ausgaben dämpfende Effekte entfaltet, sind zudem ausgabenseitige Reformen notwendig. Dazu zählen: die stärkere Nutzung von Selektivverträgen im ambulanten und stationären Bereich, die monistische Krankenhausfinanzierung sowie die bereits beschlossene Anwendung des Wettbewerbsrechts auf Krankenkassen.

Soziale Pflegeversicherung: Trotz Pflegereform keine finanzielle Nachhaltigkeit erreicht

Obwohl sich die gute konjunkturelle Lage in den vergangenen zwei Jahren positiv auf die finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ausgewirkt hat, befindet sich diese nach wie vor auf dem Weg in die roten Zahlen. Mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz wurde in diesem Jahr ein lange angekündigtes Reformvorhaben umgesetzt, das, anders als ursprünglich mit der Einführung der staatlichen Förderung der privaten Pflegevorsorge angestrebt, wenig zur Stärkung ihrer finanziellen Nachhaltigkeit beigetragen hat. Die Leistungen der zukünftig staatlich geförderten privaten Pflegeversicherung sollen nämlich die Leistungen der SPV lediglich ergänzen und nicht teilweise ersetzen. Somit steht die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung aus.

Gesetzliche Rentenversicherung: Prävention von Altersarmut sollte Vorrang haben

Die Gesetzliche Rentenversicherung dürfte das Jahr 2012 mit einem Überschuss beenden, der die Nachhaltigkeitsrücklage weiter ansteigen lässt, sodass es zum 1. Januar 2013 zu einer Beitragssatzsenkung auf 18,9 % kommt. Zudem hat die gute konjunkturelle Lage dazu geführt, dass der Ausgleichsbedarf in Westdeutschland deutlich reduziert und in Ostdeutschland bereits vollständig abgebaut werden konnte. Rentenpolitisch war das Jahr 2012 weiterhin vom „Regierungsdialo g Rente“ und den Vorschlägen zur Vermeidung einer zukünftig möglicherweise ansteigenden Altersarmut geprägt. Aufgrund des bestehenden Systems der Mindesteinkommenssicherung, das existenzielle Armut verhindert, sieht der Sachverständigenrat derzeit keine Notwendigkeit für die Einführung von am Zeitpunkt des Rentenzugangs ansetzenden Leistungsausweitungen. Er setzt vielmehr auf präventiv wirkende Maßnahmen wie die Einführung einer Rentenversicherungspflicht für nicht obligatorisch abgesicherte Selbstständige, eine Ausweitung und Verbesserung von Bildungsmaßnahmen, eine das Erwerbsminderungsrisiko reduzierende Gesundheitspolitik sowie den Ausbau privater Altersvorsorgebemühungen.

Arbeitslosenversicherung: Beginn des Aufbaus einer Rücklage möglich

Die erfreuliche konjunkturelle Entwicklung und die gute Lage auf dem Arbeitsmarkt führen dazu, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) im Jahr 2012 einen positiven Finanzierungssaldo aufweisen dürfte. Somit kann sie wieder mit dem Aufbau einer Rücklage für konjunkturelle Schwächephasen beginnen. Sollte sich die Konjunktur allerdings anders als prognostiziert entwickeln und weiter eintrüben, dürfte der Aufbau einer nennenswerten Rücklage nicht gelingen. In diesem Fall ist bei Berücksichtigung der ab dem Jahr 2013 geplanten Streichung der Bundesbeteiligung gemäß § 363 SGB III und dem derzeitigen Beitragssatz von 3 % mit einem strukturell unterfinanzierten Haushalt der BA zu rechnen.

I. Gesetzliche Krankenversicherung: Reformnotwendigkeiten trotz Überschüssen

589. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht zur Jahresmitte 2012 finanziell nach wie vor sehr gut da und wird am Jahresende, obwohl sich die positive Entwicklung des Vorjahres abgeschwächt hat, erneut einen Überschuss ausweisen. In den kommenden Jahrzehnten ist allerdings ein spürbarer Ausgabenanstieg unvermeidbar, der mit einem entsprechenden Anstieg auf der Einnahmeseite einhergehen muss. Dieser Einnahmeanstieg sollte Wachstum und Beschäftigung möglichst wenig beeinträchtigen und so umgesetzt werden, dass sich der Wettbewerb im Gesundheitswesen erhöht.

Dazu werden im Folgenden ausgehend von der aktuellen Rechtslage Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge vorgestellt und deren Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung im Rahmen eines numerischen allgemeinen Gleichgewichtsmodells analysiert. Dabei zeigt sich, dass sich ein möglichst schnell beginnender und zügig abgeschlossener Übergang zu einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag positiv auf Wachstum und Beschäftigung auswirkt. Deshalb sollten die Zusatzbeiträge in diese Richtung weiterentwickelt werden. Für diese Entscheidung spräche außerdem, dass sie als Schritt in Richtung der vom Sachverständigenrat präferierten Bürgerpauschale angesehen werden kann.

Damit sich die mit einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen verbundene Intensivierung des Wettbewerbs auf den Versicherungsmärkten in vollem Umfang Ausgaben dämpfend auswirken kann, sind zudem ausgabenseitige Reformen hilfreich: Erstens sollten Selektivverträge in der ambulanten und in der stationären Versorgung stärker genutzt werden. Zweitens sollte der Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung zügig umgesetzt werden. Drittens ist die beschlossene Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die Krankenkassen als richtiger Schritt zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen zu begrüßen.

1. Aktuelle finanzielle Lage

590. Die **GKV** verzeichnete im ersten Halbjahr 2012 einen Überschuss von gut 2,2 Mrd Euro, der sich aus einem Überschuss bei den Gesetzlichen Krankenkassen von 2,7 Mrd Euro und einem Defizit im Gesundheitsfonds von knapp 0,5 Mrd Euro zusammensetzte (Tabelle 38). Im Vergleich zum ersten Halbjahr 2011 reduzierte sich damit der Überschuss in der GKV insgesamt um 23 %.

Den Gesamteinnahmen des **Gesundheitsfonds** von 92,3 Mrd Euro im ersten Halbjahr 2012 standen Ausgaben in Höhe von 92,7 Mrd Euro gegenüber. Dabei sind die Einnahmen mit einem Anstieg um 2,6 % gegenüber dem Vorjahreshalbjahr weniger stark gewachsen als die Ausgaben, die sich um 3,6 % erhöht haben. Zudem fiel die Entwicklung der Einnahmen im Vergleich zum ersten Halbjahr 2011 deutlich schwächer aus. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass der Beitragssatz, anders als im vergangenen Jahr, in welchem er zum 1. Januar 2011 um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 % angehoben wurde, in diesem Jahr nicht anstieg. Zum anderen wird der Bundeszuschuss im Jahr 2012 auf sein gesetzlich festgelegtes

Niveau von 14 Mrd Euro zurückgeführt, sodass die vierteljährlich vom Bund gezahlten Zuschussraten jeweils um gut 0,3 Mrd Euro niedriger als im vergangenen Jahr ausfallen.

Die **Gesetzlichen Krankenkassen** wiederum erzielten Einnahmen in Höhe von 94,8 Mrd Euro, während sich die Ausgaben auf 92,1 Mrd Euro beliefen. Dennoch hat sich die Entwicklung der Ausgaben, die um knapp 3,2 % im Vergleich zum Vorjahreshalbjahr gestiegen sind, beschleunigt. Dies gilt insbesondere für die Ausgaben für Arzneimittel, die sich im ersten Halbjahr 2011 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreshalbjahr noch um 5,5 % reduziert hatten. Aktuell sind sie gegenüber dem Vorjahreshalbjahr wieder um 2,8 % angestiegen. Folglich entfalten die seit August 2010 ergriffenen Maßnahmen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben inzwischen keine Ausgaben senkende Wirkung mehr.

Tabelle 38

Finanzielle Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁾²⁾

Mrd Euro

	2009	2010	2011		1. - 2. Q. 2012
			insgesamt	darunter: 1. - 2. Q.	
Gesundheitsfonds					
Einnahmen	164,5	174,6	184,3	90,0	92,3
Ausgaben	167,0	170,3	179,0	89,5	92,7
Saldo (1)	- 2,5	4,2	5,3	0,5	- 0,5
Gesetzliche Krankenkassen					
Einnahmen	171,9	175,3	183,6	91,7	94,8
Ausgaben	170,8	175,7	179,6	89,3	92,1
Saldo (2)	1,1	- 0,4	4,0	2,4	2,7
Ergebnis GKV (1+2)	- 1,4	3,8	9,3	2,9	2,2

1) Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt sich aus den Gesetzlichen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds zusammen, der seit dem Jahr 2009 existiert. Die Beitragseinnahmen und der Bundeszuschuss fließen zunächst an den Gesundheitsfonds, der seine Einnahmen über sogenannte Zuweisungen an die Krankenkassen weiterleitet. – 2) Rundungsdifferenzen.

Quelle: BMG

[Daten zur Tabelle](#)

591. Für das **Gesamtjahr 2012** ist damit zu rechnen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesundheitsfonds jeweils einen Überschuss ausweisen werden. Allerdings dürfte sich der Überschuss der Gesetzlichen Krankenkassen im zweiten Halbjahr 2012 im Vergleich zu dem zur Jahresmitte ausgewiesenen Überschuss reduzieren, da die Zuweisungen an die Krankenkassen vierteljährlich gleich hoch sind, während ihre Ausgaben in der zweiten Jahreshälfte erfahrungsgemäß höher als in der ersten ausfallen. Der GKV-Schätzerkreis rechnet bei den Gesetzlichen Krankenkassen mit einem Überschuss von 3,9 Mrd Euro für das Gesamtjahr 2012 (GKV-Schätzerkreis, 2012). Dieser fiel somit in etwa so hoch aus wie im Vorjahr.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds dagegen dürften in der zweiten Jahreshälfte aufgrund der Verbeitragung von Einmalzahlungen, der Rentenerhöhung zum 1. Juli sowie den unterjährig aufgetretenen Tarifabschlüssen ansteigen, sodass das zur Jahresmitte 2012 ausgewiesene Defizit sich zum Jahresende in einen Überschuss verwandeln wird. Dieser dürfte sich auf rund 3,2 Mrd Euro belaufen (GKV-Schätzerkreis, 2012). Er würde damit aber niedriger als der am Ende des Jahres 2011 ausgewiesene Überschuss des Gesundheitsfonds ausfallen. Die finan-

ziellen Reserven der GKV, die sich zur Jahresmitte 2012 auf 21,8 Mrd Euro (12,8 Mrd Euro bei den Gesetzlichen Krankenkassen und 9,0 Mrd Euro im Gesundheitsfonds) beliefen, werden sich somit im Vergleich zum Vorjahr etwas weniger dynamisch entwickeln, aber dennoch deutlich ansteigen.

592. Bereits zu Beginn des Jahres 2012 wurde eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet und diskutiert, wie mit diesen Reserven umzugehen sei, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine Entscheidung gefallen wäre. Zu diesen Vorschlägen gehören unter anderem eine Beitragssatzsenkung, die Ausschüttung von Prämien an die Mitglieder und der Aufbau einer sogenannten „Demografiereserve“, mit der zukünftig notwendig werdende Einnahmeerhöhungen hinausgeschoben werden sollen. Zudem wurde über die Abschaffung der Praxisgebühr sowie eine Kürzung des Bundeszuschusses diskutiert.

593. Gemäß § 221 Absatz 1 SGB V beträgt der **Bundeszuschuss** zur GKV 14 Mrd Euro und dient der Finanzierung von Leistungen, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen und damit versicherungsfremd sind. Diese Leistungen sind in der GKV in versicherungsfremde Leistungen im eigentlichen Sinne (zum Beispiel das Mutterschaftsgeld) und in versicherungsfremde Umverteilungsströme (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern) zu unterteilen (JG 2005 Ziffern 513 ff.). Bereits im Jahr 2005 hat der Sachverständigenrat ihre Größenordnung auf 45 Mrd Euro beziffert, von denen 25 Mrd Euro auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige entfielen (JG 2005 Tabelle 39). Ihr Gesamtvolumen übersteigt demnach den aktuellen Bundeszuschuss bei weitem.

Insofern besteht kein Anlass für eine (temporäre) Senkung des Bundeszuschusses, und die im Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2013 vorgesehene einmalige Reduktion des Bundeszuschusses um 2 Mrd Euro ist abzulehnen. Vielmehr müsste dieser erhöht werden, um eine sachgerechte Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln zu gewährleisten. Darüber hinaus kommt eine Reduktion des Bundeszuschusses allen Steuerzahlern und nicht nur den Beitragszahlern der GKV, die vor allem zum Aufbau der Reserven beigetragen haben, zugute und ist insofern unangemessen.

594. Im Hinblick auf die vorgeschlagene **Abschaffung der Praxisgebühr** ist das Argument der Befürworter zwar zutreffend, dass diese die angestrebte Lenkungswirkung nicht in dem erhofften Ausmaß entfaltet. Die Zahl der Arztkontakte lag in Deutschland im OECD-Vergleich im Jahr 2010 mit 8,9 Arztkontakten nach wie vor über dem Durchschnitt von 6,4 Arztkontakten. Allerdings ist die Schlussfolgerung, die Praxisgebühr deshalb abzuschaffen, nicht zwingend: Anstatt über ihre Abschaffung zu diskutieren, sollte vielmehr darüber nachgedacht werden, wie diese zielführend weiterentwickelt werden kann. So könnte beispielsweise je Arztbesuch eine geringere als die bisherige Gebühr bis zu einer Belastungsobergrenze erhoben werden. Die Krankenkassen könnten auf Basis der Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Gebührensumme quartalsweise bis zur maximal erlaubten Höhe den Versicherten in Rechnung stellen. Dadurch würde eine größere Lenkungswirkung entfaltet, weil jeder zusätzliche Arztbesuch mit weiteren Kosten für den Patienten verbunden wäre.

595. Mit dem Aufbau einer **Demografiereserve** sollen zukünftig notwendig werdende Einnahmeerhöhungen gedämpft oder hinausgezögert werden. Dies setzt allerdings voraus, dass politischen Begehrlichkeiten – zum Beispiel im Sinne von Leistungsausweitungen –, die eine derartige Reserve zwangsläufig wecken würde, nicht nachgegeben wird. Nur dann kann eine Demografiereserve Bestand haben und als solche genutzt werden. Dass dies gelingt, darf man durchaus bezweifeln. Diese Skepsis belegt beispielsweise die aktuelle Diskussion um eine Mindestabsicherung in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Ziffern 649 ff.), die gleichfalls vor dem Hintergrund der guten finanziellen Ausstattung dieser Sozialversicherung geführt wird. Zudem könnten die im Herbst des Jahres 2012 erzielte Einigung im Honorarstreit mit der Ärzteschaft, ebenso wie die temporäre Absenkung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds im Jahr 2013, als Signale dafür verstanden werden, dass der langfristige Erhalt einer Demografiereserve unrealistisch ist. Schließlich ist es nicht die Aufgabe einer umlagefinanzierten Sozialversicherung, Reserven aufzubauen, die über den Umfang notwendiger Liquiditätsreserven hinausgehen.

596. Die aktuell angehäuften Überschüsse sollten daher nicht weiter ausgebaut, sondern vielmehr an die **Beitragszahler zurückgegeben** werden. Dies ist grundsätzlich über Prämien, die von den Krankenkassen an die Versicherten ausgeschüttet werden, oder eine Beitragssatzsenkung möglich. Beides könnte durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Eine gesetzliche Anweisung der Krankenkassen zur Ausschüttung von Prämien würde jedoch einen erheblichen Eingriff in die Vertragsautonomie darstellen, sodass eine Beitragssatzsenkung vorzuziehen wäre. Allerdings hat eine große gesetzliche Krankenkasse inzwischen angekündigt, für das Jahr 2012 Prämien an ihre Versicherten auszuschütten. Weitere Krankenkassen dürften diesem Beispiel folgen. Gleichwohl könnte eine Beitragssatzsenkung so gesetzlich verankert werden, dass die aus Sicht des Sachverständigenrates wünschenswerte **flächendeckende Einführung von Zusatzbeiträgen** beschleunigt würde (Ziffern 598 ff., JG 2011 Ziffer 547).

Dies ließe sich durch zwei aufeinander folgende Maßnahmen erreichen: Erstens müssten die neuen, sich nach der Absenkung ergebenden Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer festgeschrieben werden. Danach müsste zweitens die bestehende Regelung, dass sich zukünftig ergebende Ausgabenerhöhungen über kassenindividuelle und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden, entsprechend angepasst und umgesetzt werden. Im Anschluss sollten die Zusatzbeiträge dann schrittweise weiterentwickelt werden. Idealerweise würde am Ende dieses langfristig angelegten Vorgehens die vom Sachverständigenrat präferierte Bürgerpauschale stehen (Kasten 23, Seite 360).

597. Bei der zu empfehlenden Beitragssatzsenkung ist erstens zu bedenken, dass die Beitragseinnahmen in den Gesundheitsfonds fließen und von diesem über Zuweisungen an die Krankenkassen weitergegeben werden. Zweitens ist zu berücksichtigen, dass sich die Reserven der Gesetzlichen Krankenkassen sehr ungleichmäßig auf die einzelnen Krankenkassen verteilen. Letzteres kann als Begründung dafür dienen, dass nur die Reserven des Gesundheitsfonds von derzeit 9 Mrd Euro für die Beitragssatzsenkung herangezogen werden sollten. In diesem Fall dürfte lediglich eine Absenkung des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte bis

maximal 0,5 Prozentpunkte möglich sein, da gemäß § 271 Absatz 2 SGB V im Gesundheitsfonds eine Liquiditätsreserve verbleiben muss, die sich aktuell auf etwa 3 Mrd Euro beläuft.

Der dadurch ausgelöste Impuls zur flächendeckenden Einführung kassenindividuell zu erhebender Zusatzbeiträge könnte noch verstärkt werden, wenn zu den Reserven des Gesundheitsfonds diejenigen der Krankenkassen für eine Beitragssatzsenkung herangezogen werden. In diesem Fall stünden abzüglich der notwendigen Liquiditätsreserven von Fonds und Krankenkassen (§ 261 Absatz 2 SGB V) gut 10 Mrd Euro zur Verfügung, mit denen voraussichtlich eine Beitragssatzsenkung von gut einem Prozentpunkt finanziert werden könnte. Dies hat Nachteile, die sich aus der sehr unterschiedlichen Verteilung der Reserven auf die einzelnen Krankenkassen ergeben. Eine Beitragssatzsenkung von 0,4 Prozentpunkten bis maximal 0,5 Prozentpunkten dürfte politisch leichter vermittelbar sein.

2. Wachstums- und Beschäftigungseffekte einer Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge

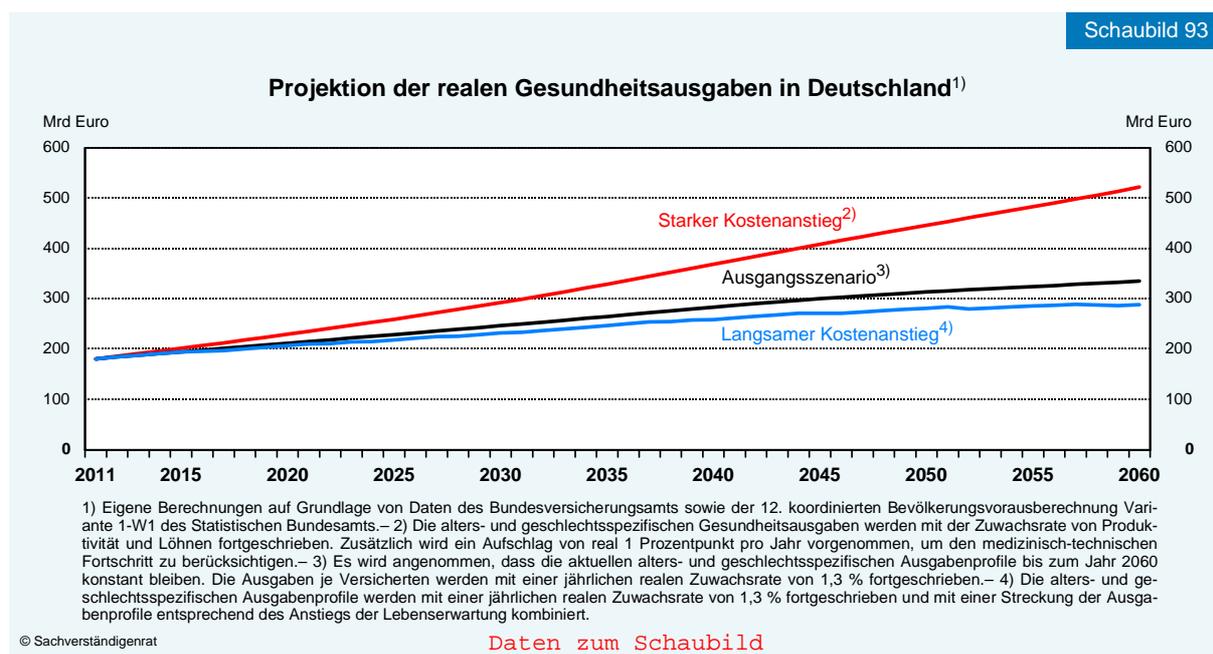
598. Die finanzielle Lage der GKV ist derzeit zwar gut. Angesichts der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts in der Medizin ist jedoch in den kommenden Jahrzehnten mit einem spürbaren Anstieg der GKV-Ausgaben zu rechnen, die gemäß den gesetzlichen Vorgaben durch einen entsprechenden Anstieg der Einnahmen gedeckt werden müssen. Hierbei ist von entscheidender Bedeutung, dass die Einnahmen auf eine Art und Weise finanziert werden, die Wachstum und Beschäftigung möglichst wenig beeinträchtigt und sich zudem positiv auf den Wettbewerb im Gesundheitssystem auswirkt.

Vor diesem Hintergrund ist die vom Sachverständigenrat konzipierte **Bürgerpauschale** nach wie vor die aktuell beste Finanzierungsalternative. Aufgrund der absehbaren politischen Schwierigkeiten einer hierfür nötigen Reform setzt der Sachverständigenrat auf die flächendeckende **Einführung von Zusatzbeiträgen und deren Weiterentwicklung**. Dies ist somit als erster Schritt in Richtung der Bürgerpauschale anzusehen. Ziel der Weiterentwicklung ist es, den einkommensunabhängigen Beitragsbestandteil des Arbeitnehmers schrittweise auf 100 % zu erhöhen und, wie bereits aktuell gesetzlich verankert, ab einer Belastung von 10,2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens sozial auszugleichen.

Im Rahmen von Simulationsrechnungen kann gezeigt werden, dass ein zeitnahe Beginn und eine zügige Umsetzung der Anhebung der Zusatzbeiträge aus **Wachstums- und Beschäftigungsaspekten** vorzuziehen ist (Kallweit und Kohlmeier, 2012). Bei einer Umsetzung innerhalb des Zeitraums der Jahre 2015 bis 2025 ergäben sich im Jahr 2030 ein um gut 1 % höheres Arbeitsvolumen und ein um etwa 1 % höheres Bruttoinlandsprodukt als im Status quo; langfristig dürfte das Bruttoinlandsprodukt sogar um etwa 1,3 % höher liegen. Darüber hinaus werden die sich im GKV-System befindenden versicherungsfremden Umverteilungsströme teilweise in das Steuersystem verlagert. Zudem gehen von einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag deutliche Preissignale aus, die im Hinblick auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen wünschenswert sind.

Ausgaben- und Einnahmeprojektion bis zum Jahr 2060

599. Zukünftig werden die Ausgaben der GKV kräftig ansteigen. Berechnungen für eine Ausgabenvariante mit unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Gesundheitsausgabenprofilen (Kasten 22), die als Ausgangsszenario bezeichnet wird, ergeben eine Erhöhung der Ausgaben der GKV von 180,7 Mrd Euro im Jahr 2011 auf 335,0 Mrd Euro im Jahr 2060. Diese und die folgenden Werte zu Finanzvolumina und Zusatzbeiträgen sind durchgehend in Preisen des Jahres 2011 ausgewiesen. Der genannte Anstieg entspricht einem realen **Ausgabenanstieg** um 85 % (Schaubild 93). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt nimmt in diesem Szenario um gut 2 Prozentpunkte auf etwa 9,3 % im Jahr 2060 zu.



600. Projektionen sind in hohem Maße annahmegetrieben und mit Unsicherheiten behaftet, sodass weitere mögliche Ausgabenvarianten betrachtet werden sollten. Zur übersichtlichen Darstellung der sich anschließenden Analyse der Wachstums- und Beschäftigungseffekte einer Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge wird an dieser Stelle auf die detaillierte Darstellung möglicher Varianten verzichtet und lediglich ein Korridor aufgezeigt, innerhalb dessen sich die Gesundheitsausgaben zukünftig entwickeln dürften (Schaubild 93). Details zu den Ausgabenvarianten „langsamer Kostenanstieg“ und „starker Kostenanstieg“ sowie ihren Auswirkungen auf die Ergebnisse dieser Analyse finden sich in einem Arbeitspapier (Kallweit und Kohlmeier, 2012).

Kasten 22

GKV-Ausgaben- und GKV-Einnahmeprojektion: Annahmen

Die **Ausgaben der GKV** ergeben sich grundsätzlich aus den alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen multipliziert mit der Anzahl der Versicherten in der jeweiligen Altersklasse. Letztere werden auf Basis der Variante 1-W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts ermittelt (Statistisches Bundesamt, 2009). Darüber

hinaus wird unterstellt, dass der derzeitige Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung von etwa 90 % bis zum Jahr 2060 konstant bleibt.

Im **Ausgangsszenario** wird angenommen, dass der Verlauf der aktuellen altersspezifischen Ausgabenprofile von Männern und Frauen bis zum Jahr 2060 unverändert bleibt. Die entsprechenden Ausgaben je Versicherten werden aber mit einer jährlichen Zuwachsrate von real 1,3 % fortgeschrieben (für eine entsprechende Darstellung der alters- und geschlechtsspezifischen Gesundheitsausgabenprofile für die Jahre 2010 und 2060 siehe Kallweit und Kohlmeier, 2012). Dieser Wert entspricht der durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von Produktivität und Löhnen, die in einer Analyse der gesamtwirtschaftlichen Effekte des demografischen Wandels vom Sachverständigenrat für ein Basisszenario ermittelt wurde (Expertise 2011 Ziffern 290 ff. und Kasten 11). Da aufgrund der Alterung der Bevölkerung die höheren und kostenintensiven Altersklassen zukünftig stärker besetzt sein werden, steigen die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten allerdings im Zeitablauf stärker an. Sie nehmen im Durchschnitt bis zum Jahr 2040, bis zu dem die Folgen des demografischen Wandels besonders zu spüren sein werden, um 1,9 % zu und steigen im Durchschnitt bis zum Jahr 2060 immer noch um 1,7 %.

Im Rahmen der **Projektionen der Einnahmeentwicklung** werden nunmehr die beitragspflichtigen Einkommen der erwerbstätigen Mitglieder mit der jährlichen realen Zuwachsrate der Produktivität und der Löhne von durchschnittlich 1,3 % fortgeschrieben. Die beitragspflichtigen Einkommen der Rentner entwickeln sich dagegen etwas schwächer, da bei ihrer Fortschreibung die Dämpfungswirkung der derzeit geltenden Rentenanpassungsformel berücksichtigt wird. Die Anzahl der beitragspflichtigen Mitglieder wird wie die Anzahl der Versicherten auf Basis der Variante 1-W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts ermittelt (Statistisches Bundesamt, 2009). Dabei wird unterstellt, dass der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an den Erwerbstätigen bis zum Jahr 2060 dem Status quo entspricht. Zudem wird die gesetzlich verankerte Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre im Jahr 2031 berücksichtigt. Das jährliche Volumen der einkommensabhängig erhobenen Beiträge ergibt sich dann durch die Multiplikation des (konstanten) Beitragssatzes von 15,5 % mit dem jeweiligen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen und der jeweiligen Anzahl der beitragspflichtigen Mitglieder. Hinzuzurechnen ist die Beteiligung des Bundes von 14 Mrd Euro, die entsprechend der geltenden Rechtslage bis zum Jahr 2060 konstant gehalten wird.

Zur Ermittlung des Zusatzbeitragsvolumens wird die Differenz der projizierten jährlichen Ausgaben und Einnahmen (beitragspflichtige Einnahmen und Beteiligung des Bundes) gebildet. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag je Mitglied ergibt sich, indem das jeweilige zusätzliche Beitragsvolumen durch die jeweilige Anzahl der beitragszahlenden Mitglieder geteilt wird.

601. Zwar werden die Einnahmen der GKV in Zukunft aufgrund des Wachstums der beitragspflichtigen Einkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Rentner steigen (Kasten 22). Die Einnahmen werden allerdings mit gut 35 % bis zum Jahr 2060 weniger stark zunehmen als die Ausgaben, die um 85 % ansteigen werden. Um zukünftig Defizite in der GKV zu verhindern, müssen die Einnahmen daher über die beschriebene Erhöhung hinaus ansteigen.

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – **GKV-FinG**) am 1. Januar 2011 müssen die zum Budgetausgleich notwendigen Einnahmen durch das Erheben

einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge generiert werden. Denn die arbeitseinkommensabhängigen Beiträge können zukünftig nicht mehr diskretionär erhöht werden, da die für die Arbeitgeber sowie die Arbeitnehmer geltenden Beitragssätze bei 7,3 % beziehungsweise 8,2 % festgeschrieben wurden. Folglich liegt der Gesamtbeitragssatz zur GKV fortan bei 15,5 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge, die seit dem Inkrafttreten des GKV-FinG am 1. Januar 2011 zum Budgetausgleich von den Mitgliedern der Krankenkassen gezahlt werden müssen, werden kassenindividuell bestimmt. Es ist vorgesehen, dass die Mitglieder einen sozialen Ausgleich erhalten, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % ihres sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Der jeweilige Ausgleichsbedarf entspricht der Differenz von durchschnittlichem Zusatzbeitrag und der individuellen Überforderungsgrenze. Sollte der individuelle Zusatzbeitrag, dem das Krankenkassenmitglied unterliegt, den durchschnittlichen Zusatzbeitrag übersteigen, wird diese weitere Differenz nicht ausgeglichen, sodass weiterhin ein Anreiz zum Krankenkassenwechsel besteht. Der Sozialausgleich soll über Steuern finanziert werden.

602. Auf Basis dieser Rechtslage müssten einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, bei einer Ausgabenentwicklung in der GKV wie im Ausgangsszenario projiziert, von den Mitgliedern spätestens ab dem Jahr 2015 gezahlt werden. Sie würden im Jahr 2020 bei etwa 20 Euro monatlich liegen und würden über etwa 100 Euro monatlich im Jahr 2040 auf knapp 160 Euro monatlich im Jahr 2060 ansteigen (für ähnliche Berechnungen siehe Gasche, 2010).

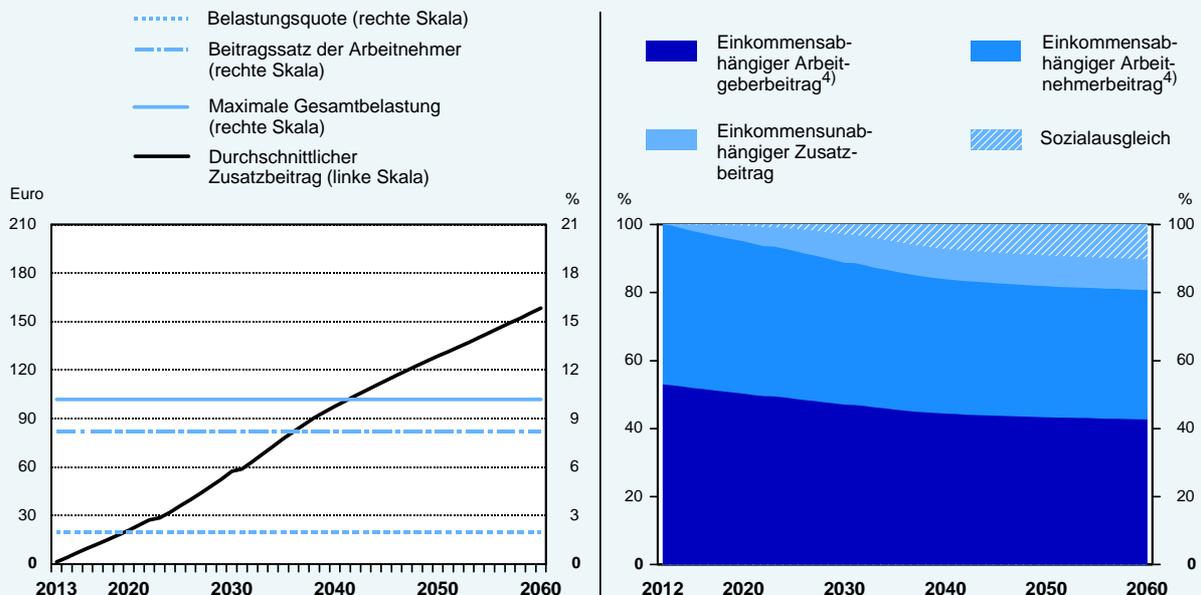
Der Mitgliedsbeitrag zur GKV setzt sich somit zukünftig aus einem arbeitseinkommensabhängig erhobenen Bestandteil (8,2 % des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze) und dem einkommensunabhängig erhobenen Zusatzbeitrag zusammen. Aufgrund des im Zeitverlauf steigenden Zusatzbeitrags nimmt der einkommensunabhängige Anteil des insgesamt vom Krankenkassenmitglied zu zahlenden Beitrags im Zeitverlauf zu, während der arbeitseinkommensabhängige Anteil abnimmt.

603. Zudem verändert sich durch die Zusatzbeiträge die Zusammensetzung der GKV-Einnahmen insgesamt. So würden sich die einkommensabhängig von den Arbeitgebern sowie von den Arbeitnehmern erhobenen Anteile an den GKV-Einnahmen von heute 47 % beziehungsweise 53 % auf etwa 45 % beziehungsweise 50 % im Jahr 2020 reduzieren. Hinzu kämen im Jahr 2020 dann allerdings die einkommensunabhängig erhobenen Zusatzbeiträge der beitragszahlenden Mitglieder, die sich auf etwa 5 % der GKV-Einnahmen belaufen. Im Jahr 2060 lägen die von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern einkommensabhängig aufzubringenden Anteile bei 38 % beziehungsweise gut 42 %, während der von den Arbeitnehmern einkommensunabhängig aufzubringende Anteil knapp 20 % der Gesamteinnahmen ausmachen würde. Aufgrund der Regelungen zum Sozialausgleich würden im Jahr 2020 von den 5 % der GKV-Einnahmen, die einkommensunabhängig erhoben werden, knapp 0,5 Prozentpunkte aus Steuermitteln stammen. Im Jahr 2060 wären es etwa die Hälfte der knapp 20 % der einkommensunabhängig erhobenen Gesamteinnahmen (Schaubild 94, rechts, Seite 358).

604. Der Sozialausgleich findet nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen statt, sobald der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Folglich ist bereits heute gesetzlich verankert, dass die Gesamtbelastung des einzelnen Krankenkassenmitglieds bezogen auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen zukünftig maximal 10,2 % beträgt und sich aus dem Beitragssatz (8,2 Prozentpunkte) und der Belastungsquote (2 Prozentpunkte) zusammensetzt. Die **Belastungsquote** gibt demnach an, wie hoch die zusätzliche Belastung des sozialversicherungspflichtigen Einkommens durch den Zusatzbeitrag ist, bevor der Sozialausgleich greift (Schaubild 94, links). Insgesamt führt der Anstieg des einkommensunabhängigen Beitragsbestandteils zusammen mit der derzeitigen gesetzlichen Regelung zum Sozialausgleich in der Konsequenz dazu, dass die steigenden Gesundheitsausgaben zunehmend aus Steuermitteln finanziert werden.

Schaubild 94

Kennziffern¹⁾ und Zusammensetzung der Einnahmeseite der GKV²⁾ – Aktuelle Rechtslage³⁾



1) Eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten des Bundesversicherungsamts sowie der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1-W1 des Statistischen Bundesamts.– 2) Die Zusammensetzung der Einnahmeseite über die Zeit erfolgt parallel zur Analyse der Wachstums- und Beschäftigungseffekte im Rahmen eines allgemeinen Gleichgewichtsmodells mit überlappenden Generationen (Kasten 24).– 3) Es wird angenommen, dass die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile bis zum Jahr 2060 konstant bleiben. Die Ausgaben je Versicherten werden mit einer jährlichen realen Zuwachsrate von 1,3 % fortgeschrieben.– 4) Gemessen am sozialversicherungspflichtigen Einkommen.

© Sachverständigenrat

Daten zum Schaubild

Ökonomische Konsequenzen verschiedener Möglichkeiten der GKV-Finanzierung

605. Angesichts der Kontroversen in Politik, Gesellschaft und Wissenschaft hinsichtlich der zukünftigen Finanzierung der GKV ist alternativ zur aktuellen Rechtslage die Rückkehr zum Status quo ante, das heißt zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung nicht auszuschließen. Für diesen Fall muss im Ausgangsszenario mit einem Anstieg des Beitragssatzes von heute 15,5 % bis auf beinahe 21 % im Jahr 2060 gerechnet werden.

606. Die Rückkehr zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer würde der mit der Einführung der Zusatzbeiträge verbundenen Entkoppelung der Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten zuwiderlaufen und negative Beschäftigungseffekte und in der Folge negative Wachstumseffekte entfalten. Dieses Argument wiegt umso schwerer, weil zukünftig mit einem Anstieg der Beitragssätze zur Sozialen Pflegeversicherung und zur Gesetzlichen Rentenversicherung zu rechnen ist. Ein Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes führt zu Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt. Die steigenden Sozialabgaben belasten den Faktor Arbeit, sodass Unternehmen ihre Arbeitsnachfrage verringern. Zudem dürfte sich die aus einem steigenden Arbeitnehmerbeitrag resultierende Reduktion des Abstands zwischen Lohn und Transferleistungen, insbesondere im Bereich niedrig qualifizierter Beschäftigung, negativ auf das Arbeitsangebot auswirken. Diese Arbeitnehmer dürften sich dann eher für eine Beschäftigung entscheiden, die nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegt, oder in die Schattenwirtschaft abwandern.

607. Ein einkommensunabhängiger Beitragsbestandteil stärkt zudem die Äquivalenz von Beitrag und Leistung, sodass der Steuercharakter, den ein arbeitseinkommensabhängiger Krankenversicherungsbeitrag aufweist, reduziert wird. Dieser resultiert wiederum aus den bei einer arbeitseinkommensabhängigen Beitragserhebung generierten Umverteilungsströmen von Beziehern hoher zu Beziehern niedriger Einkommen, die als versicherungsfremd einzustufen sind. Denn Aufgabe einer als Sozialversicherung organisierten Krankenversicherung ist allein der Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Gesundheitsrisiken sowie zwischen Gesunden und Kranken und nicht die Einkommensumverteilung (JG 2005 Ziffern 513 ff.). Vielmehr ist diese im Steuer- und Transfersystem besser aufgehoben, weil sie dort zielgenauer umgesetzt werden kann.

608. Schließlich würden die expliziten Preissignale, die von dem einkommensunabhängigen Beitrag ausgehen, durch die Rückkehr zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung der GKV reduziert. Ein als Euro-Betrag ausgedrückter Beitrag dürfte nämlich leichter vergleichbar sein, sodass die Bereitschaft der Versicherten, die Krankenkasse zu wechseln, bei dieser Finanzierungsvariante steigt. Während der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch einen einkommensunabhängigen Beitrag intensiviert würde (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi, 2010; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2005, 2004), würde die Rückkehr zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung der GKV den wünschenswerten **Preiswettbewerb** unter den Krankenkassen um eine effiziente Leistungserbringung einschränken. Dies würde dem mit dem Preiswettbewerb verbundenen Ziel, im Gesundheitssystem bestehende **Effizienzreserven zu heben**, zuwiderlaufen.

609. Um eine aus allokativer und damit aus beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht bestmögliche Finanzierung des Gesundheitssystems zu erreichen und dabei gleichzeitig den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zu fördern, befürwortet der Sachverständigenrat eine einkommensunabhängige Finanzierung der GKV mit steuerfinanziertem Sozialausgleich (zuletzt JG 2011 Ziffer 547; zuerst JG 2002 Ziffern 520 ff.). In seinem Jahresgutachten 2004/05 hat er zudem mit der **Bürgerpauschale** ein eigenes Modell zur Neugestaltung der Einnahmeseite des Gesundheitssystems vorgelegt (Kasten 23, Seite 360).

Kasten 23

Die Bürgerpauschale

Der Sachverständigenrat hat mit der Bürgerpauschale ein Modell vorgestellt, das eine einkommensunabhängige Beitragsbemessung vorsieht und zudem mit einem einheitlichen Versicherungsmarkt kompatibel ist (zuletzt JG 2008 Ziffer 676, zuerst JG 2004 Ziffern 511 ff.). Es zeichnet sich im Wesentlichen durch die folgenden Eigenschaften aus:

- Die gesamte Wohnbevölkerung ist im neuen Krankenversicherungssystem versicherungspflichtig.
- Die Beiträge werden als **einkommensunabhängige Pauschalbeiträge** erhoben. Die Höhe der Beiträge ist für jede Krankenkasse unterschiedlich; sie bemessen sich nach den durchschnittlichen Gesundheitskosten je Versicherten der jeweiligen Kasse. Eine Beitragsdifferenzierung nach individuellem Krankheitsrisiko, Alter oder Geschlecht findet nicht statt.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten entfällt. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt erhalten. Möglich wäre jedoch eine (gesonderte) Prämie für Kinder, die dann aus Steuermitteln finanziert werden sollte.
- Für Personen mit geringem Einkommen ist ein **versicherungsexterner sozialer Ausgleich** vorgesehen. Er wird gewährt, wenn die Krankenversicherungspauschale einen bestimmten Prozentsatz des gesamten Haushaltseinkommens überschreitet. Die für den sozialen Ausgleich erforderlichen Zuschüsse werden vom Staat aus Steuermitteln finanziert.
- Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung und Verbeitragung einbezogen. Dementsprechend erhöhen die Rentenversicherungsträger die Bruttorente um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner.
- Das System basiert auf dem Umlageverfahren.
- Der Leistungskatalog beschränkt sich auf die medizinisch notwendigen Leistungen, etwa nach dem Vorbild des gegenwärtigen Leistungskatalogs der GKV.
- Für alle Krankenversicherungen, die eine Basisabsicherung im Sinne der Bürgerpauschale anbieten, besteht ein Kontrahierungszwang.
- Die Bürgerpauschale kann sowohl von gesetzlichen als auch von privaten Krankenkassen angeboten werden. Beide konkurrieren somit auf einem **einheitlichen Versicherungsmarkt**.

Es wird ein umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen auf dem Markt für die Basisabsicherung tätigen Krankenversicherungen etabliert, damit ein unverzerrter Wettbewerb zwischen den Anbietern gewährleistet ist.

610. Seitdem konnte sich die Politik jedoch nicht auf eine grundlegende Neugestaltung der Finanzierungsseite des Gesundheitssystems verständigen, sodass die mit dem Inkrafttreten des GKV-FinG am 1. Januar 2011 verbundene Einführung der **Zusatzbeiträge** bereits als der am weitest reichende, politisch derzeit mögliche Schritt in Richtung einer Neugestaltung der Finanzierungsseite anzusehen ist. Der Sachverständigenrat steht ihrer Einführung grundsätzlich positiv gegenüber. Allerdings besteht hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung erhebliches **Verbesserungspotenzial** (JG 2010 Ziffer 416).

Das Gesamtpaket, in dessen Kontext die Zusatzbeiträge implementiert wurden und das neben der Einführung der Zusatzbeiträge Ausgaben begrenzende Maßnahmen sowie eine Beitragssatzerhöhung um 0,6 Prozentpunkte beinhaltet, hat zusammen mit der guten konjunkturellen Lage in den Jahren 2010 und 2011 dazu geführt, dass sich die finanzielle Situation der GKV derzeit so günstig darstellt. Aus diesem Grund war es bisher nicht notwendig, die Ausgabensteigerungen in der GKV in großem Umfang durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge gegenzufinanzieren, sodass diese **bisher nur auf dem Papier** existieren und ihre flächendeckende Einführung noch aussteht (JG 2010 Ziffern 414 ff.).

Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht des Sachverständigenrates zunächst die bestehende gesetzliche Regelung zu den **Zusatzbeiträgen mit deren flächendeckender Einführung zeitnah umgesetzt** werden. Zukünftig darf es nicht wieder dazu kommen, dass Finanzierungsdefizite in der GKV auf andere Weise als durch das Erheben von Zusatzbeiträgen ausgeglichen werden. Nach der flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge sollten die positiven Effekte, die von diesem einkommensunabhängigen Beitragsbestandteil ausgehen, aber unbedingt verstärkt werden. Dazu wäre eine Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge notwendig, indem diese stärker als bisher vorgesehen angehoben werden.

Optionen zur Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge

611. Im Folgenden werden **zwei Optionen** dargestellt, bei denen der einkommensunabhängige Beitragsbestandteil des Arbeitnehmers jeweils schrittweise auf **100 %** erhöht wird, während der Arbeitgeberbeitrag nach wie vor arbeitseinkommensabhängig erhoben wird. Dabei unterscheiden sich die beiden betrachteten Optionen dahingehend, wie schnell sie den Zielwert von 100 % erreichen, und damit, wie schnell sie einen Schritt in Richtung der nach wie vor vom Sachverständigenrat präferierten Bürgerpauschale ermöglichen würden. Nach Abschluss der Umsetzungsphase würde die neue Finanzierung der GKV allerdings zunächst dem niederländischen Finanzierungsmodell ähneln.

- **Option 1** sieht einen stufenweisen Anstieg des Anteils des einkommensunabhängigen (Zusatz-)Beitrags am gesamten Arbeitnehmerbeitrag auf 100 % **bis zum Jahr 2040** vor.
- In **Option 2** wird der Anteil des einkommensunabhängigen (Zusatz-)Beitrags am gesamten Arbeitnehmerbeitrag dagegen schon **bis zum Jahr 2025** auf 100 % erhöht.

Beide Optionen können implementiert werden, indem der Zusatzbeitrag über die bisherige gesetzliche Regelung hinaus schrittweise angehoben wird, während gleichzeitig der arbeitseinkommensabhängige Beitrag der Arbeitnehmer durch eine entsprechende Absenkung des Beitragssatzes aufkommensneutral gesenkt und die Belastungsquote dazu korrespondierend erhöht wird. Die derzeit gesetzlich verankerte maximale Belastung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen in Höhe von 10,2 % bleibt dabei unverändert. Zudem wird der einkommensunabhängige (Zusatz-)Beitrag nur von Mitgliedern mit sozialversicherungspflichtigem Einkommen erhoben. Weitere Ausgestaltungsoptionen, die sich insbesondere im Hinblick auf die Höhe der Belastungsquote unterscheiden, werden in dem Arbeitspapier von Kallweit und Kohlmeier (2012) präsentiert.

612. Konkret sieht **Option 1** die Anhebung des einkommensunabhängig erhobenen Anteils am gesamten Arbeitnehmerbeitrag auf 100 % in drei diskretionären Schritten in den Jahren 2020, 2030 und 2040 vor. Diese Anpassungsschritte hätten zur Folge, dass der Beitragsatz im Ausgangsszenario über 6,2 % und 3,2 % in den Jahren 2020 beziehungsweise 2030 auf die angestrebten 0 % im Jahr 2040 zurückgeführt wird. Folglich wird – wie beabsichtigt – der gesamte Arbeitnehmerbeitrag im Jahr 2040 einkommensunabhängig erhoben. Als Konsequenz wird die Belastungsquote, ab der der Sozialausgleich greift, schrittweise auf 10,2 % im Jahr 2040 erhöht (Schaubild 95, oben links). Der durchschnittliche einkommensunabhängige Beitrag des Arbeitnehmers würde sich dann im Jahr 2040 auf 365 Euro monatlich belaufen und auf 505 Euro monatlich im Jahr 2060 ansteigen.

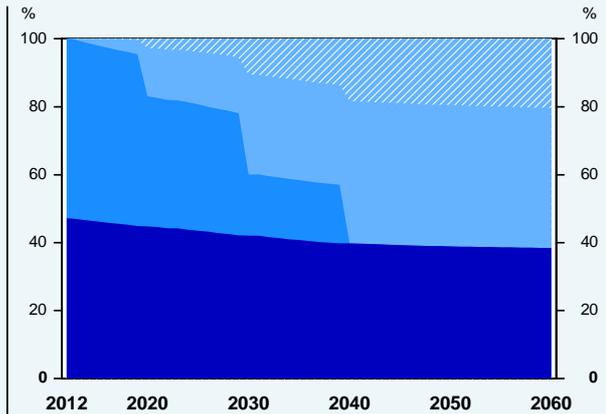
Schaubild 95

Kennziffern und Zusammensetzung der Einnahmeseite der GKV¹⁾ – Reformoptionen

■ Einkommensabhängiger Arbeitgeberbeitrag²⁾
 ■ Einkommensabhängiger Arbeitnehmerbeitrag²⁾
 ■ Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag
 ▨ Sozialausgleich

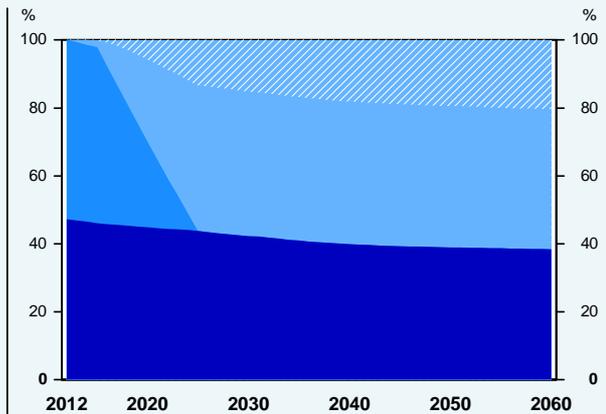
	Anteil Zusatzbeitrag am Arbeitnehmerbeitrag	Beitragsatz	Belastungsquote	Gesamtbelastung
2015	3,6	8,2	2,0	10,2
2020	30,6	6,2	4,0	10,2
2025	34,3	6,2	4,0	10,2
2030	68,7	3,2	7,0	10,2
2035	70,2	3,2	7,0	10,2
2040	100,0	0,0	10,2	10,2
2060	100,0	0,0	10,2	10,2

Option 1³⁾



	Anteil Zusatzbeitrag am Arbeitnehmerbeitrag	Beitragsatz	Belastungsquote	Gesamtbelastung
2015	4,0	8,2	2,0	10,2
2016	14,5	7,4	2,8	10,2
2020	54,3	4,1	6,1	10,2
2025	100,0	0,0	10,2	10,2
2035	100,0	0,0	10,2	10,2
2045	100,0	0,0	10,2	10,2
2060	100,0	0,0	10,2	10,2

Option 2⁴⁾



1) Eigene Berechnungen. Diese basieren auf Ergebnissen, die parallel zur Analyse der Wachstums- und Beschäftigungseffekte im Rahmen eines allgemeinen Gleichgewichtsmodells mit überlappenden Generationen ermittelt wurden (Kasten 24). Es wird angenommen, dass die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile bis zum Jahr 2060 konstant bleiben. Die Ausgaben je Versicherten werden mit einer jährlichen realen Zuwachsrate von 1,3 % fortgeschrieben.– 2) Gemessen am sozialversicherungspflichtigen Einkommen.– 3) Erhöhung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags auf 100 % des gesamten Arbeitnehmerbeitrags bis 2040 bei gleichzeitiger Senkung des Beitragsatzes und entsprechender Erhöhung der Belastungsquote.– 4) Erhöhung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags auf 100 % des gesamten Arbeitnehmerbeitrags bis 2025 bei gleichzeitiger Senkung des Beitragsatzes und entsprechender Erhöhung der Belastungsquote.

613. Mit diesen diskretionären Veränderungen der Zusammensetzung des Arbeitnehmerbeitrags hin zu einer vollständigen einkommensunabhängigen Finanzierung durch den Arbeitnehmer geht eine Verschiebung der anteiligen Bedeutung der **einzelnen Komponenten** an den Gesamteinnahmen der GKV einher. Dabei gewinnt die einkommensunabhängige Komponente an Bedeutung. Ab dem Jahr 2040 werden nur noch die Beiträge der Arbeitgeber arbeitseinkommensabhängig erhoben. Sie haben dann einen Anteil von knapp 40 % an den Gesamteinnahmen der GKV. Die verbleibenden 60 % werden hingegen einkommensunabhängig aufgebracht, wobei von diesen knapp 20 Prozentpunkte auf den Sozialausgleich zurückgehen und somit aus Steuermitteln finanziert werden. Diese Werte ändern sich bis zum Jahr 2060 nur unwesentlich (Schaubild 95, oben rechts).

614. Option 2 sieht dagegen einen schnelleren Übergang zur vollständigen einkommensunabhängigen Finanzierung des Arbeitnehmerbeitrags vor, da dieser bereits im Jahr 2025 abgeschlossen ist. Dazu wird ab dem Jahr 2016 der für die Arbeitnehmer geltende Beitragssatz in jährlich gleich großen Schritten bis auf 0 % im Jahr 2025 gesenkt und gleichzeitig die Belastungsquote entsprechend erhöht, sodass sie im Jahr 2025 bei 10,2 % liegt. Der durchschnittliche einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeitrag würde sich in diesem Jahr auf 260 Euro im Monat belaufen und über 365 Euro monatlich im Jahr 2040 auf 505 Euro monatlich im Jahr 2060 ansteigen. Korrespondierend stiege der Anteil des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags am gesamten Arbeitnehmerbeitrag sukzessive auf 100 % (Schaubild 95, unten links).

Folglich verändert sich die Zusammensetzung der Gesamteinnahmen der GKV bei dieser Umsetzungsoption schneller als bei Option 1. Bereits im Jahr 2025 werden 56 % der Gesamteinnahmen einkommensunabhängig von den Arbeitnehmern aufgebracht, wobei davon gut 13 Prozentpunkte wegen des Sozialausgleichs auf Steuermittel entfallen. Bis zum Jahr 2060 nimmt dieser Anteil bis auf gut 60 % zu, von denen gut 20 Prozentpunkte auf Steuermittel entfallen. Die verbleibenden knapp 40 % werden entsprechend arbeitseinkommensabhängig von den Arbeitgebern aufgebracht (Schaubild 95, unten rechts).

Wachstums- und Beschäftigungseffekte verschiedener Weiterentwicklungsoptionen

615. Die Ausweitung des einkommensunabhängigen Bestandteils des Arbeitnehmerbeitrags geht mit positiven Wachstums- und Beschäftigungseffekten einher. Dies ist das Ergebnis von Simulationsrechnungen im Rahmen eines allgemeinen Gleichgewichtsmodells mit überlappenden Generationen, die für die hier betrachteten Optionen zur Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge durchgeführt wurden (Kasten 24).

Kasten 24

Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung – das verwendete Simulationsmodell

Zur Simulation der Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung wird ein numerisches allgemeines Gleichgewichtsmodell verwendet. Es handelt sich um ein Modell mit überlappenden Generationen (Auerbach und Kotlikoff, 1987), das heißt, für jedes Individuum der Volkswirtschaft wird der gesamte Lebenszyklus abgebildet. Innerhalb des Modells treffen die Individuen ihre

ökonomischen Entscheidungen, etwa über das Arbeitsangebot und die Ersparnisbildung. Zu berücksichtigen ist, dass die Individuen ihre Entscheidungen unter Unsicherheit treffen, denn es besteht jederzeit das Risiko der (teilweisen) Berufsunfähigkeit oder des Ablebens. Die durch den demografischen Wandel veränderte Zusammensetzung der Bevölkerung kann wiederum explizit in ihrer Wirkung auf die gesamtwirtschaftliche Aktivität abgebildet werden.

Die in diesem Modell agierenden Individuen unterscheiden sich neben ihrem Alter in ihrem Bildungshintergrund und ihrer Position am Arbeitsmarkt. Indem die Haushalte bezüglich ihrer Arbeitsmarktsituation unterschiedlichen Risiken ausgesetzt sind, kann die Verteilung der Einkommen näherungsweise im Modell nachgebildet werden. Entscheidend ist, dass durch die hinreichend komplex formulierte Struktur des Modells, die zwischen den unterschiedlichen ökonomischen Akteuren, also den Individuen, den Unternehmen und dem Staat, unterscheidet und deren Entscheidungen explizit ins Kalkül mit einbezieht, die Auswirkungen des demografischen Wandels und darüber hinaus von Politikreformen des derzeit existierenden institutionellen Rahmens auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung untersucht werden können. Somit werden insbesondere Rückkopplungen infolge geänderter Preise oder notwendig werdender Steuer- und Sozialbeitragserhöhungen detailliert abgebildet, was ohne eine explizite Modellierung der individuellen Entscheidungen nicht möglich wäre. So führen beispielsweise institutionelle Änderungen bei der Finanzierung der GKV zu Verhaltensanpassungen der Individuen, etwa einem geänderten Arbeitsangebot oder einer veränderten Ersparnisbildung.

Ausgangspunkt des Modells ist die Alters- und Qualifikationsstruktur des Jahres 2008. Die Qualifikationsstruktur unterscheidet drei einzelne Bildungsklassen (primäre, sekundäre und tertiäre). Die Bevölkerung wird anhand der Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Variante 1-W1 fortgeschrieben (Statistisches Bundesamt, 2009). Ebenso wird von einer eigenen Ausbildungsentscheidung abstrahiert und stattdessen die Qualifikationsstruktur für die zukünftigen Generationen konstant gehalten.

Als institutioneller Rahmen werden insbesondere die Gesetzliche Rentenversicherung auf Basis des aktuellen Rechts und die hier im Vordergrund stehende GKV in das Modell implementiert. In der Ausgangssituation wird finanzierungsseitig die aktuelle Rechtslage der GKV abgebildet und derart modelliert, dass die Haushalte einkommensabhängige Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten und Ausgabensteigerungen zukünftig über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden. Die Entwicklung der Ausgaben der GKV entspricht der Projektion aus Kasten 22. Dank der im Modell explizit abgebildeten Einkommensverteilung ist es möglich, den Sozialausgleich für die einkommensunabhängigen Beiträge ebenfalls zu implementieren.

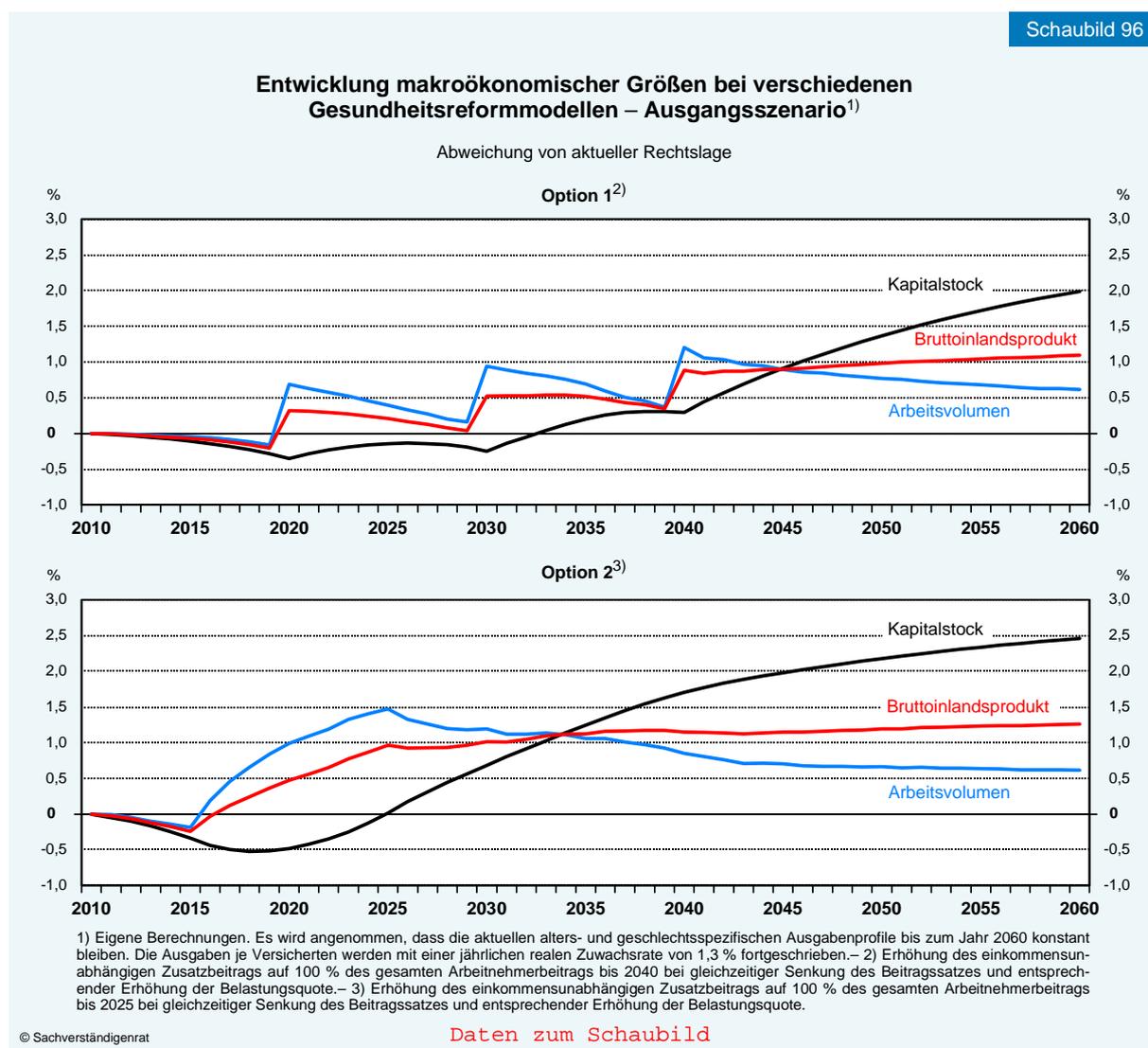
Private Krankenversicherungen werden nicht abgebildet. Ihre Finanzierung findet im Sinne einer Äquivalenz von Beitrag und Leistung über Pauschalen statt. Die Einbeziehung von privat Krankenversicherten in das Modell würde die Finanzierung des Sozialausgleichs auf einen größeren Personenkreis beziehen, woraus stärkere makroökonomische Effekte resultieren könnten. Diese wären mit Umverteilungseffekten zu Lasten der privat Versicherten verbunden.

Um die Auswirkungen von wirtschaftspolitischen Maßnahmen abzubilden, werden im Modell Kontraste konstruiert: So wird die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die aus alternativen Ansätzen zur Finanzierung der GKV folgt, mit der Entwicklung verglichen, die sich im Rahmen des ansonsten gleichen Modells mit der aktuell gesetzlich festgeschriebenen Finanzierungsstruktur ergibt.

616. Die Simulationen zeigen für den vollständigen Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung auf Seiten der Arbeitnehmer im Jahr 2040 – wie in **Option 1** modelliert – im Vergleich zum Status quo positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte. Insbesondere kommt es in den Anpassungsjahren 2020, 2030 und 2040 zu nennenswerten Veränderungen von Arbeitsvolumen und Bruttoinlandsprodukt, die in der langen Frist zu spürbaren Effekten führen. So läge den Modellrechnungen zufolge das Arbeitsvolumen im Jahr 2060 um 0,6 % über dem, das sich im Status quo ergäbe. Der Kapitalstock läge im Jahr 2060 knapp 2,0 % und das Bruttoinlandsprodukt 1,1 % höher als im Status quo (Schaubild 96, oben).

Ein schnellerer Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung auf Seiten der Arbeitnehmer, wie in **Option 2** mit der bereits im Jahr 2025 abgeschlossenen Umsetzung modelliert, würde allerdings rascher zu günstigen gesamtwirtschaftlichen Effekten führen. So läge das Bruttoinlandsprodukt infolge der dynamischen Anpassung im Zeitraum von 2015 bis 2025 bereits im Jahr 2030 etwa 1 % über dem Status quo-Ergebnis. Bei Umsetzung von Option 1 wäre dies erst im Jahr 2050 der Fall. Langfristig schneidet Option 2 ebenfalls besser ab. Das Bruttoinlandsprodukt läge im Vergleich zum Status quo etwa 1,3 % höher und der Kapitalstock wäre bei dieser Option im Jahr 2060 sogar 2,5 % höher als im Status quo (Schaubild 96, unten).

Schaubild 96



617. Die pauschal erhobenen Arbeitnehmerbeiträge führen zu einer teilweisen Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Mit der daraus resultierenden Reduktion der Grenzbelastung des Arbeitsangebots werden Verzerrungen und damit negative Effekte für das Arbeitsangebot abgebaut. Dies hat die beschriebenen Wachstums- und Beschäftigungseffekte der beiden Optionen zur Folge, indem es zu einer Expansion des Arbeitsangebots der Haushalte kommt und das Arbeitsvolumen steigt. In Option 1 wird die Ausweitung stufenweise in den Jahren 2020, 2030 und 2040 umgesetzt, sodass es bereits im Vorfeld der jeweiligen Anpassungsstufe zu ersten Verhaltensreaktionen und Beschäftigungseffekten kommt, die jeweils auf einen Ankündigungseffekt zurückzuführen sind. Die entscheidenden **Verhaltensanpassungen**, die letztlich zu spürbaren Beschäftigungseffekten führen, sind jedoch erst nach der Umsetzung der jeweiligen Anpassungsstufe zu beobachten. Bei Umsetzung von Option 2 kommt es dagegen zu kontinuierlichen und spürbaren Effekten auf das Arbeitsvolumen während der gesamten Umsetzungsphase im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2025.

618. Durch die **stufenweise Entlastung des Faktors Arbeit** und den daraus resultierenden **Anstieg des Arbeitsangebots**, die jeweils mit der Umsetzung der beiden Weiterentwicklungsoptionen verbunden sind, wird zunächst in der Produktion deutlich mehr Arbeit eingesetzt und Kapital substituiert. Mit dem Anstieg der Erwerbstätigkeit haben die Haushalte jedoch ein höheres verfügbares Einkommen. Dieses fließt teilweise in Konsum und teilweise in Ersparnisse. Der Anstieg der Ersparnisse führt zu einer Erhöhung des Kapitalstocks. Mittelfristig erhöhen die Ausweitung des Arbeitsvolumens und des Kapitalstocks die gesamtwirtschaftliche Produktion. Langfristig reduziert der Anstieg des Kapitalstocks die Grenzkosten des Kapitals, sodass die Ausweitung des Arbeitsvolumens durch den vermehrten Einsatz von Kapital gedämpft wird. Folglich fallen die Effekte auf das Arbeitsvolumen in der mittleren Frist etwas höher aus als in der langen Frist. Dabei sind diese Effekte umso ausgeprägter, je früher der Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung der GKV vollzogen wird.

619. Die Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts läge bei Umsetzung beider Weiterentwicklungsoptionen jeweils höher als im Status quo. Im Falle der Umsetzung von Option 1 gäbe es in den Anpassungsjahren 2020, 2030 und 2040 drei deutlich positive Impulse, die einen Niveaueffekt zur Folge hätten. Option 2 würde während der Umsetzungsphase zwischen den Jahren 2015 und 2025 zu einer Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts führen, die den Modellberechnungen zufolge durchschnittlich um 0,1 % oberhalb der Wachstumsrate läge, die sich im Status quo ergäbe. Im weiteren Verlauf gleicht sich die Wachstumsrate, die sich bei Umsetzung von Option 2 ergäbe, zwar wieder derjenigen des Status quo an. Allerdings würde sich das Bruttoinlandsprodukt dann auf einem höheren Niveau bewegen.

620. Da mit dem Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung der Arbeitnehmerbeiträge in der GKV ein **Sozialausgleich** verbunden ist, muss ein entsprechendes Steueraufkommen generiert werden. Dessen Zusammensetzung beeinflusst das Ausmaß der makroökonomischen Wirkungen. Im Modell werden die Staatsausgaben über einen **Mix aus Konsum-, Lohneinkommen- und Kapitaleinkommensteuer** finanziert. Um diese Struktur, die das aktuelle Steueraufkommen relativ gut nachbildet, nicht zu verändern, wird der Sozialausgleich durch eine proportionale Erhöhung dieser Steuern finanziert, die allerdings ebenfalls

verzerrend wirken. Diese Verzerrungen fallen aber im Vergleich zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung der GKV geringer aus, sodass insbesondere die aus dem Übergang zur einkommensunabhängigen Finanzierung resultierenden Beschäftigungseffekte durch die zur Finanzierung des Sozialausgleichs notwendigen Steuererhöhungen lediglich etwas gedämpft werden.

621. Neben den positiven Wachstums- und Beschäftigungseffekten gehen mit den beiden Optionen zur Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge **Verteilungseffekte** einher. Zwar kommt es nach erfolgreich abgeschlossener Umsetzung im Vergleich zum Status quo zu keiner zusätzlichen Belastung der Versicherten durch den GKV-Beitrag, da die bereits gesetzlich verankerte Maximalbelastung von 10,2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens zukünftig beibehalten wird. Es ist aber notwendig, ein Steueraufkommen für den Sozialausgleich zu generieren, da die bisher im System der GKV verankerte Umverteilung jetzt im Steuersystem stattfindet. Diese beläuft sich im Jahr 2040 in beiden Optionen auf jeweils gut 30 Mrd Euro.

622. Im derzeitigen GKV-System sind zahlreiche **versicherungsfremde und intransparente Umverteilungsströme** zu finden, wie die Umverteilung von Beziehern hoher zu Beziehern niedriger Einkommen, welche die Umverteilung hin zu den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen einschließt (Ziffer 607, JG 2005 Ziffern 513 ff. und JG 2004 Ziffer 497). Durch die Erhebung eines einkommensunabhängigen (Zusatz-)Beitrags in Verbindung mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich wird diese Einkommensumverteilung zumindest teilweise in das Steuersystem verlagert und kann dort zielgenauer umgesetzt werden. Denn dann können alle Steuerpflichtigen und alle Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen werden und nicht wie in der GKV nur die Versicherten mit ihren sozialversicherungspflichtigen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 3 825 Euro im Monat.

623. Mit dem im Modell zur Finanzierung des Sozialausgleichs gewählten Steuermix dürfte zudem eine Mischung aus Einkommen- und Konsumsteuer gewählt worden sein, die keine übermäßige Belastung der Bezieher niedriger Einkommen nach sich zieht. Gleichwohl entstehen spürbare Wachstums- und Beschäftigungseffekte. Grundsätzlich besteht ein **Zielkonflikt** zwischen diesen beiden Effekten auf der einen und Umverteilungseffekten auf der anderen Seite. Insbesondere ist aber zu bedenken, dass, sollte es tatsächlich für einige Versicherte zu Mehrbelastungen kommen, diese möglicherweise bisher von krankenversicherungsfremden Umverteilungsströmen begünstigt gewesen sind, so zum Beispiel Ehepaare durch die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehepartner.

624. Weil eine politisch angestrebte Umverteilung im (Einkommen-)Steuersystem zielgenauer als im GKV-System umgesetzt werden kann, ist die Verlagerung versicherungsfremder Einkommensumverteilung im GKV-System ins Steuer- und Transfersystem zu befürworten. Die Größe der angestrebten **Wachstums- und Beschäftigungseffekte**, die von einer einkommensunabhängigen Beitragszahlung ausgehen, hängt allerdings von den zur Finanzierung des Sozialausgleichs herangezogenen Steuern ab. Sie dürften dann am größten ausfallen, wenn eine proportionale Konsumsteuer zur Finanzierung des Sozialausgleichs herangezogen

wird, da sie die geringsten Verzerrungen auslöst. Allerdings dürfte diese Finanzierungsoption die Bezieher niedriger Einkommen am stärksten belasten. Umgekehrt dürften diese am wenigsten belastet werden, wenn zur Finanzierung des Sozialausgleichs eine stark progressive Einkommensteuer herangezogen wird. Allerdings sind die Wachstums- und Beschäftigungseffekte in diesem Fall deutlich geringer und könnten unter Umständen sogar negativ ausfallen.

Fazit

625. Die Simulationsrechnungen zeigen, dass von einer stufenweisen Einführung eines **einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrags**, der sozial ausgeglichen wird, positive Effekte auf Wachstum und Beschäftigung ausgehen. Wie der Vergleich der Effekte von Option 1 und Option 2 zeigt, sind diese umso eher festzustellen, je früher die Umsetzung beginnt und je eher sie abgeschlossen ist.

Die **Wachstums- und Beschäftigungseffekte** sind deshalb **positiv**, weil durch den Übergang zu einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag Verzerrungen beim Arbeitsangebot reduziert werden. Im bisherigen System entstehen diese Verzerrungen dadurch, dass die Finanzierung der Gesundheitskosten an die Arbeitskosten gekoppelt ist. Für das Ausmaß der genannten positiven Effekte ist es wiederum von Bedeutung, auf welche Weise das für den Sozialausgleich benötigte Steueraufkommen generiert wird. Im Modell geschieht dies durch einen Steuermix aus Konsum- und Einkommensteuer. Eine Mischung aus diesen Steuerarten gewährleistet, dass **keine übermäßige Belastung der Bezieher niedriger Einkommen** stattfindet, aber gleichwohl spürbare Wachstums- und Beschäftigungseffekte entstehen können.

626. Darüber hinaus werden mit einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag die zahlreichen sich im GKV-System befindenden versicherungsfremden und intransparenten Umverteilungsströme zumindest teilweise ins Steuersystem verlagert. Denn das Ziel einer gesetzlichen Krankenversicherung sollte allein der Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Gesundheitsrisiken sein. Jede weitere gewünschte Umverteilung kann im Steuersystem zielgerichteter umgesetzt werden.

627. Beide betrachteten Weiterentwicklungsoptionen setzen aufgrund der bestehenden gesundheitspolitischen Lage sehr nah an den derzeit bestehenden Regelungen an. Damit wird zum einen zwar ein Schritt in Richtung der vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen und weiterhin präferierten Bürgerpauschale gemacht; zum anderen werden deren wesentliche Elemente aber nicht umgesetzt. Dazu zählt erstens, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV nicht als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt wird. Zweitens entfällt die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten in beiden betrachteten Weiterentwicklungsoptionen nicht. Außerdem hat das Festhalten an der bereits heute gesetzlich verankerten **maximalen Belastung von 10,2 %** zur Folge, dass die GKV zunehmend aus Steuern finanziert wird, was als Systemwechsel aufgefasst werden kann.

Sofern dieser nicht gewünscht ist, müsste im Zeitverlauf die Belastungsquote erhöht werden. Dies ist insofern nicht von vornherein kritisch zu bewerten, da selbst bei einer Rückkehr zu einer ausschließlich arbeitseinkommensabhängigen Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber

und Arbeitnehmer die maximale Belastung der Arbeitnehmer langfristig ansteigen würde. Eine stufenweise Anhebung der Belastungsquote hätte über die bisher ermittelten hinausgehende, positive Effekte auf Wachstum und Beschäftigung. Darüber hinaus können die größten Wachstums- und Beschäftigungseffekte dann erzielt werden, wenn die Gesundheitsausgaben möglichst langsam steigen (Kallweit und Kohlmeier, 2012).

Eine finanzierungsseitige Reform der GKV im Sinne einer stärkeren einkommensunabhängigen Finanzierung sollte daher von einer ausgabenseitigen Reform begleitet werden, die Ausgaben dämpfende Effekte entfaltet.

3. Ausgabenseitige Reformen

628. Die durch die Weiterentwicklung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags angestrebte Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen wird dann spürbar und kann Ausgaben dämpfend wirken, wenn Wettbewerbsbeschränkungen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen abgebaut werden. In der stationären und in der ambulanten Versorgung sind Einschränkungen des Wettbewerbs im Wesentlichen zweifach ökonomisch begründet. Erstens muss die medizinische Versorgung im Raum auf einem angemessenen Niveau sichergestellt werden (Sicherstellungsauftrag). Zweitens erhöht eine Zunahme der Anbieter medizinischer Leistungen aufgrund der angebotsinduzierten Nachfrage die Ausgaben stärker als dies auf normalen Gütermärkten der Fall ist. Patienten sind typischerweise deutlich schlechter über die notwendige medizinische Versorgung informiert als die sie behandelnden Ärzte. Daher sind sie in stärkerem Maße bereit, den Behandlungsvorschlägen ihres Arztes zu folgen und damit (zusätzliche oder höhere) Ausgaben zu verursachen. Die angebotsinduzierte Nachfrage und der Sicherstellungsauftrag gelten als Rechtfertigung für Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit.

Die ambulante Versorgung

629. Im ambulanten Bereich liegt der **Sicherstellungsauftrag** bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Im Rahmen von Kollektivverträgen nehmen sie im Grundsatz alleine die Liquidation für die niedergelassenen Ärzte vor. Die Krankenkassen finanzieren die KV durch eine Vergütung, mit der die Morbidität des Versichertenkollektivs einer Krankenkasse abgebildet wird. Die Gesamtvergütung der Ärzte wird durch arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina bestimmt, die eine diagnosebezogene Vergütung von Arztgruppen für die ambulante Patientenversorgung ermöglicht (Felder, 2012).

Die KV fungieren dabei als Intermediäre zwischen den Krankenkassen und den Ärzten. Sie handeln einerseits mit den Krankenkassen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a SGB V im Rahmen der Kollektivverträge aus. Diesen liegt ein vorab vereinbarter Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung zugrunde. Der Behandlungsbedarf wird als Punktzahlvolumen vereinbart und mit Punktwerten in Euro bewertet. Einzelnen medizinischen Leistungen für Kassenpatienten werden bestimmte Punktwerte im Vergütungssystem zugeordnet. Ergibt sich ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, werden über das ursprüngliche Volumen hinausgehende Leistungen unter

gewissen Voraussetzungen (mit abgestaffelten Preisen) vergütet (JG 2006 Ziffer 307). Für die Gesamtvergütung der Kassenpatienten besteht dennoch ein festgelegtes Finanzvolumen.

630. Andererseits verteilen die KV gemäß § 87b SGB V diese Vergütungen nach den mit den Krankenkassen ausgehandelten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren und weiteren Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen ermächtigt sind. Die vereinbarten Gesamtvergütungen werden getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung verteilt. Diese Zuordnung ist zugleich **Ergebnis eines Verhandlungsprozesses** innerhalb der KV mit den ärztlichen Berufsgruppen. Die einzelnen Ärzte und Arztpraxen rechnen gemäß den vorgegebenen Punktwerten über die KV ab. Mit dem Verteilungsmaßstab müssen jedoch Regelungen vorgesehen werden, welche die angebotsinduzierte Nachfrage eindämmen. Diese greifen nicht im Bereich privater Zusatzleistungen, etwa den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

631. In diesem Verteilungsprozess nehmen die KV einen Interessenausgleich wahr. Sie gewährleisten die medizinische Grundversorgung im Raum, nicht zuletzt durch die Zuordnung von Kassenarztsitzen. Die Niederlassungsfreiheit der Ärzte ist dadurch beschränkt. Die Krankenkassen stellen im Gegenzug die Finanzierung eines festgelegten Behandlungsbedarfs sicher. Durch den Abschluss von Kollektivverträgen mit den Krankenkassen erreichen die KV somit den Sicherstellungsauftrag und können die übermäßige Ausdehnung des Leistungsumfangs aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage beschränken. Zudem brauchen die Krankenkassen nicht mit jedem einzelnen niedergelassenen Arzt Verträge abzuschließen. Die niedergelassenen Ärzte sind durch den Kollektivvertrag allerdings in ein Korsett gezwungen, das ihnen eine Ausdehnung ihrer Leistungen über den vereinbarten Finanzrahmen hinaus erschwert.

632. Der Sicherstellungsauftrag und die Eindämmung der angebotsinduzierten Nachfrage als zwei zentrale gesundheitspolitische Ziele werden in der ambulanten Versorgung somit durch eine weitgehende **Beschränkung der Vertragsfreiheit** erkaufte. Die Kollektivverträge mit den KV und die darin vereinbarten Regelleistungsvolumina schränken die Möglichkeiten der Krankenkassen ein, medizinische Leistungen über die Vertragsgestaltung kostengünstiger einzukaufen (JG 2002 Ziffern 505 ff., JG 2000 Ziffer 487). Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der durch arbeitseinkommensunabhängige Zusatzbeiträge eigentlich verstärkt werden soll, wird dadurch behindert. Die Leistungsanbieter können sich ihrerseits nur eingeschränkt über den Qualitätswettbewerb verbessern.

Der Gesetzgeber hat in den Gesundheitsreformen der Vergangenheit den Versuch unternommen, die Rahmenbedingungen zugunsten der Vertragsfreiheit zu lockern. Eine Reihe von Änderungen zielt darauf ab, den ambulanten und den stationären Bereich besser zu verzahnen, um Kosten einzusparen (Felder, 2012). Dazu gehören die integrierte Versorgung, die (Teil-) Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung, die hausarztzentrierte Versorgung sowie eine Reihe von Neuerungen auf der Nachfrageseite (Wahltarife). Insbesondere im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V und der besonderen

ambulanten Versorgung gemäß § 73c SGB V besteht für die Kassen die Möglichkeit, **Selektivverträge** mit ambulanten Leistungserbringern abzuschließen.

Allerdings können sich diese Möglichkeiten für Selektivverträge bisher aufgrund unzureichender **Bereinigungsregeln** im ambulanten Bereich nicht hinreichend entfalten. Bei selektiven Verträgen muss die im Rahmen von Kollektivverträgen vereinbarte Gesamtvergütung bereinigt werden, damit die Krankenkassen nicht Gefahr laufen, zweimal zu zahlen (Felder, 2012). Für diese Bereinigung werden bislang die KV herangezogen, die hinsichtlich der Selektivverträge jedoch kritisch eingestellt sein dürften, weil sie den Geltungsbereich der Kollektivverträge einschränken. Die gesetzliche Regelung der §§ 73b SGB V und 73c SGB V zielt somit einerseits auf eine Selektion aus dem Kollektivvertrag ab, der mit den KV vereinbart ist und an dessen Erhalt die KV interessiert sind. Andererseits werden die KV für das Bereinigungsverfahren benötigt. In einer solchen Situation wird sich die Wettbewerbswirkung von Selektivverträgen im ambulanten Bereich nur schwer entfalten können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, Ziffern 198 ff.).

633. Der Gesetzgeber ist dadurch in einer schwierigen Situation. Wollte man die sich aufgrund der Einschränkung der Vertragsfreiheit ergebenden Wettbewerbsverzerrungen korrigieren, müssten die Krankenkassen den Versicherten ein breites Spektrum an Wahlтарifen zur Verfügung stellen können. Dazu müsste die Liquidation für die Ärzte von den KV an die Krankenkassen übertragen werden (Felder, 2012). Ohne den Kollektivvertrag haben die KV aber deutlich schlechtere Möglichkeiten, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen und die angebotsinduzierte Nachfrage einzudämmen. Folglich müssten die Krankenkassen oder der Gesetzgeber diese Ziele direkt zu erreichen suchen.

Damit individuelle Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern an die Stelle der Kollektivverträge im ambulanten Bereich treten können, hatte der Sachverständigenrat vorgeschlagen, den Sicherstellungsauftrag auf die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen (JG 2002 Ziffer 509). Soll der Sicherstellungsauftrag der KV erhalten bleiben, kann durch eine **Ausweitung der selektivvertraglichen Gestaltung** über die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012, Ziffern 187 ff.) befürwortete Neuregelung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V hinaus eine höhere Wettbewerbsintensität in der ambulanten Versorgung erreicht werden. Dies wäre beispielsweise durch eine Änderung von § 53 SGB V möglich, der es den Krankenkassen erlaubt, ihren Versicherten Wahlтарife bei Teilnahme an bestimmten Vertragsformen anzubieten und die Versicherten an den realisierten Einsparungen teilhaben zu lassen. Der Gesetzgeber könnte diese Regelung beispielsweise auf stationäre Leistungen ausweiten und dadurch neue Vertragsformen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fördern.

Die stationäre Versorgung

634. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich haben die Krankenkassen grundsätzlich die Budgethoheit im stationären Sektor. Sie vergüten die laufenden Betriebskosten, während den Ländern die Finanzierung der Investitionskosten obliegt (**duale Finanzierung**). Die Länder

stellen zur Feststellung des Investitionsbedarfs Krankenhauspläne auf, die sich an Zahl und Art der Krankenhausbetten basierend auf verschiedenen Kennzahlen orientieren (Felder, 2012). Diese duale Finanzierung der Plankrankenhäuser ist in zweifacher Hinsicht problematisch. Zum einen fällt es den Ländern schwer, die künftige Nachfrage nach stationären Leistungen in einem Zeitraum von bis zu 25 Jahren zutreffend abzuschätzen. Viel zu häufig sind die Investitionen der Länder von der kurzfristigen Haushaltslage oder kommunal- statt gesundheitspolitischen Einflüssen abhängig. Zum anderen sind Investitions- und laufende Betriebskosten nicht voneinander zu trennen, soweit Arbeits- und Kapitaleinsatz in einem substitutiven Verhältnis stehen. Die duale Finanzierung beeinträchtigt somit die betriebswirtschaftliche Rentabilität (JG 2008 Ziffer 687).

635. Die Subventionierung der Plankrankenhäuser durch die Investitionskostenübernahme der Länder führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan eines Landes sind, werden durch die bei ihnen anfallenden Kapitalkosten benachteiligt. Zudem hat der Anteil der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung der Kliniken abgenommen. Der Sachverständigenrat bezeichnete die dadurch implizierte zunehmende monistische Krankenhausfinanzierung (Finanzierung „aus einer Hand“) als **schleichende Monistik** (JG 2008 Ziffer 688). Die Leistungsvergütungen müssen zur Subventionierung der Investitionsvorhaben erhalten. Letztlich wird durch die duale Finanzierung die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung behindert, weil sie eine Subventionierung der stationären Behandlung durch ambulante Behandlungen begünstigt. Besondere Vertragsformen, etwa Verträge der integrierten Versorgung, sind dadurch weniger attraktiv, weil aufgrund der subventionierten stationären Leistungen weniger Kosteneinsparungen realisiert werden. Dadurch wird eine Verlagerung vom teuren stationären Bereich in den günstigen teilstationären oder ambulanten Sektor behindert (Felder, 2012).

Diese Defizite sind letztlich nur durch einen Übergang zur **monistischen Krankenhausfinanzierung** zu lösen. Dabei finanzieren die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser und zudem ihre Investitionen. Dies kann umgesetzt werden, indem ein Investitionsaufschlag bei der stationären Versorgung berücksichtigt wird. Zukünftig würden die Krankenhäuser ihre Investitionsentscheidungen selbst treffen. Die Länder würden sich aus der Krankenhausplanung zurückziehen. Der Sachverständigenrat schlägt vor, die bisherige Förderung von Krankenhausinvestitionen in Form von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds vorzusehen, damit ein Anstieg des GKV-Beitrags vermieden werden kann (JG 2008 Ziffer 689). Die monistische Finanzierung ließe sich ohne vorherigen Abbau des Investitionsstaus bewerkstelligen (JG 2008 Ziffer 691; Felder, 2012).

636. Die stationäre Versorgung hat noch ein weiteres Organisationsmerkmal, das einer Erhöhung der Wettbewerbsintensität auf den Leistungsmärkten entgegensteht. In den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gilt faktisch ein Kontrahierungszwang aufgrund des gesetzlich vorgeschriebenen gemeinsamen und einheitlichen Handelns der Krankenkassen. Diese gesetzlich geschaffenen Monopsonie müssten abgeschafft werden (Felder, 2012; JG 2002 Ziffern 505 ff.). Bislang verhinderte § 69 SGB V die Anwendung des in anderen Wirtschaftsbereichen geltenden Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

(GWB) und des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) auf die Gesetzlichen Krankenkassen. Sie unterliegen damit nicht der kartellrechtlichen Missbrauchsaufsicht, von wenigen Ausnahmebereichen, etwa die kollektivvertragliche Beschaffungstätigkeit betreffend, abgesehen.

Diese Bereichsausnahme des GWB wird nach der Verabschiedung der 8. GWB-Novelle am 18. Oktober 2012 zukünftig entfallen. Weil den Krankenkassen im Leistungsmarkt und im Versicherungsmarkt geschäftliches Handeln zuerkannt werden muss, sollen andere Marktteilnehmer vor Konzentrationstendenzen geschützt werden (Monopolkommission, 2012). Der Sachverständigenrat begrüßt die dadurch bedingte höhere Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen.

Fazit

637. Die Hebung von Effizienzreserven im Markt für Gesundheitsleistungen steht seit Jahren auf der Agenda der Gesundheitspolitik. Sie ist umso dringlicher, als die Gesundheitsausgaben weiterhin einer erheblichen Dynamik unterliegen. Sie haben nicht nur in den vergangenen Jahren die Konsolidierungsbemühungen der öffentlichen Hand in Deutschland am stärksten konterkariert (Ziffer 359). Zudem ist angesichts der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts nicht mit einem Nachlassen der Ausgabendynamik zu rechnen (Ziffer 598). Effizienzsteigerungen lassen sich vornehmlich in dezentralen Entscheidungsprozessen im Wettbewerb der Marktteilnehmer erzielen.

638. Der Sachverständigenrat verspricht sich von der flächendeckenden Einführung einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge eine Steigerung der Wettbewerbsintensität auf den Versicherungsmärkten. Damit sich dieser **Wettbewerb auf dem Markt für Gesundheitsleistungen** Ausgaben dämpfend auswirkt, muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stärker auf Vertragsfreiheit gesetzt werden. Dies lässt sich durch eine stärkere Nutzung von Selektivverträgen in beiden Bereichen, durch den Übergang zur monistischen Finanzierung der Krankenhäuser und durch die Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die Gesetzlichen Krankenkassen erreichen. Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden und zudem einen Anreiz haben, auf eine kostengünstige Leistungserstellung hinzuwirken.

II. Soziale Pflegeversicherung: Trotz Pflegereform keine finanzielle Nachhaltigkeit erreicht

639. Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) befindet sich weiterhin auf dem Weg in die **roten Zahlen**. Diese werden aufgrund der Anpassungen der Leistungssätze und der Verschlechterung des Verhältnisses von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern im Zuge des demografischen Wandels bereits seit Längerem erwartet. Allerdings hatte sich die gute konjunkturelle Lage in den vergangenen Jahren positiv auf die Finanzlage der SPV ausgewirkt. Außerdem wurde in diesem Jahr mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) ein lange angekündigtes Reformvorhaben der Bundesregierung umgesetzt. Es hat anders als ursprünglich mit der Einführung der staatlichen Förderung der privaten Pflegevorsorge angestrebt, wenig zur Neuausrichtung im Sinne einer Stärkung der finanziellen Nachhaltigkeit der SPV beigetragen. Die

Leistungen der zukünftig staatlich geförderten privaten Pflegeversicherung sollen nämlich die Leistungen der SPV lediglich ergänzen und nicht – wie zur Stärkung der finanziellen Nachhaltigkeit notwendig – teilweise ersetzen.

Aktuelle finanzielle Lage

640. Im ersten Halbjahr des Jahres 2012 verzeichnete die SPV ein **Defizit** von gut 0,1 Mrd Euro. Es hat sich somit im Vergleich zum Vorjahreszeitraum verfünffacht. Einnahmen von 11,2 Mrd Euro standen im ersten Halbjahr 2012 Ausgaben von 11,4 Mrd Euro gegenüber (Tabelle 39). Zwar sind die Gesamteinnahmen der SPV gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 3,5 % gestiegen, allerdings haben die Gesamtausgaben mit einem Anstieg um 4,6 % noch kräftiger zugelegt. Dabei ist diese spürbare Erhöhung der Gesamtausgaben nicht zuletzt auf die im bereits am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgelegte Erhöhung der finanziellen Leistungen der SPV um etwa 2 % zurückzuführen.

Tabelle 39

Finanzielle Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung¹⁾

Mrd Euro

	2003	2005	2007	2009	2010	2011		1. - 2. Q. 2012
						insgesamt	darunter: 1. - 2. Q.	
Einnahmen	16,9	17,5	18,0	21,3	21,8	22,2	10,8	11,2
Ausgaben	17,6	17,9	18,3	20,3	21,5	21,9	10,9	11,4
Saldo	- 0,7	- 0,4	- 0,3	1,0	0,3	0,3	- 0,0	- 0,1

1) Rundungsdifferenzen.

[Daten zur Tabelle](#)

Quelle: BMG

Im Vergleich zum Vorjahr ist für das gesamte Jahr 2012 mit einer **Verschlechterung der finanziellen Situation** zu rechnen. Trotzdem dürfte es aufgrund der zu erwartenden weiterhin recht günstig verlaufenden Einnahmeentwicklung noch zu einem ausgeglichenen Finanzergebnis kommen.

Das Pflege neu ausrichtungsgesetz – Umsetzung und Bewertung

641. Am 29. Juni 2012 hat der Deutsche Bundestag das **Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung** (Pflegeneuausrichtungsgesetz – PNG) beschlossen, mit dem eine seit langem angekündigte Pflegereform umgesetzt wird. Diese sollte laut Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009 dazu beitragen, dass „auch zukünftig allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung ihrer möglichen Pflegekosten durch die SPV garantiert werden kann“.

Mit dem PNG wurde vor allem gesetzlich verankert, dass die **Bedürfnisse von demenzkranken Versicherten** zukünftig besser berücksichtigt werden. Dazu wurde insbesondere festgelegt, dass Menschen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, ab dem 1. Januar 2013 erstmals einen Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen haben. Außerdem werden das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen bei Menschen mit Pflegestufe und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz angehoben.

Zur Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen wird der Beitragssatz zur SPV am 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 % für Versicherte mit Kindern und 2,3 % für Versicherte ohne Kinder angehoben. Diese **Beitragssatzerhöhung** wird allerdings mittelfristig nicht ausreichen, um die mit dem PNG verbundenen Mehrausgaben zu finanzieren.

Darüber hinaus wird mit dem PNG geregelt, dass die freiwillige **private Pflegevorsorge** zukünftig **staatlich gefördert** wird. Unabhängig vom Einkommen werden alle Versicherten der SPV, die eine private, bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllende Pflege-Zusatzversicherung abschließen, eine Zulage von 60 Euro im Jahr erhalten. Damit soll der Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Pflegevorsorge gefördert werden, mit der die Leistungen der ohnehin nur als Teilkasko-Versicherung konzipierten SPV bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit ergänzt werden können. Da diese nur als Ergänzung konzipiert ist, findet dadurch kein Einstieg in die kapitalgedeckte Pflegeversicherung statt.

642. In einer immer älter werdenden Gesellschaft wird Demenz zunehmend zu einer Ursache für Pflegebedürftigkeit. So ist – in Abhängigkeit von den unterstellten Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung und der Häufigkeit des Auftretens von Demenz – mindestens mit einer Verdoppelung der Personen mit Demenz im Zeitraum von 2002 bis 2047 zu rechnen, sodass sich ihre Anzahl auf mindestens 2 Millionen Personen im Jahr 2047 belaufen dürfte (Doblhammer und Ziegler, 2010; Doblhammer et al., 2009). Vor diesem Hintergrund sollte das Risiko einer Demenzerkrankung zwingend in einer als Sozialversicherung ausgestalteten Pflegeversicherung abgesichert sein. Andernfalls würde diese erheblich an Akzeptanz einbüßen und könnte unter Umständen sogar in Frage gestellt werden. Insofern sind die im PNG verankerten Leistungsausweitungen grundsätzlich positiv zu bewerten.

Allerdings wird sich die finanzielle Lage der SPV bereits allein infolge der zunehmenden Anzahl von Älteren und insbesondere von Hochbetagten zuspitzen, sodass ein Anstieg des Beitragssatzes unvermeidbar sein wird. Insofern ist es als kritisch anzusehen, dass dieser durch die im Rahmen des PNG beschlossenen Leistungsausweitungen mittelfristig zusätzlich erhöht werden dürfte. Dabei ist insbesondere problematisch, dass durch die zunächst vergleichsweise moderate Beitragssatzerhöhung um 0,1 Prozentpunkte der Eindruck entsteht, dass die mit der Leistungsausweitung verbundenen Kosten überschaubar wären. Dieser Eindruck täuscht allerdings, da ein Beitragssatzanstieg in dieser Höhe nicht einmal dazu ausreichen dürfte, die zusätzlichen Kosten in den kommenden fünf Jahren zu decken.

643. Ursprünglich wollten die Regierungsparteien mit einer privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung dazu beitragen, die **finanzielle Nachhaltigkeit der SPV** zu stärken. Allerdings dürfte mit der jetzt beschlossenen Zulagenförderung für bestimmte private Pflegeversicherungen dieses **Ziel nicht erreicht werden**. Vielmehr wäre es dazu notwendig gewesen, wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung bei Einführung der Riester-Rente, das Leistungsniveau der SPV parallel abzusenken. Dies ist aber nicht geschehen, vielmehr ist das Gegenteil der Fall: Mit dem PNG wurde der Leistungsumfang der SPV sogar ausgeweitet.

Somit dürfte die Einführung der Zulagenförderung für private Pflegeversicherungen bestenfalls dazu beitragen, den Teilkasko-Charakter der SPV zu unterstreichen. Darüber hinaus ist fraglich, ob die Anzahl der abgeschlossenen privaten Pflegeversicherungen durch die staatliche Förderung tatsächlich erhöht werden kann. Vielmehr dürfte es vor allem zu **Mitnahmeeffekten** kommen, wenn diejenigen, die ohnehin eine private Pflegeversicherung abgeschlossen hätten, nun in den Genuss der Zulagen kommen. Zudem ist nicht auszuschließen, dass die Freiwilligkeit der privaten Pflegevorsorge in Kombination mit dem Kontrahierungszwang zu einer Negativselektion führt, sodass insbesondere Personen mit hohem Pflegerisiko eine private Pflegeversicherung abschließen werden.

III. Gesetzliche Rentenversicherung: Prävention von Altersarmut sollte Vorrang haben

644. Die finanzielle Lage der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) stellt sich – wie bereits im vergangenen Jahr – positiv dar, sodass es zum 1. Januar 2013 zu einer weiteren Beitragssatzsenkung um 0,7 Prozentpunkte auf 18,9 % kommt. Außerdem haben die gute konjunkturelle Entwicklung und das damit verbundene vergleichsweise starke Wachstum der Bruttolöhne und -gehälter in den vergangenen zwei Jahren dazu beigetragen, dass der aus den unterbliebenen Rentenkürzungen der vergangenen Jahre resultierende Ausgleichsbedarf in Westdeutschland seit dem Jahr 2010 deutlich reduziert und in Ostdeutschland sogar vollständig abgebaut werden konnte.

Die Rentenpolitik war in diesem Jahr immer noch vom „Regierungsdialog Rente“ geprägt, der sich der in Zukunft möglicherweise steigenden Altersarmut angenommen hatte und im Frühjahr 2012 abgeschlossen wurde. Seitdem liegt ein vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) entwickeltes Rentenpaket vor, das inzwischen überarbeitet und weiterentwickelt wurde. Die wichtigsten Bestandteile dieses Rentenpakets sind die Einführung einer obligatorischen Altersvorsorge für alle Selbstständigen und die sogenannte Zuschussrente.

Mit Letzterer sollen unter bestimmten Voraussetzungen zum Zeitpunkt des Rentenzugangs niedrige Renten auf aktuell maximal 850 Euro aufgestockt werden, um den Bezug der Grundsicherung im Alter zu verhindern. Der Sachverständigenrat sieht aufgrund der Existenz der Grundsicherung im Alter derzeit keinen am Zeitpunkt des Rentenzugangs ansetzenden Handlungsbedarf und steht der Einführung der Zuschussrente deshalb kritisch gegenüber. Er setzt vielmehr auf Maßnahmen, die Altersarmut gar nicht entstehen lassen und somit präventiv wirken. Zu diesen zählt er eine Versicherungspflicht für alle nicht obligatorisch abgesicherten Selbstständigen, eine Ausweitung und Verbesserung von Bildungsmaßnahmen, eine das Erwerbsminderungsrisiko reduzierende Gesundheitspolitik sowie den Ausbau privater Altersvorsorgebemühungen.

1. Aktuelle finanzielle Lage

645. In den ersten drei Quartalen des Jahres 2012 betragen die **Gesamteinnahmen** der GRV (Allgemeine Rentenversicherung) 204,4 Mrd Euro (Tabelle 40), die sich im Wesentlichen aus Beitragseinnahmen (knapp 70 %) und dem allgemeinen sowie dem zusätzlichen Bundeszuschuss (15 % beziehungsweise 7 %) zusammensetzten. Gegenüber dem Vorjahreszeitraum

sind die Gesamteinnahmen damit um 2,3 % gestiegen. Die Pflichtbeiträge aus Arbeitseinkommen, die etwa 90 % der Beitragseinnahmen ausmachten, sind im selben Zeitraum um 2,4 % gestiegen, obwohl der Beitragssatz zum 1. Januar 2012 um 0,3 Prozentpunkte auf 19,6 % gesenkt wurde. Folglich dürften das anhaltend hohe Niveau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowie der Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter für diese Entwicklung verantwortlich sein.

Tabelle 40

Finanzielle Entwicklung der Gesetzlichen Rentenversicherung¹⁾

Mrd Euro

	2003	2005	2007	2009	2010	2011		1. - 3. Q. 2012
						insgesamt	darunter: 1. - 3. Q.	
Einnahmen	223,9	224,2	231,3	242,0	255,1	268,5	199,8	204,4
Ausgaben	225,9	228,1	230,1	242,1	253,0	263,8	200,3	204,0
Saldo	- 2,0	- 3,9	1,2	- 0,1	2,1	4,7	- 0,5	0,4

1) Allgemeine Rentenversicherung.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

Daten zur Tabelle

Die Bundeszuschüsse haben sich dagegen zusammen lediglich um 1,9 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum erhöht. Der zusätzliche Bundeszuschuss, der sich gemäß § 213 Absatz 3 und 4 SGB VI entsprechend der Veränderung des Umsatzsteueraufkommens und der Bruttolöhne und -gehälter entwickelt, ist dabei mit 4,6 % kräftig gestiegen. Demgegenüber ist der betragsmäßig doppelt so hohe allgemeine Bundeszuschuss, der sich gemäß § 213 Absatz 2 SGB VI entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter sowie des Verhältnisses des aktuellen und des Beitragssatzes des vorangegangenen Jahres entwickelt, mit einem Anstieg um lediglich 0,6 % nahezu konstant geblieben. Diese Entwicklung des allgemeinen Bundeszuschusses ist darauf zurückzuführen, dass seine Zunahme durch die Beitragssatzsenkung zum 1. Januar 2012 spürbar gedämpft wurde.

Den Gesamteinnahmen der ersten drei Quartale des Jahres 2012 standen **Ausgaben** in Höhe von 204,0 Mrd Euro gegenüber. Die Gesamtausgaben sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 1,9 % und damit um 0,4 Prozentpunkte weniger gestiegen als die Einnahmen. Die Rentenausgaben betragen 161,3 Mrd Euro und entsprachen knapp 80 % der Gesamtausgaben. Sie sind gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 1,6 % gestiegen.

646. Insgesamt ergibt sich damit nach den ersten drei Quartalen des Jahres 2012 in der GRV ein **positiver Finanzierungssaldo** von knapp 0,4 Mrd Euro, der die Nachhaltigkeitsrücklage weiter erhöhen wird. Diese wird – wie bereits im Jahr 2012 – am Ende des kommenden Jahres 1,5 Monatsausgaben überschreiten, sodass eine für diesen Fall gesetzlich vorgesehene **Beitragssatzsenkung** umgesetzt werden muss. Der Deutsche Bundestag hat am 25. Oktober 2012 eine Absenkung um 0,7 Prozentpunkte auf 18,9 % beschlossen.

647. Die **Renten Anpassung** zum 1. Juli 2012, die mit einem Anstieg um gut 2 % in West- und in Ostdeutschland vergleichsweise hoch ausfiel, ist auf die gute konjunkturelle Entwick-

lung und die damit verbundene kräftige Erhöhung der Bruttolöhne und -gehälter im vergangenen Jahr zurückzuführen. So beläuft sich die **Lohnkomponente** der Rentenanpassungsformel für Westdeutschland auf 2,95 % und für Ostdeutschland auf 2,28 % (zur Berechnung der jährlichen Rentenanpassung siehe JG 2008 Kasten 11). Anpassungssteigernd wirkt sich zudem in diesem Jahr der **Nachhaltigkeitsfaktor** mit 2,09 Prozentpunkten aus. Dieser überträgt vereinfacht formuliert das Verhältnis von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern auf die Rentenanpassung, das sich unter anderem aufgrund der guten Situation auf dem Arbeitsmarkt und dem damit einhergehenden hohen Stand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gebessert hat. Allein die **Beitragskomponente** dämpft aufgrund der Umsetzung der nächsten Stufe der Riester-Treppe die diesjährige Rentenanpassung um 0,65 Prozentpunkte.

Rechnerisch hätte sich aus diesen Werten eine Rentenanpassung von 4,40 % für Westdeutschland und von 3,73 % für Ostdeutschland ergeben. Da allerdings in der Vergangenheit mehrfach die (**erweiterte**) **Schutzklausel** zur Anwendung kam (JG 2009 Ziffern 303 ff.; JG 2006 Ziffern 321 ff.; JG 2005 Ziffer 488), mit der Rentenminderungen vermieden wurden, bestand in Westdeutschland noch ein Ausgleichsbedarf von 2,85 % und in Ostdeutschland von 1,43 %, der jeweils durch eine Reduktion der rechnerisch möglichen Rentenanpassung abgebaut werden musste. Deshalb wurde die mögliche Rentenanpassung in Westdeutschland, wie in § 68a SGB VI vorgesehen, halbiert und beträgt somit noch 2,18 %. Der verbleibende **Ausgleichsbedarf** für Westdeutschland verringerte sich auf 0,71 %.

Für Ostdeutschland konnte der noch bestehende Ausgleichsbedarf mit der Rentenanpassung zum 1. Juli 2012 sogar vollständig abgebaut werden, ohne dass die Rentenanpassung um 50 % reduziert werden musste. Die tatsächliche Rentenanpassung in Ostdeutschland belief sich letztlich auf 2,26 %.

648. Somit ist es gelungen, den bis zum Jahr 2010 aufgelaufenen Ausgleichsbedarf von 3,81 % in Westdeutschland und 1,83 % in Ostdeutschland innerhalb von zwei Jahren deutlich zu reduzieren beziehungsweise vollständig abzubauen. Vor dem Hintergrund der zahlreichen diskretionären Eingriffe in die Rentenanpassung im vergangenen Jahrzehnt war dies nicht unbedingt zu erwarten und ist deshalb umso erfreulicher. Allerdings haben die **gute konjunkturelle Lage** und das damit verbundene vergleichsweise starke Wachstum der Bruttolöhne und -gehälter in den vergangenen zwei Jahren wesentlich zu diesem Erfolg beigetragen.

2. Reformvorhaben „Rentenpaket“

Hintergrund

649. Bereits im Herbst des Jahres 2011 startete das BMAS unter dem Eindruck der guten Finanzlage der GRV den „**Regierungsdialo g Rente**“, der sich einer in Zukunft möglicherweise ansteigenden Altersarmut annehmen sollte (JG 2011 Ziffer 517). Das BMAS war in diesen Dialog mit dem Vorschlag einer Zuschussrente gegangen. Danach sollte der Rentenzahlbetrag von Versicherten, die lange gearbeitet und zusätzlich vorgesorgt haben, aber dennoch nur eine Rente unter oder in Höhe der Grundsicherung im Alter zuzüglich Kosten der Unterkunft erhalten würden, auf aktuell 850 Euro aufgestockt werden. Darüber hinaus waren

eine Flexibilisierung des Renteneintritts sowie eine Verbesserung der Absicherung bei Erwerbsminderung vorgesehen (BMAS, 2011).

Der Regierungsdialo g Rente wurde im März 2012 mit einem vom BMAS vorgestellten „Rentenpaket“ abgeschlossen. Inzwischen wurde dieses **Rentenpaket** nochmals überarbeitet, weiterentwickelt und im August 2012 erneut präsentiert (BMAS, 2012). Es umfasste formal zunächst sieben Komponenten. Zu diesen zählten die Zuschussrente (1), eine aufgebesserte Erwerbsminderungsrente (2), die Kombirente (3), Veränderungen beim Reha-Budget (4), die obligatorische Altersvorsorge von Selbstständigen (5), das verbraucherfreundliche „Riestern“ (6) sowie die Festlegung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung im Jahr 2013 (7). Im Rahmen der Gesetzgebung zum Rentenreformpaket soll den Arbeitgebern außerdem unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit eingeräumt werden, freiwillige Zusatzbeiträge für ihre Arbeitnehmer zu leisten.

650. Inzwischen wurde die „Festlegung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung im Jahr 2013“ aus dem Rentenpaket herausgelöst und der Deutsche Bundestag hat am 25. Oktober 2012 eine Beitragssatzsenkung um 0,7 Prozentpunkte auf 18,9 % beschlossen (Ziffer 646). Dieses Herauslösen war richtig, da es keinen sachlichen Zusammenhang zwischen dem eigentlichen Rentenreformpaket und der Beitragssatzsenkung gibt. Schließlich ist bereits heute gemäß § 158 Absatz 1 Nr. 2 SGB VI gesetzlich verankert, dass bei Überschreiten der Nachhaltigkeitsrücklage von 1,5 Monatsausgaben der Beitragssatz angepasst werden muss.

651. Das BMAS muss dementsprechend den Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Alterssicherung“ (**Alterssicherungsstärkungsgesetz**) (Referentenentwurf vom 7. August 2012), in welchem die Komponenten 1 bis 4 und 7 zusammengefasst sind, anpassen. Ob und wann das Bundeskabinett über einen angepassten Gesetzentwurf entscheiden wird, ist derzeit nicht bekannt und angesichts offensichtlich unterschiedlicher Vorstellungen innerhalb der Regierungsparteien eher unwahrscheinlich. Vieles spricht vielmehr dafür, dass das Rentenpaket aufgeschnürt und mit anderen, teilweise ähnlichen Elementen neu geschnürt wird. Als solche sind in der Diskussion die Wiedereinführung der Rente nach Mindesteinkommen, die Höherbewertung von Kindererziehungszeiten und die Einführung eines Freibetrags oder einer prozentualen Freigrenze im Rahmen der Grundsicherung im Alter.

Ob und wann über die Eckpunkte, die für die obligatorische Altersvorsorge von Selbstständigen vorliegen, entschieden wird, ist ebenfalls unklar. Lediglich der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der steuerlichen Förderung der privaten Altersvorsorge (Altersvorsorgeverbesserungsgesetz – AltvVerbG), der Regelungen enthält, mit denen das „Riestern“ transparenter und damit verbraucherfreundlicher ausgestaltet werden soll, wurde am 26. September 2012 vom Bundeskabinett verabschiedet.

Ausgestaltung

652. Die zentralen Komponenten des Rentenpakets sind die im Vergleich zum ursprünglichen Vorschlag aus dem September 2011 wesentlich weiterentwickelte **Zuschussrente** und die obligatorische Altersvorsorge von Selbstständigen.

Für die Einführung der **obligatorischen Alterssicherung von Selbstständigen** liegt zwar noch kein konkreter Gesetzentwurf vor. Allerdings sind die Grundzüge der geplanten Regelung bekannt. Danach sollen sich alle Selbstständigen, sofern sie heute noch nicht in einem der drei Alterssicherungssysteme GRV, Alterssicherung der Landwirte oder berufsständische Versorgungswerke pflichtversichert sind, obligatorisch für das Alter absichern müssen. Sie sollen dabei zwischen der Pflichtversicherung in der GRV oder einer privaten Rentenversicherung wählen können. Darüber hinaus soll die Pflicht zur Altersvorsorge begrenzt werden; sobald eine Basissicherung mit dem Ziel der Armutsprävention oberhalb der Grundsicherung im Alter erreicht wurde, soll sie entfallen. Ihre Einführung soll mit großzügigen Übergangsfristen einhergehen, sodass die Vorsorgepflicht erst bei Selbstständigen unter 30 Jahren voll greift. Außerdem soll der besonderen Situation von Selbstständigen durch Möglichkeiten der flexiblen Beitragszahlung oder durch Beitragsfreiheit während der Existenzgründungsphase Rechnung getragen werden.

653. Die Zuschussrente zielt dagegen darauf ab, die originäre, das heißt die aus selbst erworbenen Entgeltpunkten resultierende Rente der Versicherten aufzustocken, sofern sie die Zugangsbedingungen erfüllen (BMAS, 2012). Diese sind nach dem Ende der Übergangsphase am 31. Dezember 2022 erfüllt, wenn 45 Versicherungsjahre sowie 35 Beitragsjahre aus Beschäftigung, Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr oder Pflege vorliegen. In der Übergangsphase werden die **Zugangsbedingungen** bereits erfüllt, wenn 40 Versicherungs- und 30 Beitragsjahre vorhanden sind. Darüber hinaus soll der Anspruch auf die Zuschussrente ab dem Jahr 2019 nur dann bestehen, wenn zusätzlich privat für das Alter vorgesorgt wurde. Im Jahr 2019 müssten mindestens fünf Jahre privater Altersvorsorge nachgewiesen werden. Dieser Wert soll sich dann jährlich um ein Jahr erhöhen, sodass im Jahr 2049 der Anspruch auf die Zuschussrente nur dann besteht, wenn 35 Jahre lang privat für das Alter vorgesorgt wurde.

654. Sind die Zugangsbedingungen erfüllt und hat der Versicherte im Durchschnitt der Beitragsjahre unterdurchschnittlich verdient, das heißt im Durchschnitt weniger als einen Entgeltpunkt pro Beitragsjahr erzielt, dann soll die originäre Rente durch die Zuschussrente, die auf einer Höherwertung der vom Versicherten selbst erworbenen Entgeltpunkte basiert, so aufgestockt werden, dass sie sich auf heute maximal 850 Euro beliefe.

Die Höhe der Altersrente, die ein Versicherter aus der GRV erhält, wird im Wesentlichen durch die Entgeltpunkte, die er im Laufe seines Erwerbslebens erworben hat, festgelegt. Die Anzahl der jeweils in einem Jahr erworbenen Entgeltpunkte wird wiederum ermittelt, indem das in dem betrachteten Jahr verbeitragte Entgelt eines jeden Versicherten auf das Durchschnittsentgelt bezogen wird. So erwirbt ein Versicherter, der in einem Jahr genau das Durchschnittsentgelt verdient hat (Versicherter A), in diesem Jahr genau einen Entgeltpunkt. Ein Versicherter, der wiederum nur 80 % des Durchschnittsentgelts verdient hat (Versicherter B), erwirbt entsprechend in diesem Jahr nur 0,8 Entgeltpunkte. Bei angenommenen 45 Erwerbsjahren würde die Altersrente des Versicherten A also auf 45 Entgeltpunkten basieren, die des Versicherten B auf 36. Der Durchschnittsverdiener (Versicherter A) würde damit aktuell in Westdeutschland eine Regelaltersrente von 1 263,15 Euro im Monat (45 Entgeltpunkte multipliziert mit dem aktuellen Rentenwert (West) von 28,07 Euro) erhalten. Die Regelaltersrente des Versicherten B würde dagegen 1 010,52 Euro monatlich betragen.

655. Die **Höherwertung von Entgeltpunkten des Versicherten** soll davon abhängen, ob während der Pflichtbeitragszeiten seit dem Jahr 1992 mindestens ein Jahr lang Kindererziehung oder Pflegearbeit geleistet wurde (Familienkomponente). Sollte dies der Fall gewesen sein, werden die durchschnittlichen, vom Versicherten selbst erworbenen Entgeltpunkte um 150 % und damit auf das 2,5-fache angehoben. Sollte dagegen keine Familienarbeit im Sinne von Kindererziehung oder Pflege geleistet worden sein, werden die vom Versicherten selbst erworbenen Entgeltpunkte lediglich um 50 % und damit auf das 1,5-fache angehoben.

In beiden Fällen ist eine **Begrenzung der Höherwertung** vorgesehen. So soll mit der Höherwertung maximal ein Entgeltpunkt pro Jahr erreichbar sein. Darüber hinaus soll die Summe der Entgeltpunkte nach Höherwertung multipliziert mit dem aktuellen Rentenwert von derzeit 28,07 Euro in Westdeutschland und 24,92 Euro in Ostdeutschland maximal zu einer Rente von heute rund 850 Euro führen. Daher ist die Summe der Entgeltpunkte nach Höherwertung in Westdeutschland auf 30,3 und in Ostdeutschland auf 34,1 zu begrenzen.

656. Konkret soll die **Zuschussrente ermittelt** werden, indem zunächst die durchschnittlichen Entgeltpunkte der Beitragsjahre errechnet und unter Berücksichtigung der Tatsache, ob Familienarbeit geleistet wurde oder nicht, höher gewertet werden. Darüber hinaus sind die Regelungen zur Begrenzung der Höherwertung zu beachten. Im Anschluss wird die Summe der Entgeltpunkte nach Höherwertung gebildet (Kasten 25, Schritt 1, Seite 382).

In einem zweiten Schritt wird von der Summe der Entgeltpunkte nach Höherwertung die Summe der Entgeltpunkte, die sich nach geltendem Recht für den Versicherten ergäbe, abgezogen, um die Anzahl der Entgeltpunkte zu bestimmen, welche die Grundlage für die Berechnung der Höhe der Zuschussrente sind (Kasten 25, Schritt 2, Seite 382).

Nachdem die Anzahl der Entgeltpunkte, auf denen die Zuschussrente basiert, bestimmt wurde, wird diese zur Ermittlung der Höhe der Zuschussrente mit dem relevanten aktuellen Rentenwert multipliziert. Zur Bestimmung der Gesamrente (brutto) werden dann die Versichertenrente und die Zuschussrente addiert (Kasten 25, Schritt 3, Seite 382).

657. Einkommen des potenziell Zuschussrentenberechtigten und des nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten, Lebenspartners oder von Personen, die in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft mit dem Berechtigten leben, sollen auf die Zuschussrente angerechnet werden. Renten aus einer zusätzlichen Altersversorgung sollen davon allerdings ausgenommen sein. Anrechenbar soll Einkommen von alleinstehenden Berechtigten sein, soweit es monatlich zusammen mit der Zuschussrente das 30,3-fache des aktuellen Rentenwerts (West), also aktuell 850 Euro übersteigt. Lebt der Berechtigte in einer Lebensgemeinschaft, soll das Einkommen des Partners angerechnet werden, soweit es monatlich zusammen mit der Zuschussrente und dem Einkommen des Berechtigten das 60,6-fache des aktuellen Rentenwerts (West), aktuell 1 700 Euro, übersteigt.

Kasten 25

**Berechnung der Zuschussrente gemäß Referentenentwurf
Alterssicherungsstärkungsgesetz vom 7. August 2012**

Ausgangssituation:

Betrachtet wird eine Versicherte in Westdeutschland, welche die Zugangsbedingungen für die Zuschussrente erfüllt. Ihre Erwerbsbiografie ist durch 32 Jahre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einem durchschnittlichen Verdienst von 50 % des Durchschnittsentgelts und drei Jahren Kindererziehungszeit geprägt. Zudem sind Kinderberücksichtigungszeiten (7 Jahre) vorhanden. Diese führen gemäß §§ 57 und 70 Absatz 3 SGB VI dazu, dass zusätzlich zu den selbst erworbenen weitere Entgeltpunkte und zwar in Höhe der Hälfte der selbst erworbenen Entgeltpunkte berücksichtigt werden. Diese zusätzlichen Entgeltpunkte sind jedoch auf 0,33 Entgeltpunkte pro Jahr begrenzt. Die beispielhaft betrachtete Versicherte tritt mit Erreichen der Regelaltersgrenze in den Ruhestand ein. Der aktuelle Rentenwert (West) beträgt derzeit 28,07 Euro.

Ermittlung der Versichertenrente nach geltendem Recht:

Entgeltpunkte für 32 Jahre Beschäftigung bei 50 % des Durchschnittsentgelts	16,00
Entgeltpunkte für Kindererziehung gemäß §§ 56 und 70 Abs. 2 SGB VI	3,00
Entgeltpunkte für Kinderberücksichtigungszeiten gemäß §§ 57 und 70 Abs. 3 SGB VI	1,75
Summe der Entgeltpunkte	20,75
Versichertenrente in Euro (Summe der Entgeltpunkte * aktueller Rentenwert)	582

Ermittlung der Zuschussrente:

Schritt 1:

Durchschnittliche Entgeltpunkte der Beitragsjahre ($20,75 / 35 = 0,6$)	0,6
Höherwertung der durchschnittlichen Entgeltpunkte ($0,6 * 2,5$)	1,5
Kürzung zur Einhaltung der Begrenzung der Höherwertung	1,00
Summe der „neuen“ Entgeltpunkte ($1,00 * 35$)	35,00
Kürzung zur Einhaltung der Begrenzung der Höherwertung	30,30

Schritt 2:

Summe der Entgeltpunkte nach Höherwertung	30,30
Summe der Entgeltpunkte nach geltendem Recht	20,75
Differenz (Entgeltpunkte der Zuschussrente)	9,55

Schritt 3:

Zuschussrente in Euro (Entgeltpunkte Zuschussrente * aktueller Rentenwert)	268
Versichertenrente in Euro nach geltendem Recht	582
Gesamtrente in Euro	850

Auswirkungen der Zuschussrente

658. Die Ausgestaltung der Zuschussrente wird dazu führen, dass nicht zwingend eine Gesamtrente erreicht wird, die höher ist als die Grundsicherung im Alter zuzüglich der Kosten der Unterkunft. Dazu müssten Versichertenrente und Zuschussrente nämlich zusammen aktuell über 706 Euro betragen. Dieser Betrag ergibt sich aus dem Regelsatz der Grundsicherung im Alter von derzeit 374 Euro im Monat und der durchschnittlichen Leistung für Unterkunft und Heizung, die sich im Jahr 2011 auf monatlich 332 Euro belief.

Um eine Gesamtrente in dieser Höhe zu erreichen, müsste ein Versicherter in Westdeutschland, der die Zugangsvoraussetzungen gerade erfüllt, aber keine Familienarbeit geleistet hat, derzeit im Durchschnitt der Beitragsjahre mindestens 0,48 Entgeltpunkte erworben haben. Für eine Versicherte, welche die Zugangsbedingungen erfüllt, weil sie neben 32 Jahren sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung noch drei Jahre Kindererziehungszeiten aufweist, wären 0,20 Entgeltpunkte im Durchschnitt der 32 Beschäftigungsjahre notwendig (Schaubild 97, Seite 384).

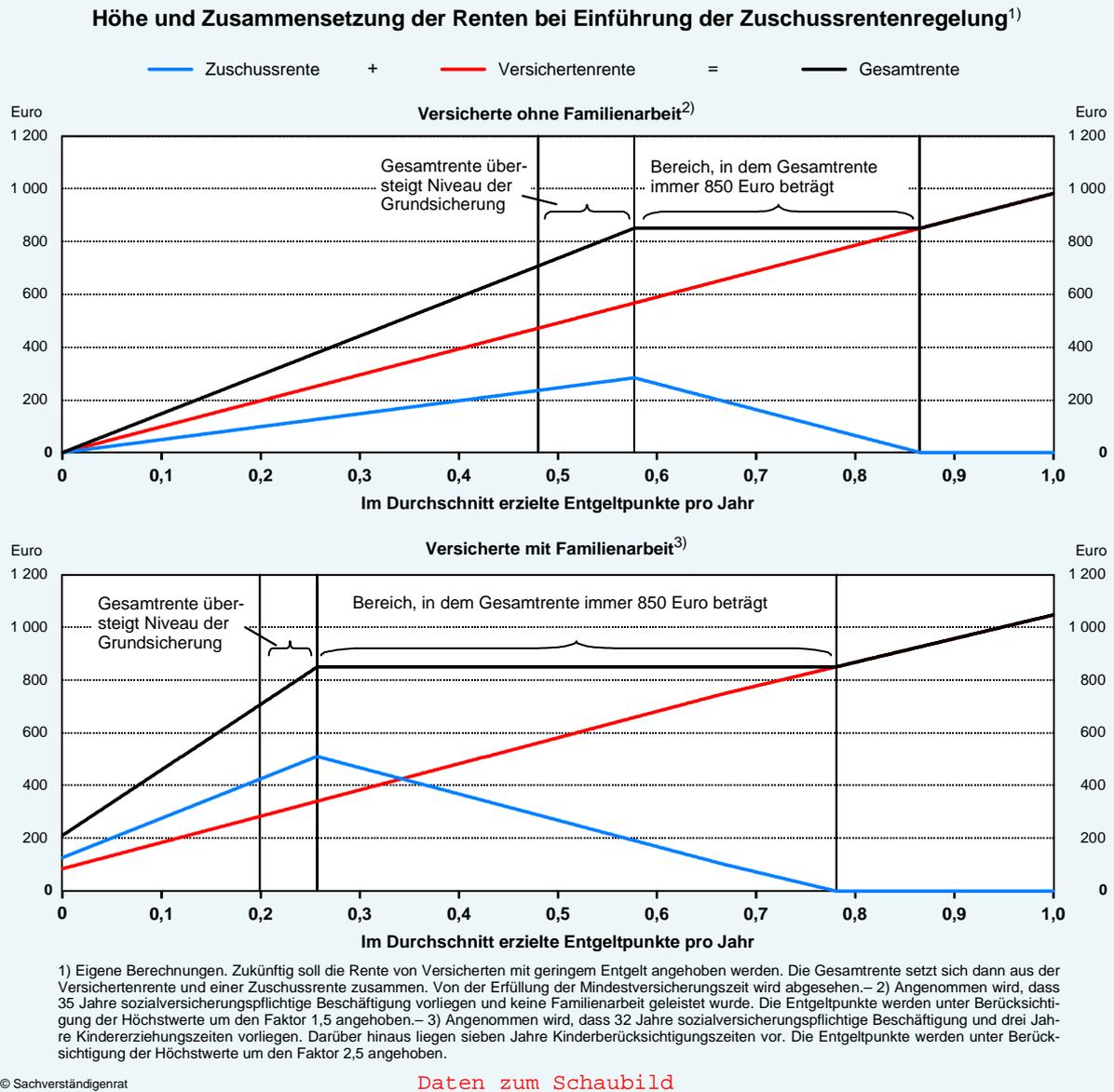
Zwar dürfte eine Versicherte, die Familienarbeit geleistet hat und die Zugangsbedingungen erfüllt, diese durchschnittliche Entgeltpunktzahl erreichen. Zudem kann argumentiert werden, dass Versicherte, die keine Familienarbeit geleistet haben, aber die Zugangsbedingungen – 35 Beitragsjahre und eine zusätzliche Altersvorsorge – erfüllen, den für die ermittelten durchschnittlichen Entgeltpunkte notwendigen Durchschnittsverdienst (aktuell 15 574 Euro) aufweisen dürften; absolut zwingend ist beides jedoch nicht. Folglich könnte ein Versicherter bei Erhalt der Zuschussrente sogar noch einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter haben. Ursprüngliches mit der Zuschussrente beabsichtigtes Ziel war es, genau dies zu vermeiden.

659. Neben der Tatsache, dass mit der Zuschussrente Altersarmut aller potenziell betroffenen gesellschaftlichen Gruppen nicht wirksam verhindert werden dürfte, führt die Zuschussrente zu Ungleichbehandlungen und setzt Fehlanreize. Dies zeigt auch eine Studie für eine andere, aber qualitativ vergleichbare Ausgestaltung der Zuschussrente (Gasche, 2012).

So besteht eine **Ungleichbehandlung** im doppelten Sinne, wenn drei Versicherte in Westdeutschland beispielhaft betrachtet werden, die ihr gesamtes Erwerbsleben im Niedrigeinkommenssektor, davon einer in Vollzeit (Versicherter A), die beiden anderen in Teilzeit (Versicherte B und C), verbracht haben. Dabei sollen beispielhaft B und C ein Einkommen erhalten haben, das dem ihrer Arbeitszeit entsprechenden Anteil des Einkommens des Versicherten A entspricht. Der Versicherte A hat im Laufe seines Erwerbslebens ein Einkommen erzielt, das ihm in 35 Jahren genau 30,3 Entgeltpunkte und damit aktuell einen Rentenanspruch in Höhe von 850 Euro eingebracht hat. Der Versicherte B hat hingegen ebenfalls 35 Jahre im Niedrigeinkommensbereich gearbeitet, allerdings in Teilzeit, und hat keine Familienarbeit geleistet. Er müsste aufgrund der im Rahmen der Zuschussrente angedachten Höherwertung von Entgeltpunkten nur eine Zwei-Drittel-Stelle ausfüllen, mit der er im Durchschnitt zwei Drittel des Einkommens von A erzielt hat, um denselben Rentenanspruch wie dieser zu erwerben. Eine Versicherte mit Kind (C) muss bei Berücksichtigung von Kindererziehungs-

und Kinderberücksichtigungszeiten im Durchschnitt der noch notwendigen 32 Jahre sozialversicherungspflichtiger Arbeit für einen Rentenanspruch in gleicher Höhe sogar nur ein Viertel des Einkommens von A erzielen, sodass es für sie ausreicht, 25 % zu arbeiten.

Schaubild 97



660. Darüber hinaus ergeben sich Ungleichbehandlungen aus den Zugangsbedingungen. So erhält beispielsweise ein Versicherter, der zwar die – bei Erfüllung der Zugangsbedingungen – für eine Zuschussrente in Höhe von 850 Euro notwendigen eigenen 20,2 Entgeltpunkte (ohne Familienarbeit) erworben, aber die zur Erfüllung der Zugangsbedingungen notwendigen 35 Pflichtbeitragsjahre knapp verfehlt hat, eine um gut ein Drittel niedrigere Rente als der Zuschussrentenbezieher. Noch extremer mutet dies an, wenn die Zugangsbedingungen nicht erfüllt werden, obwohl 35 Pflichtbeitragsjahre, aber keine private Altersvorsorge vorhanden ist. Qualitativ Entsprechendes gilt für den Fall, dass Familienarbeit geleistet wurde.

Bei Einführung der Zuschussrente und Nicht-Erfüllung der Zugangsbedingungen würde ein Versicherter zukünftig wie nach derzeit geltendem Recht mit 20,2 Entgeltpunkten einen Rentenanspruch in Höhe von aktuell 567 Euro ($20,2 * 28,07$ Euro) erhalten. Werden die Zugangsbedingungen dagegen erfüllt, würden die vom Versicherten selbst erworbenen Entgeltpunkte in dem Fall, dass keine Familienarbeit geleistet wurde, um das 1,5-fache angehoben. Es ergäbe sich dann ein Rentenanspruch von aktuell 850 Euro. In dem Fall, in dem Familienarbeit geleistet wurde, werden die selbst erworbenen Entgeltpunkte sogar um das 2,5-fache angehoben, sodass insgesamt weniger eigene Entgeltpunkte erforderlich sind, um einen Rentenanspruch von aktuell 850 Euro zu erhalten.

661. Von der geplanten Ausgestaltung der Zuschussrente gehen zudem Fehlanreize aus: Es ist beispielsweise für einen Versicherten, der die Zugangsvoraussetzungen erreichen wird, aber keine Familienarbeit geleistet hat, im Hinblick auf sein zukünftiges Alterseinkommen aus der GRV erst dann sinnvoll, eine **sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen**, wenn er aktuell im Durchschnitt der 35 Beitragsjahre mehr als 0,48 Entgeltpunkte erreichen wird (Schaubild 97). Dieser Wert entspricht im Jahr 2012 einem sozialversicherungspflichtigen Jahreseinkommen von gut 15 500 Euro. Der Versicherte wird nämlich erst dann eine Gesamrente (Versichertenrente zuzüglich Zuschussrente) erreichen, die höher ist als die Grundsicherung im Alter zuzüglich Kosten der Unterkunft, auf die er ohne Erwerbsarbeit einen Anspruch hätte. Folglich haben die Beiträge zur GRV, die der Versicherte zahlen muss, bis zum Erreichen der genannten 0,48 Entgeltpunkte im Durchschnitt der 35 Beitragsjahre Steuercharakter.

662. Aktuell würde im Bereich zwischen 0,48 und 0,58 Entgeltpunkten im Durchschnitt von 35 Beitragsjahren die Gesamrente durch eine Ausweitung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung kontinuierlich zunehmen (Schaubild 97). Im Jahr 2012 entspricht dieser Bereich einem sozialversicherungspflichtigen Jahreseinkommen zwischen 15 000 Euro und 19 000 Euro. In diesem Bereich setzt die Zuschussrente demnach im Hinblick auf die Höhe der zukünftigen gesetzlichen Renten Arbeitnehmern heute einen positiven Arbeitsanreiz.

663. Im Bereich zwischen 0,58 und 0,87 Entgeltpunkten im Durchschnitt von 35 Beitragsjahren erhält ein Versicherter, der die Zugangsvoraussetzungen erfüllt und keine Familienarbeit geleistet hat, immer eine Gesamrente in Höhe von derzeit 850 Euro, wobei der Anteil der Zuschussrente an der Gesamrente mit zunehmender Anzahl der durchschnittlichen Entgeltpunkte abnimmt (Schaubild 97). Sofern sich ein Versicherter bereits in diesem Einkommensbereich befindet (aktuell etwa 19 000 Euro bis 28 500 Euro), hat er folglich im Hinblick auf die zukünftige Höhe der gesetzlichen Rente einen **Anreiz, seine Arbeitszeit so zu reduzieren**, dass er im Durchschnitt von 35 Beitragsjahren 0,58 Entgeltpunkte erwirbt.

Erst ab einer im Durchschnitt der Beitragsjahre erworbenen Anzahl von über 0,87 Entgeltpunkten führt zusätzliches Einkommen wieder zu einem steigenden Rentenanspruch, sodass erst ab dann das Prinzip der Teilhabeäquivalenz umgesetzt wird. Für Versicherte, welche die Zugangsvoraussetzungen erfüllen werden und Familienarbeit geleistet haben, gilt Entsprechendes. Die jeweiligen Grenzwerte sind allerdings niedriger, da im Falle von Familienarbeit

die selbst erworbenen Entgeltpunkte um das 2,5-fache und damit stärker angehoben werden (Schaubild 97, Seite 384).

Bewertung

664. Der Sachverständigenrat hatte sich bereits in seinem Jahresgutachten 2011/12 mit dem Thema Altersarmut ausführlich beschäftigt. Die dort gezogenen Schlussfolgerungen besitzen weiterhin Gültigkeit. So führen folgende Entwicklungen möglicherweise zukünftig zu einem Anstieg der Empfängerzahlen der Grundsicherung im Alter und damit zu einem Anstieg der Altersarmut: die Verschlechterung der Situation auf dem Arbeitsmarkt bis zum Jahr 2005, die Aufspreizung der Entlohnungsstruktur am unteren Ende der Lohnskala sowie die zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit notwendigen Rentenreformen, insbesondere die Absenkung des Rentenniveaus auf im ungünstigsten Fall 43 % im Jahr 2030 (JG 2011 Ziffern 521 ff., JG 2007 Ziffer 258). Gleichwohl hat der Sachverständigenrat aus diesem Befund **keinen kurativ wirkenden Handlungsbedarf abgeleitet**. Konkret sollten aktuell keine Maßnahmen – typischerweise Leistungsausweitungen in der GRV – ergriffen werden, die zum Zeitpunkt des Rentenzugangs den Bezug der Grundsicherung im Alter verhindern würden (JG 2011 Ziffer 539).

Dies ist damit zu begründen, dass mit der Grundsicherung im Alter bereits eine sachgerecht über Steuern finanzierte Mindesteinkommenssicherung existiert (JG 2011 Ziffer 539). Außerdem gehen kurativ wirkende Maßnahmen im Allgemeinen mit Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten einher und sind mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden, die zulasten zukünftiger Generationen gehen. Ein erhoffter positiver Arbeitsanreiz der Zuschussrente für die heutige Arbeitnehmergeneration könnte sich aufgrund der größeren Akzeptanz der GRV im Niedrigeinkommensbereich ergeben. Diesem stehen negative Arbeitsanreize der zukünftigen Generationen gegenüber, welche die höheren Belastungen, die aus der Zuschussrente für die GRV resultieren, zu tragen haben.

Darüber hinaus führt eine niedrige gesetzliche Rente nicht zwingend zu einem Anspruch auf Grundsicherung im Alter und damit zu Altersarmut, da weitere (Alters-)Einkommen oder Vermögen vorhanden sein könnten und zudem der Haushaltskontext eine Rolle spielt (JG 2011 Ziffer 528). Solange die hierfür relevante Datenlage nicht eindeutiger ist, sollte angesichts der damit verbundenen negativen Effekte und der bereits existierenden Mindesteinkommenssicherung von vorschnellen Leistungsausweitungen Abstand genommen werden.

665. Im Kampf gegen Altersarmut setzt der Sachverständigenrat auf **präventiv wirkende Maßnahmen**, das heißt auf Maßnahmen, die die Ursachen von Altersarmut bekämpfen. Auf diese Weise kann besser sichergestellt werden, dass jede Generation das ihr Mögliche tut, um sich selbst vor Altersarmut zu schützen. Zu den präventiv wirkenden Maßnahmen gegen Altersarmut zählt etwa eine allgemeine Versicherungspflicht für nicht obligatorisch abgesicherte Selbstständige (JG 2011 Ziffer 530).

Außerdem gehört dazu eine Bildungspolitik, die bei der vorschulischen Erziehung beginnt und bei einer Ausweitung der Weiterbildung endet. Diese ist zudem geeignet, einen Beitrag

dazu zu leisten, dass eine im Kindesalter bestehende Armutsgefährdung nicht über den gesamten Lebenszyklus besteht. Darüber hinaus sind eine das Erwerbsminderungsrisiko reduzierende Gesundheitspolitik und die Ausweitung privater Altersvorsorgebemühungen zu den präventiv wirkenden Maßnahmen gegen Altersarmut zu zählen. Insgesamt dürfte die Kombination von hoher schulischer und beruflicher Qualifikation, dem Vermeiden einer Erwerbsminderung sowie eigenverantwortlicher Altersvorsorge den besten Schutz vor Altersarmut bieten (JG 2011 Ziffern 536 f.).

666. Aus der Tatsache, dass der Sachverständigenrat im Hinblick auf zukünftige Altersarmut keinen unmittelbaren kurativen Handlungsbedarf sieht, folgt, dass er den wohl bedeutendsten Bestandteil des Rentenpakets – die Einführung der im Vergleich zum ursprünglichen Vorschlag aus dem September 2011 wesentlich weiterentwickelten **Zuschussrente** – **ablehnt**. Dies gilt ebenso für Varianten der Zuschussrente. Als eine solche kann beispielsweise die Rente nach Mindesteinkommen, die im Zusammenhang mit einem neuen Rentenpaket in der Diskussion ist, angesehen werden. Gleichzeitig werden in diesem Kontext die Einführung eines Freibetrags oder einer prozentualen Freigrenze im Rahmen der Grundsicherung im Alter diskutiert. Beide hat der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2011/12 kritisch beurteilt (JG 2011 Ziffern 532 ff.).

Hingegen bewertet der Sachverständigenrat die Einführung einer **Versicherungspflicht für alle Selbstständigen**, die bisher nicht obligatorisch für das Alter abgesichert sind, positiv. Ebenso entspricht die **Wahlmöglichkeit** zwischen der Pflichtversicherung in der Gesetzlichen Rentenversicherung und einer privaten Rentenversicherung den Vorstellungen des Sachverständigenrates (JG 2011 Ziffern 530 f. und 539).

667. Anders als es die aktuelle politische und gesellschaftliche Diskussion suggeriert, muss es in den kommenden Jahren rentenpolitisch weniger um Maßnahmen gegen zukünftig möglicherweise häufiger auftretende Altersarmut gehen. Vielmehr müssen die **Folgen des demografischen Wandels** bewältigt werden. Denn trotz der derzeitigen guten Finanzlage und der deshalb möglich gewordenen Beitragssatzsenkungen in den Jahren 2012 und 2013 wird sich die finanzielle Situation in wenigen Jahren aufgrund des Eintritts der Baby-Boomer in den Ruhestand spürbar verschärfen und der Beitragssatz wird wieder anziehen. Diesbezüglich wurde mit den in der Vergangenheit beschlossenen Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzes, der Absenkung des Rentenniveaus und der Verlängerung der Lebensarbeitszeit ein richtiger Weg eingeschlagen, der Rentner wie Beitragszahler gleichermaßen zur Bewältigung des demografischen Wandels heranzieht. Dieser Weg muss allerdings konsequent weitergegangen und nicht, wie aus den geplanten Leistungsausweitungen ersichtlich, aufgeweicht werden.

Aufgrund des weiteren Anstiegs der Lebenserwartung, der ohne zusätzliche Anpassungen zu einem Beitragssatz deutlich über 20 % ab dem Jahr 2030 führen dürfte (Expertise 2011 Ziffer 295), müssen vielmehr weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Lage der GRV ergriffen werden. Als geeignete Möglichkeit, einer solchen Beitragsentwicklung entgegenzuwirken, kann die **Kopplung des gesetzlichen Renteneintrittsalters** an die

Entwicklung der fernerer **Lebenserwartung** angesehen werden, die der Sachverständigenrat in seiner Expertise „Herausforderungen des demografischen Wandels“ vorgestellt hat. Diese sieht vor, dass die relative Rentenbezugsdauer – die Relation von Rentenbezugsdauer ab dem gesetzlichen Renteneintrittsalter und der Dauer der Beitragszahlung ab dem 20. Lebensjahr – konstant gehalten wird (Expertise 2011 Ziffern 319 ff.).

668. Der im Zusammenhang mit der Diskussion um die Zuschussrente häufig beklagte Akzeptanzverlust der GRV ist die unvermeidliche Folge einer demografischen Entwicklung, welche die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Altersvorsorge in Deutschland bedroht. Die Absenkung des Rentenniveaus auf allenfalls 43 % zieht einen solchen Akzeptanzverlust für alle sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer, nicht nur für die Niedrigeinkommensbezieher nach sich. Die Altersvorsorge wird daher allein durch die GRV nicht mehr gesichert. Es muss eine private Vorsorge hinzutreten. Zu dieser dem demografischen Übergang geschuldeten Einsicht hätte man schon kommen können, als die gesetzliche Rente noch mit ihrer Sicherheit beworben und verteidigt wurde. Die Zuschussrente suggeriert die Revidierbarkeit der Rentenreformen der Vergangenheit zu einem Zeitpunkt, zu dem die Beschäftigung mit den weiteren Herausforderungen des demografischen Wandels im Vordergrund stehen sollte. Sie geht in die falsche Richtung.

IV. Arbeitslosenversicherung: Beginn des Aufbaus einer Rücklage

669. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) beendete das dritte Quartal des Jahres 2012 mit einem **Überschuss** von 1,7 Mrd Euro: Einnahmen von 25,5 Mrd Euro standen Ausgaben von 23,8 Mrd Euro gegenüber (Tabelle 41). Erstere setzten sich im Wesentlichen aus Beitrags-einnahmen (gut 75 %) und der Beteiligung des Bundes gemäß § 363 SGB III (knapp 15 %) zusammen. Diese beträgt im Jahr 2012 gut 7,2 Mrd Euro. Sie wurde gegenüber dem Vorjahr um etwa 0,8 Mrd Euro gekürzt. Der Gesamtbetrag wäre eigentlich erst am Jahresende in voller Höhe fällig. Zur Vermeidung von Liquiditätshilfen, insbesondere im ersten Quartal 2012, wurden allerdings bis Ende September 2012 bereits 3,6 Mrd Euro abgerufen. Die Beitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 4,8 % erhöht. Dies ist insbesondere auf den Anstieg der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zurückzuführen.

Tabelle 41

Finanzielle Entwicklung der Arbeitslosenversicherung¹⁾

Mrd Euro

	2003	2005	2007	2009	2010	2011		1. - 3. Q. 2012
						insgesamt	darunter: 1. - 3. Q.	
Einnahmen	50,6	52,7	42,8	34,3	37,1	37,6	26,5	25,5
Ausgaben	56,8	53,1	36,2	48,1	45,2	37,5	25,3	23,8
Saldo	- 6,2	- 0,4	6,6	- 13,8	- 8,1	0,0	1,3	1,7

1) Rundungsdifferenzen.

[Daten zur Tabelle](#)

Quelle: BA

Mit einem Anteil von knapp 45 % sind die Ausgaben für Arbeitslosengeld die größte Position auf der Ausgabenseite der BA, gefolgt von den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung mit knapp 30 %. Beide Ausgabenpositionen haben sich aufgrund der guten Lage auf dem Arbeitsmarkt gegenüber dem Vorjahreszeitraum reduziert: Die Ausgaben für Leistungen der aktiven Arbeitsförderung haben sich mit einem Rückgang um 18,5 % stärker gemindert als die Ausgaben für Arbeitslosengeld, die lediglich um 2,5 % abgenommen haben.

670. Die BA erwartet für das Gesamtjahr 2012 einen Überschuss von 2,1 Mrd Euro. Sie kann somit wieder mit dem **Aufbau einer Rücklage** beginnen. Ob diese im kommenden Jahr nennenswert zunehmen wird, ist allerdings fraglich, da der Bundeszuschuss gemäß § 363 SGB III gestrichen wird. Zwar entfällt gleichzeitig der von der BA an den Bund zu zahlende Eingliederungsbeitrag. Insgesamt dürfte sich aber dennoch eine Mindereinnahme gegenüber dem Jahr 2012 von etwa 3 Mrd Euro ergeben. Sollte die konjunkturelle Situation in der mittleren Frist stabil bleiben, ist trotzdem mit einem weiteren Anstieg der Rücklage zu rechnen. Inwieweit die bis dahin gebildete Rücklage im nächsten Konjunkturabschwung ausreichen wird, um den dann zu erwartenden negativen Finanzierungssaldo auszugleichen, bleibt abzuwarten. Wäre sie nicht ausreichend, würde die BA gemäß § 364 SGB III ein zinsloses Darlehen vom Bund erhalten, das im darauf folgenden Konjunkturaufschwung zurückgezahlt werden müsste. Erst nach der Schuldentilgung könnte sie dann mit dem erneuten Aufbau einer Rücklage beginnen. Insofern kann eine strukturelle Unterfinanzierung der BA derzeit nicht ausgeschlossen werden.

Literatur

Auerbach, A.J. und L.J. Kotlikoff (1987), *Dynamic fiscal policy*, Cambridge.

BMAS (2012), *Das Rentenpaket*, Informationen für die Presse, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 7. August, Berlin.

BMAS (2011), *Regierungsdialo g Rente*, Informationen für die Presse, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 12. September, Berlin.

Doblhammer, G. und U. Ziegler (2010), Projections of the number of people with dementia in Germany 2002 through 2047, in: Doblhammer, G. und R. Scholz (Hrsg.), *Ageing, care need and quality of life: The perspective of care givers and people in need of care*, Wiesbaden, 94-111.

Doblhammer, G., U. Ziegler und E. Muth (2009), Trends und Muster in Lebenserwartung und Gesundheit und Prognose der Demenzerkrankungen in Deutschland bis 2050, in: Kumbier, E., S.J. Teipel und S.C. Herpertz (Hrsg.), *Ethik und Erinnerung: Zur Verantwortung der Psychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart*, Lengerich, 91-108.

Felder, S. (2012), *Effizienzreserven im Bereich der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung Deutschlands*, Arbeitspapier 5/2012, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.

- Gasche, M. (2012), Bonusrente statt Zuschussrente, *Wirtschaftsdienst* 92, 605-612.
- Gasche, M. (2010), *Zusatzbeitrag und sozialer Ausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Anreizeffekte und Projektion bis 2030*, MEA Discussion Paper No. 205-2010, Mannheim.
- GKV-Schätzerkreis (2012), *GKV-Schätzerkreis: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken auch 2013 die Ausgaben der GKV*, Pressemitteilung, Bundesversicherungsamt, 29. Oktober, Bonn.
- Kallweit, M. und A. Kohlmeier (2012), *Wachstums- und Beschäftigungseffekte verschiedener Optionen zur Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge*, Arbeitspapier 6/2012, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.
- Monopolkommission (2012), *Die 8. GWB-Novelle aus wettbewerbspolitischer Sicht: Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB*, Monopolkommission – Sondergutachten, Bd. 63, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten 2012*, Bern.
- Statistisches Bundesamt (2009), *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, Wiesbaden.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2005), *Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell*, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2004), *Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung*, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2010), *Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Gutachten Nr. 02/10 des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Berlin.

